Stenografischer Wortbericht

111. Deutscher Ärztetag
Ulm, 20. bis 23. Mai 2008

Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2008

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

Stenograf: Rüdiger Weber, Berlin

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:
  Dr. Ulrike Wahl, Präsidentin der Ärztekammer Baden-Württemberg 7
- Grußwort:
  Dr. Monika Stolz, MdL, Ministerin für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg 13
- Grußwort:
  Ivo Gönner, Oberbürgermeister der Stadt Ulm 20
- Ehrung der Verstorbenen 23
- Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 24

  Prof. Dr. Fritz Beske 25
  Prof. Dr. Heyo Eckel 29
  Dr. Siegmund Kalinski 33
  Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter 37
- Dankesrede im Namen der Geehrten:
  Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter 41
- Grußwort:
  Ulla Schmidt, MdB, Bundesministerin für Gesundheit 44
- Referat:
  Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, Präsident des Deutschen Ärztetages und der Ärztekammer Nordrhein 54

II Arbeitstagungen des Plenums 67

1. Tag, Dienstag, 20. Mai, 2008, Nachmittagssitzung 67

2. Tag, Mittwoch, 21. Mai 2008, Vormittagssitzung 130

2. Tag, Mittwoch, 21. Mai 2008, Nachmittagssitzung 204

3. Tag, Donnerstag, 22. Mai 2008, Vormittagssitzung 271

3. Tag, Donnerstag, 22. Mai 2008, Nachmittagssitzung 360

4. Tag, Freitag, 23. Mai 2008, Vormittagssitzung 442

Eröffnungsveranstaltung

Dienstag, 20. Mai 2008, 10.00 Uhr
CongressCentrum Ulm, Einsteinsaal

(Musikalische Einleitung: Streichquartett des Tübinger Ärzteorchesters,
am Klavier: Dr. Norbert Kirchmann:
Wolfgang Amadeus Mozart: Konzert für Klavier und Orchester Nr. 12
A-Dur in der Klavierquintettfassung des Komponisten, 1. Satz: Allegro)

Dr. Ulrike Wahl, Präsidentin der Ärztekammer Baden-Württemberg: Verehrte Gäste! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Willkommen in Baden-Württemberg, willkommen in Ulm. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg freut sich, den 111. Deutschen Ärztetag und seine Gäste in Ulm, um Ulm, um Ulm herum begrüßen zu dürfen. Meine Damen und Herren, dieser Zungenbrecher ist zu Recht berühmt, dient aber im Grunde zu nichts anderem, als die Vigilanz des Redners zu testen – und die, meine Damen und Herren, ist zu Beginn der Beratungen noch relativ hoch, wie man hört.

Wer Ulm noch nicht kennt, dem sei gesagt: Ulm ist eine schöne Stadt, mit 120 000 Einwohnern nicht zu groß, aber auch nicht zu klein; ein bisschen Großstadt, ein bisschen Dorf, alles überschaubar und nahe beieinander. Es ist eine Tatsache: Ulm liegt auf Platz 2 der Sonnenskala in Deutschland. Mehr Sonnenstunden als Ulm hat nur Freiburg. Sollten Sie also nach Ulm kommen und vor lauter Nebel die Donau nicht sehen, so muss das an Ihrer Brille liegen.

Ulm ist Wissenschaftsstadt. Von den stolzen neun Universitäten im Land ist Ulm die jüngste. Gegründet 1967 mit Schwerpunkt auf den medizinisch-naturwissenschaftlichen Fächern, ist Ulm heute die Alma Mater für rund 7 000 Studenten. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass Ulm über eine lebhafte Kneipenszene verfügt.

Wiewohl an der Grenze zum Freistaat Bayern gelegen und unter Napoleon sogar ein paar Jahre dem bayerischen Kurfürsten zu eigen – Ulm ist urschwäbisch geblieben, urschwäbisch und urgemütlich. Wer Ulm sagt, denkt an das Ulmer Münster, denkt an einen der höchsten Kirchtürme der Welt. Die erhabene Schönheit dieser gotischen Kathedrale aus dem 14. Jahrhundert zu preisen, hieße wahrlich, Eulen nach Athen zu tragen – oder sollte man vielleicht besser sagen: Spatzen nach Ulm? Der Ulmer Spatz, der seinerzeit mit praktischer Denkweise wesentliche Erkenntnisse zum Bau des Münsters beigetragen hat, sitzt übrigens noch heute auf dem Kirchendach.

Meine Damen und Herren, Ulm repräsentiert auf besondere Weise ein Stück deutscher Geschichte. Ulm ist nicht nur die Geburtsstadt von Albert Einstein, Hildegard Knef und Uli Hoeness,

(Heiterkeit)

– das ist heute was; eine Menge von Internetseiten beziehen sich darauf –, sondern wir sind hier auch in der Heimat von Hans und Sophie Scholl. Die Geschwister Scholl wurden mit anderen Mitgliedern der Widerstandsgruppe „Weiße Rose“ 1943 vom Präsidenten des Volksgerichtshofs Roland Freisler wegen Hochverrats zum Tode verurteilt. Ihr „Verbrechen“ war: Sie hatten Flugblätter verteilt. Die Erinnerung an die Geschwister Scholl ist in Ulm lebendig.

Meine Damen und Herren, nochmals: Willkommen in Baden-Württemberg, willkommen in Ulm! Auf unserer Gästeliste ganz oben steht die Bundesministerin für Gesundheit, Frau Ulla Schmidt. Liebe Frau Ministerin, seien Sie herzlich begrüßt zu Ihrem achten Deutschen Ärztetag. Ich hoffe, Sie sehen den Ärztetagsbesuch als Tradition und nicht als Routine. Wir sind wie immer gespannt auf Ihre Worte.

(Beifall)

Für unsere baden-württembergische Ministerin für Arbeit und Soziales ist heute ein Heimspiel. Ich begrüße unsere Kollegin Frau Ministerin Dr. Monika Stolz aus Ulm. Wir freuen uns, dass Sie uns die Ehre geben.

(Beifall)

Es gibt nicht viele Ärzte in der Bundespolitik. Umso mehr freue ich mich, dass Dr. Hans-Georg Faust, Mitglied der Bundestagsfraktion der CDU/CSU, heute unser Gast ist. Herr Faust ist stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, ist Arzt und auch noch Fachkollege von mir. Das Ganze ist als Steigerung zu betrachten. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Lieber Herr Faust, auf Ihren Schultern tragen Sie die Grüße von Frau Annette Widmann-Mauz, der gesundheitspolitischen Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Frau Widmann-Mauz ist zurzeit mit einer Delegation des Gesundheitsausschusses auf einer Studienreise durch die USA und Kanada. Wir wünschen ihr und der ganzen Delegation in unserem Sinne die richtigen Erkenntnisse.

Ich freue mich, dass ich Frau Hilde Mattheis, die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, begrüßen kann. Sie gibt uns die Ehre, heute unser Gast zu sein. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich könnte noch so geschliffen über die Schönheiten Ulms reden, unter uns ist jemand, der es sehr viel besser kann. Oberbürgermeister Ivo Gönner aus Ulm, herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße den Ehrenpräsidenten des 111. Deutschen Ärztetages, den Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg, meinen Amtsvorgänger und in vielem mein Vorbild, Herrn Professor Friedrich-Wilhelm Kolkmann. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Lieber Herr Kolkmann, Sie haben mir im Vorfeld des Ärztetages gesagt: Es ist schon etwas Besonderes, wenn man bei der Eröffnung des Ärztetages da oben steht und reden darf. Ich kann nur sagen: Recht haben Sie, es ist etwas Besonderes.

Im Zentrum des Ärztetages – und auch im Zentrum des Hurrikans immer ganz cool – steht Professor Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident des Ärztetages, Präsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Es ist mir eine besondere Ehre, Sie bei uns willkommen zu heißen. Schön, dass Sie da sind.

(Lebhafter Beifall)

Ich begrüße den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Karsten Vilmar.

(Beifall)

Lieber Herr Vilmar, Sie waren der Präsident meines ersten Ärztetages 1987 in Karlsruhe. Sie wissen es vielleicht nicht: Sie haben meine Vorstellung von Berufspolitik dauerhaft beeinflusst. Ich freue mich, dass Sie da sind.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft ist die Paracelsus-Medaille. Sie wird einmal im Jahr für besondere Verdienste an nur wenige Ärzte verliehen. Ich begrüße die diesjährigen Träger der Paracelsus-Medaille und die der vergangenen Jahre, die heute zum Teil unsere Gäste sind. Stellvertretend für alle ist es mir eine Ehre, Herrn Dr. Ernst Unger aus Überlingen willkommen zu heißen. Herr Unger ist Ehrenpräsident der Bezirksärztekammer Süd-Württemberg, war langjähriger Leiter unserer Ethikkommission und ist seit 1995 Träger der Paracelsus-Medaille. Lieber Herr Unger,

wir alle freuen uns, dass Sie den Weg nach Ulm auf sich genommen haben, wir alle freuen uns, dass Sie da sind.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist unser Nachbar in zweifacher Hinsicht. Sie residiert nicht nur direkt neben der Bundesärztekammer in Berlin, sondern steht uns auch in ihren Bemühungen um das Wohl der deutschen Ärzteschaft sehr nahe. Ich begrüße die Führungsspitze der KBV, Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller.

(Beifall)

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

(Beifall)

Ich begrüße die Präsidenten der befreundeten Kammern und die Vertreter der Bundesverbände. Stellvertretend für alle möchte ich Professor Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, und Herrn Ulrich Weigeldt, Vorsitzender des Hausärzteverbands, nennen. Wir freuen uns, dass Sie da sind.

(Beifall)

Ich freue mich, neben zahlreichen Vertretern aus Europa die Präsidentin der amerikanischen Ärzteorganisation sowie den Präsidenten der australischen Ärzteorganisation begrüßen zu dürfen. Herzlich willkommen in Deutschland!

(Beifall)

Als Letzte, aber mit sehr viel Enthusiasmus – das können Sie mir glauben – begrüße ich besonders herzlich meine Kolleginnen und Kollegen im Vorstand der Bundesärztekammer.

(Beifall)

Die Gästeliste, meine Damen und Herren, ist lang und prominent. Sie alle sind uns willkommen. Wir freuen uns, dass Sie da sind.

Meine Damen und Herren, Ulm liegt in Südwürttemberg. Südwürttemberg ist unsere kleinste Bezirksärztekammer. Aber auch hier gilt: Qualität geht vor Quantität. Und zu den vielen guten Dingen, die Südwürttemberg zu bieten hat, zählt ohne Zweifel das Tübinger Ärzteorchester. Gegründet und geleitet von dem Neurologen Dr. Norbert Kirchmann, hat sich das Ärzteorchester in über

20 Jahren einen Ruf erworben, der weit über die Grenzen der Region reicht. Sie hören und sehen heute fünf der rund 60 Musiker. Das gesamte Orchester hätte wahrscheinlich die Statik des Bühnenaufbaus gesprengt. Das Streichquartett des Ärzteorchesters mit Norbert Kirchmann am Klavier spielt für Sie heute das Konzert für Klavier und Orchester Nr. 12 A-Dur von Wolfgang Amadeus Mozart in der Klavierquintettfassung des Komponisten.

Wer Lust auf mehr bekommt, der ist eingeladen auf Mittwochabend ins Stadthaus zu einem Beethoven-Konzert des Ärzteorchesters, dann in klassischer Besetzung.

(Beifall)

Verehrte Gäste, liebe Kolleginnen und Kollegen, Ärztetage sind Tradition, Tradition seit mehr als 100 Jahren. Ich überblicke, wenn ich ehrlich bin, nicht die ganze Zeit – so alt bin ich auch wieder nicht –, aber in den letzten 21 Jahren war ich dabei. Und jedes Mal war die gesundheitspolitische Lage für die deutsche Ärzteschaft besorgniserregend, war sie ernst, war sie existenzbedrohend. Und jedes Mal haben wir in heftigen, kontroversen Debatten unser Bestes gegeben, um der politischen Führung und auch uns selbst den rechten Weg zu weisen.

An Gründen für unsere Sorge war jedes Mal und ist auch heutzutage wahrlich kein Mangel. Eigentlich wäre es unnötig, die jeweils aktuellen Schlagworte zu nennen, wie zum Beispiel die diversen Gesundheitsreformgesetze, die Arbeitssituation angestellter und niedergelassener Ärzte, der Ärztemangel oder aktuell: Einzelverträge gefährden die freie Arztwahl; der Rollenwandel im Gesundheitswesen gefährdet die ärztliche Kompetenz; die elektronische Gesundheitskarte gefährdet die ärztliche Schweigepflicht. Die Liste könnte endlos weitergehen.

Es wäre mir ein Leichtes, zu jedem dieser Themen einen Kommentar zu geben, aber das ist heute und hier nicht meine Aufgabe. Ich möchte stattdessen kurz innehalten und noch einmal auf die Bedeutung der Ärztetage eingehen.

Ärztetage sind Tradition. Tradition ist die Weitergabe von Handlungsmustern, von Überzeugungen und von Glaubensvorstellungen. Und so ist es in der Tat. Ärztetage beschwören die Einheit der Ärzteschaft und geben dieser Einheit Ausdruck und Stimme. Diese Einheit, so wie wir sie verstehen, scheint heute mehr denn je infrage gestellt. Man sagt, dass Einzelinteressen und Gruppenegoismen diese Einheit stören, wenn nicht sogar gefährden. Andererseits sind Einzelinteressen und Gruppenegoismen in Zeiten wirtschaftlichen Überlebenskampfs eigentlich nur zu verständlich.

Vielleicht sollten wir einmal darüber nachdenken, ob unsere Definition von Einheit noch die angemessene ist. Überkommene Handlungsmuster sind nicht für

die Ewigkeit, neue Wege müssen möglich sein. Tradition heißt nämlich auch: Bewährtes bewahren, indem man es veränderten Bedingungen anpasst.

Ich sehe den Ärztetag durchaus als einendes Element, als gemeinsamen Nenner, der die gewählten Vertreter der gesamten Ärzteschaft einmal im Jahr zusammenführt, nicht mehr und nicht weniger. Wir haben eine Stimme, das ist der Ärztetag. Das heißt aber doch nicht, dass wir in allem einer Meinung sein müssen.

Zurück zu aktueller Problematik. Uns allen ist bewusst, dass politische – auch berufspolitische – Debatten von einer gewissen Schwarz-Weiß-Malerei leben und in der Regel nach dem Motto geführt werden: Verdeutlichen durch Vereinfachen. So weit, so gut. Aber dieses Motto eignet sich nicht für alles. Nehmen wir eines der vielen Themen des Ärztetages als Beispiel. Betrachten wir den vieldiskutierten Rollenwandel im Gesundheitswesen. Ich fürchte, ich mache mich jetzt sehr unbeliebt, aber ich muss es aussprechen. Da ist Schwester Agnes als Hausarzt light, die, ausgestattet mit Kompetenz und womöglich mit eigenem Budget, die Patienten versorgt. Sie wurde geschaffen, um in unterversorgten Gebieten die Hausärzte zu entlasten. Dennoch: Schwester Agnes stellt für viele, gerade auch für viele Hausärzte eine Art Worst-Case-Szenario dar, ebenso wie das Case Management durch den Nurse Practitioner oder ähnlich weitergebildete Pflegekräfte.

Ein Beispiel aus dem klinischen Bereich ist der Physician Assistant. Das ist ein neues Bachelor-Studium. In einem dreijährigen Studiengang werden die Studenten geschult, eigenständig hoch spezialisierte Assistenzaufgaben durchzuführen, und zwar unter Aufsicht bzw. in Verantwortung eines Arztes.

Es ist nicht ganz unumstritten, trotzdem möchte ich Sie an Folgendes erinnern: Als meine Altersklasse Examen machte, haben die Krankenschwestern noch unsere Anordnungen ausgeführt und bei Bedarf Kaffee gekocht. Verehrte Kolleginnen und Kollegen, diese Zeiten sind vorbei. Und ich denke, Sie stimmen mir zu, wenn ich sage: Das ist gut so.

Das einzig Konstante ist der Wandel. Auch unser ärztliches Berufsbild und unser ärztliches Selbstverständnis können sich dem nicht ganz entziehen. Aber ich halte es für falsch, gleich von einem Paradigmenwechsel zu reden. Das ist nicht nötig. Es gibt ärztliche Kernkompetenzen wie Diagnostik und Therapie, die weder delegierbar noch übertragbar sind. Es gibt als unverzichtbares Merkmal des freien Berufs die persönliche Leistungserbringung. Aber bezogen auf meinen Bereich, das Krankenhaus, erlaube ich mir zu sagen: Operationsassistenz, Wundmanagement und Schmerzmanagement – um einige Beispiele zu nennen – sind bei entsprechender Ausbildung auch von nichtärztlichen Fachkräften zu leisten. Im Übrigen ist das vielerorts bereits tägliche Praxis.

Meine Damen und Herren, entscheidend ist doch die kompetente, fachqualifizierte und lückenlose Patientenbetreuung, entscheidend sind nicht gruppenspezifische Befindlichkeiten. Unsere Patienten haben einen Anspruch darauf, angemessen versorgt zu werden, und zwar von jemandem angemessen versorgt zu werden, der es kann.

Bei dieser ganzen Debatte drängt sich der Begriff der normativen Kraft des Faktischen auf. Das ist wie mit der Zahnpasta: Wenn sie erst einmal aus der Tube heraus ist, geht sie nicht wieder hinein.

Nutzen wir also die kommenden Tage, um die anstehenden Themen mit Gelassenheit und vor allem auch mit einem unverkrampften Verhältnis zur Realität zu debattieren.

Meine Damen und Herren, nicht nur die Ärzteschaft, auch die Stadt Ulm hat Traditionen. Und mit etwas Fantasie lassen sich sogar Ähnlichkeiten erkennen. Tut mir leid, Herr Oberbürgermeister, wenn ich Ihnen jetzt etwas vorwegnehme, aber es passt hier gut: Der heimliche Nationalfeiertag der Ulmer ist der Schwörmontag. Jedes Jahr am vorletzten Montag im Juli gibt der Oberbürgermeister in der Schwörrede Rechenschaft über das vergangene Jahr und stellt die politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Pläne für das folgende Jahr vor. Das ist wie bei uns auf dem Ärztetag. Dann legt der Oberbürgermeister einen Eid auf den Großen Schwörbrief aus dem Jahre 1397 ab. Das geschieht – zum Klang der Schwörglocke – mit den Worten: Reichen und Armen ein gemeiner Mann zu sein in allen gleichen, gemeinsamen und redlichen Dingen ohne allen Vorbehalt.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, uns fehlt zwar der Klang der Glocke, aber dennoch: Könnte es für einen Ärztetag ein besseres Motto geben?

Ich wünsche uns allen eine informative, erkenntnisreiche und ergebnisreiche Woche.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Dr. Monika Stolz, MdL, Ministerin für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident Professor Hoppe! Sehr geehrte Frau Präsidentin Dr. Wahl! Sehr geehrte Frau Bundesgesundheitsministerin Schmidt! Liebe Kollegen aus dem Bundestag! Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister Gönner! Sehr geehrte Herren Ehrenpräsidenten Professor Vilmar und Professor Kolkmann! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seit 1873 tagt der Deutsche Ärztetag in der Regel jährlich.

Im Oktober 1948 versammelten sich nach Unterbrechung durch den Krieg in Stuttgart erstmals wieder Vertreter der deutschen Ärzteschaft zum 51. Deutschen Ärztetag. Es entstand die ärztliche Selbstverwaltung heutiger Prägung mit der länderübergreifenden Zusammenarbeit der Ärztekammern.

60 Ärztetage später steht unter anderem das „Ulmer Papier“ auf der Tagesordnung des Ärztetages, mit dem sich die Ärzteschaft mit gesundheitspolitischen Leitsätzen in die Diskussion zu einer grundlegenden Neuausrichtung des Gesundheitswesens einbringt.

Jetzt sage ich ganz selbstbewusst: In Baden-Württemberg wurden eben schon immer Meilensteine gesetzt.

Als Ulmer Bürgerin und Landtagsabgeordnete freut es mich ganz besonders, dass der 111. Deutsche Ärztetag dieses Jahr in Ulm stattfindet. Ich bin der freundlichen Einladung in meine Heimatstadt zur Eröffnung dieses Ärztetages und dem Wunsch, ein Grußwort zu sprechen, sehr gerne nachgekommen. Ich darf Ihnen auch die herzlichsten Grüße unseres Ministerpräsidenten Günther Oettinger überbringen.

Ohne dem Herrn Oberbürgermeister vorgreifen zu wollen, will ich sagen: Wir Ulmer haben uns für diesen Tag mächtig ins Zeug gelegt. Wir haben es immerhin geschafft, Herr Oberbürgermeister, dass wir zur gesündesten Stadt Deutschlands geworden sind. Ich denke, das ist das richtige Ambiente für diese Fülle von Doctores, die sich hier versammelt haben und die für die Gesundheit der Bevölkerung die erste und vordringlichste Verantwortung haben.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, der Umbruch unseres Gesundheitswesens ist im vollen Gang. Die Rollen von Staat, Markt und Selbstverwaltung sind neu zu definieren. Sie werden sich im Verlauf des diesjährigen Ärztetages intensiv damit auseinandersetzen.

Bevor ich näher darauf eingehe, möchte ich die Gelegenheit nutzen und Ihnen, liebe Frau Präsidentin Dr. Wahl, für die hervorragende Zusammenarbeit in diesen nicht ganz einfachen Zeiten danken. In den vielen Bereichen der Zusammenarbeit des Ministeriums für Arbeit und Soziales mit der Landesärztekammer habe ich Sie immer als kompetente und verlässliche Partnerin erlebt. Sie führen diese Kammer in vorbildlicher Weise. Sie stellen sich den aktuellen gesundheitspolitischen Themen und beziehen klare Positionen. Ich denke, wir können die Herausforderungen unseres Gesundheitswesens nur partnerschaftlich bewältigen. Deswegen möchte ich Ihnen, liebe Frau Dr. Wahl, für Ihr Engagement und die gute Zusammenarbeit hier in Baden-Württemberg an dieser Stelle ganz herzlich danken.

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, der Gesundheitssektor stellt einen der wichtigsten Wirtschaftsbereiche in Baden-Württemberg dar. Sein Anteil an der baden-württembergischen Wirtschaftsleistung beträgt rund 11 Prozent. Er hat einen Anteil von 12 Prozent der gesamten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Baden-Württemberg. Entgegen dem gesamtwirtschaftlichen Trend stieg die Zahl der Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft seit 2000 um etwa 10 Prozent.

Dies zeigt das Wachstum dieses Sektors und seine Bedeutung für die Beschäftigung im Land.

Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technologische Fortschritt werden weiterhin zu einer verstärkten Nachfrage im Bereich der Gesundheitswirtschaft führen. Es ist daher zu erwarten, dass die Gesundheitswirtschaft auch künftig ein starker Motor der wirtschaftlichen Entwicklung bleibt und ihre Spitzenstellung unter den Wirtschaftszweigen noch ausbauen wird.

Gesundheit wird – neben Bildung – insgesamt zum Standortfaktor und damit zur Grundlage für Lebensqualität, Wirtschaftskraft und Wettbewerbsfähigkeit in der Zukunft.

Eine immer größere Bedeutung gewinnen Vernetzungen unter den Akteuren im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung des Netzwerkgedankens hat das Ministerium für Arbeit und Soziales im Jahr 2000 das Gesundheitsforum Baden-Württemberg ins Leben gerufen. Sein Hauptziel ist die Zusammenführung der verschiedenen Gesundheitsbranchen und die Förderung von übergreifenden Kooperationen.

Wie richtig wir mit diesem Ansatz liegen, zeigt ein Wettbewerb, den das Bundesministerium für Bildung und Forschung vor Kurzem ausgeschrieben hat. Es geht dabei um „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“. Prämiert werden sollen Regionen, die ein Konzept entwickeln, Dienstleistungen, Forschung, Gesundheitsversorgung und die Industrie besser miteinander zu verzahnen.

Baden-Württemberg verfügt über eine äußerst leistungsfähige Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft auf allen Stufen der Wertschöpfungskette. Deshalb bin ich überzeugt, dass die baden-württembergischen Bewerbungen bei diesem Wettbewerb gute Chancen haben.

Was bewegt uns, wenn wir bei dem Thema Gesundheitspolitik sind? Die Gesundheitsreform durch das GKV-WSG bewegt die Gemüter der Akteure wie kaum ein anderes Thema. Gesundheitsfonds, Morbi-RSA und Honorarreform sind nur einige der Stichworte, an denen deutlich wird, welche weitreichenden Veränderungen ab 2009 auf uns zukommen werden. Und dass sie kommen

werden, halte ich für sicher. Das Gesetz steht, und Mehrheiten für andere Lösungen sind derzeit nicht realisierbar.

Ich mache keinen Hehl daraus, dass ich mir als Landespolitikerin, vielleicht auch als Ärztin in vielen Punkten andere Lösungen gewünscht hätte. Der Zentralismus, der an vielen Stellen des Gesetzes die Grundrichtung prägt, zieht vor allem in der Finanzierung eine gewaltige Umverteilung nach sich.

Und obwohl wir das alles immer eingefordert haben, haben wir bislang keine Antwort auf die Frage erhalten, wie die Finanzgrundlagen in den Ländern ab 2009 genau aussehen werden.

Wir haben hier in Baden-Württemberg sehr gute Versorgungsstrukturen und sind bisher auch sehr gut in der Lage gewesen, die vielfältigen Angebote mit einem vernünftigen Beitragssatz zu finanzieren. Diese Erfolge wollen wir nach Möglichkeit behalten.

Wer einen echten Wettbewerb mit seinen positiven Effekten haben will, braucht die Dualität von privater und gesetzlicher Krankenversicherung – ebenso wie die Pluralität innerhalb der GKV.

(Beifall)

Wir wollen auch keine Staatsmedizin, sondern an den bewährten Grundsätzen der Selbstverwaltung mit freiberuflichen Vertragsärzten festhalten.

(Beifall)

Ich denke, dass wir in diesem Punkt übereinstimmen, und ich möchte Sie gerne ermuntern, gemeinsam für diese Position einzutreten.

Dabei geht es auch darum, die Selbstverwaltung und deren weitreichende Kompetenzen in unserem Gesundheitswesen zu erhalten. Ich bin der festen Überzeugung, dass zum Beispiel eine ärztliche Honorarverteilung, die im Ministerium in Berlin festgelegt wird, weniger sachgerecht ausfällt als ein Ergebnis, das die Ärzteschaft mit den Krankenkassen unter sich ausgehandelt hat.

(Beifall)

Der Selbstverwaltung ist es ja bereits gelungen, einen neuen EBM-Katalog vorzulegen; ich sehe das außerordentlich positiv. Nicht nur, dass inhaltlich ein guter Katalog erarbeitet wurde; es ist dies doch vor allem ein Dämpfer für alle diejenigen gewesen, die schon mit einer Ersatzvornahme durch das BMG gerechnet haben.

Jetzt geht es im nächsten Schritt um die Höhe der Vergütung und die weitere Verteilung. Da werden die Verhandlungen noch schwieriger.

Ich möchte daher an die Verantwortlichen appellieren, Sie aber auch herzlich bitten: Beteiligen Sie sich konstruktiv an diesem Verfahren, und seien Sie kompromissfähig. Denn eines ist sicher: Wenn die Selbstverwaltung scheitert, kommt die Staatsmedizin. Und es gibt nicht wenige, die dies so wollen.

Meine Damen und Herren, es ist Ihnen bekannt, dass auch im Krankenhausbereich mit dem Wechsel zum Jahr 2009 einige wichtige gesetzliche Entscheidungen zur Krankenhausfinanzierung anstehen. Dabei geht es um die grundsätzliche Frage, wer künftig die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung und die Krankenhausförderung tragen soll.

Nun gibt es Initiativen von den Krankenkassen, aber auch von der Bundesebene, die sich dafür aussprechen, diese Verantwortung von den Ländern auf die Krankenkassen zu verlagern, zum Beispiel unter dem Stichwort „monistische Finanzierung“.

Die Länder haben sich mittlerweile positioniert: Über zentrale, wichtige Grundsätze der Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung herrscht unter den Ländern Einigkeit. So vertreten die Länder die Auffassung, dass derzeit gesetzgeberischer Handlungsbedarf in erster Linie nur bei der Anschlussgesetzgebung zum Fallpauschalengesetz besteht. Ein umfassender ordnungspolitischer Handlungsbedarf oder die Notwendigkeit eines Systemwechsels werden für den stationären Bereich derzeit nicht gesehen.

Das finanzielle Engagement der Länder in der Krankenhausfinanzierung ist Ausdruck der Daseinsvorsorgeverantwortung und deshalb beizubehalten. Gerade Baden-Württemberg braucht sich für sein Engagement in der Krankenhausfinanzierung wirklich nicht zu verstecken. Wir wollen zu dieser Verantwortung auch weiterhin stehen.

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, auch die Situation pflegebedürftiger Menschen darf uns nicht ruhen lassen. Deshalb begrüße ich es, dass der 111. Deutsche Ärztetag dieses Thema am Beispiel Demenz aufgreift. Angesichts der zunehmenden Zahl demenzkranker Menschen in unserem Land ist die Ärzteschaft gefordert, auch für dieses Krankheitsbild ein hohes Niveau an Kompetenz flächendeckend vorzuhalten.

Das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege kann nach dem jetzigen Stand aus Mitteln der Pflegekassen mit zusätzlichen 15 Millionen Euro unterstützt werden, wenn die Länder und Kommunen Mittel in gleicher Höhe bereitstellen. Damit hat der Bund die Anregung aus meiner Bundesratsinitiative vor zwei Jahren im Pflegeweiterentwicklungsgesetz aufgegriffen.

Viel hängt jedoch davon ab, ob von den Angeboten Gebrauch gemacht wird. Ich möchte Sie deswegen ausdrücklich darum bitten, in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten dafür zu werben, die Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege anzunehmen.

Meine Damen und Herren, die Entwicklung im Gesundheitswesen erfordert zunehmend berufsgruppenübergreifende Versorgungskonzepte. Ich begrüße es daher, dass sich der 111. Deutsche Ärztetag mit der Weiterentwicklung von Zusammenarbeit und Kompetenzverteilung zwischen ärztlichen und nichtakademischen Gesundheitsberufen befasst.

Überlegungen zu den arztunterstützenden Maßnahmen und zur Delegation ärztlicher Leistungen an qualifiziertes Personal sind das eine. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz geht einen Schritt weiter, indem es für die Pflegeberufe modellhaft einige heilberufliche Kompetenzen nach entsprechender Ausbildung und Qualifikation vorsieht.

Ich bin der Auffassung, dass von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen alle Gesundheitsberufe profitieren können. Diese Neuordnung muss aber zu einer besseren Übereinstimmung zwischen den Erfordernissen eines sich ständig wandelnden Versorgungssystems und den Zielen, Aufgaben und Kompetenzen seiner Akteure führen.

Allerdings muss jede Änderung der Kooperation und Aufgabenverteilung zwischen den heute bestehenden Gesundheitsberufen sehr sorgfältig geprüft werden.

Ausgehend von der persönlichen Leistungserbringung als eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit und dem Facharztstandard muss genau geprüft werden, was medizinisch, ökonomisch und haftungsrechtlich sinnvoll ist. Die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung müssen erhalten oder verbessert werden. Ich hoffe, dass die derzeit laufenden Modellvorhaben hierzu belastbare Erkenntnisse bringen.

Zunehmend – auch diesen Fragen stellen Sie sich auf dem diesjährigen Ärztetag – geht es um schwierige ethische Fragen am Beginn und am Ende des menschlichen Lebens. Im April 2008 hat der Bundestag die Änderung des Stammzellgesetzes beschlossen und den Stichtag für die Einfuhr embryonaler Stammzellen auf den 1. Mai 2007 verschoben. Ich kann diese Lösung akzeptieren, denn sie stellt sicher, dass von Deutschland kein Anreiz zum Verbrauch von Embryonen ausgehen darf.

Auch beim Thema Pränataldiagnostik ist der Schutz des Lebens unsere gemeinsame Richtschnur. Deswegen haben wir Ende letzten Jahres in Baden-Württemberg acht Modellvorhaben im Zusammenhang mit der Beratung bei Pränataldiagnostik in die Wege geleitet. Ziel ist es, die Beratung zur Pränatal-

diagnostik durch eine bessere Kooperation zwischen Ärzteschaft und psychosozialen Fachkräften zu verbessern. Diese Projekte werden wissenschaftlich begleitet. Ich bin sehr gespannt auf die Ergebnisse.

Derzeit wird auch heftig um eine Regelung zur Patientenverfügung gestritten. Bestehende Rechtsunsicherheiten sollen dadurch beseitigt werden. Ich glaube, dass eine hundertprozentige Verrechtlichung dieses sensiblen letzten Lebensabschnitts nicht möglich ist und auch nicht die einzige Antwort auf die Ängste der Menschen sein darf.

(Beifall)

Ich halte ein gutes Konzept zur Palliativversorgung für entscheidend. Nur so können wir Schwerkranken und Sterbenden ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt in einer Qualität ermöglichen, die unserem Anspruch an eine humane Gesellschaft entspricht.

Die Palliativversorgung hat einen umfassenden Ansatz. Der Schwerpunkt liegt auf der Schmerzlinderung und der Symptomkontrolle. Somatische, psychische, soziale und seelisch-spirituelle Aspekte sind zu integrieren.

Auch in der Palliativversorgung gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär, weil die Mehrzahl der betroffenen Patienten bis zum Ende ihres Lebens in ihrer häuslichen Umgebung bleiben wollen.

Wir haben in Baden-Württemberg hier beispielhafte Strukturen geschaffen. Der flächendeckende Ausbau der ambulanten palliativen Versorgung und die Verzahnung mit dem stationären Bereich bleiben weiterhin ein ganz wichtiger gesundheitspolitischer Schwerpunkt.

Eine gute palliative Versorgung lässt in den meisten Fällen den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht aufkommen, und das ist gut so. Deshalb ist es sehr wichtig, in der Öffentlichkeit Vertrauen in die palliativen Strukturen zu schaffen und die vorhandenen palliativen Angebote weiter bekannt zu machen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, nahtlos anknüpfend an diesen ethischen Ausblick möchte ich Sie, bevor ich zum Schluss komme, gerne auf den Tag der Organspende am 7. Juni 2008 hinweisen. Der Tag der Organspende wird dieses Jahr unter meiner Schirmherrschaft mit einem ökumenischen Gottesdienst hier im Ulmer Münster begangen. Herzliche Einladung dazu.

Das Hohelied auf Ulm haben Sie, Frau Präsidentin, schon gesungen. Sie haben auch schon unsere stolzen Söhne und Töchter der Stadt genannt. Wir sind stolz darauf, dass Einstein hier geboren wurde. Er hat seine frühesten Monate hier in Ulm verbracht, also hat er sich die wesentlichen Grundlagen hier in Ulm erworben,

(Heiterkeit)

nämlich die Grundlagen für Weisheit, wegweisende Formeln und das Voranbringen unserer Welt. Ich wünsche Ihnen in diesem Ambiente der gesündesten Stadt Deutschlands, der Geburtsstadt unseres weisen Einstein, spannende Diskussionen, einen offenen Meinungsaustausch und natürlich gute Entscheidungen.

(Beifall)

Ivo Gönner, Oberbürgermeister der Stadt Ulm: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Mein erster Gruß gilt zunächst einmal den Delegierten des Ärztetages.

(Beifall)

Mein Gruß gilt selbstverständlich auch allen Repräsentanten der Ärzteschaft, Herrn Präsident Hoppe an der Spitze. Mein Gruß gilt den Ministerinnen Frau Schmidt und Frau Dr. Stolz, den Abgeordneten und allen, die nach Ulm gekommen sind und bereits so viel über Ulm gehört haben, dass ich eigentlich gleich wieder aufhören kann.

Ich freue mich, dass Sie gekommen sind. Im Namen des Gemeinderats, aber auch ganz persönlich möchte ich Sie ganz herzlich begrüßen. Ich weiß, einige sind schon seit ein paar Tagen hier und wollen gar nicht mehr heim; andere sind erst heute gekommen und werden sich hier sicherlich wohlfühlen.

Ich bin eben vom Rathaus bis hierher zu Fuß gegangen; eine Viertelstunde laufen schadet ja nicht. Einige Bürger haben mich am Donauufer gefragt: Was ist denn das für ein Auflauf? Damit meinten sie diese Versammlung hier. Ich habe geantwortet: Dort findet der Ärztetag statt. – Daraufhin bekam ich zur Antwort: Passen Sie auf!

(Heiterkeit)

Daran erkennen Sie die Liebe der Bürgerschaft zum Oberbürgermeister. Ich habe gesagt: Wenn ich da umfalle, bekomme ich wenigstens schnell Hilfe.

Ich möchte Sie herzlich in Ulm begrüßen, in der gesündesten Stadt Deutschlands, wie bereits gesagt wurde. Ulm ist auch die sonnigste Stadt, aber auch die nebligste Stadt, denn im Herbst haben wir ordentlich Nebel und gelegentlich auch schlechtes Wetter. Das hat aber auch einen großen Vorteil; deswegen sind die Menschen hier so gesund. Sie wissen, die Menschen schmieren sich für Hunderte von Euro täglich Feuchtigkeitscreme ins Gesicht. Ein Ulmer hingegen steht eine Viertelstunde im Nebel auf dem Balkon, erzielt denselben Effekt, muss aber nichts bezahlen.

(Heiterkeit)

Das soll keine Richtschnur für zukünftige Gesundheitsreformen sein, wobei wir die Balkone in Ulm selbstverständlich zur Verfügung stellen würden.

Sie befinden sich hier in Ulm im östlichsten Teil des Landes Baden-Württemberg, unmittelbar an Bayern angrenzend. Die Donau trennt uns. Daran ist Napoleon schuld. Wir sind aber ein schwäbischer Stamm, natürlich durch hohe Tugenden ausgezeichnet, die sich in unserem heutigen Leben dokumentieren: in unserer Wirtschaftsstadt, in unserer Universitätsstadt, in unserer Wissenschaftsstadt, vor allem auch in unserer großen Tradition, die Basis für unsere Zukunft ist. Wir waren ehemals eine freie Reichsstadt. Das prägt die Bürgerschaft bis zum heutigen Tag: Im Zweifelsfall machen wir es selber.

(Beifall)

Deswegen haben schon vor über 500 Jahren der Bürgermeister und der Gemeinderat beschlossen, ein eigenes Gesundheitswesen aufzubauen. Dafür wurden dann auch sogenannte Stadt-Medici angestellt. Ich habe nachgeschaut: Sie erhielten ein für damalige Verhältnisse horrendes Gehalt, 200 Gulden. Sie erhielten darüber hinaus eine angemessene Wohnung.

Allerdings ist jährlich über die Qualität der Stadt-Medici abgestimmt worden. War die Bürgerschaft zufrieden, wurde der Vertrag verlängert. War die Bürgerschaft nicht zufrieden, ist der Vertrag gekündigt worden. Ich weiß nicht, ob das nächstens bei unserer Selbstverwaltung auch ein Leitsatz sein soll. Das könnte man ja einmal einführen.

War der Stadt-Medicus erfolgreich, waren die Leute mit ihm zufrieden, durfte er als Bonbon 14 Tage im Jahr außerhalb der Stadtmauern praktizieren und sich so ein Zubrot verdienen. Allerdings wurde ihm auferlegt, sein Honorar nur nach der Schwere der Krankheit zu bemessen und nicht nach den Vermögensverhältnissen des Patienten. Ich weiß nicht, ob das heutzutage Anklang fände.

(Heiterkeit)

Diese alte reichsstädtische Tradition hat sich bewährt.

Ich freue mich, dass Sie viele Themen aufgreifen, die übrigens in der Geschichte traditionsreicher Städte so aktuell waren wie heute. Selbstverständlich ist die heutige Generation der Meinung, dass das, was sie bewegt, das Allerwichtigste der Welt sei. Dies alles ist jetzt hier in Ulm zu Ihrem Ärztetag zusammengeführt. Dazu wünsche ich Ihnen alles Gute.

Dass Albert Einstein hier geboren wurde, wurde ja schon mehrfach erwähnt. Dazu möchte ich Ihnen folgende nette Geschichte erzählen. Nachdem Albert Einstein den Nobelpreis erhalten hatte, haben sich die Ulmer gefragt: Wie ehrt man einen solchen berühmten Menschen? Hier sehen Sie einen klassischen

Zug unserer schwäbischen Seele: Der Gemeinderat hat lange beraten und festgestellt, die größte Ehre sei es, eine Straße nach ihm zu benennen; das erfordert nur die Ausgabe der Herstellungskosten von Straßenschildern. Als die Nazis begannen, auch in Ulm ihr Unwesen zu treiben, war eine ihrer ersten Maßnahmen, diese Straßenschilder abzuschrauben und eine Umbenennung in „Fichtestraße“ vorzunehmen. Die Ulmer haben die alten Straßenschilder aber nicht weggeworfen, sondern im Keller des Rathauses gelagert und nach dem Krieg wieder angeschraubt. Hier sehen Sie das zweite schwäbische Prinzip: Nichts wegschmeißen!

(Heiterkeit)

Die Ulmer wurden aber von Reue erfasst und haben Albert Einstein einen Brief geschrieben: Man habe ihm aus Anlass einer großen Ehrung eine Straße gewidmet, die durch unwirtliche Umstände kurzfristig umbenannt worden sei, aber nun werde man die alten Schilder wieder montieren, was er denn dazu meine.

Albert Einstein antwortete, er fühle sich sehr geehrt, denn im Leben eines Menschen komme es nicht oft vor, dass eine Straße zweimal nach ihm benannt werde.

(Heiterkeit)

Er gebe den Ulmern – ich füge hinzu: weit darüber hinaus – einen guten Rat: Sie sollten in Zukunft diese Straße „Fähnchen-nach-dem-Wind-Straße“ nennen, dann seien sie gegen alle politischen Eventualitäten gefeit.

(Heiterkeit – Beifall)

Ich will Ihnen diesen kostenlosen Ratschlag an Ihren Ärztetag weitergeben. Dieser Rat von Albert Einstein richtet sich ja nicht nur an die Ulmer, sondern an alle. Wie oft halten wir aus Karrieregründen, weil wir Ruhe und Frieden haben wollen, weil wir auch einen notwendigen und sinnvollen Konflikt nicht aushalten wollen, unser Fähnchen nach dem Wind?

Nehmen Sie Albert Einstein und seine Botschaft als Leitsatz für Ihren Ärztetag. Herzlich willkommen!

(Anhaltender Beifall)

(Wolfgang Amadeus Mozart: Konzert für Klavier und Orchester Nr. 12 A-Dur in der Klavierquintettfassung des Komponisten, 2. Satz: Andante)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! 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 darf ich nennen:

Professor Dr. med. Dr. h. c. Reinhard Aschenbrenner, Hamburg, Ärztlicher Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Altona in Hamburg, Ehrenmitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Wolfgang Joachim Bock, Düsseldorf, Direktor der Neurochirurgischen Universitätsklinik Düsseldorf, Schatzmeister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie;

Professor Dr. Dr. Gert Carstensen, Mülheim an der Ruhr, Gründer und engagierter Wegbegleiter des Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. und Gründungsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein;

Professor Dr. med. Hans Joachim Einbrodt, Aachen, Direktor des Instituts für Hygiene und Arbeitsmedizin der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Träger des Bundesverdienstkreuzes;

Dr. med. habil. Karl Emmrich, Rostock, langjähriger Direktor der Herzchirurgie an der Universitätsklinik Rostock;

Dr. med. Otto Fenner, Hamburg, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, langjähriger Delegierter des Deutschen Ärztetages;

Sanitätsrat Dr. med. Herbert Fischer, Bitburg, Leitender Arzt der Inneren Abteilung des Clemens-August-Krankenhauses in Bitburg, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Trier, Mitglied der Vertreterversammlung und des Vorstands der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz;

Dr. med. Hedda Heuser-Schreiber, Oberaudorf/Inn, langjährige Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Bundestagsabgeordnete, Trägerin des Großen Bundesverdienstkreuzes, Trägerin der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Reinhold Kluthe, Freiburg, Wegbereiter der modernen Ernährungsmedizin und langjähriger Leiter der Sektion Ernährungsmedizin und Diätetik an der Medizinischen Klinik der Universität Freiburg, Ehrenpräsident der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin;

Professor Dr. med. Leo Koslowski, Tübingen, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Tübingen, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Träger des Großen Verdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland;

Professor Dr. med. Friedrich-Marbod Meissner, Stuttgart, Chefarzt der Abteilung für Anästhesie des Bethesda-Krankenhauses in Stuttgart, Träger des Verdienstkreuzes Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande;

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Werner Müller, Meerbusch, langjähriger Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Träger des Großen Verdienstkreuzes mit Stern und Schulterband des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland;

Professor Dr. med. Werner Usbeck, Erfurt, Direktor der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Erfurt und Präsident der Gesellschaft für Chirurgie der ehemaligen DDR;

Professor Dr. med. Erwin Wick, Bad Reichenhall, Leiter der Kardiologischen Abteilung der Justus-Liebig-Universität Gießen und Ärztlicher Direktor der Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten in Bad Nauheim;

Dr. med. André Wynen, Godinne/Belgien, langjähriger Generalsekretär und Präsident des Weltärztebunds, Gremienmitglied des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME), Generalsekretär und Präsident der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung, Vorsitzender der Belgischen Ärztevereinigung, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft.

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

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 2007, auf dem 111. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille auszuzeichnen: Herrn Professor Dr. med. Fritz Beske, Herrn Professor Dr. med. Heyo Eckel, Herrn Dr. med. Siegmund Kalinski und Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. Horst-Eberhard Richter. Ich bitte die vier Herren auf die Bühne.

(Beifall)

Die Verleihungsurkunden haben folgenden Wortlaut:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten Fritz Beske in Kiel, Prof. Dr. med., Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*
>
> *Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Fritz Beske einen Arzt, der sich in mehr als 55 Jahren seiner aktiven Tätigkeit herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Als anerkannter Wissenschaftler analysiert er mit Kompetenz und Sachverstand die Struktur des Gesundheitssystems und ist so zu einem unentbehrlichen Politikberater geworden. Seine Gutachten sind keine abstrakten akademischen Abhandlungen, sondern konkrete Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger. Auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene hat er sich darüber hinaus viele Jahre in zahlreichen haupt- und ehrenamtlichen Funktionen gesundheitspolitisch engagiert. Fritz Beske hat sich um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.*
>
> *Beske wurde am 12. Dezember 1922 in Wollin, Pommern, als ältestes von drei Kindern des praktischen Arztes Fritz Beske und seiner Ehefrau Klara geboren. In Neustettin, Pommern, legte er 1940 die Abiturprüfung ab. Während des Zweiten Weltkrieges war er bei der Kriegsmarine eingesetzt, zunächst auf Minenräumbooten, dann als U-Boot-Offizier. Nach kurzer Kriegsgefangenschaft arbeitete er ein Jahr als Bergmann im Ruhrgebiet. Sein Vater wurde seit Kriegsende in Russland vermisst. Trotz widriger Umstände begann Beske 1946 im Alter von 23 Jahren das Studium der Humanmedizin an der Christian-Albrechts-*

Universität Kiel. Schon während des Studiums war er politisch aktiv und wurde 1949 zum Vorsitzenden des Allgemeinen Studentenausschusses gewählt. Das Medizinstudium schloss er 1951 ab und wurde im gleichen Jahr zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertation mit dem Titel „Das Bronchialkarzinom“ entstand an der Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel unter Leitung von Prof. Wanke. Nach dem Studium begann Beske 1952 eine Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent am Hygiene-Institut der Universität Kiel unter Prof. Klose. Diese Arbeit unterbrach er 1954: An der Universität Michigan in Ann Arbor, USA, erwarb er den Abschluss Master of Public Health (MPH), mit dem er 1955 an das Kieler Institut zurückkehrte. Beske dürfte damit einer der ersten Deutschen gewesen sein, der eine solche Qualifikation vorweisen konnte.

Schnell zeigte sich, dass der Sachverstand des ambitionierten jungen Arztes gefragt war: 1958 wurde er Referent in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums des Landes Schleswig-Holstein. Beske, der 1960 sein Amtsarztexamen ablegte, machte sich aber auch einen Namen über die Landesgrenzen hinaus, sodass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihn in das europäische Büro nach Kopenhagen holte, wo er von 1961 bis 1964 als internationaler Beamter arbeitete. 1965 kehrte Beske jedoch ins Innenministerium nach Kiel zurück und stieg dort zum Leiter der Gesundheitsabteilung auf. Von 1971 bis 1981 schließlich bekleidete er das Amt des Staatssekretärs im Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein unter dem Ministerpräsidenten Gerhard Stoltenberg (CDU). Der Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen hat die Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein in dieser Zeit geprägt. Maßgeblich war er an der Krankenhausplanung, insbesondere an der Sanierung und Umstrukturierung der Landeskrankenhäuser beteiligt. Das Bundesland verdankt seiner Initiative die Landesklinik für Suchtkranke, das Landesseminar für Krankenpflege, die Arzneimitteluntersuchungsstelle und die für Umwelttoxikologie.

Nicht nur auf Landes-, sondern auch auf Bundesebene war Beske, seit 1955 CDU-Mitglied, politisch aktiv. Dem Bundesfachausschuss für Gesundheitspolitik der CDU stand er von 1972 bis 1983 vor. „Mehr Sachverstand in die gesundheitspolitische Diskussion“, das ist wohl sein wich-

tigster Grundsatz. Dass sich manche Entscheidungsträger ohne entsprechendes Hintergrundwissen zu gesundheitspolitischen Fragen äußern, war und ist für ihn nicht akzeptabel. Beske unterdessen scheute sich nicht, auch Tabuthemen wie die Rationierung von Leistungen anzusprechen. Er setzte sich schon damals für eine Überarbeitung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein. Angesichts des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts hielt er dies für dringend geboten, wenn es auch künftig eine moderne medizinische Versorgung für alle Menschen geben solle. In diesem Zusammenhang forderte er eine Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen. Schon in den Siebzigerjahren vertrat er die Ansicht, dass nicht – wie von manchen Politikern behauptet – allein durch mehr Effizienz im Gesundheitswesen die Finanzprobleme der GKV zu lösen seien. Das gesundheitspolitische Programm der CDU aus dem Jahr 1978 trägt Beskes Handschrift. Sein grundsätzliches Plädoyer für ein freiheitlich organisiertes und selbstverwaltetes Gesundheitswesen und gegen ein bürokratisches, staatliches Versorgungssystem hat nicht an Aktualität verloren. Sein Name stand schon in seiner Zeit als aktiver Politiker für klare, fundierte Positionen und eine umfassende Sachkenntnis.

Nach dem Ende seiner Tätigkeit als Staatssekretär widmete sich Beske, den die Medizinische Fakultät der Universität Lübeck 1973 zum Honorarprofessor ernannte, ganz der wissenschaftlichen Arbeit in dem 1975 von ihm gegründeten Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF). Dieses trägt heute den Namen Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung und war von 1983 bis 2004 Kooperationszentrum der WHO. Das Institut gibt eine Schriftenreihe heraus, in der bisher 109 Bände erschienen sind. Ein zentrales Thema der allseits beachteten und anerkannten Forschungsarbeiten ist dabei die Zukunft der GKV, insbesondere deren Finanzierbarkeit und die Neubestimmung des Leistungskatalogs. Um die Politik zu mahnen, rechnet Beske regelmäßig vor, wie sich die Kosten im Gesundheitswesen entwickeln, wenn die Entscheidungsträger nicht handeln wie zuletzt im Zukunftsszenario „Gesundheitsversorgung 2050“. Weitere Bücher, Fachaufsätze und Gutachten aus Beskes Feder befassen sich unter anderem mit den Themen Kranken-

hausfinanzierung, ärztliche Ausbildung, Qualitätssicherung und der Förderung der Allgemeinmedizin. Das wissenschaftliche Publizieren ist für Beske eine Herzensangelegenheit: Neben seiner Arbeit im IGSF war er von 1966 bis 2001 Schriftleiter der Zeitschrift „Das öffentliche Gesundheitswesen“ (seit 1993 „Das Gesundheitswesen“), die im Thieme-Verlag erscheint.

Zusätzlich zu seinen vielfältigen hauptamtlichen Tätigkeiten, denen Beske während seiner Laufbahn nachgegangen ist, engagierte er sich ebenfalls in vorbildlicher Weise in ehrenamtlichen Funktionen. Vier Jahre war er für das Deutsche Rote Kreuz (DRK) aktiv, unter anderem als Vizepräsident des DRK-Landesverbandes Schleswig-Holstein und als Vorsitzender des Verwaltungsrates des DRK-Blutspendedienstes für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Auch aus der Kommunalpolitik ist Beske nicht wegzudenken: Lange Zeit war er als bürgerliches Mitglied im Gesundheitsausschuss der Stadt Kiel tätig, von 1959 bis 1962 als Ratsherr.

Für sein vielfältiges, unermüdliches und erfolgreiches Engagement erhielt Beske zahlreiche Auszeichnungen, darunter das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse, das Ehrenzeichen des DRK, die Johann-Peter-Frank-Medaille des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Goldene Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft und die „Health for All by the Year 2000 Medal“ der WHO. Bald soll sogar ein Preis nach ihm benannt werden: Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein plant gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein, den Fritz-Beske-Preis für Gesundheitssystemforschung ins Leben zu rufen, um Arbeiten von Nachwuchswissenschaftlern auszuzeichnen.

Beskes Arbeitseifer ist bis heute ungebrochen, Ruhestand ist für ihn auch mit 85 Jahren kein Thema. Seit nunmehr 56 Ehejahren steht ihm seine Frau Lore zur Seite, der wichtigste Mensch in seinem Leben, wie Beske sagt. Der 1958 geborene gemeinsame Sohn Christoph ist ebenfalls promovierter Arzt.

Fritz Beske hat während seiner aktiven politischen Laufbahn sowie als Wissenschaftler die gesundheitspolitische Diskussion durch sein klares Urteil und sein umfassendes Fachwissen enorm bereichert. Sein Einsatz für ein freiheitliches, selbstverwaltetes Gesundheitswesen sowie sein ehrenamtliches Engagement sind vorbildlich. Fritz Beske hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

111. Deutscher Ärztetag in Ulm, 20. Mai 2008, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten Heyo Eckel in Göttingen, Prof. Dr. med., Facharzt für Radiologie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Heyo Eckel einen Arzt, der sich in mehr als 40 Jahren seines aktiven Berufslebens sowie in seinem langjährigen berufspolitischen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Er war 16 Jahre lang Präsident der Ärztekammer Niedersachsen und hat sich in zahlreichen Gremien der Bundesärztekammer engagiert, unter anderem als Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und Vorsitzender der Akademie der Gebietsärzte. Sein besonderer Einsatz galt der Weiter- und Fortbildung sowie dem Thema Umwelt und Gesundheit. Vorbildlich ist ebenfalls sein Engagement in der niedersächsischen Landesstiftung „Kinder von Tschernobyl“. Heyo Eckel hat sich um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Eckel wurde am 8. Februar 1935 in Berlin als Sohn der Radiologen Prof. Dr. med. Paul Eckel und Dr. med. Edith Eckel geboren. Sein Elternhaus, in dem er gemeinsam mit vier Schwestern aufwuchs, hat schon früh seine Lebensplanung und sein ärztliches Selbstverständnis geprägt.

Nicht nur die ärztliche Tätigkeit seiner Eltern hat Eckels Berufswahl beeinflusst, sondern insbesondere sein Vater, der von 1958 bis 1971 Präsident der Ärztekammer Niedersachsen war, dürfte eine Vorbildfunktion gehabt haben. Schon in jungen Jahren bekam er so einen Zugang zur Medizin und zur ärztlichen Selbstverwaltung. Nachdem er 1955 die Abiturprüfung in Nienburg an der Weser abgelegt hatte, schrieb er sich für das Fach Humanmedizin ein und studierte in Tübingen, Mainz, Erlangen und Göttingen. Nach dem Staatsexamen wurde er 1962 an der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität in Göttingen zum Dr. med. promoviert. Dass er sich schon früh für umweltmedizinische Themen begeisterte, verdeutlicht der Titel seiner Dissertationsarbeit: „Entwicklung ländlicher Wasserversorgungsanlagen am Beispiel des Landkreises Einbeck auf dem Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Göttingen“. Die Arbeit erstellte er unter Leitung von Prof. Brandis. Seine Medizinalassistentenzeit leistete Eckel in der Medizinischen und Chirurgischen Klinik des Städtischen Nordstadtkrankenhauses in Hannover sowie in der Niedersächsischen Landesfrauenklinik, ebenfalls Hannover. Zunächst setzte er dann seine internistische Weiterbildung fort und war an der Medizinischen Klinik des Robert-Koch-Krankenhauses des Landkreises Hannover in Gehrden tätig. 1967 begann er seine Weiterbildung im Fach Radiologie und wechselte dazu an die Medizinische Hochschule Hannover (MHH). Dort arbeitete er am Institut für klinische Radiologie unter Leitung von Prof. Stender.

Damals begann Eckel auch sein berufspolitisches Engagement: Er war als Assistentensprecher aktiv. An der MHH erkannte und schätzte man die Einsatzfreude und fachliche Kompetenz des jungen Arztes. Nachdem er die Facharztprüfung für Radiologie abgelegt hatte, wurde er 1971 zum Oberarzt und 1973 zum Leitenden Oberarzt ernannt.

Eckels Interesse galt aber nicht nur der praktisch-klinischen Arbeit, sondern auch der Forschung. 1975 erhielt er die Venia Legendi für das Fach Radiologie. Seine Habilitationsschrift mit dem Titel „Entwicklung von Tumoren in der bestrahlten Rattenniere nach Dimethylnitrosamin“ entstand unter Leitung von seinem Chef Prof. Stender sowie Prof. Mohr vom Institut für experimentelle Pa-

thologie der MHH. In zahlreichen weiteren wissenschaftlichen Publikationen beschäftigte er sich mit klinischen Fragen der Ultraschalldiagnostik, der Strahlenbiologie und der Dünndarmdiagnostik. Zu seinen besonderen Themen gehörten auch patientenbezogene beziehungsweise medizinbezogene Umweltfragen.

1976 wurde er Chefarzt des Instituts für klinische Radiologie des Evangelischen Krankenhauses Göttingen-Weende, 1981 Professor an der Georg-August-Universität in Göttingen. Eckel hat sich nicht nur außerordentliche Verdienste in der Patientenversorgung und Forschung erworben, sondern auch in der Ausbildung von Medizinstudenten. Als Lehrbeauftragter der Universität Göttingen bereitete er eine Vielzahl von Studierenden im Praktischen Jahr auf den Arztberuf vor. 1999 wurde er Ärztlicher Direktor des Evangelischen Krankenhauses Weende. Diese Funktion hatte er bis 2006 inne, als er in den Ruhestand trat.

Eckel engagierte sich seit 1978 in der ärztlichen Standespolitik, zunächst als Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen, dann ab 1982 als Vorstandsmitglied. Von 1990 bis 2006 leitete er die Geschicke der Kammer als deren Präsident. Dabei stand für ihn stets die Sacharbeit im Vordergrund, getreu seinem Motto „Mehr Sein als Schein“. Bei der Ärztekammer Niedersachsen initiierte er unter anderem die Einrichtung des Arbeitskreises Umwelt und Gesundheit. Ein wichtiges Anliegen war ihm stets die Weiter- und Fortbildung sowie die Prävention. Nach der Wende setzte sich Eckel für einen zügigen Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in den neuen Bundesländern ein: Er unterstützte den Aufbau der Ärztekammer in Sachsen-Anhalt sowie der berufsständischen Versorgungseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Darüber hinaus hat er das Projekt „SUPPORT“ nachhaltig gefördert, eine Göttinger Initiative zur Unterstützung der regionalen Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen, an dem auch die Universitätsklinik Göttingen beteiligt ist. 2006 wurde er zum Ehrenpräsidenten der Ärztekammer Niedersachsen ernannt.

Eckels Einsatz blieb aber nicht auf Niedersachsen beschränkt. Als Kammerpräsident war er 16 Jahre lang Mit-

glied des Vorstands der Bundesärztekammer (BÄK). Auch auf Bundesebene machte er sich insbesondere für die ärztliche Weiter- und Fortbildung stark.

1995 wurde er Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, ein Amt, das er bis 2007 innehatte. Außerdem engagierte er sich als stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses beziehungsweise der Ständigen Konferenz Weiterbildung der BÄK. Bereits seit 1987 war Eckel im Vorstand der Akademie der Gebietsärzte, 1999 wurde er Vorsitzender dieses Gremiums. Er war außerdem Vorsitzender des Ausschusses Gesundheit und Umwelt der BÄK. In seiner berufspolitischen Tätigkeit hat er sich stets gegen eine Ökonomisierung der Medizin gewandt. Für ihn ist der Patient keinesfalls ein Kunde, der Arztberuf kein Gewerbe.

Eckels wichtigste Botschaft innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft ist die Freiheit des ärztlichen Berufs und die Verpflichtung der Ärzte, diesen nach ihrem Gewissen und den Geboten ärztlicher Ethik und Menschlichkeit auszuüben. Eckels Engagement ging weit über die Berufs- und Standespolitik hinaus. Vorbildlich ist sein Einsatz für die niedersächsische Landesstiftung „Kinder von Tschernobyl“, der er seit deren Gründung angehört. 1997 wurde er Vorsitzender des Kuratoriums der Stiftung. Die Organisation hilft den Opfern der Reaktorkatastrophe, die nunmehr 22 Jahre zurückliegt. Dem großen persönlichen Einsatz Eckels ist es zu verdanken, dass es der Stiftung gelungen ist, die medizinische Versorgung der Strahlenopfer in Weißrussland und der Ukraine zu verbessern. Für sein vielfältiges, unermüdliches und erfolgreiches Engagement erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, darunter das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse, das Verdienstkreuz Erster Klasse des Niedersächsischen Verdienstordens, die Johann-Peter-Frank-Medaille des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens und die Hartmann-Thieding-Medaille des Hartmannbundes. Für seinen Einsatz für die Opfer von Tschernobyl wurde er unter anderem mit dem Franziska-Skoryini-Orden der weißrussischen Regierung und dem Verdienstorden des ukrainischen Präsidenten geehrt.

Eckel ist auch heute in seinem Ruhestand noch aktiv. Er engagiert sich nunmehr als stellvertretender Vorsitzender des Kuratoriums der Stiftung „Kinder von Tschernobyl“.

Seit vielen Jahren steht ihm seine Ehefrau Gilrun zur Seite. Er hat zwei Kinder.

Heyo Eckel hat sich mit seinem langjährigen berufs- und standespolitischen Engagement außerordentliche Verdienste erworben, besonders um die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Das Thema Umwelt und Gesundheit hat er verstärkt ins Bewusstsein der Ärzteschaft gerückt. Sein humanitäres Engagement für die Opfer der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl ist vorbildlich. Eckel hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

111. Deutscher Ärztetag in Ulm, 20. Mai 2008, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten Siegmund Kalinski in Frankfurt, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Siegmund Kalinski einen Arzt, der sich in mehr als 40 Jahren seiner ärztlichen Tätigkeit und mit seinem langjährigen berufspolitischen Engagement herausragende Verdienste um das Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat.

Als Allgemeinmediziner mit Weiterbildungsermächtigung und Lehrbeauftragter an der Universität Frankfurt am Main hat er sich für die Förderung des hausärztlichen Nachwuchses starkgemacht. Er hat sich viele Jahre in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung engagiert und als Journalist zu gesundheitspolitischen Fragen kompetent und kritisch Stellung bezogen. Vorbildlich ist sein Einsatz für die deutsch-polnischen Beziehungen und die Aufarbeitung des Holocaust. Siegmund Kalinski hat sich um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, das deutsche Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um

das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Kalinski wurde am 21. März 1927 in Krakau, Polen, als jüngstes von drei Kindern des Kaufmannes Leopold Klausner und seiner Ehefrau Nina geboren. Sein Vater stammte aus Berlin, seine Mutter aus Wien. Beide waren Juden und wurden während des Zweiten Weltkrieges von den Nazis verschleppt. Sein Vater wurde 1942 im Vernichtungslager Belzec ermordet, seine Mutter ein Jahr später in Treblinka. Er selbst kam 1942, im Alter von 15 Jahren, ins Konzentrationslager Szebnie in Südpolen, 1943 nach Auschwitz. Mit dem Näherrücken der russischen Truppen trieben die Nazis im Januar 1945 die völlig geschwächten Lagerinsassen in das 70 Kilometer entfernte KZ Gleiwitz, bei Temperaturen von bis zu minus 20 Grad Celsius. Tausende starben. Kalinski überlebte diesen Weg, der als Todesmarsch in die Geschichte eingegangen ist, und kam über weitere Stationen ins KZ Flossenbürg in der Oberpfalz. Im April 1945, kurz vor Kriegsende, gelang ihm die Flucht in einer leeren Munitionskiste. Er schaffte es bis in von den Alliierten kontrolliertes Gebiet. „47 Kilo bei einer Größe von 1,84“ dokumentierte der französische Stabsarzt, der ihn damals untersuchte. Mit 18 Jahren kehrte er in seine Heimat zurück. Von seinen Angehörigen hatte fast niemand überlebt. Der Familienname Klausner wurde 1947 „polonisiert“ und in Kalinski umgewandelt. Trotz all dem unermesslichen Grauen und Leid, das Kalinski erlebt hatte, blickte er nach vorn: 1947 legte er die Abiturprüfung in Krakau ab und nahm dort das Studium der Humanmedizin auf. Seinen Lebensunterhalt verdiente er als Conferencier und freier Journalist, manchmal auch als Witze-Erzähler in einem Nachtclub. Nach dem Examen 1954 arbeitete er als Krankenhaus- und Werksarzt in Kattowitz, später unter anderem als Schiffsarzt auf einem polnischen Handelsschiff. Da Kalinski mit dem kommunistischen System in Polen immer wieder in Konflikt geriet, floh er 1963 in den Westen, zunächst nach Wien. 1965 kam er nach Deutschland. Als Assistenzarzt arbeitete er in Rheydt, Nordrhein-Westfalen, dann im Krankenhaus in Höchst, Frankfurt am Main.

1968 wurde er zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertation mit dem Titel „Das Stein-Leventhal-Syndrom dargestellt

an den Fällen der Offenbacher Frauenklinik in den Jahren 1954/1966“ entstand an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main unter Prof. Dr. med. Herbert Lewin. Im gleichen Jahr wurde er eingebürgert, ließ sich als praktischer Arzt in Frankfurt nieder und fand hier dauerhaft eine neue Heimat.

Kalinski hat sich in besonderer Weise um die Allgemeinmedizin verdient gemacht: Nachdem er 1970 die Facharztanerkennung und 1977 die Weiterbildungsermächtigung für dieses Gebiet erhalten hatte, bildete er mehr als 50 junge Ärzte aus und wurde 1984 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Universität in Frankfurt am Main. 1992 habilitierte er sich mit der Arbeit „Allgemeinmedizin als Basis der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung“ an der Jagellonen-Universität Krakau, seiner ehemaligen Alma Mater. 28 Jahre lang war Kalinski in seiner Hausarztpraxis in vorbildlicher Weise für seine Patienten da. Dabei sah er immer den Menschen als Ganzes und kümmerte sich sowohl um die medizinischen als auch die psychischen und sozialen Belange der Kranken, 1978 erwarb er die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Im März 1996, mit fast 69 Jahren, gab er die Praxis an eine Nachfolgerin ab.

Kalinskis Einsatz beschränkte sich aber nicht auf sein Fachgebiet. Auch aus der ärztlichen Berufs- und Standespolitik ist er nicht wegzudenken. Seit 1980 ist er Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer (LÄK) Hessen, außerdem war er viele Jahre im Finanzausschuss sowie in anderen Ausschüssen aktiv. Kalinski betätigte sich darüber hinaus als Prüfer für das Gebiet Allgemeinmedizin im Weiterbildungswesen der LÄK Hessen. 1996 wurde er Mitglied des Präsidiums dieser Kammer und ist es bis heute. Die Liste seiner Aktivitäten ist lang: Bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen war er von 1981 bis 1996 Mitglied des Geschäftsausschusses in Frankfurt am Main. Auf Bundesebene repräsentierte er viele Jahre lang die KV Hessen bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Seine berufspolitische Heimat ist der Bundesverband der praktischen Ärzte, der heutige Hausärzteverband. Zudem ist er Mitglied im NAV-Virchow-Bund. In den ersten 20 Jahren seines berufspolitischen Engagements in Hessen hatte

Kalinski so gut wie niemandem etwas von seinem Schicksal während der Naziherrschaft erzählt. Doch bei einer Diskussionsveranstaltung zum Thema Abtreibung, als ein Gynäkologe die Meinung vertrat, Abtreibung sei genauso Mord wie Auschwitz, brach er sein Schweigen. Zutiefst verletzt und empört stand er auf und sagte: „So geht das nicht. Das können Sie nicht vergleichen. Ich war in Auschwitz."

Vermutlich hat gerade sein eigenes Schicksal Kalinski zu einem so engagierten, politischen und äußerst kritischen Menschen werden lassen, der kein Blatt vor den Mund nimmt. Er selbst beschreibt sich als ironisch und sarkastisch. Seit nunmehr 20 Jahren bringt er unter dem Pseudonym „Ironius" mit der Kolumne „Und so seh ich es" die Leser der Ärzte Zeitung zum Schmunzeln und Nachdenken. Mit spitzer Feder und viel Humor wird er nicht müde, die Schwachpunkte des Gesundheitswesens, der Gesundheitspolitik, aber auch der ärztlichen Selbstverwaltung und der Ärzte selbst beim Namen zu nennen. Mit seiner Kritik an der zunehmenden Ökonomisierung der Patientenversorgung, der überbordenden Bürokratie, aber auch der oftmals negativen Darstellung von Ärztinnen und Ärzten in den Medien dürfte er vielen Kollegen aus der Seele sprechen. Knapp 1 500 Glossen hat er mittlerweile als „Ironius" verfasst. Darüber hinaus thematisiert er in Kommentaren wichtige gesundheitspolitische Themen, wie beispielsweise den ärztlichen Nachwuchsmangel. Der Allgemeinmediziner ist ebenfalls als Autor für das Hessische Ärzteblatt und andere Fachzeitschriften tätig. Kalinskis Interesse und Engagement gehen weit über gesundheitspolitische Themen hinaus. Viele Jahre war er ehrenamtlicher Richter beim Hessischen Finanzgericht in Kassel. Besondere Verdienste hat er sich außerdem um die deutsch-polnische Verständigung erworben. So initiierte er beispielsweise Anfang der Neunzigerjahre Sammelaktionen für Polen, für die Arzneimittel im Wert von rund 60 Millionen Mark gespendet wurden. Darüber hinaus hat er sich in besonderer Weise für die Versöhnung von Juden und Deutschen eingesetzt. Er ist Mitglied im Rat der Überlebenden des Fritz Bauer Instituts in Frankfurt am Main, einem Studien- und Dokumentationszentrum zur Geschichte und Wirkung des Holocaust.

Für sein vielfältiges, unermüdliches und erfolgreiches Engagement erhielt Kalinski zahlreiche Auszeichnungen, darunter 1987 das Bundesverdienstkreuz am Bande und 1997 das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse, außerdem die Ehrenplakette in Silber und die Dr.-Richard-Hammer-Medaille der Landesärztekammer Hessen, die Johanna-Kirchner-Medaille der Stadt Frankfurt am Main sowie die Goldene Ehrennadel des Hausärzteverbandes. Auch mit mittlerweile 81 Jahren ist er voller Tatendrang. Ein Rückzug aus seiner Vielzahl von Aktivitäten ist in absehbarer Zeit nicht geplant.

Siegmund Kalinski hat sich als Arzt und Hochschullehrer besondere Verdienste um die Allgemeinmedizin erworben. Mit viel Energie und Schaffenskraft ist er bis heute in ehrenamtlichen Funktionen und als Journalist aktiv. Vorbildlich ist sein Einsatz für die deutsch-polnischen Beziehungen und die Aufarbeitung des Holocaust. Sein Engagement für die deutsche Gesellschaft ist nicht zuletzt angesichts seiner eigenen Lebensgeschichte mehr als bemerkenswert. Kalinski hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

111. Deutscher Ärztetag in Ulm, 20. Mai 2008, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten Horst-Eberhard Richter in Gießen, Prof. Dr. med. Dr. phil., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapeutische Medizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Horst-Eberhard Richter einen Arzt, der sich in seiner langjährigen ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem politischen und sozialen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Er zählt zu den Pionieren der modernen Psychoanalyse und einer ganzheitlichen Medizin. Fast 30 Jahre war er Inhaber eines der ersten Lehrstühle für Psychosomatik an der Universität Gie-

ßen. Mit seinen politischen, psychologischen und philosophischen Veröffentlichungen fand er nicht nur in Fachkreisen Beachtung, sondern hat als Autor ein breites Publikum erreicht. Vorbildlich ist sein unermüdlicher Einsatz für Gerechtigkeit und Frieden. Horst-Eberhard Richter hat sich um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Richter wurde am 28. April 1923 in Berlin als einziges Kind des Ingenieurs Otto Richter und seiner Ehefrau Charlotte geboren. Als 18-Jähriger wurde er zum Militär eingezogen und diente an der Front in Russland. Nach dem Krieg geriet er in Kriegsgefangenschaft. Erst nach seiner Rückkehr nach Deutschland erfuhr er, dass seine Eltern zwei Monate nach Kriegsende bei einem Spaziergang von zwei betrunkenen Russen erstochen worden waren. Auf sich allein gestellt studierte Richter in Berlin Humanmedizin, Psychologie und Philosophie. Nachdem er 1949 das Studium abgeschlossen hatte und zum Dr. phil. promoviert worden war, absolvierte er von 1950 bis 1954 am Berliner Psychoanalytischen Institut eine Ausbildung zum Psychoanalytiker. Zugleich war er seit 1952 leitender Arzt an der Beratungs- und Forschungsstelle für seelische Störungen im Kindesalter am Kinderkrankenhaus im Berliner Arbeiterviertel Wedding. Dort sammelte er wichtige Erfahrungen, die ihn und seinen therapeutischen Ansatz nachhaltig prägten. Der junge Arzt erkannte, dass psychische Auffälligkeiten von Kindern oftmals als die Symptome kranker Eltern zu verstehen waren. Mit dieser Erkenntnis stand Richter für eine Betrachtungsweise, die in der Psychoanalyse bis dahin eher unüblich war, denn diese konzentrierte sich in erster Linie auf das Individuum und dessen innere Konflikte. Nach Beendigung der psychoanalytischen Ausbildung arbeitete er ab 1955 an der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin zunächst als Assistenzarzt, dann als Oberarzt. Mit der Dissertationsarbeit „Akustischer Funktionswandel bei Sprachtaubheit“ wurde Richter 1957 zum Dr. med. promoviert. Von 1959 bis 1962 leitete er das Berliner Psychoanalytische Institut.

Richter ist Wegbereiter der psychoanalytischen Familientherapie. Das von ihm entwickelte Konzept von unbewussten Konflikten zwischen Eltern und Kind als Hintergrund kindlicher Störung gilt als wesentliche Ergänzung zu Freuds Theorie. Mit dem Standardwerk „Eltern, Kind und Neurose“ hat er bleibenden Einfluss ausgeübt. 1962 wurde er auf den neu eingerichteten Lehrstuhl für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen berufen und mit dem Aufbau einer psychosomatischen Klinik betraut. Unter seiner Federführung entstand ein interdisziplinäres Zentrum mit Abteilungen für Klinische Psychosomatik, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, das Modellcharakter hatte. Richters Initiative führte 1970 zur Aufnahme dieser drei Fächer in den Pflichtkatalog des Medizinstudiums. Bis zu seiner Emeritierung 1991 war er Direktor der Gießener Einrichtung, in dem auch die Selbsthilfebewegung ein koordinierendes Zentrum fand. Von 1992 bis 2002 leitete er das Frankfurter Sigmund-Freud-Institut.

Richters psychosomatische Forschungsarbeit fand große Beachtung. Er leitete von 1964 bis 1968 mit Prof. Beckmann das Forschungsprojekt „Herzneurose“. Gemeinsam entwickelten sie auch den international anerkannten Gießen-Test, einen Fragebogen zur Individual- und Gruppendiagnose. Engagiert beteiligte sich Richter darüber hinaus an der Reform der deutschen Psychiatrie, unter anderem in der Enquete-Kommission über die Lage der Psychiatrie. Er setzte sich besonders für die wohnortnahe Versorgung in ländlichen Gebieten ein. Richter ist einer der Pioniere der Psychosomatik. Als er den Gießener Lehrstuhl übernahm, waren die Gedanken einer ganzheitlichen Medizin keine Selbstverständlichkeit. Seine Abteilung wurde ein Anziehungspunkt für qualifizierte Wissenschaftler aus dem In- und Ausland, eine beliebte Weiterbildungsstätte und Ausgangsort für zahlreiche Fortbildungen. Stets verlangte Richter auch außerhalb des Faches Psychosomatik eine neue Sichtweise des Patienten. Krankheit ist für ihn mehr als ein messbarer Zustand. Deshalb forderte er, der Arzt müsse auch die psychischen Belange der Patienten im Blick haben. Richter plädierte für eine neue Arzt-Patienten-Beziehung, die ebenfalls ein neues Arztbild implizierte: Der Arzt solle nicht der idealisierte, unfehlbare Superexperte sein, denn mit diesem Anspruch bediene er

lediglich eine irrationale Technik- und Fortschrittsgläubigkeit und leugne die Grenzen der Medizin. Der Arzt überfordere sich außerdem mit diesem nicht erfüllbaren Auftrag. Richter forderte, dass der Arzt nicht als Held, sondern empathischer Heiler auftreten solle.

Kaum ein Psychoanalytiker hat sich so weit in die Sozialpsychologie und die Politik gewagt wie er. Sein kulturpsychologisch-psychoanalytisches Hauptwerk ist „Der Gotteskomplex“ aus dem Jahr 1979. In dieser Abhandlung stellt er die These auf, dass der moderne Mensch seinen Glauben an Gott durch den an den naturwissenschaftlich-technischen Fortschritt ersetzt hat. Die Angst vor Tod und Endlichkeit wird verdrängt. Richter analysierte auch später immer wieder die gesellschaftlichen Dimensionen in Verhaltensmustern des Einzelnen. Aber auch mit der Psychoanalyse selbst ging der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychosomatische Medizin kritisch ins Gericht. Sie dürfe kein Reparaturbetrieb zur Aufrechterhaltung eines gesellschaftlichen Verleugnungssystems sein.

Vielmehr sei die Psychoanalyse in einem gesellschaftlichen Kontext zu sehen. Für Richter steht fest, dass gerade der Therapeut einen besonderen Auftrag hat, denn er erfahre von den Belastungsfaktoren einer modernen Gesellschaft. Folgerichtig engagierte Richter sich in Zeiten des Kalten Krieges und der atomaren Bedrohung in der Friedensbewegung. Mit „Alle redeten vom Frieden“ wurde er 1981 sogar eine Leitfigur dieser Bewegung. Er nahm an den Anti-Pershing-Demonstrationen in Mutlangen teil und trat als charismatischer Redner bei Protestkundgebungen auf. Ebenfalls zählte er zu den Gründern der deutschen Sektion der Initiative „Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“ (IPPNW), die 1985 den Friedensnobelpreis erhielt. In der Frankfurter Erklärung verweigerten die Unterzeichner jede Form der kriegsmedizinischen Fortbildung. Sie sahen es als ihre Pflicht an, die Bevölkerung darüber aufzuklären, dass die Folgen einer nuklearen Katastrophe medizinisch nicht zu beherrschen seien. Dieses Engagement wurde in der Ärzteschaft kontrovers diskutiert. Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt Richter zahlreiche Auszeichnungen, darunter den Theodor-Heuss-Preis, die Goethe-Plakette der Stadt Frankfurt und die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen. Er ist Eh-

renbürger der Stadt Gießen. Für seine wissenschaftlichen Arbeiten wurde er unter anderem mit dem Forschungspreis der Schweizer Gesellschaft für Psychosomatik ausgezeichnet. Der Schriftsteller und Sozialphilosoph ist seit 1973 Mitglied des P.E.N.-Zentrums Deutschland.

Auch mit nunmehr 85 Jahren tritt Richter für seine Überzeugungen ein. Nach wie vor ist er im Vorstand des IPPNW. Darüber hinaus engagiert er sich in der Anti-Globalisierungskampagne „attac". Als Schriftsteller und Autor zahlreicher Essays ist er ebenfalls aktiv. 2006 publizierte er das Buch „Die Krise der Männlichkeit in der unerwachsenen Gesellschaft".

Seit 1947 steht seine Ehefrau Bergrun an Richters Seite. Er hat drei Kinder und sechs Enkel.

Horst-Eberhard Richter hat sich besondere Verdienste um die Psychoanalyse, die Psychosomatik und die Psychiatrie erworben. Für die Ärzteschaft war und ist er ein unbequemer Impulsgeber, der das ärztliche Selbstverständnis kritisch hinterfragt. Sein politisches und gesellschaftliches Engagement ist vorbildlich, besonders sein mutiger Einsatz für Frieden und Gerechtigkeit. Richter hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

111. Deutscher Ärztetag in Ulm, 20. Mai 2008, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zugleich im Namen der eben auch ausgezeichneten Herren Professor Fritz Beske, Professor Heyo Eckel und Dr. Siegmund Kalinski spreche ich hiermit unseren gemeinsamen herzlichen Dank für die uns zuteil gewordene hohe Ehrung aus, die wir auch immer noch als Ansporn auffassen. Denn alle vier sehen wir uns trotz unseres fortgeschrittenen Alters noch imstande, etwas davon weiterzugeben, was uns in unserem schönen Beruf an Einsichten zuteil geworden ist.

In der mir von den drei Kollegen übertragenen kleinen Dankrede kann ich nun allerdings nur für mich selbst sprechen, dennoch in der Hoffnung, Sie mit Ge-

danken zu erreichen, die sich aus unserer derzeitigen beruflichen und gesellschaftlichen Lage aufdrängen.

Vor fast 60 Jahren habe ich von meinem damaligen Lehrer Viktor von Weizsäcker den Satz gehört und dann auch gelesen: „Medizin ist eine Weise des Umgangs des Menschen mit dem Menschen." Das ist scheinbar eine ganz banale Aussage. Doch aus ihr sprach die Sorge, dass dieser menschliche Umgang gefährdet werde durch Ökonomisierung, Bürokratisierung und totale Technisierung, also durch Einschränkung der Freiheiten der Arzt-Patient-Beziehung auf Kosten persönlicher Nähe im Umgang miteinander. Diese Nähe ist aber Voraussetzung für das Entstehen von Vertrauen und für das Spüren von Verantwortung, denn diese wird uns immer erst im Gegenüber von Angesicht zu Angesicht voll bewusst.

Im Würgegriff einer überhandnehmenden Fremdbestimmung der ärztlichen Tätigkeit schrumpft die Chance für geduldige Zuwendung, für Einfühlung und persönliche Anteilnahme.

(Beifall)

Das muss und darf nicht die korrekte naturwissenschaftlich-technische Versorgung der Kranken beeinträchtigen. Aber die Medizin ist ein gesellschaftlicher Raum, in dem uns auf besondere Weise unser wechselseitiges Aufeinanderangewiesen-Sein fühlbar wird. Der eine begibt sich in die Hand des anderen, der in der Situation als der Mächtigere in Erscheinung tritt, sich dennoch dem Wohl des Kranken dienend unterordnet. Der Austausch zwischen Hilfesuche und Fürsorglichkeit, Leiden und Ermutigung, Angst und Beschützung, Ohnmacht und Stärkung bringt uns unsere existenzielle Vernetzung in der Welt so eindringlich wie nirgendwo sonst zum Bewusstsein. Das gewagte und das belohnte Vertrauen stiften ein Grundmuster von Humanität. Diese in der Medizin zu erfahren und zu stärken, ist Richtschnur für die moralische Bewährung einer zivilisierten Gesellschaft. Es gibt keine humane Gesellschaft ohne eine humane Medizin.

(Beifall)

Diese Feststellung verlangt allerdings auch, die Erinnerung an schwerwiegende Verletzungen unserer Standesethik unvermindert wachzuhalten, die in dunkler Zeit geschehen sind. Drei internationale Kongresse der IPPNW zum Thema „Medizin und Gewissen" in Erlangen und Nürnberg wurden insgesamt von mehreren Tausend überwiegend jungen Medizinerinnen und Medizinern und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe besucht, die sich im Erinnern vor allem der Widerstandskraft zum Verhüten versichern wollten.

Es gibt keine Grenze der Mitverantwortlichkeit, wo überall es um die Bewahrung oder Stärkung des ethischen Geistes geht, zu dem uns unser Arzttum verpflich-

tet. Albert Schweitzer, Empfänger der ersten Paracelsus-Medaille 1952, hat uns mit seiner „Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben“ einen bis heute und weiterhin gültigen Weg gewiesen. Das fängt bei der Gerechtigkeit des Gesundheitssystems an und setzt sich in der Sozialpolitik fort.

Aber Albert Schweitzer musste erleben, dass sich in der geistigen Situation seiner und unserer Zeit ein unheimlicher Wandel vollzog, der mit einer Errungenschaft der wissenschaftlich-technischen Revolution einherging: Das war die Erfindung und der Einsatz der Atombombe, ein Triumph menschlichen Eroberergeistes, allerdings mit der zunächst übersehenen Kehrseite der möglichen Selbstversklavung an eine verheerende technische Vernichtungsenergie. Die Unterdrückung dieses Aspekts bedeutete, wie Schweitzer sogleich erkannte, eine radikale Missachtung der Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben.

Als er 1952, also im gleichen Jahr wie die Verleihung der Paracelsus-Medaille, den Friedensnobelpreis in Empfang nahm, stellte er fest: „Was uns eigentlich ins Bewusstsein kommen sollte und schon lange hätte kommen sollen, ist dies, dass wir als Übermenschen zu Unmenschen geworden sind. Die Erkenntnis, die uns heute nottut, ist dies, dass wir miteinander der Unmenschlichkeit schuldig sind.“

Nicht der Arzt Albert Schweitzer, sondern der Physiker und Philosoph Carl Friedrich von Weizsäcker war es dann, der in der Schuld eine Art Krankheit erkannte, die er die „seelische Krankheit Friedlosigkeit“ nannte. Ist es nicht in der Tat ein Zeichen von Krankheit, wenn in den USA die Bombardierung von Hiroshima mit über 200 000 Opfern nach wie vor als nationale Ruhmestat gilt?

Indessen hat der Glaube an die Heilbarkeit dieser Krankheit bekanntlich eine weltweite ärztliche Friedensbewegung entstehen lassen. Deren einer Ansatz sind präventive Aufklärung und aufrüttelnde Demonstrationen. Ein anderer ist internationale Hilfe für die Opfer von Krieg, auch von nuklearen Katastrophen wie Tschernobyl.

Vornean in dieser Bewegung steht jedoch der urärztliche Ansatz der Versöhnung; denn für ärztliche Friedensarbeit muss immer ein Pro und nicht ein Anti vornean stehen. Wenn einer der Ausgezeichneten, beinahe selbst, wie seine Angehörigen, Opfer von Vernichtung, sich in diesem Land außer um das Gesundheitswesen darüber hinaus um die Versöhnung zwischen Juden und Deutschen sowie Polen und Deutschen besonders verdient gemacht hat, so zeugt allein dies davon, dass gerade Ärzte eine Chance haben, etwas zur Überwindung der Krankheit Friedlosigkeit zu tun.

(Beifall)

Der Arzt Albert Schweitzer hat sich in alter Sprache auf das Herz berufen, das von uns zu tun verlange, was den tiefsten Regungen unseres geistigen Wesens

entspreche. Die Humanität gebiete, so schrieb er, auf das Herz zu hören. „Das Herz“, sagte Paracelsus in der Philosophia sagax, „ist die Seele im Menschen.“ „So nun die Lieb in Gott im ganzen Herzen gehen soll, so muss da weichen von der Seel alle Widerwärtigkeit Gottes“, also alles, was Gott zuwider ist.

Herz und Liebe im Sinne von Paracelsus und Schweitzer und fast auch schon das Wort Humanität kommen uns heute nicht mehr so leicht über die Lippen, weil wir uns selbst nicht mehr so recht trauen, ob wir noch einlösen können, was in diesen Begriffen an Anspruch steckt.

„Das Gute missfällt uns, wenn wir ihm nicht gewachsen sind“, sagte Nietzsche.

Doch an den Arztberuf knüpft sich nun einmal seit alter Zeit die Erwartung, dass er dem Guten diene. Das kommt übrigens nicht nur aus der Gesellschaft, sondern steckt auch offenbar ursprünglich als Wunsch in denen, die diesen schönen Beruf anstreben. Denn in einer von mir selbst zusammen mit meinen Mitarbeitern durchgeführten älteren Studie haben wir ermittelt, dass Abiturientinnen und Abiturienten, die sich für das Medizinstudium entscheiden, sich mehr fürsorgliche Gedanken um andere Menschen machen als andere Studienanwärter. Was an äußerer Unfreiheit, Verflachung des Zeitgeistes oder individueller Ernüchterung zu einem späteren Einstellungswandel beitragen kann, muss hier unerörtert bleiben, zumindest von mir jetzt. Zu wiederholen ist nur, dass wir uns als Ärztinnen und Ärzte unserer hohen Verantwortung nicht nur für das physische Wohl, sondern ganz besonders auch für die Menschlichkeit unserer Gesellschaft bewusst bleiben müssen. Dass von dieser Sensibilität bei unserem professionellen Nachwuchs mehr vorhanden ist, als es mitunter nach außen den Anschein hat, ist mein persönlicher psychologischer Eindruck. Das mag wieder nach Gutmenschen-Optimismus klingen, wenn ich das sage. Aber ich hoffe, zugleich im Namen der anderen drei Ausgezeichneten zu sprechen, wenn ich sage, dass ein praktischer Optimismus im ärztlichen Engagement ein geeignetes Mittel ist, einem heute weitverbreiteten theoretischen Pessimismus zu widersprechen.

Ich danke Ihnen.

(Langanhaltender lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

(Wolfgang Amadeus Mozart: Konzert für Klavier und Orchester Nr. 12 A-Dur in der Klavierquintettfassung des Komponisten, 3. Satz: Rondeau. Allegro)

Ulla Schmidt, MdB, Bundesministerin für Gesundheit: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrte Frau Dr. Wahl! Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Frau Kollegin Stolz! Liebe Abgeordnete! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Aber vor allen Dingen: Sehr geehrte Delegierte des Deutschen Ärztetages! Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, auf dem 111. Deutschen Ärztetag

zu Ihnen zu sprechen. Ich möchte Ihnen gleich zu Beginn die besten Wünsche für einen guten Verlauf auch im Namen der gesamten Bundesregierung übermitteln.

Sie haben sich eine programmatische Standortbestimmung der Ärzteschaft unter veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedingungen vorgenommen. Ich begrüße eine klare Positionierung der Ärzteschaft zu aktuellen Fragen und zu Entwicklungen, die über den Tag hinausgehen. Aber es wird Sie nicht überraschen, dass ich nicht alle Teile der Analyse und manche Schlussfolgerungen teile. Ich stimme aber mit Ihnen absolut überein, dass angesichts des medizinischen Fortschritts und einer Gesellschaft des längeren Lebens die Frage zu klären ist, welche Rahmenbedingungen und Strukturen notwendig sind, damit eine gute Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen für die Zukunft gesichert werden kann.

Mich treibt die gleiche Frage um. Ich bin froh, dass wir uns darauf verständigen konnten, dass wir diese Fragen gemeinsam lösen wollen, dass wir gemeinsam nach Antworten suchen. Ausdruck dessen ist eine Arbeitsgruppe, die hochrangig besetzt ist, die wir mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf den Weg gebracht haben. Ich glaube, dass das der einzig richtige Schritt ist, denn die Aufgaben sind sehr vielfältig. Das, was wir gemeinsam angehen können, ist immer besser als das, was wir gegeneinander machen. Ich möchte nicht auf jede Einzelheit im Entwurf des Papiers eingehen, aber lassen Sie mich an dieser Stelle etwas sagen, was mich schon überrascht, nämlich dass von mir eine Art staatlicher Rationierungskatalog gefordert ist, wo ich doch sonst immer gemeinhin mit der vermeintlichen „Staatsmedizin“ in Verbindung gebracht werde. Nein, meine sehr geehrten Damen und Herren, Kataloge, welcher Art auch immer, helfen uns nicht weiter. Sie sind nicht die richtige Antwort. Alle Verantwortlichen in unserem Gesundheitssystem sind gefordert, jeder an seiner Stelle: Politik, Kassen, Verbände und auch Sie, die Ärztinnen und Ärzte. Alle müssen diese Verantwortung übernehmen, damit mit den vorhandenen Mitteln, die immer und überall auf der Welt begrenzt sind und auch begrenzt bleiben werden, rational und rationell umgegangen wird. Dies hat für mich mit Rationierung im Sinne von „Zuzahlungsmedizin“ – nach welchen Kriterien übrigens, wer legt sie denn fest? – überhaupt nichts zu tun.

Ich bleibe bei meiner Auffassung: Wo es um elementare Lebens- und Gesundheitschancen geht, darf es keine Verteilungskriterien wie Zahlungsfähigkeit oder Altersgrenzen geben. Dies gilt für mich auch für den Zugang zu innovativen Therapien, zum Beispiel in der Onkologie. Dafür, dass das sichergestellt werden kann, möchte ich auch für die politisch Verantwortlichen Verantwortung übernehmen, denn wir in den Parlamenten, Sie in den Gremien der Selbstverwaltung oder auch die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung müssen ihre Verantwortung übernehmen. Wir müssen die Diskussion darüber

führen, welche Rahmenbedingungen geändert werden müssen, damit Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens weiter entwickelt werden. Ich finde, dass wir da auch gute Wege eingeleitet haben.

Ich verspreche mir viel davon, dass wir im Bereich der konsequenten Kosten-Nutzen-Bewertung weiterkommen. Sie haben hier erst den Einstieg gefunden, aber wir sind in Deutschland weit davon entfernt, über faire Arzneimittelpreise im Zusammenhang auch mit dem medizinischen Nutzen reden zu können. Wir müssen mehr die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren fördern. Ich finde – wir sind hier ja in Baden-Württemberg –, dass der neue Vertrag zur hausärztlichen Versorgung ein Beispiel dafür ist, wie man neue Wege beschreiten kann. Ich weiß, dass dieser Vertrag nicht überall auf Zustimmung stößt. Aber ich finde, jeder sollte sich einmal objektiv anschauen, was in diesem Vertrag steht. Er verbindet eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dem Abbau von Bürokratie und einer höheren Vergütung der Ärztinnen und Ärzte.

(Widerspruch)

Auf Neudeutsch würde man sagen: Das ist eine Win-win-Situation.

Ich weiß, dass wieder manche sagen: Es reicht immer noch nicht aus. Aber ich finde, hier wurden richtige Schritte getan. Lassen Sie uns doch vorurteilsfrei beurteilen, welche Chancen bestehen. Wenn man sieht, dass hier Entwicklungen entstehen, die so nicht gewünscht sind, dann muss man gegensteuern. Aber immer nur die alten Wege zu gehen, das wird uns nicht weiterbringen.

Die politisch Verantwortlichen müssen für die Ärzte, die neben der medizinischen Verantwortung ja auch ökonomische Verantwortung haben, Rahmenbedingungen festsetzen, und das tun sie auch, und zwar häufig mit sehr großen Veränderungen für die Versichertengemeinschaft. Es geht nämlich immer um die Frage: Was kann in die Verantwortung des Einzelnen übertragen werden, und was muss weiterhin solidarisch abgesichert bleiben? Ich erinnere nur an viele Diskussionen nach Entscheidungen, die wir getroffen haben, zum Beispiel bei der Herausnahme eines Teils der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, bei der Frage, ob Sehhilfen weiterhin erstattet werden, und manches andere mehr. Ich erinnere auch an die Veränderungen bei den Zuzahlungen. Da haben die politisch Verantwortlichen dafür gestanden, dass das so ist.

Meine Damen und Herren, wir alle zusammen werden den Debatten über die Verteilung begrenzter Ressourcen nicht ausweichen können. Sie berühren neben den berufspolitischen Dimensionen Fragen der Medizin, der Volks- und Betriebswirtschaft sowie der Ethik und der Moral. Ist Gesundheit wirklich das höchste Gut, oder konkurriert es mit anderen Gütern wie Bildung oder Alterssicherung? Hängt Gesundheit – individuell und kollektiv – allein von den Leistungsausgaben für die (kurative) Versorgung ab? Gelten im Gesundheitswesen

gleiche Maßstäbe für Belastungs-, Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit wie in anderen Lebensbereichen auch? Oder ist nicht doch Gesundheit, ihr Erhalt und ihre Wiederherstellung etwas Besonderes, nämlich die unabdingbare Voraussetzung für die Wahrnehmung von Freiheit und individueller wie gesellschaftlicher Partizipation? Ich bejahe dieses ausdrücklich.

Bei aller Diskussion: Die Deutschen geben im internationalen Vergleich viel Geld für Gesundheit aus. Auch in den letzten Jahren ist es, allen gegenteiligen Debatten zum Trotz, immer mehr geworden. Allein über die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung sind in den letzten vier Jahren mehr als 13 Milliarden Euro zusätzlich in die Versorgung geflossen. Bei „Versorgung“ betone ich, dass dies nicht irrtümlich so interpretiert werden darf, als sei es in die Verwaltungsausgaben geflossen. Die sind gleich geblieben, sind sogar leicht gesunken.

Deshalb muss die Frage gestellt werden: Kann und muss es mehr Geld werden? Oder muss das Geld anders verteilt werden? Für mich ist es beispielsweise nicht akzeptabel, dass in diesem Land mehr Geld für Arzneimittel als für die ambulante ärztliche Behandlung von Menschen ausgegeben wird.

(Beifall)

Ich sage Ihnen: Ich bin bereit, mit Ihnen zusammen gegenzusteuern, weil das so nicht in Ordnung ist.

Über diese und viele weitere Fragen müssen jetzt und in Zukunft die Bundesregierung, der Deutsche Bundestag, die gemeinsame Selbstverwaltung, Krankenkassen und nicht zuletzt die verfasste Ärzteschaft entscheiden. Ich halte nichts von neuen Gremien wie einem „nationalen Gesundheitsgipfel“ oder einem „Gesundheitsrat“. Ich halte nichts davon, Arbeit und Verantwortung zu verschieben. Allzu oft habe ich erlebt, dass in großen Gremien viel geredet, aber wenig bewirkt wird und dass manche dieser großen nationalen Kommissionen mit den bedeutendsten Menschen dieses Landes besetzt waren, aber am Ende gesagt haben: Man kann es so, aber auch anders machen. Das hilft uns dann wenig weiter. Ich halte es an dieser Stelle lieber mit Willy Brandt, der einmal gesagt hat: Kleine Schritte sind besser als große Worte.

Meine Damen und Herren, die zentralen Werte wie Humanität, Solidarität und Pluralität sind fest in unserem Gesundheitswesen verankert. Wenn zutreffen sollte, dass diese Werte in Gefahr geraten und Ziele verfehlt werden, müssen wir Korrekturen einleiten. Dazu gehört auch eine Debatte über die von Ihnen angesprochene Frage der Finanzierungsbasis unseres Gesundheitssystems. Ich stimme mit Ihnen überein, dass die lohnbezogene Finanzierung bei den veränderten Erwerbsbiografien an ihre Grenzen stößt.

(Beifall)

Das macht auch der aktuelle Armuts- und Reichtumsbericht deutlich. Während der Anteil am Volkseinkommen aus Löhnen und Gehältern sinkt, steigt der Anteil aus Kapital- und Unternehmenseinkommen. Deshalb werden wir nicht daran vorbeikommen, dass wir die Einbeziehung aller Einkünfte in die Beitragserhebung benötigen. Das kann über Steuern geschehen, das kann über die Einbeziehung in die Beitragserhebung geschehen. Wir haben einen ersten Schritt gemacht – ich sage deutlich: einen ersten Schritt – mit der Entscheidung, dass in den kommenden Jahren schrittweise der Steueranteil auf 14 Milliarden Euro erhöht wird. Ich gebe Ihnen recht, Herr Professor Hoppe, dass diese 14 Milliarden Euro gerade die Hälfte dessen ausmachen, was über die gesetzliche Krankenversicherung an gesamtgesellschaftlichen Aufgaben finanziert wird. Wir müssen die Frage der Steuerfinanzierung immer auch mit dem in Einklang bringen, was bei den aktuellen finanziellen Belastungen möglich ist.

Wir werden die Reformvorschläge prüfen. Wir möchten mit Ihnen in den Dialog darüber eintreten. Ich sage aber auch ganz deutlich: Eine Abkehr von der solidarischen Finanzierung unseres Gesundheitswesens und eine Privatisierung von Krankheitsrisiken wird es mit mir nicht geben. Ich habe die Positionen der Ärzteschaft auch nicht so verstanden, als sollte dies so sein. Deshalb lassen Sie uns darüber reden, wie wir die vorhandenen Mittel so einsetzen, dass das erreicht wird, was wir hoffentlich gemeinsam wollen: dass Menschen unabhängig von ihrem Einkommen, unabhängig von ihrer Herkunft in gleicher Weise am medizinischen Fortschritt teilnehmen können und das medizinisch Notwendige für alle bereitgestellt wird.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, der 111. Deutsche Ärztetag befasst sich nicht nur mit Grundsatzfragen, sondern stellt sich auch konkreten Problemen. Die Herausforderungen des demografischen Wandels zeigen sich besonders deutlich am Beispiel der bedarfsgerechten Versorgung von demenzkranken Menschen. Mit der Reform der Pflegeversicherung haben wir Schritte eingeleitet, wir haben die Leistungen für Demenzkranke ausgeweitet. Der Betreuungsbedarf kann besser abgebildet werden. Viele erhalten erstmals Leistungen für die Betreuung. Die ergänzende Betreuungsassistenz in Pflegeheimen ist für viele demenziell Erkrankte eine wichtige Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Ich setze auch große Hoffnungen in die verbesserte Einbindung niedergelassener und angestellter Ärzte in die Versorgung der Heimbewohner. Darüber hinaus wollen wir als Bundesregierung das Wissen und die Forschung über Demenzerkrankungen ausweiten. Der Bund stellt über das Bundesbildungsministerium jährlich 60 Millionen Euro zur Verfügung, um Kompetenzen und Forschungsaktivitäten in diesem Lande zu bündeln. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert mit 13 Millionen Euro die Versorgungsforschung im Leuchtturmprojekt Demenz.

Auch wenn wir die meisten Demenzerkrankungen bis heute nicht ursächlich behandeln können, hält der Erkenntnisstand in der Medizin zahlreiche Möglichkeiten bereit, beispielsweise die Kommunikationsfähigkeit oder den Orientierungssinn von Demenzkranken zu verbessern, und zwar je früher, desto wirksamer. Ich bin deshalb sehr dafür, dass gerade Hausärztinnen und Hausärzte in der Diagnostik und im Umgang mit Demenz besonders geschult werden. Ich bin neugierig auf die Ergebnisse eines Modellvorhabens im Rahmen des Leuchtturmprojekts Demenz, das sich mit diesen Fragen der Verbindung von stationärer und ambulanter hausärztlicher Versorgung und unter Einbeziehung auch der fachärztlichen Aspekte beschäftigt. Ich glaube, dass wir aus solchen Modellvorhaben und Projekten lernen können, wie wir auch in anderen Bereichen die Versorgung verbessern können. Ich sehe gespannt auf die Ergebnisse, die wir hier erhalten werden.

Meine Damen und Herren, für alle Vertragsärzte ist der 1. Januar 2009 von entscheidender Bedeutung. Dann soll die neue Honorarordnung für ambulante Leistungen in Kraft treten – weg von den floatenden Punktwerten hin zu festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung. Ab 2009 wird endlich die unterschiedliche Vergütung zwischen Ost- und Westdeutschland beendet. Die neue Gebührenordnung schafft die Voraussetzung, um den erhöhten Behandlungsbedarf besser abbilden zu können, vor allen Dingen für die Behandlung älterer und demenzkranker Menschen. Qualitätszuschläge und Zusatzpauschalen für chronisch Kranke sind möglich. Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können weiter als Einzelleistung abgerechnet werden. Im geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab ist beispielsweise der Besuch von Patienten im Pflegeheim, der ja im Zusammenhang mit der Betreuung immer in der Diskussion stand, als Einzelleistung abrechenbar. Ich finde das richtig und unterstütze alles, dass Sie hier in Ihrer Arbeit vorankommen.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich in diesem Zusammenhang eines erwähnen. Eine weitere Feststellung ist nötig: Nur bei einem neuen gerechteren Verteilungsmechanismus über den Gesundheitsfonds und einem zielgenaueren Risikostrukturausgleich können die Honorare der niedergelassenen Ärzte entsprechend der Krankheitsentwicklung der Menschen verteilt und erhöht werden. Eine (steigende) Morbidität kann bei der Bezahlung nur dann berücksichtigt werden, wenn auch die Beitragsmittel zielgenau bei den Kassen landen, die viele kranke und ältere Menschen versichern. Deshalb gehören diese beiden Komponenten eng zusammen. Daher bleibe ich dabei: Der Fonds kommt, denn wir brauchen ihn, damit wir zu einer gerechteren Finanzierung kommen.

Die Reform wird mehr Geld für die ambulante Versorgung bringen und die Vergütung des einzelnen Arztes verlässlicher und gerechter machen. Ich sage dies hier bewusst, und ich weiß, dass ich mit dieser Aussage Verantwortung dafür übernehme, dass die bessere Honorierung bei den im Herbst anstehenden Fi-

nanzierungsentscheidungen berücksichtigt wird. Ich kann dies tun, weil es auch in den Koalitionsfraktionen und in der Bundesregierung so diskutiert wurde, dass wir wissen, dass mit der neuen Honorierung auch mehr Geld in die Versorgung fließt, weil wir glauben, dass es notwendig ist, um auf Dauer eine gute Versorgung kranker Menschen sicherstellen zu können.

Ich appelliere an Sie – da schließe ich mich den Appellen von Frau Stolz an –, alles daran zu setzen, dass die Honorarreform mit ihren weiteren Umsetzungsschritten planmäßig abgeschlossen wird. Mit einem transparenten und kalkulierbaren Vergütungssystem bleibt der Arztberuf attraktiv. Nur dann werden wir auf Dauer auch genügend junge Menschen für diesen Beruf gewinnen können.

(Unruhe)

Im Übrigen hätte ich dieses transparente System gern schon mindestens zwei Jahre früher gehabt. Aber wir wollen heute nicht darüber reden, wer daran schuld war, dass das nicht so gekommen ist.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich hatte am 19. Mai die Gelegenheit, auf einer wirklich guten Veranstaltung mit angehenden Medizinern, Pharmazeuten, Pflegern und Versicherungsangestellten über deren Zukunftsperspektiven zu diskutieren. Ich habe dabei die Erfahrung gemacht, dass gerade junge Medizinerinnen und Mediziner, mit denen ich übrigens regelmäßig zusammenkomme, ihre berufliche Perspektive sehr realistisch einschätzen. Für die allermeisten Studierenden spielen Fragen der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation – nicht nur bei dem zunehmenden Teil der Ärztinnen – eine besondere Rolle bei der Entscheidung, ob sie als Arzt oder Ärztin in die medizinische Versorgung gehen.

Hier möchte ich einen Punkt ansprechen, der vielleicht auch von Ihnen mit aufgegriffen werden kann. Vor allem in der Weiterbildung verlieren sich manche Ideale, die für die Studienwahl ausschlaggebend gewesen sind. Mich macht es sehr nachdenklich, wenn in der erwähnten Veranstaltung mit jungen Menschen eine Ärztin berichtet, dass sie als Frau und Mutter keine Weiterbildungsstätte zur Chirurgin fand, sodass sie in den Public-Health-Bereich „abgewandert“ ist. Man würde es nicht erwähnen, wenn dies nur ein Einzelfall wäre. Es ist leider öfters der Fall.

Deshalb sage ich hier deutlich: Wer sich – wie auch von Ihnen oft artikuliert – Sorgen über den ärztlichen Nachwuchs macht, der muss angesichts der Entwicklung der Studierendenzahlen die häufig brachliegenden guten beruflichen Qualifikationen von Frauen stärker in den Blick nehmen.

(Beifall)

Ich sage hier auch deutlich: Es wäre schön, wenn Arbeitgeber nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland zukünftig auf die Idee kommen, dem Nachwuchs viel stärker zu zeigen, dass er willkommen ist, dass er gebraucht wird, indem auch hier die Frage gestellt wird: Was können wir als Arbeitgeber für dich tun, damit du Familie und Beruf unter einen Hut bringen kannst?

Wenn ich manche Entwicklung bei der Elternzeit sehe, wird dies auch für die Gewinnung junger Menschen in Zukunft viel bedeutender, als das in der Vergangenheit der Fall war.

Meine Damen und Herren, am häufigsten wird von allen das Bedürfnis nach einer fairen Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen auch anderer Gesundheitsberufe artikuliert. Das ist ein ganz entscheidender Wunsch. Da geht es nie um die Frage, ob der Arzt für die Diagnose oder für die Therapieentscheidung verantwortlich ist, sondern darum: Wie kann die Qualifikation eines jeden Einzelnen so optimal eingesetzt werden, dass Zeit bleibt und Ressourcen freigeschaufelt werden für die ursprünglich ärztliche und für die ursprünglich pflegerische Tätigkeit?

Da so viel davon geredet wird, dass die jungen Menschen alle in den Norden, nach Skandinavien auswandern, nach Finnland, möchte ich Ihnen folgendes Zitat aus dem Wirtschaftsmagazin „brand eins“ nicht vorenthalten. Sechs junge Ärzte haben gesagt:

> *Die Ruhe des Arbeitens und die geregelten Arbeitszeiten der Ärzte*

– gemeint ist die Situation in Finnland –

> *sind möglich, weil Sekretärinnen, Schwestern und ein ausgetüfteltes elektronisches Patienten-Datensystem den Löwenanteil der täglichen Kleinarbeit abnehmen.*

(Zurufe)

Wer oder was, meine Damen und Herren, hindert uns in Deutschland eigentlich daran, diesen erfolgreichen Weg der sinnvollen und modernen Arbeitsteilung ebenfalls zu beschreiten? Die Medizinstudierenden haben doch recht, wenn sie in ihrem vor Kurzem veröffentlichten Positionspapier fordern:

> *Eine Umverteilung von Kompetenzen kann ärztliche Ressourcen freisetzen, die in vollem Umfang den Patienten zugute kommen sollen.*

Ich bin ganz sicher und teile hier auch die Auffassung von Frau Dr. Wahl: Die Attraktivität der Gesundheitsberufe entscheidet sich an der Frage, wie künftig die Zusammenarbeit untereinander gestaltet wird. Es wird neue Kooperations-

formen geben; überkommene Hierarchien und Aufgabenverteilungen müssen infrage gestellt und Kompetenzen delegiert werden. Für all das müssen die notwendigen Qualifikationen geschaffen werden.

Die Gemeindeschwester AGnES und auch die Modellklauseln, die wir mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz auf den Weg gebracht haben, sind erste wichtige Lösungsansätze. Weitere werden folgen.

Seien wir doch ehrlich: Gerade der vorhin angesprochene Bereich der Versorgung demenziell erkrankter Menschen und der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist ein klassischer Bereich, in den die Kompetenzen und die Qualifikationen der Pflegekräfte mehr noch als bisher in die Versorgung einbezogen werden müssen.

Auf jeden Fall werden Vernetzung und Kooperation die Gesundheitsversorgung der Zukunft stark prägen. Ich finde es wichtig und gut, dass sich der Ärztetag mit diesen Fragen beschäftigt.

Meine Damen und Herren, die zentrale Herausforderung in der Krankenhauspolitik betrifft die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für die Finanzierung der Krankenhäuser. Wie im ambulanten Bereich brauchen wir verlässliche finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen mit Handlungsfreiräumen für die Krankenhäuser. Die überkommene duale Finanzierung und das bettengenaue Bedarfsplanungssystem mit Kontrahierungszwang ersticken viele Eigeninitiativen.

Ich bin davon überzeugt, dass wir eine leistungsfähige pluralistische Krankenhauslandschaft, die eine wohnortnahe Versorgung garantiert, nur erhalten können, wenn wir schrittweise in eine monistische Krankenhausfinanzierung umsteigen und endlich Wettbewerb zulassen. Ich halte es für sinnvoll, dass es für planbare und standardisierbare Leistungen die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geben sollte. Ich werde in den nächsten Wochen einen Gesetzentwurf zur Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung vorlegen. Ich würde es sehr begrüßen, wenn dieser Entwurf die Unterstützung der Ärzteschaft finden würde.

Ich würde es im Übrigen auch begrüßen, wenn Ärzteschaft und Krankenhausgesellschaft gelegentlich die Länder deutlicher daran erinnern würden, ihren bestehenden Investitionsverpflichtungen auch tatsächlich nachzukommen. Es geht zulasten der medizinischen Versorgung von kranken Menschen, wenn mit den Fallpauschalen Investitionen statt Ärzte und Pflegekräfte bezahlt werden müssen. Das ist ein Fakt. Da ist auch Baden-Württemberg noch die Hälfte von dem entfernt, was eigentlich getan werden müsste.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, der Bund ist bereit, seine Verantwortung zu übernehmen. Im Rahmen der Möglichkeiten wollen wir zu einer Linderung der aktuellen Finanzprobleme der Krankenhäuser beitragen:

Erstens. Es deutet sich an, dass schon der bisherige Mechanismus der Anbindung an die Grundlohnentwicklung im nächsten Jahr zu einer gewissen Entspannung führen wird. Die lohnbezogenen Einnahmen der Kassen verbessern sich derzeit deutlich.

Zweitens. Der Sparbeitrag der Krankenhäuser endet definitiv am 31. Dezember 2008.

Drittens. Der Vorwegabzug von 0,5 Prozent für die integrierte Versorgung endet ebenfalls am 31. Dezember 2008.

Alle drei Bereiche zusammen summieren sich bereits auf mehr als 1 Milliarde Euro.

Viertens. Für mich ist unbestritten, dass es kein Zurück zum alten Selbstkostendeckungsprinzip mit automatischer Weitergabe von Lohnerhöhungen geben kann. Das widerspricht dem Fallpauschalensystem. Ich stehe auch dazu, dass in Zukunft vertragliche Lösungen die heutige strikte Grundlohnanbindung ablösen müssen. Aber ich weiß auch, dass ein solches System Zeit erfordert. Deshalb werde ich dem Gesetzgeber vorschlagen, dass bis zu einer vertraglichen Lösung ein Anteil der tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerung durch die Kassen finanziert wird, auch um deutlich zu machen, dass wir nach Jahren der Lohnzurückhaltung die Tarifsteigerungen, die auch im Bereich der Krankenhäuser erfolgt sind, für gerechtfertigt halten.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich weiß aus meinen Besuchen vor Ort, dass die Situation in vielen Häusern, vor allem beim Pflegepersonal, sehr eng ist. Deswegen neige ich fünftens sehr dazu, ein Förderprogramm für die Neueinstellung von Pflegekräften in den Krankenhäusern aufzulegen. Ich könnte mir nach vielen Diskussionen ein Programm vorstellen, das nach dem Muster des Programms zur Förderung innovativer Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern gestaltet ist. Wir werden jedenfalls sehr schnell unsere Vorschläge auf den Tisch legen, um der negativen Entwicklung im Bereich der Pflege entgegenzuwirken, und wir werden auch Maßnahmen vorschlagen, die eine gerechte Finanzierung der Aus- und Weiterbildung sicherstellen.

Ich bin überzeugt, dass sich mit diesen fünf Punkten die Situation in den Krankenhäusern deutlich verbessern wird.

Meine Damen und Herren, die zum Teil kontrovers geführte Diskussion innerhalb der deutschen Ärzteschaft über die Gesundheitskarte wird häufig durch falsche oder unvollständige Darstellungen genährt. Der Schutz der sensiblen Patientendaten ist gesetzlich verankert. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz, der – ebenso wie die Landesdatenschutzbeauftragten – die Vorbereitungsarbeiten sehr eng begleitet, hat der elektronischen Gesundheitskarte in Sachen Datenschutz ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt. Die Kostenfrage ist geklärt. Kostenträger und KBV haben sich auf eine Finanzierung für die in Arztpraxen erforderlichen stationären und mobilen Kartenterminals geeinigt. In den bisherigen Tests haben wir viele Erfahrungen und auch viele gute Vorschläge – auch aus der Ärzteschaft – erhalten, wie die praktische Umsetzung zu gestalten ist.

Lassen Sie mich an dieser Stelle sagen: Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihr ärztliches Engagement. Ich halte das in dieser Frage für einen wesentlichen Erfolgsfaktor. Ich ermuntere Sie ausdrücklich, Ihren Sachverstand auch weiterhin einzubringen. Nutzen Sie für diese und kommende Generationen von Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, die technologische Modernisierung unseres Gesundheitswesens aktiv mitzugestalten, gerade damit Bürokratie abgebaut wird und Sie als Ärzte wieder mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung haben.

Meine Damen und Herren, es ist heute schon sehr viel über den wohl berühmtesten Bürger Ulms geredet worden. Ich konnte dem Oberbürgermeister nichts mehr wegnehmen, weil er vor mir gesprochen hat. Der berühmteste Bürger Ulms, Albert Einstein, hat sinngemäß gesagt: Ein Tag, an dem sich alle Anwesenden völlig einig sind, ist ein verlorener Tag. In gespannter Erwartung Ihrer Rede, Herr Professor Hoppe, bin ich mir schon jetzt ganz sicher: Das wird kein verlorener Ärztetag!

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Dann gucken wir mal, was wir daraus machen, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Meine Damen und Herren Abgeordneten aus Bund und Land! Frau Bundesministerin Schmidt! Frau Ministerin und Kollegin Dr. Scholz! Frau Landesärztekammerpräsidentin Dr. Wahl! Liebe Ehrenpräsidenten! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich

werde heute keine Rede halten, sondern einen Vortrag. Ich habe mir gedacht, dass es ja eigentlich nicht sinnvoll ist, ein „Ulmer Papier“ von mehr als 35 Seiten zu verfassen und die dort enthaltenen Aussagen jetzt hier noch einmal vorzutragen. Das, was wir empfinden und wie es uns als Ärztinnen und Ärzten geht, steht in diesem Papier. Was wir vorschlagen, damit es besser wird, steht auch in diesem Papier. Deswegen möchte ich gern ein bisschen aphoristisch mit einigen Bemerkungen auf die globale Situation hinweisen, in der sich unser Gesundheitswesen nach etwa 20 Jahren Baustellenzustand befindet.

Aber bevor ich dies tue, möchte ich mich herzlich bei Herrn Oberbürgermeister Gönner für seinen Hinweis auf Einstein bedanken. Ich glaube aber, niemand in der Politik geht davon aus, dass die deutsche Ärzteschaft jemals die Fahnen nach dem Wind gehängt hat, wohlgemerkt: nach dem Zweiten Weltkrieg. Wir haben aufgepasst, dass durch unser Gesundheitswesen eine gute Patientenversorgung sichergestellt wird. Das war das Ziel, das war die Richtung, die wir in all diesen Jahren eingeschlagen haben. Leider sind wir nicht selten aneinandergeraten oder haben zumindest verschiedene Meinungen gehabt. Wir haben uns aber nicht verbiegen lassen oder den Wind künstlich umgelenkt, damit die Fahne in eine andere Richtung zeigt. Das ist nicht unsere Art.

Liebe Frau Wahl, vielen Dank für die Einladung im Namen der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Wir freuen uns, dass wir hier tagen können, und sind ganz sicher, dass die äußeren Umstände für den Ulmer Ärztetag günstig sind. Vielen Dank auch für Ihre sehr prägnanten Ausführungen zu einigen der Themen, die auf diesem Ärztetag eine Rolle spielen.

Frau Ministerin Stolz, ich bedanke mich sehr, dass Sie unter anderem das Thema Patientenverfügung angesprochen haben. Wir stimmen, glaube ich, wenn ich das richtig verstanden habe, darin überein, dass ein Gesetz zu diesem Thema nicht nötig ist.

(Beifall)

Ich weiß auch aus juristischem Munde: Die Rechtslage ist eigentlich klar, sie ist nur nicht bekannt genug. Deswegen haben wir als Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unsere Beschlüsse, unsere Grundsätze zu Fragen der ärztlichen Sterbebegleitung und die Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten im Taschenbuchformat veröffentlicht und dies allen Ärztinnen und Ärzten durch das „Deutsche Ärzteblatt“ und darüber hinaus allen, die in der Patientenversorgung tätig sind, zur Verfügung gestellt.

Wir haben schnell bemerkt, dass das Interesse viel größer ist als von uns angenommen. Wir mussten die Auflage erhöhen. Mittlerweile interessieren sich viele Institutionen außerhalb der originären Ärzteschaft für diese Publikation,

weil dort wirklich alles enthalten ist, was für ärztliches Handeln in den jeweiligen Situationen wichtig und hilfreich ist. Das kann durch ein Gesetz nicht verbessert werden. Ein Gesetz brächte nach meiner Meinung eher wieder Unruhe, weil dann alle meinten: Das ist überholt, es gibt neue Situationen, wir haben neue Dinge zu beachten. Dies ist aber gar nicht der Fall. Wir sind uns ja im Prinzip völlig einig.

Ich habe früher gesagt: Ich habe keine Patientenverfügung, ich habe eine Vorsorgevollmacht. Ich gestehe ganz offen: Ich habe jetzt doch eine Patientenverfügung. Sie beinhaltet ganz schlicht, notariell beglaubigt: Ich möchte gerne, dass meine mich eines Tages behandelnden Ärztinnen und Ärzte mich nach diesen Grundsätzen betreuen. Das steht dort expressis verbis. Vielleicht machen das ganz viele; dann entfällt manchmal auch die Unklarheit darüber, wie Ärztinnen und Ärzte mit demjenigen umgehen sollen, der diese Verfügung ausgestellt hat. Ich glaube, das ist ein guter Weg, mit diesem Thema umzugehen.

Natürlich dürfen Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten nicht gegen deren Willen behandeln. Das ist selbstverständlich. Ich mache aber auch immer darauf aufmerksam: Ärztinnen und Ärzte müssen sich auch nicht gegen ihren Willen und ihre Überzeugungen zu Behandlungen zwingen lassen oder Behandlungen durchführen bzw. unterlassen, wenn das eine Angelegenheit ist, die sie beschwert. Die Ärzte sind in diesen Fällen – außer in Notfällen – berechtigt, den Behandlungsvertrag aufzulösen, weil das entsprechende Vertrauensverhältnis nicht vorhanden ist. Es gibt nicht nur auf der einen Seite Rechte und Pflichten, sondern es gibt auch auf der anderen Seite Rechte und Pflichten. Darauf sollte man in der Öffentlichkeit doch intensiv hinweisen.

(Beifall)

Ich glaube nicht, dass es nach einer Gesetzgebung so sein wird, dass derselbe Vorgang von dem einen Gericht als Körperverletzung betrachtet wird, weil der Arzt seine Fürsorgepflicht im Vordergrund gesehen hat, während ein anderes Gericht diesen Vorgang als unterlassene Hilfeleistung einstuft, wenn man nicht hilft. Insofern glaube ich – da stimmen wir völlig überein, Frau Ministerin Stolz –, dass diese millionenfach vorkommenden Fälle nicht gesetzlich regelbar sind. Das, was bis heute durch Gesetz und Rechtsprechung festgelegt und in unseren Grundsätzen und in dem erwähnten Papier zusammengefasst ist, reicht völlig aus und sorgt dafür, dass wir nicht in eine neue Verwirrung geraten. Herzlichen Dank dafür, dass Sie sich auch so geäußert haben.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, unser Gesundheitswesen ist seit nunmehr fast 20 Jahren im Umbau. Eine stabile Neuordnung ist noch nicht zu entdecken. Das möchte ich kurz darlegen.

Die Historie ist ja, dass wir eine Daseinsvorsorge durch den Staat hatten und diese eigentlich auch haben müssten, weil nach dem Grundgesetz der Staat dafür zu sorgen hat, dass die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung durch den Bund einerseits und durch die Länder andererseits sichergestellt ist. Die Selbstverwaltung hatte – das sage ich jetzt mit Absicht so – justierende und feinsteuernde Funktion, und zwar als gestaltende Selbstverwaltung und nicht als Auftragsselbstverwaltung, die Aufträge zu erledigen hat.

(Beifall)

Der Gesetzgeber hat diese Funktion der Selbstverwaltung übertragen, die mit Personen besetzt war, die, wie man sagt, an der Front tätig waren, beispielsweise in der individuellen Patient-Arzt-Beziehung, und deswegen Erfahrungen aus dem Alltag einbringen konnten. Das hatte sich eigentlich immer bewährt. Warum das aufgegeben wurde, werden wir gleich sehen.

Im Zentrum steht bei diesem Denken – da stimme ich den Ausführungen von Herrn Professor Richter ausdrücklich zu – die individuelle Situation, das individuelle Patient-Arzt-Verhältnis. Professor Beske hat das immer wieder geschrieben. Die Begriffe „notwendig“, „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ bezogen sich auf Individuen, auf den einzelnen Patienten. Das, was notwendig ist, musste dem einzelnen Menschen zuteil werden.

Das war mit Absicht – ich hoffe, die Juristen stimmen mir hier zu – ein sogenannter unbestimmter Rechtsbegriff, weil sich das, was notwendig ist, immer aus der Situation ergab. Äußere Einflüsse darauf gab es früher nicht. Das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Punkt, der uns nach diesen eben genannten 20 Jahren der Umbruchsphase nunmehr beschwert. Es steht nicht mehr sosehr die Betrachtung der millionenfachen individuellen Patient-Arzt-Beziehungen im Vordergrund, sondern eine kollektivistische Sicht des Gesamtsystems.

Früher war der Staat für die Sicherstellung zuständig; er hat dafür gesorgt, dass Krankenhäuser zur Verfügung standen – übrigens nach dem „Feuerwehrprinzip“ –, und er hat die ambulante Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. Die Kassenärztliche Vereinigung erhielt den Sicherstellungsauftrag. Daran hing auch ihr Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Das sind Geschwister. Man kann nicht sagen: Du hast den Sicherstellungsauftrag, du bist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, aber in dieser und in jener Frage wollen wir Vielfalt. Das geht nicht. Entweder ist man vollständig für die Sicherstellung zuständig oder man beseitigt diese Situation und muss sich dann überlegen, wie man diese wertvolle Einrichtung künftig behandeln will.

(Beifall)

Jetzt lässt man hier und da Kolibrisituationen entstehen und erklärt: Für den Rest ist immer noch die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts da. Das wird auf die Dauer nicht funktionieren. Wenn sie von innen und von außen so stark demoliert wird, dass sie eines Tages nicht mehr zur Verfügung steht, wäre das für die Bundesrepublik Deutschland ein schwerer Schaden.

(Beifall)

Was in der individuellen Patient-Arzt-Beziehung passierte, war früher eine Angelegenheit dieser beiden Partner. Daran hat auch niemand Anstoß genommen. Zwar wurden auch früher Kontrollen durchgeführt, ob irgendwelche Fehlentwicklungen entstanden, aber man hat nicht etwa Ärztinnen und Ärzten vorgeworfen, sie ließen ihren Patientinnen und Patienten aus Gründen, die in ganz anderen Dingen liegen, bestimmte Behandlungen zuteil werden bzw. enthielten sie ihnen vor.

Die Situation hat sich in diesem Jahrzehnt nachhaltig durch zwei Dinge verändert: durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in den Krankenhäusern, bei denen es ja nicht nur um eine Geldsumme geht, sondern zu dieser Geldsumme gehört immer ein Leistungspaket, und durch Disease-Management-Programme, die mir immer ein Dorn im Auge waren, weil sie die Eigenschaft haben, Patientinnen und Patienten schematisch zu behandeln.

Je länger sie existieren und je stringenter sie gefasst werden, desto mehr wird der Patient zum Programmteilnehmer, aber er ist kein individueller Kranker mehr.

(Beifall)

Da diese und andere Vorgaben für die Betreuung durch Rechtsverordnungen – das sind untergesetzliche Anordnungen, die beispielsweise das Ministerium erlässt, manchmal mit Zustimmung des Bundesrats, manchmal nicht – entstehen, darf man das als planwirtschaftliche Politik bezeichnen. Und weil der Staat dabei eine Rolle spielt, darf man das auch als Staatsmedizin bezeichnen. So ist das zu verstehen.

(Beifall)

Frau Ministerin, Sie haben es eben dargestellt: Der Staat bestimmt zukünftig auch die Finanzausstattung der gesetzlichen Krankenversicherung, weil von dort die Beiträge festgelegt werden, weil der Fonds mit Steuern gefüttert wird und den Krankenkassen nur noch ein minimaler Spielraum bleibt, wobei sie sich allerdings in einer Situation befinden, im Wettbewerb, in der sie beinahe gezwungen sind, sich ähnlich zu verhalten wie die Mineralölgesellschaften. Es wird eine Wettbewerbssituation entstehen, die sich auf die Dauer mit einem

Gesundheitswesen nicht verträgt. Das kann man in anderen Geschäftsbereichen tun, aber nicht bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dort ist das fehl am Platze.

(Beifall)

Nun kommt der Gegenzug: Was bisher vom Staat im Rahmen der Daseinsvorsorge vorgehalten wurde, wird – das erleben wir sozusagen an der Front ein ums andere Mal – zunehmend dem Wettbewerb überantwortet. Das Wettbewerbsdenken im Gesundheitswesen hat ja eine ganz besondere Bedeutung. Auch dazu gibt es Literatur; das weiß ich.

Was wir uns dabei besonders anschauen müssen, ist die Tatsache, dass Freiberufler ihr Geld für Investitionen entweder durch ihre Arbeit im Gesundheitswesen verdienen oder Kredite aufnehmen müssen, die sie dann wiederum durch ihre Arbeit refinanzieren müssen, dass mildtätige, karitativ eingestellte Einrichtungen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden – sie haben vielleicht durch Spendengelder eine etwas bessere Position als die Freiberufler –, dass Non-Profit-Unternehmen – damit meine ich in erster Linie kommunale Einrichtungen – und Profit-Unternehmen miteinander im Wettbewerb stehen und konkurrieren.

Der große Unterschied ist allerdings, dass profitorientierte Unternehmen das Geld, das sie für ihre Investitionen einbringen, von außen mitbringen können. Die Investoren interessieren sich für das deutsche Gesundheitswesen und die Möglichkeiten, dort eine Rendite zu erwirtschaften. Sie werden natürlich streng darauf achten, dass in ihren Einrichtungen, in die sie investiert haben, überwiegend nur das passiert, was tatsächlich Gewinn bringt. Den Rest werden sie den anderen überlassen.

(Beifall)

Das kann man ihnen nicht vorwerfen, das ist völlig normal.

Wir beobachten, dass ein Krankenhaus nach dem anderen, das der Insolvenz entgegengeht oder sich schon in ihr befindet, übernommen wird, wenn es erfolgversprechend ist, durch organisatorische Maßnahmen in eine gewinnbringende Situation zu gelangen. Es ist ja auch schon vorgekommen – ich glaube, das geschah sogar hier in Baden-Württemberg –, dass ein solcher Investor das Krankenhaus anschließend wieder an den Staat zurückgegeben hat, weil die Erfolge nicht eintraten.

Sie merken: Hier sind völlig ungleiche Spieße vorhanden.

Die Einrichtungen in unserem Gesundheitswesen arbeiten auf völlig unterschiedlichen Ebenen, mit völlig unterschiedlicher Ausstattung. Ich weiß nicht,

wohin das auf die Dauer führen soll. Meines Erachtens sind die mildtätigen Einrichtungen und die Freiberufler hier am meisten gefährdet, obwohl sie für unseren Staat eine so große Bedeutung haben.

(Beifall)

Man kann auch beobachten – das ist ebenfalls normal –: Selbst mildtätig eingestellte Krankenhäuser werden durch diese politische Entwicklung zunehmend zu Werbe- und Verkaufsstrategien gezwungen, die wir bisher bei den Pharmaunternehmen heftigst kritisiert haben. Das muss man sich einmal überlegen.

(Beifall)

Die Folgen der Entwicklung sind, Frau Ministerin: Wir haben eine chronische, und zwar eine chronisch wachsende Unterfinanzierung in unserem System. Das ist einfach so. Sie haben gerade einige Perspektiven dargestellt, wie sich das bessern könnte. Wir haben in unserem Papier auch Vorschläge gemacht, wie man ganz viele Tropfen auf heiße Steine tun könnte. Aber eine grundlegende Besserung ist, glaube ich, nicht in Sicht. Da macht uns der Fonds auch nicht viel Hoffnung, weil ja das oberste Ziel deutscher Gesundheitspolitik immer noch die Beitragssatzstabilität ist. Ich weiß nicht, wie das funktionieren soll, es sei denn, der Staat ist ganz spendabel und überlegt sich noch einmal die Staffelung mit den Steuerzuflüssen.

Wir haben das, was man in der Wissenschaft als implizite Rationierung bezeichnet. Das haben wir, das erleben wir: eine heimliche Rationierung in vielfältigster Form. Das bedeutet nicht, dass ein Leistungskatalog oder etwas Ähnliches erstellt wird, in dem steht, was man bekommt, was man nicht bekommt, was man aus der eigenen Tasche zahlen muss, wo man etwas zuzahlen muss. Diese Rationierung macht sich ganz anders bemerkbar, beispielsweise durch einen Personalabbau in den Krankenhäusern, die mit den DRG-Einnahmen nicht zurechtkommen und dadurch eine verminderte Möglichkeit der Patientenversorgung haben. Die Patienten haben den Nachteil, weil die Versorgung im Zweifelsfall nicht so schnell geschieht, wie sie geschehen müsste. Das zeigt sich auch in vielen anderen Punkten; das können wir in den Schriften von Professor Beske nachlesen.

Diese Form der sogenannten heimlichen, der verdeckten Rationierung erleben wir jetzt seit Jahren und müssen sie ertragen. Aber das wollen wir nicht mehr!

(Beifall)

Frau Ministerin, ich möchte Sie bitten – wir haben ja schon einmal darüber gesprochen –, darüber ganz offen mit uns zu diskutieren.

Ich darf ein Zitat wiederholen, das ich schon einmal benutzt habe. Der US-amerikanische Philosoph an der Rice University in Houston, Texas, Tristram Engelhardt jr., schreibt in seinem Beitrag „Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Erteilung medizinischer Leistungen“: „Frustration im Angesicht der Endlichkeit“ in einer Fußnote Folgendes:

> *Der unglückliche Vorschlag von Clinton für Veränderungen im Gesundheitswesen liefert ein moralisches Beispiel dafür, wie man eine Gesundheitsreform nicht anpacken sollte. Von der anfänglichen Behauptung,*

– das ist jetzt etwas, was uns an sich nicht so interessiert, aber es gehört halt zum Text –

> *dass es möglich sei, innerhalb von 100 Tagen eine brauchbare Gesundheitsreform für eine Viertelbillion Menschen auf die Beine zu stellen – ohne öffentliche Diskussionen und ohne sorgfältigen Vergleich der amerikanischen und ausländischen Erfahrungen –, bis hin zu der tatsächlichen Formulierung eines Vorschlags, der sich an der irreführenden Ideologie orientierte, die das Eingeständnis von Rationierung verbot, war der Vorschlag eine Studie der Unaufrichtigkeit. Dieses Vorgehen sollte in der Zukunft in Fallsammlungen zur Bioethik als Beispiel dafür stehen, wie man es nicht machen sollte.*

Ich denke, das sollten wir uns zu Herzen nehmen und offen darüber diskutieren. Zu nichts anderem haben wir, habe ich in den letzten Tagen aufgefordert, weil dieses Thema Deutschland genauso erreicht hat wie beispielsweise Großbritannien, Schweden, Finnland, auch Teile der Vereinigten Staaten von Amerika, zumindest was Bevölkerungsteile angeht.

Wir haben diese implizite heimliche Rationierung. Wir sollten sie öffentlich und ehrlich diskutieren, damit sich die Bevölkerung klar darüber werden kann, ob es wirklich richtig ist, davon auszugehen, dass sie nicht bereit ist, mehr für das Gesundheitswesen zu investieren. Wir kennen ja die Umfragen, die immer wieder das Ergebnis haben: lieber Beitragserhöhungen als Leistungseinschränkungen. Die Menschen möchten keine Leistungseinschränkungen, sie möchten auch keine Einschränkung der Arztwahlfreiheit, sie möchten keine Einschränkung der Therapiewahlfreiheit.

(Beifall)

Deswegen meine ich, wir sollten das, wir müssen das einfach vielleicht sogar zu einem Wahlkampfthema machen, damit diese Diskussion öffentlich stattfindet.

(Beifall)

Wir haben als weitere Folge dieser Veränderungen eine mittlerweile nicht mehr zu verantwortende Überforderung – ich sage auch: Ausbeutung – der Angehörigen der Gesundheitsberufe, nicht nur der Ärztinnen und Ärzte.

(Beifall)

Wir haben auch – und das stimmt mich traurig – eine Förderung des Misstrauens. Wenn nämlich eine Ärztin oder ein Arzt in der Praxis oder am Krankenbett dem Patienten beibringen muss, dass es dieses und jenes nicht mehr gibt, dann wird der Patient misstrauisch und fragt: Warum gibt es das nicht mehr? Hast du eventuell einen Vorteil davon, wenn du mir das nicht mehr gibst? Das ist eine Entwicklung, die schlimm ist. Es wäre schlimm, wenn sie sich weiterhin so fortsetzte. Diese Entwicklung müssen wir bremsen.

(Beifall)

Jetzt komme ich zu einem Punkt, der Sie überraschen wird. Es gibt indirekte Indikatoren dafür, dass wir eine Mangelverwaltung haben, dass unser System unterfinanziert ist. Der erste Punkt eines solchen indirekten Indikators ist, dass die Absicht besteht, kodierte Patientenrechte zu fixieren. Das bedeutet eine Aushebelung der Sozialgerichtsbarkeit oder eine Schwächung der Sozialgerichtsbarkeit, sonst wäre es ja Symbolpolitik. Die Ausformulierung kodierter Patientenrechte ist ein typisches Merkmal unterfinanzierter – in der Regel: steuerfinanzierter – Gesundheitssysteme.

Das brauchen wir eigentlich nicht, wenn die Versorgung ordentlich ist, wie sie es früher einmal war, und alle mit der Versorgung zufrieden sind.

(Beifall)

Wenn aber immer irgendwo die Decke zu kurz ist, dann müssen wir forschen, wo sie zu kurz ist, warum sie zu kurz ist und was wir tun können, damit sie an dieser Stelle wieder ausreicht – aber dann wird sie woanders zu kurz sein.

Das ist das typische Ergebnis eines solchen Prozesses, der meines Erachtens nicht nötig wäre, wenn wir uns in anderer Weise um unser Gesundheitswesen kümmern würden.

Der zweite Punkt ist die Frage der Versorgungsforschung. Auch so etwas wie die Patientenrechte brauchte man eigentlich nicht, wenn die Versorgung komplett und gut wäre. Denn das ergäbe sich von alleine.

(Beifall)

Auch das ist ein typisches Merkmal von steuerfinanzierten Gesundheitssystemen. Wir machen sie mit, weil es sich als notwendig erweist. Uns wird immer

wieder vorgeworfen, wir seien Hinterwäldler und Nachzügler, was die Versorgungsforschung angeht. Ja, das stimmt; aber nicht deswegen, weil wir diesen wissenschaftlichen Zweig verpasst haben, sondern weil das früher bei uns nicht nötig war, weil unser Gesundheitswesen auf die einzelne Person konzentriert war, auf den Kranken, und nicht auf irgendeine kollektivistische Sicht.

(Beifall)

Der dritte Indikator, der mich, ehrlich gesagt, sehr irritiert und auch bedrückt, ist die Entwicklung unserer spezifischen Variante des grauen Marktes, genannt IGeL. Ich weiß, dass dies ein Thema ist, das hochverletzlich sein kann, hochsensibel ist. Aber wir haben als Ärztekammer mit diesen Problemen sehr viel zu tun, weil auch dadurch Vertrauensschwund, Vertrauenseinbußen zwischen Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und Ärztinnen und Ärzten auf der anderen Seite entstehen – und dies nicht nur individuell, sondern schließlich auch überindividuell. Das betrifft den ganzen Berufsstand. Das möchte ich im Zaum halten. Darüber haben wir uns bereits in Magdeburg intensiv unterhalten und Beschlüsse gefasst, wir haben Aktivitäten entfaltet, um das Thema im Zaum zu halten.

Dieses Thema wäre aber nicht vorhanden, sondern irrelevant, wenn unser Gesundheitssystem in Ordnung wäre. Graue Märkte gibt es sonst nur in Ländern, in denen es eine massive Unterfinanzierung gibt, oder in korrupten Ländern.

(Beifall)

Auch das Thema Patientensicherheit wird gelegentlich missbraucht. Frau Ministerin, Sie haben das nie getan, sondern andere. Auch dies ist ein Indikator dafür, dass etwas nicht stimmt. Das betrifft uns aber nicht; ich freue mich über die gute Zusammenarbeit bei diesem Thema.

Diejenigen von uns, die im Krankenhaus arbeiten, haben einen typischen Wechsel, was die Krankenhaushygiene angeht, miterlebt. Die krankenhauseigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die das Krankenhaus gepflegt haben, wurden, wenn sie in den Ruhestand gingen, nicht durch Personen ersetzt, die sich mit diesem Krankenhaus identifizieren, die das als ihre Einrichtung betrachten, die sich darüber freuen, dass das Krankenhaus sauber ist, wenn alle Leitungen blinken, sondern durch Reinigungsfirmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Reinigungsfirmen arbeiten unter einem unglaublichen Druck. Sie müssen Quadratmeter abliefern, die sie nass und dann wieder trocken gemacht haben. Wenn das vorbei ist, sind sie weg.

(Beifall)

Frühere Aktivitäten wie das Reinigen der Rohre und dergleichen mehr kommen in deren Programm nicht mehr vor. Auch diese Situation trägt dazu bei, dass wir

bei der Krankenhaushygiene Probleme haben, nicht weil sich die Ärztinnen und Ärzte angeblich die Hände nicht waschen.

Diese Probleme beseitigen wir nicht dadurch, dass wir irgendwelche Vorschriften erlassen und erklären, jetzt müsse da jeden Tag kontrolliert werden. Statt des Kontrolleurs können wir gleich jemanden hinschicken, der weiß, wie man richtig saubermacht. Insofern brauchen wir keinen Kontrolleur.

(Beifall)

Unser derzeitiges System lebt von Vorschriften, Kontrollen und viel Bürokratie. Das haben wir oft genug gesagt, ich will es nicht mehr wiederholen.

Wir haben noch eine weitere Entwicklung festzustellen, die auch Ihnen, Frau Ministerin, nicht gefallen kann, Frau Stolz ebenso wenig, dem Herrn Oberbürgermeister auch nicht, überhaupt niemandem. Ich meine eine Entwicklung, die ich einmal den Speckgürtel im Gesundheitswesen nennen möchte. Ich versuche, das zu erklären. Das habe ich schon einmal bei den Internisten getan. Da hat man es sofort verstanden; dann wird das hier wohl auch so sein.

(Heiterkeit)

Wir einigen uns darauf, dass der Kern die individuelle Patientenversorgung ist, aus unserer Sicht die individuelle Patient-Arzt-Beziehung. Der erste Ring, der dort herumgelegt ist und hilft, dass diese Beziehung funktioniert, besteht aus Zuarbeitern, die aus der Technik kommen, aus der EDV – im Wesentlichen aus der Software –, aus der Verwaltung, aus dem Controlling, aus der internen Qualitätssicherung, wie man das heute nennt.

Der zweite Ring, der dort herumgelegt ist, ist auch nötig; das sind diejenigen, die die Medizintechnik und die Logistik liefern. Dazu gehört auch die Pharmaindustrie und die Hardware der elektronischen Datenverarbeitung.

Dann kommt der dritte Ring. Das ist die externe Qualitätssicherung, die ja primär gut gemeint war. Aber daraus hat sich eine Industrie entwickelt, die unglaublich teuer ist, die Auflagen erteilt, wenn man zertifiziert und akkreditiert werden will. Diese Ausgaben sind nicht mehr verantwortbar. Dieses Geld fehlt in der Patientenversorgung.

(Beifall)

Das Geld geht an Zertifizierer und, wie gestern Fritz Kolkmann so schön sagte, „Onkozerten“, also diejenigen, die zum Beispiel Tumorbehandlungseinrichtungen zertifizieren, Brustkrebszentren usw. Das alles ist superteuer.

Dann bekommt man auch noch gesagt: Sie müssten eigentlich eine Stelle einrichten, die kostet aber 50 000 Euro. Darauf würde ich antworten: Das sind ge-

nau diejenigen 50 000 Euro, die Sie jetzt wegschleppen. Diese Summe hätte ich dafür benutzen können.

(Beifall)

Den vierten Ring bilden die überindividuellen Entscheider. Ich formuliere das jetzt mit Absicht etwas abstrakt. Sie können im „Ulmer Papier“ auf den Seiten 38 bis 47 nachlesen, wer das ist. Dazu gehören natürlich auch die Politik, die Auftragsselbstverwaltung und viele andere, die über die individuelle Patient-Arzt-Beziehung hinaus Entscheidungen über das treffen, was in dieser Beziehung passiert.

Der fünfte Ring sind die ganz Besonderen, das sind Consulting-Firmen, Experten aller Art, Sachverständige, übrigens auch Mediziner, denen es leider nicht vergönnt war, Arzt zu werden.

(Beifall)

Sie haben die Eigenschaft, für viel Geld sowohl die Politik als auch die späteren Anwender von Politik, von politischen Entscheidungen, also sozusagen uns zu beraten. Sie verdienen also zweimal an der ganzen Unternehmung.

Jetzt stellt man fest, dass die Ringe 4, 5 und 6 mittlerweile eigene Kongresse veranstalten. Bei diesen eigenen Kongressen kommen Kranke und diejenigen, die sie betreuen, schon gar nicht mehr vor. Sie haben ein Eigenleben entwickelt, sie leben für sich selbst.

(Beifall)

Ich verstehe, warum Professor Unschuld, der frühere Medizinhistoriker aus München, der jetzt in Berlin an der Charité arbeitet, ein Buch mit dem Titel „Der Arzt als Fremdling in der Medizin?“ geschrieben hat. Man kann das erweitern: „Der Arzt als Fremdling im Gesundheitswesen?“ Aber das ist nicht ganz richtig, weil dort ja viele mitspielen.

Anders formuliert – wir sind jetzt insofern schon angloamerikanisiert, als wir immer in Gewinner- und Verliererdimensionen rechnen –: Gewinner dieser Reform seit den 90er-Jahren – es hat 1993 markant angefangen – sind die Beitragszahler der GKV – das hat sich bewährt, wenn man das als etwas Gutes empfindet –, die Planwirtschaftler, die Investoren und die sogenannte spezielle Variante des grauen Marktes.

Die Verlierer sind die Patienten, die Gesundheitsberufe, darunter auch wir Ärztinnen und Ärzte, und mildtätig-karitativ eingestellte Menschen und Organisationen. Das ist die Diagnose, die man nach dieser Entwicklung stellen muss.

(Beifall)

Der Aufsichtsratsvorsitzende der Rhön-Klinikum AG, Herr Eugen Münch, hat sinngemäß – es ist kein wörtliches Zitat – gesagt: Gerhart Hauptmann würde heute statt „Die Weber“ „Die Ärzte“ schreiben – weil wir die Industrialisierung im Gesundheitswesen verschlafen hätten. Er irrt. Wir haben sie nicht verschlafen, wir haben sie mit Schmerzen beobachtet, weil wir sahen, wie sie slippery-slope-artig weitergeht. Wir wollen keine Industrialisierung im Gesundheitswesen, sondern wir wollen eine zeitgerechte individuelle Versorgung unserer Patienten. Und dafür kämpfen wir. Das ist auch der Sinn unseres „Ulmer Papiers“.

Vielen Dank.

(Langanhaltender lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

Damit, meine Damen und Herren, ist der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm eröffnet. Ich danke Ihnen.

Ich bitte Sie alle, sich zum Singen der Nationalhymne von Ihren Plätzen zu erheben.

Im Anschluss sind alle Teilnehmer der Eröffnungsveranstaltung herzlich zum Empfang der Landesärztekammer Baden-Württemberg in das Foyer eingeladen.

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Arbeitstagungen des Plenums

1. Tag: Dienstag, 20. Mai 2008
Nur Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Meine liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie alle sehr herzlich und hoffe, dass wir eine gute Tagung haben werden. Wir haben eine mit vielen gut vorbereiteten Punkten gespickte Tagesordnung. Wir hoffen, dass wir diese Tagesordnung bis zum Freitag erfolgreich abhandeln können.

Ich begrüße ganz besonders herzlich den Ehrenpräsidenten dieses 111. Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Friedrich-Wilhelm Kolkmann. Herzlich willkommen!

(Beifall)

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

(Beifall)

Professor Sewering, Ehrenmitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, hat sich entschuldigen müssen. Er ist gesundheitlich nicht so gut dabei, dass er sich die Reise nach Ulm zumuten kann.

Sollten Herr Dr. Köhler und Herr Dr. Müller vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Saal sein, sind sie uns besonders herzlich willkommen.

(Beifall)

Wie jedes Jahr haben wir Gäste aus befreundeten Nationen unter uns. An erster Stelle darf ich willkommen heißen die zukünftige und bereits gewählte Präsidentin der American Medical Association – das ist das Pendant zu unserer Bundesärztekammer –, Frau Dr. Nancy Nielsen. Herzlich willkommen, Frau Dr. Nielsen!

(Beifall)

Ich begrüße den Generalsekretär der Ärztekammer Frankreich, Herrn Dr. Walter Vorhauer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

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

(Beifall)

Ich begrüße den Leiter der Auslandsabteilung der Brasilianischen Ärztekammer, Herrn Dr. Murillo Capella. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist der Präsident der Ukrainischen Ärztekammer, Herr Dr. Oleh Musii. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls aus der Ukraine, aus Odessa, ist Herr Dr. Olexandr Zelinsky gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Vizepräsident der Ärztekammer Kroatien, Herr Dr. Drazen Borcic. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Von der Slowakischen Ärztekammer ist das Mitglied des Präsidiums Herr Dr. Erich Mikurcik unter uns. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist der Präsident der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen, Südtirol, Herr Dr. Andreas von Lutterotti. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße den Vizepräsidenten der Ärztekammer Rumänien, Herrn Dr. Gheorghe Borcean. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls aus Rumänien ist zu uns gekommen der Leiter des dortigen Zentrums für Public Health und Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, Herr Dr. Francisc Jeszenszky, den wir auch schon als Referenten auf einem Deutschen Ärztetag erlebt haben. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Ungarn ist Frau Dr. Erzsebet Podmaniczky, Vorsitzende des Ausschusses für ausländische Angelegenheiten, zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist der ehemalige Präsident des Verbands der Ungarischen Medizinischen Gesellschaften (MOTESZ), Herr Professor Péter Sótonyi. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Hauptgeschäftsführer des Verbands der Ungarischen Medizinischen Gesellschaften (MOTESZ), Herr Dr. Béla Szalma. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Präsident der Bulgarischen Ärztekammer, Herr Dr. Andrey Kehayov. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist Frau Elena Zaharieva als Mitglied der Bulgarischen Ärztekammer. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

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

(Beifall)

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

(Beifall)

Ich begrüße die Kontaktperson zu den Mitgliedern der ukrainischen Delegation, Herrn Dr. Andrzej Batruch. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist Herr Dr. David-Anatol Resnikov, Arzt für Pneumologie, Kontaktperson zu den Mitgliedern der kasachischen Delegation. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Großbritannien ist Herr Dr. Alan Rowe zu uns gekommen, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist Herr Dr. Leonid Mikhaylov, Generalsekretär der Russian Medical Society. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße das Mitglied der Russian Medical Society Dr. Mikhail Perelman. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls als Mitglied der Russian Medical Society ist Frau Dr. Irina Bogadelnikova zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Schließlich begrüße ich Herrn Vladislav Alpatov unter uns, der als Übersetzer für die Russian Medical Society tätig ist. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Weitere ausländische Gäste werden wir begrüßen, sobald sie bei uns eingetroffen sind.

Es sind bisher auch schon einige Grußadressen eingegangen. Sie liegen Ihnen umgedruckt vor. Deshalb werde ich sie nicht verlesen.

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

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Die Einladung zum 111. Deutschen Ärztetag ist den Delegierten am 31. März 2008 satzungsgemäß inklusive Tagesordnung und Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2006/2007 und dem Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 zugesandt worden. Per 17. April 2008 wurde ebenfalls satzungsgemäß der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer versandt.

Ich möchte an dieser Stelle dem Deutschen Ärzte-Verlag ganz herzlich für die rechtzeitige Herstellung des Tätigkeitsberichts danken.

Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer beträgt die Zahl der Delegierten 250. Ich kann feststellen, dass mehr als die Hälfte der Delegierten anwesend ist. Damit ist der 111. Deutsche Ärztetag beschlussfähig.

Die Liste der Delegierten mit aktuellem Stand liegt bei Ihren Tagungsunterlagen. Weitere organisatorische Hinweise finden Sie der Einfachheit halber in Ihren Delegiertenmappen.

In den Tagungstaschen sind auch die Formulare zur Antragstellung und zur Wortmeldung enthalten. Ich möchte ankündigen, dass wir alle Anträge, die von Ihnen eingereicht werden, je nach Tagesordnungspunkt verteilen.

Der diesjährige Deutsche Ärztetag behandelt zehn Tagesordnungspunkte.

Angesichts der Besonderheit, dass wir heute unter dem Tagesordnungspunkt I – Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – schwerpunktmäßig die Gesundheitspolitischen Leitsätze diskutieren, also das „Ulmer Papier“, möchten wir Ihnen vorschlagen, dass unter diesem Tagesordnungspunkt nur solche Anträge eingereicht werden, die sich unmittelbar auf das „Ulmer Papier“ beziehen, und zwar im Sinne von Ergänzungs- und Änderungsanträgen.

Alle weiteren Anträge gesundheitspolitischen Inhalts bitten wir unter dem Tagesordnungspunkt VI – Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer – einzureichen. Ich denke, dass ein solches Vorgehen zielführend ist, wenn wir uns wirklich auf das „Ulmer Papier“ konzentrieren wollen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Hauptgeschäftsführer. – Wir können in den Tagesordnungspunkt I eintreten. Er beinhaltet die Diskussion und die Verabschiedung des Entwurfs des „Ulmer Papiers“.

Ich darf kurz daran erinnern, wie es zu diesem Papier gekommen ist. Der außerordentliche Ärztetag im Oktober 2006 in Berlin hat einen Beschluss gefasst, der sich auf die damalige Situation bezog, als es um die Ausformulierungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ging. Dabei haben wir gleichzeitig ein bisschen eine eigene programmatische oder zumindest krisenartige Vorlage vermisst, mit der wir die Politik schon im Vorfeld der Entstehung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes hätten beglücken können. Als wir den Tagesordnungspunkt zu Ende diskutiert hatten, waren einige konkrete Punkte vorgetragen worden, von denen man meinte, man könnte sie in zukünftige Überlegungen mit einbeziehen. Das ist geschehen.

Auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster haben wir als Vorstand der Bundesärztekammer aus diesen Ergebnissen zehn Fragen extrapoliert. Sie haben diese Fragen beschlossen und dem Vorstand der Bundesärztekammer mit der Bitte überreicht, Entwürfe für Antworten auf diese zehn Fragen zu gestalten. Das, was Sie bereits vor einem Monat vorgelegt bekommen haben, ist das Ergebnis. Es ist schon relativ weit in der Öffentlichkeit verbreitet. Frau Ministerin Schmidt hat es offensichtlich auch schon zur Kenntnis genommen. Teil B bezieht sich auf Finanzfragen, während Teil A Einzelfragen beantwortet, die uns in Münster gestellt worden sind.

Ich möchte besonders auf Folgendes hinweisen: Es handelt sich nicht um ein Programm. Das Programm, das „Blaue Papier“ aus dem Jahre 1994, gilt nach wie vor weiter. Die dort niedergelegten Vorstellungen und Wünsche der deutschen Ärzteschaft gelten nach wie vor weiter, sofern sie nicht erfüllt oder obsolet geworden sind.

Bei dem „Ulmer Papier“ handelt es sich um Leitsätze; so lautet auch die Überschrift. Diese Leitsätze sollen die Politik befruchten. Darauf komme ich gleich noch einmal zurück.

Es handelt sich auch nicht um eine statische Situation, sondern es handelt sich – dieser Ausdruck ist wahrscheinlich dem Bereich des Tennissports entnommen – um einen ersten Aufschlag, also um die erste Fassung eines Werks in Weiterentwicklung, Stichwort: work in progress. Wir haben also nicht etwa die Verpflichtung, auf diesem Ärztetag ein Papier sozusagen für die vorläufige Ewigkeit zu verabschieden, sondern ein Papier, das uns erst einmal hilft. Diese Aussage soll Qualität und Inhalt des Papiers nicht relativieren, sondern klarmachen, dass wir keinesfalls meinen, dass wir nun erst einmal Ruhe hätten und uns in Zukunft um die politischen Fragen nicht weiter Gedanken machen müssten. Das haben Sie sicher auch gar nicht anders gesehen.

Ich werde immer wieder gefragt: An wen wendet sich dieses Papier? Das ist eine wichtige Frage. Dieses Papier wendet sich in erster Linie an uns Ärztinnen und Ärzte, und zwar als Versuch, über alle Gruppen, alle Fachgebiete und alle Arten der Ausübung des Arztberufs hinweg eine gemeinsame Position, eine gemeinsame Grundauffassung über die Ausübung unseres Berufs und das Patient-Arzt-Verhältnis zu finden.

Wenn wir dies geschafft haben, wovon ich ausgehe oder es mir zumindest sehr erhoffe, sind es Leitsätze, die der Öffentlichkeit übergeben werden sollen mit dem Ziel der Vertrauensbildung bzw. der Vertrauenserhaltung in den Arztberuf schlechthin und die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, die Partner ihrer Patientinnen und Patienten sind. Wir wollen damit zeigen, dass es uns nach wie vor um unsere individuellen Patientinnen und Patienten geht und wir uns in einer Zeit der Kollektivierung und der kollektiven Sicht auf unser Gesundheitswesen nicht

davon abbringen lassen, unsere Patientinnen und Patienten als unsere Partner oder, wie auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes gesagt wurde, als unsere Freunde zu sehen.

Das ist der wichtige Sinn dieses Papiers. In dem Entwurf sind alle gestellten Fragen – von ursprünglich zehn Fragen sind neun übrig geblieben, weil der Finanzierungsteil ein eigenes Kapitel darstellt – beantwortet. Das Nähere müssen wir noch ausgestalten.

Darüber hinaus enthält das „Ulmer Papier“ einen Prolog und einen Epilog. Der Prolog soll den Sinn haben, die Befindlichkeit, in der wir uns als Ärztinnen und Ärzte befinden, insbesondere in der individuellen Patientenbeziehung, sowie die Störungen, die wir heute dabei empfinden, darzustellen. Der Epilog soll den Hoffnungsschimmer darstellen, dass unser Arztberuf wieder diejenige Farbe und denjenigen Charakter erhält, die ihm zu eigen sind und die nicht verloren gehen dürfen. Das ist die grobe Situation hinsichtlich dieses Papiers. Herr Fuchs hat eben schon gesagt: Wir bitten darum, unter Tagesordnungspunkt I diejenigen Anträge zu stellen, die sich auf Ergänzungen, Weglassungen, Veränderungen, Umformulierungen dieses Papiers beziehen. Wenn weitere Anträge gestellt werden, ordnen wir sie dem Tätigkeitsbericht zu, aber auch als Stoffsammlung für die weitere Diskussion. Die Anträge werden dadurch nicht etwa in den Papierkorb versenkt.

Gibt es Wünsche, darüber hinaus noch etwas erklärt zu bekommen? – Wenn das nicht der Fall ist, treten wir in die Diskussion ein. Als Erster hat sich der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Herr Dr. Crusius, zu Wort gemeldet. Bitte schön, Herr Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst möchte ich mich ganz persönlich beim Präsidenten für seine ausgesprochen gelassene, über den Dingen stehende, präzise und verständliche Analyse der gegenwärtigen politischen Situation bedanken. Ulla Schmidt war heute vielleicht schlecht drauf. Jörg Hoppe hat es in ganz freier Rede verstanden, den Speckgürtel und die Gruppen 4 bis 6, die das Geld aus dem Gesundheitswesen abziehen, darzustellen. Er hat auch die Gründe für die Rationierung genannt.

Er hat es so eindeutig dargestellt – das merkte man in den Pausengesprächen –, dass alle es verstanden haben, dass es auch die Bevölkerung verstehen kann. Letzteres finde ich besonders wichtig, denn wir müssen unseren Patienten gegenüber eine vernünftige Sprache benutzen.

Auch die Andeutung des Wahlkampfthemas fand ich persönlich gut; denn wir sind der einzige Anwalt, den die Patienten noch haben. Für deren Belange müssen wir als Ärztinnen und Ärzte uns einsetzen.

(Beifall)

Kodierte Patientenrechte sind etwas Schreckliches, das ist Zuteilungsmedizin, das ist Planwirtschaft. Erinnern Sie sich bitte meiner Worte auf dem Rostocker Ärztetag: Wenn das so weitergeht, haben wir unsere Zukunft schon einmal erlebt. Das wollen wir nicht, sondern wir wollen eine individualisierte Patientenbetreuung.

Ulrike Wahl hat uns wunderbar in den Ärztetag eingeführt. Als ehemaliger Ostdeutscher sage ich: Wir wissen, was kommt, wenn wir es als Ärztinnen und Ärzte, wenn es Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Landesärztekammern nicht schaffen, ausreichend Nachwuchs zu generieren. Dann ist AGnES mit einem Federstrich von Ulla Schmidt der Hausarzt der Zukunft. Ich möchte unsere Hausärztinnen und Hausärzte davor bewahren, dass sie durch jemanden ersetzt werden, der eine niedere Qualifikation hat. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist vernünftig, aber es darf keine Substitution geben.

Da hat Ulrike Wahl selbst den Bogen geschlagen. Aber bei ihr war die Zahnpasta bereits aus der Tube heraus. Wenn Ulla Schmidt die Zahnpasta erst auf der Zahnbürste hat, dann ist die Entwicklung nicht mehr zurückzudrehen, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Ärztliche Grundinteressen sind beizubehalten. Diagnostik und Therapie sind ärztliche Grundprinzipien. Sie sind unteilbar.

In diesem Sinne appelliere ich an Sie alle, auch bei den folgenden Tagesordnungspunkten sehr genau darüber nachzudenken. Sie werden sicherlich richtig entscheiden. Der Ärztetag ist sehr klug; das wissen Sie ja. Man muss sagen: Wehret den Anfängen! Wir können nicht ärztliche Leistungen aufgeben, die primär innerärztlich zu regeln sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Dazu gibt es ja auch noch einen gesonderten Tagesordnungspunkt. – Herr Dr. Rütz aus Nordrhein ist der nächste Redner. Bitte.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mit einer Frage starten. Herr Professor Hoppe, Sie haben das Beispiel mit den Ringen angeführt. Hat dieses Beispiel eigentlich einen richtigen Namen? Vielleicht „Hoppe-Zwiebel“ oder „Hoppe-Kreisel“? Vielleicht sollte man eine Bezeichnung finden, damit es bei der Übermittlung an unsere Gesprächspartner etwas griffiger und plastischer wirkt.

Ich möchte etwas zur Attraktivität des Arztberufs sagen. Diesem Thema werden im „Ulmer Papier“ ganze 57 Zeilen gewidmet, davon sieben Zeilen dem Bereich der Niedergelassenen. Nun mag man sagen: Das ist ein Thema der KBV. Das ist sicherlich richtig. Andererseits haben wir heute gehört, dass die KBV eine Auftragsselbstverwaltung ist. Das Vertrauen der Kollegen in die Auftragsselbstverwaltung ist nicht mehr so wie früher.

Wir müssen uns mit der Frage beschäftigen, warum die Attraktivität des Arztberufs sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich nachlässt. Das liegt nicht nur am fehlenden Geld, sondern insbesondere an der überbordenden Bürokratie und an der Fremdbestimmung. Das ist ein besonderes Kennzeichen des Sachleistungssystems. Das Sachleistungssystem und die Bürokratie sind siamesische Zwillinge. Wenn wir an dieser Situation etwas ändern wollen, müssen wir uns mit dem Sachleistungssystem befassen.

Deshalb rege ich an, das „Ulmer Papier“ um ein Kapitel „Sachleistungssystem“ zu ergänzen, in dem wir uns kritisch mit dem Sachleistungssystem auseinandersetzen. Wir können dann schauen, was diese Bestandsaufnahme für uns an Zukunftsorientierung und Neuorientierung bringt.

Es gibt einen zweiten Grund, warum wir uns mit dem Sachleistungssystem beschäftigen müssen. Durch die Intransparenz ist das Sachleistungssystem das ideale Vehikel, um die Rationierung zu transportieren. Das wollen wir auch nicht. Deswegen müssen wir auch in Zukunft dafür sorgen, dass die Rationierung, die wir nachgewiesen haben und die wir nicht haben wollen, so nicht kommt. Das heißt, wir müssen das Sachleistungssystem doch erheblich infrage stellen.

Der dritte Punkt ist – das ist der Kern der „Hoppe-Zwiebel“, wie ich es einmal bezeichnen möchte – die Arzt-Patient-Beziehung als wesentlicher Bestandteil und Basis für die Neuorientierung, die wir ja vorhaben. Das wird nur funktionieren, wenn sich in der konkreten Beziehung nur zwei Personen befinden, nämlich der Arzt und der Patient, keine dritte Kraft in Form eines unsichtbaren oder imaginären Krankenkassenangestellten, der mit im Sprechzimmer sitzt, wenn Kassenpatienten behandelt werden.

Das sind negative Auswirkungen dieses Systems. Deshalb glaube ich, dass wir gut beraten wären, uns mit der Frage zu befassen, ob dieses Sachleistungssystem das zukünftige System für die ambulante Versorgung ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Rütz. – Als nächster Redner Herr Kollege Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu einem Entschließungsantrag, der leider noch nicht umgedruckt vorliegt. Es geht dabei um Seite 4 des „Ulmer Papiers“. Auf Seite 4, Zeile 15 finde ich unsere ärztliche Tätigkeit unendlich eingeschränkt auf Diagnostik und Therapie. Der Gedanke, dass wir uns auch mit dem sozialen Umfeld und der prophylaktischen Medizin beschäftigen müssen, ist dort überhaupt nicht erwähnt. Diese Einschränkung sollten wir uns sicherlich nicht freiwillig auferlegen.

Deshalb bitte ich darum, folgende Ergänzung vorzunehmen:

> *Der Erfolg ärztlicher Bemühungen hängt ganz entscheidend davon ab, dass das ärztliche Handeln am sozialen Umfeld und an der Individualität der gesunden und erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl der prophylaktischen Maßnahmen, der Diagnostik als auch der Therapie.*

Die Begründung, die ich anführen möchte, ist 4 000 Jahre alt. Wir in München haben ein Poster erstellt, an dem wir uns nach wie vor orientieren können, auch wenn der letzte Punkt ziemlich schmerzhaft ist. Das chinesische Sprichwort lautet: Überragende Ärzte verhindern Krankheiten, mittelmäßige Ärzte heilen noch nicht ausgebrochene Krankheiten, unbedeutende Ärzte behandeln bestehende Erkrankungen.

Dieses Poster war für mich ausschlaggebend, in die Gesundheitspolitik einzusteigen. Ich meine, wir sollten möglichst viel dafür tun, dass wir nicht beim dritten Punkt hängen bleiben. Unsere politische Arbeit sollte darin bestehen, etwas entscheidendes Prophylaktisches zu tun. So verstehe ich mich und meine Arbeit. Ich bitte Sie um Unterstützung unseres Antrags.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Joas. Vielleicht können Sie unserem Stenografen, Herrn Rüdiger Weber, den ich hier herzlich begrüße, der heute Morgen ja schon bei der Eröffnungsveranstaltung dabei war,

(Beifall)

eine Kopie zur Verfügung stellen. Dann kann er das dem Wortbericht beifügen. Jeder, der Chinesisch beherrscht, kann es dann zu Hause nachlesen und im Zweifel auswendig lernen. Ansonsten ist der Vorschlag sehr gut. Vielen Dank.

Der nächste Redner ist Rudolf Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben uns, weil traditionell zu Beginn der Ärztetagswoche die Hauptversammlung des Marburger Bundes stattfindet, am vergangenen Samstag und Sonntag ausführlich mit der Vorbereitung des Ärztetages befasst. Wir haben uns auch mit dem „Ulmer Papier“ befasst. Wenn man berücksichtigt, dass es der Ärzteschaft ja wenig einbringt, im Rahmen des „Ulmer Papiers“ innerärztlich kontroverse Themen als Konsens vorzuspiegeln, dann ist das Papier sehr gut gelungen. Manche bisher zu der Vorfassung geäußerte Kritik läuft mit dem aktuellen Text ins Leere. Der Text bringt insgesamt gut zum Ausdruck, wie wir im ärztlichen Beruf denken und warum wir damit oft zu einem rein ökonomischen Ansatz querliegen.

Jörg Hoppe hat darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, dieses Papier als eine innerärztliche Ausgangsposition zu betrachten, dass der erste Adressat, an den es sich richtet, die Ärzteschaft selbst ist. Ich glaube, deshalb ist richtig, was unsere Hauptversammlung in Bewertung des Papiers gesagt hat, nämlich dass sie in den vom Vorstand der Bundesärztekammer entwickelten gesundheitspolitischen Leitsätzen die Grundlage und den Beginn der innerärztlichen Diskussion sieht. Deswegen haben wir uns dafür ausgesprochen, von diesem Ausgangspunkt her die gesundheitspolitischen Positionen der Ärzteschaft kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die Leitsätze sind also kein Ersatz für das „Blaue Papier“, sind keine umfassende programmatische Standortbestimmung, aber doch eine Verständigung, die auch innerhalb der Ärzteschaft erfolgen muss.

Ich glaube, deshalb sollten wir im Umgang mit dem Papier alle Argumente berücksichtigen, die dazu führen, dass die Debatte über dieses Papier innerhalb der Ärzteschaft, innerhalb der Landesärztekammern, innerhalb der Verbände und innerhalb der interessierten Öffentlichkeit als eine kontinuierliche Debatte geführt wird. Wir dürfen nicht den Eindruck erwecken, als sei diese Diskussion mit dem Ende des Ärztetages praktisch abgehakt. Das kann sie nicht sein, denn das Papier enthält ja viel zu viele Hinweise, die diese Frage in den Blick nehmen: Wie sehr findet eigentlich eine Deformation des Arztbildes auch in unserer

eigenen Selbsteinschätzung durch die Rahmenbedingungen, unter denen wir arbeiten müssen, statt? Die vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzte Arbeitsgruppe, die dieses Papier vorbereitet hat – ihr gehörten unter anderem Präsident Professor Hoppe, Dr. Montgomery und Frau Dr. Goesmann an –, hatte den Auftrag, dieses Papier zu entwickeln. Ich finde, es ist ihr sehr, sehr gut gelungen, die Philosophie des ärztlichen Verhältnisses zum Patienten zum Ausdruck zu bringen und damit auch deutlich zu machen, was uns als Resultat der politischen Rahmenbedingungen und der ökonomischen Überantwortung eines großen Teils der Verantwortung für das Arzt-Patient-Verhältnis in fremde Hände zugemutet wird.

Wir erleben zum Teil unerträgliche Zumutungen, die dazu führen, dass wir uns von dem eigentlichen Impuls, von dem Grundauftrag, der uns einmal dazu geführt hat, das Medizinstudium zu ergreifen, entfernen und distanzieren. Ich bin froh, dass auf der Eröffnungsveranstaltung durch die Rede von Jörg Hoppe klar und deutlich geworden ist: Das haben wir satt, das wollen wir nicht mehr mitmachen! Deshalb muss sich die Gesundheitspolitik mit der Frage auseinandersetzen, mit welchen materiellen Grundlagen sie uns ausstattet, um ein praktisch unbegrenztes Versprechen zu erfüllen.

(Beifall)

Frau Ministerin Schmidt hat uns ja eine Frage gestellt: Ist Gesundheit wirklich das höchste Gut? Meine klare Antwort darauf lautet: Nein, sicher ist Gesundheit nicht das höchste Gut. In meiner Wahrnehmung sind der Schutz der Menschenrechte, die Menschenwürde, die Gewährleistung von Freiheit und Frieden, eine Rechtsordnung zu haben höhere Güter als Gesundheit.

(Beifall)

Ich finde, Menschen, die Leib und Leben dafür einsetzen, die ihre Gesundheit dafür hergeben, um so etwas zu verteidigen, haben alle Achtung verdient. Wir sehen ja in diesen Tagen, wenn wir auf das Land schauen, in dem die Olympischen Spiele stattfinden werden, dass dort Menschen ihr Leben einsetzen, um das Leben anderer nach einem Erdbeben zu retten. Wir erleben, wie empört wir sind, dass in Birma eine Militärjunta sich die Frechheit herausnimmt, Menschen daran zu hindern, sich in Gefahr zu begeben, um andere zu retten. Wir erleben auch, dass Menschen wie die Mönche in Tibet bereit sind, für eine Freiheit zu kämpfen, die ihnen verweigert wird, und dass sie bereit sind, dabei ihre Gesundheit zu riskieren.

Aber das darf man doch nicht als Argument dafür verwenden, um zu sagen: Gesundheit genießt eine mindere Priorität und hat keine Bedeutung. Gesundheit ist vielmehr genauso wie Gerechtigkeit, genauso wie Freiheit, genauso wie die Möglichkeit, ein Gericht anzurufen, ein konditionales Gut. Ein konditionales

Gut, also ein Gut, ohne das alles andere nichts mehr ist, bedarf der Daseinsvorsorge durch den Staat. Deswegen ist es unsere Verantwortung, Medizin so gut wie möglich zu betreiben, und die Verantwortung der Politik ist, dafür zu sorgen, dass die Rahmenbedingungen, auch die materiellen Rahmenbedingungen stimmen.

Nun bin ich nicht der Hauptvertreter der niedergelassenen Kassenärzte und will nicht in Konkurrenz zu Herrn Köhler treten. Für die Krankenhausärzte hat die Rede von Frau Schmidt heute Vormittag einige Elemente enthalten, die mindestens etwas Hoffnung aufkeimen lassen, dass das Problem der materiellen Nöte in den Krankenhäusern langsam anerkannt wird. Warum formuliere ich das ein bisschen zurückhaltend? Ich sage: Da wird eine Hand gereicht, da muss man jetzt auch Gespräche führen. Die Tatsache, dass der Grundlohnsummenanstieg dazu führt, dass die Krankenhäuser im nächsten Jahr mehr Geld bekommen könnten, ist Ausdruck der gegebenen rechtlichen Situation. Dafür muss man keine Gesetze ändern.

Bei mir beseitigt das die Zweifel nicht, dass die Frage der Grundlohnsummenanbindung im Prinzip ein Fehler ist; denn gerade dieser Hinweis zeigt ja, wie konjunkturabhängig die Finanzierung wird. Wir haben bei der Befassung mit Arbeitslosigkeit und Armut gelernt, dass in Zeiten, in denen die Konjunktur schlecht ist, die gesundheitliche Belastung zunimmt, mehr Menschen krank werden. Insofern muss man sich wirklich fragen, ob diese prozyklische Finanzierungsform das Richtige ist. Aber natürlich wird man dieses Geld gern nehmen.

Der Abschlag in Höhe von 0,5 Prozent endet per Gesetz sowieso; dafür muss man kein Gesetz mehr ändern. Auch die 0,5 Prozent bei der Integrationsversorgung müssten per Gesetz auslaufen. Ich finde es aber gut, wenn nicht angekündigt wird, dass man diese Sonderopfer weiter bestehen lassen will.

Für sehr gut halte ich die Positionierung, die Tarifentwicklung im Krankenhaus in die Krankenkassenbudgets aufzunehmen. Das ist richtig. Das muss auch geschehen. Leider hat Frau Schmidt davon gesprochen, dass das anteilig erfolgen soll. Wenn es 85, 90 oder 95 Prozent Anteil sind, ist das sicher anders zu bewerten als eine früher existierende Lösung, als es nur um ein Drittel ging. Damit begann nämlich die Finanznot.

Pflegeneueinstellungsprogramm, Aus- und Weiterbildung verlässlich finanzieren – das ist alles willkommen. Man muss sich auch das Kleingedruckte anschauen. Es wird ja einen entsprechenden Gesetzentwurf geben.

Ich finde es gut, dass nach den Äußerungen vor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und nach den Äußerungen zu den Krankenhäusern heute wenigstens klar wird: Man muss auch über die Dimension der Finanzverteilung in Deutschland reden. Noch besser finde ich, dass Frau Schmidt die Dimension

klargemacht hat, denn sie hat gesagt – das sollten wir nicht mehr vergessen –: Die 14 Milliarden Euro Steuermittel, die ja noch gar nicht vorhanden sind, sondern die erst aufgebaut werden sollen, Jahr für Jahr um 1,5 Milliarden Euro steigend, die über den Gesundheitsfonds verteilt werden sollen, sind noch nicht einmal die Hälfte der gesamtgesellschaftlich bedingten Finanzierungslasten bei den gesetzlichen Krankenkassen. Eigentlich, sagt Frau Schmidt, müsste der Steuerzuschuss nach dieser Systematik schon heute in einer Größenordnung erfolgen, die doppelt so groß ist wie diese 14 Milliarden Euro. Damit wird die Dimension der Probleme klar. Wir sollten den Ärztetag nutzen, um diese Dimension der Probleme klarzumachen.

Ich glaube, der Schlüssel dazu, dass Bewegung in die Debatte kommt, ist erstens, dass wir über Rationierung sprechen, ist zweitens, dass wir klarmachen, was auf dem Spiel steht, wenn die Arzt-Patient-Beziehung, wie wir sie in diesem „Ulmer Papier“ beschrieben sehen, verwandelt wird in eine Betreuung durch provisorische Lösungen oder durch industrielle Investoren, die nur an der Rendite interessiert sind.

Deswegen lassen Sie uns ein klares Bekenntnis ablegen: Ja zu einem Arztbild, das Arzt und Patient auf gleicher Ebene sieht, in einer freundschaftlichen Beziehung, mit einem freundschaftlichen Berater, aber eben nicht als Sachwalter fremder Interessen, die uns oktroyiert würden.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Rudolf Henke. – Als Nächster der Kammerpräsident von Berlin, Herr Kollege Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das „Ulmer Papier“ ist unvollständig, aber es ist von großer politischer, auch innenpolitischer Bedeutung. Die Tatsache, dass es unvollständig ist, erkennt man daran, dass bereits im Vorfeld eine sehr große Diskussion über die Frage stattgefunden hat, welche Themen aufgegriffen werden sollen, wie der rote Faden aussehen soll, wie der Aufbau sein soll. Sie alle wissen, dass sehr viel Arbeit und Gehirnschmalz in das vorliegende Papier investiert wurden.

Sie werden Anträge vorfinden, die dieses „Ulmer Papier“ als Grundlage für die weitere Diskussion zu einer anderen Rolle der Ärzteschaft im künftigen Gesundheitswesen und in der künftigen Gesundheitspolitik vorschlagen. Deshalb ist dieses „Ulmer Papier“, wie es vorliegt, außerordentlich wichtig.

Die Bundesärztekammer, die verfasste Ärzteschaft nimmt nämlich mit diesem Papier und auch mit diesem Ärztetag eine neue Rolle ein. Wir kommen Gott sei Dank langsam aus der Rolle des stabilen Verteidigers heraus. Der Catenaccio, diese ständige Defensive, dieses ständige Beklagen von Missständen, die die Politik eingerührt hat, findet zwar noch immer statt, aber wir wehren uns wesentlich effektiver. Den Schlüssel zu einer besseren Gegenwehr hat uns Rudolf Henke gerade geliefert, nämlich nichts weiter als die Kraft der Wahrheit. Wer nahe am Patienten ist, ist nahe an der Wahrheit, und das sind wir. Deswegen muss man die Wahrheit aussprechen können, auch wenn sie wehtut. Das Thema Rationierung ist da, hat medial sehr gut eingeschlagen. Es ist ganz banal die Wahrheit. Wir werden nach dem Ärztetag sicherlich Gelegenheit haben, an der einen oder anderen Stelle entsprechende Belege zu liefern.

Das Wohlergehen der Ärzte ist der Öffentlichkeit und auch der Regierung relativ gleichgültig. Wenn es aber dem Arzt schlecht geht und es dadurch dem Patienten schlecht geht und wir den Beleg dafür liefern können, dann entsteht die richtige Bewegung.

Ich wünsche mir zwei Dinge, nämlich erstens, dass die Diskussion fortgesetzt und das „Ulmer Papier“ möglichst vollständig von diesem Deutschen Ärztetag positiv verabschiedet wird. Ich wünsche mir zweitens, dass wir mit diesem „Ulmer Papier“ als Grundlage zunehmend weggehen von der Befunderhebung und von der Diagnose von Zuständen hin zum Therapievorschlag.

(Vereinzelt Beifall)

Nach zehn Minuten oder auch einer Stunde Diskussion über vorhandene Probleme sollten 50 Minuten oder auch fünf Wochen Diskussion über die Vorschläge, die wir zu machen haben, folgen. Auch hierzu finden Sie konstruktive Beiträge im „Ulmer Papier“. Deswegen ist es eine gute Grundlage.

Wir sollten als Bundesärztekammer schauen, dass wir sobald wie möglich aus der Position des Verteidigers in die Position des offensiven Mittelfeldspielers geraten und die entsprechenden Vorlagen liefern, die die Politik braucht, um entweder sich ihr eigenes – Entschuldigung – Versagen gegenüber der Öffentlichkeit vorspielen zu lassen oder bessere Vorschläge zum Handeln zu machen.

Wir haben vorhin ein jahrtausendealtes Zitat aus China gehört. Der Antrag I-3, der gerade umgedruckt wird, wird bei Ihnen möglicherweise zu einer gewissen Erheiterung führen. Es ist ein historischer Rückblick in das Jahr 1848. Einige werden gewisse Parallelen zur Gegenwart erkennen. Ich wünsche mir, dass das, was Rudolf Virchow damals geschrieben hat und was heute noch aktuell ist, sich insofern nicht wiederholen möge, als wir anschließend lieber nicht auf den Barrikaden stehen und lieber keine Kriege erleben müssen, um bessere Arbeitsbedingungen zu bekommen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Günther Jonitz. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Zimmer aus Nordrhein, bitte.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das deutsche Gesundheitswesen ist schwer krank, es ist chronisch krank, es bedarf dringend einer ganzheitlichen Behandlung. Es droht massiv zu zerfallen. Allerorten werden Kliniken separiert in Einrichtungen für Privatpatienten mit entsprechendem wunderbaren räumlichen und pflegerischen Ambiente und in Einrichtungen der Regelversorgung. Herr Professor Hoppe, Ihr Modell würde ich in Anlehnung an das Atommodell von Niels Bohr eher als eine Art Schalenmodell beschreiben wollen. Das klingt nicht so verletzend, das ist weniger belastend. Ich habe mich dabei nämlich mit meiner eigenen Figur vorgestellt.

Ein Wort zu der von Ihnen angesprochenen 4. bis 6. Schale. Vielleicht erhalten Sie auch gelegentlich Post von einem sogenannten „Euroforum“. Dort unterhalten sich Leute relativ autistisch über ein Gesundheitswesen, von dem sie glauben, es sei so, wie sie es dort beschreiben. Aber sie nehmen in der Regel im Kontakt mit den Patienten überhaupt nicht mehr an der Versorgung teil.

Das Ganze hat mittlerweile eine Spielvariante, die Sie vielleicht schon einmal bei Ihren Kindern gesehen haben. Man nennt sie „Second Life“. Man gründet eine neue Vision, wie man auch leben könnte, mit eigener Identität usw.

Wenn diejenigen, die uns regieren, oder diejenigen, die die großen Geldmittel steuern, wirklich glauben, die Welt sei so, wie sie auf Kongressen von „Euroforum“ dargestellt wird, dann lade ich herzlich ein, doch einmal in eine Praxis oder in ein Krankenhaus zu kommen. Dann werden wir uns den Problemen schon nähern.

(Beifall)

Das Krankenhaus sieht anders aus. Wenn ich heute einen 82-Jährigen zur Hüftendoprothese schicke, muss ich immer schauen: Fällt er bei den Orthopäden unter einen Integrationsvertrag, weil er noch relativ gesund und robust ist? Dann wird er dort eingeschleust und für viel Geld in Eigenregie operiert und relativ kompakt versorgt, weil er ja vorher gut mobil, Ski fahrend und Golf spielend dort aufgeschlagen ist. Ein nur 75 Jahre alter Patient, der aber bereits ein paar kleine kardiale Probleme hat, wird explizit in diesen gleichen Integrationsvertrag nicht übernommen; er gelangt in die Regelversorgung. In dieser Regelversorgung muss ihn dann ein Krankenhaus operieren, natürlich mit schlechtem Risi-

ko. Der Outcome ist, statistisch übers Jahr gesehen, schlecht, weil die guten Patienten irgendwo anders operiert wurden.

Für uns in der Hausarztpraxis bedeutet das eine schnellere Entlassung in einem relativ schlechten Zustand. Wir brauchen plötzlich mehr Krankengymnastik, wir brauchen teure Thromboseprophylaxen, wir brauchen Laborkontrollen. Wir erfahren dann vom Patienten, dass er im Krankenhaus auch nicht regelmäßig Schwestern gesehen hat, die dort ständig arbeiteten, sondern dort Personal von Zeitarbeitsfirmen tätig ist. Das wird mittlerweile getoppt durch 1-Euro-Personen, die am Wochenende auf Stationen mit operierten Patienten arbeiten müssen.

Davon finde ich in dem Papier nichts. Aber das halte ich doch für einen Ausdruck massiver Rationierung, weil in demselben Krankenhaus zwei Stockwerke höher auf einer isolierten Privatstation die Versorgung anders abläuft.

Ich frage mich: Wie muss ein guter Arzt sein? Ich habe ja noch 15 Jahre Zeit, es zu werden. Ich habe heute die Antwort erhalten – dafür danke ich Herrn Professor Richter –: Es geht nach wie vor um die beste menschliche Zuwendung. Es ist nicht damit getan, die beste Therapie und die beste Diagnostik zu machen. Diesbezüglich hätte ich in dem Papier gern auch eine Präzisierung.

Ich habe den Eindruck, heute glauben viele Kollegen, dass sie den besten Job im Krankenhaus dann machen, wenn sie die beste DRG-Kodierung mit dem höchsten finanziellen Outcome für das Krankenhaus erledigen. Ich glaube, da müssen wir unseren Kollegen ein bisschen Hilfestellung geben.

(Beifall)

Ich persönlich glaube nicht, dass es nicht genügend Geld im Gesundheitssystem gibt. In meiner Heimatstadt – das ist eine relativ kleine Stadt – werden monatlich Hunderttausende von Euro für plastische chirurgische Eingriffe – Stichworte: Brust, Falten und Fett – ausgegeben. Wir können Diätenerhöhungen in respektabler Höhe immerhin im Deutschen Bundestag realisieren. Wenn die Firma Nokia eine Pleite hinlegt, sind plötzlich Steuergelder vorhanden, um diese Defizite aufzufangen. Dasselbe gilt, wenn eine Bank Pleite macht.

Ich bin der Meinung, wir haben schon noch eine ganze Menge Ressourcen, wo wir etwas abschöpfen können.

Ich möchte zum Schluss auf ein ganz kleines Problem des Papiers selber zu sprechen kommen. Auf Seite 11 heißt es in den Zeilen 36 ff.:

> *In Anbetracht der rückläufigen Hausarztzahlen wird insbesondere für den Primärversorgungsbereich die Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringergruppe mit*

Direktzugang für die Patienten nach dem Vorbild der Nurse Practitioner diskutiert.

Das halte ich für eine geradezu kontraproduktive Aussage. Dies bedeutet die Substitution des Hausarztes durch Nurse Practitioner. Wir reden davon, dass wir keine Rationierung haben wollen, fordern sie aber in unserem eigenen Papier.

(Beifall)

Ich habe den Antrag gestellt, diesen Satz zu streichen. Herr Crusius, zumindest bei Ihnen könnte ich ein bisschen Unterstützung erwarten. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist überhaupt kein Problem, aber eine Substitution dieser Art halte ich für einen Einstieg.

Die nächste Frage lautet: Was machen wir, wenn wir nicht mehr genügend Gastroskopiker haben? Nehmen wir dann statt Gastroenterologen Endoskopieschwestern aus Japan? Nehmen wir dann für den Urologen den Katheterpfleger von der Intensivstation der letzten Urologie, die geschlossen wird?

Wir müssen uns schon überlegen, warum wir den Hausarzt plötzlich wieder zerlegen dürfen, während wir an anderen Stellen vielleicht noch gar nicht bemerkt haben, dass die Zerlegung kurzfristig zum Filetieren bereitsteht.

Danke schön. Ich hoffe auf Ihre Unterstützung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zimmer. – Der nächste Redner ist Herr Professor Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Hoppe, nachdem Sie jetzt so viel Lob erfahren haben, gestatten Sie mir, dass ich vielleicht etwas Essig in Ihren Wein gieße und etwas kritische Anmerkungen mache. Sie haben Ihr Papier, das „Ulmer Papier“, einen ersten Aufschlag genannt. Meiner Meinung nach ging dieser Aufschlag voll ins Netz. Bei der Technik, die Sie beim Aufschlag haben, fürchte ich, dass auch Ihr zweiter Aufschlag ins Netz gehen wird und Sie hier einen fürchterlichen Doppelfehler produziert haben.

Lassen Sie mich das an zwei Beispielen klarmachen. Der erste Punkt ist die Diskussion über Rationierung im Gesundheitswesen, die wir während der vergangenen zwei Tage hatten. Herr Hoppe, Sie reden schon seit Jahren über die

schleichende Rationierung, die wir haben. Jetzt auf einmal kommt dieses Thema auf: Es ist die offene Rationierung.

Es ist doch eine Bankrotterklärung, wenn wir mit unserem deutschen Gesundheitswesen nicht in der Lage sind, unsere Patienten adäquat zu behandeln. Wir haben das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt. Nur zwei Länder auf der Welt geben mehr Geld für Gesundheit aus als wir. Und dann sagt unser Präsident: Das Geld reicht nicht, wir müssen Mangelmedizin betreiben.

Das ist eine Bankrotterklärung, die ich beschämend und fürchterlich finde. Herr Hoppe, Sie hätten stattdessen lieber auf alle Probleme der Über- und Fehlversorgung eingehen können.

(Widerspruch)

– Ich glaube, ein bisschen Selbstkritik täte nicht nur Ihnen, sondern auch dem Papier ganz gut.

Auch Sie wissen, dass heute kaum noch ein Kopfschmerzpatient durch die Praxis gehen kann, ohne in ein CT zu kommen. Sie wissen, dass man sich nicht mehr das Knie verrenken kann, ohne durch ein MRR geschoben zu werden, oder dass man keinen Herzkasper mehr haben kann, ohne einen Herzkatheter zu bekommen. Das ist doch die Wirklichkeit bei uns. Darauf müssen wir eingehen, dass einfach nicht alles, was möglich ist, für den Patienten auch gut ist Das fehlt mir völlig in dem Papier und auch in der Kritik von Herrn Hoppe.

Natürlich können wir bei jedem Patienten jeden Tag drei Ultraschalluntersuchungen machen, aber der Patient wird davon nie und nimmer gesünder. Ich glaube, das ist der wesentliche Punkt. Und das hätte Herr Hoppe ansprechen können.

Neben dieser Bankrotterklärung ist das Papier auch eine Vorlage für das, was Sie, Herr Hoppe, „grauen Markt“ genannt haben. Jetzt kann jeder unserer Kollegen – Sie hier natürlich nicht, Sie sind ja alle gute Kollegen, aber die bösen Kollegen, die es vielleicht auch noch gibt – kommen und dem Patienten sagen: Kassenmedizin ist Mist, das ist Unterversorgung, das ist Mangelversorgung, das ist Grundversorgung. Wenn ihr richtige Medizin haben wollt, dann müsst ihr leider zuzahlen. Zahlt einen Hunderter und ihr bekommt die bessere Medizin. Schließt eine Zusatzversorgung bei der Privatversicherung ab, dann bekommt ihr eine richtige Medizin.

Das ist eine Desavouierung unserer gesetzlichen Krankenversicherung und der Beginn einer Untergrabung unseres solidarischen Gesundheitssystems, in dem jeder Patient das gleiche Recht auf eine gute und ausreichende Versorgung haben sollte. Mit dieser Polemik, die nach außen getragen wird, wird das meines Erachtens untergraben.

Ich finde diesen Punkt fürchterlich und schlimm. Es tut mir sehr, sehr leid, dass das so in die Öffentlichkeit getragen wird.

Ein weiterer Punkt: die evidenzbasierte Medizin. Sie legen sehr viel Wert auf das Arzt-Patient-Verhältnis, das ja auch sehr wichtig ist. Das ist lobenswert und gut. Nur, meine Damen und Herren, wer heute noch meint, dass Medizin eine Kunst ist, in der jeder Künstler frei gestalten kann, was er will, wo jeder sein Bild malen kann, wo er die Farben bestimmt, täuscht sich. Wir haben eine Naturwissenschaft, und Naturwissenschaft ist eine mehr oder weniger exakte Medizin. Diese exakte Medizin funktioniert nach bestimmten Spielregeln. Eine tiefe Beinvenenthrombose ist eine tiefe Beinvenenthrombose, und wer sie mit Brennnesselextrakt behandeln will, soll es tun, aber er entfernt sich einfach von der Grundlage der naturwissenschaftlichen Medizin. Das ist evidenzbasierte Medizin. Das haben wir, das müssen wir verteidigen, das müssen wir ausbauen.

Das heißt natürlich nicht, dass jeder Patient gleichbehandelt wird, das ist eine antiwissenschaftliche Polemik. Natürlich heißt evidenzbasierte Medizin, dass das, was evident ist, was aus den Studien und den wissenschaftlichen Untersuchungen herausgekommen ist, individuell an den Patienten angepasst werden muss. Natürlich muss ich schauen: Passt das zu diesem Patienten? Wenn ein Kolonkarzinom festgestellt wird, dann beginnt die Kunst des Arztes erst dann, wenn ich den Patienten mit seinem Schicksal begleiten kann, wenn ich ihm sagen kann: Sie können dieses und jenes noch tun. Aber zu erklären, evidenzbasierte Medizin sei eine schematisierte Medizin, womöglich eine Staatsmedizin, ist das Schlimmste, das es überhaupt gibt. Das ist schlecht und schlimm und antiwissenschaftlich. Es bleibt weit hinter dem zurück, was wir in der Wissenschaft in den letzten 20, 30 Jahren erreicht haben.

Insgesamt handelt es sich meiner Ansicht nach um ein extrem rückwärtsgewandtes Papier: Vor 20 Jahren war alles gut, wir konnten alles tun, wir brauchten keine Versorgungsforschung, die Ärzte waren gut, die Patienten waren zufrieden, die Politik brauchte kein Geld, in den Krankenkassen saßen die Gewerkschaftsfunktionäre, alles war toll und gut. Seit der Großen Koalition kommt die böse Politik – das fing schon mit Herrn Seehofer an –, alles ist böse, wir haben eine Staatsmedizin, wir haben Dirigismus, wir haben fast wieder die DDR, alles ist schlecht.

Herr Hoppe, wir sollten nach vorn schauen. Es hat doch überhaupt keinen Zweck, immer nach hinten zu schauen und zu sagen: Wie schön war doch die Vergangenheit! Ich erwarte, dass wir fantasievolle Lösungen für die Probleme finden, die wir im Gesundheitswesen haben. Aber immer zu sagen – wie Sie es heute Morgen auch wieder getan haben –, gestern war alles gut, heute ist es schlecht, morgen wird es noch schlechter – meine Damen und Herren, das wird uns überhaupt nicht weiterbringen, das schadet unserem Gesundheitswesen, das untergräbt das solidarische Krankenversicherungssystem.

Dieses Vorgehen fördert letztendlich die Privatinitiative, die Privatwirtschaft, die Industrialisierung, also genau das, wogegen Sie in meines Erachtens richtiger Art und Weise argumentieren. Aber genau das wird gefördert: Der Staat kann es nicht, die Krankenkassen wollen es nicht, wir dürfen es nicht, also muss es die private Industrie übernehmen. Schon haben wir die Gesundheitsindustrie, die wir alle nicht haben möchten.

Mein Vorschlag lautet, nach vorne zu schauen und nicht immer rückwärtsgewandt zu argumentieren und uns gegenseitig auf die Schulter zu klopfen und uns zu sagen: Wie schön war es doch gestern! Schauen Sie nach morgen!

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Frau Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wollte mit etwas ganz anderem beginnen, aber mein Vorredner hat mich jetzt doch herausgefordert, etwas zu seinen Äußerungen zu sagen. Ich denke, dieses Papier ist eine Basis. Es ist längst nicht alles abschließend abgehandelt. Wir werden vieles aus den verschiedenen Erfahrungen heraus zu ergänzen haben.

Die Rückwärtsgewandtheit, die Sie, Herr Professor Dietrich, eben angesprochen haben, kann ich überhaupt nicht erkennen. Es gibt eben Grundsätze, die wir gern beibehalten möchten. Ich glaube, das sind Dinge, die sich nicht mit Gegenwart, Futur oder Vergangenheit beschreiben lassen, sondern sie haben etwas mit dem Arzt-Patient-Verhältnis zu tun. Darum kommen Sie auch mit einer evidenzbasierten Medizin nicht herum; das haben Sie ja auch gesagt.

Ich beklage, wenn dieser Begriff benutzt wird, dass meistens nur von der äußeren Evidenz gesprochen wird, nämlich den Untersuchungen, weniger von der inneren Evidenz, nämlich der Erfahrung der Ärzte. Das können Sie sich nicht wegdenken und auch nicht auslassen. Das ist der ganz wichtige zweite Teil, der zu einer vernünftigen evidenzbasierten Behandlung gehört. Ich meine, die Einseitigkeit, mit der Sie das hier dargestellt haben, wird der Gegenwart nicht gerecht.

Ich stimme der Aussage des Präsidenten zu, dass es sich bei der Medizin nicht um eine Naturwissenschaft handelt, sondern um eine empirische Wissenschaft.

(Beifall)

Die evidenzbasierte Medizin ändert sich. Diejenigen, die schon etwas älter sind, wissen, dass es alle fünf bis zehn Jahre zu einem Krankheitsbild neue Erkenntnisse gibt. Nicht alles, was neu ist, ist richtiger, denn es wird noch etwas Richtigeres kommen. Man sollte also bitte im Auge behalten, wie relativ dies alles ist. Deshalb sind solche absoluten Aussagen auch nicht viel wert.

Ich möchte auf die Eröffnungsveranstaltung zurückkommen. Ich kann mir die Bemerkung nicht verkneifen, dass ich die Belanglosigkeiten, die uns Frau Schmidt da serviert hat, fast provozierend fand.

(Beifall)

Ich frage mich: Warum war das so? War das so, weil sie weiß, dass es sich nicht lohnt, mit uns zu diskutieren? Oder war das so, weil sie irgendwo eingesehen hat, dass sie nicht mit allem, was sie bisher entwickelt hat, so ganz recht hatte? Wollte sie einfach nur einen ruhigen Vormittag haben? Keine Ahnung; da sind der Fantasie keine Grenzen gesetzt. Ich fand es letztlich bedauerlich. Ich finde, es kann immer noch positive Konsequenzen haben, wenn man einen Konflikt bespricht, aber nicht, wenn man solche Belanglosigkeiten austauscht.

Dagegen fand ich Ihren Vortrag, Herr Hoppe, sehr erfrischend, ganz anders. Ich habe mich innerlich zurückgelehnt und Ihnen zugehört. Ich fand Ihre Ausführungen vom Inhalt her natürlich sehr ernst, aber sie waren so verpackt, dass man schmunzeln konnte. Ich habe mich allerdings gefragt, wie die Presse darüber denkt, wenn wir bei der Rede unseres Präsidenten alle schmunzeln. Ich hoffe, dass aus dieser Eröffnungsveranstaltung das Fazit gezogen wird, dass sie in einer sehr angenehmen und, wie ich finde, sehr entspannten Form stattgefunden hat, dort aber doch sehr ernste Dinge zur Sprache gekommen sind.

Für mich bemerkenswert war, dass Sie, Herr Präsident, vom Misstrauen im Arzt-Patient-Verhältnis gesprochen haben. Das ist etwas, was mich immer sehr bewegt hat. Ich meine das Misstrauen, das dadurch entsteht, dass die Patienten nicht mehr sicher sein können, dass ihre Ärzte in voller Verantwortung mit begrenzten oder auch nicht begrenzten Mitteln das Beste für sie zu erreichen versuchen, aber in gar keiner Weise davon profitieren, wenn sie beispielsweise Sparmaßnahmen durchführen müssen.

Diese Systeme kommen, wie ich gelesen habe, schon wieder durch die Hintertür. Die Arzneimittel-Bonus-Malus-Systeme will ich jetzt gar nicht erwähnen. Es gibt ja doch wohl Bestrebungen, auch seitens der Krankenkassen, die Gesamtbudgetverantwortung wieder einzuführen. Nachdem den Krankenkassen durch den Angriff auf die Kassenärztlichen Vereinigungen gerade ein Mehr an Verantwortung zugestanden wurde, möchten die Kassen dies eigentlich ganz gern wieder zurückgeben. Es gibt konkrete Pläne, den Ärzten in bestimmten Regionen für gewisse Versorgungselemente die Gesamtbudgetverantwortung zu ge-

ben. Das heißt ganz konkret, wenn ein Medikament, eine Maßnahme, ein Hilfsmittel in diesen Systemen nicht verschrieben wird, wird es dem Arzt in Zukunft schwerfallen, zu begründen, warum er eine solche Verschreibung vorgenommen hat. Tut er es, obwohl es überflüssig ist, oder tut er es vielleicht, weil es dem Gesamtsystem wieder zufließt und damit indirekt die eigenen Honorare steigen?

Ich fordere Sie auf, sich sehr gut zu überlegen, ob Sie dieses Misstrauen der Patienten auf sich laden wollen, ob Sie das Vertrauen, das Sie bisher noch im großen Maße genießen, aufs Spiel setzen wollen.

Die Zeilen 35 bis 41 auf Seite 11, in denen auch von einem etwaigen neuen „Professionenmix“ die Rede ist, entsprechen meines Erachtens überhaupt nicht dem, was wir in Zukunft haben möchten. Deswegen habe ich einen Antrag mit unterzeichnet, der die Forderung enthält, diesen gesamten Absatz zu streichen. Ich hoffe, Sie können dem zustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Albring, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, ich war heute Morgen auf einer anderen Veranstaltung als Herr Dietrich. Ich fand Ihren Vortrag, Herr Präsident, sehr gut. Ich fand, Herr Dietrich hat sowohl das Papier als auch den Vortrag mit etwas anderem verwechselt. Die Analyse, die Sie gebracht haben, Herr Hoppe, bevor der Patient tot ist, ist aller Ehren wert. Sie als Pathologe können das ja besonders gut. Ich hoffe, die Politik nimmt das auch so wahr.

Ich möchte eigentlich zum „Ulmer Papier“ sprechen und sagen, dass es für mich ein gutes Papier ist, das aber unvollständig ist. Wir sollten die Gelegenheit nutzen, dieses Papier in Leitsätze bzw. eine Charta der Ärzteschaft umzuwandeln. Dort müssten Dinge wie die Freiberuflichkeit, das Arzt-Patient-Verhältnis und die freie Arztwahl enthalten sein. Diese Dinge können ja bis in hundert Jahren bestehen bleiben und können je nach Zeitgeist immer wieder verändert werden. Aber gewisse Punkte sind unabänderlich. Dahin sollte meines Erachtens das „Ulmer Papier“ führen.

Ich möchte eine sachliche Richtigstellung ansprechen. Meines Erachtens sollten die Zeilen 22 und 23 auf Seite 20 des Papiers geändert werden. Ich bitte

Sie, dem entsprechenden Antrag, den Sie gleich erhalten werden, zuzustimmen. Dort geht es um den Facharzt. Im „Ulmer Papier“ heißt es:

> *Er nimmt auf Überweisung oder in direktem Zugang in Kooperation mit dem Hausarzt die weitergehende Diagnostik vor …*

Laut SGB V haben die Patientinnen und Patienten zu Frauenärzten und Augenärzten den direkten Zugang. Das bedeutet, dass ich die Patientin oder den Patienten im direkten Zugang sehe, diagnostiziere und behandle. Das kann ich nicht unbedingt in Kooperation mit dem Hausarzt tun. Das kann zwar sinnvoll sein, aber wenn das hier so stringent steht – „in Kooperation mit dem Hausarzt“ –, dann heißt das, dass wir durch den Deutschen Ärztetag ein Primärarztsystem einführen. Aber darüber haben wir noch nicht abgestimmt. Deshalb bitte ich darum, hier zu formulieren: „gegebenenfalls in Kooperation mit dem Hausarzt“. Dass wir an der Basis mit dem Hausarzt kooperieren und Briefe schreiben, ist ganz klar.

Wenn ich als Gynäkologe eine Patientin im direkten Zugang habe, mache ich natürlich auch nicht die weitergehende Diagnostik, sondern die Primärdiagnostik. Insofern ist der Begriff „weitergehende“ falsch. Er sollte gestrichen werden. Das gilt auch für die Augenärzte und – zumindest heute noch – viele andere Fachärzte, die, wenn sie eine Überweisung vom Hausarzt bekommen, trotzdem die Primärdiagnostik durchführen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Zimmermann aus Niedersachsen. Bitte.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das „Ulmer Papier“, so haben wir es von unserem Präsidenten gehört, soll zunächst ein Grundlagenpapier für uns selber sein, für unsere Diskussion. Aber dies bleibt es ja nicht. Es ist auch ein öffentliches Papier, es wird bereits jetzt in den Medien öffentlich diskutiert, und auch Ulla Schmidt hat es heute sehr bewusst zur Kenntnis genommen.

Dieses Papier ist notwendig. Wir müssen es auf diesem Ärztetag verabschieden. Wie notwendig es ist, zeigt mir – das sage ich aus der Sicht eines Krankenhausarztes –, wenn ich mir von Ulla Schmidt anhören muss, dass am Ende des Jahres alles viel besser wird, dass die Sonderopfer für die Krankenhäuser

abgeschafft werden. Was ist das für eine Frechheit, dass eine Politikerin sich dort hinstellt und es als Erfolg, als politische Wohltat preist, damit eine Verbesserung der Patientenversorgung verbindet, wenn sie das, was sie vorher selber eingeführt hat, nämlich dieses politisch motivierte und unsinnige Krankenhaussonderopfer, wieder abschaffen will?

(Beifall)

Das zeigt doch, dass wir jetzt endlich in die politische Diskussion umgehend eingreifen müssen. Anderenfalls wird die Patientenversorgung noch schlechter, als sie jetzt schon für die Patienten erlebbar ist.

Das „Ulmer Papier“ muss ein Papier der gesamten Ärzteschaft sein. Da komme ich zu einem Kritikpunkt. Mir fehlt in diesem Papier eine wesentliche Arztgruppe, nämlich die Krankenhausärzte. In den Grundsatzbeschlüssen Deutscher Ärztetage, die in das „Blaue Papier“ einmündeten, finde ich sie.

Ich rede jetzt zu den sektorenübergreifenden Kooperationsformen: Natürlich sollen die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen auch stationär Patienten behandeln können. Das haben wir immer gefordert und gewollt. Aber im Gegenzug muss es doch auch möglich sein, gerade bei hochkomplexen Versorgungsleistungen, dass Krankenhausärzte Patienten auch ambulant betreuen, und zwar in Absprache mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Wenn wir das nicht so formulieren, werden wir einseitige Formulierungen finden, indem wir immer vom Krankenhaus sprechen und nicht von den Ärzten, die dort tätig sind. Krankenhäuser werden aber nicht von Ärzten betrieben, sondern meistens von irgendwelchen Gesellschaften und zunehmend von privaten Investoren.

Deshalb bitte ich Sie, den Antrag, den ich eingebracht habe, anzunehmen, um für eine sektorenübergreifende Medizin eine gemeinsame Position zu formulieren.

(Beifall)

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

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich sehr für die Eröffnungsveranstaltung bedanken. Ich musste aber feststellen, dass an vielen Problemen vorbeigeredet wurde. Der gefühlte Mangel bei der Patientenversorgung ist aber eigentlich nicht rübergekommen. Ist es nicht so, dass seitens des Patienten inso-

fern ein Mangel wahrgenommen wird, als zwar der Präsenzpflicht der Hausärzte und der Fachärzte Genüge getan wird, aber die Erreichbarkeit ein bisschen zu wünschen übrig lässt? Wie ist es beispielsweise mit der durch uns erfolgenden Rationierung? Wir spüren die Bevormundung durch die Politik in einer peinlichen Art, die die Ausübung unseres Berufs erschwert und manchmal die Freude am Beruf deutlich einschränkt. Die Empörung über diese politischen Eingriffe ist viel größer, als ich zumindest in der Eröffnungsveranstaltung festgestellt habe.

Mir liegen noch folgende zwei Dinge am Herzen. Es geht erstens um die Begriffe Facharzt und Hausarzt. Der Facharzt ist der dominierende Begriff in der ambulanten Versorgung, auch der Facharzt für Allgemeinmedizin als der Hausarzt. Der Arzt selbst – was er können muss, steht in der Approbationsordnung – hat nirgendwo eine Lobby. Ganz entscheidend ist: Es handelt sich um ein Arzt-Patient-Verhältnis und nicht um ein Facharzt-Patient-Verhältnis. Wenn wir durch die Politik auf diese Facharzttätigkeit reduziert werden, wird es nur noch die ärztliche Kernkompetenz geben und nicht den Arzt, der in der Fläche als Einziger dazu berufen ist, die Behandlung am Menschen durchzuführen, mit den Ausnahmen, die Sie alle kennen.

Deshalb ist es ganz wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine Differenzierung zwischen Arzt und Facharzt erfolgen muss. Das hat auch Konsequenzen. Wir sind hier auf dem Deutschen Ärztetag als Vertreter der deutschen Ärzteschaft. Wenn wir nicht aufpassen, dass der Begriff des Arztes exakt gefasst wird, können wir große Probleme haben. Ich habe keinen Antrag formuliert, weil ich das für unnütz halte.

Auf Seite 8 heißt es:

> *Das deutsche Gesundheitswesen braucht eine ordnungspolitische Neuausrichtung. Diese muss basieren … auf einer klaren Rollenverteilung …*

Was bedeutet der Begriff „klare Rollenverteilung“? Dieser Begriff ist aus meiner Sicht ungeeignet. Die Politik sagt uns, was wir zu machen haben; was mit der KV passiert, wissen wir. Ist das wirklich die Selbstverwaltung, wie wir sie uns vorstellen? Da wäre ein Wort wie „sinnvollen“ viel vernünftiger. Das ist vielleicht kleinkariert, sollte aber wenigstens erwähnt werden.

Ferner ist auf Seite 8 davon die Rede, dass eine ordnungspolitische Neuausrichtung basieren muss

> *auf Wettbewerbskriterien, die sich am Primat des Patientenwohls, das heißt an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit, ausrichten.*

Sind das Wettbewerbskriterien? Das sind Qualitätskriterien, aber keine Wettbewerbskriterien. Der Begriff „Wettbewerb“ ist hier an einer Stelle in den Text eingeflossen, an die er nicht gehört. Dass die Ärzte freiwillig den Begriff „Wettbewerb“ beim Arzt-Patient-Verhältnis einführen wollen, halte ich wirklich nicht für so sehr sinnvoll.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Michaelis. – Als Nächster unser Vizepräsident und Präsident der Ärztekammer Hamburg, unser Kollege Montgomery.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich weiß nicht, wie es Ihnen bei der Rede von Ulla Schmidt ergangen ist. Ich habe in manchen Punkten vielleicht eine andere Wahrnehmung, was ihren Mut und ihren Kampfesgeist anging, mit dem sie heute angetreten ist. Ich habe sie selten so zurückgenommen, ja manchmal fast vorsichtig in den Aussagen erlebt. Wir haben von ihr ganz wenig konkrete Aussagen bekommen: Der Gesundheitsfonds kommt. Das wissen wir. Der steht im Gesetz. Es wird im Bereich des Krankenhauses fünf Änderungen geben. Drei sind im Grunde genommen schon längst Gesetzestatbestand.

Das war – das wurde hier bereits gesagt – erstaunlich wenig. Warum war das so wenig? Der Gesundheitsfonds kommt, das wissen wir. Die Politik weiß ganz genau, dass mit diesem Gesundheitsfonds nicht ein einziges Problem in unserem Gesundheitswesen gelöst sein wird, ja nicht einmal richtig verschoben. Die Grundprämissen, unter denen Frau Schmidt und diese Bundesregierung einmal angetreten sind – stabile Beitragssätze, bessere Versorgung, Qualitätswettbewerb –, werden im Kern durch den Gesundheitsfonds konterkariert. Es wird sie durch den Gesundheitsfonds nicht geben, sondern genau das Gegenteil wird durch den Gesundheitsfonds erreicht: kein Wettbewerb bei den Krankenkassen, keine bessere Qualität und vor allem keine Verbesserung der Versorgung für die Patienten.

Ich glaube, dass Frau Schmidt selber ein bisschen wie ein Kind im dunklen Wald singt, wenn sie sagt: Der Gesundheitsfonds wird kommen, und der Gesundheitsfonds wird gut. Nein, meine Damen und Herren, der Gesundheitsfonds wird nicht gut. Deshalb müssen wir damit beginnen, uns Gedanken darüber zu machen, was denn in der Zeit nach dem Gesundheitsfonds kommt.

Meine Damen und Herren, erinnern Sie doch, wie der Gesundheitsfonds eingeführt wurde. Im GKV-WSG standen sich 2006 die Verfechter einer Bürgerversicherung à la Karl Lauterbach und die Vertreter eines Prämienmodells à la CDU-Parteitag Leipzig 2003 gegenüber. Um sich alle Optionen für die Zeit nach dem Platzen der Großen Koalition offenzuhalten, hat man diese Missgeburt Gesundheitsfonds in die Welt gesetzt. Jetzt müssen wir – das ist ja im Leben manchmal so – mit dieser Missgeburt leben und müssen sie auch noch in Kraft setzen.

Aber wir wissen, meine Damen und Herren: 2009 sind wieder Bundestagswahlen. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird – davon bin ich fest überzeugt – die Gesundheitspolitik bei den nächsten Wahlen eine gewaltige Bedeutung erhalten. Wir werden ganz viel über Gesundheitspolitik, Krankenversicherung, Zukunftsorientierung im Wahlkampf 2009 diskutieren. Deswegen ist es gut, dass wir mit dem „Ulmer Papier“ eine gute Analyse der Probleme der heutigen Gesundheitsversorgung, Modellansätze, wie man die Versorgung für die Zukunft besser organisieren könnte und auch Hinweise für die systemimmanente Fortentwicklung der Finanzierung haben. Das sind drei ganz essentielle Punkte, die im „Ulmer Papier“ stehen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, damit bin ich bei dem einen Punkt, der mir fehlt. Das habe ich schon mehrfach formuliert. Sie alle kennen diesen Punkt, wenn Sie die vorläufigen Fassungen des Papiers, die den Kammerversammlungen vorgelegen haben, gesehen haben. Es geht um die Frage: Sollen wir Ärzte uns auch mit der zukünftigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auseinandersetzen? Ich glaube – diese Prognose wird von vielen Wissenschaftlern und Fachleuten gestützt –, dass wir 2010/2011 erleben werden, dass der Gesundheitsfonds platzt. Dieser Gesundheitsfonds wird das Jahr 2011 nicht überleben. Dann wird die Politik vor dem Problem stehen: Was geschieht danach?

Dann, liebe Kolleginnen und Kollegen, beginnt die alte Debatte erneut: Bürgerversicherung à la Karl Lauterbach, der ja frech diesen Begriff der Bürgerversicherung usurpiert hat, obwohl es sich ja nicht wirklich um eine Bürgerversicherung handelt, sondern nur um den Versuch, den Mangel der GKV auch auf die 10 Prozent der GKV auszudehnen, oder neuer Ansatz einer prämienbasierten Versicherung, die wir – davon bin ich fest überzeugt – dringend brauchen.

Ich glaube, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir müssen uns auch zu der Frage äußern, wie wir uns die langfristige Finanzierung der Krankenversicherung vorstellen. Deswegen habe ich den Antrag 2 gestellt, den Sie noch nicht umgedruckt vorliegen haben, den Sie aber im Kern kennen, mit der Bitte, auch darüber zu diskutieren und zu überlegen, ob wir wirklich klug beraten sind, als Ärzte zu sagen: Die Finanzierung der zukünftigen Krankenversicherung ist ausschließlich Sache der Politik, oder ob wir nicht besser als Staatsbürger, als Ärz-

te, als Teil dieser Gesellschaft, als Verantwortliche uns zu unserer Verantwortung bekennen und uns deswegen auch zu Krankenversicherungsfragen äußern wollen. Das tun wir ja auch an anderen Stellen. Wir lehnen ja die Bürgerversicherung à la Lauterbach ab.

Ich bitte Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, ein bisschen intensiv über diese Vorschläge zu diskutieren, damit wir wissen, wohin wir wollen. Noch schöner wäre es natürlich, wenn sich eine Mehrheit für den Antrag 2 fände.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Kollege Montgomery. – Jetzt bitte Herr Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mit Erlaubnis des Herrn Präsidenten einen Satz zitieren, den Professor Richter in seiner bemerkenswerten Dankesrede gesagt hat. Er hat gesagt: Es gibt keine humane Gesellschaft ohne eine humane Medizin. Recht hat er! Wenn man seine Rede vollständig gehört hat, weiß man, dass die Umkehrung ebenfalls richtig ist. Sie hieße: Es gibt keine humane Medizin ohne eine humane Gesellschaft.

Zu diesem Problem sagt das „Ulmer Papier“ leider nichts oder nur sehr wenig. Es sagt etwas zur Jugend- und Kinderarmut, aber zu dem Gesamtproblem, dass die Ärzte auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung haben, sagt das Papier leider nichts.

In unserer Gesellschaft wird die Schere zwischen Reich und Arm immer größer, wie Sie leider wissen. Die Schere zwischen der Lebenserwartung von reichen Mitbürgern und der Lebenserwartung von armen Mitbürgern wird ebenfalls immer größer. Ich denke, in dieser Situation ist es zu wenig, wenn das „Ulmer Papier“ wieder und wieder in einer etwas larmoyanten Form fordert, dass mehr Geld in das System hineinzustecken ist. Ich möchte Ihnen gern eine Folie aus dem „New England Journal of Medicine“ zeigen, die drei Punkte deutlich macht. Der erste Punkt ist – wir wissen es seit Langem –: Es gibt keine Explosion der Kosten im Gesundheitswesen in Deutschland. Es gibt aber eine Explosion der Kosten in den USA. Die neuesten Zahlen von 2008 weisen aus, dass die Kosten in den USA mittlerweile bei 16 Prozent des Bruttoinlandsprodukts angelangt sind. Die Prognose für die nächsten sieben Jahre beträgt 20 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Der zweite Punkt ist, dass Deutschland noch immer – darauf hat Herr Dietrich hingewiesen – weit in der Spitzengruppe der entwickelten Länder liegt, was den Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt betrifft.

Der dritte Punkt ist, wie ich denke, der entscheidende. Das US-amerikanische Gesundheitswesen ist ein Gesundheitswesen, das im Wesentlichen auf Wettbewerb und Profit beruht. Wenn wir dies so sehen, mit den entsprechenden Steigerungen der Kosten, dann müssen wir erkennen, dass Wettbewerb kein Mittel ist, um Kosten zu senken, sondern Wettbewerb im Gesundheitswesen ist – neben den grundsätzlichen Einwänden – ein Mittel, die Kosten nach oben zu treiben, nicht aber zu senken.

Ich denke, deswegen ist das, was vielfach als Staatsmedizin apostrophiert wird, das Gegenteil einer Wettbewerbsmedizin und dient dazu, dass die Kosten in einem erträglichen Umfang bleiben.

Ich denke, wenn wir das sehen, können wir akzeptieren, dass es nicht darum geht, dass mehr Geld in das Gesundheitssystem gepumpt wird, sondern dass das Geld so verteilt wird, dass die Aufgaben, die wir als Ärztinnen und Ärzte haben, richtig erfüllt werden können.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Pickerodt. – Als nächster Redner Herr Kollege Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich zum „Ulmer Papier“ und auch zu einem Antrag äußern, der Ihnen noch nicht vorliegt, aber demnächst, wie ich hoffe, auf Ihren Plätzen liegen wird. Wir sollten uns über die positiven Aspekte des „Ulmer Papiers“ Gedanken machen, nicht nur über die letzte Version, sondern vielleicht auch über die Versionen, die uns seit dem Jahreswechsel 2007/2008 zugeleitet worden sind; denn aus den Veränderungen dieses Papiers kann man ganz gut erkennen, welche Diskussionen wahrscheinlich im Vorstand der Bundesärztekammer, aber auch zwischen den verschiedenen Gremien stattgefunden haben. Wenn man das zu abstrahieren versucht, sieht man eine ganz interessante Entwicklung.

Wir können dankbar dafür sein, dass das Präsidium den Auftrag des Ärztetages in Münster zügig und schlüssig umgesetzt hat. In dem Antrag der Delegierten

aus Bayern haben wir zu Ihrer Kenntnis den Antrag von Münster als Anlage beigefügt.

Zumindest eines ist erreicht worden: Wir haben jetzt innerhalb der Ärzteschaft und vor allen Dingen innerhalb der Gruppe der gewählten Mandatsträger, also unter den Delegierten der Landesärztekammern, eine intensive Diskussion über das Thema, wie wir uns in den nächsten Jahren positionieren wollen, welches unsere gesundheitspolitischen Leitaussagen sind.

Man sollte den Optimierungsbedarf hinsichtlich dieses Papiers nicht kleinreden. Man muss sich hier und heute über den Optimierungsbedarf eine Meinung bilden. Auch in diese Richtung zielt unser Antrag.

Natürlich lautet die zentrale Frage: Für wen ist das „Ulmer Papier“ gedacht? Herr Hoppe hat gesagt: Es ist zuallererst ein innerärztliches Diskussionspapier. Herr Hoppe, mit Verlaub: Ich hoffe nicht, dass wir in jener Sprache, in der dieses Papier verfasst ist, miteinander diskutieren, denn an vielen Stellen finde ich mich als Ansprechpartner von Ihnen nicht wieder. Da sprechen Sie die Politik an, da sprechen Sie die Allgemeinheit an. Aber wir Ärzte sollten uns zumindest in der innerärztlichen Diskussion – vielleicht kommt da auch das gewisse Unbehagen unter uns zum Ausdruck – um eine andere Sprache bemühen, wenn es um grundsätzliche Positionen geht.

Es sollte nicht vergessen werden, dass sich dieses Papier in zweiter Linie an unsere Patienten richtet. Ich glaube, wir haben es schon nötig, auch unseren Patienten klarzumachen, unter welchen Rahmenbedingungen wir arbeiten und welches unsere Forderungen an die Politik sind, damit wir unsere Patienten gut behandeln können. Wir müssen auch hier eine Vertrauensbasis mit unseren Patienten schaffen.

Herr Hoppe, Sie haben gesagt: Das kann auch zum Wahlkampfthema werden. Natürlich sind auch unsere Patienten jene Wähler, die am Tag X ihr Kreuz an der richtigen Stelle machen müssen.

Letztendlich hat dieses Papier natürlich als Zielgruppe auch die Politik und die Gesellschaft.

Für mich müssen in diesem Papier die Ziele klarer zum Ausdruck kommen. Für mich muss als Ziel in diesem Papier formuliert, bekräftigt und untermauert werden, dass das Arzt-Patient-Verhältnis nicht noch weiter beschädigt werden darf, als es derzeit schon beschädigt ist. Wir müssen die Vertrauensbasis in unserem eigenen Interesse und im Interesse der Patienten wieder aufbauen. Wir dürfen nicht zulassen, dass diese Basis weiter beschädigt wird.

Ein zweiter ganz wichtiger Punkt, der in dem „Ulmer Papier“ in seiner letzten Fassung ein bisschen zu kurz kommt, ist folgender: Wir müssen mit allen Mit-

teln verhindern, dass die Spaltung der Ärzteschaft durch Politik, Gesellschaft und Medien weiterhin betrieben wird, wie das bisher der Fall war.

Folgende Frage sei schon erlaubt. Ich habe in den Unterlagen, die uns zugeschickt wurden, nachgeschaut und festgestellt, dass über das „Blaue Papier“, das 1994 verabschiedet wurde, auch in den Jahren 1980, 1984 und 1986 diskutiert wurde. Ich habe mir die Mühe gemacht, vor diesem Deutschen Ärztetag im Internet nachzuforschen, und zwar sowohl auf den Seiten der Bundesärztekammer als auch auf anderen Seiten, und bedauerlicherweise findet man nirgends das „Blaue Papier“. Ich frage Sie: Wie sollen wir dem ärztlichen Nachwuchs vermitteln, was Sie schon vor einigen Jahren beraten und beschlossen haben, wenn wir der jungen Generation von Ärzten und der übrigen Gesellschaft zumindest derzeit über das Internet diese Daten nicht zur Verfügung stellen? Ich rege an, dies möglichst schnell nachzuholen.

Warum sollen wir das „Ulmer Papier“ nicht an einigen Punkten ergänzen und an einigen Stellen fortschreiben und erweitern? Vorhin wurde gesagt: Wir brauchen eine Charta der Ärzteschaft. Man könnte auch sagen: Wir brauchen aktualisiert einen Kodex für ärztliches Handeln. Vielleicht sind wir doch gut beraten, das im Jahre 2008 fortzuschreiben.

Der bayerische Antrag geht dahin, dass die Bundesärztekammer aufgefordert wird, die Arbeit am „Ulmer Papier“ unverzüglich fortzuführen. Das „Ulmer Papier“ darf nicht das Schicksal etlicher Papiere erleiden, nämlich in den Schubladen zu verschwinden und nicht mehr gelesen zu werden.

Unser Vorschlag lautet auf der Grundlage des Ärztetagsbeschlusses von Münster, dass man die Themen noch einmal konkretisiert, dass man sie zusammenfasst, dass man Themen vielleicht priorisiert und dass man die Themen, die in Münster vorgegeben wurden, in Module aufteilt und die gesamte Ärzteschaft – nicht nur die Bundesärztekammer – diese Arbeit übernimmt, um diese Themen nochmals auszuarbeiten.

Ich frage mich schon, warum wir in der Bundesrepublik Deutschland 17 Landesärztekammern haben, in denen die gesamte ärztliche Kompetenz zusammengefasst ist, wenn der Vorstand der Bundesärztekammer diese 17 Landesärztekammern nicht auffordern kann, die einzelnen Module eigenverantwortlich zu bearbeiten. Es könnte dann die Aufgabe des Vorstands der Bundesärztekammer sein, die erarbeiteten Inhalte anschließend zusammenzufassen.

Ich halte es für dringend notwendig, dass dieses geschieht. Die gesamte Bandbreite der Themen wird heute diskutiert werden. Vielleicht sind in dem jetzigen Papier auch einige handwerkliche Ungenauigkeiten enthalten, die unbedingt beseitigt werden müssen. Ich darf daran erinnern, dass Aussagen über die ärztliche Selbstverwaltung in diesem Papier nicht vorkommen. Auf Seite 8 des Papiers wird zwar über die Selbstverwaltung gesprochen, der Begriff wird mehr-

fach zitiert, aber nur im Zusammenhang mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Sinne einer gemeinsamen Selbstverwaltung mit den anderen Partnern im Gesundheitswesen.

Das verstehen wir Ärztinnen und Ärzte nicht als ein zentrales Anliegen, wohl aber, unsere ärztlichen Körperschaften darzustellen, ihren Wert, ihren Sinn, aber auch ihre internen Konflikte. Das ist für mich ein ganz zentrales Thema, über das wir Ärzte uns unterhalten sollten.

Ich möchte abschließend eine Äußerung von Herrn Montgomery aufgreifen: Ich halte es für dringend erforderlich, dass wir uns bei der weiteren Diskussion über das „Ulmer Papier“ zur Finanzierung des Gesundheitssystems äußern. Das gibt auch der Beschluss von Münster aus 2007 her. Dazu sind wir beauftragt. So wurde damals mit sehr großer Mehrheit beschlossen. Wir sollten Sorge dafür tragen, dass uns die Öffentlichkeit, unsere Patienten, die Politik, die Medien nicht nur über unsere Aussagen zur Finanzierung des Gesundheitssystems wahrnehmen, wie es in den vergangenen Wochen in der Presse durchaus üblich war. Ich denke, es ist nicht nur eine wichtige ärztliche, sondern auch eine staatsbürgerliche Aufgabe, dass wir uns zur Finanzierung des GKV-Systems äußern. Insofern bitte ich um eine breite Unterstützung unseres Antrags aus Bayern.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Es gibt jetzt eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung von Herrn Kollege Clever. Sie kommt allerdings genau zu dem Zeitpunkt, als ich Frau Professor Fischer aufrufen wollte, die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit e. V. und bis vor Kurzem Mitglied des Sachverständigenrats des Gesundheitsministeriums. Sie ist als Gast unter uns und kann das Rederecht erhalten, wenn wir einverstanden sind. Wenn Herr Kollege Clever so freundlich wäre, Frau Professor Fischer zunächst sprechen zu lassen, und wenn wir danach über eine Redezeitbegrenzung entscheiden würden, wäre das Frau Fischer gegenüber sehr höflich. Und wir wollen doch höflich sein. Sind Sie damit einverstanden?

(Beifall)

– Gut. Dann Frau Kollegin Fischer, bitte schön.

Prof. Dr. Fischer, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank dafür, dass Sie mir als Gast Gelegenheit zu einem kurzen Statement geben.

Das „Ulmer Papier“ ist aus meiner Sicht die Möglichkeit zu einem wirklichen Durchbruch, zu einer neuen Positionierung der Medizin. Ich möchte Ihnen zu diesem Papier ausdrücklich gratulieren.

Zivilisierte Gesellschaften, namentlich in Europa, messen sich gern daran, wie sie mit den schwächsten ihrer Mitglieder umgehen. Dies ist gewiss eine ihrer wertvollsten Traditionen. Heute aber müssen wir uns in unserer Gesellschaft vor allem die Frage stellen, wie wir mit unseren Eliten umgehen. Kaum ein Berufsstand hat die reale Bedeutung dieser Frage so bitter erfahren wie die Medizin. Wenn wir den skandalösen Zustand verhindern wollen, dass ärztliches Ethos und guter Wille, namentlich auch unserer jungen Kollegen, in einem alle Kräfte übersteigenden Alltag von Gleichgültigkeit über Demotivation bis zur Demoralisation zermürbt werden, müssen wir versuchen, unsere Identität neu zu bestimmen. Sie schreiben im „Ulmer Papier“ sehr richtig, dass die Ärzteschaft bereit ist, die Mitverantwortung bei der Gestaltung des Gesundheitswesens zu übernehmen. Ich möchte einen Schritt weitergehen und anregen – hier kann ich an eine Bemerkung des Kollegen Pickerodt anknüpfen –, eine gesellschaftliche Mitverantwortung zu übernehmen.

Gesundheit ist untrennbar verwoben mit zentralen Lebensbereichen wie Arbeitsfähigkeit, Bildung, Wirtschaft – Stichwort: Humanpotenzial –, Humanität. Das haben wir heute Morgen bereits gehört.

Bereits in wenigen Jahren wird es eine Überlebensfrage nicht nur des Wirtschaftsstandorts, sondern auch der Qualität des Lebens in dieser Gesellschaft sein, inwieweit wir hierüber ausreichend verfügen. Die Medizin hat dabei eine Schlüsselfunktion. Gesundheit ist ein konstitutives gesellschaftliches Element.

Deshalb muss es, meine Damen und Herren, uns interessieren, was in den Schulen vorgeht, weil Bildung einer der sichersten Garanten für Gesundheit ist. Deshalb muss es uns interessieren, welche Welt-, Wert- und Menschenbilder sich in der Gesellschaft entwickeln, weil sie die Grundlage für die politische Ordnung unseres Gesundheitswesens bilden. Denken Sie an das Spannungsfeld zwischen protektivem Wohlfahrtsstaat versus eigenverantwortlicher Daseinsvorsorge.

Andererseits offenbart das Gesundheitswesen wie kaum ein anderes Politikfeld etwas über die innere Verfasstheit unserer Gesellschaft. Dies legitimiert uns, diese Zusammenhänge offenzulegen.

Weitere Legitimationen für diese Art der Einmischung: Wir erreichen alle gesellschaftlichen Schichten, und wir haben ein durch Forschung gesichertes Wissen

darüber, wie sich Gesundheit im Lebenslauf herausbildet, wie sie zu bewahren und als gesellschaftliche Kraft freizusetzen ist.

Dieses Wissen, das wir tagtäglich unseren Studierenden beibringen – es ist Bestandteil des Gegenstandskatalogs, meine Damen und Herren –, verpflichtet uns zu einer über den klinischen Alltag hinausweisenden Verantwortung, nämlich gesellschaftliche Mitgestaltung und Umgestaltung nicht nur der Medizin und des Gesundheitswesens, sondern durch Medizin. Dies bedeutet, Gesundheit als kulturelle Kraft zu begreifen und offensiv als solche zu vertreten. Darin liegt meines Erachtens eine der Chancen der Aufwertung unserer Arbeit und der Potenziale, die von ihr ausgehen.

Unsere Partner auf diesem Weg sollten wir nicht nur bei den möglicherweise geneigten Politikern suchen, sondern wir brauchen auch hier aus gesellschaftlichen Kräften eine neue Form der Zusammenarbeit. Wir haben unsere Partner in der Philosophie zu suchen. Das hat in der Medizin eine lange Tradition. Von Platon bis heute befasst sich die Philosophie mit dem Faszinosum Krankheit und Heilung.

Darüber hinaus haben wir sie zu suchen in der Sozialpolitik und anderen sogenannten Lebenswissenschaften.

Ein Partner, meine Damen und Herren, ist Ihnen sicher, nämlich das Medium, in dem auch ich persönlich versuche, Sie auf diesem Weg zu unterstützen: die Deutsche Gesellschaft für Gesundheit. Wie wir das anstellen möchten, können Sie morgen um 13 Uhr gern bei einem kleinen Empfang miterleben.

Mich hat heute Morgen die Darstellung von Herrn Professor Richter und sein Satz „Es gibt keine humane Gesellschaft ohne humane Medizin“ beeindruckt. Dazu werden wir gebraucht. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg auf dem Weg, dies offensiv in der Gesellschaft darzustellen. Ich glaube, wir haben heute Morgen gesehen: Wir sind in der glücklichen Position, einen Präsidenten zu haben, der dieses vermag.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Professor Fischer. Frau Fischer war übrigens lange Jahre Inhaberin des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Jetzt bitte Herr Clever.

Dr. Clever, Baden-Württemberg: Ich möchte den Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten stellen. Dieser Antrag richtet sich nicht gegen die Wichtigkeit der Beiträge, sondern es geht darum, dass wir uns konzentrieren, wie wir das ja jeden Tag in unserem Beruf auch tun müssen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Gibt es jemanden, der gegen diesen Antrag sprechen möchte? – Formal. Dann stimmen wir ab. Wer möchte die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war klar die Mehrheit. Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen. Die Lampe am Rednerpult leuchtet zweieinhalb Minuten grün, dann für 30 Sekunden gelb, anschließend rot.

Der erste Redner, den diese Regelung trifft, ist Herr Kollege Griebenow aus Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Das „Ulmer Papier“ als Aufschlag für eine innerärztliche Diskussion – so nehmen wir das gern auf. Gleichwohl ist es die aktuelle Beschreibung, wie wir uns den Medizinbetrieb vorstellen, wie wir meinen, dass wir bei den uns anvertrauten Patienten eine optimale Diagnose und Therapie durchführen können. Es gibt zurzeit sicherlich kein anderes Dokument, auf das sich Öffentlichkeit und Politik diesbezüglich beziehen könnten.

Insofern werden wir sicherlich gerade auch in Anbetracht der Tatsache, dass die Politik mit dem Rücken an der Wand begonnen hat, unsere Kompetenz zu hinterfragen, insbesondere gefragt werden, wie die einzelnen Aussagen in diesem Papier mit unserer eigenen Kompetenz hinterlegt sind. Ich glaube, wir können zu allem, was im „Ulmer Papier“ steht oder stehen wird, nachdem wir hier diskutiert und vielleicht die eine oder andere Änderung beschlossen haben werden, stehen, weil wir die Kompetenz haben, es auszudrücken, es zu formulieren, und weil wir deswegen auch sicher sind, dass wir für das, was dort steht, die Verantwortung übernehmen können – nur nicht zu einem: zu konkreten Vorschlägen, wie zukünftig die Krankenversicherung gestaltet sein müsse, damit es mehr Geld im System gibt. Hierzu haben wir keine Kompetenz.

Sicherlich sind wir in der Lage, zu beschreiben, was am Ende dieses Finanzierungssystems stehen muss, aber nicht, wie es zu gestalten sei. Wir sind keine Versicherungsmathematiker, wir können nicht die Architekten eines Versicherungssystems sein, das für Jahrzehnte tragfähig sein soll, das in andere Versi-

cherungen eingepasst sein muss, die ebenfalls Rückwirkungen auf die Krankenversorgung haben, wie etwa die Pflegeversicherung. Das sollte nicht unser Gegenstand sein, zumindest nicht im „Ulmer Papier“.

Deshalb möchte ich den Geschäftsordnungsantrag stellen, den Abschnitt 8.2 aus dem „Ulmer Papier“ zu entfernen, abzutrennen und gegebenenfalls als gesondertes Dokument zu diskutieren und je nach Lage auch zu beschließen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Griebenow. Das ist ein materieller Antrag, über den wir an der entsprechenden Stelle abstimmen werden. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Borelli aus Bayern.

Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident Hoppe! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin eigentlich dagegen, dass wir am „Ulmer Papier“ herumkritteln und sagen: Hier muss noch etwas hinein, dort muss noch etwas hinein. Bedauerlicherweise gibt es aber einen Aspekt, der auch mir zu kurz kommt. Insofern habe ich einen Ergänzungsantrag gestellt, der noch umgedruckt werden wird.

Ich denke, es ist ein so wichtiger Bereich, dass wir ihn nicht herauslassen können. Es geht um den Ärztemangel und darum, dass wir immer mehr Frauen in der Medizin, in der Ärzteschaft haben. Der Frauenanteil steigt und steigt. Auf dieses Problem sind Sie mir leider nicht explizit genug eingegangen. Ich möchte deshalb um eine Einfügung bitten, und zwar auf Seite 11 in Zeile 8. Dort geht es darum, die Attraktivität des Arztberufs zu erhöhen. Dort steht ein Satz, der nicht sehr schön und auch nicht sehr deutlich ist:

> *Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, dass Fördermaßnahmen und die Ausgestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen auf die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte mit Kindern eingehen.*

Sie meinen wahrscheinlich das Richtige. Aber ich möchte, dass dort eingefügt wird:

> *Explizit ist hier die Einrichtung von Kinderkrippen für die Kinder von Ärztinnen und Ärzten gemeint. Da der Frauenanteil bei den Ärzten immer höher wird, ist es zwingend nötig, Ärztinnen im Beruf zu halten.*

Das ist eine Ergänzung, die niemandem wehtut, für die wir aber eigentlich alle sein müssten. Ich bitte Sie deshalb um Unterstützung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Borelli. – Als Nächster Herr Kollege Lenhard aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Damen und Herren des Präsidiums! Liebe Kollegen und Kolleginnen! Ich möchte einen Punkt zum „Ulmer Papier“ ansprechen, der bisher noch gar nicht in Erscheinung getreten ist, nämlich die Reform unserer Gebührenordnung. Ich bedauere sehr, dass Frau Schmidt heute Morgen zu diesem Thema nichts gesagt hat. Viele von Ihnen wissen vielleicht nicht, welches Damoklesschwert da auf uns zukommt. Frau Schmidt möchte nämlich eine Angleichung an den EBM herbeiführen und möchte das EBM-Desaster möglicherweise auf die GOÄ ausweiten. Ich hätte mir gewünscht, Herr Präsident, dass auch Sie dazu Stellung nehmen, wie wichtig dieses Thema für unsere Praxen und auch für die Krankenhäuser ist. Es ist tatsächlich so, dass viele Praxen, aber auch viele Krankenhäuser durch diese Gebührenordnung querfinanziert werden. Wenn wir jetzt nicht aufpassen, bekommen wir in zwei oder drei Jahren eine Reform, die jener entspricht, die die Zahnärzte gerade durchmachen. Das ist sehr unbefriedigend.

Ich denke, wir haben berechtigte Forderungen. Die letzte Reform fand vor zwölf Jahren statt. Es geht darum, dass sich in diesem Bereich pekuniär etwas tut. Es geht aber auch darum, dass die Wertschätzung des Berufs durch eine ordentliche Gebührenordnung abgebildet wird. Diese Forderung stellen wir zu Recht und dürfen sie auch stellen.

(Beifall)

Ich möchte Sie bitten, Herr Präsident, der Politik klarzumachen, dass der Ärztemangel, insbesondere auf dem Lande, auch etwas damit zu tun hat, in welcher Art und Weise die Wertigkeit unserer Arbeit durch eine adäquate und gute Gebührenordnung für uns Ärzte abgebildet wird.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Lenhard. Sie können sicher sein, dass das Thema Gebührenordnung bei uns überhaupt nicht vergessen ist. Es gibt ja den Punkt „Vergütung“. Das wird noch ausgebaut werden, und das Thema wird auch noch an anderer Stelle vorkommen. Aufgrund der Ergebnisse der Studie, die von der Böckler-Stiftung in Auftrag gegeben wurde, gibt es guten Grund, in der Öffentlichkeit dazu etwas zu sagen. Das habe ich aber in mehreren Interviews bereits getan, in den elektronischen Medien und auch in den Printmedien. Die Ministerin hat es nicht angesprochen. Deswegen bin ich auch nicht darauf eingegangen. Aber inhaltlich ist das von uns thematisiert. Sie können sich fest darauf verlassen, dass Sie da in der Bundesärztekammer einen mehr als zuverlässigen und natürlich auch kompetenten Partner haben.

Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Damen und Herren! Ich habe mich sehr geärgert, als die Ministerin heute Vormittag negierte, dass es eine schleichende und zunehmende Rationierung gibt. Ich bin ganz sicher, dass sie es besser weiß. Umso schlimmer ist es, dass sie es negiert und die Bevölkerung in diesem Punkt weiterhin im Unklaren lässt. Aber das hat ja System. Sie hat eigenständig dafür gesorgt, dass Institutionen wie das IQWiG, die gar nicht direkt parlamentarisch kontrolliert sind, bei denen die Transparenz nicht hergestellt ist, explizit dazu benutzt werden, nicht nur den Nutzen eines Arzneimittels festzustellen, sondern auch Kosten-Nutzen-Analysen zu erstellen. Es kann in diesem Lande also passieren, dass festgestellt wird, dass ein neues Medikament tatsächlich besser ist, sich dann aber ein Gremium, das nicht parlamentarisch kontrolliert ist, hinstellt und erklärt: Ich entscheide nach Kriterien, die ich selber festgelegt habe, dass der Patient dieses neue Medikament nicht bekommt, da es zu teuer ist.

So sieht die Realität aus. Jeder von Ihnen hatte bereits Patienten, die gefragt haben: Gibt es für mich eine bessere Behandlung, wenn ich privat bezahle? Das finde ich schändlich. Das ist direkt in die Arzt-Patient-Beziehung hineingetragen worden. Aber dorthin gehört es nicht.

Wenn sich die Politik entscheidet, nicht mehr Geld ins System zu geben, die Versorgung nicht so ausreichend zu finanzieren, dass, wie Herr Professor Hoppe heute Morgen ausgeführt hat, die Versorgungsforschung überflüssig ist, dann muss die Politik aber auch eine offene Diskussion mit der Gesellschaft darüber führen, wo gespart werden soll, wie die Priorisierungskriterien aussehen sollen, wie rationiert werden soll. Das darf aber nicht schleichend und verdeckt geschehen. Das ist nämlich das Asozialste, was man tun kann, weil diese schleichende und verdeckte Rationierung genau diejenigen Bürgerinnen und

Bürger trifft, die sich dagegen gar nicht wehren. Das ist ein unsolidarisches System, das ist ein System, das schon heute zu zwei Klassen geführt hat.

Die verlogene Debatte um die Wartezeiten in den Praxen ist eigentlich auch nur ein Ausdruck dieser bereits vorhandenen deutlichen Rationierung.

Herr Professor Dietrich, ich war sehr enttäuscht über Ihren Beitrag. Das ist ein evidentes Problem, das wir nicht leugnen dürfen.

(Beifall)

Herr Montgomery hat recht: Wir müssen wenigstens in Ansätzen über die Finanzierung sprechen. Die Mangelverwaltung ist nämlich Ausdruck einer zunehmenden Verstaatlichung des deutschen Gesundheitswesens. Der Gesundheitsfonds bedeutet einheitliche Beiträge. Die Versicherten können nicht mehr entscheiden, was sie bezahlen wollen, was sie für diesen oder jenen Beitrag erhalten wollen. Alles wird vom Staat festgesetzt, ohne dass eine Wahlmöglichkeit besteht. Wenn wir das wollen, dann wollen wir auch eine Kontrollbürokratie, die diesen Mangel verwaltet. Ich persönlich will das nicht. Ich bin durchaus bereit, hier auf dem Deutschen Ärztetag zu sagen: Ich möchte andere Lösungen als eine Staatsmedizin.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Gitter. – Als nächste Rednerin bitte Frau Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen einen Entschließungsantrag vorstellen, der sich gegenwärtig noch im Umdruck befindet. Ich hoffe, dass Sie ihm, wenn er Ihnen denn vorliegt und wenn Sie meine Begründung gehört haben, zustimmen können.

Wir sollten als 111. Deutscher Ärztetag, der ein umfangreiches Leitsatzpapier, das „Ulmer Papier“, vorgelegt hat, von der Bundesregierung sowie von den jeweiligen Landesregierungen, insbesondere dem entsprechenden Gesundheitsministerium, fordern, zu diesem „Ulmer Papier“ zeitnah uns gegenüber Stellung zu beziehen und sich im Hinblick auf daraus resultierende Konsequenzen für die Gesundheitspolitik zu positionieren, klar zu positionieren. Vielleicht

ist das dann auch ein Anfang für diesen Dialog, den sich in ihrer Rede heute Vormittag auch Ministerin Schmidt gewünscht hat.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Taube. – Jetzt bitte Frau Kollegin Albrecht, ebenfalls aus Sachsen.

Albrecht, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In unserer Landesärztekammer stand dieses Papier schon sehr lange zur Verfügung. Wir haben ausgiebig darüber diskutiert. Auch in den Ausschüssen ist darüber diskutiert worden, auch im Ausschuss „Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ ist sehr heftig darüber diskutiert worden, weil wir in diesem Papier die Erwähnung der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes vermissen. Wo bleiben die Ärzte, die in den Gesundheitsämtern fachkompetent mit wirklich sehr geringen materiellen Mitteln und unter bescheidenen Bedingungen ihre kompetente Arbeit leisten? Wer anders als diese Ärzte, die im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiten, kann kompetente Aussagen treffen zum Infektionsschutz? Ich möchte hier nur die Stichworte SARS oder – ganz aktuell – die Pandemieplanung nennen. Wer von den Kollegen wird denn immer wieder aufgefordert, die Pandemieplanung für die Kommunen zu erstellen? In allen Plänen wird immer auf den Amtsarzt zurückgegriffen, der eigentlich zehn-, zwölfmal in den Kommunen vorhanden sein müsste, was aber nie der Fall ist.

Wir haben einen Entschließungsantrag verfasst, der leider noch nicht schriftlich zur Verfügung steht. Danach müssen in dieses „Ulmer Papier“, wenn es ein Papier der gesamten deutschen Ärzteschaft sein soll, auch die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit aufgenommen werden.

Mittlerweile steht der öffentliche Gesundheitsdienst fast vor dem Exitus. Es gibt kaum noch Nachwuchs. Es gibt keine Kollegen mehr, die in den öffentlichen Gesundheitsdienst gehen wollen. Das hat natürlich auch etwas mit der Vergütung zu tun, weil wir ja nach Verwaltungstarif bezahlt werden.

Deshalb bitte ich Sie dringend: Stimmen Sie diesem Entschließungsantrag zu, dass auch die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit aufgenommen werden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Albrecht. – Als nächster Redner Herr Dr. Schröder aus Westfalen-Lippe.

Dr. Schröder, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße die wiedergewonnene Fokussierung der deutschen Ärzteschaft auf Patienten, auf Zuwendung und Fürsorge und auf die im strengen Sinne des Wortes humane Medizin. Das ist heute Vormittag durch die Preisträger der Paracelsus-Medaille in der entsprechenden Form deutlich gemacht worden. Das ist auch durch Ihre Erläuterungen, Herr Präsident, im „Deutschen Ärzteblatt“ deutlich geworden. Ich finde es gut, dass dies nach außen transportiert wird.

Das allein reicht natürlich nicht für das „Ulmer Papier“. Dem „Ulmer Papier“ fehlt jede visionäre Kraft. Das „Ulmer Papier“ besteht im Wesentlichen aus rückwärtsgerichteten Betrachtungen, aus Beschlüssen der Vergangenheit. Ihm fehlt das, was die Ärzteschaft zurzeit dringender denn je braucht. Wir finden Kommentare zu strittigen sozialpolitischen Themen wie beispielsweise die beitragsfreie Ehegattenversicherung, die Steuerfinanzierung der Krankenkassenbeiträge für Kinder. Das sind Fragen, die die Politik beantworten muss, zu denen die Ärzte natürlich eine Meinung haben können. Aber es ist problematisch, sich da eindeutig festzulegen.

Aus diesem Grund haben die Antragsteller einen Antrag vorbereitet, der leider noch nicht vorliegt. Ich bitte um Ihre Unterstützung, dass dieses Papier eindeutig als innerärztliches Thesenpapier, als Diskussionspapier und nicht als Dokument für die Parteien oder für die Öffentlichkeit angesehen wird und dass eine wesentliche Straffung dieses Papiers erfolgt. Der Prolog kann bleiben. Die sieben Thesen zur Versorgung, die dunkel hinterlegt sind, können als Thesen bestehen bleiben. Der Rest des jeweiligen Textes kann schlicht und einfach gestrichen werden.

Das Thema der Finanzierung kann man vielleicht unter Schmerzen und mit einem zugedrückten Auge akzeptieren, weil die Unterzeichner nicht alle glücklich damit sind, dass überhaupt eine Positionierung zum Thema Finanzierung erfolgt.

Ich bitte Sie hiermit herzlich um Unterstützung dieses Antrags.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächste Rednerin bitte Frau Kollegin Rommel aus Thüringen.

Dr. Rommel, Thüringen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Die Diskussion des „Ulmer Papiers“, das eine Bestandsaufnahme der Gegebenheiten im deutschen Gesundheitswesen und die Positionierung der Ärzteschaft dort darstellen soll, ist wichtig, vielfältig und zum Glück auch kontrovers; denn Kritik und Selbstkritik gehören zusammen. Ich danke Herrn Professor Dietrich dafür, dass er die Selbstkritik in die Diskussion eingeführt hat. Ich glaube, in manchen Festreden kommt Selbstkritik zu kurz.

Unsere Diskussionen über die wesentlichen Themen des „Ulmer Papiers“ dienen der Optimierung. Aus diesem Grund möchte ich zu meinem Antrag bezüglich des Punktes 2 „Neue Prioritäten in der Gesundheitsversorgung“ und hier des Unterpunkts „Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen“ eine Erläuterung geben. Es geht auf Seite 15 um das Thema DMP, ein in Hausarztpraxen und internistischen Praxen umfangreich eingesetztes Instrument zum Case Management. Im Vergleich zu teilweise kurz und präzise gefassten Themen im „Ulmer Papier“ ist das Thema DMP meiner Meinung nach teilweise überproportional und unsachlich dargestellt. Es werden Mutmaßungen angestellt, und es wird unterstellt, dass Einschreibungen geschehen, die nicht sein sollten.

Ich denke, dass die Auswirkungen der DMP auf die Versorgung der Patienten erst in der Auswertung sind. Die ersten Ergebnisse stellen sich nicht unbedingt negativ dar, sondern sie implizieren eine Anregung zur Weiterentwicklung dieses Konzepts im Sinne der besseren Behandlung des zunehmenden Teils der multimorbiden Patienten. Das ist eine klare Positionierung zur evidenzbasierten Medizin und der daraus folgenden Versorgungsforschung.

Danke schön.

(Beifall)

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

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bevor ich drei Punkte zum „Ulmer Papier“ anführe, möchte ich eine Bemerkung zu den Ausführungen von Herrn Professor Dietrich machen. Er hat sich hier hingestellt und hat das alte Argument der Über-, Unter- und Fehlversorgung angeführt, diese billige Rhetorik des Ministeriums, dass Deutschland das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt hat. Wir wissen alle, dass es so nicht ist. Das darf in diesem Gremium nicht so stehen bleiben.

(Beifall)

Herr Professor, wenn Sie mögen, schicke ich Ihnen gern ein Päckchen Material aus Sachsen, in dem das steht. Ich beziehe mich hier auf die Studie von Beske, der niemals widersprochen wurde.

Wenn man die Zahlen richtig vergleicht, kommt man zu dem Ergebnis, dass Deutschland im Vergleich zu allen anderen OECD-Ländern die drittniedrigsten Ausgaben für das Gesundheitswesen und gleichzeitig das zweiteffizienteste Gesundheitssystem hat.

(Beifall)

Das ist nicht die Meinung irgendwelcher Ärzte, die eine Nabelschau betreiben, sondern das sind objektive Ergebnisse aus einer großangelegten Studie. Soviel als Korrektur zu den Ausführungen von Herrn Professor Dietrich.

Damit komme ich zu meinen Anmerkungen zum „Ulmer Papier“. Ich bitte Sie um eines, Herr Professor Hoppe: Weisen Sie die KBV bitte immer wieder darauf hin, dass wir nach den jetzigen Regularien keine Morbiditätsverlagerung auf die Krankenkassen ab dem 1. Januar des kommenden Jahres haben werden. Mit der jetzigen Trias Regelleistungsvolumen, Gesamtvergütung und unselige Pauschalierung, die von einigen unter uns immer wieder gefordert wurde, können wir doch keine Morbiditätsentwicklung darlegen. Wie denn? Allein mit der Fallzahlentwicklung, wenn wir die Pauschalierung so haben? Wie ist denn dann der Osten dran? Wir haben im Osten 30 Prozent mehr Patienten als im Westen. Woher soll denn dann noch ein Zuwachs bei den Fallzahlen kommen?

Diese Pauschalierung, die sicher abrechnungstechnisch einfach ist, sollte so erfolgen, dass in irgendeiner Weise die Morbiditätsentwicklung nachweisbar ist. Ich halte diese Forderung von einigen unter uns für ausgesprochen kontraproduktiv und schädlich für die Ärzteschaft.

(Beifall)

Ich bin nicht sicher, Frau Wahl, ob ich Sie hinsichtlich AGnES richtig verstanden habe, ob Sie diese Leistungen an andere abgeben wollen. Ich halte das für ausgesprochen riskant. Erstens kommt es zu einer riesigen Leistungsausweitung, wenn andere plötzlich solche Arbeiten übernehmen, zweitens haben wir Zuordnungsprobleme, und drittens haben wir Qualitätsprobleme. Die Chirurgen haben ein exzellentes Papier in dieser Richtung hinsichtlich der Frage, was abgegeben werden kann, verfasst. Das muss aber alles unter der Obhut der Ärzte geschehen. Wir alle haben in unseren Praxen exzellentes Personal. Dieses sollten wir qualifizieren. Dieses Personal sollte diese Aufgaben unter unserer Aufsicht übernehmen. So könnten wir auch Aufgaben, die verloren gegangen sind, wie Wundmanagement und Schmerzmanagement, wieder zurückholen.

Die KBV, Herr Professor Hoppe, hat eine neue Regelung, nämlich dass die Kassen alle online an die KVen angebunden werden müssen. Das ist sicher richtig und erforderlich. Ich bitte die Kammern, sich dem Thema IT und entsprechende Fortbildung der Ärzteschaft ganz intensiv zu widmen, damit über die Kammern die entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden können.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lipp. – Als Nächster Herr Kollege Baumgärtner aus Baden-Württemberg.

Dr. Baumgärtner, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte Ihnen ein paar Folien zeigen, weil man die Ausführungen von Herrn Professor Dietrich nicht so stehen lassen kann. Sie sehen hier Abrechnungsbeispiele für Hausärzte. Die niedergelassenen Ärzte kennen das. Sie bekommen jede Menge Punkte. Sie sammeln die Punkte pro Patient, und am Ende bekommen Sie nur 778 Punkte im Vierteljahr bezahlt.

Auf der nächsten Folie sehen Sie die Preise im niedergelassenen Bereich. Eine Helferin bekommt für einen Patientenkontakt im Osten etwa 60 Cent, in Bayern oder Baden-Württemberg etwa 1,20 Euro. Für die Beratung durch den Arzt gibt es 3 bis 6 Euro, für eine kleine Operation – dazu braucht man auch noch eine Helferin – gibt es 7 bis 14 Euro, für einen Hausbesuch 8 bis 16 Euro, für ein EKG 4 bis 8 Euro, für eine Sonografie 8,50 bis 17 Euro. Bundesweit wird die Arztstunde mit 20 bis 40 Euro vergütet.

Auf der nächsten Folie sehen Sie die Heilmittelrichtgrößen. Sie sehen, dass ein Kinderarzt in Baden-Württemberg für die Logopädie 16,82 Euro im Quartal zur Verfügung hat. Er braucht etwa 20 bis 30 Kinder, die nichts bekommen, bevor er einem Kind die Logopädie zuweisen kann.

Auf der nächsten Folie sehen Sie die Zahlen für die Arzneimittel. Sie sehen, dass die Allgemeinärzte 44 Euro für Familienmitglieder und 143 Euro für Rentner ausgeben dürfen. Jeder weiß auf der anderen Seite, welche Kosten die polymorbiden Patienten im Arzneimittelbereich pro Quartal verursachen.

Mir ist völlig unverständlich, wie Sie dazu kommen, dass Sie hier Märchen von einer Unter- und Überversorgung erzählen.

(Beifall)

Wir haben im ambulanten System eine knallharte Rationierung am Patienten, und wir haben eine knallharte Budgetierung. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, muss beendet werden, und darum müssen wir uns hier auf dem Ärztetag kümmern.

(Beifall)

Zum Schluss einige Bemerkungen zum „Ulmer Papier“. Ich will einmal ganz flapsig sagen: Es ist mir zu wenig konkret. Ich möchte dafür zwei Beispiele anführen. Als Erstes erwähne ich die GOÄ. Die GOÄ ist seit 1983 nicht weiterentwickelt worden. Ich möchte einmal eine Zahl hören, um wie viel Prozent die GOÄ gesteigert werden soll und wann sie gesteigert werden soll.

(Beifall)

Dann will ich auch noch hören, was wir tun, wenn die Politik es nicht tut. Ich möchte in diesem Gremium auch einmal über Streikmaßnahmen der Ärzteschaft reden, wenn es darum geht, dass unsere Gebührenordnung nicht weiterentwickelt wird. Auch das müsste in diesem Papier stehen. Ich möchte also Zahlen dafür haben.

Unter der Überschrift „Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen“ steht der Satz:

> *Die mit den geplanten Euro-Gebührenordnungen angestrebte Vereinheitlichung … darf nicht zu weiteren vertragsärztlichen Honorarminderungen führen.*

Aber wie ist denn die Situation? Wir haben eine knallharte Honorarminderung in Baden-Württemberg und in Bayern und eine Erhöhung in anderen Bereichen. Wir können die Probleme nicht mehr durch eine Umverteilung im ambulanten Bereich lösen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Baumgärtner. – Als nächste Rednerin Frau Professor Henneberg aus Hessen.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich war am Wochenende bei einem Familientag der Sippe Henneberg. Da gab es einen jungen Zahnarzt, der aus bekannten Gründen ausgewandert war. Wir haben ja bereits darüber diskutiert: Die jungen Ärzte fühlen

sich bei uns nicht mehr wohl. Er hat mir von einem hervorragenden Gesundheitssystem in Norwegen berichtet. Dort steht beispielsweise Kindern bis zum 18. Lebensjahr die volle Präventivmedizin zur Verfügung. Es zeichnet auch ein gutes Sozialsystem aus, dass es Altersheime für diejenigen, die so etwas benötigen, frei zur Verfügung stellt.

Ich war sehr erschrocken, als ich nach meiner Rückkehr in der „Wetterauer Zeitung“ die Überschrift las: „Ärztepräsident für Rationierung“. Gott sei Dank habe ich heute früh lernen dürfen, dass die Journalisten unseren Präsidenten offensichtlich falsch verstanden haben. Ich denke, wir alle sind verantwortungsvolle Bürger einer Demokratie. Wir und unsere Mitbürger wollen für unser Land möglichst Gutes bekommen. Wenn Sie Ihre Patienten oder Ihre Freunde fragen, was sie sich darunter vorstellen, was wir brauchen, dann werden neben Essen, Trinken und Wohnung eine vernünftige Gesundheitsversorgung und eine vernünftige Bildung genannt. Ich glaube, da wird auch niemand widersprechen.

Leider ist es so, dass wir uns mit unseren Politikern nicht mehr ganz verstehen. Wir haben keine Zwischeninstanz mehr. Früher konnte einiges vom Bundesgesundheitsamt abgefangen werden. Aber das Bundesgesundheitsamt gibt es nicht mehr. Das heißt, wir müssen unsere Verantwortung selbst tragen, wir müssen klarmachen, was wir brauchen.

Ich möchte zum Schluss meine Bitte zusammenfassen. Ich denke, wir alle sind uns hier sehr einig, dass wir gegen eine Rationierung sind. Das haben wir im „Ulmer Papier“ auch gut und diffizil ausgedrückt. Ich denke, wenn jemand das Papier oberflächlich liest, bekommt er das gar nicht richtig mit. Deshalb habe ich zwei Bitten, die ich nachher auch noch in Antragsform einreichen werde. Was lesen denn die Journalisten? Sie lesen die Überschriften. Dort steht: „Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen“. Mir wäre eine Überschrift wie „Mittelknappheit verantwortungsbewusst abwehren“ lieber.

Noch viel wichtiger finde ich unsere Präambel, in der wir zum Ausdruck bringen, was wir nicht wollen. Dort steht ganz vorsichtig: Wir sind nicht schuld daran, dass rationiert wird. Das überlesen aber die meisten. Wir haben das Wichtige in dem Text dunkel hinterlegt. Warum tun wir das nicht auch in der Präambel, in der wir formulieren, dass wir als Ärzteschaft Deutschlands gegen eine Rationierung sind?

Ich bedanke mich schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Das kommt davon, dass die Artikel, die geschrieben werden – sie sind ja auch häufig autorisiert –, das eine

sind, aber das andere sind die Überschriften, die von anderen gemacht werden. Diese Überschriften werden oft recht flüchtig aus dem Text extrapoliert. Dann kommt ein Schlagwort heraus, damit es auch gelesen wird. Die Leser wundern sich natürlich, dass eine Differenz besteht zwischen der Überschrift und dem Inhalt des Artikels. Möglicherweise bemerken die Leser das auch gar nicht. Andere übernehmen das ungeprüft – und schon ist es passiert. Das ist leider nicht ganz selten der Fall.

Der nächste Redner ist Herr Kaiser aus Westfalen-Lippe.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Lieber Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn man das Papier gelesen hat, stellt sich meines Erachtens die Frage, die auch hier schon auftauchte: Für wen ist das Papier eigentlich geschrieben? Das ist mir bisher nicht ganz klar. Die Antworten auf diese Frage sind unterschiedlich. Ist es in erster Linie für uns Ärztinnen und Ärzte? Ist es an die Patienten gerichtet? Ist es an die Politiker gerichtet? Da hätte ich gern etwas mehr Klarheit.

Mir fehlt auch die Definition unserer eigenen Identität. Welche Position haben wir Ärzte heute? Wie wollen wir heute und in Zukunft arbeiten? Das ist eigentlich unsere Kernkompetenz, die mit in dieses Papier eingehen sollte.

Herr Hoppe hat heute Vormittag sehr ausführlich gerade über die Frage gesprochen: Wie ist unsere Situation in dieser Gesellschaft, in diesen Vergütungssystemen? Wie soll sich das entwickeln?

All seine Kritik und seine Vorwürfe und seine berechtigten Analysen unserer sich seit 20 Jahren verschlechternden Situation haben mit dieser Identität bzw. dieser Identitätskrise zu tun. Frau Professor Fischer, die vorhin gesprochen hat, hat ganz wesentlich von der Identität und der Identitätsfindung als Ausdruck auch unserer gesellschaftspolitischen Verantwortung gesprochen. Ich bitte darum, dass dies mit in das Papier eingeht. Die Selbstverwaltung ist in der Vorlage nur gestreift, aber nicht eingehend gewürdigt worden. Das ist angesichts eines Plenums, das aus Delegierten der Landesärztekammern besteht, relativ wenig.

Das Thema Finanzen wird in dem Papier erst gegen Ende kurz gestreift. Die Lösungen, die zum Schluss genannt werden, sind relativ kurz und kompakt und meines Erachtens auch sehr problematisch. Das deutet darauf hin, dass sich die Autoren möglicherweise selbst nicht so ganz sicher waren oder zum Schluss vielleicht auch ein bisschen Angst vor der eigenen Courage hatten.

Wir verfügen doch über Experten. Einer davon ist heute mit der Paracelsus-Medaille geehrt worden. Herr Professor Beske hat fundierte Vorschläge zu diesem Thema gemacht. Daran könnte man sich meines Erachtens orientieren.

Wir müssen auf die Fragen antworten, die uns von der Politik und der Öffentlichkeit gestellt werden, auch hinsichtlich der Finanzierung. Meine Meinung ist: Wir müssen nicht unbedingt alle Fragen beantworten, die uns gestellt werden, denn manche Fragen sind auch eine Leimrute. Ich erinnere aus der Mythologie an das Urteil des Paris, der so vermessen war, drei Göttinnen klar zu antworten, die ihn gefragt hatten, wer die Schönste sei. Da machte er einen großen Fehler, und die Folge war der Trojanische Krieg.

Fazit: Bitte etwas mehr Klarheit, auch sprachlich; Argumente für die Politiker – ja, aber keine Stellvertreterdiskussion für die politischen Parteien; Besinnung auf unsere Kernkompetenz und Definition unserer eigenen Identität als Ärzte und Ärztinnen. Dann können wir das „Ulmer Papier“ auf der Basis dieser von mir genannten Aspekte gut weiterentwickeln.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Dehnst, ebenfalls aus Westfalen-Lippe.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Das deutsche Gesundheitswesen braucht eine fundamentale Kurskorrektur; darüber sind wir uns einig. Jetzt haben wir als Signal zum innerärztlichen Aufbruch das „Ulmer Papier“ vorliegen. Die Redebeiträge sowie die Änderungs- und Ergänzungsanträge in großer Zahl zeigen, dass wir das Entwicklungspotenzial, das wir als verfasste Ärzteschaft eigentlich haben, noch nicht ausgeschöpft haben. Mir persönlich fehlt in dem Papier der erforderliche Konkretisierungsgrad. Dies können auch redaktionelle Änderungen des Deutschen Ärztetages nicht verbessern.

Ich sehe hier ganz deutlich die Gefahr, dass wir die semantischen und inhaltlichen Schwächen, die in diesem Papier naturgemäß vorhanden sein müssen, eher verschlimmbessern. Für die gesundheitspolitische Argumentation müssen jedoch die Thesen des „Ulmer Papiers“ in einem nächsten Schritt konkretisiert und auch operationalisiert werden. Wir stehen somit eher am Anfang als am Abschluss einer Positionsbestimmung.

Es gibt einen Antrag aus Westfalen-Lippe, der eine Empfehlung ausspricht, wie man mit diesem Papier im Weiteren umgehen könnte. Wir empfehlen, dass man mit Expertenrat von Externen gemeinsam mit haupt- und ehrenamtlichem Ärztekammersachverstand in Szenariotechnik vorgeht und stets die Themen in einem konkreten Gliederungsaufbau abarbeitet, der in etwa so aussehen könn-

te: 1. Zieldefinition, 2. Bestimmung der Adressaten – das ist hier schon mehrfach angeklungen –, 3. wissenschaftliche Analyse, 4. empirische Fundierung, 5. politische Bewertung, 6. Darstellung von Optionen.

Gerade mein Vorredner hat dargestellt, dass nicht bei allen Fragen bei der Ärzteschaft eine Lösungskompetenz vorhanden ist. Das gilt gerade für die Fragen der Finanzierung. Sicherlich müssen wir artikulieren, welchen Bedarf wir hinsichtlich der Finanzierung sehen. Aber ob wir auch die Lösung liefern sollen, da habe ich eher Zweifel.

Unsere Antwortkompetenz beim Versorgungsbedarf und bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen sehe ich in der Form des Papiers noch lange nicht ausgeschöpft. Deshalb bitte ich Sie um Zustimmung zu unserem Antrag aus Westfalen-Lippe.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Zu den Konsequenzen kommen wir später noch einmal. – Der nächste Redner ist Herr Professor Bertram aus Nordrhein.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben das „Ulmer Papier“ vorliegen. Es ist über Monate in verschiedenen Gremien beraten worden. Ich denke, um nicht erneut die Zerstrittenheit der Ärzteschaft zu demonstrieren, müssen wir das Ganze verabschieden. Dazu müssen aber auch die Kollegen hinter diesem Papier stehen können. Ich glaube, wir kommen nicht weiter, wenn wir allzu viele Textänderungen in diesem Papier vornehmen.

Trotzdem müssen wir zusehen, dass die Kollegen hinter diesem Papier stehen. Dazu gehört, dass man Punkte, die in diesem Papier stehen, die aber heftig umstritten sind, lieber ausklammert und streicht.

Deshalb haben wir aus Nordrhein zwei Anträge gestellt. Der eine Antrag beinhaltet, dass man auf Seite 11 beim Thema der Delegation den ersten nicht fettgedruckten Absatz streicht. Wir wollen die Teilnahme der anderen Gesundheitsberufe nur dann, wenn sie unter ärztlicher Führung und Indikationsstellung arbeiten. Das andere sollte man nicht fördern.

Auf Seite 20 werden die sektorübergreifenden Kooperationsformen angesprochen. Dahinter verbergen sich Teile des Fünf-Ebenen-Konzepts der KBV. Dies wird von vielen Ärzten bekanntermaßen abgelehnt. Im Moment ist es auch nur

als Diskussionspapier von Herrn Köhler und Herrn Müller im Umlauf. Es wird laufend geändert. Deswegen dürfen wir meiner Meinung nach diesen Text nicht abdrucken. Das dunkel Hinterlegte kann man bestehen lassen. Aber die Zeilen 13 bis 30 sollten dringend gestrichen werden.

Zwei Beispiele: Die Sache mit der weitergehenden Diagnostik hat Herr Albring eben schon auseinandergenommen. Die in Teilgemeinschaftspraxen angebotenen spezialisierten Leistungen können genauso außerhalb erbracht werden. In Teilgemeinschaftspraxen können auch nicht spezialisierte Leistungen erfolgen.

Der letzte Satz ist völlig daneben. Das ambulante Operieren findet sehr oft bei freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzten statt. Hier aber wird beschrieben, dass es nur noch in der Nähe eines Krankenhauses und in Medizinischen Versorgungszentren oder Ärztehäusern stattfindet. Das lehne ich wie viele andere Ärzte ab.

Damit wir nicht im Zuge einer laufenden KBV-Diskussion einen Pflock einschlagen, sollten die Zeilen 13 bis 30 ersatzlos gestrichen werden. Wenn wir anfangen, dazu einen anderen Text zu verabschieden, kommen wir nicht weiter. Wir haben uns in der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein dazu positioniert. Der Text wäre vielleicht mehrheitsfähig, aber wir haben ihn hier ausdrücklich nicht eingebracht, weil ansonsten vielleicht doch wieder die Diskussion losginge, ob man nicht noch diesen oder jenen Aspekt aufnimmt bzw. streicht. Folgen Sie also bitte unseren Anträgen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bertram. – Als nächste Rednerin Frau Kollegin Friedländer aus Nordrhein.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Professor Hoppe, ich möchte Ihnen sehr herzlich für Ihren Vortrag danken, den Sie heute Morgen gehalten haben; denn Sie haben in unnachahmlicher Weise die Schreckensbotschaften zum Zustand unseres Gesundheitswesens skizziert, aber ohne Ihren Gesprächspartner zu verletzen. Für diese Ihre Gabe können wir nur sehr dankbar sein.

(Beifall)

Diesen Dank möchte ich mit einer großen Bitte verbinden, nämlich dass Sie unsere Positionen und den Streit um das Gesundheitswesen zum Wahlkampfthema machen. Ich habe dazu keinen Antrag gestellt, weil ich glaube, dass sich auch ohne einen Antrag dazu eine breite Mehrheit findet und Sie diese Bitte ernst nehmen. Ich möchte Sie sehr herzlich bitten, die Kollegen darauf vorzubereiten. Das ist sicherlich auch eine schwierige logistische Leistung; aber das muss auf alle Fälle ein Wahlkampfthema werden.

Ich möchte auch begründen, warum ich darum bitte. Herr Henke hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Gesundheit ein wertvolles Gut ist, aber durchaus nicht das wertvollste. Daneben gibt es hohe Güter wie Freiheit, Rechtsstaatlichkeit usw. Die Gesundheitspolitik ist nichts anderes als ein Ausdruck der allgemeinen Politik, wie sie bei uns im Lande betrieben wird, indem Freiheit verloren geht und Zentralismus gefördert wird. Ich bin der Meinung, dass die Ärzteschaft als Teil der geistigen Elite dieses Landes geradezu verpflichtet ist, diese Freiheiten zurückzugewinnen und zu verteidigen. Vor immerhin 220 Jahren hat man im Rahmen der Französischen Revolution Leib und Leben eingesetzt, um diese bürgerlichen Rechte zu erkämpfen. Im letzten Jahrhundert haben wir gesehen, wie sehr diese Freiheiten immer wieder bedroht sind.

Sozialismus und Turbokapitalismus, beide Dinge, die uns in Form von Staatsmedizin oder Kapitalgesellschaften, die unser Gesundheitswesen vermarkten wollen, bedrohen, sind sich ähnlicher, als es uns zunächst erscheint. Sie nehmen den einzelnen Menschen nicht wichtig und denken nur in Kollektiven, in Großprojekten. Das heißt, sie depersonalisieren.

In unserem Beruf ist, wie ich meine, das Einzelschicksal entscheidend. Ich möchte hier eine Aussage von Meister Eckehard zitieren, den sich die Ärzteschaft, wie ich meine, gut zum Leitsatz machen kann: Die wichtigste Stunde ist immer die Gegenwart, der wichtigste Mensch ist immer der, der dir gerade gegenübersteht, und das notwendigste Werk ist immer die Liebe.

Ich glaube, mit diesem Spruch werden wir auch in der Zukunft gut fahren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Friedländer. – Als nächster Redner Herr Kollege von Ascheraden aus Baden-Württemberg.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu einigen Punkten des „Ulmer Papiers“ etwas sagen. Auf Seite 17 lautet die Überschrift:

> *Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitswesens*

Präsident Jörg-Dietrich Hoppe hat heute Vormittag in seinem Vortrag, wie er sagte, die Versorgungsforschung in einem ganz anderen Zusammenhang erwähnt. Dazu hätte ich gern noch ein Wort der Erklärung: Brauchen wir sie? Wollen wir sie? Oder ist die Versorgungsforschung Ausdruck der Rationierung und nur unter den Bedingungen der Rationierung erforderlich?

Ich bin der Meinung, dass es ein Fortschritt ist, dass wir uns auf dem vorjährigen oder vorvorjährigen Ärztetag zu einer Investition in die Versorgungsforschung entschlossen haben, damit wir nicht nur eine Grundlagenforschung und eine Arzneimittelforschung haben, sondern auch eine rationale und selbstkritische Sicht unseres eigenen ärztlichen Handelns, das wiederum in entsprechende Beschlüsse und Praktiken einfließen kann. Dazu hätte ich gern ein klärendes Wort.

Der zweite Punkt ist: Auf Seite 23 steht, es sollen die Voraussetzungen zur Einführung einer Positivliste geschaffen werden. Es heißt aber auch:

> *Die Einführung einer Positivliste darf die Therapiefreiheit im Patient-Arzt-Verhältnis nicht einengen.*

Ich denke, auch hier liegt ein gewisser Widerspruch vor; denn eine Positivliste soll ja gerade eine Begrenzung der verschreibungsfähigen Medikamente herbeiführen, nicht nur wegen der Kostensenkung, sondern auch wegen der Rationalisierung der Arzneimitteltherapie, die bei uns zum Teil uferlos stattfindet. Ich glaube, auch hierüber muss man noch einmal nachdenken.

Drittens hätte ich gern auf Seite 14 zwei Sätze eingefügt. Dort geht es um chronische Erkrankungen. Ich hätte in Zeile 50 gern die Ergänzung – das wird noch umgedruckt –, dass die Suchtmedizin zu fördern ist und dass die rechtlichen Rahmenbedingungen in der Suchttherapie vor allem in der substitutionsgestützten Therapie zu verbessern sind. Nicht alle von uns sind in der Suchttherapie tätig, aber jeder von uns hat mit suchtkranken Menschen zu tun. Das ist eine wichtige Schlüsselkompetenz, die sich die Ärzteschaft in den letzten Jahren erarbeitet hat. Wir dürfen nicht zulassen, dass wir diese Kompetenz wieder an andere Berufsgruppen verlieren. Deshalb sollte es zumindest stichwortartig in das „Ulmer Papier“ aufgenommen werden.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr von Ascheraden. Ganz schnell die Erklärung: Was ich sagen wollte und was mir hoffentlich gelungen ist, ist, dass wir jetzt die Versorgungsforschung brauchen, weil es bei uns eine implizierte Rationierung gibt. Wenn so etwas vorhanden ist, muss Versorgungsforschung betrieben werden, um zu analysieren, wo es geschieht und wie es möglicherweise beseitigt werden kann. Gäbe es keine Rationierung, bräuchten wir keine Versorgungsforschung. Da diese Rationierung wahrscheinlich nie oder auf absehbare Zeit nicht wegzubekommen ist, brauchen wir die Versorgungsforschung. Dann ist es wichtig, dass wir uns als Bundesärztekammer in dieses Forschungsfeld mit einbringen, damit diese Arbeit nicht nur von anderen geleistet wird, die uns möglicherweise ihre Forschungsergebnisse vorhalten, mit denen wir nicht einverstanden sein können.

Das ist leider so. Ich bin darüber nicht glücklich, aber die Vernunft siegt in diesem Zusammenhang. Es muss die Versorgungsforschung leider stattfinden.

Der nächste Redner ist Herr Dr. Windhorst, der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nur kurz zur GOÄ Stellung nehmen. Herr Lenhard hat dieses Problem angesprochen, und Herr Baumgärtner hat es populistisch vorangetrieben. Das finde ich gut, weil wir den Druck ja brauchen. Das war keine Kritik, sondern ich meine, das war eine gute Aufforderung.

Ich habe mich eben mit Herrn Gadomski, dem Vorsitzenden des GOÄ-Ausschusses, kurzgeschlossen. Er meinte: Die Systematik wird entwickelt. Dafür ist er zuständig. Als Vorsitzender des Projektbeirats bin ich für die Bewertungsmethodik zuständig. Natürlich versuchen wir, die Theorie „Leistung muss sich lohnen“ einzubringen. Herr Stiehl vom Bundesgesundheitsministerium hat erklärt, dass keine Kostenneutralität gegeben sein muss. Wir sind nach der GOZ an der Reihe; das wird Ende 2008/Anfang 2009 sein. Ich hoffe, dass wir dann einen guten Aufschlag machen können, und zwar nicht mit der Stirn nach unten, sondern dass wir wirklich eine vernünftige Lösung hinbekommen.

Vielen Dank dafür, dass Sie uns unterstützen, indem Sie auch Druck auf uns ausüben. Ich sehe das positiv.

Nun zum „Ulmer Papier“. Ich finde es gut, dass in der Diskussion nicht nach dem Haar in der Suppe gesucht wird, sondern dass versucht wird, sehr substanziell zu diskutieren. Ich bitte nur um eines: Verschlimmbessern Sie das

Werk bitte nicht durch vielfältige Änderungen in kleinen Dingen. Richten Sie Ihr Augenmerk bitte auch auf die Anträge aus Westfalen-Lippe. Aber das wird ja durch die Abstimmung geregelt.

Unser Präsident Hoppe hat davon gesprochen, dass wir nun schon seit 20 Jahren in einer Situation leben, die uns eigentlich unterdrückt. Wenn man die Worte von Virchow zugrunde legt, sind es schon 160 Jahre. Es ist doch irre, wie lange das schon auf unserem Rücken ausgetragen wird! Wenn wir sagen, jetzt sei Schluss, dann meinen wir auch, dass nun Schluss ist. Ob wir nicht doch so weitermachen, ist eine andere Sache. Ich nehme ernst, was Präsident Hoppe gesagt hat, dass wir das jetzt durchziehen müssen, gerade in Zeiten des beginnenden Wahlkampfes. Der Wahlkampf wird auch das zum Thema haben.

Kurz zu den Ausführungen von Herrn Montgomery. Die Finanzierungsdiskussion ist sicher wichtig. Wir haben in Münster für eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens votiert. Wir haben Ehrlichkeit in der Finanzierung gefordert. Wir müssen das PKV- und das GKV-System miteinander abwägen, und wir müssen uns einbinden. Es nützt nichts, wenn wir eine Diskussion über die Einkommensteuer führen. Man muss schon den Spürsinn eines Trüffelhundes haben, wenn man als Arzt den richtigen Weg durch den Finanzierungsdschungel finden will. Das ist nicht unsere Kernkompetenz. Diese Kompetenz müssen wir uns einkaufen.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

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

Dr. Stüwe, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Es passt sehr gut, dass ich jetzt zu Wort komme. Ich möchte mich dafür aussprechen, dass wir uns mit der Finanzierung eher nicht beschäftigen.

(Beifall)

Wir müssen uns doch überlegen, wer in diesem Staat welche Aufgaben, welche Kompetenzen, welche Verantwortung hat. Wir haben Medizin studiert, das haben wir gelernt. Wir haben die Aufgabe, die Patienten zu versorgen. Dafür haben wir die Verantwortung. Wir übernehmen sie auch; das ist richtig so.

Ulla Schmidt hat heute Vormittag sehr deutlich gesagt, sie will mit uns kooperieren. Man denke daran: Nächstes Jahr ist Wahlkampf. Wenn wir mit ihr zusam-

men in die Diskussion über die Finanzierung des Systems eintreten, werden wir immer erleben, dass sie uns sagt: Ihr habt es ja so gewollt, ihr habt es mitbestimmt. Diese Verantwortung möchte ich nicht übernehmen.

(Beifall)

Was können wir tun? Ich denke, wir müssen noch viel klarer darstellen – das wird auch noch ein Antrag zeigen –, dass wir ausleuchten: Wohin fließt das Geld aus diesem System? Wie viel Geld geht an die Beraterinstitutionen, von denen heute Morgen gesprochen wurde? Wie viel Geld versackt in der Bürokratie? Wie viel Geld müssen wir für Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgeben? Diese halte ich inzwischen nur noch für eine Verschleierungstaktik hinsichtlich des knappen Geldes in diesem System. Ich glaube, das müssen wir als Ärzteschaft aufzeigen. Wie viel Geld geht in die EDV? Wie viel Geld sollen wir für die elektronische Gesundheitskarte ausgeben? Inzwischen diskutiert man über Summen bis zu 7 Milliarden Euro. Das ist doch eine einzige Katastrophe. Und wir müssen um jede Pille diskutieren! Das kann es nicht sein.

Darum bitte ich Sie, stimmen Sie unserem Antrag zu, dass wir uns mit der Finanzierung nicht beschäftigen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Stüwe. – Als nächster Redner Herr Dr. Oberschelp aus Westfalen-Lippe.

Dr. Oberschelp, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Commander Spock hat in „Raumschiff Enterprise“ einmal gesagt: Der Zweck der Diplomatie besteht darin, eine Krise zu verlängern. Unsere ärztliche Krise dauert schon so lange, wie ich mich zurückerinnern kann. Mir kommt es manchmal so vor, als seien die Vorschläge und Verhandlungen, die Sie mit den zuständigen Stellen geführt haben, so verschlungen, dass man die Donau in Ulm mit einem Laserstrahl vergleichen könnte.

Was heißt das für unsere sehr nahe Zukunft? Unsere Bemühungen müssen darauf abzielen, die Reform unseres Gesundheitssystems so hinzubekommen, dass sie den Bürgern, denen sie doch eigentlich zugute kommen sollte, nicht zum Verhängnis wird. Das bedeutet aber auch, dass wir denen, die meinen, es besser zu können, die das schreiben und behaupten, ganz klar machen, dass wir Ärzte es sind, die die Fachkompetenz haben. Wir schätzen unsere Patienten und die medizinischen Belange richtig ein, wir artikulieren die Bedürfnisse,

nicht die Medien, nicht die Politiker und erst recht nicht die sogenannten Gesundheitsökonomen, die die Arbeit in der Praxis noch nie richtig erlebt haben.

Was brauchen wir also? Wir brauchen ein Zehnpunkteprogramm, plakativ, informativ, bestimmend und visionär, mit dem die Ärzte, die Patienten und die Politik etwas anfangen können. Zu diesem, wie ich es einmal nennen möchte, Zehnpunkteprogramm müssen sich die Politiker aller Parteien vor der Wahl äußern. An ihren Aussagen werden wir und die Bevölkerung der Bundesrepublik sie dann schon messen können.

Dieses „Ulmer Papier“ ist eine sehr gute Grundlage, aber keine ausgereifte, abschließende, schlagkräftige Argumentationswaffe.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Natürlich wird versucht, wenn wir das „Ulmer Papier“ verabschiedet haben, es in die Politik einzuspeisen. Es wird bei allen möglichen Auseinandersetzungen verwendet. Es wird auch in anderer Form publiziert werden, damit die Bevölkerung es versteht. Ich habe einmal gesagt: Wir machen eine Kurzfassung für „Bild“-Zeitungsleser, eine Flyerfassung für diejenigen, die sich schnell informieren wollen, und eine Comicfassung für diejenigen, die zu wenig Fantasie aufbringen, das ganze Papier zu lesen.

Alle diese Ideen könnte man haben. Wenn das „Ulmer Papier“ verabschiedet ist, werden wir versuchen, es mit allen Methoden der medialen Verbreitung unter die Bevölkerung zu bringen; die weiteren Ausreifungsstufen, die danach kommen, die wir uns ohnehin vorgenommen haben, natürlich auch. Noch einmal vielen Dank für Ihren Vorschlag, Herr Dr. Oberschelp.

Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Müller-Dannecker aus Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Sehr verehrte Damen und Herren! Ich finde es gut, dass Herr Professor Hoppe gesagt hat, dass es auch darum geht, das alles nach der Verabschiedung etwas prägnanter zu machen. Als ich mich im Zug intensiv damit beschäftigt habe, dachte ich: Meine Güte, jede Menge Prosa.

Ein Dankeschön an Sie, Herr Professor Hoppe, dass Sie sich heute Vormittag ganz klar zur Pluralität der Träger in den Krankenhäusern und darüber hinaus ausgesprochen haben. Danke dafür, dass Sie sich gegen die Entwicklung gewandt haben, dass die zunehmende Privatisierung unser Gesundheitssystem

zu beherrschen beginnt. Dafür möchte ich als Vertreterin eines großen kommunalen Krankenhauskonzerns ganz herzlich Danke sagen.

Bezüglich der Versorgungsforschung möchte ich Ihnen allerdings widersprechen. Ich glaube, dass Versorgungsforschung in der Tat notwendig ist. Sie ist nicht nur mit der Unterfinanzierung zu begründen, sondern es muss meiner Meinung nach eine unabhängige Forschung geben, die industrieunabhängig prüft, was für die Patientinnen und Patienten eine gute Versorgung bedeutet. Das hat für mich nicht primär etwas mit Unterfinanzierungsgründen zu tun.

Ich möchte an dieser Stelle anregen, darüber nachzudenken, ob es der Ärzteschaft nicht guttut, dass wir prüfen, was richtig und was falsch ist, was für die Patientinnen und Patienten gut ist.

Das „Ulmer Papier“ ist ein Konsenspapier. Ein Konsenspapier drückt und mogelt sich natürlich um die Fragen, bei denen es einen Dissens gibt, zwangsläufig herum. So finden wir hinsichtlich des Zusammenwirkens der Gesundheitsberufe nur die Aussage, dass wir uns alle einig darüber sind, dass die Praxismitarbeiterinnen vielleicht eine größere Rolle spielen können. Aber das entscheidende Spannungsfeld zwischen Arzt und Pflege kommt in diesem Konsenspapier nicht vor, weil wir diesbezüglich noch in der Diskussion sind. Hier haben wir noch eine spannende Debatte vor uns. Ich glaube, wir müssen den Mut haben, uns bezüglich der Zusammenarbeit klar zu positionieren und diese Zusammenarbeit zu befördern.

Ich finde, wir haben in dem Papier einen guten Ansatz hinsichtlich der Kinder- und Jugendgesundheit und deren Förderung. Wir müssen aber auch den Mut haben, die Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit politisch zu vertreten. Es geht nicht nur darum, dass wir entdecken, dass es derartige gesundheitliche Folgen gibt, sondern wir müssen auch politisch darauf hinwirken, dass Armut in einem Land wie Deutschland nicht zu gesundheitlichen Schäden führen darf. Wir müssen mit allen Mitteln politisch dafür eintreten, dass Armut verhindert wird.

Mir als Krankenhausärztin – aber das betrifft auch die Praxis – kommt ein Punkt viel zu kurz; ich habe dazu auch einen Antrag eingebracht. Es wird lapidar von der Vergütung stationärer Leistungen gesprochen, mit dem Hinweis auf die Mitverantwortung der Krankenhäuser für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ich bin der Meinung, dass es ein Riesenproblem ist, dass die Weiterbildung nicht finanziert wird. Deshalb habe ich einen Antrag gestellt, damit dieser Punkt ergänzt wird. Wir brauchen die Finanzierung einer strukturierten Weiterbildung, um zukünftig eine qualifizierte Patientenversorgung zu gewährleisten.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Müller-Dannecker. – Das Wort hat nun Herr Kollege Ruebsam-Simon aus Baden-Württemberg.

Ruebsam-Simon, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Man kann das „Ulmer Papier“ positiv bewerten, man kann es auch als eine Ansammlung von Allgemeinplätzen ansehen. Insgesamt ist es mir zu unpolitisch und zu unkonkret. Ich sehe zum Teil eine andere Wirklichkeit. Im Krankenhausbereich sehe ich Finanzkonglomerate, die MVZs gründen, in denen die Patienten in den Kreisverkehr geschickt werden, in die Krankenhäuser der Kette zurück. Ich sehe im ambulanten Bereich ähnliche Prozesse. MedXPro hat das Ziel, 1 500 Arztpraxen zu kaufen, und zwar nicht kleine Hobbypraxen, sondern große gut gehende Praxen. All diese Entwicklungen sehe ich in diesem Papier nicht konkret aufgeführt.

Der größte Mangel ist meines Erachtens: Es fehlt ein Plan B, eine Alternative zu dem System, in dem wir uns bewegen, also eine Alternative zum GKV-System. In dem Papier gibt es nur eine evolutionäre Weiterentwicklung unseres Systems; eine revolutionäre, eine plötzliche Veränderung ist überhaupt nicht bedacht worden. Was passiert denn, wenn das System oder Teile des Systems kollabieren, konkret gesprochen: wenn eine große Krankenkasse insolvent wird? Das ist im System des Wettbewerbs, den wir jetzt bekommen haben, denkbar. Das ist aber überhaupt nicht bedacht worden. Dasselbe spielt sich auch im ambulanten Bereich als Tragödie des einzelnen Arztes ab, der insolvent wird.

Es fehlt also der Plan B. Das finde ich den größten Mangel dieses Papiers. Plan B wäre der Systemausstieg, den wir in Baden-Württemberg ja entwickeln, das heißt eine Verweigerung des Konsenses. Es könnte nämlich sein, dass unsere Politik an eine Grenze gestoßen ist. Das wäre eine akute Veränderung des Systems in Richtung einer Transformation der GKV in Richtung der PKV. Dieser Punkt sollte bedacht werden.

Das würde natürlich auch bedeuten, dass die GOÄ weiterentwickelt wird, und zwar nicht im Sinne der GKV. Die Bildung von Komplexen usw. wäre zu vermeiden.

So weit mein Hinweis.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Ruebsam-Simon. – Nun bitte Frau Kollegin Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mir geht es auch um eine aus meiner Sicht unverzichtbare Ergänzung des „Ulmer Papiers“. Ich werde zu weiteren Punkten, bei denen ich darauf verzichtet habe, einen Änderungsantrag zu stellen, kurz etwas sagen.

Es geht um Abschnitt A.2, die Unterversorgung bzw. die drohende Unterversorgung der Patienten mit psychosomatischen und psychischen Problemen durch entsprechend qualifizierte somatische Fachärzte. Es geht um die somatischen Fachärzte mit der Kompetenz der psychosomatischen Grundversorgung und Psychotherapie. Durch die jetzige pauschale Vergütung ist deren wirtschaftliche Situation außerordentlich bedroht, neben der Entwertung der Tätigkeit. Uns geht es um eine Stärkung dieser Arztgruppe und natürlich um die Stärkung der Versorgung dieser betroffenen Patienten, die aus unserer Sicht keinesfalls ausschließlich von den Fachpsychotherapeuten gewährleistet werden kann. Daher möchte ich Sie sehr herzlich bitten, unseren diesbezüglichen Antrag der psychosomatischen Grundversorgung und der Physiotherapie durch somatische Fachärzte zu unterstützen.

Ein weiterer Punkt betrifft den Abschnitt A.6, die Eigenverantwortung durch Selbstbeteiligung. Ich möchte dazu sagen, dass im Gegensatz zu den Grundlagen, die der heute Morgen geehrte Pionier der Psychosomatik, Herr Horst-Eberhard Richter, vertritt, nämlich der Psychoanalyse, dieses Modell der Eigenverantwortung durch Selbstbeteiligung auf einem vereinfachten verhaltenstherapeutischen Modell fußt, das viel zu wenig oder gar nicht berücksichtigt, dass die Menschen nicht nur aus bewussten Anteilen bestehen, die frei wählen können, sondern dass es so etwas wie Konflikte und Destruktivität der Menschen gibt. Ich glaube, das brauche ich nicht zu vertiefen.

Ein weiterer Punkt ist die Eigenbeteiligung, indem individuell Leistungsausschlüsse oder Leistungsbegrenzungen vorgeschlagen werden. Das ist der Abschnitt 8.2 auf Seite 33. Wir wissen aus Erfahrungen mit privatversicherten Patienten, dass oft bestimmte Leistungen wie gerade die Physiotherapie ausgeschlossen werden. Das wird im Nachhinein sehr bereut. Man tut es oft aus Unkenntnis. Ich glaube nicht, dass es von Vorteil ist, wenn es so etwas auch in der Versorgung von Kassenpatienten gibt.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Rothe-Kirchberger. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Janßen aus Berlin.

Janßen, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Papier dient als Versuch, wie es heißt, einheitliche gesundheitspolitische Leitsätze der deutschen Ärzteschaft zu formulieren. Ich bezweifle, dass es hier zu einer konsentierten Verabschiedung kommen wird, weil nach meiner Erfahrung viele von uns nicht viel mehr gemein haben als das gemeinsame Staatsexamen, das vor drei, fünf oder 20 oder 30 Jahren abgelegt wurde. Die Interessen der verschiedenen Arbeitsbereiche, in denen wir tätig sind – in der Akutklinik, in der Rehabilitation, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Praxis, als niedergelassener oder als angestellter Kollege in einem MVZ –, sind einfach viel zu unterschiedlich.

Darüber hinaus – das haben wir heute in der Debatte erlebt – sind die politischen Grundhaltungen, die sich ja nicht an den Parteigrenzen festmachen lassen, viel zu unterschiedlich, als dass es hier zu einem machtvollen Instrument kommen kann. Für meine Begriffe ist die Spannung noch nicht deutlich genug. Der Kollege Dietrich beispielsweise hat es vorhin deutlich gemacht, dass noch etwas an der Spannung fehlt. Ich lasse mich bis zum Ende der Behandlung dieses Tagesordnungspunkts und vielleicht auch bis Freitagmittag gern vom Gegenteil überzeugen.

Als Debütant auf einem Deutschen Ärztetag steht es mir nicht an, die Institution des Deutschen Ärztetages in Abrede zu stellen. Damit macht man sich hier sicherlich keine Freunde.

Ich möchte noch auf folgenden Punkt eingehen, nämlich auf Abschnitt 8.2 auf den Seiten 33 und 34. Dort geht es um die Finanzierung. Dort ist die Rede von einer sozialverträglichen Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen. Die Idee ist, die Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen über eine Eigenbeteiligung oder über Zuzahlungen zu erreichen. Wie aber sieht die Realität aus? Als Berliner Hausarzt in einem sozialen Problembezirk kann ich nicht nur mit selbst erlebter Evidenz aufwarten, sondern es gibt einschlägige Untersuchungsergebnisse, die besagen, dass jede sogenannte Eigenbeteiligung, jede Zuzahlung immer eine soziale Schieflage bewirkt. Es werden nämlich insbesondere von solchen Versicherten und Patienten weniger Leistungen in Anspruch genommen, die einem niedrigen sozioökonomischen Status angehören. Es werden nicht nur Leistungen, die überflüssig sind, nicht in Anspruch genommen, sondern es werden auch Leistungen, die dringend notwendig wären, nicht in Anspruch genommen.

Das heißt, die Idee der Leistungssteuerung durch eine Zuzahlung bringt im Ergebnis eine soziale Diskriminierung von Leistungen. Die letzten einschlägigen Beispiele sind die Praxisgebühr mit Fallzahleinbrüchen und die Versorgung mit Zahnersatz. Das sollte meines Erachtens nicht Bestandteil dieses Papiers sein, schon gar nicht Bestandteil eines immer noch existierenden solidarischen Gesundheitswesens.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Janßen. – Nunmehr haben wir das vorgesehene Tagungsende von 18 Uhr bereits etwas überschritten. Herr Bolay steht aber schon am Rednerpult. Ich schlage vor, dass wir ihn noch hören. Dann machen wir für heute Schluss. Herr Bolay, Sie haben für heute das Schlusswort. Bitte schön.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Vielen Dank, Herr Präsident, dass ich hier den letzten Redebeitrag leisten darf. – Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Am „Ulmer Papier“ gefallen mir am besten der Prolog und der Epilog. Ich glaube, ich kann für die meisten Anwesenden sprechen, wenn ich sage, dass wir uns dort als Ärzte und auch hinsichtlich unseres Betreuungsauftrags von Patienten am besten wiederfinden.

Schwieriger wird es dann bei den Thesen und deren oftmals zu ausführlichen Erläuterungen. Fast hatte man nur die Möglichkeit, mit einem Seufzer zuzustimmen oder dem Antrag aus Westfalen-Lippe zu folgen, dem auch ich mich gern anschließen würde, die ganzen Erläuterungen zu streichen, oder man verliert sich in Kleinklein.

Da ich mir nicht sicher bin, dass Sie dem Antrag aus Westfalen-Lippe folgen werden, möchte auch ich etwas zum Kleinklein beitragen.

Das Erste ist ein denkbar kurzer Ergänzungsantrag. In den Erläuterungen hinsichtlich der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit soll auf Seite 14 in Zeile 23 hinter den Familienhebammen die Kinderkrankenschwester aufgeführt werden. Wenn schon so viele Berufsgruppen aufgeführt werden, sollte auch diese qualifizierte Berufsgruppe erwähnt werden. Ich bitte Sie, diesem Kleinstantrag zuzustimmen.

Das Folgende ist kein Antrag, sondern ein Vorschlag oder eine Bitte an den Vorstand: In den sechs Thesen zur Gesundheitsversorgung erscheint unter Punkt 2 ab Seite 13 elfmal das Wort „muss“ oder „müssen“. Kein Abiturient dürfte einen solchen Text abliefern. Ich möchte sehr darum bitten, diesen Thesen durch eine redaktionelle Änderung mehr Schliff und dadurch auch mehr Nachdruck zu verleihen. Die deutsche Sprache sieht solche Möglichkeiten durchaus vor.

(Beifall)

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

Meine Damen und Herren, Sie werden morgen früh 41 Anträge auf Ihren Plätzen vorfinden. Bis jetzt liegen noch 13 Wortmeldungen zu diesem Tagesordnungspunkt vor. Nach Erledigung dieser Wortmeldungen werden wir in die Abstimmung eintreten. Wir haben Anträge, die sich auf das Verfahren beziehen, und wir haben Anträge, die Änderungen am Text zum Inhalt haben. Das werden wir morgen beraten und behandeln, damit wir zum Schluss ein „Ulmer Papier“ verabschieden können, das konsistent ist.

Vielen Dank. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend. Wir sehen uns morgen früh um 9 Uhr s. t. in diesem Raum wieder.

2. Tag: Mittwoch, 21. Mai 2008
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie sehr herzlich und hoffe, dass Sie gestern einen schönen Abend hatten und heute Nacht gut geschlafen haben.

Bevor wir in die Beratungen eintreten, darf ich wiederum Gäste aus befreundeten Ländern herzlich willkommen heißen, an der Spitze den amtierenden Präsidenten des Weltärztebundes, Herrn Kollegen Dr. Snaedal aus Island. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenso herzlich begrüße ich den Generalsekretär des Weltärztebundes, Herrn Dr. Otmar Kloiber.

(Beifall)

Ich begrüße den Past-Präsidenten der Australischen Ärztekammer, der den Vorsitz des Komitees für Finanzen und Planung des Weltärztebundes innehat, Herrn Dr. Mukesh Haikerwal. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Generalsekretär des Lettischen Ärztevereins, Herr Dr. Janis Ozols. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist als Vorstandsmitglied der Ärztekammer Slowenien Herr Dr. Igor Praznik. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist Herr Dr. Max Giger, das Mitglied des Zentralvorstands der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Herr Dr. Snaedal möchte als Präsident des Weltärztebundes einige Grußworte an uns richten. Bitte schön, Herr Dr. Snaedal.

Dr. Snaedal, Präsident des Weltärztebundes: Guten Morgen, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde! Es ist mir eine große Ehre, Ihnen heute in meiner Eigenschaft als Präsident des Weltärztebundes (WMA) einige Worte sagen zu dürfen. Unser Weltärztebund ist auf vielen Gebieten tätig. Themen wie die medizinische Ethik, das allgemeine Gesundheitswesen oder die Stellung der Ärzteschaft im Gesundheitsdienst und innerhalb der Gesellschaft gehören zu den wichtigsten Problemen, mit denen wir uns befassen. Ich kann Ihnen versichern, dass wir uns über einen Mangel an Aufgaben nicht beklagen können.

Auf unserer Tagung in der vergangenen Woche diskutierten wir zum Beispiel über Task-Shifting, das heißt die Verlagerung von Aufgaben von einer medizinischen Berufsgruppe an andere Mitarbeitergruppen, die eine geringere oder keine medizinische Ausbildung haben.

Diese neue Organisationsform der Arbeitsdelegation soll dem Zweck dienen, den in vielen Ländern herrschenden Mangel an qualifiziertem medizinischen Personal zu entschärfen. Wir wissen, dass die Gesundheitsbehörden international an einer derartigen Umstrukturierung interessiert sind, denn sie sehen darin eine Möglichkeit, ihre Ressourcen sparsamer einzusetzen.

Wir wissen aber auch, dass eine solche Aufgabenverlagerung auf lange Sicht zu einem schlechteren Gesundheitsdienst führt. Damit werden solche Einsparungen in Zweifel gestellt.

Zu diesem Problem wird es noch große Diskussionen geben, denn die Weltgesundheitsorganisation befürwortet und unterstützt diese Entwicklung. Es ist deshalb von Wichtigkeit, dass sich die Verbände der Ärzteschaft, zum Beispiel die Bundesärztekammer, mit diesem Problem auseinandersetzen. Ich nehme bereits seit acht Jahren regelmäßig an den Tagungen der WMA teil. Ich kann deshalb mit Gewissheit sagen, dass die Bundesärztekammer immer eine der großen Stützen des Weltärztebundes gewesen ist. Die Bundesärztekammer gehört zu den drei Mitgliedsverbänden, die die höchsten Beitragszahlungen leisten und damit die finanzielle Grundlage des Weltärztebundes sichern. Die finanzielle Leitung der WMA kommt seit Langem aus den Reihen Ihres Verbandes: zuerst viele Jahre lang Professor Vilmar und jetzt Professor Hoppe.

Sie haben uns Otmar Kloiber geschickt, der heute als Generalsekretär der WMA tätig ist. Unter seiner dynamischen Führung wurde die Arbeitsweise der WMA wesentlich verbessert, und der Erfolg blieb nicht aus. Darüber hinaus steht mir Otmar Kloiber bei meiner Arbeit als Präsident geduldig und ausdauernd zur Seite. Ohne ihn würde nicht viel aus meinen Aufgaben werden.

Zum Schluss noch ein persönliches Wort. Ich komme aus Island. Island ist dafür bekannt, dass sich sein Volk fast nicht mit anderen Völkern vermischt hat. Dies gilt auch für mich, allerdings mit der Ausnahme, dass ich doch etwas deut-

sches Blut in meinen Adern habe, weil eine meiner Ahnen aus Deutschland stammt. Wir haben deshalb in gewisser Weise gemeinsame Wurzeln, und damit bin ich sehr zufrieden.

Ich danke Ihnen nochmals für die Gelegenheit, hierher zu kommen, Einblick in Ihre Arbeit zu nehmen und Ihnen diese kurzen Worte sagen zu dürfen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Präsident Dr. Snaedal, für Ihre Worte. Herzlichen Dank auch dafür, dass Sie in unserer Muttersprache zu uns gesprochen haben. Das hat uns besonders beeindruckt. Auch die Würdigung des Beitrags der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages bei der Arbeit des Weltärztebundes freut uns sehr. Wir wünschen Ihnen weiter eine gute Amtszeit. Bis Oktober sind Sie amtierender Präsident des Weltärztebundes und werden viele Länder kennenlernen und besuchen. Dabei wünsche ich Ihnen, dass Sie viele gute Erfahrungen machen. Wir sind gespannt, was wir im Oktober bei der Tagung des Weltärztebundes hören werden.

Alles Gute Ihnen und dem Weltärztebund.

Meine Damen und Herren, wir kommen zur Fortsetzung des Tagesordnungspunkts I. Wir haben noch einige Wortmeldungen. Mittlerweile sind die Anträge umgedruckt. Ich hoffe, dass sie alle auf Ihren Plätzen angekommen sind, sodass wir jetzt in die weitere Diskussion und anschließend in die Abstimmung eintreten können. Wir haben das schon ein bisschen vorbereitet und denken, dass das heute Vormittag zu Ende gehen wird.

Der erste Redner, der heute Morgen das Wort ergreifen wird, ist Herr Dr. Josten aus der Ärztekammer Nordrhein. Bitte sehr.

Dr. Josten, Nordrhein: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich gratuliere Ihnen dazu, einen der schönsten Berufe der Menschheit ergriffen zu haben. Ihre Zweifel an meiner Aussage teile ich. Die Freude an diesem Beruf lässt nach. Das müssen wir ändern. Deshalb sind wir hier. Fragen und Dilemmata gab und gibt es seit den frühen Zeiten. Dies gilt für Ärztinnen und Ärzte am Anfang ihres beruflichen Lebens ebenso für diejenigen mit langer Berufserfahrung.

Doch diesmal ist es anders. Die Zufriedenheit im Beruf und damit auch die Möglichkeit und die Kraft, an unsere Patienten Unterstützung und Hilfe, Kraft

und Trost weiterzugeben, schwinden rapide. Dies ist nicht allein und nicht in erster Linie durch die Einkommensentwicklung bestimmt, auch wenn diese zu einem bestimmten Maße Bestätigung und Anerkennung bedeuten. Dies gilt zumal in einer auf Wettbewerb und am Ertrag orientierten Gesellschaft.

Der Entzug an Freude im Beruf ist vor allem durch den Verlust an Kontrolle über das, was wir tun, bestimmt. Wir stellen auch den Verlust an Autonomie in der Patient-Arzt-Beziehung zum Wohle des Patienten fest. Zudem fehlen Perspektiven in der beruflichen Entwicklung.

In Bonn, meiner Heimatstadt, findet zurzeit ein internationaler Kongress zur Erhaltung der Artenvielfalt statt. Dort ist es das Ziel, die Vielfalt zu erhalten. Im Gesundheitswesen ist das anders. Begriffe wie Disease Management und Case Manager machen, ins Deutsche übersetzt, deutlich, dass die individuelle Beziehung von Mensch zu Mensch, wie Professor Richter es gestern formulierte, also der Vielfalt menschlicher Persönlichkeiten zu entsprechen, nicht das politische Ziel ist. Mindestmengen und Behandlungsstandards sind deutliche und deutsche Ausdrücke des industriellen Normierungswahns im Gesundheitswesen.

Hier lassen sich Rationierungsmaßnahmen wohlfeil verstecken. Was nicht passt, wird passend gemacht.

Das „Ulmer Papier“ ist kein Minnesang an die Politik und auch kein ärztliches Klagelied à la Nabucco, sondern der Beginn eines Krankenblatts über die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Krankenblätter, ob elektronisch oder auf Papier, werden letztlich nur in einem Fall geschlossen. Also arbeiten wir weiter daran.

Bei allen Unebenheiten und Lücken im Text dieses Papiers: Stimmen wir diesem „Ulmer Papier“ zu.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Josten. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Roth-Sackenheim aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Roth-Sackenheim, Rheinland-Pfalz: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe den Antrag 35 zum „Ulmer Papier“ gestellt. Ich möchte gern bei Teil A.2 einen Spiegelstrich einfügen. Das ist der Punkt, der sich mit neuen Prioritäten zum Abbau von Unterversorgung beschäftigt. Mir geht es insbesondere um die Unterversorgung bei neuropsychiatri-

schen und psychosomatischen Krankheiten. Hier ist die Unterversorgung auch in unserem reichen Land am größten. Das wird dadurch deutlich, dass wir bei den psychischen Erkrankungen den höchsten Anstieg an AU-Tagen haben und dass diese Erkrankungsgruppe der häufigste Frühberentungsgrund ist. Das ist bei den Frauen schon lange so, seit drei Jahren auch bei Männern. Wir haben fast doppelt so viele Suizidtote wie Verkehrstote.

Der Gesetzgeber hat in § 27 SGB V zur Krankenbehandlung erklärt: Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen. Europaweit ist diese Tatsache durch das Grünbuch gewürdigt worden. Neupsychiatrische und psychosomatische Erkrankungen sind häufig und verursachen hohe Kosten.

Deshalb stelle ich den Antrag, auf Seite 13 in Zeile 36 einen Spiegelstrich zu ergänzen:

> *Psychisch und psychosomatisch kranken Patienten Rechnung tragen*

Danach wird auf die Beschlüsse des 109. Deutschen Ärztetages in Magdeburg verwiesen.

Ich bitte Sie inständig, diesen Antrag zu unterstützen, weil ich glaube, dass uns ein „Ulmer Papier“ zu den gesundheitspolitischen Leitsätzen der deutschen Ärzteschaft ohne eine Aussage zur Versorgung von Menschen mit neuropsychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen schlecht zu Gesicht steht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin. – Sie wissen, dass die Redezeitbegrenzung von drei Minuten nach wie vor gilt. Das haben die beiden ersten Redner auch eingehalten.

Bevor der nächste Redner das Wort erhält, begrüße ich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Vilmar.

(Beifall)

Jetzt hat Herr Kahlke aus Hamburg das Wort. Bitte sehr.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Guten Morgen, Herr Präsident, meine Damen und Herren! Um es vorweg zu sagen: Ich habe etwas Schwierigkeiten mit dem „Ulmer Papier“, möchte aber mit etwas Positivem beginnen. Ich möchte Ihnen, lieber Herr Kollege Hoppe, vor allen Dingen für den Vortrag danken, den Sie gestern gehalten haben. Wir kennen uns ja nun schon länger; ich weiß gar nicht, ob ich schon einmal so ausdrücklich einem Ärztekammerpräsidenten gedankt habe. Sie verdienen es in jedem Fall. Sie wissen, dass das, was Sie über die Wichtigkeit der Arzt-Patient-Beziehung gesagt haben, etwas ganz Entscheidendes ist. Ich habe in meiner beruflichen Tätigkeit dieses immer als Maxime auch meines ärztlichen Handelns und meines Handelns als Lehrer gesehen.

Wenn man diese Argumentation weiterführt, die ja auch im „Ulmer Papier“ erwähnt ist, beispielsweise die gute Arzt-Patient-Beziehung – „In der Individualität der Patient-Arzt-Beziehung liegt das Wesen der ärztlichen Kunst“ oder „Da Gesundheit aber weder angeordnet noch hergestellt werden kann, da sie wesentlich vom Mitwirken des Patienten abhängig ist, kann diese Begegnung nicht standardisiert werden“ –, kommt man eigentlich in die Argumentation für einen späteren Tagesordnungspunkt, wie Sie vielleicht ahnen. Das ist fast ein intimer sozialer Raum, in dem sich Patient und Arzt befinden, der sehr schützenswert ist. Ich denke, wir Ärztinnen und Ärzte sind diejenige Gruppe, die diesen Raum am besten und am verantwortungsbewusstesten schützen kann.

(Beifall)

Mit der Kritik, die am „Ulmer Papier“ und an einigen Ihrer Aussagen von gestern, Herr Hoppe, geäußert wurde, bin ich nicht einverstanden. Das sage ich ganz offen. Es geht um die Aussage, dass wir eigentlich keine Versorgungsforschung bräuchten, wenn bestimmte Bedingungen nicht eingetreten wären. Ich meine, selbst wenn in der Vergangenheit unser ärztliches Handeln eigentlich immer sehr zufriedenstellend war, müssen wir unser Handeln immer auch wissenschaftlich begleiten, auch dann – da stimmen wir wahrscheinlich überein –, wenn wir den Eindruck haben, es ist immer gut gegangen. Es gibt immer Änderungen, die wir natürlich berücksichtigen müssen.

Die gestrigen Äußerungen von Herrn Wulf Dietrich haben ein wenig Unmut erzeugt. Nüchtern betrachtet, hat er viele Elemente vorgetragen, die wir so stehen lassen dürfen. Es wird einen Antrag geben, der die Annahme des „Ulmer Papiers“ empfiehlt. Wir müssen sehen, ob die Änderungsvorschläge so weit gehen, dass das „Ulmer Papier“ nachher insgesamt noch akzeptabel ist oder ob wir es zur weiteren Bearbeitung unter Berücksichtigung der Anträge an den Vorstand überweisen. Ich gebe ehrlich zu: Ich weiß jetzt noch nicht, wie ich entscheiden soll.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kahlke. Ich erinnere nur daran, dass wir gesagt haben: Das „Ulmer Papier“, auch wenn es auf diesem Ärztetag verabschiedet wurde, gilt als Aufschlag und ist „work in progress“. Es wird weiterentwickelt. Vielleicht wird es immer „Ulmer Papier“ heißen, aber es wird Neuauflagen geben. Die Deklaration von Helsinki stammt von 1956, die letzte Auflage ist aus diesem Jahrzehnt. Es heißt immer noch „Helsinki-Papier“. Es ist aber mittlerweile schon die fünfte oder sechste Version. Insofern befinden wir uns in einem permanenten Prozess und müssen uns natürlich mit der jeweils aktuellen Politik auseinandersetzen.

Insofern wäre eine Verabschiedung heute das Richtige. Das bedeutet nicht, dass damit die Angelegenheit abgeschlossen ist, also eine endgültige Fixierung gegeben ist, sondern die Diskussion und auch die Formulierung des „Ulmer Papiers“ geht immer weiter. Das wird auch wohl in absehbarer Zeit nicht aufhören. Dies zur Erklärung, damit wir uns ganz auf den Zustand, in dem wir uns befinden, einstellen können.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Neher aus Bayern.

Dr. Neher, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Präsident, zunächst vielen Dank für das vorgelegte „Ulmer Papier“. Aber es darf – das muss uns klar sein – nicht mehr sein als ein Diskussionspapier. Es ist der geringste gemeinsame Nenner, den wir finden konnten. Wir werden aber intern enorm und viel darüber zu diskutieren haben.

Als Diskussionspapier hat es natürlich eine ganz enorme Außenwirkung. Weil dem so ist, habe ich zum „Ulmer Papier“ zwei Änderungsanträge gestellt. Bitte, liebe Kolleginnen und Kollegen, lesen Sie diese Anträge, bevor Sie darüber abstimmen. Der eine Antrag betrifft einen Zusatz zu dem Punkt „Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen“. Es handelt sich dabei um die von uns viel diskutierte Pauschale. Kurz, knapp und prägnant dazu: Die Pauschale ist der größte Feind der Transparenz, die wir ja für unsere Tätigkeit alle wollen.

(Beifall)

Sie ist leistungsfeindlich, sie wirkt demotivierend auf uns, und sie wird sich mit Sicherheit – da dürfen wir uns gar nichts vormachen – auf Dauer zum Sargnagel der von uns erbrachten Qualität entwickeln. Sie konterkariert natürlich unsere ärztliche Tätigkeit.

Wenn wir aber diese Kröte schon schlucken müssen, um zu einer Überwindung der von uns sicherlich nicht sehr geschätzten Honorarbudgetierung zu kommen, und wenn wir das so benötigen, dann führen wir das bitte auf das absolut notwendige Maß zurück.

Lesen Sie meinen Antrag bitte durch; stimmen Sie ihm zu.

Der nächste Punkt betrifft die Versorgungsforschung. Ich möchte Sie darauf hinweisen: Wir leben im Jahr 2008. Bitte verwechseln Sie es nicht: Wir reden nicht über die elektronische Gesundheitskarte, sondern von der Dokumentation von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in unseren Praxen und unter uns. Diese Dokumentation muss flächendeckend und standardisierend sein, sonst geht das nicht. Wir brauchen diese Versorgungsforschung. Das hat unser Präsident uns gestern gesagt. Dazu gibt es allerdings ein Aber. Ob mit oder ohne Geld, wir brauchen die Versorgungsforschung. Aber ohne eine klare EDV-Struktur ist dies nicht möglich. Deswegen stimmen Sie bitte für diesen Antrag.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Neher. – Jetzt bitte Herr Kollege Veelken aus Berlin.

Veelken, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das „Ulmer Papier“ hat eine lange Geschichte. Ich denke, es sollte keinen Zweifel daran geben, dass es heute verabschiedet wird. Viele Redner haben bereits gesagt, dass man vielleicht nicht zu viele Anträge stellen sollte, damit es nicht so aufwendig wird, damit nicht so viel zerredet wird. Dem ist natürlich zuzustimmen. Es fällt aber auf, dass viele derjenigen, die so etwas gesagt haben, dann doch selber eine Menge Anträge gestellt haben, die das „Ulmer Papier“ verändern sollen. Das fällt mir schon auf.

Ich möchte Ihr Augenmerk ganz besonders auf den Antrag I-1-2 aus Nordrhein lenken. Wir wissen, dass die Fragen der Finanzierung des Gesundheitswesens, wenn ich es richtig sehe, in der Bundesärztekammer herausgenommen wurden. Unter 8.2 steht im „Ulmer Papier“, dass die Einnahmebasis der GKV verbreitert werden muss. Ich finde, der Antrag I-1-2 kündigt das Bismarcksche Solidarprinzip praktisch auf. Hier soll so etwas in das Papier der Bundesärztekammer aufgenommen werden, obwohl man sich zur Finanzierung eigentlich nicht äußern will. Insofern bitte ich Sie, diesen Antrag abzulehnen. Ich finde es weder im Sinne der Finanzierung des Gesundheitswesens noch dem Ernst des „Ulmer

Papiers“ angemessen, eine so grundsätzliche Frage in dem Papier unterzubringen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Kaplan, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Das „Ulmer Papier“ ist nichts anderes als ein Diskussionspapier und ein Positionspapier der deutschen Ärzteschaft. Genau deshalb, weil es dies ist, kann es nicht zu sehr ins Detail gehen. Es muss deshalb den kleinsten gemeinsamen Nenner erstellen. Da hat Kollege Neher vollkommen recht. Das halte ich auch für nichts Schlechtes. Wir müssen uns bemühen, hier ein gemeinsames Papier zu erstellen und zu verabschieden.

In diesem Papier setzen wir uns zum einen mit der Ist-Situation auseinander, indem wir eine kritische Ist-Analyse durchführen und auch den Versorgungsbedarf festhalten. Wir halten auch die Rahmenbedingungen fest, unter denen wir uns eine vernünftige medizinische Versorgung vorstellen können, mit der Frage: wie viel Staat, wie viel Markt, wie viel Selbstverwaltung und wie viel Eigenverantwortung? Des Weiteren legen wir die Versorgungsstrukturen fest, unter denen wir diese Arbeit tun wollen. Wir zeigen also auch eine Perspektive auf, wohin es gehen soll.

Ich möchte kurz zu drei Anträgen Stellung nehmen, und zwar zunächst zu dem Antrag I-1-10 von Herrn Kollegen Bertram. Ich verstehe die Antragsteller. In diesem Bereich gibt es einige Ungereimtheiten. Ich halte es aber für falsch, wenn der gesamte Text, der aufgeführt ist, gestrichen wird. Deswegen schlage ich vor, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen, damit der Vorstand den Antrag redaktionell und inhaltlich überarbeitet.

In diesem Sinne möchte ich auch den Antrag 20, den ich mit unterzeichnet habe, an den Vorstand überweisen, damit das Thema der Praxisnetze noch Berücksichtigung finden kann.

Zum Antrag I-1-6 zum Thema Qualität und Transparenz, den Herr Kollege Jonitz und ich als Vorstandsmitglieder mit unterstützen, möchte ich darauf hinweisen, dass es nicht sinnvoll ist, wenn auf Seite 24 die Zeilen 21 bis 44 gestrichen werden. Sie sollten erhalten bleiben, allerdings redaktionell überarbeitet wer-

den. Dann sollte dieser Antrag mit berücksichtigt und eingearbeitet werden. Deshalb stelle ich den Antrag, auch diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen.

Ich bitte Sie, die Anträge, die die hausärztliche Versorgung betreffen, nämlich die Anträge 26 – Koordination von chronisch kranken Menschen –, 28 zum Thema Palliativmedizin und 24 – Prävention in der hausärztlichen Praxis –, zu unterstützen.

Auf jeden Fall ist es wichtig, dass wir heute das „Ulmer Papier“ verabschieden. Ich möchte Sie bitten, dieses „Ulmer Papier“ möglichst einstimmig zu verabschieden. Wir müssen ein Signal an die Politik geben. Wir müssen uns in die Diskussion darüber, wie die Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren ausschauen soll, einbringen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

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

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Erlauben Sie mir einen kurzen Rückblick. Wer vorgestern die KBV-Vertreterversammlung beobachtet hat, hat vielleicht genauso empfunden wie ich und viele andere: Ich habe mich geärgert, und ich habe mich geschämt. Ich habe mich geschämt wegen der Sprachlosigkeit dieser Kurie. Das war eher eine Vertreterversammlung einer Schlafwagengesellschaft. Das muss man sagen, wenn man frühere Vertreterversammlungen der KBV erlebt hat. Das war damals eine ganz andere Diskussionskultur.

Geärgert habe ich mich vor allen Dingen über das Wegwischen von ernsthaften Einwänden gerade der Delegierten aus Westfalen-Lippe. Man kann nicht einfach sagen: Das ist alles schon unterschrieben. Dann frage ich mich: Wer hat es denn unterschrieben?

Herr Köhler sagt: Wir bauen Windmühlen und keine Mauern. Statt Mauern gegen die Politik, gegen unsinnige Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, gegen IQWiG und vieles andere, was uns in der niedergelassenen Praxis bewegt, baut er Windmühlen. Ich komme mir als niedergelassener Arzt ebenso wie viele andere Kollegen so vor, als seien wir in diesem System nur noch Don Quichottes. Statt sich als treibende Kraft zu einem zukunftssicheren und zukunftsfähigen System zu generieren, hängt das KBV-Modell von dem

Zug der niedergelassenen Ärzte jetzt gerade die hoch spezialisierten Ärzte ab. Man fragt sich, was der nächste Waggon sein wird. Man wird sich dann vielleicht nicht mehr wundern müssen, wenn hinter der Dampflok nur noch der Tender hängt. Man muss sich dann fragen, wer dann noch die Kohle in den Tender schaufelt.

Die meisten werden sich fragen, wie man querdenkend solche Gedanken weiterverfolgen kann oder ob es nicht besser ist, vielleicht statt dieser Dampflok einen ICE davorzuspannen.

Diese Rolle der KBV als Interessenvertretung müssen offensichtlich zunehmend die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern übernehmen. Das muss sich meines Erachtens, Herr Präsident, mehr in dem „Ulmer Papier“ widerspiegeln. Wir müssten uns als niedergelassene Ärzte deutlicher wiederfinden.

Deswegen sollte man sich vor einer endgültigen Fassung mit der anderen Körperschaft in Verbindung setzen und versuchen, eine gemeinsame Formulierung zu finden.

Im Übrigen möchte ich Ihnen aus niedergelassener Sicht die beiden Anträge 30 und 31 aus Westfalen-Lippe zur Zustimmung empfehlen. Die Erfüllung dieser Forderung würde das „Ulmer Papier“ zukunftsfähiger und aussagekräftiger machen.

Bei allen anderen Änderungsanträgen zum „Ulmer Papier“ sollte man berücksichtigen, dass die notwendige Überarbeitung und Straffung dieses Papiers erfordert, dass viele Zusätze, die jetzt gefordert werden, nicht aufgenommen werden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Munte aus Bayern.

Dr. Munte, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrter und geschätzter Herr Kollege Hoppe! Die Wortmeldung von Herrn Junker war eine Steilvorlage, weil ich feststellen möchte: Wir haben eine Körperschaft KV. Diese Körperschaft ist eine tragende Säule der freien Ärzteschaft. Ich fand es hervorragend, Herr Hoppe, dass Sie gestern festgestellt haben, dass dieser durch Gesetze gefesselte Riese entweder vom Gesetzgeber

wieder auf sichere Beine gestellt werden sollte oder wir erleben müssen, wie er in den nächsten Jahren nach und nach verschwinden wird. Ich meine, wenn er verschwindet, ist das zum Schaden der gesamten freien Ärzteschaft, auch wenn viele mit Recht Kritik an dieser Organisation üben.

(Beifall)

Die Organisation ändert sich, sie steht im Wettbewerb. Aber sie soll im Wettbewerb auch Chancen haben.

Weil die KBV gefesselt und im Augenblick relativ stark mit sich selbst und mit ihrem Überleben beschäftigt ist, haben wir wenig bzw. gar nichts in das „Ulmer Papier“ einbringen können. Deswegen, Herr Hoppe, hat die Vertreterversammlung einen einzelnen Beschluss gefasst, dass dieses „Ulmer Papier“ doch eine Diskussionsgrundlage sein möge für die Weiterentwicklung – das wurde hier bereits gesagt, auch von Ihnen selbst –, dass in Zukunft alle Organisationen einbezogen werden sollen, auch die KBV und die KVen.

Ich habe den Antrag gestellt, den zweiten Absatz zu streichen:

> *Von einer endgültigen Verabschiedung des Ulmer Papiers … wird Abstand genommen.*

Sie haben ja selbst gesagt, Herr Hoppe, dass es ein Diskussionspapier ist, dass es ein Grundlagenpapier ist, das aufgrund der Anträge verändert wird.

Es sollte irgendwo in den Text eingefügt werden, dass klar ist, dass die KBV, die KVen und andere Organisationen, wie beispielsweise die Berufsverbände, mehr einbezogen werden sollen.

Ich habe noch folgende Anmerkung zu machen. Das „Ulmer Papier“ ist sehr zukunftsweisend und zeigt, wo wir stehen, wo wir uns befinden. Aber es zeigt eines nicht auf: dass wir auch Fehler machen. Ein bisschen Selbstkritik sollte enthalten sein. Warum haben wir im KV-System und auch in den Kammern Schwierigkeiten bei der Politik? Weil wir oft zu wenig unsere eigenen Fehler erkennen. Das ist hier nicht zu diskutieren, aber wir sollten einmal darüber sprechen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich habe Sie jetzt so verstanden, dass der zweite Satz des Antrags 5 gestrichen werden soll, der lautet:

Von einer endgültigen Verabschiedung des Ulmer Papiers auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm wird Abstand genommen.

Der Antragsteller selber hat verkündet, dass er das möchte. Damit ist das schon geschehen. Darüber brauchen wir gar nicht mehr abzustimmen. Dieser Satz ist nicht mehr vorhanden. Damit bekommt der Antrag natürlich ein ganz anderes Gesicht.

Der nächste Redner ist Herr Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Antrag von Herrn Dr. Montgomery provoziert mich, dazu ein Wort zu sagen. Ich denke, der Vorstand hat gut daran getan, die Frage der Finanzierung aus dem „Ulmer Papier“ herauszunehmen. Ich glaube, es wäre nicht richtig, diese Frage auf dem Umweg über einen Änderungsantrag festzulegen, sozusagen durch die Hintertür. Ich bin aber sehr wohl der Meinung, es wäre sinnvoll, dies auf dem nächsten Ärztetag zu einem eigenen Tagesordnungspunkt zu machen und dann in Ruhe darüber zu diskutieren.

Ich möchte zu zwei Dingen im Sinne der Selbstkritik Stellung nehmen: Wo könnten wir Ärzte etwas ändern, was in dem „Ulmer Papier“ zu kurz kommt? Das eine ist die Frage der Krankenhausärzte. Im Text heißt es dazu nur:

Im einzelnen Krankenhaus sind die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Hierzu zählt an vorderster Stelle ein … Bürokratie-Abbau.

Das ist völlig richtig. Aber ein solcher Text fällt natürlich weit hinter das zurück, was wir auf vielen Ärztetagen – Herr Hoppe hat mich auf dem vorjährigen Ärztetag belehrt: seit Westerland – immer wieder beschlossen haben. Es geht um eine Veränderung der Personalstruktur, die zu Frustrationen bei den jungen Krankenhausärzten führt. Die steile Hierarchiepyramide muss endlich irgendwo geschlossen werden. Da könnten die Ärzte sehr wohl etwas tun und mithelfen.

Der zweite Punkt betrifft die hausärztliche Versorgung. Da heißt es in dem Papier:

Ambulante Versorgungsengpässe sind am dramatischsten in der hausärztlichen Versorgung …

Das ist richtig. Was können wir Ärzte tun, um die hausärztliche Versorgung zu verbessern? Das Erste, was wir tun könnten und müssten, wäre, eine Weiterbildungsordnung zu haben, die im gesamten Bundesgebiet gleich ist, sodass

die jungen Kollegen endlich Sicherheit haben, wie sie ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, in der hausärztlichen Versorgung absolvieren können.

(Beifall)

Dies ist ein Appell an uns selbst.

Im Übrigen bitte ich Sie natürlich, auch dem Antrag 1-13 zuzustimmen, den ich gemeinsam mit Herrn Professor Dietrich – er ist nicht als Autor mit aufgeführt – gestellt habe, sozusagen noch eine Präambel im Prolog unterzubringen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

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

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Die Folgen für das, was wir tun, sind so gravierend, dass es etwas schwierig ist, dem richtig zu folgen. Jedenfalls geht es mir so; Ihnen möglicherweise auch. Ich habe im Antrag 10 gelesen, dass einiges gestrichen werden soll. Ich habe mir die Mühe gemacht, zu kontrollieren, was dann übrig bleibt. Unter der Überschrift „Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen bereitstellen“ bleiben der Hausarzt und die Schwester Agnes übrig. Der Facharzt ist weg. Das ist peinlich; das können wir doch nicht tun. Ich habe heute Morgen gesucht, wo es Anträge gibt, wo das vielleicht systematisch und für mich und den normalen Bürger verständlich enthalten ist. Ich habe es nicht so richtig gefunden.

Deswegen habe ich mir erlaubt, zwei Anträge zu formulieren, die umgedruckt werden, wonach die fachärztliche Versorgung an zwei Stellen eingefügt wird. Auf Seite 18 soll es in Zeile 6 heißen:

> *Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche Versorgung …*

Auf Seite 20 soll in Zeile 10 ergänzt werden:

> *Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden.*

Das ist letztlich unstrittig.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Nerz, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte eine kurze Anmerkung zum Antrag I-1-7 der bayerischen Kollegen Neher und Rechl machen, der Ihnen vorliegt und vorher bereits kurz erwähnt wurde. Ich halte den Ruf nach einer flächendeckenden Einführung standardisierter EDV-Strukturen, die Vernetzung aller Praxen für höchst bedenklich.

(Beifall)

Meines Erachtens ist nicht nur der viel diskutierte zentrale Server der eCard nicht unproblematisch, sondern auch sonstige EDV-Strukturen, die die Praxis über das Internet oder auch das Intranet nach außen öffnen. Es ist dabei egal, ob man glaubt, die Übermittlung von Daten zur KV unbedingt zu brauchen – oder wie beim Hausarztvertrag in Baden-Württemberg ohne KV –, ob man sie zur Versorgungsforschung braucht oder für die ungeliebte eCard.

Ein solches System ist von außen her eben doch immer anfällig. Wer behauptet, ein solches System könne absolut sicher sein oder sicher gemacht werden, lügt ganz bewusst.

(Beifall)

Jeder Informatiker wird Ihnen bestätigen: Es gibt keinen Code, der nicht zu knacken ist. Ich bin seit nun bald 20 Jahren als HNO-Arzt niedergelassen. Seit 20 Jahren ist meine Praxis intern vernetzt, intern papierlos. Ich denke, ich bin nicht EDV-feindlich. Unser Praxisnetz ist aber ganz bewusst ohne Anschluss und ohne Öffnung nach außen.

Ich halte auch die jetzt vorgesehene Übermittlung der Abrechnungsdaten per EDV-Datenleitung an die KV für nicht unproblematisch, weil viele Fragen zur Sicherheit, aber auch vergleichsweise ganz banale Fragen zur Überlastung der Leitungen nicht ausreichend geklärt sind.

Ich bitte Sie, die geschilderte Problematik zu überdenken und zu bedenken, nicht nur im Zusammenhang mit dem jetzt zur Abstimmung anstehenden Antrag.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Nerz. – Jetzt Herr Kollege Zöllner aus Bayern.

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte ebenfalls zu den Anträgen 6 und 7 sprechen. Ich möchte Sie im Zusammenhang mit dem Antrag 6, in dem es um die EDV-Vernetzung geht, auf unser Telematikpapier hinweisen, über das wir bald diskutieren werden. Dort findet sich ein treffender Kommentar:

> *… muss hinter der Forderung nach Transparenz allzu oft weniger der Wunsch nach Förderung der Patientenautonomie oder verbesserter Versorgung als vielmehr der Wunsch nach dem gläsernen Patienten wie auch dem gläsernen Arzt … zum Zwecke der Steuerung des Behandlungsgeschehens vermutet werden.*

Damit ist eigentlich alles zu diesem Antrag gesagt.

Im Übrigen: Wer glaubt, dass die EDV und öffentliche Server sicher sind, möge sich im Internet einmal auf die Seite des Chaos Computer Clubs begeben. Es wäre eine Anregung, vielleicht einmal einen der kompetenten Menschen von dort als externen Redner einzuladen.

(Beifall)

Dann wüssten Sie, wie sicher diese Einrichtungen sind.

Im Antrag 7 taucht der Begriff – ich liebe diese wunderschönen englischen Ausdrücke – „pay for performance“ auf. Mein Vater ist Künstler. Er macht öfter mal eine Performance; das hat immer etwas mit Klamauk zu tun.

Ich bringe die Qualität nicht deswegen – ich hoffe, das ist bei den meisten Kollegen so –, weil ich Geld dafür bekomme, sondern weil ich das Bestreben habe, meine Patienten optimal zu versorgen. Ich bin kein Zirkuselefant, der sich auf den Kopf stellt, nur weil er hinterher ein Stück Brot bekommt, sondern ich möchte meine Patienten optimal versorgen. Deswegen bitte ich Sie, diesen Antrag genauso wie den Antrag hinsichtlich der EDV-Vernetzung abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zöllner. – Jetzt Herr Kollege Scheiber aus Thüringen.

Dr. Scheiber, Thüringen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie auf Seite 11 des „Ulmer Papiers“ hinweisen. Dort geht es um die Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe. In den Zeilen 36 bis 45 wird ausgeführt, dass es Nurse Practitioner mit Direktzugang zum Leistungssystem geben soll. Ich finde nicht, dass dies die Position der Ärzteschaft ist.

(Beifall)

Das sind Vorgaben, die das Sachverständigengutachten empfiehlt. Wir sollten solche Vorgaben nicht unkritisch in das „Ulmer Papier“ aufnehmen. Deshalb bitte ich Sie, alle Anträge zu unterstützen, die davon ausgehen, dass diese Passage gestrichen wird.

(Beifall)

Die Ärzteschaft darf nicht den Eindruck erwecken, dass sie über die Delegation hinaus der Substitution unter irgendwelchen Bedingungen zustimmen würde.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Scheiber. – Jetzt bitte Herr Kollege von Knoblauch aus Hessen.

Dr. Knoblauch zu Hatzbach, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Präsident, ich darf Ihnen auch von dieser Stelle aus ausdrücklich für Ihren gestrigen Vortrag danken. Ich darf in diesem Zusammenhang auf Herrn Kahlke verweisen, der die wichtigsten Punkte der Arzt-Patienten-Beziehung hervorgehoben hat, die Sie gestern erwähnt haben. Die Arzt-Patienten-Beziehung bestimmt unser Handeln. Prolog und Epilog des „Ulmer Papiers“ zusammen mit Ihrem Vortrag, Herr Präsident, anlässlich der gestrigen Eröffnungsveranstaltung geben sehr klar die Standpunkte der Ärzteschaft wieder. Im Grunde genommen bedürfen sie keiner weiteren Kommentierung.

Es ist aber sicherlich notwendig, wie wir sehen, dass einzelne Dinge im „Ulmer Papier“ etwas weiter ausgeführt werden, indem wir Vorstellungen zur Versorgung und Finanzierung entwickeln. Es ist unsere Pflicht als Ärzte, diese Vorstel-

lungen vorzutragen und dazu Stellung zu nehmen. Dies kann aber nur unter Berücksichtigung und Wahrung der Arzt-Patienten-Beziehung geschehen.

Aber wir können Entwicklungen nicht voraussehen. Deswegen sollten wir sie auch nicht in manchen Dingen festschreiben. Die Vorschläge zu einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, die bereitgestellt werden muss, richten sich häufig nach momentanen Situationen, so wie im „Ulmer Papier“ auf Seite 20 festgelegt. Das sollten wir nicht tun, weil wir beispielsweise unter der Entwicklung der Arztzahlen nicht sehen können, was morgen sein kann. Insofern sollten wir uns hier nicht Fesseln anlegen, die wir morgen nicht abschütteln können. In diesem Zusammenhang bitte ich Sie, die entsprechenden Anträge zu unterstützen.

Auch zur Finanzierung sollten wir sicherlich Stellung nehmen, aber nicht in der ausführlichen Art, dass wir Vorschläge machen, wie es denn zu sein hat. Das ist nicht unsere Aufgabe. Wir müssen diejenigen, die in Politik und Gesellschaft dafür verantwortlich sind, dazu verpflichten, dass sie das Gesundheitssystem in die Lage versetzen, auch in Zukunft die Bevölkerung, unsere Patienten, zu versorgen. Wir können verschiedene Vorschläge machen, aber wir müssen erwarten, dass andere dies umsetzen und wir letztlich in der geforderten Arzt-Patienten-Beziehung unsere Arbeit tun können.

In diesem Zusammenhang bitte ich Sie, den Antrag 1-2 zu Seite 20 im „Ulmer Papier“ zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kollege von Knoblauch. Ich möchte etwas sagen, was für die Technik wichtig ist. Anträge, die mehrere Punkte, die geändert werden sollen, enthalten, müssen, weil mit der EDV gearbeitet wird, aufgegliedert werden. Daraus müssen Einzelanträge gemacht werden, damit sie den entsprechenden Passagen zugeordnet und EDV-technisch verarbeitet werden können, je nachdem, wie darüber abgestimmt wird. Es kann sein, dass sich die Verteilung der Anträge in der neuen Form etwas verzögert.

Das ist bei der neuen Technik notwendig. Früher haben wir das mit dem Kopf gemacht, da war es möglich, auf dem Wege des reinen Denkens zu einer Lösung zu kommen. Aber jetzt haben wir die EDV. Sie ist nicht stärker als das, was wir einfüttern. Deshalb geht es nur so. Das wollte ich noch erklären.

Der nächste Redner ist Herr Bertram aus Nordrhein. Bitte schön, Herr Kollege Bertram.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe bereits gestern zu Seite 20 hinsichtlich der sektorübergreifenden Kooperationsformen, der Problematik des KBV-Papiers und der Strukturierung der ambulanten Versorgung gesprochen. Ich habe die Streichung des Textes beantragt. Ich möchte das ebenso wie die anderen Antragsteller aufrechterhalten. Trotzdem ziehen wir unseren Antrag zurück und reichen eine Alternative ein, nämlich einen Text, den wir in Nordrhein bereits diskutiert haben.

Das Problem ist, dass dieses KBV-Papier nur eine Bestandsaufnahme der derzeitigen Situation bietet und viele Aspekte nicht beachtet. Den Text, den wir auf unserer Kammerversammlung in Nordrhein diskutiert haben und der eine sehr breite Unterstützung fand, bekommen Sie gleich als Umdruck ausgehändigt. Wir bitten um Ihre Unterstützung.

Es ist ein Text, der die derzeitige Situation beschreibt und auch Zukunftsperspektiven bietet, die schon jetzt sinnvollerweise im „Ulmer Papier“ stehen. Ich denke, dieser Antrag kann eine breite Unterstützung finden.

Es ist immer schwierig mit neuen Texten. Wir haben uns mit vielen Kollegen aus anderen Kammern unterhalten. Sie werden auch viele Antragsteller bei diesem Antrag finden. Ich bitte Sie sehr, sich diesen Text durchzulesen und zu verabschieden. Das ist ein Punkt, den die meisten Kollegen unterstützen können, vor allem die Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich.

Wir brauchen eine breite Unterstützung des „Ulmer Papiers“. Anderenfalls schwächen wir uns als Bundesärztekammer. Deshalb darf auf keinen Fall der bisherige Text der Seite 20 bestehen bleiben, weil er bei den niedergelassenen Kollegen erheblichen Unmut erzeugt hat. Deswegen bitte ich Sie, unseren geänderten Antrag zu unterstützen. Wir ziehen den Antrag 1-10 zurück.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Bertram. – Die nächste Rednerin ist unsere Vizepräsidentin Frau Kollegin Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich spreche als Mitglied des Teams, das dieses Papier verfasst hat, bewusst am Ende der Diskussion. Ich wollte die Diskussion an mir vorbeiziehen lassen und sehen, wie wir damit umgehen. Ich möchte Ihnen ganz ausdrücklich danken für die hochrangige und konstruktive Diskussion zum „Ulmer Papier“, die wir hier führen. Wir haben uns nicht zerfleischt, wir haben es nicht

abgelehnt, sondern es scheint sich abzuzeichnen, dass wir sagen: Auf die Positionierungen, die dort niedergelegt sind, können wir uns erst einmal einigen, haben aber diverse Änderungsvorschläge, die wir in dem Team, welches das „Ulmer Papier“ erarbeitet hat und weiter tätig sein wird, weiter bearbeiten.

Ich freue mich, dass wir der Öffentlichkeit signalisieren können: Wir stehen zusammen hinter dem Arztbild, das dieses Papier repräsentiert, das auch die Grundlage für die Diskussion in den nächsten Tagen sein kann, wenn wir über unsere Rolle in der Zukunft, über die Kooperation der Gesundheitsberufe etc. diskutieren. In diesem Rahmen müssen wir auch das „Ulmer Papier“ sehen.

Wir müssen im Vorwahlkampf zeigen, wo wir stehen. Ich glaube, dass wir durchaus etwas zur Finanzierung sagen können. Wenn wir den Teil A verabschieden, dann können wir auch den Teil B verabschieden. Wir können heute beides verabschieden. Ich würde mich freuen, wenn das so geschähe.

Ich möchte Ihnen signalisieren, dass wir jetzt zusehen müssen, wie wir mit den Änderungsvorschlägen umgehen. Das ist ja der Hauptpunkt. Wir haben zwei Möglichkeiten: Entweder stimmen wir einzeln über die Anträge ab und schauen, wo sich Mehrheiten finden, oder Sie haben das Vertrauen in den Vorstand und in das Redaktionskollektiv, dass Sie sagen, wir verweisen etliche der Änderungsanträge an den Vorstand zurück und schauen, dass er sie ordentlich einarbeitet, und zwar in dem Sinne, wie sich hier Mehrheiten finden.

(Beifall)

Kein Kapitel ist so oft umgeschrieben worden wie dasjenige, das die Versorgungsstrukturen betrifft. Das ist die ominöse Seite 20. Ich war dafür zuständig und war ganz traurig, dass es nicht gelungen ist, in diesem Punkt ein tragfähiges Papier zu erstellen, zumal ich mir von der Vertreterversammlung am Montag erhofft hatte, dass von dort etwas kommt, was wir hier als Diskussionsgrundlage benutzen können. Das ist aber nicht geschehen.

Aber wir haben ja das Angebot all derjenigen, die sich mit diesen Problemen befassen, noch einmal in eine strukturierte Diskussion über die Versorgungsstrukturen der Zukunft einzutreten. Das möchte ich aufgreifen. Wir sollten alle Anregungen, die gegeben wurden, anschauen und dann im Vorstand diskutieren, um Ihnen anschließend dieses Papier in geänderter Version vorzulegen.

Wir sollten das Papier heute also in Einigkeit verabschieden und nach außen hin demonstrieren, dass wir uns einig sind. Dann sollten wir die Änderungen vom Vorstand einarbeiten lassen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Herr Kollege Dehnst aus Westfalen-Lippe.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte über Wettbewerb und Qualität zu Ihnen sprechen. Der Konflikt zwischen Politik und Ärzteschaft hinsichtlich Wettbewerb und Qualität ist wahrscheinlich so alt, wie es beides zusammen gibt. Die älteste schriftliche Überlieferung reicht 3 700 Jahre zurück. Hammurabi, der Stadtfürst in Babylon, hat dort in Stein meißeln lassen, wie unerwünschte Behandlungsergebnisse nach dem Motto „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ zu sanktionieren sind. Es hat sich seitdem nicht so ganz viel geändert.

Dennoch hat sich durch solche Einmischungen und auch aus innerärztlichem Antrieb heraus ein Qualitätsmanagement entwickelt, welches von Hippokrates bis zu den modernen Konzepten der Qualitätssicherung mit Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Patientensicherheit reicht. Vor diesem Hintergrund ist mir in diesem „Ulmer Papier“ die Darstellung der Qualitätssicherung unter dem Titel „Qualitätswettbewerb fordern“ insgesamt zu wenig als genuine Aufgabe der Ärztekammern dargestellt und zu wenig prägnant herausgearbeitet. Im Gegenteil, unter dem Titel „Budgetmedizin“ taucht Folgendes auf:

> *Sie*

– gemeint sind das Qualitätsmanagement und die Nationalen Versorgungsleitlinien –

> *reichen jedoch sicher nicht aus, um die Mittelknappheit zu überwinden.*

Ist dies nicht die Übernahme der Denkweise aus der Politik, bei der das Qualitätsmanagement als Instrument zur Kompensation eines Mangels degradiert wird?

(Beifall)

Zum Wettbewerb möchte ich Folgendes sagen. Dieser hat für mich drei Dimensionen. Wettbewerb ist der Ärzteschaft seit eh und je vertraut, und zwar der Wettbewerb in der Entwicklung von medizinischen Methoden und deren Implementierung. Diesen Wettbewerb müssen wir fordern. Dieser Wettbewerb kostet Geld und Ressourcen.

Es gibt eine zweite Dimension des Wettbewerbsgedankens, und zwar den Wettbewerb der guten Qualität. Auch dieser kostet primär zunächst einmal Geld, bevor er möglicherweise zu Einsparungen führt.

Die Politik degradiert den Wettbewerbsgedanken einzig in die ökonomische Richtung. Deshalb, meine ich, müssen wir diesen Begriff des Wettbewerbs deutlicher und prägnanter herausarbeiten.

Was möchte ich Ihnen insgesamt sagen? Wir sind hier 250 Delegierte im Wettbewerb, ihre eigenen Vorstellungen zur Gesundheitspolitik zu manifestieren. Es droht insgesamt ein Flickenteppich mit 250 Autoren. Ich möchte an die Delegierten appellieren: Folgen Sie den Anträgen 30 und 33 aus Westfalen-Lippe, und implementieren Sie die Methode der Szenariotechnik, mit deren Hilfe isolierte Vorstellungen über positive und negative Veränderungen einzelner Entwicklungsfaktoren in der Zukunft zu umfassenden Bildern und Methoden zusammengefasst und kommunizierbar werden.

An den Vorstand möchte ich appellieren: Greifen Sie die Anregungen auf, betrachten Sie das „Ulmer Papier“ als Beginn einer Entwicklung, dampfen Sie es zusammen, und entlassen Sie nicht die Politik aus ihrer Verantwortung für die Finanzierung.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dehnst. – Der nächste Redner kommt ebenfalls aus Westfalen-Lippe; es ist deren Vizepräsident, Herr Kollege Reinhardt.

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wer das mediale Interesse auf die gestrige Eröffnungsveranstaltung verfolgt hat, wird festgestellt haben, dass es deutlicher und reger war als in den vergangenen Jahren. Insofern möchte ich uns alle anregen, die Debatte um die Priorisierung dringend fortzuführen. Ich danke Ihnen, Herr Professor Hoppe, dass Sie die Debatte in dieser Form vor dem Ärztetag angestoßen haben. Wir haben den Nerv der Gesellschaft an dieser Stelle getroffen. Wir müssen quasi auf diesem Nerv weiterarbeiten.

Ich darf Sie ausdrücklich ermuntern, auf dem Klavier, auf dem Sie gestern schon ein paar Tasten sanft angeschlagen haben, als Sie Frau Schmidt angekündigt haben, dieses Thema auch im Wahlkampf weiter zu bearbeiten, weiterzuspielen.

(Beifall)

Zu Ulla Schmidt folgende Bemerkung. Dass die Bundesgesundheitsministerin den Gesundheitsfonds als notwendig verteidigt und als etwas Richtiges und Gutes anpreist, gleichzeitig den Vertrag in Baden-Württemberg zur hausarztzentrierten Versorgung, der den Fonds im Grundsatz unterläuft, als beispielhaft aufgreift, hat schon Charme aus dem Munde einer Bundesgesundheitsministerin.

(Beifall)

Als internes Diskussionspapier für uns hier heute ist das vorgelegte „Ulmer Papier“ sehr geeignet. Es ist ein Papier mit vielen guten Feststellungen, allerdings ohne einen echten roten Faden. Es ist als Positionsbestimmung gegenüber der Politik und der interessierten Öffentlichkeit völlig ungeeignet. Ich glaube, dass wir das Zweite, nachdem wir das Erste geleistet haben, ebenso dringend benötigen.

Im Rahmen dieser externen Positionsbestimmung mache ich Sie auf den Antrag I-1-21 zum Sachleistungsprinzip aufmerksam, in dem wir die Abkehr vom Sachleistungsprinzip fordern. Das Sachleistungsprinzip ist ein zentrales Instrument im Rahmen des unbegrenzten Leistungsversprechens und stellt den Hintergrund für die implizierte Rationierung, die wir täglich in den Praxen erleben und die wir zu Recht anprangern, dar.

Wir meinen, insofern ist es hohe Zeit, das Sachleistungsprinzip zu verlassen und zu einer Kostenerstattung zu kommen. Das Sachleistungsprinzip ist ein entmündigendes Moment. Unter dem Deckmantel der Fürsorge werden die Bürger in ihrer Daseinsvorsorge entmündigt. Es gibt viele Beispiele in der sozialen Hilfe, beispielsweise das Wohngeld, das Kleidungsgeld, wo dezidiert Geldleistungen gegeben werden, weil Sachleistungen dort als Almosen diffamiert werden. Im Gesundheitswesen wird die Intransparenz durch das Sachleistungsprinzip aufrechterhalten, und wir werden an der Nase herumgeführt.

(Beifall)

Insofern plädieren wir ausdrücklich für das Verlassen des Sachleistungsprinzips zugunsten einer Kostenerstattung, die sich sozialverträglich und sozial gestalten lässt. Da muss man ein wenig die Fantasie spielen lassen. Sie stellt die adäquate Basis für alle Honorierungsfragen in einem freien Beruf dar – siehe andere freie Berufe –, und sie ist die Basis einer Arzt-Patienten-Beziehung, die auf Selbstständigkeit und Mündigkeit gründet.

Ich danke Ihnen fürs Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Reinhardt. – Als Nächster Herr Kollege von Zastrow. Er kommt aus Niedersachsen.

Dr. von Zastrow, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Delegierte! Ich spreche zum Antrag 43. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat als dritte Säule neben dem stationären und dem ambulanten Bereich wichtige Aufgaben im Rahmen der Seuchenhygiene und der Gesundheitsberichterstattung, um diese beiden Bereiche nur beispielhaft anzuführen. Es kann nicht im Interesse der Ärzteschaft sein, dass diese Aufgaben in zunehmendem Maße von anderen Berufsgruppen besetzt werden, die es in vielfältigem Umfang gibt. Deshalb halten wir es für wichtig, sicherzustellen, dass diese Aufgaben gestärkt werden und nicht den allgemeinen Sparbemühungen der öffentlichen Haushalte zum Opfer fallen.

Deswegen bitten wir um Zustimmung zum Antrag 43. Der Sache nach geht der Antrag in eine ähnliche Richtung wie der Antrag 16 der Kollegin Albrecht aus Sachsen.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Zastrow. – Als Nächster Herr Kollege Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte zu einem Antrag sprechen. Aber bevor ich das tue, erlauben Sie mir eine Bemerkung. Ich habe gestern relativ scharf Herrn Hoppe und seinen Vortrag sowie das „Ulmer Papier“ kritisiert. Ich habe nicht unbedingt viel Beifall von Ihnen erhalten. Das bin ich gewohnt. Ich bin auch gewohnt, was hinterher geschah, nämlich dass sehr viele Kollegen zu mir kamen und sagten: Mensch, Dietrich, das war eigentlich gar nicht so schlecht, das stimmt sogar! Wir haben eine Überversorgung, wir haben Fehler im System. Es fehlt an Selbstkritik im „Ulmer Papier“.

Meine Damen und Herren, da komme ich mir ein bisschen vor wie der Hofnarr, der früher die Wahrheiten sagen durfte, und alle guckten zu und warteten, ob er geköpft wird oder seine Belohnung erhält. Ich bin nicht ganz sicher, ob ich eine Belohnung erhalte; dieses Gefühl habe ich nicht. Aber ich habe das Gefühl, dass hier sehr viel Unehrlichkeit herrscht und dass hier Selbstkritik fehlt, dass niemand in der Lage ist, zu sagen, es stimmt, wir machen zu viel Medizin, wir

machen falsche Medizin, wir machen Medizin, weil sie Geld bringt, nicht weil sie dem Patienten nutzt.

Das sind ganz einfache Wahrheiten, die man auch nach außen hin aussprechen muss.

(Zurufe)

– Sehen Sie, genau das ist es: Da wird „Aufhören!“ gerufen. Das wollen Sie halt nicht hören, Sie wollen sich selber den Bauch streicheln und meinen, dass Sie damit in der Öffentlichkeit irgendwo etwas erreichen. Herr Kollege, da liegen Sie falsch, so werden Sie nie irgendwo weiterkommen.

Ich möchte zu einem Antrag sprechen, den ich zusammen mit Herrn Pickerodt gestellt habe. Danach soll der erste Satz des „Ulmer Papiers“ lauten:

> *Im Bewusstsein, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind, dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen, beschließt der 111. Deutsche Ärztetag die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft „Ulmer Papier“.*

(Beifall)

Ich denke, mit dieser Klarstellung würden wir uns ganz eindeutig positionieren, indem wir sagen: Das Gesundheitswesen ist keine Gesundheitsindustrie, die Patienten, Krankheit und Gesundheit dürfen nicht Geschäftsgegenstand sein. Das kommt zwar im „Ulmer Papier“ vor, aber gleichzeitig wird die Marktwirtschaft als eine Möglichkeit der Organisation des Gesundheitswesens anerkannt. Es wird zwar kritisiert, dass Geld gemacht wird, aber gleichzeitig wird die private Versicherungswirtschaft gefordert. Gleichzeitig werden IGeL-Leistungen in einem etwas geordneteren Rahmen gefordert. Gleichzeitig taucht das, was immer wieder durch die Presse geht, auf: Wir müssen rationieren, der Staat ist dafür da, die Rationierung zu definieren und dafür vielleicht auch zu zahlen.

Ich glaube, mit einer solchen Präambel zum Prolog würden wir klarstellen, wo die Ärzteschaft steht. Das stünde uns gut an.

Danke sehr.

(Beifall)

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

Dr. Pfetsch, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte vorausschicken: Nach 25 Jahren ärztlicher Tätigkeit bin ich zum ersten Mal auf einem Deutschen Ärztetag. Mir hat einiges ganz gut gefallen, vor allem die Rede unseres Präsidenten gestern Vormittag. Vielen Dank, Herr Professor Hoppe. Ich glaube, was da zum Arzt-Patient-Verhältnis gesagt wurde, war allen Kolleginnen und Kollegen aus dem Herzen und den Bürgern aus Deutschland in die Herzen gesprochen.

Einige Dinge verstehe ich als Neuling allerdings nicht so ganz. Vielleicht liegt das auch daran, dass man eine rosarote Brille aufhat, wenn man zum ersten Mal auf einem Deutschen Ärztetag ist. Ich habe es so empfunden, dass das „Ulmer Papier“ im Grunde genommen ein Konsenspapier ist. Bei so vielen verschiedenen Interessengruppen ist ganz klar, dass jeder bei gemeinsamen Beschlüssen Kompromisse machen muss. Ich möchte mich den Ausführungen von Herrn Kaplan und Frau Goesmann anschließen.

Ich möchte bemerken, dass ich die Begrenzung der Redezeit gut finde. Deshalb will ich mich kurzfassen.

Ich glaube, es ist wichtig, dass wir am Ende dieser Woche über eine ganz klare Botschaft verfügen. Ich komme aus einer Praxisgemeinschaft, aus einem Ärzteteam, versorgungsbereichübergreifend, in einer Kleinstadt in Westfalen-Lippe. Ich kann Ihnen zumindest sagen, was in dem Ärzteteam, in dem kleinen Ärztenetz und auch in dem Gesundheitsnetz vor Ort erwartet wird. Ich habe einen klaren Auftrag: Ich muss am Ende dieser Woche eine Botschaft mit nach Hause bringen.

Es gab einmal einen sehr kompetenten Steuerpolitiker namens Merz. Er hat einmal gesagt: Eigentlich muss das alles auf einen Bierdeckel passen. Mein Wunsch ist, dass das, was man am Ende der Woche mit nach Hause nehmen kann, auf einige DIN-A4-Seiten passt. Diese Botschaft muss sowohl von unseren Kollegen draußen, die wir vertreten, als auch von der Presse – das halte ich für ganz wichtig – und natürlich auch von den Bürgern unseres Landes verstanden werden.

Mich hat ein bisschen traurig gestimmt, dass das Sektorendenken nicht aufhört. Ich hatte vor Kurzem einen Kollegen aus Thüringen zu Besuch und einen Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern. Ich wäre froh gewesen, sie hätten hier einmal ihre Geschichte erzählt. Wir haben vor einiger Zeit gedacht, es wäre schön, die Punktwerte aus Bayern und Baden-Württemberg zu haben. Ich möchte das aber nicht den Kollegen aus Bayern und Baden-Württemberg weg-

nehmen, sondern ich hätte gern für alle einen Punktwert von 5,11 Cent. Diese 5,11 Cent spielen offensichtlich gar keine Rolle mehr. Das wundert mich ein wenig. Ich glaube, hier muss Butter bei die Fische.

Ich halte es für sehr sinnvoll, die Änderungsanträge an den Vorstand zu überweisen, damit sie dort bearbeitet werden. Auf keinen Fall darf am Ende ein zerfleddertes „Ulmer Papier“ übrig bleiben.

Meine Bitte an uns alle lautet, einfach zu versuchen, die Anträge auf das zu begrenzen, was unsere Botschaft sinnvoll ändert.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Botzlar aus Bayern.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Vier Stunden Diskussion und gut 60 Redebeiträge haben nach meiner Auffassung eigentlich nur zwei Erkenntnisse gebracht: Erstens. Das „Ulmer Papier“ in seiner jetzigen Version ist nicht das Ende, sondern der Anfang einer Diskussion. Zweitens. Wir haben eine Vielzahl von Vorschlägen, die sich auch in Anträgen niedergeschlagen haben, die teilweise gleich- und teilweise gegeneinandergerichtet sind.

Nach meiner Auffassung ist das Plenum nicht der geeignete Ort, redaktionell tätig zu werden.

(Beifall)

Deswegen fordere ich Sie auf, alle – ausnahmslos alle – Änderungsanträge an den Vorstand zu überweisen, damit wir zu einem geeigneten Zeitpunkt über eine neue Version Beschluss fassen können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich nehme an, dass damit das „Ulmer Papier“ nicht komplett überwiesen werden soll, sondern nur die Änderungsanträge, sodass ein „Ulmer Papier“ verabschiedet werden soll. Ich

glaube, das habe ich so richtig verstanden. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Czeschinski aus Westfalen-Lippe.

Dr. Czeschinski, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Erlauben Sie mir zwei Feststellungen. Erstens. Das „Ulmer Papier“ ist bereits vor dem Ärztetag als Positionspapier und nicht als innerärztliches Diskussionspapier von Presse, Politik und Öffentlichkeit aufgenommen worden. Es ist auch so interpretiert worden.

Zweitens. Das „Ulmer Papier“ ist zu detailliert, als dass es plakativ die grundsätzlichen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft transportieren könnte. Im Gegenteil, es erlaubt – das hat die große Anzahl an Änderungsanträgen und Diskussionsbeiträgen hier im Plenum gezeigt – eine sehr breite Interpretationsfähigkeit.

Ich komme zu den Folgen dieser Feststellungen. Wir haben erlebt, dass bereits vor dem Ärztetag einige Inhalte des „Ulmer Papiers“ oder andere Aussagen aus dem Umfeld des „Ulmer Papiers“ in der Diskussion zu einer Situation geführt haben, die die Position der deutschen Ärzteschaft und unserer Gesellschaft gefährdet. Ich nenne dafür zwei Beispiele; es gibt aber deutlich mehr. Das erste Beispiel ist die Diskussion über die Rationierung. Wir haben in dieser Diskussion in der Öffentlichkeit, in vielen Zeitungen und in den Fernsehmedien den Eindruck hinterlassen, als würde sich die Ärzteschaft in Zukunft direkt an Rationierungskonzepten beteiligen. Das heißt, wir haben ein Stück der klaren Position auch gegenüber unseren Patienten und den Bürgern in der Öffentlichkeit eingebüßt.

Wir haben auch sofort den Return der Politik erhalten. Sie werden sich daran erinnern, wie Frau Schmidt in unserer Eröffnungsveranstaltung klar erklärt hat, und zwar in Richtung der Ärzteschaft, die Rationierung nach Katalog sei mit ihr nicht machbar. Das ist eine Folge der Diskussion über das „Ulmer Papier“ im Vorfeld des Ärztetages.

Als weiteren Punkt nenne ich die Beteiligung an der Debatte über Details der Finanzierung. Ich muss hier direkt Kollegen Montgomery und seinen Antrag ansprechen. Wenn man den Antrag genau liest, stellt man fest, dass ein solcher Antrag auf der Klausurtagung einer Partei behandelt werden könnte. Das heißt, die Ärzteschaft würde, wenn sie einem solchen Antrag folgte, in der politischen Diskussion über die Finanzierung zur Partei. Das aber würde zwangsläufig bedeuten, dass wir einen Großteil der andersmeinenden Bevölkerung für uns Ärzte verlieren. Das sollten wir nicht tun.

Wir befinden uns im Moment in der großen Gefahr, die Allianz zwischen Patient und Arzt, die uns viele Jahre getragen und Stärke bei den Forderungen gegen-

über der Politik gegeben hat, die auch dem Marburger Bund Stärke bei seinen Forderungen gegenüber dem Arbeitgeber gegeben hat, in der Öffentlichkeit aufzukündigen und unseren größten Verbündeten, unseren Patienten, dessen Anwalt wir sein wollen, zu verlieren.

Deshalb möchte ich Sie herzlich bitten, diejenigen Anträge zu unterstützen, die erstens die Aussage enthalten, dass das „Ulmer Papier“ so nicht als Positionspapier missbraucht werden kann, die zweitens klarmachen, dass eine Bearbeitung im Detail dringend notwendig ist und von uns auch ernsthaft angegangen werden kann. Das sind zum Beispiel die Anträge 30 und 31 aus Westfalen-Lippe.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner kommt ebenfalls aus Westfalen-Lippe, nämlich der Kollege Schröder.

Dr. Schröder, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir brauchen ein „Ulmer Papier“. Ich glaube, darüber sind wir uns einig. Über das Wie sind wir uns noch nicht ganz einig. Wir sind uns einig, dass es ein internes Diskussionspapier ist. Es muss klar und eindeutig sein. Nach meiner festen Überzeugung muss es knapper, präziser und straffer sein, um seinem Auftrag gerecht werden zu können. Je mehr wir hineinschreiben, desto missverständlicher wird es. Ich glaube, es täte dem Papier gut, wenn wir auf die vielen Detailänderungen, auf die Einzelheiten, die sich im Kontext finden, verzichten und stattdessen das gesamte Papier straffen würden, und zwar in der Weise – insofern bitte ich um Unterstützung des Antrags I-1-30 –, dass wir uns auf das Wesentliche reduzieren, nämlich auf den Prolog und auf die dunkel hinterlegten Passagen, die im Grunde genommen das Wesentliche eines jeden Kapitels beschreiben. Mit den vielen kleinen Details können wir uns später auseinandersetzen. Wir müssen dieses „Ulmer Papier“ als Botschaft in deutlich reduziertem Umfang nach außen geben.

Zum Thema Finanzierung: Ich warne hier ebenso wie der Kollege Czeschinski davor, der Politik Details an die Hand zu geben, missverstanden zu werden oder gar parteipolitisch instrumentalisiert zu werden. Wir brauchen eine Beschränkung auf das Wesentliche. Mein Vorschlag lautet: Beschränkung auf den Abschnitt 8.1. Hier sind lediglich die Kriterien für eine patientengerechte und solidarisch finanzierte Versorgung aufgeführt.

Wenn uns das gelingt, haben wir einen großen Gewinn, haben wir ein gestrafftes und präzises Papier. Ich bitte Sie um Unterstützung dieses aus Westfalen-Lippe kommenden Antrags, der, wie ich glaube, dem „Ulmer Papier“ guttut und ihm ein Stück weit mehr Klarheit verschafft, als es in der vorliegenden Form der Fall ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir beklagen die Rationierung, wir wollen keine Rationierung. Das sollte hier noch einmal deutlich gesagt werden. Herr Professor Hoppe hat das auch schon deutlich zum Ausdruck gebracht. Dennoch ist es falsch in den Medien wiedergegeben worden, allein schon deshalb, weil er auf den Zusammenhang zwischen Unterfinanzierung und nicht offengelegter Mangelverwaltung hingewiesen hat, weil er die Notwendigkeit ehrlicher Politik eingefordert hat.

Die Antwort auf die Frage, wer alles bezahlen soll, ist einfach: Es ist immer der Bürger. Aber heute ist es so, dass der Bürger nur bezahlt, aber nicht bestimmt. Wenn wir also einerseits Rationierung und staatliche Zuteilung ablehnen, müssen wir einen anderen Weg empfehlen. Dieser kann, da die Ressourcen nun einmal endlich sind, nur darin bestehen, dass wir uns dafür einsetzen, dass der Bürger die Freiheit bekommt, die Feinabstimmung seines Versicherungsschutzes selbst zu bestimmen.

Dabei ist aber unverzichtbar, dass wir eine grundsätzliche Versicherungspflicht für alle ebenso wie die gesamtgesellschaftliche Absicherung von Aufgaben der Allgemeinheit brauchen. Solche echten Aufgaben des Staates gehören in die allgemeine Finanzierungsplanung des Staates und damit in die Steuerfinanzierung und in die direkte parlamentarische Kontrolle.

Wer darüber hinaus keine – jetzt werde ich einmal deutlich – sozialistische Zuteilungsmedizin für Patienten und für Ärzte will, muss die Freiheit der Entscheidung wieder in die Hand der Bürger geben.

Nichts anderes, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist im Antrag I-1-1 von Herrn Montgomery dargelegt. Der Vorschlag ist die Antwort auf fantasielose staatliche

Zuteilung und Rationierung von Leistungen für Patienten und für Ärzte. Wir sollten daher den Mut haben, ihn positiv zu bescheiden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte aus zwei Gründen ganz kurz zu Ihnen sprechen. Ihnen liegt unser – ich sage bewusst „unser“ – Antrag I-2 vor. Hier sind offensichtlich redaktionelle Fehler unterlaufen. Ich will darauf hinweisen, dass Antragsteller die Kollegen Borelli, Lux, von Römer, Botzlar und meine Person sind. Der Anhang ist auch nicht verteilt worden; das ist schlicht und ergreifend der Text des Münsteraner Beschlusses von 2007, der ja die Grundlage unserer ganzen Diskussion ist.

Ich möchte in der mir verbleibenden kurzen Zeit auf einige Punkte zu sprechen kommen und Sie auf Folgendes aufmerksam machen. Dieses „Ulmer Papier“, über das wir heute hoffentlich in positivem Sinne abstimmen werden, ist für heute und für diese Diskussion möglicherweise tatsächlich der kleinste gemeinsame Nenner. Dieses Papier, wie es Ihnen heute zur Abstimmung vorliegt, schadet niemandem und tut niemandem weh.

Ich glaube auch, dass man die zentralen Eckpunkte ärztlicher Tätigkeit nur ganz schwierig auf 35 Seiten zusammenpressen kann. Dieses Papier, in welcher Form auch immer es verabschiedet wird, muss am Tage X der größte gemeinsame Nenner sein. Dieses Papier darf kein Kompromiss sein, sondern muss von einem großen Konsens der Ärzteschaft getragen werden. Wir haben in letzter Zeit viel zu viele Kompromisse schließen müssen. Wir müssen achtgeben, dass wir nicht wieder um eines faulen Kompromisses willen Kompromisse schließen.

Ich muss Sie bitten, tatsächlich intensiv über die redaktionelle Arbeit nachzudenken und den Vorstand der Bundesärztekammer konkret zu beauftragen, mit dieser Arbeit entsprechend umzugehen. Eigentlich muss sich die gesamte deutsche Ärzteschaft an der Fortentwicklung dieses „Ulmer Papiers“ beteiligen. Deswegen bitte ich Sie, dem Antrag der bayerischen Delegierten mit großer Mehrheit zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Emminger. – Als Nächster Herr Kollege Pilz aus Bayern.

Dr. Pilz, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Kaiser Wilhelm II. bezeichnete den Reichstag als „Reichsaffenhaus“. Wenn man die aktuelle Diskussion über die Diätenerhöhung im Deutschen Bundestag beobachtet hat, muss man sagen: Der Mann hatte recht. Natürlich müssen wir diesen „Affen“ sagen, wie die Finanzierung des Gesundheitswesens in einem modernen Staat aussehen müsste. Wir können uns um diese Frage nicht drücken.

Ich persönlich hätte mir eine klare liberale und prägnante Aussage gewünscht, nämlich dass es eine Versicherungspflicht für jeden geben muss, dass wir die sozial Schwachen mitnehmen müssen; das müssen wir in einer demokratischen Grundordnung immer tun. Aber ansonsten muss es jedem freigestellt sein, wie und mit welchem Leistungsumfang er sich versichern will.

Es ist eine Unverschämtheit, dass dieser Staat 72 Millionen Menschen vorschreibt, wie sie sich zu versichern haben. Es wäre eine liberale und grundlegende Tugend, wenn man den Bürgerinnen und Bürgern das Recht gäbe, selbst zu bestimmen, in welchem Umfang sie sich krankenversichern möchten. Insofern bitte ich darum, das „Ulmer Papier“ rasch zu verabschieden und die Änderungen an den Vorstand zu überweisen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Pilz. – Jetzt Herr Kaiser aus Westfalen-Lippe.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass wir bei der Verabschiedung des „Ulmer Papiers“ sehr darauf achten sollten, dass wir keine Stellvertreterdiskussion für die politischen Parteien in diesem Lande führen. Der Text, den Herr Montgomery verfasst hat, geht meines Erachtens weit über das hinaus, was im „Ulmer Papier“ steht, was zum Teil schon sehr problematisch ist und sicherlich nicht von allen hier Anwesenden in der konkreten Ausgestaltung akzeptiert wird. Das ist keine gute Grundlage für eine gemeinsam getragene Entschließung.

Es geht weit über das hinaus, was in Münster gefordert und beschlossen wurde. Dort heißt es schlicht und einfach: Transparenz der Finanzströme – Ehrlich-

keit in der Finanzierung. Wir sollten erst einmal schauen: Was geschieht mit dem Geld? Wohin geht es? Wir als Ärzte können schon sagen, wo wir es für sinnvoll ansehen und wo nicht. Das ist unsere Kernkompetenz, nämlich zu sagen, wo Geld im Gesundheitswesen fehlt, wo Geld möglicherweise falsch ausgegeben wird.

Ich wiederhole, was ich gestern gesagt habe: Wir haben einen hervorragenden Experten auf diesem Gebiet, auf dessen Expertise wir jederzeit zurückgreifen können. Das ist der diesjährige Träger der Paracelsus-Medaille, Herr Professor Beske, der dazu seit Jahren sehr fundierte und gelungene Analysen erarbeitet hat. Hier haben wir konkrete Angaben, die wir verwenden können.

Deshalb bitte ich Sie, den Anträgen von Frau Stüwe zu folgen, in denen sie sich zum Teil B äußert, und auch die Anträge 30 und 31 aus Westfalen-Lippe positiv zu bescheiden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Mittlerweile ist Ihnen Nr. 21 des „Deutschen Ärzteblatts“ mit dem wunderschönen Bild vom Ulmer Münster verteilt worden. Ich möchte mich bei der Redaktion des „Deutschen Ärzteblatts“ und natürlich auch bei der Technik dafür bedanken, dass wir so schnell über das informiert werden, was sich bei der KBV-Vertreterversammlung und bei unserer Eröffnungsveranstaltung getan hat. Herzlichen Glückwunsch dem Chefredakteur des „Deutschen Ärzteblatts“, Herrn Stüwe, für diese Arbeit.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Kollege Zimmeck.

Zimmeck, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sind die Delegierten dieses Ärztetages. Wir sollen hier ein „Ulmer Papier“ verabschieden. Ich denke, es ist unser ureigenes Recht, über Änderungsanträge, die gestellt werden, auch zu entscheiden. Es kann nicht angehen, dass wir ein Papier vorgelegt bekommen, es uns anschauen und dann wieder an den Vorstand zurückverweisen. Wir sind doch keine Hampelmänner!

(Beifall)

Es ist unser Recht, Änderungsanträge zu stellen. Diese Anträge müssen hier in diesem Gremium besprochen und entschieden werden. Dafür sind wir hier, aber nicht, um alles wieder an den Vorstand zurückzuüberweisen.

(Beifall)

Ich möchte einen zweiten Punkt ansprechen. Wenn Herr Montgomery meint, in seinem Antrag klären zu können, wie die Unterfinanzierung in unserem System beseitigt werden kann, dann irrt er sich. Jeder, der hier Vorschläge macht, wird Geld von anderen fordern. Damit macht man sich keine Freunde. Es ist Aufgabe der Politik, dieses Problem zu lösen, nicht unsere.

(Beifall)

Jeder Vorschlag, den wir machen, wird uns nachher als Fehlentscheidung untergeschoben. Ich bitte Sie also: Lehnen Sie den Vorschlag von Herrn Montgomery ab. Versuchen Sie nicht, dieses unlösbare Problem auf Ihre Schultern zu nehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist der Kollege Hermann aus Bremen.

Dr. Hermann, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir müssen natürlich irgendetwas ausdrücken. Wir können nicht über das „Ulmer Papier“ diskutieren und es dann gar nicht verabschieden. Möglicherweise haben diejenigen Kollegen recht, die gesagt haben: Redaktionelle Änderungen sind für das Plenum fast nicht machbar. Aber ob es die richtige Lösung ist, alle Anträge an den Vorstand zu überweisen, wage ich zu bezweifeln. Ich bitte darum, das sehr gut zu überlegen.

Der Tenor des „Ulmer Papiers“ ist richtig. Darüber sind wir uns eigentlich einig. An den Details werden wir sicher noch arbeiten müssen. Die Finanzierungsdiskussion lebt ja schon, wir können sie nicht wegwischen. Wir beklagen zu Recht, dass wir als Ärzte für die Rationierung in diesem System missbraucht werden. Das ist es, was unseren Alltag so belastet: dass wir die Rationierung an unseren Patienten durchführen müssen.

Wir beklagen auch zu Recht, dass wir in sehr großem Umfang sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Arztpraxen unentgeltliche Arbeit leisten und damit dieses System subventionieren.

(Vereinzelt Beifall)

Wir beklagen zu Recht – der Präsident hat es angesprochen –, dass die IGeL-Geschichten inzwischen seltsame Dimensionen annehmen, und zwar sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Praxen, aber dort natürlich noch viel mehr.

Wir beklagen zu Recht, dass die Regressbedrohung in der Arztpraxis im niedergelassenen Bereich eine derartige Bedrückung für den ärztlichen Beruf darstellt, dass dies neben dem zu geringen Entgelt, das man für seine Arbeit bekommt, fast die größte Pein im Leben eines niedergelassenen Arztes geworden ist.

Die gemeinsame Ursache all dessen, was wir immer wieder beklagen, ist der Geldmangel im System. Das System hat zu wenig Geld. Wenn wir dies immer wieder beklagen, dann können wir uns doch nicht völlig frei davon machen, dass wir auch über die Finanzierung des Systems nachdenken wollen.

Ich gebe zu bedenken, dass wir zahlreiche Anträge haben, die den Mangel aufweisen, dass sie redaktionell nicht völlig ausgearbeitet sind. Abweichend von dieser Meinung kann ich Ihnen sagen, dass der Antrag I-1-1 von Herrn Montgomery durchaus bis ins letzte Komma durchgearbeitet ist und diesen Mangel nicht aufweist. Obwohl ich kein MB-Mann bin, sondern niedergelassener Facharzt, und obwohl ich kein besonderer Freund von Herrn Montgomery bin, bitte ich Sie ganz dringend, diesen Antrag I-1-1 von Herrn Montgomery auf diesem Ärztetag und nicht irgendwann später positiv zu bescheiden.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Horndasch, Bayern: Einen wunderschönen guten Morgen! Auch ich spreche zum „Ulmer Papier“, das als Papier der Ärzteschaft im Prinzip gut ist. Allerdings sollten noch folgende kleine redaktionelle Änderungen erfolgen. – So oder so ähnlich haben heute viele Debattenbeiträge begonnen. Nun haben wir rund 46 Änderungsanträge. Mir geht es wie dem Kollegen Michaelis, der vorhin gesagt hat, dass er Probleme mit der Lesbarkeit des Papiers hat. Ich muss

zugeben: Es übersteigt auch meine intellektuelle Leistungsfähigkeit, alle Änderungsanträge gedanklich in das Papier einzuarbeiten und mir vorzustellen, wie es hinterher ausschaut. Dann soll ich auch noch antizipieren, welcher Antrag vielleicht durchgeht, welcher nicht, welche Lücken zum Schluss oder welche Gegensätze bestehen.

Deswegen stimme ich meinen Vorrednern Pfetsch, Botzlar und Pilz zu, alle Änderungsanträge an den Vorstand zu überweisen. Ich glaube nicht, dass irgendjemand noch sagen kann, wie das Papier hinterher ausschaut. Ich möchte uns vor der Peinlichkeit bewahren, dass wir am nächsten Tag in der Zeitung lesen können, was wir wieder alles falsch gemacht haben.

Noch ein Wort zur Finanzierung. Ich bin der Meinung, dass wir uns offensiv mit dem Thema Finanzierung auseinandersetzen müssen. Ob es mit diesem Antrag I-1-1 als Ergänzungsantrag zum „Ulmer Papier“ geschehen muss, ist eine andere Frage. Andererseits beschäftigen wir uns ja schon die ganze Zeit mit der Finanzierung, indem wir immer wieder sagen, wenn Vorschläge kommen: so nicht, so nicht, so auch nicht. Wenn man etwas ablehnt, muss man doch im Hinterkopf eine gewisse Vorstellung davon haben, wie es denn sein sollte. Auf welcher Basis erfolgt denn ansonsten eine Ablehnung? Nur wegen einer grundsätzlichen Verweigerungshaltung?

Insofern begrüße ich den Antrag von Herrn Montgomery, und zwar nicht als Ergänzungsantrag für das „Ulmer Papier“, sondern als eigenständige Diskussionsgrundlage für eine zukünftige Veranstaltung. Dort können wir uns darüber streiten, dort können wir uns darüber fetzen. Aber es ist eine Basis, auf der wir diskutieren können.

Vielen Dank fürs Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Horndasch. – Als Nächster der Kammerpräsident von Westfalen-Lippe, Herr Kollege Windhorst.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Was machen wir nun? Wir sind am Ende einer für mich sehr fruchtbaren Diskussion mit vielen Gedanken und Ideen. Wir haben das, was mit dem „Ulmer Papier“ erzielt werden sollte, erreicht: Die innerärztliche Diskussion hat fast einen Tag gedauert. Wie gehen wir damit um? Was machen wir daraus?

Wir müssen den Duktus des 111. Deutschen Ärztetages natürlich mit einbringen, sonst wäre das „Ulmer Papier“ kein „Ulmer“ Papier. Wie gehen wir mit den

über 60 Anträgen um? Ich bitte Sie ganz herzlich, darauf zu achten: Was tun wir, wenn wir jetzt in eine große Redaktionskonferenz gehen? Ich glaube, das überfordert uns nicht, aber wir haben nicht genügend Zeit. Herr Zimmeck hat gesagt, wenn wir das so beschließen würden, wären wir Hampelmänner. Ich glaube, wir sind keine Hampelmänner und auch keine Marionetten, wenn wir sagen: Diese mehr als 60 Korrekturanträge, die das „Ulmer Papier“ dringend benötigt, müssen wir an das Redaktionsteam zurückgeben. Ich bitte Sie, hier nicht kleinklein zu diskutieren. Das „Ulmer Papier“ wird so beschlossen, wie es vorliegt, auch ohne den Finanzierungszusatz von Herrn Montgomery, weil wir uns anderenfalls verheben und uns auf die falsche Seite der Diskussion begeben, weil man uns letzten Endes wieder nur vorwirft, nur unsere Taschen mit Geld füllen zu wollen.

Ich bitte Sie, besonders den Antrag I-1-18 von Frau Borelli zu berücksichtigen. Die Frauen kommen im „Ulmer Papier“ viel zu kurz.

Sie haben doch Ihre Vertreter im Vorstand der Bundesärztekammer. Das sind auch wir als Kammerpräsidenten. Haben Sie ein bisschen das Vertrauen, dass wir den Duktus der Diskussion hier auf dem 111. Deutschen Ärztetag berücksichtigen. Wir werden die Anträge, die Sie gestellt haben, gut einarbeiten. Ich bitte also um Akzeptanz des „Ulmer Papiers“, wie es vorliegt, Einarbeitung der Änderungsanträge durch eine Rücküberweisung an den Vorstand. Haben Sie bitte Vertrauen. Entscheiden Sie sich so. Anderenfalls bekommen wir keine Klarheit.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Es handelt sich um die Überweisung an den Vorstand, nicht um eine Rücküberweisung, da es sich ja nicht um Anträge des Vorstands handelt. – Jetzt bitte Herr Lutz aus Bayern.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Wir brauchen doch keine Angst vor der Abstimmung zu haben. Einige Punkte müssen dringend geändert werden; da können wir uns mehrheitlich dafür oder dagegen entscheiden. Dann bekommt die vom Vorstand gebildete Gruppe die Aufgabe, diese Dinge lesbar einzuordnen. Ich meine, es ist klar, dass man bei einzelnen Vorschlägen, die jetzt auf dem Tisch liegen, nicht lesbare Papiere erhält. Entscheidend ist aber doch, dass die Richtung klar ist, die das Plenum für das Erarbeiten vorgibt. Deshalb ist das „Ulmer Papier“ nicht abzulehnen, sondern ihm ist zuzustimmen. Die Änderungen können eingearbeitet werden.

Ich meine, letztendlich ist die Lesbarkeit eines solchen Papiers wirklich eine redaktionelle Frage. Diejenigen, die die Redaktion bilden, müssen ja wissen, in welche Richtung das Papier gehen soll.

(Beifall)

Ich bitte darum, einen Antrag zu berücksichtigen, der noch nicht umgedruckt ist. Er betrifft auf Seite 32 die Zeile 16. Dort sollen die Worte „vor allem“ gestrichen werden. Ich meine, alle drei aufgeführten Aspekte sind in ihrer Wertigkeit gleich. Keiner sollte bevorzugt werden. Wenn ein Aspekt bevorzugt werden sollte, dann die Freiheit des Patienten in der Wahl des Arztes. Ich meine, das ist aber nicht notwendig. Die Punkte sind gleichwertig.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lutz. – Jetzt noch Frau Müller-Dannecker aus Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Sehr verehrte Damen und Herren! Wir haben es hier mit einem Positionspapier der deutschen Ärzteschaft zu tun. Ich bin auf den Deutschen Ärztetag gefahren, damit wir für unsere Kammer hier sagen können, wie wir uns positionieren. Wenn wir uns heute hier mit einer Generalüberweisung an den Vorstand der Bundesärztekammer begnügen, weiß ich nicht, warum ich hierher gefahren bin.

(Beifall)

Wir müssen den Mut haben, uns hier zu positionieren. Das heißt natürlich nicht, dass jeder Antrag wortwörtlich übernommen wird. Selbstverständlich obliegt die Endredaktion dem Vorstand der Bundesärztekammer. Damit habe ich überhaupt kein Problem.

Ich meine, der Antrag von Herrn Montgomery muss diskutiert werden und ist noch lange nicht so reif, dass wir ihn unverändert in das „Ulmer Papier“ aufnehmen können. Dann müssen wir ihn hier ablehnen und an anderer Stelle erneut diskutieren.

Aber wir hier haben doch eine Meinung. Wenn wir alles überweisen, wird für den Vorstand nicht klar, wie die Mehrheitsmeinung ist. Der Vorstand erhält von uns den Auftrag, welche Punkte einzuarbeiten sind und welche nicht.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Müller-Dannecker.

Damit ist die Rednerliste beendet, die Diskussion auch. Es liegen zwei Geschäftsordnungsanträge vor, die sich mit dem Gesamtverfahren beschäftigen. Der Antrag I-6 verlangt eine Überweisung des „Ulmer Papiers“ an den Vorstand zurück, also keine Beschlussfassung hier. Er enthält die Aufforderung, die Änderungsanträge einzuarbeiten und das Papier dann erneut vorzulegen. Die Konsequenz wäre, dass wir heute kein „Ulmer Papier“ verabschieden. Die Änderungsanträge müssten im Laufe dieses Jahres in eine neue Fassung eingearbeitet werden, die dem nächsten Deutschen Ärztetag vorzulegen ist.

Ich darf mir den Hinweis erlauben, dass dies den Nachteil hätte, dass wir in diesem Jahr für die öffentliche Diskussion keine gemeinsame Position der deutschen Ärzteschaft zur Verfügung hätten. Das ist genau die Zeit, in der sich die politischen Parteien auf ihre Aussagen für die nächste Bundestagswahl vorbereiten. Das ist der Antrag, über den wir zuerst abstimmen müssen.

Der zweite Verfahrensantrag fordert eine Überweisung der Änderungsanträge an den Vorstand. Das „Ulmer Papier“ soll in der vorgelegten Fassung als Aufschlag, als Grundlage für die weitere Diskussion, aber auch als Beschreibung des Ist-Zustands in der politischen Auseinandersetzung benutzt werden. Deswegen soll es heute verabschiedet werden. Wenn sich die entsprechende Arbeitsgruppe im nächsten Jahr mit diesem Thema beschäftigt, sollen die verabschiedeten Anträge in die Fortschreibung des Papiers aufgenommen werden. Der nächste Ärztetag ist der zeitnächste Ärztetag, der stattfindet. Es sei denn, wir machen einen Sonderärztetag. Aber das ist ja nicht beantragt worden.

Das sind die beiden vorliegenden Geschäftsordnungsanträge. Je nachdem, wie die Abstimmung ausgeht, treten wir in die Einzelabstimmung der Anträge ein und formen den Text auf diese Weise, oder wir tun dies nicht.

Es liegen auch noch einige andere Anträge vor, die den Umgang mit diesem Papier betreffen, die Ergänzungen vorsehen, aber keine konkreten Änderungen im Text meinen. Das ist beispielsweise der Antrag I-1-30. Ich werde diese Anträge an geeigneter Stelle jeweils aufrufen.

Wenn wir eine Einzelabstimmung des gesamten Komplexes von Antrag zu Antrag zur Gestaltung des Textes beschließen sollten, müsste ich Sie um Verständnis bitten, dass wir dieses Verfahren erst durchführen, wenn wir den Tagesordnungspunkt II abgeschlossen haben, weil wir einen Gast bei uns haben, der nur heute Vormittag bei uns sein kann. Danach könnten wir zu Tagesordnungspunkt I zurückkehren und die einzelnen Punkte abstimmen.

Das wollte ich noch gesagt haben, damit nachher kein Raunen entsteht oder gemeint wird, dass irgendeine Manipulation stattfinde.

Ist jetzt alles klar? – Gut. Dann rufe ich den **Antrag I-6** von Frau Dr. Simone Heinemann, Landesärztekammer Sachsen-Anhalt, auf, der eine Überweisung des „Ulmer Papiers“ an den Vorstand und den Auftrag, die Änderungsanträge einzuarbeiten und das Papier dann neu vorzulegen, vorsieht. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die große Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Dann kommen wir zu dem Antrag, den ich erst einmal Herrn Botzlar zuschreibe, der auch von anderen unterstützt worden ist. Dieser Antrag beinhaltet die Überweisung aller Änderungsanträge zum Text an den Vorstand, aber ansonsten Abstimmung über das „Ulmer Papier“. Das ist noch nicht die Abstimmung über das „Ulmer Papier“ als solches, sondern es ist nur der Antrag auf Überweisung der Änderungsanträge an den Vorstand zur weiteren Überarbeitung bei der berühmten Fortschreibung, work in progress. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das zählen wir lieber aus. Das ist sehr wichtig.

Nochmals: Es geht darum, die zur Formulierung des Textes gestellten Änderungsanträge komplett an den Vorstand zu überweisen, um sie bei der weiteren Fortschreibung des „Ulmer Papiers“ später zu berücksichtigen.

(Zuruf)

– Wir sind an sich in der Abstimmung. Es geht darum, die konkreten Änderungsanträge, die im Einzelnen vorliegen, die Änderungen im Text vorsehen, komplett an den Vorstand zu überweisen, damit er sie bei der weiteren Bearbeitung des möglicherweise beschlossenen „Ulmer Papiers“ in der Fortschreibungsphase berücksichtigt. Wir haben uns ja darauf geeinigt, dass es sich jetzt um einen Aufschlag handelt, der eine Grundlage darstellt. Die heutige Situation des „Ulmer Papiers“ soll fortgeschrieben werden. Dabei sollen diese Anträge berücksichtigt werden, wenn die weitere Arbeit stattfindet. Das ist der entscheidende Punkt. Ist das jetzt geklärt?

Ich frage noch einmal: Wer möchte diesem Geschäftsordnungsantrag auf Überweisung der Änderungsanträge zum „Ulmer Papier“ zustimmen? Das zählen wir aus. – Wer ist dagegen? – Bitte noch die Enthaltungen. – Es ist gut, dass wir ausgezählt haben. Für die Überweisung sind 119, dagegen 110. Es gab drei Enthaltungen. Damit ist die Überweisung befürwortet.

(Beifall – Widerspruch)

Da wir keine Sieger und keine Verlierer haben, sondern nur gemeinsam vernünftig fortarbeiten wollen, denke ich, dass das eine Lösung ist, mit der wir gute Politik machen können, es sei denn, das „Ulmer Papier“ wird jetzt so nicht angenommen.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über das „Ulmer Papier“ in der vorgelegten Fassung, das als Aufschlag und Grundlage für die weitere Diskussion vorgesehen ist, so wie immer wieder betont. – Zur Geschäftsordnung bitte Herr Griebenow aus Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich weiß nicht, wie Ihre Definition von „Änderungsantrag“ aussieht. Ich habe gestern den Geschäftsordnungsantrag gestellt, einen Abschnitt komplett zu entfernen, nicht, ihn zu überarbeiten oder Ähnliches. Das verstehe ich an sich nicht als Änderungsantrag. Darüber sollte abgestimmt werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist genauso ein Änderungsantrag wie ein Ergänzungsantrag, der ja hinsichtlich eines kompletten Abschnitts auch gestellt worden ist. Einem solchen Antrag widerfährt dasselbe Schicksal wie beispielsweise dem Antrag von Herrn Montgomery, der ebenfalls zu dem Konvolut gehört, das an den Vorstand überwiesen wurde, damit er dort weiter beraten wird. Er ist damit nicht irgendwo in der Versenkung verschwunden, sondern er ist weiter Beratungsgegenstand und Beratungsinhalt.

Gibt es weitere Fragen, bevor wir abstimmen? Auf jeden Fall werden wir bei der Abstimmung über das „Ulmer Papier“ auszählen. Es gibt einen Geschäftsordnungsantrag, bitte.

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Sehr geehrte Delegierte! Ich möchte nur eine Frage stellen, die von mehreren Mitgliedern der schleswig-holsteinischen Delegation gestellt wurde. Wie verfahren Sie denn mit widersprüchlichen Anträgen? Ein Beispiel: Der Antrag 11 beantragt, dieses und jenes zu tun, der Antrag 12 beinhaltet, das nicht zu tun. Der eine will einen Passus entfernt haben, andere wollen ihn bestehen lassen. Rein operativ gefragt, wie gehen Sie damit um? Wird darüber im Vorstand abgestimmt? Wird das auf dem nächsten Ärztetag präsentiert?

(Beifall)

Wie gehen Sie mit widersprüchlichen Anträgen um? Wer entscheidet darüber, was neu in das Papier kommt oder was nicht aufgenommen wird? Dazu hätte ich gerne eine Erläuterung von Ihnen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wie bei allen Anträgen, die sich gegenseitig ausschließen, werden sie bei der nächsten Gelegenheit, bei der das Thema wieder aufkommt, zur Abstimmung gestellt. Dann fällt die Entscheidung. Einstweilen gilt das, was jetzt im „Ulmer Papier“ steht, falls Sie ihm zustimmen. Wenn die weitere Diskussion stattfindet, werden die Anträge einbezogen, die etwas in dieser oder jener Richtung bewirken wollen. Dabei wird die Neugestaltung fortgeschrieben. Das gilt natürlich besonders für das ganze Versorgungskapitel.

Ich habe damit gerechnet, dass das so kommt; das ist auch ganz normal. Deshalb kommt jetzt der nächste Geschäftsordnungsantrag.

Michaelis, Thüringen: Ich beantrage die zweite Lesung.

(Beifall)

Aufgrund der Entscheidungsfindung ist nicht klar, dass wir uns sachlich mit dem Papier nicht mehr auseinandersetzen, sondern es an den Vorstand überweisen. Das ist eines Ärztetages unwürdig. Ich denke, dass es besser ist, wenn wir uns über die einzelnen sachlichen Punkte unterhalten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herr Michaelis, Sie wollen eine zweite Lesung zu diesem Überweisungsantrag?

Michaelis, Thüringen: Eine zweite Abstimmung bezüglich der Überweisung an den Vorstand und der Bearbeitung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Das muss ein Drittel der abgegebenen Stimmen befürworten. Dann kommt die zweite Lesung.

Der Antrag ist gestellt. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte eine zweite Lesung zur Frage der Überweisung der Änderungsanträge an den Vorstand? Bitte zählen. – Wer ist gegen eine zweite Lesung? – Die zweite Lesung ist beschlossen.

(Beifall)

Es geht um eine neue Abstimmung über die Frage, ob die zum Text des „Ulmer Papiers“ gestellten Änderungsanträge an den Vorstand überwiesen werden sollen oder ob wir sie nacheinander bei der Gestaltung des „Ulmer Papiers“ abstimmen. Das ist die entscheidende Frage.

Gibt es dazu Fragen oder Wortmeldungen? Wir sind wohlgemerkt in einer Geschäftsordnungsdebatte, nicht in einer inhaltlichen Debatte. – Bitte schön.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Mein Vorschlag lautet, dass wir über das „Ulmer Papier“ abstimmen. Das ist die erste Fassung, das ist der erste Aufschlag. Wir sollten auch über die Änderungsanträge und die Anträge, die jetzt gestellt werden, ebenfalls abstimmen. Diese Anträge werden dann von Ihnen eingebaut und mit dem zweiten Aufschlag im nächsten Jahr dem Ärztetag wieder vorgelegt. Es gibt sehr viele unterschiedliche Vorstellungen. Herr Montgomery will unsere Sozialversicherung abschaffen, andere wollen nur ein Komma geändert haben. Das kann man nicht einfach alles aufnehmen, und hinterher haben wir ein Papier, das niemand mehr versteht. Wir sollten zunächst über die Änderungsanträge abstimmen – das ist dann für den Vorstand hinsichtlich des zweiten Aufschlags, der zweiten Fassung –, und über die erste Fassung stimmen wir hier heute ab.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der Vorschlag ist intellektuell hochkarätig, aber von der Geschäftsordnung her nicht gedeckt. Tut mir schrecklich leid. – Jetzt bitte Herr Reinhardt.

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich glaube, wir unterliegen jetzt ein bisschen manchen Missverständnissen. Wenn wir über jede redaktionelle Änderung, über Befindlichkeiten, die keine wesentliche inhaltliche Veränderung bedeuten, abstimmen, ist das eine Aufgabenstellung, die wir uns heute nicht antun müssen. Wir sollten aber schon schauen, welche der gestellten Anträge eine inhaltliche Botschaft enthalten, über die dieser Ärztetag ein Meinungsbild abgeben sollte, damit der Vorstand überhaupt weiß, wie das „Ulmer Papier“ fortzuentwickeln ist.

(Beifall)

Sie bekommen ja gar keinen Eindruck, Herr Präsident, von der Versammlung hinsichtlich der inhaltlichen Vorstellungen, wenn darüber nicht abgestimmt wird. Das heißt, wir müssen schauen, welche Anträge eine inhaltliche Botschaft enthalten – beispielsweise der Antrag von Herrn Montgomery und andere Anträ-

ge – und welche Anträge nur redaktioneller Natur sind, über die wir hier nicht im Einzelnen diskutieren müssen.

Ich schlage vor, so vorzugehen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann wäre es aber fair, dass die Antragsteller selber entscheiden, für wie inhaltlich wichtig sie ihren Antrag finden, und sich überlegen, ob sie ihn nicht zurückziehen. Für den einen ist die Verschiebung eines Kommas inhaltlich extrem wichtig, für andere ist ein langer Text extrem wichtig. Ich glaube, die Antragsteller müssen selber entscheiden, was am „Ulmer Papier“ unbedingt geändert werden muss und was vielleicht der weiteren Überarbeitung zugeordnet werden kann. Das können wir hier nicht leisten. Damit würden wir ihnen wahrscheinlich unrecht tun und uns selber die Finger verbrennen, ohne dass das eine satzungsmäßige Absicherung hätte.

Wir diskutieren weiterhin zur Geschäftsordnung. Jetzt bitte Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie bitten, gegen die Pauschalüberweisung zu stimmen. Es wurde bereits gesagt: Es sind widersprüchliche Anträge dabei. Ich glaube, da müssen wir als Plenum die Richtung vorgeben. Es bleibt Ihnen ja unbenommen, bei einem einzelnen Antrag, bei dem Sie sagen, das sei Ihnen zu komplex, diesen an den Vorstand zu überweisen. Aber bei widersprüchlichen Anträgen oder wenn wir der Auffassung sind, dass wir uns eine Meinung bilden wollen, müssen wir hier im Plenum entscheiden. Sonst können wir das jedes Jahr perpetuieren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Griebenow, da Herr Lutz seine Wortmeldung zurückgezogen hat. Bitte schön.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte meine Worte an die Adresse derer richten, die für die Pauschalüberweisung sind. Seien Sie sich bitte darüber im Klaren: Wenn Sie anschließend das „Ulmer Papier“ in der jetzigen Version positiv verabschieden, wird es nur noch marginale Änderungen geben; denn Sie glauben doch nicht,

dass Sie der Politik in drei Monaten ein in wesentlichen Teilen geändertes Papier neu verkaufen können. Was wäre das für eine Außendarstellung!

Von daher möchte ich sehr dafür plädieren, dass wir uns hier mit den Änderungsanträgen befassen. Die Zahl der Themen, zu denen Änderungsanträge vorliegen, ist sehr überschaubar. Die Zahl der Änderungsanträge ist teilweise relativ hoch. Aber das werden wir doch bewältigen. Es gibt Leute, die meinen, wir seien auch nach 24 Stunden ununterbrochenem Dienst noch einsatzfähig. Ich glaube, es ist nicht ganz nachvollziehbar, dass wir schon nach fünf Stunden Diskussion und einer Nacht schönen Schlafes als Unterbrechung schon einknicken.

Ein letzter Punkt. Ich muss ehrlich gestehen: Ich glaube Ihnen, Herr Präsident, dass Sie den Antrag im Wortlaut vorgelesen haben, aber es wäre natürlich noch schöner, wenn wir ihn gesehen hätten und wüssten, wer ihn gestellt hat.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Henke vom Vorstand.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe gestern bereits berichtet, wie der Marburger Bund den Charakter des Papiers bewertet. Wir haben gesagt: Für uns ist das ein Ausgangspunkt. Für uns soll es so sein, dass von diesem Ausgangspunkt her, also von den vom Vorstand der Bundesärztekammer im Auftrag des 110. Deutschen Ärztetages entwickelten gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft, jetzt die Positionen der Ärzteschaft kontinuierlich weiterentwickelt werden. Sie treffen die Entscheidung, ob Sie mit dieser kontinuierlichen Weiterentwicklung – denn der Text, den der Vorstand in den Ärztetag eingebracht hat, ändert sich ja nicht mehr – fortfahren wollen, ob Sie also auf diesem Ärztetag nach den Diskussionen, die wir hatten, Positionen selber festlegen wollen. Wenn Sie das möchten, wenn Sie glauben, dass Ihre Diskussionen Bestandteil der Weiterentwicklung des Papiers werden sollen und damit in den Text des Papiers aufgenommen werden sollen, dann müssen Sie sagen: Wir stimmen heute auch über die Änderungsanträge ab.

(Beifall)

Das ist ja Ihre Entscheidung.

Wenn Sie wollen, dass das anders sein soll, dann müssen Sie Vorstandsüberweisung für die Anträge beschließen. Sie müssen wissen, was eine Vorstandsüberweisung auslöst. Vorstandsüberweisung ist eine klassische Delegation einer Leistung an jemand anders. Diese Leistung, die nicht Sie erbringen, erbringt dann der Vorstand. Das ist normal. Der Vorstand muss sich seine Meinung über die Anträge bilden, die an ihn überwiesen werden. Er wird zum Schluss als Vorstand darüber befinden müssen, ob er hinsichtlich des dadurch neu entstandenen Textes sagt: Das ist fertig, das kann jetzt publiziert werden, oder ob er glaubt, wieder auf den Deutschen Ärztetag zurückzumüssen, was den Nachteil hat, dass das erst nach einer langen Abstandsdauer geschieht.

Das scheinen mir die beiden Möglichkeiten zu sein. Entweder betreiben Sie selbst durch Abstimmung die Weiterentwicklung des Papiers und entscheiden anschließend darüber, ob das, was Sie verändert haben, insgesamt Ihre Zustimmung findet, oder Sie sagen: Wir überweisen es an den Vorstand. Dann ist es die Delegation einer ärztlichen Leistung, die aber den Vorteil hat, dass sie ebenfalls durch Ärzte erbracht wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Zimmermann.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Vorstand hat seine Arbeit gemacht, er hat ein Papier vorgelegt. Wir haben unsere Arbeit auch gemacht, wir haben hier diskutiert und Änderungsanträge vorgelegt. Ich finde, jetzt gehört es sich auch, diese Arbeit zu Ende zu bringen und über die Änderungsanträge abzustimmen.

(Beifall)

Was passiert anderenfalls? Wir übergeben unsere Änderungswünsche an den Vorstand. Der Vorstand wird immer sagen, er habe doch seine Arbeit gemacht und zum Abschluss gebracht und ein „Ulmer Papier“ vorgelegt. Also wird er unsere Änderungswünsche nur marginal berücksichtigen.

Herr Präsident, das ist doch auch klar: Wenn ich, auch wenn es eine Dauerbaustelle wird, zu wesentlichen Punkten frühestens nächstes Jahr Abstimmungen herbeiführe, ist es ein Jahr verlorene politische Arbeit. Dann sind wir mitten im Bundestagswahlkampf. Ich glaube, das ist ganz schlecht. Wir müssen uns heute entscheiden, in welche Richtung wir gehen, und nicht erst morgen oder übermorgen. Deshalb hat das hier zur Abstimmung zu kommen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Unser Antrag aus Bayern hat darauf abgezielt und hat auch mit einer solchen Situation gerechnet. Unser Antrag I-2 aus Bayern, der Ihnen inzwischen umgedruckt vorliegt, lehnt ja das „Ulmer Papier“ nicht ab. Er gibt die Möglichkeit, Ihnen das „Ulmer Papier“ zur Abstimmung zu stellen. Er gibt Ihnen die Möglichkeit, dieses „Ulmer Papier“ anzunehmen oder abzulehnen. Ich hoffe, dass Sie es annehmen.

Es gibt aber gleichzeitig dem sogenannten Redaktionsteam einen ganz konkreten Auftrag. Darum geht es doch. Ich glaube, die Arbeit ist heute nicht abgeschlossen, die Arbeit fängt erst an.

Herr Präsident, ich will Ihnen nicht in Ihre Regie hineinreden, aber eigentlich sollten wir, wenn Sie schon über das „Ulmer Papier“ abstimmen, den Antrag I-2 abstimmen, weil er die weitere Richtung auch bei der Behandlung der Anträge vorgibt.

Wir haben ja den Vorschlag einer modulartigen Zusammenarbeit gemacht. Sie haben ja auch bemerkt, dass die sortierten Anträge, über die wir, wie ich glaube, heute abstimmen müssen, zu einzelnen Themenbereichen zusammengefasst sind.

Deshalb halte ich es für unbedingt erforderlich, dass über den Antrag I-2 abgestimmt wird, und zwar hoffentlich mit großer Mehrheit und relativ frühzeitig. Dieser Antrag wird letztendlich die weitere Diskussionsrichtung vorgeben.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Frau Müller-Dannecker.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich glaube, wir tun gut daran, dass wir unsere Positionierung hier auf dem Deutschen Ärztetag dem Redaktionsteam mit auf den Weg geben. Sie haben ja, wie auch der Vorredner schon ausführte, etwas vorgelegt. Das ist das Ergebnis der Beratungen des Vorstands der Bundesärztekammer. Jetzt geht es darum, in welche Richtung an diesem Papier weitergearbeitet werden soll.

Aus diesem Grund habe ich für die zweite Lesung einen Geschäftsordnungsantrag vorbereitet, um klarzumachen, dass es darum geht, dass das „Ulmer Papier“ weiterhin redaktionell gesehen aus einem Guss bestehen bleibt. Es geht nicht darum, dass Dinge doppelt oder womöglich an falscher Stelle ausgeführt werden. Mein Beschlussvorschlag lautet:

> *Die auf dem 111. Deutschen Ärztetag beschlossenen Änderungsanträge werden vom Vorstand der Bundesärztekammer redaktionell überarbeitet und in das Ulmer Papier eingearbeitet.*

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächster Redner Herr Michaelis.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Soweit ich das Ganze richtig verstehe, ist es so, dass mit der zweiten Lesung über diesen Antrag erneut abgestimmt wird. Das geschieht so. Demzufolge machen wir eine zweite Lesung zu diesem Punkt.

Mich stört, dass wir uns in einem schwierigen Punkt als Parlament entmündigen. Die meisten wissen, dass es günstig ist, an einigen Stellen Änderungen einzufügen. Diese Möglichkeit sollten wir nutzen. Bei jedem Antrag haben wir die Möglichkeit der Vorstandsüberweisung. Das ist die Beerdigung erster Klasse eines Antrags. Der Antrag verbleibt so aber im ärztlichen Wissensschatz.

Es wird nicht besser, wenn wir es immer wiederholen. Wir müssen zum zweiten Mal auszählen, dann geht es los.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Damit es bei den vielen Meldungen zur Geschäftsordnung nicht verloren geht: Es geht immer noch um die Frage, ob die Anträge, die materielle Änderungen im „Ulmer Papier“ vorsehen, alle an den Vorstand überwiesen werden sollen oder nicht. Das ist die Frage, über die wir im Moment in der zweiten Lesung über den Geschäftsordnungsantrag diskutieren.

Der nächste Redner ist Herr Neher aus Bayern.

Dr. Neher, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich freue mich: Jetzt kommt ja richtig Fahrt in den Laden! Ich glaube, in der heißen Diskussion, die wir hier führen, haben Sie einen Antrag überlesen oder nicht beachtet. In diesem Antrag steht:

> *Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden.*

Lieber Vorstand, das ist keine redaktionelle Änderung! Das ist eine Handgranate, die in Nebenreihen reingereicht wird. Ich hätte gern von Ihnen dezidiert gewusst, wie Sie mit einer solchen Sache umgehen. Wie können wir sicher sein, dass wir noch Einfluss auf die Steuerung haben? Wir als niedergelassene Kollegen fühlen uns mit einem solchen Antrag etwas beengt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Sie plädieren dafür, materiell abzustimmen. Das verstehe ich. – Herr Veelken.

Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! 250 Leute lassen ihre Arbeit liegen, verlassen ihre Familien, bekommen zuvor einen Antrag zugesandt, dessen Behandlung die Hauptaufgabe auf diesem Deutschen Ärztetag sein soll. Es wird darüber diskutiert, dann kommt aus dem Vorstand selbst – erst von der Vizepräsidentin und dann von Herrn Windhorst – die Bitte, über diese Anträge lieber nicht selbst abzustimmen, sondern das dem Vorstand zu überlassen. Wie weit wollen wir uns eigentlich von unserem angeblich befreundeten Vorstand entmündigen lassen?

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Windhorst hat jetzt die Gelegenheit, das näher auszuführen.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Danke für die Steilvorlage. Ich möchte Sie in keiner Weise entmündigen. Ich wollte den Deutschen Ärztetag beherrschbar sein lassen, was die Zeitkontingente betrifft.

(Zurufe)

– Moment! Es gibt jetzt zwei Möglichkeiten. Ich habe Ihnen eben gesagt, dass man das vielleicht delegieren kann, wenn man Vertrauen hat. Ich sehe aber aufgrund der 50 : 50-Abstimmung von eben, dass es ganz schlecht wäre, wenn wir es dabei beließen und diese Anträge nicht besprechen würden. Wir haben jetzt schon wieder eine halbe Stunde diskutiert. In dieser Zeit hätten wir 15 Anträge durchziehen können.

(Beifall)

Ich bitte Sie: jetzt aber durch! Ziehen wir das gnadenlos ohne Mittagspause durch, damit der Duktus des 111. Deutschen Ärztetages klar hinterlegt wird! Wir brauchen das „Ulmer Papier“. Wir brauchen auch die Identifikation von Ihnen.

Danke, dass Sie mir zugehört haben. Aber jetzt auch zügig!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Montgomery.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als einer von den drei Personen, die das sogenannte Redaktionsteam gebildet haben – übrigens unter der Leitung von Jörg Hoppe –, aber nicht allein, sondern mit vielen kompetenten Mitarbeitern der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, möchte ich sagen: Jetzt ist ein Punkt erreicht, dass wir wirklich, wie es Theo Windhorst gesagt hat, durch die Anträge hindurch müssen. Nichts wäre schlimmer, als wenn wir eine kritische Masse von Einzelablehnungen zu einzelnen Punkten, zu Kommata bekämen, die es Ihnen am Ende unmöglich machen würden, dem Gesamtpapier zuzustimmen.

Deswegen gibt es nur noch eine Möglichkeit: Wir müssen jetzt durch die Anträge hindurch. Man kann einen Antrag ablehnen oder annehmen, man kann ja auch bei jedem Antrag sagen: Wir überweisen ihn an den Vorstand, denn hier kann noch weiter nachgedacht werden. Es muss ja nicht immer nur plus oder minus sein. Ich glaube, das ist der einzige Weg, wie wir der Situation jetzt noch Herr werden. Deshalb bitte ich darum, alle Anträge einzeln zu bescheiden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sehen Sie, so klärt sich alles, überindividuell und individuell. Das ist gut.

Wir stimmen jetzt zum zweiten Mal über den Antrag auf Überweisung der Änderungsanträge zum Text an den Vorstand ab, nachdem alle Stellung genommen haben, die dazu Stellung nehmen wollten. Wir zählen von vornherein aus.

Wer möchte nach dieser Debatte die Änderungsanträge zum „Ulmer Papier“ komplett im Sinne einer pauschalen Überweisung an den Vorstand überweisen? – Das müssen wir gar nicht zählen, glaube ich. – Wer möchte das nicht? –

(Beifall)

Dann werden wir die Anträge einzeln durchgehen und danach das so gestaltete „Ulmer Papier“ verabschieden.

Wie ich Ihnen vorhin angekündigt habe, müssen wir den Tagesordnungspunkt I an dieser Stelle unterbrechen und **Tagesordnungspunkt II** aufrufen:

Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland (am Beispiel Demenz)

Ich bitte Herrn Professor Dr. phil. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, seinen Vortrag zum Thema „Lebensqualität demenzkranker Menschen“ zu halten. Ich begrüße ihn sehr herzlich bei uns. Ich bitte Sie, ihm sehr viel Aufmerksamkeit zu schenken. Er ist einer der profiliertesten Kenner auf diesem Gebiet. Bitte, Herr Professor Kruse.

Prof. Dr. Kruse, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich zunächst herzlich dafür bedanken, zu diesem Vortrag eingeladen worden zu sein. Erlauben Sie mir, diesen Vortrag mit einem Beispiel aus der Praxis der Versorgung demenzkranker Menschen, so wie wir diese an einem Universitätsinstitut erleben können, zu beginnen.

Vor ungefähr anderthalb Jahren kam ein Ehepaar zu uns in das Institut mit der Bitte, die von dem Ehemann geäußert wurde, dass bei der Ehefrau mit bildgebenden Verfahren bzw. psychometrischen Verfahren eine Aussage darüber getroffen werden solle, inwiefern es sich um eine demenzielle Erkrankung bei der Frau handele, ob bei der Frau eine Alzheimerdemenz oder eine andere Form der Demenz vorliege. Nachdem wir die Bildgebung hatten und nachdem wir die psychometrischen Verfahren abgeschlossen hatten, mussten wir dem Ehepaar mitteilen, dass die Ehefrau an einer weit fortgeschrittenen Alzheimerdemenz leide, die ihre kognitive Leistungskapazität ebenso wie ihre Persönlichkeit zum Teil erheblich verändert habe.

Als wir diese Aussage getroffen hatten, antwortete der Ehemann in folgender Weise: Zunächst werde ich meine Frau töten, und in einem weiteren Schritt werde ich mich selbst töten. Wir hatten dann eine sehr ausführliche Diskussion darüber, auch mit den medizinischen Kollegen bei unserem Institut, was dieses Ehepaar tun könne, damit die Frau eine adäquate medizinisch-pflegerische Versorgung erhalte bzw. was das Ehepaar auch psychologisch tun könne, damit die schwere Diagnose einer progredienten Alzheimerdemenz psychologisch bzw. seelisch bewältigt werden könne.

In diesem Kontext wurde dann auch die Frage gestellt, inwiefern Menschen mit einer schweren Demenz, die irgendwann einmal zum Tode führen wird, ein menschenwürdiges Leben führen können bzw. inwiefern die medizinisch-pflegerischen Maßnahmen die Möglichkeit eröffnen, ein Leben zu führen, welches bestimmt ist von Lebensqualität.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich dieses Fallbeispiel noch kurz kommentieren mit einem lyrischen Beitrag von Rainer Maria Rilke, bevor ich dann in die fachliche Diskussion eintrete. Es gibt ein sehr eindrucksvolles Gedicht von Rainer Maria Rilke, das für uns als Altersforscher überaus bedeutsam ist, wenn es um die Frage geht, inwiefern es Menschen auch dann, wenn sie an schweren körperlichen bzw. seelisch-geistigen Erkrankungen leiden, möglich ist, ein gutes Leben im Alter führen zu können. Dieses Gedicht – Sie werden es wahrscheinlich alle kennen – lautet:

Herr: es ist Zeit. Der Sommer war sehr groß.
Leg deinen Schatten auf die Sonnenuhren,
und auf den Fluren laß die Winde los.

Befiehl den letzten Früchten voll zu sein;
gib ihnen noch zwei südlichere Tage
dränge sie zur Vollendung hin und jage
die letzte Süße in den schweren Wein.

Wer jetzt kein Haus hat, baut sich keines mehr.
Wer jetzt allein ist, wird es lange bleiben,
wird wachen, lesen, lange Briefe schreiben
und wird in den Alleen hin und her
unruhig wandern, wenn die Blätter treiben.

Meine Damen und Herren, warum konfrontiere ich Sie mit diesem Gedicht? Der eigentliche Akzent liegt auf der Formulierung „dränge sie zur Vollendung hin und jage die letzte Süße in den schweren Wein“. Was wir damit zum Ausdruck bringen wollen – ich glaube, hier wird eine sehr wesentliche Komponente der ärztlichen Tätigkeit angesprochen –, ist, dass wir den gesamten Lebenslauf als eine Einheit betrachten, das Alter als eine bedeutsame Komponente des Lebenslaufs, und dass eine zentrale Aufgabe des Menschen auch im hohen und

im höchsten Lebensalter darin zu sehen ist, sein Leben zu einer Vollendung zu bringen.

Eine der größten Sorgen älterer Frauen und Männer besteht darin, dass die Möglichkeit, den Lebenslauf zu einer Vollendung zu bringen, nicht gelingt, weil möglicherweise eine Alzheimerdemenz oder eine vaskuläre Demenz oder eine Demenz anderen Typs auftritt.

Ich darf Ihnen an dieser Stelle sagen, dass die niedergelassenen Ärzte ebenso wie Klinikärzte, die sich mit Fragen der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie befassen, ebenso wie wir in der Forschung mehr und mehr mit der Frage älterer Menschen konfrontiert werden: Werden wir angesichts der Tatsache, dass wir eine solche bemerkenswerte Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung registrieren dürfen, mit dem erhöhten Risiko der Demenzerkrankung konfrontiert sein? Wird dies dazu führen, dass wir eine zentrale Aufgabe unseres Lebens, nämlich das Leben zu einer Abrundung, zu einer Vollendung zu bringen, nicht erfüllen können?

Ich sage, dass hier eine wichtige ärztliche Tätigkeit angesprochen ist, die man vielleicht in den 50er-, 60er- und Anfang der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts mit dem Begriff der ärztlichen Seelsorge umschrieben hat. Lassen Sie mich an dieser Stelle eindeutig akzentuieren: Mit derartigen Fragen wird die praktische Medizin in immer stärkerem Maße konfrontiert. Ich möchte schon hier in Klammern sagen, meine Damen und Herren: Das wird letzten Endes auch zu Finanzierungsfragen führen. Die Tatsache, dass wir diese bemerkenswerte Zunahme bei der durchschnittlichen Lebenserwartung haben – heute sind 4,2 Prozent der Bevölkerung 80 Jahre und älter; im Jahre 2040/2045 werden es circa 13 Prozent sein –, trägt dazu bei, dass uns Aspekte der Multimorbidität, dass uns Aspekte der chronischen Erkrankungen und dass uns vor allen Dingen Aspekte der hirnorganischen Erkrankungen auch im praktischen Handeln immer stärker beschäftigen werden. Hier müssen aus unserer Perspektive Medizinerinnen und Mediziner in einer ganz anderen Art und Weise auch finanziell ausgestattet sein, um dieser bemerkenswerten Aufgabe, mit der das hohe Alter im wachsenden Maße konfrontiert, gewachsen zu sein.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich einige Sätze zur Entwicklung der Demenzerkrankung, was die Epidemiologie angeht, vortragen. Wir gehen davon aus, dass in der Bundesrepublik Deutschland heute ungefähr 1,05 Millionen Menschen an einer demenziellen Erkrankung leiden, die symptomatisch ist. Es ist für die Medizin überaus bedeutsam, hier zu differenzieren zwischen einer stummen, subsymptomatisch verlaufenden Demenz auf der einen Seite und einer symptomatischen Demenz auf der anderen Seite. Wir gehen nämlich davon aus, dass vor dem Zeitpunkt, zu dem eine Demenz symptomatisch wird, diese Erkrankung ungefähr acht bis zehn Jahre – einige Kollegen sagen sogar: zehn bis 15 Jahre – stumm verläuft. Das heißt, wir können diese Erkrankung

noch nicht diagnostizieren, wir können sie vor dem Hintergrund der bestehenden diagnostischen Möglichkeiten noch nicht eindeutig diagnostizieren. Wenn die Demenz aufgetreten ist, und zwar in der Weise, dass sie symptomatisch verläuft, sodass wir sie als Demenz diagnostizieren können, beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung, also von dem Zeitpunkt, an dem die Erkrankung symptomatisch wurde, bis zum Zeitpunkt des Todes, ungefähr sieben bis neun Jahre. Es gibt demenzkranke Patienten, die noch 12, 14 oder sogar 15 Jahre leben.

Mit anderen Worten, meine Damen und Herren: Die demenzielle Erkrankung ist eine chronisch progrediente Erkrankung, die einen überaus langen und intensiven Versorgungsbedarf mit sich bringt.

Ich habe eben gesagt: Heute sind 1,05 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland demenzkrank, oder die Demenzdiagnose ist eindeutig gesichert. Wir gehen davon aus, dass im Jahre 2040 2 Millionen, vielleicht auch über 2 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland an einer Demenz leiden werden.

Hier vielleicht noch eine ökonomische Position. Die durchschnittlichen Behandlungskosten für einen demenzkranken Menschen betragen im Jahr 43 367 Euro. Sie können sich also vorstellen, welche ökonomische Versorgungslast auf die Bundesrepublik Deutschland allein aufgrund der Tatsache zukommt, dass wir es mit einer deutlichen Zunahme bei der Anzahl demenzkranker Menschen zu tun haben werden.

Ein weiterer Punkt sei an dieser Stelle artikuliert, nämlich dass die meisten Demenzerkrankungen – das wird unseres Erachtens in der Fachöffentlichkeit vielfach nicht richtig wiedergegeben – mit Multimorbidität assoziiert sind. Wir haben ja noch vielfach die Vorstellung, dass ein Mensch körperlich noch relativ gesund ist und nur eine schwere hirnorganische Einschränkung hat, wenn wir bei ihm die Diagnose Demenz treffen müssen. Diese Vorstellung ist vielfach falsch. Die meisten demenzkranken Menschen leiden an mehreren körperlichen Erkrankungen. Das heißt, zur Demenz gesellt sich noch die körperliche Multimorbidität.

Von den 1,05 Millionen Menschen, bei denen eine Demenz gesichert ist, leben ungefähr 400 000 in einer stationären Einrichtung der Altenhilfe. Diese stationären Einrichtungen sagen uns: Wir beobachten vielfach einen eklatanten Mangel in der ärztlichen Kompetenz, wenn es darum geht, eine Demenz zu diagnostizieren, wenn es darum geht, einen demenzkranken Menschen therapeutisch-rehabilitativ bzw. pflegerisch zu begleiten.

Die anderen 605 000 demenzkranken Menschen leben im ambulanten Bereich, das heißt, sie werden von Pflegenden oder von Angehörigen betreut oder leben

sogar ganz allein im Haushalt und erfahren eine zum Teil gar nicht regelmäßig stattfindende Betreuung durch ambulante Dienste.

Ein nicht kleiner Teil der pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen steht selbst im Alter.

Das soll Ihnen zeigen, wie ausgeprägt der Versorgungsbedarf ist. Meine Damen und Herren, wir werden in den nächsten Jahren eine hochbedeutsame ethische Diskussion zu erwarten haben, eine ethische Diskussion über die Frage, ob unsere Gesellschaft in ein so schwerkrankes Leben investieren soll. Wir werden eine Diskussion über das Thema bekommen, ob ein Mensch mit einer schweren Demenzerkrankung überhaupt noch ein menschenwürdiges Leben führt. Meine Damen und Herren, da erbitten wir als Altersforscher, die viel in der Praxis tätig sind, Ihr klares Votum zu der Aussage, dass die Gesellschaft bzw. dass der Mensch nicht die Menschenwürde eines anderen definiert, diese nicht bestimmt.

(Beifall)

Wir erbitten Ihr Votum in der Richtung, um eine Aussage Ihres Präsidenten, die ich heute im „Deutschen Ärzteblatt“ lesen konnte, aufzugreifen, dass der Aspekt der Daseinsvorsorge ein zentraler ist, der in dem Maße an Zentralität gewinnt, in dem wir es mit schwerstkranken Menschen zu tun haben, die ihre Bedürfnisse vielfach nicht selbst artikulieren können.

Schließlich sollten wir uns auf die Tatsache besinnen, dass wir in einer Gesellschaft leben, der deutlich gemacht werden muss, dass in einer Gesellschaft des langen Lebens der Einzelne sehr viel mehr in die gesundheitliche Vorsorge investieren muss, dass der Einzelne sehr viel mehr in eine gute Qualität der medizinischen Versorgung genauso wie in eine gute Qualität der pflegerischen Versorgung investieren muss.

Meine Damen und Herren, hier sehen wir eine hochbedeutsame Aufgabe für die Politik. Wir sehen diese Aufgabe darin, in der Öffentlichkeit wahrhaftig zu kommunizieren, dass in einer Gesellschaft des langen Lebens der einzelne Mensch in der individuellen Finanzplanung seines Lebens, in der individuellen Antizipation der Aufgaben in seinem Leben sich viel mehr mit der Frage auseinandersetzen muss: Was willst du in eine gute gesundheitliche und was willst du in eine gute pflegerische Versorgung investieren? Auch dieser Punkt muss viel mehr als heute in den öffentlichen Raum hineingetragen werden.

Wenn sich das einzelne Individuum nicht der Tatsache bewusst ist, dass wir alle uns als Gemeinschaft, als Gesellschaft, als Polis konstituieren, wenn es sich nicht der Tatsache bewusst ist, dass es auch selbst durch Vorsorge in sein eigenes Alter investieren muss, ist es durchaus möglich, dass wir später aufgrund großer Verlegenheit, aufgrund der Tatsache, dass keine adäquaten Ant-

worten mehr gegeben werden können, die Ausrede hören müssen: Es gibt ein bestimmtes Leben, das hat keine Menschenwürde mehr, deshalb ist es auch nicht nötig, dass wir uns in vollem Maße medizinisch oder pflegerisch diesem Leben zuwenden und es unterstützen.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich in Bezug auf die Demenzerkrankung einige Aspekte akzentuieren. Es ist meine Aufgabe, nur bestimmte Akzente vorzutragen und sie nicht ausführlich zu explizieren. Sie werden in Ihren Unterlagen eine Langfassung meines Vortrags finden, in der viele Befunde aufgeführt sind, die die folgenden Akzentsetzungen stützen sollen.

Die erste Akzentsetzung: Wenn Sie über Demenz sprechen, wenn Sie vorhaben, sich in der Öffentlichkeit zum Thema Demenz zu äußern, bedenken Sie bitte immer Folgendes: Demenz ist keine Erkrankung, sondern Demenz ist ein Oberbegriff für zahlreiche Erkrankungen. Es gibt nicht *die* Demenz, sondern es gibt sehr verschiedenartige, ätiologisch sehr verschiedenartige Demenzen. Das ist bedeutsam, denn eine sehr wichtige Aufgabe der medizinischen Diagnostik ist allein schon darin zu sehen, genau zu bestimmen, um welche Form der Demenz es sich handelt, welche Ätiologie die bestimmte Demenzform, mit der man konfrontiert ist, hat.

Bitte bedenken Sie in diesem Kontext auch Folgendes: Nur 30 Prozent der demenzkranken Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sind adäquat diagnostiziert. Das ist ein Skandalon! Das heißt, 70 Prozent der demenzkranken Menschen haben keine gesicherte Diagnose, sind nicht adäquat diagnostiziert. Man geht vielfach davon aus, dass sie eine Demenz haben, ohne aber eine Differentialdiagnostik zu versuchen.

Das ist, meine Damen und Herren, meines Erachtens nicht nur ein fachliches Problem, sondern das ist ein sittliches bzw. auch ein ethisches Problem.

Zweiter Punkt. Wir gehen davon aus, dass wir Teile der Demenzerkrankungen, bestimmte Demenzformen prävenieren können. Hier wird der Aspekt der Prävention sehr wichtig. Beispielsweise machen die gefäßbedingten Demenzen ungefähr 18 bis 20 Prozent aller Demenzerkrankungen aus. Diese kann man prävenieren. Mittlerweile sind wir sogar optimistisch, dass wir die Alzheimerdemenz, also die neurodegenerative Demenz, durch gute kognitive Trainingsmaßnahmen, also sehr anspruchsvolle kognitive Trainingsmaßnahmen, aber auch durch sehr anspruchsvolle körperliche Trainingsmaßnahmen wenigstens in Teilen in der Hinsicht prävenieren können, dass diese Demenzform erst später auftritt. Diese Präventionspotenziale genau zu bestimmen bzw. Patientinnen und Patienten über diese Präventionspotenziale genauer Auskunft zu geben, ist eine überaus bedeutsame Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit.

Ich sage das deswegen, weil sich Ihr Anliegen, in der Öffentlichkeit darüber zu diskutieren, mit welchen finanziellen Ressourcen Medizinerinnen und Mediziner

ausgestattet sind, um eine fachlich und sittlich-ethisch adäquate Arbeit leisten zu können, sich besonders am Beispiel der Demenzerkrankung konkretisieren lässt, weil vielfach gesagt wird: Solche Aussagen in Bezug auf die Prävention, solche Aussagen in Bezug auf die Differentialdiagnostik sind Aussagen, die vielleicht gar nicht diese umfassende fachliche Expertise brauchen. Wir hingegen würden sagen: Sie brauchen eine besondere fachliche Expertise und damit natürlich auch eine adäquate finanzielle Ausstattung jener Personen, die diese fachliche Expertise der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

Meine Damen und Herren, wir haben in Bezug auf die Demenz mittlerweile die neurodegenerative Demenz vom Alzheimertyp, wir haben in Bezug auf die Demenz mittlerweile einen gewissen Optimismus, dass wir beispielsweise durch Azetylcholinesterasehemmer die Demenz in ihrer frühen Phase symptomatisch beeinflussen können. Aber hier stehen wir vor dem nächsten ethischen Problem, dass nicht wenige Krankenkassen sagen: Wir zahlen diese Azetylcholinesterasehemmer deshalb nicht, weil sie unverhältnismäßig teuer sind. Aus der Perspektive der demenzkranken Menschen, aus der Perspektive der Angehörigen hören Sie aber: Wenn Sie den Symptomverlauf einer Demenz, den kognitiven Symptomverlauf ebenso wie den verhaltensbezogenen Symptomverlauf, über anderthalb oder zwei Jahre, vielleicht sogar über drei Jahre signifikant beeinflussen können, dann ist das eine ganz bemerkenswerte Zunahme an Lebensqualität, und deshalb können wir nicht verstehen, warum diese potenziell wirksamen Medikamente nicht verordnet werden.

Sie sehen hier sofort wieder eine Güterabwägung, die uns nicht nur in fachliche, sondern auch in ethische Problembereiche führt.

Kurz von der Therapie noch zur Rehabilitation und dann zur Pflege. Wir haben mit Krankenkassen und Pflegekassen schon häufig Diskussionen darüber geführt, dass es durchaus sinnvoll sein kann, bei Demenzerkrankungen bzw. bei Menschen, die an einer Demenz leiden, Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen, weil sie auch dazu führen können, dass wir den kognitiven Symptomverlauf ebenso wie den verhaltensbezogenen und den persönlichkeitsbezogenen Symptomverlauf positiv beeinflussen können. Wir haben als Institut häufig die Aufgabe, als Obergutachter tätig zu werden, der sich mit der Frage auseinanderzusetzen hat: Sind die abgelehnten Rehabilitationsanträge bzw. die diesen Anträgen zugrunde liegenden Begründungen fachlich oder sittlich-ethisch zu akzeptieren? Wir haben manchmal den Eindruck, dass gerade in Bezug auf Entscheidungen über die Rehabilitation vielfach nicht fachlich adäquat und auch nicht differenziert geantwortet wird, weil man es mit hochbetagten Menschen zu tun hat, vor allen Dingen mit hochbetagten Menschen, die an einer Demenz leiden.

Damit komme ich zu meinem letzten Punkt, der Pflege. Das führt uns zentral in das Problem der Menschenwürde. Bevor ich Ihnen zwei oder drei Aussagen zu

unseren Projekten mache, die wir mit schwerstkranken demenzkranken Menschen durchführen, will ich zunächst einmal den großen Schriftsteller Friedrich Schiller zu Wort kommen lassen, der in den Jahren 1789 und 1790 zur Menschenwürde Folgendes geschrieben hat, was hochbedeutsam ist. Ich darf zitieren – und erbitte Ihr völliges Schweigen, weil jetzt einer der ganz Großen zu uns spricht –:

> *Nichts mehr davon, ich bitt Euch. Zu essen gebt ihm, zu wohnen. Habt Ihr die Blöße bedeckt, ergibt sich die Würde von selbst.*

Ein Jahr später:

> *Der Menschheit Würde ist in Eure Hand gegeben. Bewahret sie! Sie sinkt mit Euch! Mit Euch wird sie sich heben!*

Was meint Friedrich Schiller mit diesen beiden Zitaten? Zum einen das, was für uns am Institut für Gerontologie das Leitbild ist: Dem Menschen ist qua Mensch Würde gegeben. Das heißt, auch in den schwersten Situationen der Palliation würden wir uns nie anheischig machen, die Würde eines Menschen in Abrede zu stellen.

Aber es bedarf tiefgreifender, es bedarf umfassender Betreuungs- bzw. Versorgungsleistungen, die hier in den Worten ausgedrückt sind: „Zu essen gebt ihm, zu wohnen. Habt Ihr die Blöße bedeckt, ergibt sich die Würde von selbst“. Eine schönere Umschreibung dessen, was wir unter Palliativmedizin verstehen, was wir unter Palliativpflege verstehen, kann man kaum geben. Palliation kommt vom lateinischen „pallium“. Das bedeutet übersetzt „Mantel“. Wir legen um einen Menschen den Mantel, und zwar mit dem Ziel, ihm eine fundamentale Versorgung angedeihen zu lassen, auf dass sich die Würde des Menschen auch in einer Grenzsituation des menschlichen Lebens verwirklichen kann.

Wir haben dies in einem großen Projekt versucht, das von der Bundesregierung sehr umfassend gefördert wurde. Wir haben es „Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen“ genannt. In diesem Projekt haben wir mit vielen demenzkranken Menschen zu tun gehabt, die nicht mehr in der Lage waren, verbal zu kommunizieren. Nicht wenige Kolleginnen und Kollegen von uns im In- und Ausland haben gefragt: Warum beschäftigt ihr euch mit dieser Problemgruppe, sie kann überhaupt nicht mehr verbal kommunizieren, wir gehen davon aus, dass diese Menschen auch keine Affekte bzw. keine Emotionen mehr haben.

Wir haben erklärt: Was ihr hier trefft, ist ein Werturteil. Was ihr hier nicht trefft, ist ein Urteil, das auf der instrumentellen Vernunft gründet. Das ist kein empirisch fundiertes Urteil. Wir werden uns jetzt in jahrelanger Arbeit mit der Frage auseinanderzusetzen haben, inwieweit wir eurem Werturteil ein empirisches

Urteil hinzugesellen können, das möglicherweise euer Werturteil sogar falsifiziert.

Wir hatten bei schwerstdemenzkranken Menschen Folgendes beobachtet: Bei einer mimischen Ausdrucksanalyse, die wir vielfach videobasiert durchgeführt haben, nachdem wir alle betreuungsrechtlichen Fragen geklärt haben, wurde deutlich, dass demenzkranke Menschen über ein sehr viel differenzierteres emotionales und affektives Erleben verfügen, als wir es gemeinhin annehmen. Wir haben festgestellt, dass man bei demenzkranken Menschen, bei denen man prima facie sagen würde „Dort ist gar kein Leben mehr“, durchaus den Nachweis erbringen kann, wie differenziert diese Menschen in verschiedenartigen Situationen reagieren.

Insofern haben wir gesagt: Die philosophisch-ideale Kategorie der Selbstverantwortung können wir auch praktisch umsetzen, indem wir durch die mimische Ausdrucksanalyse darzulegen versuchen, in welchen Situationen die betreffende Person Freude und Glück empfindet und inwiefern wir solche Situationen immer wieder mit den entsprechenden positiven Emotionen konstituieren können. Dies gelingt uns immer besser. Es wird im nationalen und internationalen Pflegekontext immer mehr angenommen.

Warum sage ich Ihnen das? Ich sage es, weil uns deutlich wird, dass diese sehr rasche Aussage über das Alter, dass uns die sehr rasche Aussage über medizinische, gesundheitliche Grenzsituationen im hohen Alter dazu verführt, empirisch falsch zu argumentieren bzw. auch ethisch in höchstem Maße problematisch zu argumentieren. Ich sage es Ihnen auch deswegen, weil wir in der Kooperation mit Medizinern auf der einen Seite und Pflegefachkräften auf der anderen Seite Folgendes haben feststellen können: Wenn gute Arbeitsbedingungen für Mediziner im Bereich der Geriatrie, vor allem der Gerontopsychiatrie, vorliegen, wenn gute Arbeitsbedingungen für die Pflegefachkräfte vorliegen, sind die betreffenden Personen sehr viel mehr in der Lage, so etwas wie eine mimische Ausdrucksanalyse zu betreiben, sind sie sehr viel mehr in der Lage, sich viel intensiver mit dem Aspekt der Lebensqualität demenzkranker Menschen auseinanderzusetzen. Wenn das der Fall ist – auch das können wir empirisch sehr eindrucksvoll nachweisen –, werden wir sogar eine Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen bewirken können.

Meine Damen und Herren, von Michelangelo Buonarroti, der ja eigentlich durch seine Skulpturen bekannt geworden ist, gibt es wunderschöne Sonette. In hervorragender Art und Weise sind seine 42 Sonette von Rainer Maria Rilke übersetzt worden, erschienen im Insel-Verlag, sehr empfehlenswert. Wenn Sie zu erhitzt sind und den Eindruck haben, wir beißen uns fest: Lesen Sie diese Sonette; sie sind fantastisch. Es gibt ein Sonett, das ich Ihnen aus Zeitgründen jetzt nicht in Gänze vortragen kann, das aus meiner Perspektive eine Dimension des Alters zur Abbildung bringt, die die Medizin ebenso wie die Pflege und

ebenso wie die anderen Disziplinen zur Verwirklichung bringen muss. Darin sehen Sie die große Aufgabe einer zugewandten, sich auf dem Prinzip der Seelsorge definierenden medizinischen Tätigkeit. Die erste Strophe dieses Sonetts lautet:

Des Todes sicher, nicht der Stunde, wann.
Das Leben kurz, und wenig komm ich weiter;
den Sinnen zwar scheint diese Wohnung heiter,
der Seele nicht, sie bittet mich: stirb an.

Das ist eine für uns überaus bedeutsame Aussage, weil meiner eigenen Theorie zufolge sich das Alter in besonderer Weise – hier bin ich sehr stark beeinflusst von Viktor von Weizsäckers „Gestaltkreis“ – durch das Hervortreten zweier Ordnungen charakterisieren lässt: der Ordnung des Lebens und der Ordnung des Todes. Das wird besonders sichtbar im Falle der Demenz. Diese beiden Ordnungen zu verbinden, die Ordnung des Lebens und die Ordnung des Todes, ist eigentlich eine Aufgabe, die uns im ganzen Lebenslauf gestellt ist. Diese beiden Ordnungen miteinander zu verbinden, ist eine Aufgabe, die uns im Alter in besonderer Weise entgegentritt und die in besonderer Weise bewältigt werden muss, und zwar so, dass man sagt: Im hohen Lebensalter, vor allem im sehr hohen Lebensalter, zieht sich die Persönlichkeit immer weiter zurück, wird immer vulnerabler, immer verletzlicher, bis sie sich irgendwann ganz zurückgezogen hat.

Das bedeutet aber nicht, dass wir sagen: In dieser Persönlichkeit ist kein Leben mehr. Auf der anderen Seite dürfen wir nicht den Fehler begehen, künstlich das Alter in dem Sinne schönzureden: Der kann mit 95 oder 100 Jahren noch genauso durch das Leben schreiten, wie er das mit 50 oder 60 Jahren konnte.

Meine Damen und Herren, diese beiden Perspektiven miteinander zu verbinden, ist eine große Leistung des hohen Lebensalters. Ich darf Ihnen an dieser Stelle sagen: Wenn diese älteren Menschen eine Medizinerin bzw. einen Mediziner gefunden haben, mit der bzw. mit dem sie über diese Leistungen sprechen können, wie man sich auf die Vergänglichkeit vorbereitet, aber gleichzeitig die Aspekte des Lebens in sich spürt und zur Verwirklichung bringt, ist das ein substanzieller Beitrag zur Erhaltung und zur Förderung der Lebensqualität.

Seien Sie beglückwünscht, dass Sie einen so wunderschönen Beruf haben. Ich hoffe, dass die Bedingungen so sein werden, dass Sie in Zukunft diesen Beruf in jener Weise ausüben können, wie Sie sich das wünschen und wie die Altersforschung dies von Ihnen wünscht.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Langanhaltender lebhafter Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Kruse, für diesen ergreifenden, eindrucksvollen, philosophisch und auch literarisch hinterlegten Vortrag. Ich habe Sie schon öfter gehört, aber noch nie so gut.

(Beifall)

Wir bedanken uns.

Nun wird Frau Dr. Goesmann, unsere Vizepräsidentin, zu dem Thema „Betreuung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten – Neue Versorgungskonzepte: Forderung an Beteiligte, Politik und Gesellschaft“ sprechen. Bitte, Frau Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann, Referentin: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Herr Professor Kruse, ich darf Ihnen ganz herzlich für Ihren wunderbaren Vortrag danken, den ich jetzt nur mit Zahlen und politischen Forderungen unterfüttern kann, den ich nicht toppen kann. Ich bin sehr beeindruckt und danke Ihnen dafür, dass Sie die Möglichkeit gefunden haben, heute zu uns zu kommen. Ich wünsche Ihnen für Ihr Engagement und Ihr Lebenswerk, dass das, was Sie gesagt haben, umzusetzen ist. Soweit wir als Ärzteschaft dazu beitragen können – Sie haben uns dazu auch Mut gemacht und Tipps gegeben –, würden wir das gern tun.

Meine Aufgabe ist es, die derzeitigen Versorgungsstrukturen zu durchleuchten und Forderungen für die zukünftige Versorgung aufzustellen. Herr Professor Kruse, Sie haben zu Recht darauf hingedeutet, dass die von uns heute besprochenen Patientinnen und Patienten, die Demenzkranken, eine reiche Emotionalität haben. Deswegen erlaube ich mir, Ihnen auf der Leinwand eine Fotoserie von Patientinnen und Patienten zu zeigen, die ich persönlich betreue, die in einem von mir betreuten Heim für Demenzkranke untergebracht sind. Es ist ein gerontopsychiatrisches Pflegeheim. Die Fotos zeigen die Emotionalität der Betroffenen deutlich. Ich habe natürlich nur Patientinnen und Patienten fotografiert, die damit einverstanden waren. Bei denjenigen, die unter Betreuung stehen, habe ich um eine schriftliche Einwilligung ihrer Betreuer gebeten. Insofern hat alles seine Ordnung.

Herr Präsident! Herr Referent! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Seit Jahrzehnten steigt die durchschnittliche Lebenszeit kontinuierlich an, die Zahl alter und hochbetagter Menschen in unserer Gesellschaft wächst ständig. Im täglichen Straßenbild hat man inzwischen den Eindruck, dass die Zahl der Menschen, die mit einem Rollator unterwegs sind, die Zahl derjenigen mit einem Kinderwagen übersteigt. Nie zuvor wurde der Wunsch nach einem möglichst langen Leben so häufig zur individuellen und damit zur sozialen Realität wie heute.

Damit gewinnen aber in unserer „Gesellschaft des langen Lebens“ Behandlung und Pflege älterer und alter Menschen, die zumeist chronisch krank und partiell oder komplett pflegebedürftig sind, zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig brechen soziale und familiäre Strukturen weg, die Zahl betagter Menschen in Einpersonenhaushalten steigt ständig. Dies stellt für jeden Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft neue Herausforderungen bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Betroffenen dar. Alt sein ist folglich nicht länger Einzelschicksal, sondern inzwischen ein Massenphänomen, aber – wie Dieter Hildebrandt, der bekannte Kabarettist, zu sagen pflegt –: Im Prinzip ist das Altwerden erlaubt, aber es wird nicht gern gesehen.

Mit steigendem Alter ist das Krankheitsgeschehen durch das Phänomen der Multimorbidität gekennzeichnet. Jeder Dritte der über 70-Jährigen hat über fünf verschiedene Erkrankungen und somit ein deutlich erhöhtes Risiko, funktionell erheblich beeinträchtigt zu sein. Andererseits ist es der modernen Medizin gelungen, das Auftreten starker gesundheitlicher Belastungen in das hohe Alter zu verschieben, sodass Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität vor allem jenseits des achten Lebensjahrzehnts kumulieren. Im Sinne des Gesetzes gelten lediglich rund 3 Prozent aller 65- bis 70-jährigen Bundesbürger als pflegebedürftig, unter den 80- bis 85-jährigen hingegen schon 20 Prozent, und bei den über 95-jährigen sind es dann sogar 55 Prozent.

Insgesamt sind heute 4 Millionen Bundesbürger über 80 Jahre alt, und für das Jahr 2050 rechnet man mit 10 Millionen über 80-Jähriger. Diese werden besonderer Betreuung bedürfen, da die Demenzrate – wenn nicht eine effektive Präventionsstrategie bzw. Therapie entwickelt wird – mit zunehmendem Alter exponentiell ansteigen wird. Von den 75- bis 80-Jährigen sind knapp 12 Prozent, von den 80- bis 90-Jährigen knapp 25 Prozent und von den über 90-jährigen Mitbürgern dann fast 30 Prozent von einer Demenz betroffen. Derzeit leiden schätzungsweise 1,3 Millionen Menschen in Deutschland an einer demenziellen Erkrankung. Für das Jahr 2050 wird mit einer Zahl von 2,3 Millionen Demenzkranken gerechnet, wobei interessanterweise bezogen auf die über 65-Jährigen mehr als doppelt so viele Frauen an Alzheimerdemenz erkranken als Männer.

Knapp die Hälfte der heute Betroffenen sind Leistungsbezieher der Pflegeversicherung, hiervon rund 400 000 in ambulanter und 330 000 in stationärer Betreuung. Die Demenz ist mit Abstand der wichtigste Grund für eine Heimunterbringung, denn es kommen bis zu 80 Prozent aller Demenzkranken im Verlauf ihrer Erkrankung zur Aufnahme in ein Pflegeheim. Derzeit kann man davon ausgehen, dass etwa 60 Prozent aller Heimbewohner an einer Form der Demenz leiden.

Immerhin werden aber rund ein Viertel der an einer Demenz Erkrankten von Familienangehörigen versorgt, und es gibt immer noch einen hohen Anteil Pflegebedürftiger, zumeist Frauen über 80, die tatsächlich noch alleine leben und in

unterschiedlichem Ausmaß von Verwandten, Nachbarn oder ambulanten Pflegediensten versorgt werden.

Nach der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts 2002 entfielen auf die Demenz 5,6 Milliarden Euro. Die Kosten für stationäre und teilstationäre Pflege spielen mit 3,6 Milliarden Euro die größte Rolle, wobei der unbezahlte Betreuungsaufwand der Angehörigen von durchschnittlich sechs bis zehn Stunden pro Tag nicht berücksichtigt ist.

Inzwischen ist die Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen und pflegerischen Versorgung alter, insbesondere dementer Menschen nicht nur hier beim Deutschen Ärztetag angekommen, wo wir selbst ja schon zu einem großen Teil den sogenannten „pflegenahen Jahrgängen“ angehören. Die Debatte hat inzwischen Medien und Politik erreicht. So wurden Prävention und Behandlung von demenziellen Erkrankungen in der Koalitionsvereinbarung der derzeitigen Regierungsparteien zu sogenannten „Leuchtturmprojekten“ erklärt. Während aber einerseits das Pflegeweiterentwicklungsgesetz jüngst Voraussetzungen für deutliche Verbesserungen für Demenzkranke ambulant und in stationären Einrichtungen geschaffen hat, beklagen andererseits hochrangige Vertreter der Wohlfahrtsverbände: „Die Pflege geht am Stock, die derzeitige Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen reicht nur für satt, still und sauber!“ Der Sozialdezernent der Stadt Hannover beklagte im April 2008, dass das größte Thema der Sozialpolitik, nämlich die Altersverwirrtheit, seine Heimatstadt vor große Probleme stelle: „Darauf sind die Strukturen nicht eingestellt, das wird noch Jahrzehnte dauern“.

Tatsächlich muss man bei einer genaueren Analyse der Situation erkennen, dass in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung, sowohl in Praxen als auch in Krankenhäusern, bei ambulanten wie auch stationären Pflegeeinrichtungen, in der Familie wie im Rehabereich die Akteure an vielen Stellen nur unzureichend auf die Alterung der Bevölkerung vorbereitet sind. In der Folge ist der Einzelne auf sich selbst zurückgeworfen. „Altern ist nichts für Schwächlinge“, erkannte schon die amerikanische Schauspielerin Bette Davis.

Ich selbst betreue regelmäßig weit über 100 demenzkranke Heimpatienten und darüber hinaus gleich viele noch in eigener Wohnung oder bei Angehörigen untergebrachte Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Stadien der Demenz. Nach meiner Erfahrung ist die derzeitige Situation ihrer Betreuung durch folgende Phänomene gekennzeichnet: So finden wir zum einen eine umfangreiche und besorgniserregende Tabuisierung und Verleugnung der Gesamtproblematik, vor allem natürlich auch durch die Betroffenen selbst. Studien haben gezeigt, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oftmals ein Ansprechen der ersten Symptome und der möglichen Handlungskonsequenzen hinauszögern, weil sie ihre Patienten mit der Diagnosestellung nicht kränken wollen und eine Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung oder gar einen Ab-

bruch der Behandlung befürchten. Darüber hinaus glauben sie, den Patientinnen und Patienten keine wirksame Behandlungsalternative anbieten zu können.

Tatsächlich ist es schwierig, offen mit Erkrankten über Prognose und Therapie zu sprechen; in den meisten Fällen gelingt das eher in der Angehörigenberatung. Bedingt durch die unterschiedlichen Versorgungsebenen, sind Behandlungsoptionen häufig nicht bekannt oder werden nicht flächendeckend angeboten.

Die Dimension der Problematik Alter/Multimorbidität/Demenz ist in unserem Land noch nicht erfasst worden, und es ist uns bisher nicht gelungen, ein tragfähiges Gesellschaftskonzept für das Miteinander der Generationen zu entwickeln. So findet die häusliche Betreuung Demenzkranker – 80 Prozent der Betroffenen werden für einen gewissen Zeitraum oder bis zum Tode noch zu Hause versorgt – gänzlich im individuellen Raum statt. Hier wird Pflege geleistet durch den alten Ehepartner, die Kinder – meist Töchter und Schwiegertöchter –, welche oft überlastet und alleingelassen die harte Rundumversorgung ihrer dementen Angehörigen schultern und Gefahr laufen, ohne entsprechende Unterstützung und Entlastung selbst an psychosomatischen Störungen, depressiven Verstimmungen und Schlafproblemen zu erkranken. Da in der Vergangenheit Demenzkranke keine Pflegestufe zuerkannt bekamen, war eine pflegerische Entlastung dann nicht möglich.

Wohlhabende Familien greifen heute in der Regel auf die sogenannte „polnische Lösung“ zurück. Diese in meinen Augen flapsige und zynische Bezeichnung steht für das Anstellen von ausländischen Frauen, oft gut ausgebildeten Pflegekräften aus Ländern wie Polen und Rumänien, die zu festgesetzten Monatslöhnen bei freier Kost und Logis die Pflegebedürftigen rund um die Uhr betreuen. Für heute 1 000 bis 1 500 Euro pro Monat finden sich tatsächlich zur Pflege unserer alten und dementen Mitmenschen ausländische Fachkräfte, deren eigene Familien dann monatelang die Mutter oder Tochter entbehren und deren Länder auf die Kompetenz dieser Frauen verzichten müssen.

Kurzum, ich halte diese legale Beschäftigungsform für moderne Ausbeutung und nicht würdig in einem Land, das zu den reichsten Nationen der Welt gehört. Diese Lösung ist nicht nur sozialpolitisch und unter dem Aspekt internationaler Beziehungen, sondern auch unter dem der individuellen Beziehung zu Kranken fragwürdig, denn der betreute Patient sieht sich hier mit wechselnden Fremden, die in der Regel kein Deutsch sprechen und jeweils nur wenige Monate bleiben, konfrontiert.

Ich kann an dieser Stelle nur meinen Unmut darüber ausdrücken, dass sich in Deutschland bisher keine bezahlbare Lösung zur Rundumbetreuung Dementer mit einheimischen Pflegekräften gefunden hat.

Wesentliche Ziele der medizinischen Versorgung älterer Menschen sind, deren Selbsthilfefähigkeit und Selbstständigkeit zu erhalten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, das Wohnen im häuslichen Umfeld möglichst lange zu ermöglichen und damit die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu bewahren. Diese Ziele gehören auch zu den ureigensten Aufgaben der Rehabilitation. Neuere Studien zeigen, dass geriatrische Rehamaßnahmen in der Lage sind, auch bei dementen Patienten die Pflegebedürftigkeit zu verringern und die Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu vermeiden bzw. zu verzögern. So verbesserten sich durch ambulante oder stationäre Rehamaßnahmen selbst bei schwer dementen Patienten deren Mobilität. Sie zeigten eine erhöhte Autonomie, sodass der Pflegebedarf erheblich reduziert werden konnte. Nach geriatrischer Rehabilitation musste nur jeder fünfte Demenzpatient in eine Pflegeeinrichtung übersiedeln, 80 Prozent konnten zurück in ihren Privathaushalt entlassen werden.

Der tatsächlichen Heimunterbringung geht oft ein langwieriger Diskussionsprozess voraus – wir kennen das alle –, der in vielen Fällen notfallmäßig beendet werden muss, weil beispielsweise ein Sturz, eine Fraktur oder ein Apoplex die weitere häusliche Versorgung unmöglich werden lässt. Abgesehen davon, dass kognitive Defizite bisher oft als Ablehnungsgrund für eine Rehamaßnahme gegolten haben, finden sich bundesweit erhebliche regionale Unterschiede in den Versorgungskapazitäten für geriatrische Rehabilitation. Ein am Bedarf orientiertes Versorgungsangebot kann leider bisher nicht flächendeckend gewährleistet werden.

In meinen Augen wird die Heimversorgung in Deutschland zu Unrecht als schlechte oder menschenunwürdige Verwahrung unserer Alten gekennzeichnet. Zwar haben Studien ergeben, dass die Zahl des Pflegepersonals in solchen Altenheimen seit 1992 deutlich gekürzt worden ist. Inzwischen bietet aber der Großteil der gerontopsychiatrisch spezialisierten Pflegeheime nicht nur „satt und sauber“, sondern ganzheitliche Betreuung mit verhaltenstherapeutischen Kompetenzkonzepten, Musik-, Tanz- und Maltherapie, Validation, Ergotherapie, Gedächtnisgruppen und sinnes- wie bewegungsbezogenen Therapieformen an. Darüber hinaus wird bei Heimarchitektur und -einrichtung zunehmend auf eine häusliche und stimulierende Umgebung geachtet, die Sicherheit und Geborgenheit vermittelt sowie mittels entsprechender Temperatur, Gerüchen, Geräuschkulissen und warmer Beleuchtung alles bietet, was Dementen die Orientierung erleichtert.

Therapeutische Konzepte umfassen neben rehabilitativen, psychiatrischen, verhaltenstherapeutischen, sozialen und pflegerischen Maßnahmen in der Medizin immer auch eine gezielte, rationale Pharmakotherapie. Diese ist aber gerade im Bereich der Gerontopsychiatrie außerordentlich umstritten, erhalten doch angeblich nur 24 Prozent der betroffenen dementen Patienten eine leitliniengerechte Arzneimitteltherapie. Zu den Hauptursachen dieser behaupteten

Unter- und Fehlversorgung gehören angeblich ein unzureichendes Wissen vieler Hausärzte sowie insbesondere die Angst der behandelnden Ärzte vor Regressforderungen. Tatsächlich sollen sowohl Betroffene als auch pflegende Angehörige und die gesamte Gesellschaft von einer evidenzbasierten Therapie mit Antidementiva profitieren, lässt sich dadurch doch der Zeitpunkt einer Heimunterbringung deutlich verzögern, was angeblich bei den Sozialversicherungen zu Einsparungen von circa 1 100 Euro jährlich pro Alzheimerpatient führen soll, die ansonsten für Heimpflege ausgegeben werden müssten.

Ich selbst habe etliche Patienten mit Antidementiva behandelt und war angesichts des dennoch fortschreitenden Krankheitsverlaufs immer wieder enttäuscht über den tatsächlich feststellbaren Effekt.

An dieser Stelle möchte ich auch sehr eindringlich die Frage stellen, ob die postulierte Verzögerung der Heimunterbringung von rund sechs Monaten durch Anwendung von Antidementiva ein Therapieziel sein kann. Für Sozialpolitiker, Wissenschaftler und Nichtbetroffene mag das so sein. Aber ob die betreuenden Angehörigen gerne ein halbes Jahr länger oder kürzer mit ihren dementen Verwandten zusammenleben wollen, muss stets individuell entschieden werden und hängt überwiegend von den sozialen Rahmenbedingungen ab.

So stellt sich schließlich die Frage, ob es uns gelingt, den dringend notwendigen gesellschaftlichen Konsens darüber herzustellen, was künftig an pflegerischer Versorgung notwendig, wünschenswert und machbar sein wird. Welche Versorgungsformen wünschen wir uns denn selbst für unser Alter? Wir selbst, die wir, wie ich schon sagte, großenteils den „pflegenahen Jahrgängen“ angehören, müssen den gesellschaftlichen Diskurs über würdiges Altwerden einleiten, anmahnen und abhalten. Unsere Zukunft im Alter wird ganz entscheidend davon abhängen, ob eine ausreichende Anzahl junger Menschen für den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bedarf und entsprechende Berufe in künftigen Versorgungskonzepten gewonnen werden kann.

Darüber hinaus braucht es ein Umdenken in unserer Gesellschaft, die Entwicklung eines Gemeinschaftsdenkens und ein neues Gesellschaftskonzept zur Nachbarschaftshilfe im Quartier, das eine selbstverständliche gegenseitige Betreuung von Kindern, Kranken und Alten beinhaltet. Neben den bereits bestehenden Versorgungssystemen bedarf es alternativer Konzepte, der Förderung familiärer Hilfen und des bürgerlichen Engagements, wobei auch migrantenspezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden müssen.

Präventive Maßnahmen und die Stärkung der aktiven Ressourcen des alternden Menschen können einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Demenz leisten. Da Rehabilitation immer vor Pflege geht, muss der im Pflegegesetz verankerte Anspruch auf Rehabilitation für geriatrische Patienten flächendeckend umgesetzt werden. Ambulante und stationäre

sowie mobile geriatrische Rehabilitation sind wohnortnah auszubauen. Alternative Lebens- und Wohnkonzepte, wie beispielsweise Demenz-Wohngemeinschaften, müssen finanziert und gefördert werden.

Im Rahmen von Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe müssen demenzielle Erkrankungen verstärkt Berücksichtigung finden. Hierzu zählen auch Hospitationen von Ärztinnen und Ärzten wie von anderen Berufsgruppen in der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie bzw. Konsiliar- und Liaisondienste mit Gerontopsychiatern und Gerontologen in Krankenhäusern.

Bewährt haben sich auch sogenannte „Demenzschwestern“, die verwirrte Patientinnen und Patienten während eines stationären Aufenthalts besonders intensiv betreuen. Pflegende Angehörige müssen Entlastung durch Selbsthilfegruppen, Schulungen, Urlaubsangebote, Rehabilitationskonzepte und die Organisation von beispielsweise Nachtwachen und Tagesstätten für die Erkrankten erfahren. Ganz wichtig erscheint mir aber, dass die gesamtgesellschaftliche Debatte auf einen Abbau der Tabuisierung und eine Beendigung der Isolation von Demenzkranken und ihren Angehörigen hinzielt.

Wir müssen uns auch dringend für eine Änderung der Steuergesetze bei der Politik starkmachen: Die Kosten für die Betreuung von Kindern, Kranken und alten Angehörigen in ihrer häuslichen Umgebung sollten zukünftig voll steuerlich absetzbar sein. Auch eine beitragsfreie Krankenversicherung sollte nicht nur für diejenigen Elternteile gelten, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen, sondern auch für die Familienmitglieder, die sich ausschließlich für die Pflege ihrer Angehörigen einsetzen.

Zur besten möglichen Betreuung Demenzkranker ist eine optimale Kooperation aller Akteure notwendig. Hierbei kommt dem langjährigen Hausarzt eine zentrale Stellung in der Koordination von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation für seine betroffenen Patientinnen und Patienten zu. Hausärzte und Fachärzte kooperieren zur Optimierung der Behandlung, sie beraten und unterstützen im Versorgungsmanagement die Erkrankten und ihre Familien und leiten entsprechende Maßnahmen ein. Da die aufsuchende Gesundheitsfürsorge in Form von präventiven und kurativen Hausbesuchen eine entscheidende Rolle bei der Identifizierung von gefährdeten Patientinnen und Patienten spielt, hat die Ärzteschaft entsprechende Strukturen und Qualifizierungsaspekte zur Einbeziehung von Medizinischen Fachangestellten in die Hausbesuchstätigkeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte entwickelt und hier neue Aufgabenfelder, gerade in der Betreuung alter Patienten, für medizinische Fachberufe beschrieben.

Im Bereich der Heimversorgung sind architektonische und pflegerische Gesamtkonzepte für Demenzkranke weiterzuentwickeln. Eine würdige und moderne pflegerische Versorgung im Heim wird sich nur realisieren lassen durch eine

Aufstockung der derzeitigen Personalbudgets um rund 30 Prozent. Hiermit sind die eben beschriebenen Therapiekonzepte mit Gruppenarbeit, Verhaltenstherapie, aktivierender und bestärkender Pflege möglich.

Die Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre sowie das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ermöglichen die Etablierung neuer Versorgungskonzepte für geriatrische Patienten, in die sich die deutsche Ärzteschaft intensiv einbringen wird. Sowohl bei der Versorgung von noch zu Hause lebenden Patientinnen und Patienten als auch insbesondere bei der Betreuung von Altenheimen müssen neue Kooperationsformen zwischen Hausärzten, Fachärzten, ambulanten wie stationären Pflegekräften und anderen medizinischen Fachberufen entwickelt und adäquat finanziert werden. Als mögliche Vertragsformen kommen hier Projekte der integrierten Versorgung, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit interessierten Krankenkassenverbänden sowie Kooperationsformen unter Nutzung von Netzerfahrungen infrage.

So zeigen Modellprojekte aus Bayern und Berlin, dass sich Heimpersonal wie Heimpatienten besser betreut fühlen, dass unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden und damit Belastungen für die Patienten und Kosten im Gesundheitswesen gespart werden können, wenn feste Kooperationen von Haus- und Fachärzten, die ein Heim gemeinsam betreuen, regelmäßige Visiten, Fallbesprechungen, Handyrufbereitschaft und Notfallbesuchstätigkeit für ihre Heime anbieten.

Lassen Sie mich abschließend sagen: Es gibt viele gute Ideen, vom Bürgerpatenkonzept, wo der Bürger einen Dementen betreut, über aufsuchende Gesundheitsfürsorge bei Menschen ohne soziales Netz und Patienten mit Migrationshintergrund durch Familiengesundheitspflege bis hin zu speziellen Präventionskonzepten gegen die Demenz. Wesentlich scheint mir, dass wir die Probleme des langen Lebens nicht länger verdrängen, dass wir denjenigen, die bei der Pflege Alter und Dementer Schwerstarbeit leisten, höchste Anerkennung zollen und dass wir heute alle, jeder an seinem Platz, dafür einstehen, dass jeder Mitbürger ein Alter in Würde genießen kann.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Goesmann, für diesen zweiten Vortrag, der uns in die Praxisrealitäten eingeführt hat, der uns auch die politischen Dimensionen dieses Themas nahegebracht hat, über die von Herrn Kruse geschilderte Dimension hinaus. Wir sind auf diese Weise in der Lage, die sechs Anträge zu diskutieren und dann zu verabschieden. Es liegen auch einige Wortmeldungen vor.

Ich schlage vor, dass wir den Tagesordnungspunkt II erst abschließen und dann zu Tagesordnungspunkt I zurückkehren, was wohl nach der Mittagspause der Fall sein wird. Das fügt sich glücklich, weil wir Ihnen nach der Mittagspause eine Auflistung aushändigen werden, in welcher Reihenfolge es am nützlichsten ist, die Anträge zu Tagesordnungspunkt I zu besprechen und zu verabschieden. Sie können dann die Anträge entsprechend ordnen, und wir leiten uns selbst durch diesen Tagesordnungspunkt. Das werden wir jedenfalls versuchen.

Jetzt bleiben wir bei Tagesordnungspunkt II. Der erste Redner ist Herr Zimmer aus Nordrhein, bei dem ich mich entschuldige, dass ich ihn eben bei der Geschäftsordnungsdebatte nicht aufgerufen habe. Ich hatte einen Zettel doppelt gegriffen. Das tut mir sehr leid; jetzt ist es zu spät. Dafür können Sie jetzt zu Ihrem Leib- und Magenthema sprechen. Das ist doch schön.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident, das ist gar kein Problem. Es ist ja alles gesagt worden, nur nicht von jedem. Da meine Vorredner so gut waren, waren alle Argumente erschöpft. Wir wollten ja nur sicherstellen, in die zweite Lesung zu kommen.

Herr Professor Kruse, ich freue mich über die Darstellung Ihres Bildes vom alten Menschen. Um es klarzustellen: Ich bin nicht Mediziner, ich bin mit Leib und Seele gerne Arzt. Das möchte ich auch gerne bleiben. Ich finde es schön, dass Sie den Beruf des Mediziners so sehen; ich sehe den Beruf des Arztes als noch viel schöner an, weil er den Teil der menschlichen Zuwendung meiner Ansicht nach aus der Tradition von Jahrtausenden in sich birgt, während der Mediziner mehr dem wissenschaftlichen Anspruch genügt, den ich für mich in keinster Weise in Anspruch nehmen kann.

Ich möchte wissen, um für mich Ihre Aussage einschätzen zu können, in welcher Schale der Versorgung Demenzkranker Sie sich bewegen. Das möchte ich mit der Frage verbinden: In welcher Form und bei wie vielen Patienten, die Sie kontinuierlich betreuen, entscheiden Sie selbstverantwortlich über die ärztliche Behandlung? Grundsätzlich kann man – das muss man wissen, wenn man über Demenzbehandlung redet – die durchschnittliche Quote pro Hausarzt auf 25 Patienten herunterbrechen. Würde man das auf die nervenärztlichen Disziplinen – Psychiater, Nervenärzte, Neurologen – herunterbrechen, wären es 250 Patienten pro Arzt. Das ist eine Dimension, bei der man, wenn man schon über Lebensqualität spricht, die Frage stellen muss, ob bei 250 Patienten nicht die Lebensqualität der versorgenden Ärzte relativ schnell in Gefahr ist.

Wir brauchen die von Frau Goesmann angesprochene Kooperation, wir brauchen das Know-how, aber wir müssen sehr ressourcenschonend mit den sehr wertvollen nervenärztlich tätigen Kollegen umgehen.

Positiv ist, nachdem gerade die Verlängerung der Lebensarbeitszeit beschlossen wurde, dass das Alter zumindest bei uns der einzige Lebensabschnitt ist, der verlängert wird. Die Zeit vor der Schule, an die ich mich noch immer gern erinnere, ist nicht länger geworden, das Studium wohl auch nicht.

Wenn man die Zahl 1 Million hört, ist das abstrakt. Das müssen Sie sich anders vorstellen: Sie kennen im Schnitt 80 Personen so, dass Sie diese relativ nah erleben. Genau einer von ihnen müsste theoretisch dement sein. Bei einem Hausarzt sind es dann schon 25, bei einem Psychiater 250. Das ist das gesellschaftliche Erleben. Das bestimmt sehr stark die Lebensqualität in dieser Gesellschaft. 2040, nach einer Verdoppelung, können Sie dann zwei solcher Menschen in Ihrem Bekanntenkreis haben.

Herr Professor Kruse, es hat mir wehgetan, dass Sie von der Versorgungslast gesprochen haben. Sind denn die 43 000 Euro pro Jahr – ich nehme an, diese Zahl stammt aus der Statistik von von der Schulenburg – wirklich eine Last? Ist das nicht wirklich ein Ausdruck der Wertschätzung, die wir einem alten Menschen, der ein Leben lang gearbeitet hat und nach der Arbeit in Rente geht, schuldig sind, für ein Schicksal, das er in keinster Weise selbst verschuldet hat?

Ich gehe sogar noch einen Schritt weiter: Wir binden damit Arbeitskräfte. Die von Frau Goesmann gewünschte Erhöhung des Personalbestands in Altenheimen um 30 Prozent gehört dazu. Das ist ein Teil menschlichen Lebens miteinander und wertvolle Arbeit. Ich halte diese Arbeit für sehr viel wertvoller als die Arbeit der 4 000 neuen Verwaltungsangestellten, die die Krankenkassen über Nacht zur Bewältigung von DMP-Formularen einstellen mussten.

(Beifall)

Wenn wir über Menschenwürde reden, müssen wir uns auch darüber im Klaren sein, wohin man das Geld leitet.

Indianer hatten eine andere Vorstellung von Demenz als wir. Auch die Indianer kannten die Demenz, sicherlich auch deshalb, weil die Lues bei ihnen relativ weit verbreitet war. Man nahm an, dass ein Demenzkranker Manitu näher war. Warum sieht man einen Demenzkranken nicht als einen Menschen mit einem anderen Erleben an, mit einem für ihn durchaus mit positiven Signalen besetzten Erleben? Ich danke Ihnen, Herr Professor Kruse, dass Sie diesen Aspekt ein wenig angesprochen haben.

Ich bin immer ein wenig traurig, wenn der Eindruck entsteht, die Hausärzte seien so schlecht. Wenn es heißt, nur ein Drittel stelle eine adäquate Diagnose, muss man die Frage stellen: Waren die anderen überhaupt beim Arzt? Konnten wir sie überhaupt erreichen? Ich behandele seit 20 Jahren alte Menschen und habe den Eindruck, dass es unwahrscheinlich gut geworden ist. Man sollte denjenigen Kollegen Mut machen und sie nicht beschimpfen, dass sie noch Arbeit

offen haben. Man sollte ihnen Gelegenheit bieten, an diesem schwierigen Thema weiterzuarbeiten.

Die Prävention bei Alzheimererkrankungen halte ich für relativ spekulativ. Ich glaube nicht, dass wir im Moment geeignete Konzepte haben, die symptomatische Manifestation zu verzögern, allenfalls sehr begrenzt. Bei der organischen Manifestation geht das überhaupt nicht. Dann kann ich eher sagen: Versuchen wir bitte alle, Klavier zu spielen oder Dirigent zu werden; da sind sicherlich Qualitäten gefragt, bei denen Körper und Geist so aggressiv gefordert werden, dass diese Symptomatik verzögert werden kann.

Besonders Schmerzen hat es mir bereitet, dass Sie gesagt haben, die Azetylcholinesterasehemmerindikation sei so niedrig. Ich habe keinen an Demenz erkrankten Patienten, der nicht mindestens zwei andere behandlungsbedürftige Krankheiten hat. Ein Teil dieser Komorbidität schließt die Indikation der Cholinesteraseinhibitoren aus. Deswegen kann man es nicht für alle fordern und für alle, die es nicht bekommen, sagen: Das ist inadäquat. Man muss ärztlich sehr genau abwägen, ob der Patient das auch verträgt. Ich glaube, darüber muss man sich noch einmal unterhalten.

Die Frage der Rehabilitation unterstütze ich vollinhaltlich. Was mir völlig gefehlt hat, ist der Aspekt, der die Demenzerkrankung von fast allen anderen Erkrankungen, die wir in der Hausarztpraxis erleben, wesentlich unterscheidet. Es ist eine Erkrankung, die die Angehörigen hinsichtlich der Lebensqualität schlagartig mit nach unten zieht. Dazu hätte ich gern ein paar konkretere Daten gehabt. Herr Grässel und Herr Lehrl, die sich relativ viel damit beschäftigt haben, zeigen, wie schnell die betreuenden Angehörigen krank werden, wenn sie den Demenzkranken zu Hause versorgen. Insofern halte ich die eine oder andere Maßnahme, einen Patienten zeitnah in eine weitere professionelle Pflege zu geben, die ja auch nur halbtags erfolgen kann, entlastend für den Angehörigen und damit die Lebensqualität des Angehörigen steigernd. Das ist auch für den Patienten günstiger, denn meine persönliche Überzeugung nach 20 Jahren der Behandlung Demenzkranker ist: Es geht dem Demenzkranken immer dann bezüglich seiner Lebensqualität besser, wenn der Angehörige psychisch und physisch stabil ist.

Die Vorstellung, ein Demenzerkrankter nehme nichts oder nur begrenzt wahr, stimmt mit fortschreitender Erkrankung sicherlich für den rational-kognitiven Anteil. Meine Erfahrung ist: Je weniger er kognitiv auf der Höhe ist, desto stärker ist er emotional in der Lage, das Umfeld wahrzunehmen und darauf zu reagieren, bis hin zu der immer wieder gefürchteten Aggressivität.

Wenn wir die Lebensqualität der Menschen mit Demenz im Alter erhöhen wollen, müssen wir in der Gesellschaft umdenken. Wir müssen die Angehörigen, die diese Leistungen erbringen, in höchstem Maße schätzen. Wir müssen ihre

Leistung anerkennen. Wir müssen den Freunden der Demenzerkrankten Mut machen, die Freundschaft aufrechtzuerhalten. Das ist ärztliches Moderieren im Hausarztbereich. Wir sollten versuchen, Versorgungskonzepte für alle Bedürfnisse der Demenzkranken konkret in den Regionen zu realisieren. Ich bin stolz, dass wir in Nordrhein-Westfalen über Pflegeberatungsstellen und Demenzservicezentren zumindest Einstiege in die Verbesserung der Lebensqualität von Betreuenden erreicht haben. Ich bin stolz darauf, dass wir in der Lage sind, mit Verträgen zwischen Hausärzten, Krankenkassen und Körperschaften Aufnahmebesuche bei Demenzerkrankten im Krankenhaus und auch Abholbesuche organisieren zu können. Das sind winzige Bausteine, aber elementare Schritte für die betreuenden Angehörigen.

Ich glaube, wir müssen uns darüber klar werden: Ein Drittel derjenigen, die hier sitzen, werden diese Krankheit bekommen. Wenn wir heute Bedingungen schaffen, die die Qualität im Alter ermöglichen, die wir uns wünschen, dann können wir – diese persönliche Erklärung gebe ich hier ab – auch dieses Risiko für uns in Anspruch nehmen, demenzkrank zu werden. Ich glaube für mich persönlich, dass das Leben mit einer Alzheimerdemenz sehr wohl lebenswert ist. Ich erkläre das hiermit. Ich bin keineswegs ängstlich – ich hoffe, Sie auch schon nicht mehr –, diese Krankheit erleben zu wollen. Das müssen wir glauben. Erst wenn wir es glauben, können wir es emotional dem Erkrankten vermitteln, können wir den Angehörigen stützend zur Seite stehen.

Erst dann, wenn wir dort angekommen sind, dass wir die Demenz für uns kognitiv nicht mehr ausblenden, sondern schon heute entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, kommen wir in eine gesunde Situation des Alterns hinein, in der wir akzeptieren würden, dass auch uns diese Krankheit ereilt. Ich glaube, da sind wir gefordert.

Abschließend möchte ich, nachdem hier so schön zitiert wurde, ein Zitat der Freifrau von Eschenbach bringen: Menschen, denen wir eine Stütze sind, geben uns Halt im Leben.

Vor diesem Hintergrund sollten wir uns Gedanken darüber machen, wo wir unser ärztliches Arbeiten einbringen, auch bei den Erkrankungen, wo wir nicht heilend tätig werden können.

Danke für Ihre Geduld, auch wenn ich Sie heute etwas überfordert habe.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zimmer. – Leider ist es so, dass uns Herr Professor Kruse heute Nachmittag nicht mehr zur Verfügung stehen kann. Deswegen wird er jetzt auf die Fragen, die ihm gestellt worden

sind, eine Antwort geben. Dann treten wir in die Mittagspause ein. Um 14 Uhr fahren wir mit der Wortmeldung von Herrn Kollegen Lange aus Nordrhein fort.

Bitte, Herr Kruse.

Prof. Dr. Kruse, Referent: Ich möchte Ihre Geduld nicht lange strapazieren. Es sind bestimmte ethisch und auch fachlich relevante Aspekte angesprochen worden. Wenn ich den Begriff „Versorgungslast“ verwende, dann ausschließlich im gesundheitsökonomischen Sinne. Ich glaube, dass ich an vielen Stellen meines Beitrags klargemacht habe, dass ich die Menschenwürde eines demenzkranken Menschen in keiner Weise anders betrachte als die Menschenwürde einer Person, bei der keine Demenzerkrankung vorliegt. Es ist also rein ein gesundheitsökonomischer Begriff.

Ich habe ausdrücklich deutlich gemacht – wenn ich da falsch verstanden worden sein sollte oder mich nicht richtig ausgedrückt habe, wäre das massiv –, dass für mich ganz eindeutig ist, dass auch bei einer schweren kognitiven Einbuße die Emotionalität in ihrer differenzierten Form vorliegt. Ich habe während ungefähr eines Viertels des Vortrags versucht, darüber zu sprechen.

(Beifall)

Das will ich an dieser Stelle klarmachen, nicht weil ich Recht behalten will, denn es ist doch unser Punkt, dass wir sagen: Wir sollten nicht immer nur die hohe kognitive Leistungskapazität ins Zentrum stellen, sondern wir sollten zu einem sehr viel umfassenderen Verständnis der menschlichen Persönlichkeit kommen.

Wir haben mittlerweile gute Daten aus der Bundesrepublik Deutschland – wir sind zum Teil an diesen Studien beteiligt – und auch international, dass wir in der Tat ein präventives Potenzial auch bei den neurodegenerativen Erkrankungen haben. Ich sage das vor dem Hintergrund von Studien ab 2002 bis heute, die sogar den Nachweis erbringen, dass wir so etwas wie eine Neurogenese auch bei hochbetagten Menschen sehen können. Es gibt hervorragende Studien, die zeigen: Eine sehr kontinuierlich ausgeführte Aktivität, eine kontinuierlich ausgeführte kognitive Aktivität oder eine alltagspraktische Aktivität können erheblich dazu beitragen, dass wir ein Präventionspotenzial sogar bei den neurodegenerativen Demenzen realisieren können.

Ich sage das deswegen an dieser Stelle, weil wir vielfach nicht erkennen, dass wir sogar bei diesen sehr schweren Erkrankungen ein zum Teil bemerkenswertes Präventionspotenzial haben.

Schließlich zu meinem letzten Punkt: Entschuldigen Sie, wenn ich vom Mediziner und nicht vom Arzt gesprochen habe. Dass ich den Arzt meine und nicht

nur den Mediziner, erkennen Sie vielleicht daran, dass ich ja ausdrücklich den Begriff der ärztlichen Seelsorge verwendet habe.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wenn man jetzt noch weiß, dass Herr Professor Kruse eine Mutter hat, die uns jahrelang auf Deutschen Ärztetagen begleitet hat, nämlich Frau Dr. Waltraud Kruse aus Aachen, eine Ikone der Allgemeinmedizin, dass Herr Professor Kruse auch bei den Regensburger Domspatzen war und glänzend Klavier spielen kann, dann glaubt man ihm alles!

(Heiterkeit – Beifall)

Kommen Sie gut nach Heidelberg. Viel Erfolg für Ihre weitere Arbeit. Wir bedanken uns noch einmal sehr herzlich bei Ihnen.

(Beifall)

Wir treten jetzt in die Mittagspause ein. Ich bitte Sie, um 14 Uhr wieder hier zu sein. Dann wird Ihnen die Auflistung der Anträge zu Tagesordnungspunkt I vorliegen. Ich wünsche Ihnen guten Appetit und gute Erholung.

2. Tag: Mittwoch, 21. Mai 2008
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Auf Ihren Plätzen liegt jetzt die Übersicht für die Reihenfolge der abzustimmenden Anträge zu Tagesordnungspunkt I. Ich bitte Sie, dort handschriftlich eine kleine Korrektur vorzunehmen. Auf der zweiten Seite ist in der achten Zeile der Antrag I-1-16 aufgeführt. Er muss als letzter Antrag auf die erste Seite, nach dem Antrag I-1-43. Ich werde es wiederholen, wenn wir in die Abstimmung eintreten.

Wir befinden uns noch in Tagesordnungspunkt II. Bevor die Diskussion wieder aufgenommen wird, haben wir über einen Geschäftsordnungsantrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten abzustimmen. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Formal. Wer möchte die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten zu Tagesordnungspunkt II befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten zu Tagesordnungspunkt II beschlossen.

Der erste Redner des Nachmittags ist Herr Dr. Holger Lange aus Nordrhein. Bitte sehr.

Dr. Lange, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Leider ist Herr Professor Kruse nicht mehr anwesend. Ich fand seinen Vortrag hervorragend, vor allem sehr hoffnungsvoll stimmend, denn er hat dem Problem der alternden Gesellschaft positive Aspekte entgegengesetzt. Er hat ja durch seine Heidelberger Untersuchungen der Mimik feststellen können, dass selbst Schwerstdemente zu Gefühlsäußerungen in der Lage sind.

Herr Professor Kruse hat erst in seiner Kommentierung zum Schluss die hoffnungsvollen Dinge angesprochen. Nicht jeder, der pathologische Veränderungen im Gehirn hat, wird dement. Es gibt pathologisch-anatomische Untersuchungen an Gehirnen Verstorbener, bei denen man auf den ersten Blick sagen würde: Hier handelt es sich um ein typisches Alzheimergehirn. In Wirklichkeit waren die Verstorbenen zu Lebzeiten nachweislich nie dement. Funktionelle Untersuchungen haben ergeben, dass Alzheimerkranke in anderen Hirnregionen kompensatorisch erhöhte Aktivitäten entfalten. Das kann man im PET nachweisen. Auch die Lewykörperchendemenz kann man an anderen Stellen kompensieren.

Woran liegt das? Herr Professor Kruse hat auch darauf hingewiesen: Es gibt eine kognitive Reserve. Wir als Delegierte des Deutschen Ärztetages haben gute Chancen, eine solche kognitive Reserve zu bilden, wozu man bis ins hohe Alter geistig aktiv bleiben und bestimmte Übungen durchführen muss. Man ist noch dabei, sie herauszufinden. Bestimmte Dinge weiß man schon, nämlich dass beispielsweise Klavierspielen oder Dirigieren positive Eigenschaften sind. Wir haben also die Chance, trotz entsprechender pathologisch-anatomischer Veränderungen im Alter nicht dement zu werden. Ich finde, das ist sehr positiv. Man sollte als Delegierter wach bleiben, dann kann man das Problem für sich selber lösen.

Frau Kollegin Goesmann hat davon gesprochen, dass es unabhängig von den Möglichkeiten der Prophylaxe Menschen gibt, die an Demenz erkranken. Es ist sehr wichtig, dass die geriatrische Versorgung ausgebaut wird. Als Konsequenz aus den Ausführungen von Frau Goesmann muss man innerhalb der Weiterbildungsordnung Strukturen schaffen, die die Geriatrie besser abbilden.

Ich schlage vor, dass man sich auf dem 112. Deutschen Ärztetag mit dem Thema Weiterbildung in Bezug auf die Geriatrie auseinandersetzt.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Lange. – Als Nächster Herr Kaplan vom Vorstand.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Frau Dr. Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, und Professor Kruse haben in ihren beiden Referaten sehr eindrucksvoll darauf hingewiesen, dass die geriatrische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten einen immer höheren Stellenwert einnehmen wird und dass die Versorgung nur in enger Kooperation zwischen den Ärzten, aber auch zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen erfolgen muss.

Ich spreche zu meinem Antrag II-3, in dem zum Ausdruck kommt, dass die ein Heim versorgenden Hausärzte in der Heimversorgung, in der Basisversorgung, entsprechend kooperieren sollten und dass auch die Hausärzte eng mit den Facharztkollegen kooperieren müssen. Diese Kooperationsformen sollten sowohl strukturell-vertraglich als auch durch das Honorar entsprechend gefördert werden; denn allein dadurch ist eine qualifizierte Versorgung der Heime zu gewährleisten, und dadurch ist zu verhindern, dass Heimärzte immer wieder dis-

kutiert werden und der Gesetzgeber immer wieder auf die Notwendigkeit von Heimärzten hinweist. Heimärzte können eine qualitativ hochwertige kooperative Versorgung nicht ersetzen. Sie sind kein Ersatz für die jetzige Versorgung durch Hausärzte und hinzugezogene Fachärzte.

Deswegen bitte ich Sie, den Antrag II-3 zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst muss ich meinen Dank an Frau Goesmann und an Herrn Professor Kruse aussprechen, die einem Hausarzt, der in einer 60 Jahre bestehenden hausärztlichen Praxis tätig ist, aus der Seele gesprochen haben. Das große Problem, das wir gerade im hausärztlichen Bereich haben, ist diese Rund-um-die-Uhr-Versorgung, die die Angehörigen manchmal zu Recht, manchmal aus Ignoranz und mangelnder familiärer Liebe nicht schaffen. Ich finde, es steht unserer Gesellschaft nicht gut an, wenn wir dafür aus anderen Ländern Frauen und andere Pflegepersonen holen müssen, die das – das entspricht meiner persönlichen Erfahrung – in hervorragender Art und Weise für ein Drittel des Geldes wie bei einem Pflegeheim leisten. Ich meine, das können wir auch aus eigener Kraft schaffen. Mir kann niemand erzählen, dass unter den Millionen von Arbeitslosen und Hartz-IV-Empfängern, die mit weniger auskommen müssen, nicht genügend Personen zu finden sind, die eine ähnlich geartete Pflege im häuslichen Bereich durchführen können, wenn die finanziellen und sonstigen Bedingungen dafür stimmen.

Wir wissen aus dem hausärztlichen Bereich, dass der demente Mensch zu Hause manche Würdelosigkeit, wie sie in Pflegeheimen vorkommt, nicht erfährt. Er weiß, wo die Schalter sind, er braucht keine Hüftprotektoren, er weiß trotz seiner Demenz, wo die Toilette ist. Er braucht erst sehr viel später seine Pampers. Ich denke, hier ist die persönliche menschliche Gesellschaft, die man von keiner Institution erfährt, das Wichtigste. Dafür brauchen wir dringend Lösungen.

Ich habe versucht, das auf mehreren politischen Ebenen einzubringen. Da bekomme ich von den Politikern immer den Kommentar zu hören: Das ist nicht so einfach zu machen. Das höre ich seit Jahren. Deswegen wäre es gut, wenn wir den Antrag II-2 verabschiedeten. Ich bitte um folgende redaktionelle Änderung:

In der drittletzten Zeile soll das Wort „unverzüglich“ eingefügt werden, sodass es heißt:

> *Die Politik muss unverzüglich die Rahmenbedingungen dafür schaffen …*

Ich bitte Sie um Annahme dieses Antrags.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Junker. – Als nächster Redner bitte Herr von Damerau-Dambrowski.

Dr. von Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen! Geehrte Kollegen! Auch ich bin natürlich dankbar, dass uns die Vortragenden in so grandioser und brillanter Weise in das Thema eingeführt haben. Ich denke, es ist eine große Leistung des Vorstands, dieses Thema gewählt zu haben. Ich bin Ihnen dafür sehr dankbar.

(Beifall)

Ich bin sozusagen auch einer aus dem ersten Speckgürtel, wenn ich das richtig sehe, zumindest berufsmäßig, und insofern direkt betroffen. Ich bin direkt betroffen als Hausarzt. Man sollte ganz klar herausstellen und betonen: Etwa 80 Prozent der alten Leute gehen zuerst zu ihrem Hausarzt, wenn sie etwas haben. Die Alten gehen zum Hausarzt. Wir haben in Deutschland etwa 5 000 niedergelassene Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, die eigentlich Spezialisten für dieses Gebiet wären, aber sicher nicht alle ihr Hobby in diesem Bereich sehen. Wir haben über 1 Million Erkrankte. Diese Zahl wächst. Wenn wir uns dieses Zahlenverhältnis klarmachen – Herr Zimmer hat es auch schon angedeutet –, wird deutlich, dass diese Patienten schwerpunktmäßig bei uns Hausärzten sind. Das heißt, der Hausarzt ist an erster Stelle in die Diagnostik, die Versorgung und die Therapie von Patienten und deren Angehörigen eingebunden.

Wir Hausärzte brauchen Ihre Unterstützung, wir brauchen Ihre Kooperation. Mit diesem schwierigen Problem dürfen auch wir Ärzte nicht alleingelassen werden. Wir dürfen nicht befürchten müssen, in Regress genommen zu werden, wenn wir die durchaus wirksamen Medikamente verschreiben. Es kann nicht sein, dass wir als Hausärzte diese schwierige Arbeit machen müssen – dem wollen wir uns ja auch stellen –, aber für das, was wir tun, dann auch noch bestraft werden.

(Beifall)

Ich habe einen Antrag gestellt, den Sie bitte annehmen mögen. Es geht dabei um eine Versorgungsstruktur, die in die Rehabilitation eingreift. Wir haben in Deutschland keine flächendeckende Rehabilitation geriatrischer Patienten. Wir könnten sie aber schaffen, wenn uns die Kostenträger unterstützen würden.

Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege von der Damerau-Dambrowski. – Als Nächster Herr Kollege Oberschelp aus Westfalen-Lippe.

Dr. Oberschelp, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das waren zwei Vorträge, die mir ins Gehirn und ins Herz gegangen sind. Dafür bin ich sehr dankbar.

(Beifall)

Demenzkranke Menschen kommen auch sehr häufig in unsere Facharztpraxen, dann aber zumeist in Begleitung. Meiner Ansicht nach gehört es zur Würde dieser Menschen und zum Anstand der sie behandelnden Ärzte, diese Menschen anzusprechen und sich ihnen im wahrsten Sinne des Wortes zuzuwenden. Es ist eine Ungehörigkeit, über den kranken Menschen nur mit der Begleitung zu sprechen, ohne den Demenzkranken dabei anzusehen, ohne ihn anzusprechen, damit er zumindest fühlen kann, dass er da ist, bemerkt wird und als Mensch akzeptiert wird.

(Beifall)

Ich glaube, das fällt vielen Ärzten manchmal sehr schwer.

Aber gerade in diesen Grenzsituationen muss der Blick auf denjenigen gerichtet werden, der die Störung hat. Die Kommunikation kann nur über den Patienten direkt erfolgen, über Augenkontakt, direkte Ansprache und aktive Berührung. Das wird auch die Begleitperson verstehen und umsetzen können; denn Akzeptanz kann gegenseitig gelebt und gelernt werden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Oberschelp. – Der nächste Redner ist Herr Professor Bach aus Sachsen. Er hat heute Geburtstag. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Prof. Dr. habil. Bach, Sachsen: Danke schön, Herr Präsident. – Sehr geehrter Herr Präsident! Meine verehrten Damen und Herren! Gestern ist der Satz gefallen: Wenn es keine Rationierung gäbe, bräuchten wir keine Versorgungsforschung. Ich möchte dem entgegenhalten – mein Hintergrund ist, dass ich als Psychiater sozialpsychiatrische Forschungen betrieben habe –, dass die Entwicklung der gesamten psychiatrischen Versorgung in Deutschland nach dem Zusammenbruch des Dritten Reichs, nach der Verelendung in der Psychiatrie mit der Enquete, die in den 70er-Jahren die psychiatrische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland entschieden gefördert hat, Produkt einer Versorgungsforschung war, die sich zentral dem Thema gewidmet hat: Was müssen wir für die Verbesserung der Situation von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen tun?

Nun ist das Thema des Tagesordnungspunkts II – Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland – an sich schon ein Appell an die Versorgungsforschung, denn wie ist die Situation? Wir wissen vieles, aber vieles wissen wir auch nicht. Die beiden Vorträge, die wir heute Vormittag gehört haben, waren meines Erachtens Vorträge, die eine Fülle von Fragen aufgeworfen haben, die wir durch die Versorgungsforschung beantworten müssen.

Ich bitte Sie, dem Antrag II-5, in dem ich dezidiert Versorgungsforschung fordere, zuzustimmen, zumal wir vor allen Dingen in den psychiatrisch forschenden Einrichtungen die Neigung haben, uns immer mehr der rein biologischen Forschung zuzuwenden und diese bedeutsame Versorgungsforschung gerade auf diesem Feld zu vernachlässigen. Ich habe überlegt, was man alles beforschen könnte, und bin auf eine große Liste gekommen, die ich hier aus Zeitgründen nicht vortrage. Ich möchte nur zwei Beispiele herausgreifen. Ich bin in einer Besuchskommission des Freistaats Sachsen, die in den Pflegeheimen die Verhältnisse evaluiert. Vor diesem Hintergrund spreche ich hier.

Eine solche Frage ist beispielsweise: Ist das Niveau der menschlich-fachlichen Ausgestaltung der altenpflegerischen Betreuung der Tatsache angepasst, dass die zu pflegende Population immerhin aus dem Computerzeitalter stammt und zum Teil aus bürgerlichen Schichten mit einem hohen intellektuellen Differenzierungsgrad kommt? Demenz bedeutet ja nicht, dass sich alle in dem Zustand befinden, wie es hier Herr Professor Kruse im Zusammenhang mit seinem speziellen Forschungsprojekt erwähnt hat. Sie sind vielmehr zu einer differenzier-

ten Lebenserfahrung fähig, wenn auch nicht mehr zu einer differenzierten Lebensbewältigung.

So gibt es eine Fülle von Fragen, die man stellen könnte, die ich auf Anfrage gern zur Verfügung stelle. Deshalb bitte ich Sie, meinem Antrag Folge zu leisten.

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich möchte die Situation kurz aufklären. Ich habe das in dem Zusammenhang mit den Indikatoren gesagt, die deutlich machen, dass wir eine Unterfinanzierung haben. Die Versorgungsforschung, die ich meine, soll die Ergebnisse und die Folgen dieser Unterfinanzierung erforschen und daraus Schlüsse ziehen, wie man die Versorgung – nicht die Finanzierung – verbessern kann.

Das ist eine andere Versorgungsforschung als jene, die wir seit Jahrzehnten in allen möglichen Fächern der Medizin betreiben. Die epidemiologische Versorgungsforschung gehört natürlich zum Wissenschaftsarsenal von Ärztinnen und Ärzten, gerade im Public-Health-Bereich. Darüber möchte ich keinen Irrtum aufkommen lassen. Diejenige Versorgungsforschung, die beispielsweise in den skandinavischen Ländern und in Großbritannien betrieben wird, die dauernd misst, wo die Folgen der Unterfinanzierung so sehr zu spüren sind, dass eine Mangelsituation eintritt, die sich diesem Thema zuwendet und auf der nächsten Stufe wieder etwas anderes entdeckt, hätten wir in Deutschland nicht nötig, wie ich meine, wenn es bei uns keine Rationierung gäbe. Die Tatsache, dass wir die Versorgungsforschung implementiert haben, ist ein Zeichen dafür, dass wir jetzt auch eine Rationierung haben. So bitte ich das zu verstehen. Die genuine medizinische Versorgungsforschung inklusive Public-Health-Bereich habe ich damit nicht gemeint. Das wollte ich noch einmal geklärt haben.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Nerz.

Dr. Nerz, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie, Frau Dr. Goesmann, sprachen in Ihrem Vortrag erfreulicherweise die koordinierte Versorgung zwischen Haus- und Fachärzten an. Ich bin, wie bereits erwähnt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt und muss hier eine Lanze für mein Fach brechen. Ich halte das fast prinzipielle Einbeziehen von uns HNO-Ärzten auch beim Demenzkranken für sehr wichtig. Im Alter kann es, wie Sie alle wissen, beispielsweise zu Schluckstörungen, zu Sprechstörungen, aber auch zur Schwerhörigkeit kommen. Diese Beschwerden sind für alle wichtig, beim De-

menzkranken besonders zu beachten, zu diagnostizieren und vielleicht auch zu lindern. Beispiel Schwerhörigkeit: Wenn ich meine Umwelt schlechter verstehe, wird dadurch das Sich-in-sich-Zurückziehen noch schneller passieren. Deshalb sind insbesondere auch beim Demenzkranken das rechtzeitige Anpassen und auch die fachärztlichen Kontrollen einer Hörhilfe sehr wichtig. Der Demenzkranke hat genauso einen Anspruch auf sein Hörgerät wie beispielsweise das schwerhörige Kind.

Wir machen auch Haus- und Heimbesuche in meiner Praxis. Dennoch haben wir erstaunlich wenig Überweisungen von dementen Patienten zur Mitbetreuung. Ich möchte Sie alle aufrufen, hier wieder mehr eine Kooperation anzustreben und uns – um es ganz bewusst etwas plakativ zu sagen – nicht durch die heute schon oft zitierte Schwester Agnes ersetzen zu lassen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Nerz. – Als Nächster der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Schulze. Bitte.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben heute exemplarisch für die Altersmedizin gehört, wie es sich mit der Demenz verhält. Wir haben die Chancen und die Risiken einer solchen Therapie und einer Führung dieser Menschen exzellent vorgestellt bekommen. Es ist dies aber nur die Spitze des Eisbergs der Altersmedizin, der Geriatrie und der Gerontologie. Kollege Junker hat gesagt, die Politik erkläre, das sei nicht so schnell zu lösen. Deshalb habe ich mich hier zu Wort gemeldet.

Meine Damen und Herren, es ist eine Aufgabe auch der verfassten Ärzteschaft, in dieser Beziehung etwas zu tun. Ich möchte ein Plädoyer für die Zusammenführung der Berufspolitik und der Fachpolitik deutlich akzentuieren. Wir haben gute Chancen, von den Landesärztekammern aus entsprechende Gruppen von Ärzten, von Psychologen, von Pflegekräften zu bilden, die das Netzwerk, das für eine vernünftige Versorgung nötig ist, entsprechend eng knüpfen. Es ist ja durchaus nicht so, dass diese dritte und vierte Lebensphase nur grau in grau ausschaut, sondern wir haben ein großes Klientel der sogenannten gesunden und aktiven Älteren, ein Potenzial sowohl für Arbeit als auch für Familie und die soziale Gestaltung dieser Gesellschaft.

Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist die Palliativmedizin und die Hospizbewegung. Alles dazwischen sind Schattierungen. Wir haben deshalb von der Kammer aus mit unserem Sozialministerium und freigemeinnützigen Verbänden ein Projekt Gesundheitsziel „Gesund altern in Aktivität und Würde“ aufgelegt und sind da sehr gut vorangekommen, dieses Netzwerk zu stricken, auch Angehörigen und Betroffenen Stärkung zu geben und die Begriffe der subjektiven Gesundheit projektbezogen in Angriff zu nehmen.

Wir haben das auch an den Prozess „gesundheitsziele.de“ herangetragen, wo wir dann auch Fördermöglichkeiten erhalten können, und zwar nicht nur im Landesmaßstab, sondern durchaus auch bundesweit. Dann können wir auch diesen Prozess finanziert bekommen. Ich möchte Sie auffordern, diese Dinge aktiv zu begreifen, denn das Altern ist unser aller Zukunft.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das ist die Wahrheit, wenn auch nicht schön. Aber es lässt sich nun einmal nicht ändern. – Jetzt Herr Dr. Urban aus Berlin.

Dr. Urban, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als niedergelassener Psychiater mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt betreue ich seit mehr als 20 Jahren eine große Zahl gerontopsychiatischer Patienten, auch in Heimen. Ich kann Ihnen sagen, dass das, was so dezent als Unterfinanzierung bezeichnet wird, mir zumindest in den letzten zehn Jahren sehr sauer aufgestoßen ist. Ich bin sehr dankbar dafür, dass das hier thematisiert wird. Ich erspare mir und Ihnen ein Koreferat dazu.

Ich möchte etwas zum Antrag des Kollegen Junker sagen. Ich möchte den Kollegen Junker bitten, diesen Antrag zu verändern. Sollte der Antrag unverändert bleiben, bitte ich Sie, ihn abzulehnen. Ich meine, im zweiten Absatz müsste alles, was nach dem ersten Satz kommt, gestrichen werden. Auch die Absätze vier bis sieben müssten komplett gestrichen werden. Es ist peinlich, wenn der Ärztetag meint, dass Hartz-IV-Empfänger ohne Qualifikation als Haushälterinnen oder Gesellschafterinnen für Alterspatienten, für Demenzkranke eingesetzt werden sollen. Ich möchte wissen – oder vielleicht auch nicht wissen –, wenn hier statt der demenzkranken Patienten chronisch kranke Kinder aufgeführt wären, ob Sie auch dann der Meinung wären, dass 50 Prozent der chronisch kranken Kinder durch Hartz-IV-Empfänger ohne besondere Qualifikation, wie es hier heißt, versorgt werden können.

Insofern bitte ich entweder um eine Veränderung des Antrags oder um Ablehnung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Urban. – Jetzt Frau Ebert-Englert aus Niedersachsen.

Dr. Ebert-Englert, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin 15 Jahre in der Gerontopsychiatrie tätig gewesen und habe auch so lange ein Heim betreut. Das war eine flankierende Einrichtung. Das alles ging sehr gut, weil der Hausarzt alle anderen Patienten betreute und wir uns immer absprechen konnten. Ich meine, dass es den Demenzkranken nur so lange gut geht, wie die Umgebung gut mit ihnen umgeht.

Damals wurde von der niedersächsischen Landesregierung aus vorgeschlagen, Hartz-IV-Empfänger in der Pflege einzusetzen, weil es einen Notstand gab. Das war unmöglich. Wir brauchen Kooperationsverträge. Ich spreche zum Antrag II-3 von Herrn Kaplan. Wir brauchen auch unbedingt Heimärzte, die nicht nur individuell behandeln müssen, sondern eine ganze Patientengruppe behandeln und manchmal Medikamente geben müssen, damit es auch den anderen gut geht. So ist das halt in der Psychiatrie; da kann man nicht nur individuell betreuen. Ich meine, dafür brauchen wir spezielle Qualifikationen.

Eine Ermächtigung als Heimärztin bekam ich damals nicht. Das hat die Kassenärztliche Vereinigung bei der Zulassungsstelle abgelehnt. Die Kosten wurden vom Heim getragen. Das Heim hatte davon einen besonderen Vorteil, denn es konnte seine Qualifikation imagemäßig nach außen darstellen. Vielleicht ist das eine Möglichkeit.

Ich habe ungefähr zehn Jahre im Pflegeausschuss des Landes Niedersachsen mitgearbeitet, um diese gerontopsychiatrischen Patienten in die Pflegeversicherung zu bekommen. Die 20 Prozent, die in Niedersachsen gerontopsychiatrisch betreut werden, waren in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen. Das hat sich jetzt geändert.

Lehnen Sie den Antrag II-3 bitte ab. Ich meine, dass diese Qualifikation vorhanden sein muss.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Ebert-Englert. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag II-2 des Kollegen Junker. In diesem Antrag, der gut gemeint ist, werden zwei wichtige Themenkreise miteinander verquickt. Das kann nicht gut gehen. Es geht auf der einen Seite um die häusliche Pflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Ich möchte unterstützen, was Herr Kollege Urban gesagt hat. Herr Junker, streichen Sie bitte in Ihrem Antrag die Absätze vier bis sieben ersatzlos, weil diese Teile nur die hauswirtschaftliche Versorgung und nicht die häusliche Pflege betreffen.

Wir erleben es zwischenzeitlich in der Klinik: Wenn unsere Klinikträger kein Geld mehr haben, dann stellen sie anstelle von examinierten Pflegekräften Krankenpflegehelfer ein. Wenn sie kein Geld mehr haben, dann stellen sie anstelle von jungen chirurgischen Assistenten in der Weiterbildung OPAs ein, damit das Geld ausreicht. Das können wir nicht zulassen.

Was wir in den Kliniken nicht zulassen können und wogegen wir vehement ankämpfen sollten, sollten wir nicht zuletzt aus Respekt vor der häuslichen Pflege nicht auch noch durch einen solchen Antrag befördern.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Emminger. – Als Nächster Herr Kollege Fuchs aus Niedersachsen.

Dr. Fuchs, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Ich danke den beiden Referenten für ihre Vorträge und der Bundesärztekammer dafür, dass das Thema heute hier behandelt werden kann. Ich fühle mich persönlich betroffen, da ich ein Jahr bei mir zu Hause meine Schwiegermutter als eine schwerdemenzkranke Patientin erlebt habe. Ich weiß, wie viele Schwierigkeiten damit für die Familie verbunden sind.

Ich darf darauf hinweisen – das habe ich hier in der Rostra schon einmal vorgetragen –, dass hier nicht der Begriff Hausarzt gefragt ist, sondern der Begriff Familienarzt. Deshalb unterstütze ich den Antrag des Kollegen Damerau-Dambrowski. Ich möchte daran erinnern, dass im Jahre 1965 an der Medizinischen Hochschule Hannover einem Erstsemester, um die Spreu vom Weizen zu trennen, das Aufsatzthema vorgegeben wurde: Soll sich die Gesellschaft um die Alten kümmern oder die Familie? Damals wurden die Weichen in Richtung Gesellschaft gestellt. Nun hat die Gesellschaft das Problem. Ich meine, das Problem ist genau dasselbe wie bei den polnischen Spargelstechern auf den deutschen Äckern. Wir hätten keinen Spargel, wenn wir keine polnischen Spar-

gelstecher hätten. Wir hätten auch keine Familienpflege für die Alten, wenn wir keine Kräfte aus dem osteuropäischen Raum hätten.

Frau von der Leyen, unsere Ministerin, die dafür ja wohl zuständig ist, hat sich am Wochenende dazu geäußert und erklärt: Bis hierher kann man manches mitmachen, ab dort nicht mehr. Das heißt, wir müssen Unterstützung gewähren, damit die Familien es leisten können.

Zum Schluss noch ein ganz anderer Punkt: Ich glaube, wir sind noch nicht zum dritten Mal mit einem Ärztetag in Ulm gewesen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Lange aus Nordrhein.

Dr. Lange, Nordrhein: Ich möchte einen Änderungsantrag – er ist noch nicht umgedruckt – zum Antrag II-3 von Herrn Kaplan und anderen stellen. Meiner Meinung nach sollte die Entschließung folgendermaßen lauten:

> *Der Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, im Rahmen der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit besonders qualifizierten Vertragsärzten und Krankenhausärzten zu fördern.*

Es gibt sicherlich hervorragende Hausärzte, die sich seit Jahren um die Bewohner von Heimen kümmern. Aber auch da gibt es gewiss noch Fortbildungs- und Weiterbildungsbedarf. Es gibt sicherlich auch besonders geeignete Krankenhausärzte, insbesondere Geriater, die diese Aufgabe auf der gleichen Basis wie die Vertragsärzte, dann mit entsprechender Ermächtigung, übernehmen könnten.

Ich halte dies für wesentlich geeigneter, als festangestellte Heimärzte seitens der Heimleitungen zu installieren. Ich möchte schon die freie Arztwahl für die Bewohner erhalten. Dazu sollen Vertragsärzte und Krankenhausärzte zugelassen werden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Habe ich das richtig verstanden, dass damit die Worte: „womit sich die Ermächtigung von Heimen bzw. Heimärzten erübrigt“ gestrichen werden sollen?

(Dr. Lange, Nordrhein: Ja!)

– Danke sehr. – Jetzt bitte Herr Junker.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin gern für Kritik offen. Ich bin auch durchaus bereit, im fünften Absatz einen Teil des Satzes zu streichen. Ich denke, wir sind hier, um Probleme offen auszusprechen und sie offen gegenüber der Öffentlichkeit darzustellen. Aus meiner über 30-jährigen Erfahrung kann ich nur sagen: Es sind praktisch nur Polinnen, die diese Versorgung in den Familien durchführen. Sie schließen eine Lücke. Sie sind so gut, dass uns das leider keine Institution in unserem Land liefern kann. Das ist nun einmal eine Tatsache. Das können wir nicht wegreden. Außerdem sind es EU-Mitbürgerinnen. Warum sollen wir das nicht akzeptieren?

Diese Damen haben, auch wenn sie weniger qualifiziert sind, das, was uns scheinbar fehlt, nämlich Zuwendung, Emotionen. Sie bringen eine gute Versorgungsqualität, die nicht fachlich gebunden sein muss. Sie wird von mir als Hausarzt überwacht. Sie sind für diese Menschen einfach da und versorgen sie, meistens auch noch die ganze übrige Familie mit.

Ich sehe nicht ein, dass das nicht aus unserem eigenen Land heraus geschehen kann. Natürlich gibt es auch schon einmal Verständigungsprobleme.

Ich denke, es wäre sicher sinnvoller, statt Hartz IV zu bezahlen, lieber das Doppelte zu bezahlen, mit der entsprechenden finanziellen Entlastung, jemanden von der Straße zu holen und den Staat dabei zu entlasten, um den Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, in ihren eigenen vier Wänden bleiben zu können.

Auch andere Probleme würden so gelöst. Sie gehen weniger emotionsbezogen mit schweren Krankheitsbildern um, sie sind weder überbesorgt noch ignorant und schieben die Leute in stationäre Behandlungen ab. Es gibt so viele Vorteile, die wir jeden Tag erleben können. Es ist eine Schande, dass wir das in unserem Land nicht auf die Reihe bekommen und dafür keine eigenen Leute finden.

Deswegen bitte ich Sie, diesen Antrag anzunehmen. Ich bin gern bereit, den fünften Absatz folgendermaßen zu ändern:

> *Es sollte nicht so schwer sein, unter 4 Millionen Arbeitslosen einige 10.000 zu finden, Männer wie Frauen, und damit hunderttausenden alten Menschen den Weg ins Pflegeheim ersparen zu können.*

Mit dieser Änderung bin ich einverstanden.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das heißt also, dass der Hinweis auf das fehlende Qualifikationserfordernis entfällt.

(Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Ja!)

– Gut. – Jetzt bitte Herr Kaplan.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gab jetzt zwei Diskussionsbeiträge zu meinem Antrag II-3. Ich schlage vor, dass wir das Problem so lösen, dass ich meinen Antrag folgendermaßen umformuliere:

> *Der Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, im Rahmen der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen von besonders qualifizierten Ärzten zu fördern.*

Der Sinn des Antrags ist ja, dass der Patient in der Behandlung durch seinen Hausarzt bleibt, auch wenn er in ein Heim verlegt wird, und dass der Hausarzt in Kooperation mit anderen Hausärzten und mit Fachärzten die Versorgung übernimmt. Ich habe gar kein Problem damit, wenn das auch einmal ein Krankenhausarzt sein sollte. Das kann sein, wenn er durch die Ermächtigung die entsprechende Zulassung bekommt.

Deshalb möchte ich den Text ganz allgemein halten und von „besonders qualifizierten Ärzten“ sprechen, gemeint sind aber in erster Linie die Hausärzte.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Emminger hat sich noch zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident, ich möchte nur noch etwas zu den Äußerungen von Herrn Junker sagen. Ich halte dennoch meinen Antrag aufrecht, entweder den ganzen Antrag an den Vorstand zu überweisen oder die Absätze vier bis sieben ersatzlos zu streichen, weil sie einen anderen Themenkreis behandeln.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Sie meinen den Antrag von Herrn Junker.

Damit ist die Rednerliste erschöpft. Bevor wir in die Abstimmung eintreten, hat die Referentin, Frau Dr. Goesmann, das Wort. Bitte.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann, Referentin: Meine Damen und Herren! Ich danke für die engagierte Debatte, die sich zentral der Würde des alten Menschen und seiner würdevollen Betreuung gewidmet hat. Ich glaube, da sind wir heute ein großes Stück weitergekommen. Ich nehme aus der Begeisterung, mit welcher der Vortrag von Herrn Professor Kruse angenommen wurde, mit, dass wir uns solchen ethisch-philosophischen Themen öfter zuwenden sollten, dass bei uns ein großer Bedarf besteht, auch einmal Externe unsere Probleme beleuchten zu lassen. Das greifen wir auf und werden es für die nächsten Ärztetage weiterverfolgen.

(Beifall)

Ich habe mich gefreut, dass sehr einvernehmlich die Forderungen, die Professor Kruse und ich aufgestellt haben, unterstützt wurden. Es geht zum einen darum, den Patienten anzunehmen und in seiner Ganzheit und auch in seiner Behinderung zu begreifen. Es geht darum, dafür die Weiterbildung im Bereich der Geriatrie zu verbessern. Es wurde gesagt: Die Präventionsstrategien müssen verbessert werden, wir wollen eine rationale Pharmakotherapie ohne Budgetrestriktionen, sodass jeder leitliniengerecht therapiert werden kann. Jetzt sage ich noch etwas zu den beiden Anträgen, die strittig sind. Im Prinzip würde ich Ihnen empfehlen, die Anträge mit zwei Anmerkungen dazu abzustimmen. Ich kann mich sehr der Forderung anschließen, die Absätze vier bis sieben im Antrag II-2 von Herrn Junker zu streichen. Inhaltlich möchte ich dazu sagen: Natürlich hat auch Herr Junker recht, dass wir das Ehrenamt stärken müssen. Die Ehrenamtlichen müssen im Sinne eines gesellschaftlichen Engagements in die Versorgung Demenzkranker und anderer Pflegebedürftiger einbezogen werden. Ich glaube, das soll auch zum Ausdruck gebracht werden.

Wir müssen aber auch die Qualifikationen der Gesundheitsberufe, die am Patienten arbeiten, stärken. Ich glaube, wir können uns alle auf Folgendes einigen: Ehrenamt stärken, Qualifikation der dort Ausgebildeten verbessern. Vielleicht kann man das noch umformulieren oder die Absätze vier bis sieben streichen.

Zur Versorgung von Demenzkranken und anderen Pflegebedürftigen im Altenheim: Wir brauchen tatsächlich neue Kooperationsformen für die Heimversorgung. Um diese Thematik wird sich auf dem nächsten Hauptstadtkongress vieles ranken. Dieses Thema ist stark in der Diskussion. Uns Ärztinnen und Ärzten

wird vorgeworfen, wir kümmerten uns nicht genug darum. Deshalb auch die Anwürfe im Pflegeweiterentwicklungsgesetz.

Ich möchte die Ausführungen von Herrn Kaplan unterstützen: Wir brauchen qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, Vertragsärzte wie Krankenhausärzte. Das Geld, das man in angestellte Heimärzte, die ermächtigt werden, stecken würde, kann man viel besser denjenigen geben, die sowieso im Heim präsent sind, die die Patienten langjährig kennen und sie auch weiterhin betreuen möchten. Dafür brauchen wir keine neuen ermächtigten Heimärzte, die extra angestellt werden.

(Beifall)

Insofern bitte ich Sie, die Anträge anzunehmen, mit der Änderung, die Herr Kaplan selber vorgeschlagen hat, eventuell – wenn der Antragsteller einverstanden ist – auch unter Streichung der Absätze vier bis sieben im Antrag II-2.

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

Damit treten wir, wenn Sie einverstanden sind, in die Abstimmung ein. Wir kommen zunächst zum **Antrag II-1** des Vorstands. Ich muss ihn hoffentlich nicht vorlesen, denn dazu ist er ein bisschen lang. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Sehr viele. Wer ist dagegen? – Viel weniger. Wer enthält sich? – Niemand. Dann ist der Antrag **angenommen.** Herzlichen Dank.

(Beifall)

Dann kommt der **Antrag II-2.** Dazu gibt es den Antrag auf Überweisung an den Vorstand. Dieser Antrag geht allem anderen vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Dann ist der Antrag an den Vorstand überwiesen.

(Widerspruch)

– Wollen Sie lieber zählen? Das können wir machen. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag II-2 an den Vorstand überweisen und sich hier materiell nicht mit ihm beschäftigen? – Wer ist gegen die Überweisung? – Gibt es noch Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist bei einigen Enthaltungen der Antrag mit 118 : 90 Stimmen **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag II-3** von Herrn Kaplan. Herr Kaplan hat selbst eine Änderung des Textes vorgenommen:

> *Der Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, im Rahmen der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtun-*

gen Kooperationsvereinbarungen mit besonders qualifizierten Ärzten zu fördern.

So hat es der Antragsteller jetzt beantragt. Herr Lange hatte sich gewünscht, allerdings lange bevor Herr Kaplan seine Änderung eingebracht hat, dass es heißen soll:

… Kooperationsvereinbarungen von besonders qualifizierten Vertragsärzten und Krankenhausärzten zu fördern …

Hält Herr Lange nach der Änderung des Textes durch Herrn Kaplan selber seinen Antrag aufrecht? – Ja. Dann ist das ein Änderungsantrag. Es steht also folgender Text zur Abstimmung:

… Kooperationsvereinbarungen von besonders qualifizierten Vertragsärzten und Krankenhausärzten zu fördern …

Wer ist dafür, dass der Antrag so geändert wird? – Wer ist dagegen? – Das dürfte die Mehrheit sein. Wer enthält sich? – Dann bleibt es bei dem von Herrn Kaplan selbst geänderten Text. Über diese Änderung müssen wir nicht abstimmen. Wir stimmen über den Antrag in der neuen Form ab. Wer ist für den Antrag II-3 in dieser Form? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag II-4** von Herrn Schulze. Dazu gibt es keinen Änderungsantrag. Wer stimmt dem Antrag II-4 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Ich rufe jetzt den **Antrag II-5** von Herrn Professor Bach aus der Sächsischen Landesärztekammer auf. Machen wir ihm ein Geburtstagsgeschenk: Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Das Geschenk ist da. Der Antrag ist **angenommen.**

Dann kommen wir noch zu dem **Antrag II-6** von Herrn von der Damerau-Dambrowski. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit bei einzelnen Enthaltungen **angenommen.**

Damit ist der Tagesordnungspunkt II abgeschlossen. Ich bedanke mich bei Frau Dr. Goesmann und bei Herrn Professor Kruse, der uns schon verlassen musste. Wir werden ihm noch einen Brief schreiben. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Ich glaube, es war ein sehr wichtiger Tagesordnungspunkt. Es war auch für die Öffentlichkeit wichtig, dass wir dieses Thema behandelt haben.

Damit kehren wir zu Tagesordnungspunkt I zurück und treten in die Abstimmung der vorliegenden Anträge ein. Die Liste ist hoffentlich bei Ihnen eingetroffen, sodass wir sie abarbeiten können. Es gibt einige kleine Änderungen, die uns die Rechtsabteilung empfohlen hat. Auch das werden wir bewältigen.

Es wird gewünscht, dass der Antrag 30 vor der Schlussabstimmung zur Abstimmung gestellt wird. Ich verstehe allerdings nicht so ganz, warum wir erst über alles abstimmen, wenn es anschließend gestrichen werden soll. Sollen dann nur Überschriften übrig bleiben? Dann müssten wir jetzt über diesen Antrag abstimmen und sagen, dass die ganzen Texte eigentlich entfallen, auf die sich die Änderungsanträge beziehen, sodass wir über Veränderungen nur noch bei dem abstimmen, was übrig bleibt. Das wäre einigermaßen logisch.

(Beifall)

Zur Geschäftsordnung Frau Haus. Bitte.

Haus, Nordrhein: Meine Wortmeldung heißt nicht, dass ich den Antrag so unterstütze, sondern ich versuche nur eine Erklärung dessen, was gemeint ist. Wie wird hinterher mit dem Papier verfahren? Über die einzelnen Anträge und über die Frage, in welche Richtung der Vorstand weiterarbeiten soll, muss in jedem Fall entschieden werden. Gegenstand dieses Antrags ist nur die Frage, wie man das Ganze herausgibt. Das heißt nicht, dass damit die Texte, die wir hier abstimmen, entfallen, sondern sie sollen in die Weiterentwicklung des Papiers einfließen. Wie gesagt: Ich unterstütze diesen Antrag damit nicht, sondern versuche nur eine Erklärung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wenn man sich den Antrag ganz genau anschaut, sieht man, dass er eine Verschlankung haben möchte, sodass prägnante Thesen übrig bleiben. Übrig bleiben sollen der Prolog, die sieben Thesen zur Versorgung, die sieben Kapitelüberschriften des Teils A sowie der dunkel unterlegte Text sowie die dazugehörigen Zwischenüberschriften und die Forderungen zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung. Wenn dieser Antrag angenommen würde, wären nur diejenigen Anträge relevant, die sich auf den Prolog beziehen – dazu haben wir zwei Anträge –, dann die Anträge, die sich auf den fett gedruckten grau unterlegten Teil beziehen, und die Anträge, die sich auf die Überschriften beziehen. Alle Anträge, die sich auf den dünn gedruckten Text beziehen, wozu, wenn ich das richtig erkannt habe, die meisten Anträge gehören, wären gar nicht mehr Gegenstand der Abstimmung, wenn wir den Antrag 30 vor dem Durcharbeiten des Papiers annehmen. Ich glaube, das kann man nicht anders sehen.

Dr. Schröder, Westfalen-Lippe: Genauso ist es von den Antragstellern gemeint. Ich möchte es mit zwei ergänzenden Sätzen erläutern. Wir möchten das Papier in einer knapperen, letztlich aber von der Wortwahl her unveränderten Form, abgespeckt auf den Prolog, auf die dunkel hinterlegten Passagen des Papiers und, bezogen auf die Finanzierung, reduziert auf den Punkt 8.1, in dem es ausschließlich um die Kriterien für die Bewertung der Finanzierung geht und nicht um Details der Finanzierung, wie man es im jetzigen Papier vorfindet. Das ist unsere Idee hinsichtlich dieses Antrags.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Wenn das angenommen würde, wären ja alle Anträge, die sich auf den übrigen Text beziehen, obsolet, weil der Text entfallen wäre, falls der Antrag 30 angenommen würde. Das ist doch korrekt, oder? Alles lässt sich auf dem Wege des reinen Denkens lösen.

Jetzt ein Geschäftsordnungsantrag von Herrn Dr. Zimmermann aus Niedersachsen.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident, das ist auf den ersten Blick richtig. Aber durch dieses neue Antragseinbringungsverfahren, das uns durch technische Probleme etwas kalt erwischt hat, ist es so, dass manche Anträge auseinandergerissen wurden und statt eines Antrags zwei Anträge vorliegen, wobei sich ein Teil des Antrags auf das dunkel Hinterlegte bezieht, der andere Teil auf das dünn Gedruckte.

Wenn man so vorgeht, wie Sie es gesagt haben, kommt es zu Folgendem – das trifft besonders die Anträge 46, 12, 32 (neu) und 47 –, dass plötzlich ein etwas anderer Sinn entsteht, weil der erläuternde Teil des Antrags weggefallen ist, über den gar nicht mehr geredet und abgestimmt wird. Deswegen ist es schon wichtig, dass man zumindest bei den erwähnten vier Anträgen das auch in der geänderten Reihenfolge mit in die Abstimmung einbezieht, weil man sonst denjenigen Teil, der eigentlich für das Kästchen bestimmt ist, nicht richtig verstünde.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich verstehe Ihre Ausführungen so, dass Ihnen die Annahme des Antrags 30 in die Quere käme. Dafür haben wir die Methode, dass wir darüber abstimmen, ob wir etwas annehmen oder es ablehnen. Dann wissen wir, was wir tun.

(Beifall)

Wir stimmen jetzt über den **Antrag I-1-30** ab. Wer möchte dem Antrag 30 zustimmen?

(Zuruf)

– Jetzt sind wir in der Abstimmung.

(Erneuter Zuruf)

– Wir sind jetzt in der Abstimmung. Irgendwann müssen wir ja fertig werden. – Ich frage noch einmal: Wer möchte dem Antrag 30 zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag 30? – Das ist ziemlich klar. Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag 30 **abgelehnt.** Das bedeutet, dass wir jetzt Stück für Stück durch das ganze Papier hindurchgehen. Das werden wir schaffen.

Der erste Antrag, der jetzt aufgerufen wird, ist der **Antrag I-1-13** von Herrn Professor Dietrich aus Bayern – Herr Pickerodt aus Berlin gehört auch dazu –, der ganz an den Anfang des Prologs noch einen Text, den er selbst vorgelesen hat, hinzufügen will:

> *Im Bewusstsein, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist …*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Der **Antrag I-1-5** beinhaltet, dass auf derselben Seite die Beschreibung der Tätigkeiten, die wir Ärztinnen und Ärzte ausführen, nicht nur auf Diagnostik und Therapie beschränkt wird, sondern dass auch präventive und andere Aspekte mit einbezogen werden:

> *Der Erfolg ärztlicher Bemühungen hängt ganz entscheidend davon ab, dass das ärztliche Handeln am sozialen Umfeld und an der Individualität der gesunden und erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl der prophylaktischen Maßnahmen, der Diagnostik als auch der Therapie.*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zur Seite 5. Dazu liegt der **Antrag I-1-41** vor. Nach Zeile 47 soll ein „grauer Kasten“ mit folgendem Wortlaut ergänzt werden:

> *Die Ärzteschaft in Deutschland wendet sich gegen Rationierung im Gesundheitswesen.*

Im Text der Drucksache steht statt „Rationierung“ das Wort „Rationalisierung“. Das muss natürlich ausgetauscht werden; denn Rationalisierung muss man ja gut finden.

Der Text geht dann weiter:

> *Sie fordert, dass es bei der Unverletzlichkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses bleibt.*

Wenn Sie einverstanden sind, sollten wir statt „Arzt-Patient-Verhältnisses“ formulieren: „Patient-Arzt-Verhältnisses“. Ich werde darauf aufmerksam gemacht, dass dieser Prolog keinen grauen Kasten enthält, sondern dass dieser erst bei Teil A beginnt. Wäre Frau Professor Henneberg bereit, das auch ohne grauen Kasten einzufügen?

(Zuruf)

– Ich verstehe, was Sie sagen. Der Prolog ist ja mehr oder weniger eine Feststellung der Istsituation. Die Forderungen kommen bei den einzelnen Teilen. Dabei sind die Forderungsschwerpunkte in den grauen Kästen untergebracht. Anschließend kommen die Begründungen und die näheren Ausführungen. Diese Systematik ist im Prolog nicht vorgesehen. Das ist ein geschlossener deskriptiver Text. So ist das gemeint.

Es geht nicht darum, den Satz zu vermeiden – der ist sehr schön –, sondern darum, dass er ohne einen grauen Kasten auftaucht.

(Zuruf)

– Dann stelle ich den Änderungsantrag, den grauen Kasten entfallen zu lassen. Wer ist damit einverstanden, dass der graue Kasten wegbleibt, was nicht heißt, dass der Satz nicht vorkommt? – Wer möchte unbedingt den grauen Kasten haben? – Das sind weniger.

Dann stimmen wir jetzt über den Satz selber ab. Wer stimmt diesem Satz zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist das **angenommen.**

Jetzt liegt ein Geschäftsordnungsantrag vor.

(Zuruf)

– Hat sich erledigt. Das ist gut.

Jetzt geht es weiter mit dem **Antrag I-1-27.** Auf Seite 11 soll nach der vierten Zeile ergänzt werden:

> *Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung muss auch in Zukunft gewährleistet sein.*

Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-1-18** von Frau Dr. Borelli. Auf Seite 11 soll in Zeile 8 nach dem vorhergehenden Satz eingefügt werden:

> *Explizit ist hier die Einrichtung von Kinderkrippen für die Ärztinnen und Ärzten gemeint. Da der Frauenanteil bei den Ärzten immer höher wird, ist es dringend nötig, Ärztinnen im Beruf zu halten.*

Wer möchte, dass das auf Seite 11 in der Zeile 8 eingefügt wird? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag I-1-40 (neu)** auf. Danach soll in Zeile 23 auf Seite 11 das Wort „unverzichtbar“ ersetzt werden durch „sinnvoll“. Jetzt ist der Antragsteller der Auffassung, dass das Wort „sinnvoll“ besser ist als „unverzichtbar“. Das ist eine etwas schwächere Formulierung. Der geänderte Satz lautet also:

> *Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll.*

Wer möchte lieber „sinnvoll“? – Wer ist gegen „sinnvoll“? – Wer enthält sich? – Die meisten sind für „sinnvoll“. Also ist der Antrag **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag I-1-44** auf. Danach soll auf Seite 11 der Absatz in den Zeilen 35 bis 41 gestrichen werden. Darüber stimmen wir jetzt ab. Wer ist dafür, dass der Absatz entfällt? – Wer möchte, dass der Absatz dort stehen bleibt? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Die andere Anträge, die dazu gestellt worden sind, bezogen sich auf den Text, wenn er bestehen geblieben wäre. Der weitestgehende Antrag war, dass der Text entfällt.

Wir kommen zum **Antrag I-1-9 (neu).** Auf Seite 11 soll in der Zeile 48 das Wort „Primärversorgung“ durch „Versorgung“ ersetzt werden. Wer möchte an dieser Stelle statt „Primärversorgung“ „Versorgung“ stehen haben? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag I-1-49.** Kollege Scheiber aus Thüringen möchte auf Seite 11 die übrig gebliebenen Zeilen 43, 44 und 45 auch noch gestrichen haben. Wer stimmt zu, dass das gestrichen wird? – Wer ist nicht dafür? – Das ist die deutliche Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.** Der Text bleibt also bestehen.

Wir wechseln jetzt auf die Seite 13. Der **Antrag I-1-24** bezieht sich auf Zeile 31. Nach „gefördert wird“ soll eingefügt werden:

> *Für die Prävention und insbesondere Früherkennung spielt die hausärztliche Praxis eine zentrale Rolle. Die langjährige Patient-Arzt-Beziehung ermöglicht am ehesten ein ärztliches Einwirken auf den Lebensstil von Patienten.*

Wer möchte diese Ergänzung? – Wer möchte die Ergänzung nicht? – Das Zweite ist die Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.** Enthaltungen? – Möchten Sie zählen? Sind Sie damit einverstanden, dass der Antrag abgelehnt worden ist? – Keiner protestiert; das ist die Hauptsache.

Wir kommen zum **Antrag I-1-35.** Danach soll auf Seite 13 als Zeile 36 ein Spiegelstrich eingefügt werden:

> *Psychisch und psychosomatisch kranken Patienten Rechnung tragen*

Das müsste wahrscheinlich redaktionell etwas adaptiert werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wenn es an den Vorstand überwiesen wird, würden wir es natürlich einfügen. Die Antragstellerin meint sicher:

> *Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen, psychisch und psychosomatisch kranken Patienten Rechnung tragen*

Wir müssen schauen, dass wir das redaktionell hinbekommen. Wenn Sie den Antrag überweisen, machen wir es so; wenn Sie dem Antrag zustimmen, machen wir es auch so.

(Heiterkeit)

Wenn Sie es ablehnen, machen wir es nicht.

Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? – Das Erste war die Mehrheit. Sind Sie damit einverstanden? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen** und in guten Händen.

Wir kommen zum **Antrag I-1-29.** Auf Seite 14 soll in Zeile 23 hinter dem Wort „Familienhebammen“ – ich habe gerade bei meinem Enkelkind erlebt, dass es so etwas wie Familienhebammen gibt – das Wort „Kinderkrankenschwester“ ergänzt werden. Der Antrag ist klar. Wer möchte das Wort „Kinderkranken-

schwester“ hinzufügen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Das war die klare Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-1-39.** Danach soll ab Zeile 32 ergänzt werden:

> *Es ist sicherzustellen, dass es eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Kinderabteilungen/Kinderkliniken gibt, die für Kind und Angehörige (Eltern) in erreichbarer Nähe … liegen. Kindern muss die Möglichkeit gegeben werden, in einer entsprechenden Kinderabteilung behandelt zu werden. Weiter ist ein System zu etablieren, das die Strukturqualität dieser Abteilungen überprüfen kann.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte das an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-1-26.** Danach soll auf Seite 14 in Zeile 37 nach dem Wort „berücksichtigen“ ergänzt werden:

> *Für die komplexe Koordination der Versorgung und die lebenslange Begleitung der Patienten ist die hausärztliche Praxis der zentrale Ort.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das sind mehr. Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist dafür, dass es eingefügt wird? – Wer möchte das nicht einfügen? – Das sind mehr. Der Antrag ist **abgelehnt.** Der Kasten bleibt so, wie er ist.

Ich rufe den **Antrag I-1-37** auf. Danach soll auf Seite 14 in Zeile 50 ergänzt werden:

> *Die Suchtmedizin muss gestärkt werden. Dazu sind die rechtlichen Rahmenbedingungen der suchtmedizinischen Anforderung anzupassen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte das an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das sind mehr. Dann stelle ich die Frage:

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen? – Das Erste war wohl die Mehrheit.

(Widerspruch)

– Ich frage noch einmal: Wer möchte den Antrag I-1-37 an den Vorstand überweisen?

(Zurufe)

– Die Frage bezog sich auf die Zustimmung zur Überweisung.

(Erneute Zurufe)

– Entschuldigung. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist gegen die Einführung dieser beiden Sätze? – Das zählen wir lieber. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag zustimmen, dass hinsichtlich der Suchtmedizin die beiden Sätze, wie sie im Antrag I-1-37 stehen, hinzugefügt werden? – Wer möchte diese Sätze nicht einfügen? – Gibt es auch Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit 110 : 105 Stimmen **angenommen.** Das Auszählen war also sinnvoll.

Wir kommen zum **Antrag I-1-19.** Auf Seite 15 sollen in der sechsten Zeile die Worte „ist jedoch fraglich“ ersetzt werden durch „ist zu evaluieren“.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag an den Vorstand überwiesen.

Auf Seite 15 soll die zwölfte Zeile gestrichen und ein neuer Text eingefügt werden. Aber das ist ja ebenfalls überwiesen. Damit ist das erledigt.

Der Antragsteller hat hinzugefügt – das ist auf dem an Sie verteilten Umdruck nicht ganz vollständig zu erkennen –, dass auf Seite 15 die Zeilen sieben bis zwölf gestrichen und durch den Text ersetzt werden sollen, den Sie umgedruckt erhalten haben. Der neue Text soll lauten:

> *Eine Neufassung des Konzeptes scheint jedoch erforderlich, um der optimalen Betreuung der zunehmenden Zahl der multimorbiden Patienten gerecht zu werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Sind Sie damit einverstanden, dass das geschieht? – Wer ist dagegen? – Dann ist auch das an den Vorstand überwiesen. Damit ist der gesamte Antrag 19 **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-1-34.** Dieser Antrag kommt aus Baden-Württemberg und bedeutet eine Ergänzung. Auf Seite 15 soll in Zeile 13 folgendes Kapitel eingefügt werden:

> *Stärkung der ganzheitlichen ärztlich-somatisch-psychosomatischen-psychotherapeutischen Medizin*

Dann kommt ein grauer Kasten:

> *Die Entwicklung der Versorgung von Patienten mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen …*

Dann folgt ein Stück Normaltext, und anschließend soll es heißen:

> *Durch die Pauschalisierung der Vergütung ärztlicher Tätigkeit …*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das Erste war deutlich die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wir werden uns intensiv darum kümmern; darauf können Sie sich verlassen.

Damit kommen wir zum **Antrag I-1-28.** Er betrifft die Seite 16. In Zeile 17, die im Moment noch leer ist, soll eingefügt werden:

> *Der Hausarzt bleibt für die Versorgung zuständig und zieht bei Bedarf das Palliativ Care Team hinzu.*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer möchte dem nicht zustimmen? – Das ist wohl die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Ich rufe den **Antrag I-1-7** auf. Danach soll auf Seite 17 nach der Zeile 38 ein neuer Absatz ergänzt werden. Dazu gibt es jetzt einen Antrag zur Geschäftsordnung. Bitte.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bitte um Nichtbefassung und möchte ganz kurz sagen, warum. Wir haben noch den Tagesordnungspunkt IV, unter dem wir uns mit diesem Themenspektrum sehr intensiv befassen werden. Wir sollten nicht diesen kleinen Punkt herausnehmen, sondern ihn unter Tagesordnungspunkt IV in das Papier einarbeiten und uns intensiv darum kümmern.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wer möchte dem Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung mit diesem Antrag zustimmen? – Das sind viele. Wer möchte das nicht? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Dann ist das so geschehen, was nicht bedeutet, dass der Antrag nicht unter Tagesordnungspunkt IV in irgendeiner Form wiederkommen kann.

(Zuruf)

– Das habe ich vergessen, das muss ich zugeben. Das müssen wir korrigieren. Ich habe nicht nach einer Gegenrede zur Nichtbefassung gefragt. Das stimmt.

Dr. Neher, Bayern: Vielen Dank, dass ich die Möglichkeit zur Stellungnahme habe. Ich möchte darauf hinweisen: Wir diskutieren hier über das „Ulmer Papier“. Die Absicht war, diese Passage im „Ulmer Papier“ zu fixieren. Ob wir später noch über die Telematik reden werden, ist eine ganz andere Sache. Der Antrag war zur Fixierung einer Änderung im „Ulmer Papier“ gedacht. Ich bitte Sie, das bei der Abstimmung zu berücksichtigen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann ist die Gegenrede erfolgt. Wir stimmen noch einmal darüber ab, ob wir den Antrag I-1-7 mit abstimmungsmäßiger Nichtbefassung bedenken. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer möchte doch darüber abstimmen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit bleibt es bei der **Nichtbefassung.** Ich bitte nochmals um Entschuldigung, dass ich vergessen habe, die Gegenrede aufzurufen.

Wir kommen zur Seite 18. Dazu liegt **Antrag I-1-50** vor. In Zeile 6 soll das Wort „Versorgung“ gestrichen und dafür eingefügt werden: „und fachärztliche Versorgung“. Die Zeilen 6 und 7 sollen dann folgendermaßen lauten:

> *Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche Versorgung und einen angemessenen Zugang zur Behandlung nach Facharztstandard.*

Hausärzte sind ja auch Fachärzte. Wer möchte dem Ergänzungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-1-52.** Auf Seite 9 soll in Zeile 48 das Wort „allein“ gestrichen werden. Bisher lautet der Text:

Bund und Länder nehmen eine falsche Weichenstellung vor, wenn sie die stationäre Versorgung allein Marktgesetzen unterwerfen.

Das Wort „allein“ soll entfallen. Ob das für die eine große Hilfe ist, weiß ich nicht. Es ist auf jeden Fall besser so. Wer möchte das Wort „allein“ streichen? – Wer möchte es stehen lassen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

(Zuruf: Nein!)

– Was ist passiert? – Gar nichts.

Wir kommen jetzt zur Seite 20. Zu dieser Seite liegt eine ganze Reihe von Anträgen vor. Wir kommen zunächst zum Antrag I-1-32 (neu). Danach soll in Zeile 9 ergänzt werden:

Angestellte Krankenhausärztinnen und -ärzte sollten auch selbstständig arbeiten können, indem sie sowohl stationär als auch ambulant tätig sind.

(Zuruf: Zur Geschäftsordnung!)

– Wer möchte zur Geschäftsordnung sprechen? – Bitte, Herr Zimmermann aus Niedersachsen.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident, das ist genau das, was ich vorhin in meinem Redebeitrag zur Geschäftsordnung schon einmal erläutert habe. Es liegt schriftlich der Geschäftsordnungsantrag vor, nicht erst über den Antrag 32 (neu) abzustimmen, sondern zunächst über den Antrag 47. Dasselbe gilt für die Anträge 12 und 46. Auch da muss die Reihenfolge getauscht werden. Anderenfalls bekommen die Anträge einen etwas anderen Sinn.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Geben Sie uns einen kurzen Moment Zeit; bisher ist das anders geordnet worden. – Dann behandeln wir zunächst den **Antrag I-1-36.** Auf Seite 20 soll unter der Überschrift „Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen“ in Zeile 9 ergänzt werden:

und Krankenhausärzte ambulante Leistungen erbringen und abrechnen werden.

Das hat Herr Albrecht beantragt. Verstehen Sie, was gemeint ist? Wer möchte dem Antrag 36 zustimmen? – Wer möchte ihm nicht zustimmen? – Wir sind nicht sicher. Ich frage also noch einmal. Wer möchte den Antrag 36 annehmen?

– Wer möchte ihn nicht annehmen? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Jetzt kommt der **Antrag I-1-53.** Er betrifft die Zeile 10 auf Seite 20. Dort soll ergänzt werden:

> *Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden.*

Das wird von Herrn Michaelis aus Thüringen beantragt. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war wohl die Mehrheit. Sind wir uns alle einig, dass das Erste die Mehrheit war?

(Widerspruch)

– Bitte noch einmal. Es geht darum, auf Seite 20 in Zeile 10 zu ergänzen:

> *Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden.*

Wer stimmt dem zu? – Wer ist dagegen? – Das zählen wir aus. Ich frage also noch einmal: Wer möchte der Ergänzung „Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden“ zustimmen? – Wer ist gegen die Einfügung dieses Satzes? – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit 113 : 103 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen damit zum **Antrag I-1-46.** Auf Seite 20 soll nach Zeile 30 folgender Text eingefügt werden:

> *Spezialisierte Fachärzte müssen künftig auch außerhalb des Belegarztsystems vermehrt die Möglichkeit haben, sowohl ambulant als auch stationär zu behandeln …*
>
> *Darüber hinaus könnte die Integration von Fachärzten (einschließlich Fachärzten für Allgemeinmedizin) in eine sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung der Patienten gerade in ländlichen Regionen eine effiziente Alternative für die flächendeckende und wohnortnahe stationäre und ambulante Grundversorgung darstellen.*

Dazu gibt es einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Professor Bertram aus Nordrhein.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich möchte beantragen, zunächst über den Antrag 45 abzustimmen, weil er die Streichung und Ersetzung durch einen anderen Text der Zeilen zuvor beinhaltet. Danach kann man überlegen, was man eventuell ergänzen sollte. Wir sollten bitte aufpassen, dass nicht den Klinikärzten alle möglichen Dinge in der ambulanten Versorgung gewährt werden, aber der niedergelassene Facharzt findet noch immer nicht statt. Da muss man aufpassen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Haben Sie bitte etwas Geduld; wir müssen immer erst prüfen, ob nicht gegebenenfalls Turbulenzen entstehen und wir anschließend Erklärungsnöte haben.

Wir haben den Antrag 12 (neu), der sich mit der Problematik in fünf Zeilen befasst, und wir haben den Antrag 45, der sich ebenfalls mit der Problematik befasst, aber dadurch, dass er die Zeilen 13 bis 30 gestrichen haben will und einen anderen Text dort haben will, bedeutet das, dass der Antrag 45 wohl der weitergehende Antrag ist. Wenn er angenommen würde, müsste der Antrag 12 mit abgedeckt sein. So müsste man das verstehen.

Zur Geschäftsordnung bitte Herr Horndasch.

Dr. Horndasch, Bayern: Soweit ich das sehe, ist der Antrag 10 noch weitergehend, weil er die ersatzlose Streichung des gesamten Absatzes vorsieht, ohne irgendwelche Einfügungen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Diesen Antrag gibt es gar nicht mehr. Er ist zurückgezogen worden und hat damit sozusagen das Zeitliche gesegnet.

Nach dem Studium der Texte – auch mit juristischer Hilfe – meine ich, der Antrag 45 ist weitergehend als der Antrag 12. Wenn der Antrag 45 angenommen würde, wäre Antrag 12 abgedeckt. Die beiden Anträge würden sich gegenseitig im Wege stehen. Antrag 12 wäre damit ja inhaltlich nicht abgeschlossen, sondern er wäre sozusagen phagozytiert.

Jetzt bitte Herr Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube nicht, dass diese

Alternativstellung in dieser Form besteht, sondern mein Eindruck ist, dass wir im Grunde genommen über drei verschiedene Fragen entscheiden sollen. Wir sollen erstens über die Frage entscheiden, ob der Antrag von Herrn Professor Bertram und vielen weiteren – nicht nur aus Nordrhein, sondern auch aus vielen anderen Ärztekammern – den Text ersetzt, von dem Herr Professor Bertram sagt: Bei dieser sektorübergreifenden Kooperationsform haben wir das Problem, dass das zu sehr dem KBV-Papier nachempfunden ist, das am Montag auf der KBV-Ebene diskutiert wurde. Wir sollten dort lieber einen anderen Text einsetzen.

Bei den Anträgen 12 (neu) und 46 von Frau Gitter handelt es sich um die Wiederaufnahme eines bei uns allen schon vorhandenen etablierten Beschlussgutes aus dem „Blauen Papier“, wo es nur darum geht: Wenn sich die niedergelassenen Ärzte des Krankenhauses als Infrastruktur bedienen können, dann können andererseits Krankenhausärzte auch im ambulanten Bereich tätig werden. Darauf haben wir uns im „Blauen Papier“ verständigt. Das soll an dieser Stelle noch einmal in Erinnerung gerufen werden.

Der Antrag 12 (neu) sagt, das setzen wir in der ganz kurzen Fassung in den grauen Kasten. Antrag 46 sagt, hinter den Text, der jetzt dort steht, oder den Text, der aus der Zustimmung zu dem Entwurf von Herrn Professor Bertram resultiert, setzen wir den Text aus dem Antrag 46.

Das ist aber keine Alternative, sondern die passen gut zueinander. Das eine ist unsere Beschlusslage seit dem „Blauen Papier“, und das andere ist die Frage: Will man den Text „sektorübergreifende Versorgungsformen“ oder will man den Text von Professor Bertram und anderen an dieser Stelle haben?

Ich glaube, das widerspricht sich nicht, sondern das passt zusammen. Deswegen sehe ich darin keine Alternative.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wie geht es denn mit dem Antrag 46, wenn die Anträge 12 und 45 angenommen worden wären? Kann der auch noch hinzukommen?

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident, ich kann ja nur über mein Textverständnis reden. Meiner Meinung nach ist der Antrag 46 der inhaltlich entscheidende Antrag. Das ist „Blaues Papier“. Der Antrag 12 (neu) ist der Versuch, diesen Teil auch in den grauen Kasten unterzubringen. Ob man das in dem grauen Kasten macht oder nicht, ist inhaltlich eine zweite Sorge.

Wenn Sie die Anträge 46 und 45 annähmen, hätten wir einen konzisen kompletten Text. Was vorne auftaucht, wäre sowieso eine Neuformulierung wert. Wenn

der Antrag 45 durchgeht, kann man nicht gut den Kasten über dem entfernten Text stehen lassen, denn er fußt ja auf dem darunter stehenden Text, der durch den Antrag 45 ersetzt würde.

Ich schlage vor, dass man das sowieso noch einmal redaktionell überarbeitet und es vielleicht dem Vorstand überlässt.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Das Wort zur Geschäftsordnung hat jetzt Herr Pickerodt. Jetzt kann sowieso nicht mehr inhaltlich, sondern nur noch zur Geschäftsordnung gesprochen werden.

Dr. Pickerodt, Berlin: Ich denke, wir haben hier ein Konglomerat von verschiedenen Anträgen, die sich zum Teil ergänzen, zum Teil widersprechen. Ich glaube, wir werden diesen Anträgen nur gerecht, wenn wir sie als Konglomerat an den Vorstand überweisen und der Weisheit des Vorstands vertrauen, dass er einen vernünftigen Text daraus macht.

(Zuruf: Gegenrede!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Die Gegenrede kommt. Ich wollte nur kurz sagen: Das betrifft die Anträge 12, 45 und 46. Einverstanden? – Jetzt kommt die Gegenrede. Bitte.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich gegen die Vorstandsüberweisung aussprechen. Wir haben doch gerade relativ deutlich auseinanderbekommen, dass wir uns damit inhaltlich sehr wohl auseinandersetzen können. Die Reihenfolge ist fast gleichgültig. Wir sollten uns damit befassen, weil aufgefallen ist, dass Beschlussgut aus dem „Blauen Papier“ in den Leitsätzen fehlt. Das wollten wir gern aufgenommen haben.

Wir haben auch erläutert, warum die Reihenfolge beispielsweise hinsichtlich meines Antrags so sein sollte, weil es sonst nicht verständlich ist. Ich möchte sehr deutlich herausgestellt wissen, dass das System zu beiden Seiten hin durchlässig sein soll. Die Vision, die die Ärzteschaft hat, nämlich weg von der institutionalisierten Zulassung, die uns die Politik überstülpt, die gegen die Freiheit des Arztberufs ist, sollten wir hier mit aufnehmen. Deshalb möchte ich Sie bitten, das nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern zu bekräftigen, dass

wir diese Ideen schon viel früher und viel besser hatten, als uns die Politik das jetzt vorschreibt.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Darf ich auch noch eine Gegenrede halten? Mein Antrag sollte hier auch überwiesen werden. Frau Gitter hat jetzt für ihren Antrag gesprochen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Eine Gegenrede reicht schon.

(Heiterkeit)

Der Ärztetag hat doch die ganze Prozedur vorhin nicht gemacht, um sich bei dieser Frage nun ausgerechnet mit einer Überweisung aus der Affäre zu ziehen. Das kann ich mir nicht vorstellen. Hier wird jetzt entschieden.

(Beifall)

Wir stimmen jetzt über den **Antrag I-1-12 (neu)** ab. Es geht zunächst um die Überweisung. Wer möchte diesen Antrag überweisen? – Wer möchte ihn nicht überweisen? – Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 12 zustimmen? – Wer möchte ihm nicht zustimmen? – Das Erste war klar die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag I-1-45,** der sozusagen eine Ersatzvornahme bedeutet. Die Zeilen 13 bis 30 sollen gestrichen und durch einen neuen Text ersetzt werden. Wer möchte dem Überweisungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Dann stimmen wir ab. Wer möchte dem Antrag 45 zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war klar die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Jetzt kommen wir noch zum **Antrag I-1-46.** Das beißt sich nicht. Wer möchte den Antrag 46 überweisen? – Wer möchte ihn nicht überweisen? – Dann stimmen wir ab. Wer ist dafür, dass der Antrag 46 angenommen wird? – Wer ist dagegen? – Dann ist er klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-1-47.** Der passt hier aber nicht mehr. – Dazu bitte Herr Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich weiß nicht, ob Herr Zimmermann da mit mir einig ist, aber mein Eindruck ist, dass die Anliegen der Anträge 32 und 47 im Grunde mit der Abstimmung abgehandelt sind.

(Beifall)

Wenn Jörg Zimmermann mit mir einig ist, würde ich sagen: Wir betrachten ihn als erledigt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Beide Anträge, also 32 (neu) und 47? – Okay. Ist das so? – Damit sind die **Anträge I-1-32 (neu) und I-1-47 erledigt.**

Der **Antrag I-1-17** kann nicht mehr relevant werden, weil die Zeilen in der Form, wie sie geändert werden sollten, von hinnen sind. Dieser Antrag ist damit **erledigt.**

Auch der **Antrag I-1-51** ist durch Abstimmung der anderen Anträge **erledigt.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-1-20.** Danach soll ab Zeile 30 – die Nummerierung wird sich ändern – folgender Satz ergänzt werden:

> *Praxisnetze stellen für eine schnittstellenarme, fach- und sektorenübergreifende Versorgung im Sinne der Integration eine ideale Versorgungsform dar.*

Dazu gibt es einen Geschäftsordnungsantrag.

Dr. Beck, Bayern: Ich bin Mitantragsteller. Ich möchte das Wort „ideale“ ersetzen durch „sinnvolle“.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das beantragt der Antragsteller selber. Deshalb brauchen wir uns damit abstimmungsmäßig nicht zu befassen. Ein Überweisungsantrag ist nicht gestellt. Wir stimmen also über den Antrag 20 ab. Wer ist für die Zustimmung zum Antrag I-1-20? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag **angenommen.**

Wir kehren jetzt noch einmal zum **Antrag I-1-41** zurück. Er enthält einen zweiten Teil. Danach soll auf Seite 21 die Überschrift zu Kapitel 4 geändert werden in:

> *Mittelknappheit verantwortungsbewusst abwehren*

Jetzt lautet die Überschrift:

Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen

Das ist ein erheblicher Unterschied. Wer möchte, dass die Überschrift lautet: „Mittelknappheit verantwortungsbewusst abwehren“? – Wer möchte nicht, dass das so geändert wird? – Das ist wohl die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist das **abgelehnt.** Es bleibt bei der jetzigen Überschrift.

Wir kehren jetzt noch einmal zur Seite 20 zurück. Es gibt zwei Anträge, die den öffentlichen Gesundheitsdienst betreffen. Wir hatten ihn herausgestrichen, weil er in der Fragensammlung des Ärztetages von Münster nicht enthalten war. Weil sich dieser Fragenkatalog ganz auf das GKV- und das PKV-System kaprizierte, haben wir das herausgenommen. Wir haben uns gedacht: Wenn der ÖGD aufgenommen würde, dann müssten die Arbeitsmedizin, die Bundeswehr und andere Sparten, die auch im „Blauen Papier“ vorkommen, aufgenommen werden. Aber weil wir uns zur Krankenversicherung äußern wollten und das GKV-WSG Ausgangspunkt der ganzen Diskussion war, haben wir es an dieser Stelle weggelassen.

Die Anträge 16 und 43 beantragen, den öffentlichen Gesundheitsdienst mit aufzunehmen. Beim Tätigkeitsbericht kommt das nachher auch noch mal. Das steht dann aber nicht im „Ulmer Papier“. Haben Sie den **Antrag I-1-16** noch zur Hand? – Gut. Dann entscheiden Sie bitte darüber, ob Sie den öffentlichen Gesundheitsdienst durch Annahme des Antrags 16 einfügen wollen. Wer stimmt dem Antrag 16 zu? – Wer ist dagegen, dass das geschieht? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag 16 **abgelehnt.**

Wir stimmen jetzt auch noch über den **Antrag I-1-43** ab. Wer möchte den Antrag 43 annehmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Im Tätigkeitsbericht kommt es vor. Wenn wir das „Ulmer Papier“ einmal zu einem neuen „Blauen Papier“ ausweiten, ist der öffentliche Gesundheitsdienst im kompletten Programm wieder enthalten. Jetzt gehört es nicht zu den Leitsätzen.

Zur Geschäftsordnung bitte Herr Bodendieck aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Hochverehrter Herr Präsident! Liebes Präsidium und Hoher Rat, der das „Ulmer Papier“ verfasst hat! Wir können leider nicht mit Ihnen übereinstimmen. Das ist auch der Grund, warum wir den Antrag eingebracht haben und um eine zweite Lesung bitten. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist nicht vergleichbar mit der Arbeitsmedizin und auch nicht mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr. Alle leisten hervorragende Arbeit, aber der öffentliche Gesundheitsdienst ist die dritte Säule unseres Gesundheitswesens.

(Beifall)

Das ist der Grund, warum er aus meiner Sicht in Zukunft in das „Ulmer Papier“ hineingehört. Wir werden später über Prävention sprechen. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat bereits jetzt wesentliche Aufgaben in der Prävention. Der öffentliche Gesundheitsdienst gehört genauso wie die stationäre und die ambulante Medizin in die Versorgungsebenen hinein. Deshalb ist er doch etwas mehr als der Sanitätsdienst der Bundeswehr oder die Arbeitsmedizin in ihrer speziellen Ausrichtung.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es ist also der Antrag auf zweite Lesung der Anträge 16 und 43 gestellt. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Formal. Wer möchte einer zweiten Lesung zustimmen? Das müssen wir auszählen, weil das Quorum von einem Drittel der abgegebenen Stimmen zusammenkommen muss, um eine solche zweite Lesung durchzuführen. Wer möchte zustimmen, dass eine zweite Lesung stattfindet? Wir zählen aus. – Wir brauchen nicht weiter abzustimmen, weil 102 Kolleginnen und Kollegen die zweite Lesung befürwortet haben. Das ist mit Sicherheit ein Drittel oder mehr.

Damit rufe ich entsprechend den Argumenten, die von Herrn Bodendieck gerade vorgetragen worden sind, zur zweiten Lesung auf. Ich frage erneut, ob Sie dem **Antrag I-1-16** zustimmen wollen. Wer möchte das tun? – Wer möchte nicht zustimmen? – Jetzt müssen wir noch einmal zählen. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag I-1-16 zustimmen? Wir zählen aus. – Wer möchte den Antrag 16 nicht annehmen? – Dann ist der Antrag jetzt mit 108 : 104 **angenommen.**

(Beifall)

Ist Herr von Zastrow der Meinung, dass sein **Antrag I-1-43** auch noch abgestimmt werden muss? Möchte er das gern, oder ist er damit einverstanden, dass wir den Inhalt des Antrags 43 bei der redaktionellen Überarbeitung berücksichtigen und schauen, was aus dem Antrag 43 über den Antrag 16 hinaus aufgenommen werden kann?

(Beifall)

– Dann machen wir es so. Die Anträge sind ja absichtsgleich. Kein Widerspruch, kein Protest? – Vielen Dank. Dann kommt auch der öffentliche Gesundheitsdienst im „Ulmer Papier“ vor.

Wir kommen damit zum **Antrag I-1-6.** Er betrifft auf Seite 24 die Zeilen 21 bis 44. Sie sollen durch einen neuen Text ersetzt werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Ich frage also zunächst: Wer möchte den Antrag I-1-6 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Der **Antrag I-1-42** sieht vor, auf Seite 24 die Zeilen 36 bis 38 zu streichen und durch folgenden Text zu ersetzen:

> *Der Informationsgewinn für die Patienten und einweisenden Ärzte ist nicht gegeben. Interessenkonflikte dieser Berichte, Krankenhausführer und Zertifikate werden in diesen nicht aufgeführt. Dies ist für eine hinreichende Transparenz unabdingbar.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird der Antrag auf Vorstandsüberweisung gestellt. Dieser Antrag geht vor. Wer ist dafür, dass der Antrag an den Vorstand überwiesen wird? – Wer ist dagegen? – Ich frage noch einmal: Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen damit zum **Antrag I-1-14** von Frau Dr. Gitter. Auf Seite 24 sollen die Zeilen 40 bis 44 – das ist der komplette Absatz – gestrichen werden. Stattdessen soll es heißen:

> *Qualitätswettbewerb muss in erster Linie der Verbesserung der Patientenversorgung dienen. Hieran soll sich auch das Verfahren der sektorübergreifenden Qualitätssicherung orientieren … Bei Qualitätssicherungsverfahren und Qualitätsberichten … ist zwingend zu berücksichtigen, ob die gesetzlichen Arbeitszeitgrenzen eingehalten werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dazu gibt es eine Gegenrede von Herrn Jonitz. Danach Frau Gitter.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich beantrage für den Antrag 14 mit folgender Begründung Vorstandsüberweisung: Der Antrag ist im Grunde völlig richtig, was den Inhalt

angeht. Wenn der jetzt enthaltene Passus entfällt, vergeben wir das politische Signal der Bundesärztekammer, uns aktiv an der sektorübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen, und zwar mit einer Einrichtung, die auch von der Bundesärztekammer betrieben wird, nämlich der BQS. Wenn der Antrag 14 angenommen würde, würde dies die politische Basis der Bundesärztekammer bei diesem Thema schwächen. Deswegen bitte ich um Vorstandsüberweisung.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Lieber Günther Jonitz, das stimmt ja nicht, denn die sektorübergreifende Qualitätssicherung habe ich ja extra dringelassen, weil sie auch in der Diskussion ist. Ich finde aber nicht, dass es vorrangiges Ziel der Qualitätssicherung ist, damit Marktpositionen zu eröffnen, sondern wir sollten der Patientenversorgung dienen.

Außerdem gibt es nach wie vor Qualitätsberichte und Zertifikate, die überhaupt nicht berücksichtigen, ob an einer Einrichtung, beispielsweise an einem Krankenhaus, gesetzliche Vorgaben wie das Arbeitszeitgesetz eingehalten werden. Ich finde, wir sollten ein erneutes deutliches Signal gegen solche Praktiken setzen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie haben die Argumente dafür und dagegen gehört. Wer möchte den Antrag 14 an den Vorstand überweisen? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag 14 zustimmen? – Das sind viele. Wer ist dagegen? – Das Erste war wohl die Mehrheit. Damit ist der Antrag 14 **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-1-8.** Damit kommen wir auf die Seite 27. Die Zeilen 29 bis 34 sollen gestrichen und durch einen neuen Text ersetzt werden:

> *Eine umfassende Pauschalierung der vertragsärztlichen Vergütung läuft den Zielen der unter Ziffer 5 formulierten Qualitätsansprüchen entgegen …*

Das ist hier von Herrn Neher begründet worden. Jetzt können wir uns eine Meinung darüber bilden. Wer möchte dem Antrag I-1-8 zustimmen? –

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Wer ist gegen den Antrag 8? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag auf Vorstandsüberweisung kam etwas zu spät. Da befanden wir uns schon in der materiellen Abstimmung. Der Antrag ist **abgelehnt.** Der Text bleibt, wie er lautet.

Damit kommen wir zum **Antrag I-1-33** von Frau Müller-Dannecker. Es geht um Seite 28. Auf Seite 28 soll als letzter Absatz hinzugefügt werden:

> *Die Zukunft für eine qualifizierte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten kann nur durch eine strukturierte Weiterbildung gewährleistet werden. Die ärztliche Weiterbildung muss durch zusätzliche Mittel finanziert werden.*

Das haben wir früher schon einmal ein bisschen in dieser Richtung beschlossen. Aber vielleicht hält doppelt genäht besser. Wer möchte dem Antrag 33 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-1-38** von Frau Dr. Stüwe. Wenn dieser Antrag angenommen wird, ist alles, was sich mit der Finanzierung beschäftigt, vom Tisch. Das ist ein Streichungsantrag für alles, was sich mit Finanzierung beschäftigt, also für Teil B. Wer möchte dem Antrag I-1-38 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Dann finanzieren wir etwas und machen dann eine Feinjustierung.

Herr Griebenow redet zur Geschäftsordnung.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Ich darf an meinen Geschäftsordnungsantrag erinnern, der schriftlich nicht angenommen worden war. Er bezieht sich darauf, Abschnitt 8.2 zu streichen oder als separates Dokument auszugliedern und nicht im „Ulmer Papier“ zu belassen. Das wäre der jetzt nachfolgende Antrag.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Er ist nicht schriftlich eingebracht?

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Ich hatte ihn schriftlich eingebracht und bin belehrt worden, das sei ein Geschäftsordnungsantrag, der mündlich vorzubringen sei. Ich habe ihn gestern bereits erwähnt, ich habe ihn auch vorhin bereits erwähnt. Ich möchte ihn hier noch einmal einbringen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir gehen erst einmal bis zu diesem Punkt weiter. Wenn wir dort angekommen sind, können wir Ihren Antrag aufrufen.

Frau Haus aus Nordrhein hat den **Antrag I-1-23** gestellt. Danach soll auf Seite 29 in Zeile 27 eine Ergänzung erfolgen:

> *Einerseits betreibt die Politik eine in großen Teilen unverantwortliche Ökonomisierung des Gesundheitswesens …*

Danach soll es wie vorgelegt weitergehen:

> *Aus der Sicht der Ärzteschaft kann die Finanzierungstechnik indessen nur ein Mittel zum Zweck sein …*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Darüber stimmen wir zuerst ab. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Die Beteiligung ist ein bisschen schwach. Der Antrag 23 soll an den Vorstand überwiesen werden. Ich frage noch einmal: Wer möchte dem zustimmen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Der Vorstand wird sich damit beschäftigen.

Nun kommen wir zum **Antrag I-1-22.** Da geht es um die Seite 30. In Zeile 24 heißt es jetzt:

> *Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen*

Stattdessen soll es heißen:

> *Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen unter Berücksichtigung des Primats „ambulant vor stationär“*

Da würde sich Herr Professor Beske freuen, weil er das einmal in die Welt gesetzt hat. Wer möchte dem Änderungsantrag 22 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-1-54.** In den Zeilen 16 und 17 heißt es jetzt:

> *… vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von Versicherten besteht*

Die Worte „vor allem“ sollen gestrichen werden. Das ist eigentlich schade. Sonst ist es in der Qualität ein bisschen arg abgedämpft. Wir stimmen ab: Wer möchte „vor allem“ streichen?

(Zuruf)

– Jetzt wird ergänzt, dass „vor allem auch“ gestrichen werden soll. Das hat schon wieder eine andere Qualität. Wer möchte „vor allem auch“ streichen? – Wer möchte das lieber lassen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.**

Herr Griebenow hat geschäftsordnungsmäßig beantragt, das Kapitel 8.2 im Teil B komplett zu streichen. Gibt es dazu eine Gegenrede?

(Zuruf)

– Habe ich das falsch verstanden, dass dieses Kapitel komplett gestrichen werden soll?

(Erneuter Zuruf)

– Wenn es ausgegliedert wird, verstehe ich darunter, dass es hier nicht mehr vorkommt. Das haben wir in dieser Form schon einmal beschlossen, und zwar auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 24. Oktober 2006 in Berlin. Trotzdem stimmen wir darüber ab. Wer stimmt der Ausgliederung zu? – Wer möchte es lieber bestehen lassen? – Dann bleibt es bestehen.

Wir kommen zum **Antrag I-1-2** von Herrn Dr. Rütz. Im Kapitel 8.2 werden unter der Überschrift „Verbreiterung der Einnahmebasis der GKV“ die Zeilen 10 bis 15 gestrichen und ersetzt durch:

Die Finanzierung der GKV muss risikoäquivalent erfolgen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Gibt es eine Gegenrede gegen den Antrag auf Vorstandsüberweisung? – Formal. Wer möchte der Vorstandsüberweisung zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt, und wir stimmen also über den Antrag selbst ab. Ich habe im Gefühl, Sie wissen, was der Antrag bedeutet. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Damit ist der Antrag **abgelehnt.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag I-1-11.** Der Antrag lautet:

Der Deutsche Ärztetag fordert, den im „Ulmer Papier“ (auf Seite 33 in den Zeilen 46 und 47) formulierten Anspruch

auf eine beitragsfreie Ehegattenversicherung für Elternteile, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen, zu streichen.

(Zuruf)

– Der Antrag ist zurückgezogen? Das ist gut, das ist sehr schön. Die Tatsache, dass der Antrag **zurückgezogen** worden ist, erleichtert die Sache erheblich.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag I-1-21.** Das ist kein konkreter Änderungstext. Dasselbe gilt für den **Antrag I-1-4.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Antrag 21 gehört an sich zum Tätigkeitsbericht. Dann lassen wir lieber über den Antrag 4 abstimmen. Dann können wir sagen: Der Antrag 21 ist eine Unterfütterung desselben.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Danke schön. – Er ist ja, was die Formulierung angeht, auf das „Ulmer Papier“ kapriziert. Antrag 4 lautet:

Das Ulmer Papier ist um ein Kapitel zu ergänzen, welches sich kritisch mit der Tauglichkeit des Sachleistungssystems als Regelversorgungsform befasst.

Das soll jetzt an den Vorstand überwiesen werden. Wer möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte, Herr Reinhardt.

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Lieber Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin gegen die Vorstandsüberweisung, weil ich glaube, dass es sich hier um eine Grundsatzentscheidung von wesentlicher Bedeutung handelt. Dazu sollten wir als Delegierte durchaus eine Meinung haben und diese auch formulieren. Insofern fordere ich Sie zur Abstimmung auf, um dem Vorstand eine Meinung zu übermitteln, der das dann weiter ausarbeiten kann.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir stimmen jetzt gemeinsam über die Vorstandsüberweisung zu den Anträgen 4 und 21 ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das zählen wir aus. Ich frage also noch einmal:

Wer möchte die Vorstandsüberweisung zu den Anträgen 4 und 21 befürworten? – Wer ist gegen die Vorstandsüberweisung? – Gegen die Vorstandsüberweisung haben 137 gestimmt, dafür 77. Dann werden wir über die Anträge jetzt inhaltlich abstimmen. Wer möchte den Anträgen 4 und 21 zustimmen und dem Vorstand Arbeit machen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Die Anträge sind **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zu dem spannenden Antrag I-1-1, der sich mit einem konkreten Finanzierungsmodell beschäftigt. Soll ich ihn vorlesen?

(Widerspruch – Zuruf)

– Ein Antrag zur Geschäftsordnung. Bitte.

(Zuruf: Ich finde, wir haben zwei Anträge zusammengefasst, die sehr unterschiedlich sind, denn der eine betrifft die Kostenerstattung, das ist eine völlig andere Thematik! Wir sollten nicht alles zusammenfassen, das finde ich nicht richtig! Beide Anträge sollten getrennt abgestimmt werden!)

– Ich bin nie dafür, dass wir uns irgendwie zänkisch auseinanderbewegen. Wir sollten es lieber so machen, dass alle zufrieden sind. Sie stimmen aber zu, dass für beide Anträge die Vorstandsüberweisung abgelehnt worden ist? – Gut. Dann frage ich noch einmal: Wer möchte dem **Antrag I-1-4** zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die große Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag I-1-21.** Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Auch dieser Antrag ist **abgelehnt.**

Dann haben wir das noch einmal ordentlich gemacht, und es gibt keine Kritik am Verfahren mehr.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag I-1-1.** Gibt es Wortmeldungen irgendwelcher Art? – Das ist nicht der Fall. Dann gehen wir gleich in die Abstimmung. Wer möchte dem Antrag I-1-1 – –

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Ich war noch auf der Hälfte des ersten Satzes. Das lässt sich noch gerade so vertreten.

(Zurufe)

– Das machen wir ganz schnell. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer möchte das nicht? – Gut. Wer möchte dem Antrag aus vollem Herzen zustimmen? – Vielleicht sollten wir das lieber zählen. Aber wir versuchen es zunächst noch einmal ohne Auszählung. Ich frage noch einmal: Wer ist dafür? – Das zäh-

len wir doch lieber aus. Ich muss Sie also noch einmal fragen: Wer möchte dem Antrag I-1-1 zustimmen? – Wer möchte den Antrag I-1-1 nicht annehmen? – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann haben sich 80 dafür und 142 dagegen entschieden.

(Beifall)

Ich gratuliere; ein Achtungserfolg, keine Blamage. Das muss man ganz klar feststellen. Vielen Dank.

Dann haben wir noch den **Antrag I-1-3.** Dieser Antrag von Herrn Dr. Jonitz, Dr. Windhorst und Dr. Crusius beschäftigt sich mit einem Zitat als historische Anlage. Das Zitat stammt von Rudolf Virchow, „Der Armenarzt“ aus: „Die Medizinische Wochenschrift“, 3. November 1848. Im Antrag steht: Begründung mündlich. Herr Dr. Jonitz meint, die Begründung ergibt sich von allein. Wer möchte dem Antrag zustimmen, das hinzuzufügen?

(Zurufe)

– Haben Sie den nicht? Es geht um den Antrag I-1-3. Danach soll dem „Ulmer Papier“ ein Zitat von Rudolf Virchow als historische Anlage angefügt werden:

> *Die armen Kranken zwang man, sich von einem von oben her bestimmten Arzt behandeln zu lassen. … Die Ärzte zwang man durch eine maßlose Konkurrenz, eine Stellung anzunehmen, welche ihnen den ihrer Anstrengungen würdigen Lohn vorenthielt …*

Herr Virchow war ja, wie Sie wissen, Pathologe. Wer möchte unbedingt, dass das an das „Ulmer Papier“ angefügt wird?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte das an den Vorstand überweisen, damit dieser es in geeigneter Form weiterverwendet? Wir stimmen ab. Wer befürwortet die Vorstandsüberweisung zu Antrag I-1-3? Möchte jemand den Antrag begründen? Herr Jonitz hat gesagt: Die Begründung ergibt sich von selbst. Gibt es eine Gegenrede? – Herr Henke hat sich gemeldet. Bitte.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! „Medizin ist eine soziale Wissenschaft.“ Dieser Satz stammt von Rudolf Virchow. Rudolf Virchow kann für uns bei der Gestaltung von Gesundheits-, Sozial- und ärztlicher Berufspolitik als ein leuchtendes Beispiel gelten. Ich finde, wenn wir dieses „Ulmer Papier“ in der Stadt Albert Einsteins verabschieden, dürfen wir durchaus, wenn wir dieses Pa-

pier auch ein Stück an die deutsche Öffentlichkeit und die Regelungen, die in Berlin getroffen werden, adressieren, einen unserer großen Berliner Ärzte an dieser Stelle nennen. Ich finde, das Zitat passt sehr gut zum „Ulmer Papier“, wie wir es jetzt formuliert haben.

Deswegen bin ich dagegen, dass wir es an den Vorstand überweisen. Etliche Vorstandsmitglieder – nicht der Vorstand in toto – haben den Antrag gestellt, weitere Vorstandsmitglieder – nicht der Vorstand in toto – haben den Antrag unterstützt, damit er hier angenommen werden kann. Deswegen fände ich es viel klüger, Sie treffen die Entscheidung, als dass Sie es an den Vorstand überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Rudolf Virchow stammte ja aus Pommern. Darauf sind die Pommern ganz stolz; das ist auch richtig so.

Wer möchte die Vorstandsüberweisung des Antrags I-1-3 befürworten? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte den Antrag annehmen? – Wer ist gegen die Annahme? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.** Rudolf Virchow kommt zu Ehren.

Jetzt haben wir noch den Antrag I-5 von Herrn Dr. Munte. Er sieht aber nicht vor, dass das „Ulmer Papier“ geändert wird. Nachdem Herr Munte den Satz

> *Von einer endgültigen Verabschiedung des Ulmer Papiers auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm wird Abstand genommen*

gestrichen hat, hat der Antrag keinen Bezug mehr zum „Ulmer Papier“.

Deswegen können wir jetzt darüber abstimmen, ob wir das so gestaltete „Ulmer Papier“, also die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft, die diesem 111. Deutschen Ärztetag vorgelegt worden sind und durch Ihre Abstimmungen feinjustiert worden sind, annehmen. Wer dem zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen.

(Zuruf)

– Noch einmal: Wer möchte dem Antrag des Vorstands zum „Ulmer Papier“ mit den Änderungen, die Sie eben beschlossen haben, zustimmen? Das ist doch eine klare Frage. – Wer ist gegen die Annahme des „Ulmer Papiers“ in der jetzigen Fassung? – Wer enthält sich? – Dann ist das „Ulmer Papier“ mit den beschlossenen Änderungen mit riesiger Mehrheit **angenommen.**

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Es bleibt aber dabei: Es handelt sich um ein Papier, das fortgeschrieben wird, aber jetzt erst einmal den Status darstellt, den wir in der politischen Auseinandersetzung in der nächsten Zeit verwenden und der Öffentlichkeit auch mitteilen können.

Herr Dr. Munte hat den **Antrag I-5** gestellt:

> *Der Deutsche Ärztetag nimmt die Aufforderung der Vertreterversammlung der KBV vom 19.05.2008 an, auf Basis des Ulmer Papiers in einen strukturierten Diskussionsprozess mit der Ärzteschaft und deren Organisationen einzutreten.*

Die Begründung lautet:

> *Die Vertreterversammlung der KBV hat am 19.05.2008 folgenden Beschluss gefasst …*

Dann folgen drei Punkte.

(Zuruf)

– Ist erledigt? An sich ist der Antrag insofern erledigt, als wir das sowieso tun. Das „Ulmer Papier“ ist ja beschlossen. Vielleicht wäre es schön, wenn Herr Munte meinte, es wäre nützlich, den Antrag nicht mehr abstimmen zu lassen. Das wäre mir am liebsten. Dann gibt es später keinen Ärger, dass wir einen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung aus Bayern so behandelt haben.

(Heiterkeit)

Ist Herr Munte zugegen? – Bitte, Sie haben das Wort.

Dr. Munte, Bayern: Der Ablauf war so nicht ganz korrekt. Vom Prinzip her haben Sie ja zugesagt, dass das einstimmige Petitum der Vertreterversammlung der KBV aufgenommen wird und dass die Diskussion bezüglich der Weiterentwicklung des „Ulmer Papiers“ damit nicht abgeschlossen ist, sondern weitergeht. Die KBV als Körperschaft muss hier mit einbezogen werden. Sie wissen ja selbst: Sie brauchen das für den Freiheitskampf der Ärzteschaft.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: So sollen wir Ihren Antrag verstehen? Oder ziehen Sie ihn zurück und machen darauf aufmerksam?

Dr. Munte, Bayern: Ich glaube, dass der Inhalt des Antrags hier Zustimmung finden würde. Ich verzichte auf eine Abstimmung, nachdem Sie das „Ulmer Papier“ schon abgestimmt haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank. Wir versprechen Ihnen, dass das passiert, was da drinsteht. Okay? – Danke sehr.

Jetzt haben wir noch Anträge allgemeiner Art zu behandeln. Das sind die Anträge I-2, I-4, I-1-31 und I-3.

Wir beginnen mit dem **Antrag I-2** von Herrn Emminger, der das weitere Verfahren meint, sich aber nicht auf eine konkrete inhaltliche Änderung dieses Papiers kapriziert, sondern eine Handreichung darstellt für die weitere Fortentwicklung dieses „Ulmer Papiers“, die wir uns ja vorgenommen haben. Wer möchte dem Antrag I-2 von Herrn Emminger zustimmen? – Wer ist dagegen?

(Zurufe)

– Wissen Sie nicht mehr so richtig, was das ist? Danach begrüßen die Delegierten des Deutschen Ärztetages in Ulm die Aktivitäten des Präsidiums und des Vorstands der Bundesärztekammer. Es wird festgestellt, dass die vorgelegte Version nützlich ist.

> *Der Vorstand der BÄK wird aufgefordert, diese Diskussion jetzt über die Landesärztekammern zu initiieren. Bei der Erörterung und der sich anschließenden redaktionellen Arbeit sind folgende Grundsätze zu beachten …*

Es heißt dort, dass die Aussagen einen breiten Konsens erfordern und dass klar erkennbar sein muss, wer mit diesem Programm – es ist ja kein Programm, sondern es sind Leitsätze – angesprochen werden soll. Auf der Grundlage der vorgelegten Versionen müssen Themen zu Gruppen zusammengefasst und priorisiert werden.

Der Antrag enthält also solche Umgangstipps, die wir uns zu Herzen nehmen sollen, wenn es in den nächsten Jahren weitergeht. Ich glaube, so habe ich es richtig erläutert.

Wer möchte dem Antrag I-2 zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.** Dann nehmen wir uns den Antrag zu Herzen.

Wir kommen zum nächsten Antrag, dem **Antrag I-4** von Herrn Henke, Herrn Botzlar, Herrn Ungemach, Herrn Emminger und Herrn Scholz:

> *Der Deutsche Ärztetag sieht in den vom Vorstand der Bundesärztekammer im Auftrag des 110. Deutschen Ärztetages entwickelten „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft (Ulmer Papier)“ die Grundlage und den Beginn der innerärztlichen Diskussion.*
>
> *Er spricht sich dafür aus, von diesem Ausgangspunkt aus die gesundheitspolitischen Positionen der Ärzteschaft kontinuierlich weiterzuentwickeln.*
>
> *Das Ulmer Papier ist kein Ersatz für das Blaue Papier und dessen Aufgabe einer umfassenden programmatischen Standortbestimmung der Ärzteschaft …*

Dann sprechen wir uns für etwas aus. Das können wir machen.

Dazu bitte Herr Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Wenn man den Antrag beschließt, muss man ihn jetzt natürlich etwas ändern, denn der vorgelegte Text gibt den Stand vom vorigen Sonntag wieder. Da wir jetzt das „Ulmer Papier“ beschlossen haben, müsste der erste Satz lauten:

> *Der Deutsche Ärztetag sieht in den von ihm verabschiedeten „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft (Ulmer Papier)“ die Grundlage der innerärztlichen Diskussion.*

Der Beginn der Diskussion war dieser Ärztetag. Das „Ulmer Papier“ ist ja nicht mehr nur eine Vorlage des Vorstands, sondern ein Beschluss des Ärztetages. Ich glaube, insofern müsste der Text an dieser Stelle diese Variation erfahren.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das wird so angepasst. Ich frage jetzt: Wer möchte dem Antrag I-4 in der der Situation angepassten Form zustimmen? –

Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen damit zu dem **Antrag I-1-31** von Herrn Dehnst:

> *Für die gesundheitspolitische Argumentation müssen die zentralen Themen des Ulmer Papiers in einem nächsten Schritt konkretisiert und operationalisiert werden. Der 111. Deutsche Ärztetag markiert deshalb den Anfang und nicht den Abschluss der Positionsbestimmung. Der „Volltext" der Beratungsgrundlage hat noch nicht den erforderlichen Konkretisierungsgrad …*

Darin stecken enorme Arbeitsaufträge:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt geeignete Experten zur Erarbeitung von Positionspapieren. Die Positionspapiere sollen in Gestalt von Szenarien entwickelt werden. Der Gliederungsaufbau der Szenarien soll sein: 1. Zieldefinition, 2. Bestimmung des Adressaten, 3. wissenschaftliche Analyse, 4. empirische Fundierung, 5. politische Bewertung, 6. Darstellung von Optionen.*
>
> *Wenn auch die Erarbeitung durch Externe erfolgt, so ist es doch unverzichtbar, haupt- und ehrenamtlichen Ärztekammer-Sachverstand systematisch einzubinden.*
>
> *Für die politische Bewertung ist ausreichend Zeit für die erforderliche Gremienberatung in den Landesärztekammern vorzusehen.*
>
> *Die Positionspapiere werden dem 112. Deutschen Ärztetag zur Beschlussfassung vorgelegt.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Ich habe jetzt nicht gefragt, ob jemand gegen diesen Antrag sprechen will. Aber formal tun wir einmal so, als hätte ich das getan. – Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-3** von Herrn Dr. Liebscher und Frau Taube:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung sowie die jeweiligen Landesregierungen, insbesondere*

das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Gesundheitsministerien der Länder auf, zu den Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft – Ulmer Papier – zeitnah Stellung zu nehmen und sich im Hinblick auf hieraus resultierende Konsequenzen für die Gesundheitspolitik zu positionieren.

Wer möchte dem Antrag I-3 zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir bitten sie alle um Stellungnahme; sie kriegen es ohnehin.

Herr Schirmer meint, der Antrag I-2 sei eigentlich überholt. Aber wir haben eben darüber beschlossen und werden jetzt auch damit richtig umgehen. Das schaffen wir schon.

Sind alle zufrieden? – Gut. Es gibt auch keine weiteren Anträge mehr. Damit kann ich den Tagesordnungspunkt I abschließen. Herzlichen Dank, auch für diese konstruktive Arbeit.

(Beifall)

Das war ja eine etwas besondere Abstimmung. Aber sie war trotzdem sehr gut zu handeln; das muss ich wirklich sagen. Herzlichen Dank, dass Sie so kräftig mitgewirkt und geholfen haben.

Dann kommen wir zu **Tagesordnungspunkt V:**

Sachstandsbericht zur (Muster-)Weiterbildungsordnung

Referent ist Herr Dr. Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer. Ich bitte ihn ans Rednerpult. Wir hören alle gespannt zu.

Dr. Koch, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Jörg Hoppe! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen in diesem Jahr, wie vom Deutschen Ärztetag vor einigen Jahren beschlossen, einen kurzen Sachstandsbericht geben. Ich möchte Ihnen dann etwas über die Anpassung der Weiterbildungsordnung in den Jahren 2009/2010 berichten. Sodann möchte ich Ihnen einen kurzen Ausblick auf die Evaluation der Weiterbildung, die wir ja beschlossen haben, geben. Ganz zum Schluss möchte ich noch einige allgemeine Bemerkungen zur Weiterbildungsordnung aus meiner Sicht machen.

Ich komme zunächst zu meinem Sachstandsbericht. Dieser Bericht fällt heute relativ kurz aus. Es geht um eine Darstellung, wie sich die (Muster-)Weiterbildungsordnung in den einzelnen Landesärztekammern weiterentwickelt hat. Es geht um die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages insbesondere zur Gestaltung des Gebiets Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Ich zeige Ihnen eine Tabelle, wie der derzeitige Stand in den 17 Landesärztekammern ist. Sie sehen, dass der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bisher in nahezu allen Landesärztekammern eingeführt ist. Bei drei Landesärztekammern steht noch „Facharzt für Allgemeinmedizin“. Dort ist aber signalisiert, dass dies im Heilberufekammergesetz geändert werden kann, wenn die Länder es alle wollen und beschlossen haben.

Die Länder, die Sie auf der linken Seite sehen, haben den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin eingeführt, der bekannterweise bis zur Notifizierung in Brüssel nur als Facharzt für Allgemeinmedizin geführt werden kann.

Eine Kammer hat im vergangenen Herbst nunmehr eine kleine Abweichung vorgenommen. Dies ist inzwischen von der entsprechenden Aufsichtsbehörde genehmigt worden, sodass wir momentan einen Stillstand in der Notifizierungsdiskussion haben, weil es aktuell keine Möglichkeit gibt, den Titel „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ bei der Kommission in Brüssel zu notifizieren. Das bereitet natürlich den Kammern, die Sie auf der linken Seite aufgeführt sehen, gewisse Schwierigkeiten, weil drängende Fragen derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die diese Urkunde bekommen haben, im Raum stehen, ab wann sie denn nun endlich den neuen Titel führen können. Da muss ich Ihnen hier und heute sagen: Dies ist momentan noch vollkommen unbekannt.

Ich möchte Ihnen ferner einen Sachstandsbericht zur Umsetzung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages im vorigen Jahr zum Facharzt für Innere Medizin geben. Das ist die neueingeführte Säule 12.2 der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Die Nummerierung kann in der Weiterbildungsordnung Ihrer Ärztekammer eine andere sein.

Auch hierzu zeige ich Ihnen eine Tabelle. Sie weist aus, dass bis auf die Ärztekammer, die ganz oben aufgeführt ist, alle Kammern den Facharzt für Innere Medizin eingeführt haben oder in den nächsten Wochen einführen werden. Eine Landesärztekammer hat bisher dies noch nicht beschlossen bzw. im letzten Herbst diesen Beschluss nicht herbeigeführt. Wir haben hier aber eine relativ große Übereinstimmung von 16 Landesärztekammern, die diesen Facharzt für Innere Medizin als Säule 12.2 in die Weiterbildungsordnung eingeführt haben.

So viel als Sachstandsbericht zur aktuellen Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Der zweite Punkt, über den ich Ihnen kurz berichten möchte, ist die Anpassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im nächsten und übernächsten Jahr. Ich spreche ganz bewusst nicht von einer Novellierung; denn es

soll keine Novellierung sein, sondern eine Anpassung und Überarbeitung der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung in den Punkten, die sich in den Kammern als nicht praktikabel oder verbesserungswürdig herausgestellt haben.

Wir haben deshalb Ende letzten Jahres alle Kammern mit der Bitte angeschrieben, uns diese Punkte mitzuteilen. Das ist inzwischen erfolgt. Wir haben Anfang des Jahres auch die Berufsverbände und die Fachgesellschaften mit derselben Bitte angeschrieben, ob aus ihrer Sicht etwas angepasst werden müsste. Der Rücksendetermin ist hier Ende Mai.

Wir werden anschließend das Ganze nach dem sogenannten zweistufigen Normsetzungsverfahren bearbeiten, das die Landesärztekammern beschlossen haben. Das bedeutet, dass sich zunächst die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer damit befassen, dann der Vorstand der Bundesärztekammer, dann die Gremien auf Landesebene, und zwar sowohl die Weiterbildungsgremien als auch der Vorstand der Landesärztekammer. Dann wird es wieder zurückgespielt und auf Bundesebene nochmals diskutiert. Wenn noch Unklarheiten bestehen, beginnt derselbe Kreislauf noch einmal.

Wenn alles klar ist, kann es auf dem Deutschen Ärztetag in einer mit allen abgestimmten Fassung eingebracht werden, sodass dann gewährleistet sein müsste, dass Beschlüsse des Deutschen Ärztetages, nachdem alle bereits vorher darüber diskutiert und ihre Wünsche mit eingebracht haben, in den Landesärztekammern entsprechend gleichlautend umgesetzt werden können.

Das heißt, wir werden jetzt alle Anträge, die heute eventuell noch kommen, und auch das, was uns von den Landesärztekammern und den Fachgesellschaften mitgeteilt worden ist, in dieses zweistufige Normsetzungsverfahren einbringen. Das würde auch bedeuten, dass Anträge, die heute eventuell noch gestellt werden, an den Vorstand überwiesen werden müssen, damit sie in das Geschehen eingebracht werden können.

Wir werden voraussichtlich auf dem nächsten Deutschen Ärztetag und auch auf dem übernächsten Deutschen Ärztetag entsprechende Anträge vonseiten des Vorstands der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern präsentieren können, um weitere Verbesserungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung erzielen zu können.

Der nächste Punkt betrifft die Evaluation der Weiterbildungsordnung. Meine Damen und Herren, Sie wissen, dass wir seit längerer Zeit diskutieren, dass wir eine Evaluation der Weiterbildungsordnung benötigen. Sie wissen auch, dass unsere Kolleginnen und Kollegen in der Schweiz seit mehreren Jahren eine solche Befragung zur Evaluation durchführen. Die Ärztekammern Hamburg und Bremen haben im letzten Jahr nach dem Schweizer Muster ebenfalls eine solche Evaluation durchgeführt. Aufgrund dieser Ergebnisse haben im letzten Jahr inzwischen 15 Kammern beschlossen, dass in diesem Jahr eine solche Evalua-

tion bundesweit durchgeführt werden soll. Zwei Kammern stehen hier noch aus. Ich denke, dass sie sich ebenfalls noch dazu entschließen werden.

Wir haben in einer Steuerungsgruppe entsprechende Vorgespräche und Diskussionen geführt. Wir kennen jetzt ungefähr den Kostenrahmen des Ganzen. Wir wissen, dass wir, wenn wir noch vor der Sommerpause die Beauftragung der EZH in Zürich, die das Ganze durchführt, starten, sogar noch in diesem Jahr mit der Befragung beginnen können. Zuerst werden die Weiterbildungsbefugten befragt, dann die Weiterzubildenden.

Wir werden im nächsten Frühjahr – wenn es gut geht: bis zum nächsten Deutschen Ärztetag – eine Auswertung dieser bundesweiten Evaluation der Weiterbildung vorliegen haben.

Die Landesärztekammern wurden Anfang dieses Jahres von der Hauptgeschäftsführung der Bundesärztekammer angeschrieben und gebeten, zu diesem Zweck Beauftragte zu benennen. Das haben alle Landesärztekammern getan. Wir werden voraussichtlich noch im Juli zu einer Besprechung dieser Kolleginnen und Kollegen einladen und dann mit den Landesärztekammern zusammen und der Steuerungsgruppe die Evaluation auf den Weg bringen, sodass wir in absehbarer Zeit sinnvolle Ergebnisse von der Befragung der Befugten und der Assistenten erwarten können.

Meine Damen und Herren, zum Schluss möchte ich noch einige allgemeine Bemerkungen aus der Sicht des Vorsitzenden der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer machen. Ich habe Ihnen vor einem Jahr einen Satz zitiert, den ich offensichtlich nicht richtig interpretiert habe, denn er hatte nicht die Durchsetzungskraft, die ich mir von ihm erwartet habe. Gestatten Sie mir deshalb, dass ich heute etwas deutlicher ausführe, was ich mit dem zitierten Satz meinte.

Viele von Ihnen, meine Damen und Herren, werden sich vielleicht noch daran erinnern, dass ich zur Novellierung der Weiterbildungsordnung in den Jahren 2001, 2002, 2003 und 2004 meine Referate immer mit einem Bild aus fernen Landen begonnen habe. Ich möchte Ihnen auch heute ein solches Bild zeigen. Es ist eine Aufnahme von Machu Picchu, einer alten Stadt der Inkas auf 4 000 Meter Höhe, von der man nur weiß, wann mit ihrem Bau begonnen wurde und dass sie höchstwahrscheinlich von den Inkas gebaut wurde. Sonst weiß man nichts. Man weiß nicht, ob es eine normale Stadt war, ob es eine Befestigung war, ob es irgendetwas Geistliches war. Man weiß nicht, warum sie nicht fertig gebaut wurde, man weiß nicht, warum sie verlassen wurde, man weiß nicht, warum die Spanier sie nicht gefunden haben.

Fast habe ich einen solchen Eindruck auch von vielen Kolleginnen und Kollegen in diesem unserem Lande, dass sie zwar etwas von Weiterbildung wissen, aber nicht mehr so ganz genau, was denn Sinn und Zweck der Weiterbildung

ist. Deswegen habe ich in alten Referaten gekramt und gefunden, was ich auf dem 106. Deutschen Ärztetag im Jahre 2003 über Sinn und Zweck der Weiterbildungsordnung gesagt habe und worauf wir uns hier in diesem Hohen Hause bezüglich der Weiterbildungsordnung verständigt haben.

Wir haben damals festgelegt: Es ist eine einheitliche Bildungsordnung. Sie soll eine transparente Struktur haben. Sie soll klar definierte Begriffe haben. Sie dient der Qualitätssicherung in der Weiterbildung. Sie muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich und übergreifend flexibel sein.

Was bedeutet das, wenn wir das einmal zusammenfassen, bezüglich der Aufgaben, die eine Weiterbildungsordnung zu erfüllen hat? Das kann man ganz einfach in eine primäre und eine sekundäre Aufgabe unterteilen.

Die primäre Aufgabe der Weiterbildungsordnung ist der Qualifikationserwerb für junge Kolleginnen und Kollegen, damit sie ihre Patientinnen und Patienten optimal versorgen können. Das ist der eigentliche Sinn der Weiterbildungsordnung, also eine Bildungsordnung.

Sekundär gibt es selbstverständlich noch Gründe, die berücksichtigt werden müssen, nämlich Berufsrecht, Sozialrecht usw.

Daraus folgert aber auch, liebe Kolleginnen und Kollegen, was die Weiterbildungsordnung nicht sein kann und nicht sein soll. Keine Aufgabe soll der föderale Wettbewerb sein. Die Weiterbildungsordnung kann nicht dazu dienen, einen Wettbewerb der verschiedenen Kammern untereinander auszulösen. Sie wissen ja: Wir haben gewisse Probleme mit dem Föderalismus in Deutschland, was Gemeinsamkeiten angeht. Die Weiterbildungsordnung kann kein Schauplatz sein, um diesen Wettbewerb durchzuführen.

Die Weiterbildungsordnung kann keine Spielwiese für Einzelinteressen sein.

(Beifall)

Sie muss immer das Ziel im Auge haben, die Qualifikation der jungen Kolleginnen und Kollegen herzustellen, nicht aber Einzelinteressen zu befriedigen.

Sie kann auch nicht die Lösung von Strukturproblemen darstellen, sei es an Universitäten, sei es an großen Krankenhäusern, seien es Strukturprobleme von Gesellschaften oder Verbänden. Hierzu ist die Weiterbildungsordnung nicht geeignet.

Die Weiterbildungsordnung darf auch kein Austragungsort von Machtspielen sein. Es darf nicht die eine Gruppierung etwas durchsetzen wollen, um die andere zu ärgern. Das kann nicht Sinn und Zweck der Diskussion über die Weiterbildungsordnung sein.

Letztendlich ist die Weiterbildungsordnung auch nicht geeignet, um Lebensträume zu erfüllen. Auch mein Lebenstraum, dass Schilddrüsenerkrankungen nur noch von Endokrinologen behandelt werden, wird sich sicher nie erfüllen lassen. Ich werde das deshalb auch nie in die Diskussion einbringen.

Wenn wir in der Zukunft diese Punkte nicht berücksichtigen, werden wir zu einer vermehrten Frustration unserer jungen Kolleginnen und Kollegen kommen,

(Beifall)

die immer weniger die Arbeit am Patienten suchen, sondern alternative Tätigkeitsmöglichkeiten suchen werden oder ins Ausland gehen.

Meine Damen und Herren, ich wünsche mir sehr von Ihnen allen für die Verbesserung der Weiterbildungsordnung in den Jahren 2009 und 2010, dass wir wieder zurückkommen zu einer bundeseinheitlichen Bildungsordnung, die wir im Sinne unserer jungen Kolleginnen und Kollegen entsprechend gestalten können.

Ich darf mich herzlich dafür bedanken, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Hellmut Koch, für diese Darstellung der Istsituation und der Aussichten, die wir uns machen sollen. Es liegen zwei Anträge für diesen Tagesordnungspunkt vor, und zwar von Herrn Professor Köhler aus Sachsen und von Herrn Bodendieck, ebenfalls aus Sachsen. Es gibt auch einige Wortmeldungen. Die erste Wortmeldung kommt von Frau Professor Braun aus Berlin.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zur Disziplin der Landesärztekammern sprechen, wie sie uns Herr Koch dargestellt hat. Ich meine, hier werden Ei und Henne verwechselt. Seit Münster haben wir in puncto Weiterbildung eine neue Zeitrechnung. Die Neueinführung des Facharztes für Allgemeine und Innere Medizin führt unweigerlich dazu, dass Allgemeinärzte aufgerufen sind, die Inhalte ihres Faches selbst zu bestimmen, nämlich Inhalte festzulegen, die sich an den Betreuungsanlässen unserer Patienten orientieren.

Es beruhigt mich in diesem Zusammenhang sehr, Herr Professor Hoppe, dass auch Sie in der „Ärzte Zeitung“ ausführen, dass die Eisenacher Lösung des Facharztes für Allgemeinmedizin die beste war. Inzwischen, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist es fünf nach zwölf. Die realisierten Facharztprüfungen in der

Allgemeinmedizin sind in Größenordnungen zurückgegangen. Ein Drittel der zurzeit arbeitenden Hausärzte sind älter als 60 Jahre. Dörfer sind heute schon unversorgt, und auch in den Städten wird es zunehmend schwieriger, für Hausarztpraxen Nachfolger zu finden.

Ich möchte Sie alle auffordern, liebe Kolleginnen und Kollegen, mitzuhelfen, die Allgemeinmedizin wieder attraktiv zu machen. Nur der breit qualifizierte Hausarzt kann gut mit den ambulanten und stationären Fachärzten zusammenarbeiten und ist auch in der Lage, ökonomisch verantwortlich zu sein.

Eine wichtige strukturelle Voraussetzung hat das Ergebnis der Arbeitsgruppe um Frau Dr. Goesmann beigetragen, die im Auftrag des vorjährigen Ärztetages Empfehlungen zur Verbundweiterbildung und ihrer Finanzierung gegeben hat. In verschiedenen Ländern sind bereits positive Beispiele zu beobachten, die beispielsweise ihre Gesundheitsministerien auffordern, allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenten zu finanzieren.

Zudem haben sich die Zeiten auch dahin gehend geändert, dass Weiterbildungsstellen kein Flaschenhals mehr sind, vielmehr chirurgische Chefs uns fragen, wo die Assistenten unseres Faches bleiben.

Ich möchte Sie also anregen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn wir es in der Folge schaffen, dass allgemeinmedizinische Assistenzärzte ebenso bezahlt werden wie stationär tätige, nicht heute, aber demnächst eine einheitliche Festlegung der Inhalte allgemeinmedizinischer Weiterbildung auf den Weg zu bringen.

Sie haben völlig recht, Herr Dr. Koch: Damit erfülle ich dann auch einen Lebenstraum; ich habe mich ohne Weiteres angesprochen gefühlt. Es ist nicht für mich allein ein Lebenstraum. Ich bin inzwischen über 35 Jahre Allgemeinärztin. Ein Lebenstraum sollte es sein, in ganz Deutschland unsere Patienten so gut zu behandeln, wie es nur ein breit qualifizierter Facharzt kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Professor Braun. Was den Eisenacher Beschluss von 1997 angeht, so halte ich ihn tatsächlich für den besten, den der Deutsche Ärztetag in dieser Frage jemals gefasst hat. Leider ist er nicht vollzogen worden, weil diejenigen, die ihn hätten vollziehen müssen, sich schließlich doch geweigert haben, das zu tun, sodass wir neue Ideen entwickeln mussten. Vielleicht kann man ja einmal nachschauen, was damals war – und dann schau'n mer mal.

Der nächste Redner ist Herr Professor Köhler aus Sachsen.

Prof. Dr. Köhler, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir möchten einen Entschließungsantrag einbringen, der im Grunde genommen voll und ganz an die letzten Worte von Herrn Koch über Sinn und Zweck der Weiterbildungsordnung anschließt. Es geht um die einheitliche Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch alle Landesärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland. Auch wenn wir den Föderalismus lieben, müssen wir zusehen, dass wir ihn gerade in der Bildung und in der Weiterbildung nicht übertreiben und überstrapazieren. Weiterbildung und Weiterbildungsordnung dürfen einfach nicht zum Spielball regionaler Fachgesellschaften werden und, wie Herr Koch es dargestellt hat, nicht zum Instrument zur Durchsetzung von Einzelinteressen benutzt werden.

Wenn wir das tun – die lange anhaltende und manchmal ermüdende Diskussion der letzten Jahre um den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin hat das gezeigt –, werden wir die Mobilität und die Flexibilität unserer Weiterbildungsassistenten nachhaltig einschränken, und zwar nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern auch weit darüber hinaus.

Letztendlich muss man auch die Frage stellen: Leidet nicht schließlich auch die Qualität der Weiterbildung darunter? Ich meine, ein entsprechendes Votum seitens des 111. Deutschen Ärztetages wäre ganz wichtig, um hier ein ganzes Stück weiterzukommen. Das liegt auch im Interesse der nachrückenden Generationen. Deshalb bitte ich darum.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Bodendieck, ebenfalls aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben heute in der Abstimmung über das „Ulmer Papier“ bereits mehrfach betont, dass die Weiterbildung finanzierbar sein muss. Erst dann kann sie qualitätsgerecht durchgeführt werden.

Nun erleben wir, dass die Krankenhäuser klagen, dass sie bereits im normalen Betrieb kaum noch aufrechterhalten werden können, dass die niedergelassenen Arztpraxen es nicht mehr schaffen, ausreichend Weiterbildungsassistenten unter Budgetbedingungen anzustellen.

Wir haben desgleichen ein Handlungskonzept zur Umsetzung der Weiterbildung und Förderung der Weiterbildung für die Innere und Allgemeinmedizin oder die Allgemeinmedizin auf dem Tisch liegen. Ich bin selbst Allgemeinmediziner und stehe für die Allgemeinmedizin. An der allgemeinen Diskussion möchte ich mich aber jetzt nicht beteiligen.

Ich bin der Meinung, wir werden nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern bei einer weitergehenden Entwicklung bald auch keine ausreichende Zahl von Fachärzten mehr haben können, weil sich niemand mehr die Weiterbildung eines Facharztes leisten kann.

Hinzu kommt noch – auch das haben wir heute bereits mehrfach besprochen –, dass zunehmend Krankheitsbilder in den Kliniken gar nicht mehr auftreten. Die Weiterbildung muss also zwingend in der Ambulanz erfolgen. Wie aber soll das gehen? Ich glaube nicht, dass das, was uns versprochen worden ist – auch am gestrigen Vormittag von Frau Schmidt –, eintreten wird, dass wir dafür ausreichend Honorar zur Verfügung haben werden. Es wird ja weiterhin eine Obergrenze geben. Aber darüber spricht im Moment niemand so intensiv.

Mit diesem Antrag – ich bitte Sie um intensive Zustimmung – wird der Vorstand der Ärztekammer aufgefordert, bis zum nächsten Deutschen Ärztetag ein Konzept vorzulegen, das die Weiterbildung in finanzieller Hinsicht sichern kann.

Ich komme noch einmal zurück auf das Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung in der hausärztlichen Medizin. Dort werden beispielsweise auch Clearingstellen bei den Landesärztekammern gefordert. Ob wir sie unbedingt brauchen, müssen wir uns überlegen. Ich bin der festen Überzeugung, dass alle, die an den weitergebildeten Ärzten partizipieren – das sind nicht nur Krankenhäuser und die Niederlassungen, das sind auch Rentenversicherungsträger, Versicherungen, Betriebe, Unternehmen, der Medizinische Dienst –, sich an der Weiterbildung beteiligen müssen, zumindest an der Finanzierung der Weiterbildung.

Ich bitte den Vorstand der Bundesärztekammer, sich ein intelligentes Konzept, gegebenenfalls mit Expertenhilfe, einfallen zu lassen. Ich bitte Sie um Zustimmung zu diesem Beschlussantrag.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bodendieck. – Der nächste Redner ist Herr König aus Hessen.

Dr. König, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu einem Antrag, den ich unter den aufgerufenen Anträgen nicht sehe. Er soll, wie ich gerade gehört habe, in der nächsten Gruppe untergebracht sein. Aber er passt eigentlich hierher. Es geht um die Weiterbildungsordnung, es geht um die Frage, wo heute noch Weiterbildung stattfinden kann. Die Kliniken können es teilweise überhaupt nicht mehr bringen, denn die Spezialisten haben die Kliniken teilweise verlassen und sitzen draußen in der Praxis.

Wie soll es weitergehen, wenn sie die Bescheinigung über die Weiterbildung brauchen, aber niemand mehr in der Klinik ist? Ich habe in meinem Antrag als Beispiel die Reproduktionsmedizin angeführt. Wir haben zwei Jahre Weiterbildung in der Praxis, ein Jahr in der Klinik. Es gibt in Deutschland kaum noch Kliniken, die das durchführen.

Man kann die Frage stellen: Woher kommen die Bescheinigungen, die abgegeben werden? Man sollte verhindern, dass solche Bescheinigungen ausgestellt werden. Ich möchte, dass die Weiterbildung in der Klinik und die Weiterbildung in der Praxis gleichberechtigt sind und gegenseitig anerkannt werden. Es sollten nicht so starre Weiterbildungszeiten gelten, wie wir sie einmal festgelegt haben.

Auf Nachfrage bei der Bundesärztekammer hieß es: Da es schon festgelegt ist, gibt es kaum Möglichkeiten, das zu ändern. Ich möchte für die Zukunft darauf hinweisen, dass sonst keine Weiterbildung mehr in diesen Gebieten oder Teilgebieten möglich ist.

Nun hatten wir von europäischer Seite her den Antrag gestellt, dass die Weiterbildung in der Praxis und in der Klinik nicht kostenlos erfolgen kann, denn die Weiterbildungsstätten – nehmen Sie die Praxis – sollen ja nicht dazu missbraucht werden, dass es billige Angestellte gibt, sondern wir wollen die Kolleginnen und Kollegen weiterbilden. Dafür brauchen wir Zeit und die finanzielle Ausstattung, wie sie damals für die Allgemeinmedizin bereitgestellt wurde. Die Fachmedizin wurde damals nicht berücksichtigt. Ein entsprechender Antrag wurde an das Ministerium gestellt. Das Ministerium antwortete, dafür sei man nicht zuständig. Man hat auf die Ärztekammern verwiesen.

Nun sind wir hier bei der Bundesärztekammer. Ich gebe diesen Antrag weiter und möchte darum bitten, dass in Zukunft Sorge dafür getragen wird, dass Klinik und Praxis hinsichtlich der finanziellen Ausstattung für die Weiterbildung gleichberechtigt sind. Klinik und Praxis müssen sich entsprechend absprechen. Das geht auch nicht mit starren Figuren, sondern hängt davon ab, welche Abteilungen die Kliniken haben, welche Möglichkeiten es gibt, die Niedergelassenen

mit entsprechender Qualifikation hierbei einzubinden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr König. – Die nächste Rednerin ist Frau Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte einen mehr organisatorischen Hinweis geben. Es ist mehrmals das Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin angesprochen worden. Wir haben es Ihnen nicht unterschlagen. Ich weiß nicht, ob es schon umgedruckt ist, aber das Handlungskonzept selbst und ein Antrag dazu sollen unter dem Tagesordnungspunkt VI – Tätigkeitsbericht – abgehandelt werden. Wir hätten es auch hier einfügen können, aber wir haben es für Freitag geplant. Dann möchten wir Sie mit dem Handlungskonzept vertraut machen. Das kann dann natürlich auch ein Fundament für Handlungskonzepte für andere Fachgebiete sein.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Goesmann. – Jetzt kommt Herr Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Sehr geehrter Herr Koch! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Koch, Sie sagten, das, was Sie im letzten Jahr gesagt hätten, sei nicht richtig verstanden worden. Ich fürchte, auch das, was Sie uns heute in Ihrer dezenten Art auch durch Projektion mitgeteilt haben, ist nicht komplett verstanden worden. Die ganze Tragweite dessen, was Sie gemeint haben, ist nicht richtig verstanden worden.

Ich komme als Erstes auf den Antrag von Professor Köhler zu sprechen, der lautet:

> *Die (Muster-)Weiterbildungsordnung muss in ihrer jeweiligen Fassung durch die einzelnen Landesärztekammern bundesweit und bei Beachtung europarechtlicher Vorgaben sowie des von der Bundesärztekammer entwickelten zweistufigen Normsetzungsverfahrens einheitlich umgesetzt werden.*

Genau das, sehr geehrter Herr Professor Köhler, ist unser Problem. Wir können hier beschließen, was wir wollen. Wir können sagen: Es muss umgesetzt wer-

den. Jede einzelne Landesärztekammer hat das Recht, klüger zu sein als dieser Ärztetag und etwas anderes zu machen.

Ich habe in meinem Redebeitrag zum „Ulmer Papier“ schon darauf hingewiesen: Die hausärztliche Versorgung ist ein Problem, das vielschichtig ist. Ein Moment dieser Probleme ist mit Sicherheit, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich überlegen, welchen Facharzt sie anstreben, die Sicherheit haben müssen, dass für sie eine Weiterbildungsordnung auch dann gilt, wenn sie beispielsweise das Bundesland wechseln wollen.

(Beifall)

Es kann nicht angehen – so ist mein Verständnis auch einer föderalen Struktur –, dass ein junger Kollege oder eine junge Kollegin beispielsweise in Brandenburg eine Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin beginnt, dann aber irgendein Umstand dazu zwingt, nach Berlin zu ziehen. Dort sagt die zuständige Landesärztekammer: April, April, diesen Facharzt gibt es hier nicht.

Ich denke, das ist ein Teil der Probleme, die dazu geführt haben, dass der Allgemeinmediziner nicht die entsprechende Attraktivität hat, die er verdient.

Wir sollten nicht so tun, als seien wir die Klügeren. Vor allem aber sollten wir nicht so tun, als seien wir diejenigen, die eine gute Qualität der Patientenversorgung erreichen wollen, während alle anderen dieses außer Acht lassen. Welchen Weg auch immer wir gehen: Wenn wir ihn hier beschließen, sollten wir darauf vertrauen, dass die anderen Landesärztekammern ebenso wie wir eine Qualität in der Weiterbildung anstreben, die für die Ärzte gilt, vor allem aber auch im Interesse der Patienten sein muss. Dieser Appell ist schwierig durchzusetzen. Ich möchte ihn von dieser Stelle aus auch an meine Kolleginnen und Kollegen in Berlin richten. Ich glaube nicht, dass es ein guter Weg ist, wenn wir jetzt auch die Notifizierung bei der EU auf den Sankt-Nimmerleins-Tag zurückführen müssen. Wir sollten versuchen, in diesem wichtigen Punkt eine bundeseinheitliche Weiterbildung durchzusetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Conrad, Hessen: Meine Damen und Herren! Eigentlich habe ich gedacht, für mich sei der Tag bereits vorbei. Aber das hat mich jetzt vom Stuhl gerissen. Da kommt ein Antrag, mit dem etwas gefördert werden soll. Förderung hat etwas damit zu tun, dass es einen Mangel gibt, den man erkennt, den man beseitigen und abstellen will. Das Förderprogramm für die Allgemeinmedizin ist zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und den Kassen vereinbart. Bisher haben die Landesärztekammern damit überhaupt nichts zu tun.

Wir haben die Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am Samstag gesehen. Als Hausärzte waren 1996 in Deutschland 59 800 Kolleginnen und Kollegen niedergelassen. 2007 waren es nur noch 58 300. Die Zahlen gehen also zurück. Das sind ganz klare Zahlen. Niedergelassene Fachärzte gab es 1996 49 200, 2007 waren es 60 500. Die sollen jetzt gefördert werden – aber die Zahlen steigen!

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Conrad. – Jetzt bitte Herr Lindhorst aus Hessen.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Sehr verehrtes Gremium! Dass dieser Antrag von einem Allgemeinmediziner kam, ist bemerkenswert, weil auch er erkannt hat, dass es nicht allein ein allgemeinmedizinisches Problem ist, wer in dieser Republik bezüglich der Weiterbildung gefördert werden muss oder wo man in der Weiterbildung vielleicht ansetzen muss. Die Weiterbildung ist historisch gesehen – leider – auch von der Bundesärztekammer und vom Marburger Bund als Nebenprodukt der ärztlichen Tätigkeit angesehen worden, als Nebenprodukt des Arbeitsvertrags. Ich glaube, das ist ein noch immer historischer Fehler, der uns unterlaufen ist, den zu korrigieren ver.di im Rahmen des TVöD vorgemacht hat.

Wie auch immer wir dieses bewerten: Das Problem der Kolleginnen und Kollegen draußen ist schlichtweg, dass sie inzwischen Weiterbildungsstellen zuhauf finden können, dass sie aber sehr selten eine strukturierte Weiterbildung finden. Ich finde es bemerkenswert, dass drei Jahre nach Einführung der (Muster-)Weiterbildungsordnung jetzt in den Landesärztekammern erneut Leute auftreten und im „Deutschen Ärzteblatt“ darauf hinweisen müssen, dass eine strukturierte Weiterbildung ein positives Element ist. Das ist in gewisser Hinsicht ein Slapstick. Ich verstehe nicht, dass wir uns dessen selbst nicht bewusst sind.

Ich begrüße den Antrag von Herrn Bodendieck sehr deutlich, dass er uns darauf hinweist, dass auch darüber nachzudenken ist, wie die Weiterbildung heutzutage unter DRG-Bedingungen zu finanzieren ist. Wir alle wissen, dass es bei den Ländern einen heftigen Streit darüber gibt, ob sie überhaupt noch in der Krankenhausfinanzierung bleiben wollen, auch zweifelsfrei bei der Finanzierung von weiteren Maßnahmen im ambulanten Bereich. Dort haben wir keine Geldgeber zu erwarten.

Seit Jahren diskutieren wir darüber, wo wir diese Gelder heben können, um die Weiterbildung in unserem Lande finanziert zu bekommen, wo hoher ökonomischer Druck eigentlich dazu führt, dass in den Krankenhäusern niemand mehr weitergebildet wird oder dass man sich üblicherweise nicht darum bemüht. Insofern ist der Antrag von Herrn Bodendieck sehr zu begrüßen. Man muss schwer darüber nachdenken, ob man nicht endlich bereit ist, den Weg über die DRGs in Form einer Zusatzfinanzierung zu gehen. Man fragt sich: Woher sonst soll das Geld kommen? Alle Länder, die DRGs eingeführt haben – Amerika, Australien –, sind in den Bereichen, wo sie merken, dass es mit der Anzahl der notwendigen Ärzte nicht klappt, bereit, einen solchen Weg über das staatliche System oder das DRG-System zu gehen.

Ich bin gespannt, was uns nächstes Jahr berichtet werden wird. Ich hoffe sehr, dass die Bundesärztekammer hier endlich den Weg nach vorn geht, dass geklärt wird, wie die Weiterbildung in Deutschland zu finanzieren ist.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Lindhorst. – Als nächste Rednerin Frau Taube. Bitte.

Taube, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Auch ich möchte den Antrag von Herrn Erik Bodendieck ganz stark unterstützen. Ich bin als Allgemeinmedizinerin in einem ländlichen Gebiet in Sachsen tätig. Wir kämpfen mit dem dort vorhandenen Ärztemangel im ambulanten und im stationären Bereich. Ich kann die hier gefallenen Äußerungen hinsichtlich der steigenden Arztzahlen, die sicherlich irgendwo validiert sind, die vielleicht in bestimmten Gebieten Deutschlands gelten, nicht nachvollziehen. Wenn wir über eine flächendeckende Versorgung unserer Patienten reden, müssen wir die gesamte Republik betrachten bis ins ostdeutsche Dreiländereck.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Taube. – Das war die letzte Wortmeldung in der Diskussion. Das Wort hat jetzt der Referent, Herr Dr. Koch.

Dr. Koch, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf mich ganz herzlich für Ihre Diskussionsbeiträge bedanken. Ich möchte eine Bemerkung zum Antrag V-2 von Herrn Kollegen Bodendieck zur Finanzierung machen. Derzeit laufen intensive Gespräche zwischen dem Krankenhausdezernat, dem Weiterbildungsdezernat und verschiedenen Organisationen in Deutschland, um eine Finanzierung der Weiterbildung in den Krankenhäusern und in den Praxen zu ermöglichen. Ob und wie dies gelingen kann, werden die nächsten Wochen und Monate zeigen.

Aber für alle Fachgebiete ein Konzept bis zum nächsten Deutschen Ärztetag zu erarbeiten, ist logistisch überhaupt nicht darstellbar. Lassen Sie uns bitte auf dem bisherigen Weg fortschreiten und die Möglichkeiten eruieren, wie die Zukunft der Weiterbildung sinnvoll sichergestellt werden kann.

Das Gleiche gilt für die Allgemeinmedizin. Hier gibt es das berühmte Initiativprogramm, das jetzt etwas anders heißt. Frau Kollegin Goesmann hat bereits erklärt, dass sie morgen darüber berichten wird. Es gibt ein Konzept, das zwischen der Weiterbildung und der Akademie für Allgemeinmedizin unter Max Kaplan erarbeitet wurde und das morgen von Frau Kollegin Goesmann vorgetragen werden wird. Dazu gibt es auch einen Antrag, der dann in die Tat umgesetzt werden muss.

Aus diesem Grunde meine herzliche Bitte und mein Antrag, den Antrag V-2, auch wenn er wichtig ist, an den Vorstand zu überweisen. Wir befinden uns auf diesem Weg. Wir möchten auf diesem Weg so weitermachen, wie wir es begonnen haben.

Wir werden Ihnen natürlich auf dem nächsten Deutschen Ärztetag entsprechend berichten. Bitte überweisen Sie diesen Antrag an den Vorstand, weil er so, wie er formuliert ist, logistisch nicht umgesetzt werden kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Wir kommen zunächst zum **Antrag V-1** von Herrn Professor Köhler aus Sachsen, der sich damit beschäftigt, die Einheitlichkeit der Weiterbildungsordnung zu verteidigen. Dazu gibt es den von Herrn Dr. Koch gestellten Antrag auf Überweisung an den Vorstand.

(Zuruf)

– Vielleicht kann er wenigstens auf der Leinwand gezeigt werden, wenn wir zur Abstimmung kommen. Ich kenne nur zwei Anträge. Es müsste sich um den Antrag V-3 handeln, wenn er schon neu zugeordnet ist. Er ist für den Tätigkeitsbericht vorgesehen.

Ich schlage vor, wir stimmen zunächst über den Antrag 1 ab. Wer stimmt dem Antrag V-1 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Dann gibt es den **Antrag V-2.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich habe nur Vorstandsüberweisung für den Antrag 2 mitgekriegt. Nur für den Antrag 2 ist Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag V-2 an den Vorstand überweisen? – Viele. Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-3.** Den müsste jetzt jemand vorlesen. Er ist nur handgeschrieben vorhanden. Haben wir hier einen Apotheker?

(Heiterkeit)

Herr Koch wird uns den Antrag nahebringen und auch dazu Stellung nehmen. Bitte.

Dr. Koch, Referent: Der Antrag V-3 von Herrn Kollegen König, der derzeit nur handschriftlich vorliegt, sagt letztendlich aus, dass bisher nur die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gefördert wurde. Er fordert, dass die finanzielle Ausstattung der Weiterbildungsstellen sowie in Klinik und Praxis so sicherzustellen ist, dass die Weiterbildung möglich ist. Das ist in etwa analog zum Antrag V-2.

Zum anderen fordert dieser Antrag, dass die Weiterbildung gleichwertig ambulant und stationär möglich sein muss, weil sich die Rahmenbedingungen im Krankenhaus und im ambulanten Bereich verändert haben. Habe ich das so richtig zusammengefasst, Herr König? – Gut.

Zum ersten Teil kann man sagen: Wir sind dabei, das zu erarbeiten. Deshalb bitte ich darum, den ersten Teil, was die Finanzierung angeht, analog an den

Vorstand zu überweisen. Hinsichtlich des zweiten Teils des Antrags steht in der Weiterbildungsordnung, dass die Weiterbildung gleichwertig stationär und ambulant möglich sein kann. Es ist aber auch etwas anderes vermerkt. Da steht in der Tat für das Fachgebiet von Herrn König: 24 Monate ambulant. Das würden wir jetzt in die Diskussion zur Überarbeitung der Weiterbildungsordnung einbringen, in das sogenannte zweistufige Normsetzungsverfahren, um dies entsprechend zu ändern, wenn Sie damit einverstanden sind, Herr König.

Eines muss man dazu generell sagen, meine Damen und Herren: Die Formulierung in der Weiterbildungsordnung, dass ambulant und stationär die Weiterbildung gleichwertig durchzuführen ist, stößt in manchen Kammern an ihre Grenzen, weil in den Heilberufekammergesetzen Höchstzeiten für die ambulante Weiterbildung vorgeschrieben sind. Das muss aber nicht heißen, dass man das in der (Muster-)Weiterbildungsordnung nachvollzieht. Das ist klar.

Aus diesem Grunde schlage ich, wenn Herr König damit einverstanden ist, vor, dies an den Vorstand zu überweisen. Der erste Punkt befindet sich sowieso in unserem Kalkül; den zweiten Punkt werden wir neu in die Diskussion um die Überarbeitung der Weiterbildungsordnung mit aufnehmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das bedeutet die Überweisung des Antrags V-3, der bis jetzt die Nummer VI-57 trägt. – Jetzt hören wir einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Conrad aus Hessen.

Dr. Conrad, Hessen: Das Mindeste, was wir tun müssen, ist die Überweisung an den Vorstand. Das ist doch gar kein Antrag, das ist die Zusammenfassung einer Meinung. Wem wollen wir da zustimmen? Herr Koch hat irgendetwas interpretiert, was Herr König meint. Das kann man doch nicht als Antrag auffassen. Das kann man allenfalls an den Vorstand überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das passt ja wunderbar. Ich frage also: Wer möchte diesen Meinungsantrag dem Vorstand überweisen?

(Zuruf: Es ist ein normal gestellter Antrag! Da Herr Conrad den Antrag gar nicht kennt, weiß ich nicht, wieso er dazu eine Meinung hat!)

– Jetzt sage ich nicht, was ich denke.

(Heiterkeit)

Horst Bourmer pflegte in solchen Fällen zu sagen: Es ist gewaltig.

Wer stimmt der Überweisung des Antrags V-3 an den Vorstand zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Sie erhalten den Antrag auch noch ausgedruckt, damit Sie wissen, was Sie überwiesen haben.

(Heiterkeit – Zurufe)

Ich glaube, wir machen für heute Schluss.

(Beifall)

Wir hätten zwar noch acht Minuten; da kann man ja viel Unheil anrichten. Aber das machen wir nicht mehr. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend und gute Erholung heute Nacht. Bis morgen früh!

3. Tag: Donnerstag, 22. Mai 2008
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren! Wir setzen unsere Beratungen fort. Ich hoffe, dass Sie den gestrigen Abend gut überstanden haben. Diejenigen, die beim Beethovenkonzert waren, sind sehr zufrieden und haben das Konzert genossen.

Sie finden auf Ihren Plätzen gelbe Karten. Wir bitten Sie, diese Karten bei Abstimmungen hochzuheben, weil für uns hier oben das reine Handaufheben manchmal nicht deutlich zu erkennen ist. Das gilt vor allen Dingen für die hinteren Reihen.

(Zurufe)

– Die Karten werden jetzt verteilt. Das ist vielleicht noch besser; dann haben Sie sie nicht aus Versehen weggeworfen.

(Heiterkeit)

Ich bitte Sie, künftig bei Abstimmungen diese Karten zu benutzen, damit man Ihr Abstimmungsverhalten besser erkennen kann.

Nun muss ich etwas nachholen, was ich gestern Abend in der Hektik vergessen habe. Ich möchte mich bei Herrn Dr. Koch, seinem Ausschuss, seiner Ständigen Konferenz, dem Dezernat 2 der Bundesärztekammer und allen, die bei den Landesärztekammern mitwirken, dafür bedanken, dass das Thema der Weiterbildung sowie der Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung und des Weiterbildungswesens bei ihnen in so guten Händen ist. Dafür bedanke ich mich besonders bei Herrn Dr. Koch. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zu **Tagesordnungspunkt IV:**

Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis

Dazu begrüße ich als Gast Herrn Dr. Thilo Weichert, den Datenschutzbeauftragten des Landes Schleswig-Holstein. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wir freuen uns auf Ihren Beitrag. Der andere Referent wird gleich bekannt gegeben. Ich wollte Sie als Gast herzlich willkommen heißen.

Ich übergebe jetzt die Sitzungsleitung an unseren Vizepräsidenten, Herrn Dr. Montgomery.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank, Jörg Hoppe. Wir treten jetzt, wie gesagt, in die Abwicklung des Tagesordnungspunkts IV ein. Die Referenten sind der Ihnen bereits vorgestellte Herr Dr. jur. Thilo Weichert, Datenschutzbeauftragter des Landes Schleswig-Holstein, sowie unser Vorstandsmitglied Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer. Meine Damen und Herren, wir haben uns zuletzt 1998 auf einem Deutschen Ärztetag intensiv mit diesem Thema befasst. Nach zehn Jahren ist es bei der ganzen Debatte über die Telematik und die Gesundheitskarte sicher Zeit, eine neue Standortbestimmung der Ärzteschaft vorzunehmen.

Ich bitte jetzt Herrn Dr. Weichert, uns aus der Sicht des Datenschutzbeauftragten in die Thematik einzuführen. Er hat eine interessante Lebensgeschichte. Er erzählt sie Ihnen am besten gleich am Anfang selber.

Dr. Weichert, Referent: Einen schönen guten Morgen! Vielen Dank für die Einladung. Ich bin seit über 20 Jahren engagiert im Bereich des Datenschutzes. Begonnen habe ich außerparlamentarisch, zum Beispiel im Widerstand gegen die Volkszählungen 1983 und 1987 und – was für Sie vielleicht interessanter ist – gegen die Einführung der Krankenversicherten-Chipkarte in den 90er-Jahren. 1991 habe ich mein Hobby zum Beruf gemacht, zunächst beim Landesbeauftragten für den Datenschutz in Niedersachsen, dann in Schleswig-Holstein.

Seit dieser Zeit begleite ich aus der Nähe die Telematik- und Automatisierungsbestrebungen in der Medizin. So habe ich in den letzten Jahren viele ehrgeizige Projekte gesehen, die über das Konzeptstadium nicht hinausgekommen oder die später gescheitert sind. Dies ändert nichts daran, dass jeder Patient heute beim Arzt- oder Zahnarztbesuch feststellen kann, dass die Verarbeitung seiner Patientendaten weitgehend elektronisch erfolgt.

Seit 2004 bin ich Leiter des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz (ULD), das in Schleswig-Holstein unter anderem für die Datenschutzkontrolle im öffentlichen wie im nicht öffentlichen Bereich zuständig ist. Das ULD begleitete von Anfang an beratend das Gesundheitsnetz Flensburg und nun das Pilotprojekt zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) im Raum Flensburg.

Die Automation im Gesundheitswesen wird bestimmt vom technischen Fortschritt, wobei rollenspezifisch Ungleichzeitigkeiten normal sind. Während sich der Einsatz der Informationstechnik, der IT, im ambulanten Bereich lange Zeit nur zögerlich entwickelte – man kann nicht unbedingt behaupten, dass Ärztinnen und Ärzte besonders IT-nah gewesen sind –, hat die elektronische Datenverarbeitung in den Krankenhäusern schon früh Einzug gehalten. Die Krankenversichertenkarte – das wissen Sie besser als ich – war schließlich der Türöffner für den Einzug der IT in die ambulanten Praxen.

Im Vordergrund dieser Entwicklung standen und stehen weiterhin alles andere als medizinische Motive. Das gebe ich den Kritikern zu. Es geht um die Automatisierung von Informationsprozessen im Interesse der Kosteneinsparung und der Rationalisierung von menschlicher Arbeitskraft. Zwar wurden immer die medizinischen Vorteile von IT von deren Protagonisten beschworen, doch stehen diese Möglichkeiten bis heute noch nicht – ich sage ganz ausdrücklich: noch nicht – im Vordergrund.

Unbestreitbar ist, dass bei der Einführung von IT in die Medizin widerstreitende Kräfte am Werk waren und sind. Interessiert und engagiert ist an erster Stelle natürlich die IT-Industrie, die die Marktrelevanz dieses Bereichs schnell erkannt hat und sich einen zunehmenden Anteil am Kuchen der Gesundheitskosten verspricht. Angesichts eines hohen staatlichen bzw. quasistaatlichen Anteils und der Notwendigkeit einheitlicher Standards ist es nachvollziehbar, dass sie versuchen, in diesen Markt einzusteigen und trotz des starken Wettbewerbs möglichst ein Monopol zu bekommen, in der Hoffnung auf hohe Gewinnspannen.

Es ist auch kein Geheimnis, dass vonseiten der Regierungen und der Krankenkassen von Anfang an mit der Informationstechnik das Ziel verfolgt wird, dem kostenintensiven und zugleich unkontrollierbar erscheinenden Gesundheitswesen Zügel zu verpassen. So war es der Lipobay-Skandal, mit dem die Bundesgesundheitsministerin zunächst die Einführung der eGK begründen wollte. Durch eine zwangsweise hoheitliche Arzneimittel- und Therapiedokumentation meinte sie – aus meiner Sicht: fälschlicherweise –, die Gefährlichkeit von Medikamenten frühzeitig erkennen zu können. In der Zwischenzeit erfolgt die offizielle Präsentation der eGK nicht mehr kontroll-, sondern patientenzentriert. Das gilt sowohl für die Präsentation als auch für die Umsetzung. Das hindert Kassen und Politik aber nicht, das Kontrollpotenzial von IT weiter zu nutzen.

Lassen Sie mich an dieser Stelle ein weitverbreitetes Missverständnis auflösen, das teilweise auf Unkenntnis basiert, teilweise aber bewusst die Unkenntnis in der Öffentlichkeit ausnutzt: Medizinische Telematik und die Kontrolle des Gesundheitswesens durch Staat und Kassen haben wenig miteinander zu tun. Die medizinische Telematik spielt sich im Frontoffice-Bereich ab, also im Verhältnis zwischen Patient und medizinischen Leistungserbringern. Die von der Ärzte-

schaft und den Bürgerrechtlern immer wieder kritisierte Kontrolle des Gesundheitswesens erfolgt dagegen im sogenannten Backoffice und hat vor allem die Kostenabrechnung zum Gegenstand, also das Verhältnis zwischen medizinischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Diese Kontrolle ist schon längst automatisiert und standardisiert durch eine zunehmende Leistungs- und Kostenüberwachung mithilfe von ICDs, Datawarehouses bei den Krankenkassen und Wirtschaftlichkeitskontrollen durch Wissenschaft, KVen und Kassen selbst.

Der Sündenfall fand statt, als im Jahre 2004 die fallbezogene durch die patientenbezogene Abrechnung im ambulanten Bereich abgelöst wurde. Seitdem können bei den Krankenkassen umfassende Patientenprofile mit Daten aus dem ambulanten und dem stationären Bereich sowie aus der Medikation erstellt werden. Was mich als Datenschützer ärgerte, war, dass sich damals hiergegen weder in der Gesellschaft noch in der Ärzteschaft ein nennenswerter Widerstand regte.

(Beifall)

Zurück zu der Interessengemengelage bei der Telemedizin, die zu verstehen notwendig ist, wenn man Patientengeheimnis und Wahlfreiheit und damit auch den medizinischen Datenschutz verteidigen will. Unter den medizinischen Leistungsanbietern gibt es IT-Gewinner und IT-Verlierer. So ist der langjährige Widerstand der örtlichen Apotheker gegen die Telematik mit der Konkurrenz aus dem Internet zu erklären. Und auch im Bereich der ärztlichen Behandlung gibt es natürlich gewaltige Diskrepanzen etwa zwischen Krankenhäusern und Ärzten auf dem Land, zwischen spezialisierten Apparatemedizinern und den klassischen Hausärzten. Es ist offensichtlich, dass für viele ambulante Ärzte, insbesondere Hausärzte, mit einer Forcierung der Telematik große Zumutungen verbunden sind.

(Beifall)

Dies hat aber weniger mit der Gefährdung des Patientengeheimnisses zu tun, sondern mit handgreiflichen Konsequenzen bei den Kosten und beim praktischen Aufwand: Mediziner, denen neben ihrer medizinischen Expertise in der Zwischenzeit gewaltige betriebswirtschaftliche Kompetenzen abverlangt werden, um nicht in die Kluft von Abrechnungsbetrug und Insolvenz zu stürzen, müssen sich nun mit komplexer Informationstechnik herumschlagen, nicht nur mit einer vernetzten Praxissoftware, sondern mit PINs, Health Professional Cards, den sogenannten APCs, oder mit delikaten Netzverbindungen, denen die Ärztekammern bis vor Kurzem – und das mit guten Gründen – wegen mangelnder Sicherheit und Beherrschbarkeit pauschal noch eine Absage erteilten.

Ich habe sehr großes Verständnis für Ärzte, die meinen, den neuen Herausforderungen des IT-Zeitalters nicht mehr hinreichend gewachsen zu sein. Ich habe

auch ein gewisses Verständnis, dass diese dann den Datenschutz als Abwehrargument verwenden. So verständlich dies ist, so ist es aber dann nicht in Ordnung, wenn hierbei nicht zutreffende Argumente vorgetragen werden, wie dies leider, wie ich immer wieder feststellen kann, in Presseverlautbarungen der Fall ist. Darauf werde ich gleich noch eingehen.

Zuvor will ich aber auf ein berechtigtes telematikkritisches Sachargument eingehen, nämlich die Begehrlichkeiten an den Arzt- und Patientendaten, die im Rahmen der Telemedizin anfallen. Es ist richtig, dass einmal gespeicherte Daten auch missbraucht bzw. zweckwidrig gebraucht werden können. Die Interessen von Arbeitgebern, von Versicherungsunternehmen, von Polizei- und Finanzbehörden sind ganz offensichtlich und oft weder legal noch legitim. Es ist gerade das Versprechen des Patientengeheimnisses, also der rechtlich gesicherten Vertraulichkeit der Beziehung zum Arzt, das viele Behandlungen erst möglich macht und erfolgreich machen kann. Es geht beispielsweise das Finanzamt nichts an, weshalb ich beim Arzt war, den Arbeitgeber nur in ganz wenigen Fällen und die Versicherung nur, wenn es um die Abwicklung eines konkreten Versicherungsfalls geht.

Die ärztliche Verschwiegenheit, formuliert von Hippokrates vor über 2000 Jahren und damit eine alte, aber bis heute wichtige zivilisatorische Errungenschaft, darf mit der Entwicklung der Informations-, aber auch der Biotechnologie nicht aufgegeben werden. Und ich ergänze schon jetzt: Sie muss auch nicht aufgegeben werden.

Manche Datenschützer, insbesondere aus dem bürgerrechtlichen Lager, machen es sich ein bisschen einfach, dass sie vor allem oder nur auf die Missbrauchsrisiken elektronisch gespeicherter Medizindaten hinweisen. Unsere Gesellschaft ist in der Zwischenzeit so komplex, dass man es sich nicht so einfach machen kann. Es ist nicht nur zu einfach, sondern es ist nach meiner Überzeugung unlauter, die Ängste in der Öffentlichkeit wie bei den medizinischen Berufen mit unrealistischen Szenarien zu schüren und die damit verursachte Verängstigung als Gewinn für den Datenschutz zu feiern. Ebenso wenig wie Unternehmen wie Microsoft oder Google nur einfach böse sind, ist dies auch nicht bei der Telemedizin pauschal oder bei einem Großprojekt wie der eGK der Fall. Von Datenschützern kann und muss erwartet werden, dass sie sich die rechtlichen Regelungen und die informationstechnischen Infrastrukturen und Programme genau ansehen und dass sie diese differenziert beurteilen. Dieser Erwartung möchte ich heute und hier gerecht werden.

Der zunehmende Einsatz von Informationstechnik im Bereich der medizinischen Behandlung und Kommunikation ist ein technisches und gesellschaftliches Phänomen, dem man sich heute nicht mehr vollständig entziehen kann. Unsere Kommunikationsformen haben sich auch außerhalb des Medizinbereichs mit dem Internet grundlegend verändert. Wer dies für die medizinische Kommuni-

kation nicht akzeptieren will, der verschließt seine Augen vor der Realität. IT hat zwangsläufig Wirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und dessen Qualität. Dies muss aber weder zwingend eine Verschlechterung dieser Beziehung bedeuten, ebenso wie dies keine automatische Verbesserung brächte. Es kommt darauf an, wie die Technik ausgestaltet und in welchem strukturellen, organisatorischen und rechtlichen Rahmen diese eingesetzt wird. IT birgt positive Potenziale wie auch Risiken, ermöglicht Fremd- wie auch Selbstbestimmung. Es sollte gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten sein, die positiven Potenziale zu verwirklichen. Diese Potenziale sind zunächst einmal fachlicher Art: Angesichts einer zunehmend spezialisierten, arbeitsteiligen und ortsübergreifenden Medizin können durch Telematik Effektivitätsgewinne erzielt werden.

Die Verfügbarkeit von authentischer Information lässt sich erhöhen, die Transparenz von medizinischen Behandlungen und der hierfür notwendigen Kommunikation lässt sich verbessern. So kann mithilfe der digitalen Signatur, wie sie auf der Health Professional Card vorgesehen ist, eine größere Verlässlichkeit im Hinblick auf Autorenschaft und Unverfälschtheit erreicht werden, als wir sie von medizinischen Papierakten kennen. Mithilfe von Verschlüsselungstechnologien ist es möglich, den Zugriff auf elektronisch gespeicherte Medizindaten ebenso sicher auszuschließen wie durch die Aufbewahrung einer Patientenakte in einem Safe.

Mithilfe eines differenzierten Berechtigungssystems lässt sich – vielleicht sogar noch gezielter als in der greifbaren Welt – sicherstellen, dass keine Nichtberechtigten auf geschützte Daten zugreifen. Mithilfe von Protokollierungsverfahren lässt sich – verlässlicher als in der Welt der Papierakten – nachträglich feststellen, wer ein Datum zur Kenntnis genommen und wer dieses eventuell wann geändert hat. Bei der medizinischen Telematik kommt es darauf an, diese technischen Möglichkeiten zu nutzen und vollständig auszuschöpfen.

Dabei kann es natürlich keine hundertprozentige Sicherheit geben, so wie es diese in der Vergangenheit auch nie gegeben hat. Wie hoch die Sicherheit ist, hängt von dem eingesetzten Aufwand ab. Dabei handelt es sich nicht nur um den Aufwand bei Hard- und Software, sondern es geht auch um den Aufwand an Organisation, an Regulierung und an menschlicher Mühe. Zur menschlichen Mühe gehört, sich sicherheitsrelevante ebenso wie die funktionale Medienkompetenz anzueignen und diese praktisch anzuwenden. Diese weichen Sicherheitsfaktoren waren bisher viel zu wenig im Fokus der Aufmerksamkeit und der politischen Diskussion.

Medizinische Telematik ist ein ganz komplexer Vorgang, bei dem die Menschen die wichtigsten Rollen haben, allen voran der Patient und der Arzt. Es ist nicht zwangsläufig, dass diese Menschen durch Maschinen ersetzt würden und dass die Menschen wie Maschinen behandelt würden. Es kommt in einem demokratischen und freiheitlichen Gesundheitssystem darauf an, dass die medizinische

Telematik bei aller Komplexität auf ihre Hilfsfunktion beschränkt bleibt. Dass dies sichergestellt wird, hierfür sind insbesondere verantwortungsbewusste Mediziner gefordert, die mit ihrer Health Professional Card ebenso verantwortlich umgehen, wie sie dies bisher mit ihren Patientenakten taten.

Dass der Faktor Mensch – anders als bei vielen anderen Großprojekten im Bereich der IT wie beispielsweise die Autobahnmaut oder zentrale Verwaltungsregister – eine zentrale Rolle spielt, ist auch ein Grund für die Verzögerung bei der Einführung der eGK. Es wäre Ausdruck von Ignoranz über die Mechanismen bei der Einführung neuer IT-Verfahren, wenn der Gesetzgeber ernsthaft geglaubt hätte, man könnte den Startzeitpunkt Anfang 2006 einfach normativ anordnen. Die Schaffung der technischen Voraussetzungen benötigt Zeit. Die Menschen müssen zudem erst lernen, mit der neuen Technik umzugehen. Was eine Gesundheitsministerin vielleicht als Behinderung ihres politischen Tatendrangs empfindet, ist aus medizinischer wie aus Datenschutzsicht ein großer Segen:

(Beifall)

Telematikprojekte müssen sorgfältig geplant, dauernd evaluiert und unter Umständen korrigiert werden, sie müssen organisch wachsen, sich modular entwickeln und bedürfen einer dauernden Pflege. Daher ist es auch verfehlt, der Politik Versagen vorzuwerfen oder hämisch zu triumphieren, wenn Terminpläne nicht eingehalten werden. Dies kann seinen Grund darin haben, dass Probleme behoben werden müssen, die bei der Planung unter Umständen gar nicht berücksichtigt werden konnten.

Ich hatte schon von einigen rechtlichen, organisatorischen und technischen Anforderungen zur Wahrung von Vertraulichkeit und Wahlfreiheit gesprochen. Lassen Sie mich dies im Hinblick auf die elektronische Gesundheitskarte konkretisieren. Die Regelungen zur eGK in § 291 a SGB V sind aus Datenschutzsicht – das sage ich hier mit voller Überzeugung – vorbildlich. Darin wird rechtlich die technische Abschottung der Patientengeheimnisse vorgeschrieben, die Verfügungsmacht von Patient und Arzt wird gesichert, der unberechtigte Zugriff Dritter wird zu unterbinden versucht.

In diesem Zusammenhang wird immer wieder von Kritikern wie von Befürwortern fälschlich behauptet, es entstünde beim Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte ein gewaltiger zentraler Datenpool mit sämtlichen medizinischen Daten der krankenversicherten Bevölkerung. Über die künftige Infrastruktur der eingesetzten Rechner besteht heute noch keine eindeutige Klarheit. Hierauf kommt es aber auch aus Sicht der Vertraulichkeit der Daten gar nicht an. Ob Daten zentral oder dezentral abgelegt sind, ist irrelevant, wenn der Schlüssel für den Abruf der Daten individuell und damit dezentral in den Händen der Ärzte und der Patienten liegt. Und genau so ist es gesetzlich geregelt: Der Schlüssel

für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte oder das elektronische Rezept ist die Kombination der Patienten- und der Arztkarte, wobei allein der Besitz der Karten nicht genügt, nötig ist außerdem bei den meisten Datenfeldern die Kenntnis einer PIN.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang auf eine weitere, äußerst kontrovers geführte Debatte eingehen: Wo sollten die medizinischen Daten am besten gespeichert werden, auf der Karte oder im Netz? Zweifellos gibt es heute Speichertechnologien, die es ermöglichen, sehr viele Daten auf einer kleinen Karte zu speichern. Doch ist der Vorteil für den Betroffenen, die eigenen Daten körperlich in eigener Verfügungsmacht zu haben, eher symbolischer Natur: Für den technischen Zugriff auf „seine“ Daten benötigt der Patient fremde Hilfe. Zwecks Sicherung der Daten für den Fall eines Kartenverlustes gibt es kaum Alternativen zum serverbasierten Backup. Schließlich lassen sich Daten in Hintergrundsystemen ebenso hinsichtlich der Betroffenenverfügbarkeit ablegen wie auf einer Karte in der eigenen Brieftasche.

Bezüglich Notfalldaten bzw. medizinischer Basisdaten ist natürlich die Kartenspeicherung angesagt, um eine Offlinelesbarkeit sicherzustellen. Ansonsten ist nach meiner aktuellen Überzeugung wohl ein serverbasiertes Konzept, wie es derzeit für die meisten Funktionalitäten von der gematik angestrebt wird, vorzugswürdig. Insbesondere Sicherheitsfunktionen lassen sich in einem komplexen Hintergrundsystem umfassender und aktueller realisieren als bei einer kartenbasierten Herangehensweise.

Hinsichtlich der Netzinfrastruktur eröffnet sich eine weitere, bisher nicht abschließend beantwortbare Frage: Soll die nationale Telematikinfrastruktur als abgeschlossenes Intranet betrieben werden, so wie es bisher konzipiert ist, oder soll es Öffnungen zu anderen Netzen geben? Als solche kommen perspektivisch andere geschlossene, eventuell andere nationale Medizinnetze in Betracht. Besondere Brisanz hat die Öffnung ins öffentliche Netz, also ins Internet. Hierüber wäre es möglich, den Betroffenen umfassend zu Hause zu erreichen, sodass er zum Beispiel nicht mehr gezwungen ist, seine Datenverarbeitung an spezifischen Kiosken zu organisieren.

So bestechend und verbraucherfreundlich die Onlineanbindung des Patienten über den heimischen Privat-PC auch erscheinen mag, so unrealistisch ist sie nach meiner Überzeugung noch für den Gesundheitsbereich. Zwar lässt sich beim eCommerce und beim eGovernment schon ein akzeptabel hoher Sicherheitsstandard erreichen. Doch genügt dieser nicht für Daten, die bedeutend sein können für Leben oder Tod. Es ist wohl möglich, über das relativ unsichere Internet begrenzt definierte Funktionen am privaten PC zuzulassen. Mittelfristig erscheint aber das offene Internet als noch zu unsicher, als dass es für Telematikanwendungen umfassend genutzt werden könnte.

Die Hoffnungen von Google und Co., webbasierte Gesundheitsdienste zu etablieren, sind jedenfalls angesichts der deutschen Standards beim Datenschutz und bei der medizinischen Vertraulichkeit derzeit absolut nicht realistisch.

Welche Daten im Notfalldatensatz nicht der Freigabe durch den Patienten bedürfen, ist bis heute nicht endgültig geklärt und bedarf zunächst generell der Klärung über eine sachliche Diskussion. Hinsichtlich der konkreten Speicherung bedarf es schließlich der individuellen Entscheidung des Patienten. Entsprechendes gilt für andere Anwendungen. Es trifft nicht zu und wäre völlig unsinnig, zu glauben, die Inhalte der Telematikinfrastruktur lägen schon fest bzw. könnten schon festgelegt werden. Richtig ist aber, dass die bisherigen konkreten Planungen der eGK noch zu wenig diskutiert worden sind. Dieses Defizit soll und kann durch die Erfahrungen in der Testphase behoben werden.

Es ist aber falsch, zu behaupten, die unbedingt nötige Diskussion sei nicht möglich oder werde offiziell behindert. Die Informationen über die rechtlichen Vorgaben und über die geplante technische und organisatorische Umsetzung sind im Internet verfügbar. Es ist meines Erachtens eine der größten Unterlassungssünden der Kritiker, dass sie sich bisher viel zu wenig mit diesen konkreten Informationen auseinandergesetzt haben.

Mit der medizinischen Telematik wird Neuland betreten. So wenig es möglich ist, sie zu bejubeln oder zu verdammen, so eindeutig ist es, dass sich mit ihr die Rolle des Patienten und die der Ärzte verändert. So wird vom Patienten in einem größeren Maße als bisher erwartet, dass er nicht nur besser informiert ist, sondern dass er auch für seine Medizindaten Verantwortung übernimmt. Ob er hierzu überhaupt in der Lage ist, ist nicht nur eine Generationenfrage. So zeigte sich in Flensburg, dass viele Patienten aus körperlichen oder seelischen Gründen gar nicht in der Lage sind, ihre PIN zu handhaben.

Dieses praktische Problem darf nun aber nicht dazu führen, dass zulasten der Vertraulichkeit der Medizindaten völlig auf eine Autorisierung des Datenzugriffs verzichtet wird. Ich habe vorgeschlagen, dass in den Fällen, in denen Patienten die PIN nicht handhaben können, Ärzte des Vertrauens gefordert sind, die Geheimzahl in der Patientenakte außerhalb der Telematikstruktur zu speichern und im Bedarfsfall zu nutzen.

Ein weiteres Bedenken ist, dass Patienten weder bereit noch in der Lage wären, ihre neu gewonnenen Wahlrechte wahrzunehmen. Ein Datenschutzkollege, mein ehemaliger Kollege aus Sachsen, hat einmal behauptet, der Patient sei nicht mündig, sondern krank. Diese Sicht entspricht meiner Überzeugung nach nicht der eines modernen Gesundheitssystems. Dennoch muss der Einwand ernst genommen werden. Es besteht die nicht ganz unbegründete Befürchtung, dass Patienten ihre Daten allzu weitgehend freigeben, weil sie mit einer differenzierten Rechtevergabe überfordert sind. Diese Vermutung wird sich in einer

frühen Phase nach Einführung einer bundesweiten Telematikinfrastruktur voraussichtlich bestätigen. Ein differenzierter Umgang mit Daten wird im konventionellen Lebensalltag ganz natürlich praktiziert. Umso wichtiger ist insbesondere in der Anfangsphase ein verantwortungsvoller Umgang der Ärzte mit den Patientendaten.

Die Freigabe der Daten ist jedoch nicht unumkehrbar. Je mehr die Patienten mit der Telematik ihre eigenen Erfahrungen machen, desto bewusster wird auch ihr Umgang damit sein. Hierbei bedürfen die Patienten selbstverständlich der Unterstützung. Und es sollte ebenso selbstverständlich sein, dass diese Unterstützung nicht ausschließlich von den Ärzten erbracht werden kann. Es muss eine unabhängige Infrastruktur zur Unterstützung der Patienten aufgebaut werden. Dass dies nicht kostenfrei möglich ist, ist – befürchte ich – weder den Krankenkassen noch der Politik bisher hinreichend bewusst.

(Beifall)

Eine weitere wichtige, in den bisherigen Gesetzen noch nicht hinreichend geregelte Frage ist die nach der Verantwortlichkeit für die über die Telematikinfrastruktur verarbeiteten Daten. So bestechend die Idee ist, die rechtliche Verantwortung dem Betroffenen selbst zu übertragen, so wenig würde eine derartige Sicht die tatsächlichen Einflussmöglichkeiten widerspiegeln. Zwar soll und muss der Betroffene Wahlrechte beim Datenzugriff, Lösch- und Sperrbefugnisse sowie mit seiner eGK den Schlüssel für die eigenen Daten haben, so wie dies auch in § 291 a SGB V vorgesehen ist. Die Generierung der Daten erfolgt aber weitgehend in der Verantwortung des Arztes. Die technische Verfügungsbefugnis über die Daten liegt bei den Stellen, die die IT-Infrastruktur erstellen und betreiben.

Diese relativ neue Konstellation vernetzter und komplexer vertrauensbedürftiger Datenverarbeitung unter Einbeziehung der Betroffenen macht es nötig, ein abgeschichtetes Verantwortungsregime festzulegen. Hierbei können kollektive Verantwortlichkeiten, wie sie derzeit in der gematik organisiert sind, eine Rolle spielen.

Wie schon dargestellt, wachsen dem Arzt mit der medizinischen Telematik zusätzlich Aufgaben zu. Er ist nicht nur für die Führung der eigenen Dokumentation verantwortlich, sondern auch für die Erstellung von elektronischen Aktenteilen, die er dem Patienten in der elektronischen Patientenakte, der ePA, und anderen Ärzten im elektronischen Arztbrief zur Verfügung stellt. Er ist nicht mehr nur Lotse im Gesundheitssystem, sondern muss auch Lotsenfunktion im System der Gesundheitsdaten übernehmen. Ist die Medienkompetenz der Patienten defizitär, so muss der Arzt diese unterstützen; fehlt sie, aus welchen Gründen auch immer, so muss der Arzt die Aufgaben eines Datentreuhänders übernehmen.

Es führt meiner Überzeugung nach kein Weg daran vorbei, dass bei der künftigen Arztausbildung die Vermittlung von Medienkompetenz eine wichtige Rolle spielen muss. Heute wird dieses Thema allenfalls in völlig unzureichenden Ergänzungsausbildungen der Medizininformatik angeboten.

Ebenso wie die Patienten dürfen auch die Ärzte mit ihrer begrenzten informationstechnischen Kompetenz nicht alleinegelassen werden. Als Unterstützungsinfrastruktur bieten sich sowohl die KVen wie auch die Ärztekammern an. Darüber hinausgehend besteht aber eine allgemeine staatliche Infrastrukturverantwortung. Das Bundesverfassungsgericht hat diese jüngst sogar in einem eigenen Grundrecht verdichtet, dem „Grundrecht auf Gewährleistung der Vertraulichkeit und Integrität informationstechnischer Systeme“. Diese staatliche Pflicht, entwickelt im Hinblick auf die allgemeine informationstechnische Vernetzung, besteht in besonderem Maße hinsichtlich medizinischer Netze.

Seinen Gewährleistungspflichten kann der Staat mit unterschiedlichen Mitteln gerecht werden. Hierzu gehört sicher eine hinreichend ausgestattete unabhängige Datenschutzkontrolle. Hierzu gehört auch die Strukturverantwortung für die Netze und deren Sicherheit sowie die Pflicht zur Festlegung von Kommunikations- und Sicherheitsstandards oder zumindest von einheitlichen, die Kommunikation ermöglichenden Schnittstellen. Diese Aufgaben können weder einem privaten Monopolisten noch dem Markt überlassen werden. Wohl kann der Staat über Datenschutzaudits oder Gütesiegel für den Markt freiwillige Anreize zur Entwicklung vertrauenswürdiger und integrer Informationssysteme geben, wie wir sie in Schleswig-Holstein zu praktizieren versuchen.

Die inzwischen grundrechtlich abgesicherte Strukturverantwortung des Staates verhindert, dass über eine Kommerzialisierung der medizinischen Telematik die Autonomie von Patienten wie der Heilberufe verloren geht.

Eine wichtige gestaltende Rolle in dieser Entwicklung kommt zweifellos der Ärzteschaft, auch der verfassten Ärzteschaft zu. Entzieht sie sich dieser Verantwortung, so droht – nach meiner Überzeugung zwangsläufig – ein grauer Gesundheitsdatenmarkt an seine Stelle zu treten. Daher gibt es aus meiner Sicht keine Alternative zu einer konstruktiv-kritischen Begleitung des Prozesses der Entwicklung medizinischer Telematik. Aus meiner Überzeugung enthält der Vorschlag für ein Positionspapier der Bundesärztekammer zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen die richtigen Ansätze und benennt die richtigen Fragen, wenngleich ich noch einige Widersprüche innerhalb dieses Papiers sehe. Insgesamt halte ich das Papier für sehr ausgewogen und sehr vernünftig. Es signalisiert jedenfalls an die Politik wie an die Öffentlichkeit, dass sich die Ärzteschaft der Chancen und der Risiken der Informatisierung bewusst ist und dass sie in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung hierüber einen gestaltenden Einfluss nehmen möchte.

Sie können sich der Unterstützung der Datenschützer gewiss sein, wenn es nicht nur um die Sicherung von reinen Standesinteressen geht, sondern um die Sicherung von Autonomie von Patienten und Ärzten, also um deren medizinische und informationelle Selbstbestimmung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Weichert, für dieses hervorragende Referat. Diejenigen, die vor zehn Jahren auf dem Ärztetag in Köln dabei waren, wissen, dass Herr Weichert nahtlos an die damaligen Ausführungen des sächsischen Beauftragten Giesen anknüpfen konnte, der uns damals auch in hervorragender und ruhiger Weise über die Chancen und Risiken der Telematik und der Mitwirkung der Ärzteschaft berichtet hat. Es lohnt durchaus, das Beschlussprotokoll dieses Ärztetages nachzulesen. Die zentralen Beschlüsse dieses Ärztetages könnte man auch heute wieder einbringen. Ich glaube, sie hätten die gute Chance, von Ihnen angenommen zu werden.

An dieser Stelle würde ich gern mit Herrn Weichert der Gruppe der Datenschutzbeauftragten der Länder dafür danken, dass sie sich mit uns im Diskurs bewegen. Das ist immer hilfreich gewesen und nützt uns, glaube ich, in der Debatte insgesamt. Ich hoffe, dass wir weiter so konstruktiv miteinander reden können. Herzlichen Dank für die gute Zusammenarbeit.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bevor Franz-Joseph Bartmann zu seinem Referat ans Rednerpult tritt, bitte ich Sie, ganz kurz das Konvolut der Anträge zur Hand zu nehmen, das Sie bereits bekommen haben. Ihnen müssten eigentlich 13 Anträge schon umgedruckt vorliegen. Ein 14. Antrag ist noch in der Pipeline. Er wird in Kürze auf Ihrem Tisch liegen. Es gibt zwei Änderungen, die vier Anträge betreffen. Die erste Änderung betrifft den Antrag IV-13 des Kollegen Sauermann. Wir schulden Herrn Kollegen Sauermann eine Entschuldigung, denn dieser Antrag ist versehentlich zuerst in das Konvolut der Anträge zum Tagesordnungspunkt VI – Tätigkeitsbericht – eingeordnet worden. Herr Kollege Sauermann war einer der ersten Antragsteller. Der Antrag müsste also eine viel niedrigere Nummer haben. Ich hoffe auf das Verständnis von Herrn Sauermann, dass wir den Antrag aus dem Konvolut der anderen Anträge wieder herausgezogen und ihn jetzt unter der Nummer IV-13 vorgelegt haben.

Bei den Anträgen IV-8, IV-10 und IV-11 gehört Herr Fritz Stagge, Delegierter der Ärztekammer Nordrhein, immer in die erste Zeile der Antragsteller. Bei der

Projektion nachher würden wir es ändern, im Beschlussprotokoll gegebenenfalls sicherlich auch. Ich bitte auch hier um Verständnis.

Meine Damen und Herren, bevor wir in der Tagesordnung fortfahren, gestatten Sie mir, unseren Ehrenpräsidenten Dr. Karsten Vilmar zu begrüßen, der wieder bei uns ist.

(Beifall)

In seiner Begleitung ist der Ehrenpräsident des diesjährigen Deutschen Ärztetages, Herr Professor Kolkmann, der ehemalige Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg. Herzlich willkommen, Fritz!

(Beifall)

Ebenfalls sind heute bei uns der amtierende Präsident des Weltärztebundes, Herr Kollege Dr. Snaedal, und der Generalsekretär des Weltärztebundes, der Kollege Dr. Otmar Kloiber. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Sie sehen eine für den dritten Tag fast ungewöhnlich große Anzahl von ausländischen Gästen, die heute noch zuhören. Das liegt sicherlich an der globalen Wichtigkeit des Themas Telematik und ist Ausdruck der Tatsache, dass wir mit unseren Themen voll im Zentrum der Aufmerksamkeit liegen. Ich sage unseren ausländischen Gästen ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Unter uns sind zwei Geburtstagskinder. Ihnen wollen wir ganz herzlich gratulieren. Es ist der Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, unser Kollege Reinhardt,

(Beifall)

und der „Finanzminister“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe, unser Kollege Czeschinski. Beiden einen herzlichen Glückwunsch von hier oben und vom Plenum!

(Beifall)

Jetzt bitte ich unseren Kollegen Franz-Joseph Bartmann zu seinem Referat. Er wird uns aus der Sicht des Vorstands der Bundesärztekammer und der Telematikgremien der Bundesärztekammer die Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen erläutern. Bitte, Franz-Joseph.

Dr. Bartmann, Referent: Lieber Herr Montgomery! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nach dem Ende des vorjährigen Deutschen Ärztetages bin ich von vielen, von Freunden, aber teilweise auch von bis dahin völlig Unbekannten gefragt worden, warum ich scheinbar freiwillig von all den Ressorts, die die Bundesärztekammer für ehrenamtliche Tätigkeit bereitstellt, mich ausgerechnet so stark in einem Gebiet engagiere, das offensichtlich vermintes Terrain ist, wo man das hohe Risiko einer Identifikation in Kauf nimmt, die zumindest dem berufspolitischen Ansehen eventuell schaden könnte.

Die Frage ist zulässig, aber nicht einfach zu beantworten. Um es vorweg zu sagen: Die Faszination der Technik ist es sicher nicht. In einer der vielen öffentlichen Diskussionsveranstaltungen des vergangenen Jahres wurde ich beispielsweise mit der zweifelnden Bemerkung eines mir an sich wohlgesonnenen Hausarztes konfrontiert: „Dass Du Dich für so was hergibst, hätte ich nie erwartet, Du bist doch sonst ganz in Ordnung.“ Nachgefragt, glaubte er mich erinnern zu müssen an meinen Satz aus der morgendlichen Röntgenbesprechung, wenn wieder einmal die demonstrierten bildgebenden Verfahren keine Diagnose über das, was bei einem Patienten, der über Nacht eingeliefert wurde, vorlag, hergaben: „Schreiten wir zum Äußersten, schauen wir uns den Patienten an.“

Kolleginnen und Kollegen, das ist meine Überzeugung, und deshalb gehört dieser Satz auch heute noch zu meinem morgendlichen Standardrepertoire in solchen Situationen.

Nein, als ich die Position des Vorsitzes im Telematikausschuss von meinem Vorgänger Ingo Flenker übernahm, spielte das Thema Gesundheitskarte noch nicht die zentrale Rolle – eher in dem Sinne der begleitenden Entwicklung des elektronischen Arztausweises, der seit über einem Jahr fertig ist und dem Sie durch Ihr Votum auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag auch ein hohes Maß an Zustimmung signalisiert haben.

Inzwischen hat sich allerdings mit einiger Rasanz die elektronische Gesundheitskarte zu einem hochbrisanten politischen und berufspolitischen Thema entwickelt, in das ich mich nach und nach eingearbeitet habe und bei dessen Bewältigung ich mich in technischen Fragen auf ein hochkompetentes Team stützen kann.

Das als Dank an die, die selten im Rampenlicht stehen, was denen selbst – zumal heute – wohl auch ganz recht ist, die das aber gelegentlich doch verdient hätten.

(Beifall)

Mittlerweile glaube ich bei dem Thema Telematik, speziell auch in Sachen Gesundheitskarte, ganz gut mitreden zu können und habe Ihren Auftrag vom vor-

jährigen Deutschen Ärztetag, ein gemeinsames Konzept der deutschen Ärzteschaft zur Telematik im Gesundheitswesen zu erstellen, daher auch ohne Zögern angenommen, wohlwissend, dass sich dies noch schwieriger gestalten würde als die Konsensfindung in anderen berufspolitischen Fragen. Da habe ich auch so meine Erfahrungen.

Denn: Bei allen neuen Entwicklungen, beim Beschreiten neuer Wege, sehen die einen in erster Linie Chancen, andere hauptsächlich eine riesenhafte Bedrohung. Beides ist gefährlich. Ich sehe die Risiken der Telematik, die Risiken der Digitalisierung des Gesundheitswesens vielleicht sogar schärfer als mancher von Ihnen. Vor allem aber sehe ich die Risiken einer Nichtbefassung. Denn es gibt kaum ein Gebiet, in dem eine derartig starke Dynamik abläuft wie im EDV-Sektor, in der Nachrichtenverarbeitung und in der elektronischen Kommunikation. Und schneller, als man denkt, wird man von einer derartigen Entwicklung überrollt, ohne das zunächst bewusst wahrzunehmen.

Und damit bin ich auch bereits im Thema angekommen. In Münster, vor 399 Tagen, wurde unter dem Begriff des zentralen Servers über den Komplex elektronische Patientenakte so diskutiert, als gäbe es eine solche nur in Verbindung mit dem Gesundheitskartenprojekt oder als sei gar die Gesundheitskarte selbst die elektronische Patientenakte.

Das genaue Gegenteil ist richtig. Die elektronische Patientenakte in Verbindung mit § 291 a SGB V ist bis heute noch gar nicht in Angriff genommen worden. Ich kann das deshalb so sicher behaupten, weil neben der KBV unter anderem wir, die Bundesärztekammer, die Adressaten für die Konzeption einer derartigen Vorlage gewesen wären. Ich versichere Ihnen: Spätestens seit Münster hat es weder bei der KBV noch bei uns Aktivitäten in dieser Richtung gegeben. Es wird sie in dieser Form möglicherweise auch nie geben, weil uns die Zukunft zwischenzeitlich längst eingeholt und teilweise überholt hat.

Elektronische Patientenakten sind in Deutschland unter den verschiedensten Namen bereits seit vielen Jahren im Angebot der Industrie. Eine nennenswerte Verbreitung haben diese allerdings trotz einer großen Werbekampagne, abgesehen von einzelnen wenigen Regionen, bisher nicht gefunden. Sicherheitsfragen dieser Akten sind aus unserer Sicht bisher noch nicht hinreichend geklärt worden. Selbst eine offizielle Zertifizierung solcher Produkte durch den Datenschutz betrifft oft nur das Produkt selbst, nicht aber das Umfeld, beispielsweise die Netzanbindung der Arztpraxis, in der dieses Produkt zum Einsatz kommt. Originalton Datenschützer: „Wir zertifizieren einen Kindersitz, aber nicht das Auto, in dem er befestigt ist.“

Eine ganz neue Dynamik ist allerdings dadurch entstanden, dass uns die Gesundheitsreform von 2004 nicht nur die Gesundheitskarte gebracht hat. Sie erlaubt den Krankenkassen nämlich auch, ihren Versicherten „zur Verbesserung

der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ von der Industrie angebotene elektronische Patienten- bzw. mit der korrekten Nomenklatur des § 68 SGB V Gesundheitsakten zu finanzieren. Die Kassen haben dieses Nachfragemodell nach dem Motto „me too“ inzwischen zu einem Angebotsmodell umgestaltet. Sie alle, nicht nur die Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg, die sich zuletzt bereits der AOK gegenüber vertraglich verpflichtet haben, eine Patientenakte auf der Rechtsgrundlage des § 68 SGB V zu führen, werden in der allernächsten Zeit mit Patienten- oder Gesundheitsakten unterschiedlichster Herkunft zu tun haben.

Dazu sollte man sich allerdings vergegenwärtigen, dass die Gesundheitsakten auf der Rechtsgrundlage des § 68 SGB V nicht den besonders hohen Schutzvorschriften des § 291 a SGB V – des Gesundheitskartenparagrafen – unterliegen. Denn hier werden, im Gegensatz zu den Akten nach § 68 SGB V, das Auto und der Kindersitz gemeinsam zertifiziert.

Ich fürchte, dieser Unterschied ist vielen, die heute die Diskussion über die elektronische Patientenakte in Verbindung mit der eGK bestimmen, nur unzureichend bewusst. Das ist jedenfalls mein Eindruck aus Gesprächen mit Vertretern verschiedener Organisationen, die ich in Erfüllung des letztjährigen Ärztetagsauftrags kontaktiert habe. Bei einem dieser Gespräche habe ich einen Freund und Weggefährten aus meiner Frankfurter Studentenzeit der frühen 70er wiedergetroffen. Er war schon in Sorge, Franz Bartmann habe eventuell die Seiten gewechselt und dabei gemeinsame Ursprungsziele aus den Augen verloren. Letztlich stellte sich heraus, dass da, wo er den Ursprung des Problems vermutete, ich dessen mögliche Lösung sehe.

Ich persönlich bin nämlich der festen Überzeugung, dass bei der Führung von Gesundheitsakten, und zwar unabhängig vom Aktentyp und Speicherort, vor allem durch den Einsatz von Kryptografiewerkzeugen das individuelle Patient-Arzt-Verhältnis einerseits und die informationelle Selbstbestimmung des Patienten andererseits sicher bewahrt werden können. Da stimme ich Herrn Weichert völlig zu.

Die Einwände und Bedenken im Hinblick auf die Sicherheit des Datentransfers und der Datenspeicherung sind nämlich bei der Form der bisher von der Industrie eingesetzten Patienten- und Gesundheitsakten durchaus gerechtfertigt. Sie bedienen sich in aller Regel zum Datentransfer des öffentlichen Internets, und die Daten liegen häufig unzureichend oder gänzlich unverschlüsselt auf externen Servern.

Die Existenz elektronischer Patientenakten ist also real. Die Forderung, sie einfach zu verbieten, ist – zumindest bei der derzeit geltenden Rechtslage – kaum realistisch. Was man aus ärztlicher Sicht allerdings verlangen kann und meines Erachtens auch verlangen sollte, ist der erwähnte Einsatz der Kryptografie mit-

hilfe der elektronischen Gesundheitskarte und der mit dieser verbundenen Sicherheitsinfrastruktur.

Ich plädiere damit also für die Lösung des Sicherheitsproblems der ja längst existierenden elektronischen Patientenakten. Der Einsatz der Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte erscheint mir in diesem Kontext derzeit noch alternativlos. Ich betone: derzeit. Die technische Entwicklung wird sich sicherlich auch da in Richtungen bewegen, die wir jetzt noch gar nicht absehen können.

Aber unsere Vorstellungen reichen darüber hinaus. Wir fordern die Prüfung alternativer Speichermedien in der Hand des Patienten, wobei auch diese Produkte anscheinend auch nicht ohne parallele Speicherung der Daten auf externen Servern auskommen. Darüber hinaus ist auch die Botenfunktion des Patienten bei der von vielen favorisierten USB-Stick-Variante nicht ohne sicherheitstechnische Brisanz für Arzt und Patient. Aber das kann man prüfen, und das ist eine der Forderungen aus dem Vorstandsantrag.

Ich werde aus Zeitgründen jetzt nicht das ganze Positionspapier rezitieren, möchte aber zur Erläuterung noch auf einige Punkte näher eingehen. Diese sind: die Freiwilligkeit von Onlineanwendungen durch Ärzte, die Umwidmung des Notfalldatensatzes zu einem medizinischen Basisdatensatz, der Konflikt zwischen Sicherheit und Handhabbarkeit und die Kostenfrage.

Für die ersten beiden Punkte möchte ich noch einmal den eingangs zitierten Hausarzt bemühen, der meine Identität in der Sache anzweifelte. Er war Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin an unserer Chirurgischen Abteilung für etwa sieben Jahre. Er war anthroposophisch orientiert, trotzdem einer der besten Ultraschalldiagnostiker, die ich kenne. Seine Welt war und ist die des kranken Menschen und nicht die der ICDs und OPSs. Wenn die heutige Sicht der Gesundheitspolitiker, Gesundheitsökonomen und anderer Experten, die Gesundheit im Schilde führen, nur diese Systematisierung als wahre Medizin anerkennen möchte, stellt das die Realität in seinen – wie übrigens auch in meinen – Augen geradezu auf den Kopf: Der Ursprung des ärztlichen Handelns und der ärztlichen Kunst wird von Kolleginnen und Kollegen wie diesem vertreten.

(Beifall)

In der Diskussion mit ihm ist mir klar geworden, dass man ihn niemals theoretisch von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Gesundheitsakten und elektronischer Vernetzung und Datenübermittlung wird überzeugen können. Im praktischen Umgang wird er allerdings freiwillig und ohne politische Ressentiments diese Technologie – und zwar mit oder ohne Gesundheitskarte – dann einsetzen, wenn sie ihm für seine Patienten nutzbringend scheint.

Genau aus diesem Grund ist die Forderung nach freiwilliger Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Onlineanbindung zentraler Bestandteil unseres Vorstandsantrags.

Unmittelbar im Zusammenhang damit steht die Forderung nach dem Zusatznutzen der neuen Versichertenkarte durch Umwidmung des Notfalldatensatzes zu einem medizinischen Basisdatensatz. Dieser muss dazu gar nicht wesentlich verändert werden, um gleich eine Sorge der Notfallmediziner aufzulösen, die sehr viel Herzblut in der Entwicklung eingesetzt haben. Sie werden den Notfalldatensatz auch danach noch wiedererkennen, weil er exakt das abbildet, was zur raschen Orientierung in der Praxis erforderlich ist und was manche von Ihnen, die eine gute EDV-gestützte Dokumentation haben, ihrem Patienten ausdrucken und in Papierform mitgeben. Das sind die Patienten, die wir im Krankenhaus besonders gern sehen, weil bei ihnen die Orientierung sehr rasch möglich ist.

Es geht also nicht darum, den Notfalldatensatz aufzugeben, sondern es geht um eine rechtliche Umwidmung, die uns die sinnvolle Nutzung des Datensatzes auf der eGK im Notfall wie auch in der Regelversorgung gestattet.

Jetzt einige Anmerkungen zur Sicherheit und Handhabbarkeit. Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung sind wichtige Bestandteile der gesetzlichen Grundlagen für die elektronische Gesundheitskarte. In der technischen Umsetzung durch die gematik ist dies dann in größtmöglicher Perfektion verwirklicht worden. Ich glaube, man kann das so sagen. Aber was aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung bereits erahnbar war, ist dann auch eingetreten: Patienten und Ärzte sind mit der Zugangstechnologie über eine sechsstellige PIN nicht selten überfordert. Und die Flensburger Kollegen haben recht: Der natürliche Konflikt zwischen größtmöglicher Sicherheit und bestmöglicher Handhabung muss vorrangig gelöst werden, bevor man in weitere Teststufen eintritt. Deswegen die Tests als gescheitert zu bezeichnen, ist jedoch nicht gerechtfertigt. Was wir haben, ist ein Testergebnis. Damit ist nicht mehr und nicht weniger bestätigt als die Notwendigkeit, aber auch das Funktionieren der ergebnisoffenen Tests.

Abschließend noch einige Sätze zur Kostendiskussion. Hier geht es einmal um die Gesamtkosten und zum anderen um die Kosten für den einzelnen Arzt. Die Beurteilung der Gesamtkosten des Gesundheitskartenprojekts ist deshalb so schwierig und die Kostenschätzungen sind so divergierend, weil es sich um Investitionskosten in ein Infrastrukturprojekt handelt, die sich auf viele Jahre verteilen. Eingerechnet sind auch die Kosten für die Umstellung von Prozessabläufen, also Schulungsmaßnahmen zur Umstellung und Einführung geänderter Abläufe in den Arztpraxen und übrigen Einsatzorten.

Die Kosten für die Chipkarte an sich, die jetzt im Basis-Rollout zur Ausgabe kommt, betragen nur einen kleinen Teil der zurzeit kursierenden Summen für das Gesamtprojekt, die vermutlich in der Tat höher als 1,4 Milliarden Euro liegen werden. Mit der jetzt geplanten Kartenausgabe – dem sogenannten Basis-Rollout – fallen längst nicht die gesamten Kosten an. Es können, aber es müssen dafür dann auch nur die Funktionen der uns allen bekannten Krankenversichertenkarte genutzt werden.

Die Kostenübernahme für den einzelnen Arzt scheint vertraglich durch KBV und Krankenkassen gelöst. Für alle weiteren Schritte sind den Ärzten – wenn ihnen kein ökonomisch nachweisbarer Nutzen entsteht – die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer zu vergüten. Auch dies ist eine unserer Forderungen im Vorstandsantrag. Das ist wie in der Wirtschaft: Die Investition in eine Technologie, mag sie auch noch so faszinierend und schön sein, gilt in der Wirtschaft als grober Managementfehler, wenn sie sich anschließend nicht refinanziert. Diesen Vorwurf werden wir Ärzte uns nicht machen lassen wollen. Also ist auch das eine zentrale Forderung in unserem Vorstandsantrag.

(Beifall)

Wie soll es jetzt weitergehen? Mit dem eben beschriebenen Basis-Rollout ist der gesetzliche Auftrag des § 291 a SGB V, nämlich die Krankenversichertenkarte durch die Gesundheitskarte zu ersetzen, erfüllt. Dies wird erheblichen Druck, vor allem Zeitdruck, aus der politischen Diskussion nehmen. Zeit ist nötig, um das Projekt vernünftig Schritt für Schritt weiterzuentwickeln und nicht unter Termindruck etwas einzusetzen, was sich im Feld als unmöglich erweist.

(Beifall)

Wie und ob die im Projekt der elektronischen Gesundheitskarte liegende Chance für die Etablierung einer sicheren elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen genutzt wird, hängt nicht zuletzt von der konstruktiven und kritischen Begleitung durch die Ärzteschaft ab. Und da gilt es, wachsam zu sein und nicht zuzulassen, dass dabei allein diejenigen die Richtung vorgeben, die die Technisierung und Industrialisierung der Medizin anstreben und die Telematik dabei dieser Sichtweise unterzuordnen versuchen.

Dieses hochzuhalten, sehe ich als unsere gemeinsame Aufgabe, die aber nur aus einer gemeinsamen starken Grundhaltung heraus erfüllt werden kann.

Deshalb bitte ich Sie um die Annahme der sehr kritischen und durchdachten Positionen des Vorstandsantrags. Denn trotz der Dynamik der technischen Entwicklung, die auch im Gesundheitswesen unaufhaltsam voranschreitet, muss unser gemeinsames Ziel der Erhalt einer humanen und zuallererst am Wohle des Patienten orientierten Medizin sein. Das ist im Übrigen dann auch

die Antwort auf die eingangs gestellte Frage, warum gerade ich mich mit der Telematik im Gesundheitswesen beschäftige.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Franz-Joseph Bartmann, für dieses Referat.

Meine Damen und Herren, damit ist die Diskussion zu Tagesordnungspunkt IV eröffnet. Es liegen bereits 22 Wortmeldungen vor. Der erste Redner ist der Kollege Dr. Axel Brunngraber aus Niedersachsen. Herr Brunngraber, Sie haben das Wort.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Guten Morgen, Herr Vizepräsident, sehr geehrter Tagungsleiter, und liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf die Ausführungen des Vorredners zurückkommen und sagen: Wir danken für das Papier, das vom Vorstand vorgelegt worden ist. Man hat sich die Mühe gemacht, die vielen Argumente, die wir schon letztes Jahr in Münster vorgetragen haben und die kritische Teile der Ärzteschaft, die sich diesem Projekt nicht ohne Wenn und Aber anschließen wollen, in diesem Jahr weiterentwickelt haben, zusammenzutragen, man hat sie aber leider nicht zur Blüte ihrer Argumentationslinie gebracht.

Was wir in der Zwischenzeit sehr ärgerlich fanden und was ich, wie ich sagen muss, nicht sehr fair finde, ist die Tatsache, dass die Anwälte dieses von außen an die Ärzteschaft herangetragenen und uns Ärzten zur Unterschrift vorgelegten Projekts immer sagen, die Kritiker würden von völlig irren und hanebüchenen Vorstellungen ausgehen. Ich finde es für die Verteidiger des eCard-Systems eigentlich recht sinnlos, sich einen eCard-Gegner, der von A bis Z alles falsch verstanden hat, auszudenken und diesen dann vor Publikum abzuwatschen. So kommt man mit seinen Argumenten nicht voran.

(Beifall)

Ich möchte, ohne dem ersten Referenten zu nahe zu treten, hier fragen – es handelt sich immerhin um eine Diskussion unter Ärzten und nicht unter Politikern –: Was sind Datenschützer? Datenschützer sind eben keine IT-Sicherheitsexperten wie etwa der Chaos Computer Club oder gewerblich in der Wirtschaft Tätige. Datenschützer sind im Prinzip meistens Juristen, nie, wie ich glaube, Ärzte, die die Aufgabe haben, beispielsweise die Regelungen bezüglich der eCard mit vorhandenen Bundesgesetzen in Deckung zu bringen und bei

fehlender Übereinstimmung Kritik zu üben. Ich möchte sagen – wenn Sie das bitte als Scherz verstehen wollen –: Das wäre so, als wenn Sie einen in dem befreundeten amerikanischen Staatssystem üblichen elektrischen Stuhl von einem deutschen VDE-Ingenieur auf CE- oder VDE-Tauglichkeit oder auf eine antiallergene Beschichtung der Sitzfläche untersuchen ließen, aber die Frage, ob die Tötung eines Menschen mithilfe des elektrischen Stuhls aufgrund von Strafgesetzen überhaupt akzeptabel ist, nicht behandelten.

(Beifall)

Dann sagen wir dem VDE-Ingenieur: Vielen Dank für Ihre prima Arbeit, Sie haben Ihr Studium gut gemacht, aber jetzt kommen wir, die Ärzte. Letzten Endes müssen wir das ganze Projekt unterschreiben und anwenden. Das müssen die Delegierten nachher mit ihrem Votum bekräftigen.

Die deutsche Ärzteschaft hat es in der Hand, der Bevölkerung gegenüber zu sagen: Können die Ärzte das, was die Politik hier vorlegt – wir wissen, wie diese Systeme in der Politik durchgepeitscht werden –, mit ihrer Unterschrift verifizieren? Können wir unseren Patienten sagen: Das hat unseren TÜV-Stempel, Sie können sich auf unser kritisches prüfendes Urteil verlassen, diese eCard ist in Ordnung? Darüber müssen wir hier diskutieren und am Ende befinden. Das wird uns abverlangt.

(Beifall)

Es wurde zwar von Testärzten geredet. Herr Bartmann hat gesagt, da das ja auch nicht zu verheimlichen ist – es stand in allen Zeitungen –: Die Tests haben horrible Ergebnisse erbracht. Die Tests selber sind auch horribel. Sie wissen beispielsweise, dass die eCard-Kryptografie erst im Februar 2008 ausgeschrieben worden ist. Fragen Sie mich bitte nicht, was im letzten Jahr überhaupt getestet wurde. Es ist ein Auto, bei dem erst jetzt der Motor ausgeschrieben wird. Man sitzt auf einem Verkehrsübungsplatz in diesem Auto, schaut, ob der Scheibenwischer geht. Was sind das denn für Tests!

(Beifall)

Die Tests haben gezeigt, dass selbst der Scheibenwischer nicht funktioniert. Auch das ist ein Testergebnis. Herr Bartmann sagt: Diese negativen Testergebnisse werden wir einarbeiten. Na klar, aber am Ende bitte nicht den Motor vergessen!

Meine Damen und Herren, wir fragen uns, warum zum Beispiel der Kollege Meissner aus Flensburg nicht eingeladen worden ist, hier als Testarzt zu reden. Ich frage mich, warum Kollege Korsch aus Wolfsburg nicht eingeladen worden ist.

(Beifall)

Herr Meissner hat gesagt: „Wenn man diese Tests mitmacht, sieht man, dass wir hier sehenden Auges das ganze System an die Wand fahren.“ Herr Korsch – ein Pulmologe aus Wolfsburg, im Testbereich – hat gesagt: „Wenn dieses System so durchgesetzt wird, dann wird in 50 Prozent der Praxen das Licht ausgehen. Man wird dann überhaupt keine Patienten mehr versorgen können“.

Das erfahren wir hier nicht, sondern wir erfahren nur: Interessant, diese Tests geben uns wichtige Hinweise. Das finde ich wirklich zu mager.

Der nächste Punkt: Verlust des Schlüssels. Wenn diese eCard in den Jeans mitgewaschen worden ist oder die Karte sonst wie verloren gegangen ist, kann es doch gar nicht sein, dass man diesen Datensatz jemals rekonstruiert. Wenn es dafür einen Zweitschlüssel gäbe, dann haben wir doch gar keinen Datenschutz! Lassen Sie sich das bitte auf der Zunge zergehen.

(Beifall)

Zum USB-Backup: Dass das USB-System, das ich nicht befürworten möchte, das ich aber wirklich als ernst zu nehmende alternative Anwendung ansehen möchte, kein Backup hätte, ist doch unglaublich. Das Backup liegt in den Praxen, in unseren Akten. Wenn diese USB-Sticks verloren gehen, dann rekonstruieren wir aus unseren Dokumentationen, die doch primär wir haben. Es ist doch nicht so, dass die Arztakte jetzt auf den zentralen Servern geführt werden soll. Sie wird ja trotzdem weiter in unserer Praxis geführt. Das finde ich ein falsches, schmähliches Argument dabei.

Herr Henke hat letztes Jahr in etwa gesagt: Wenn wir hier negativ urteilen, dann schlägt sich Big IT auf die Schenkel. Das ist doch ein Pseudoargument! Der Witz ist doch, dass Microsoft und Google gar nicht in der Lage wären, an die Daten heranzukommen. Gerade das staatlich verordnete, alle Patienten gesetzlich verpflichtende System einer globalen Speicherung sämtlicher Versicherungsdaten der Gesamtbevölkerung macht die Sache für die Industrie doch erst interessant. Bei Kenntnis der Sachlage und des Marktes sind das zwei völlig verschiedene Paar Schuhe.

Ich möchte Ihnen jetzt ein anderes Argument vortragen. Stellen Sie sich vor, Sie bewohnen ein kleines gemütliches Eigenheim und sitzen mit Ihren Kindern im Herbst am Kamin und finden am nächsten Tag einen Brief im Briefkasten, Sie sollten diesen Kamin jetzt auf eine kleine thermonukleare Brennanlage umstellen lassen, weil man nicht wisse, ob es künftig überhaupt noch Brennstoff gebe und weil andere es auch so machten. Dann müssen Sie Dosimeter tragen, Sie müssen Ihr Haus mit Bleiwänden absichern, Sie müssen eine funktionsfähige Zugangskontrolle im ganzen Haus installieren, weil Sie mit thermo-

nuklearen Brennstoffen natürlich auch im kleinen Maßstab nicht wie mit Kaminscheiten umgehen können.

Wir sehen den Sinn dieser komischen Regelung mit einer eCard überhaupt nicht ein. Die Patienten werden von uns untersucht, die Untersuchungen werden dokumentiert. Die vielbeklagten Schnittstellenprobleme zwischen Praxis und Klinik haben wir doch seit Jahrzehnten bewältigt.

(Beifall)

Wir Niedergelassenen müssen sogar feststellen, dass wir aufgrund anderer Eingriffe wie den DRGs seit Jahren in der Qualität weiter abnehmende Arztbriefe bekommen. Der Arbeitsdruck und die Personalverdünnung in den Krankenhäusern führen dazu, dass die Datenqualität abnimmt. Ob sie uns auf Papier, auf einem USB-Stick oder auf einem Zentralserver geliefert werden, ist doch eigentlich Wischwerk. Es geht doch primär um die Qualität der ärztlichen Arbeit, die dahintersteckt.

(Beifall)

Ich möchte mir auch ersparen, auf diese einzelnen eingestreuten Worte einzugehen, die ich als unangenehm empfinde. Herr Weichert hat gesagt, man würde hämisch darauf reagieren, wenn Termine platzen. Ich denke, wenn einem meiner Patienten der OP-Termin dreimal platzt, obwohl er und seine Familie sich darauf eingestellt haben, dass er am Dienstag laparotomiert wird, dann ist das doch keine Häme, sondern es ist wirklich eine echte Enttäuschung und Angst vor einem System, das nicht einmal seine Termine halten kann. Es ist doch nicht hämisch, wenn wir das kritisieren!

(Beifall)

Wenn wir Ärzte das nicht kritisieren würden, was wären wir denn für Untergebene ohne Selbstbewusstein, dass wir alles akzeptieren müssen. Wir müssen Termine ja auch einhalten.

Zur individuellen Entscheidung des Patienten: Herr Weichert hat gesagt, wir hätten ein modernes Gesundheitssystem, und die Auffassung, dass der Patient nicht selbstbestimmt, sondern krank sei, stehe dazu im Widerspruch. Okay, wir haben vielleicht ein modernes Gesundheitssystem, zum Teil auch deswegen, weil wir als Ärzte es selber geschaffen haben, nicht weil es uns der Staat überantwortet hat. Aber wir haben immer noch „alte“ Patienten, Menschen, die einen genetischen Satz besitzen, der Millionen Jahre alt ist, und die mit Instinkten und Urverhaltensmustern ausgestattet sind. Dazu kommen das Altern und Nachlassen der geistigen Kräfte. Ich darf an den gestrigen Tag erinnern, als wir darüber auf einem ausgezeichneten Niveau diskutiert haben.

Diesen Patienten PIN-Codes und juristisch haltbare Willensentscheidungen abzuverlangen, ist doch wirklich Unsinn, das widerspricht unserer Berufserfahrung. Die Juristen können uns doch nicht erzählen, wir seien nicht in der Lage, mit den Patienten Einwilligungen zu erzielen.

(Beifall)

Vielleicht haben Sie die Standespresse verfolgt. Ein Mitarbeiter des Bundesdatenschutzbeauftragten hat im „Deutschen Ärzteblatt“ acht oder zwölf Nummern zurück veröffentlicht, der Patient müsse seine Einwilligung eigentlich nur „konkludent“ erteilen. Sie wissen vielleicht nicht – ich bin seit vielen Jahren als Arztrechtler Richter am Sozialgericht –, was „konkludent“ bedeutet. „Konkludent“ bedeutet: Sie haben keine Einwilligung wie beim Unterschreiben eines Vertrags zu leisten, sondern man beobachtet an Ihnen bestimmte Verhaltensweisen: Sie überreichen beispielsweise Ihre Karte, und Sie tippen einen Code ein. Diese beiden Verhaltensweisen, sagt der Jurist, hätten Sie ja nicht gezeigt, wenn Sie das nicht gewollt hätten. Sie haben auf diese Weise konkludent eine Einwilligung erteilt. Das ist doch Wegelagerei, das kann man doch wirklich nicht als Maßstab für eine rechtsgültige Einwilligung betrachten!

(Beifall)

Ich möchte meine Redezeit nicht überstrapazieren. Auf dem vorjährigen Ärztetag in Münster war ich das erste Opfer einer Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Ich sehe in der heutigen Situation nur einen gewissen kleinen Ausgleich.

(Beifall)

Ich werde versuchen, die fehlende Redezeitbegrenzung nicht zu missbrauchen.

Nun zur Frage der Kosten. Meine Damen und Herren, Sie alle haben gelesen, dass in Großbritannien ein zwar strukturell etwas anderes, aber dasselbe Ziel verfolgendes IT-Konzept nach Kosten von 30 Milliarden Euro abgebrochen worden ist. Wie will man uns da erzählen, dass es bei uns 1,5 Milliarden Euro kosten soll? Ich erzähle es Ihnen: Nach der großsprecherischen Auftretensweise „Wir werden euch ein System entwickeln wie der Transrapid, das hat die Welt noch nicht gesehen, aus Deutschland kommt eben wieder das Licht!“ hat man festgestellt, dass nichts funktioniert. Dann hat man plötzlich das modulare System der Einführung erfunden, die Salamitaktik. Wir bekommen also für 1,5 bis 5 Milliarden Euro ein System, das die KVK simuliert. Es geht um den gleichen Datensatz, die Computer tun auch nichts anderes, die Karte wird nur für Funktionen freigeschaltet, die mit jenen der KVK identisch sind. Dass diese KVK-Simulation über Emulation, wie die Computerexperten sagen, ungefährlich ist, glaube ich auch. Wenn Sie über einer Stadt eine Hiroshimabombe ohne

thermonuklearen Inhalt abwerfen, wird es zunächst nur einen Blechschaden geben. Aber das ist doch keine Vorläufertestung für das andere.

(Beifall)

Wir kriegen für 4 bis 5 Milliarden Euro und bei Störung unserer internen Praxisabläufe ein trojanisches Pferd. Ich bitte auch die Klinikkollegen, sich das anzuhören; denn viele von Ihnen oder zumindest Ihre Untergebenen werden auch einmal Praxiskollegen sein – jedenfalls hoffe ich das, damit der ambulante Bereich nicht abstirbt. Das wird also auch Sie betreffen. Das heißt, auch der Klinikkollege, der hier heute Delegierter ist, hat ein Mandat, auf dieser vordergründig vorwiegend die Niedergelassenen betreffenden Ebene mitzudenken und mitzubestimmen. Wir bekommen praktisch ein trojanisches Pferd ohne Füllung, in das dann später verschiedene Funktionen nachgeschaltet werden können, über die dann nicht mehr die Ärztetage weiter entscheiden. Das Ding ist dann drin und wird freigeschaltet.

(Beifall)

Sie kennen das vielleicht von „Premiere“ oder ähnlichen Boxen, wo die Software ohne Ihr Zutun upgedatet wird. Sie haben praktisch einen kleinen ferngesteuerten Roboter in Ihrem Haushalt, der für den Auftraggeber Schaltungen vornimmt. Das können wir überhaupt nicht mehr kontrollieren.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Brunngraber, gestatten Sie mir ganz kurz bitte folgende Bemerkung. Zwar haben wir keine Redezeitbegrenzung, gleichwohl – –

(Zurufe)

– Entschuldigen Sie, aber § 13 unserer Geschäftsordnung sieht vor, dass die Redezeit in der Regel nicht länger zehn Minuten betragen soll. Bitte lesen Sie § 13 der Geschäftsordnung. Nach meiner Uhr haben Sie neun Minuten gesprochen. Ich bitte Herrn Brunngraber nur, § 13 unserer Geschäftsordnung zu beachten.

(Erneute Zurufe)

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Montgomery, ich danke Ihnen für den Hinweis. Der Blick in die Vorschriften hat häufig geholfen. Ich will es zu berücksichtigen versuchen. „In der Regel“ heißt juristisch: Es ist nicht bindend.

(Beifall)

Ich habe meine wesentlichen Punkte fast alle vorgetragen. Die Thematik und auch die anstehende Entscheidung – es geht hier ja nicht einfach darum, über die eCard nur zu reden, sondern wir müssen nachher die Hand heben, zwar nicht zum Schwur, aber zur Entscheidung – rechtfertigen sicherlich eine gewisse Ausführlichkeit, insbesondere wenn wir durch die vorherigen Referate einen Berg von Argumenten, die zum Teil die Qualität von Pseudoargumenten gestreift haben, abzuarbeiten haben. Das möchte ich doch einmal sagen.

(Beifall)

Ich möchte Ihnen den Antrag IV-12 ans Herz legen. Lesen Sie ihn sich bitte genauer durch. Herr Professor Kahlke und andere haben auch in diesem Jahr gesagt: Wir dürfen den erreichten Diskussionsstand des letzten Jahres auf keinen Fall zurücknehmen. Die zwölf Monate, die vergangen sind, zeigen, dass alles noch viel schlimmer ist als in Münster gesagt. Wir müssen diese Grenze halten und eigentlich für die freie ärztliche Entscheidung Terrain hinzugewinnen. Das ist unsere Aufgabe.

(Beifall)

Hinsichtlich eines Aspekts möchte ich Herrn Professor Hoppe für ein Argument danken, für das Bild vom Speckgürtel. Wir haben etwas von Gütesiegeln gehört, davon, dass wir IT-Audits in unserer Praxis durchführen müssen. Herr Hoppe, ich weiß nicht, ist das der dritte, vierte oder fünfte Gürtel? Das ist wirklich genau das, was uns in unserer Arbeit noch gefehlt hat! Immer weniger Ärzte, immer mehr Bürokratie, immer mehr IT, immer mehr Audits, immer mehr Firmen, immer mehr Leute, die Hardwarekomponenten während der laufenden Praxis auswechseln sollen – ich denke, das ist kein Speckgürtel, das ist wirklich Adipositas permagna. Und das müssen wir hier durchbrechen!

Waren es zehn Minuten?

(Anhaltender lebhafter Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Brunngraber, perfekt in der Zeit. Hätten Sie mich vorhin ausreden lassen, hätte ich noch vorgetragen, dass § 13 unserer Geschäftsordnung auch besagt: „Mit Zustimmung der Mehrheit kann hiervon abgewichen werden.“ Sie haben es durch Ihren Applaus implizit so gestaltet.

Ich danke Ihnen für diese Wortmeldung und rufe jetzt zur Geschäftsordnung Herrn von Ascheraden aus Baden-Württemberg auf.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, nach diesem Beitrag ist es schwierig, eine Redezeitbegrenzung zu beantragen. Ich denke, wir sollten vielleicht 45 Minuten vereinbaren.

(Heiterkeit)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das würde ich dann nach § 13 der Geschäftsordnung nicht als Redezeitbegrenzung, sondern als Redezeitverlängerung betrachten.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: In Anbetracht der langen Rednerliste und der Notwendigkeit, dass alle zu Wort kommen, beantrage ich eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Es ist eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Bitte, Frau Taube.

Taube, Sachsen: Ich verstehe die Argumente meines Vorredners, der diesen Antrag zur Geschäftsordnung gestellt hat. Wir haben eine lange Rednerliste; das ist mir klar. Jetzt hier eine Begrenzung auf drei Minuten vorzunehmen, finde ich aufgrund der Ausführlichkeit der Vorträge, die mehrheitlich so gewünscht war, nicht ganz fair, weil dann viele wichtige Dinge, die man in die Diskussion einbringen wollte, nicht mehr vorgebracht werden können. Das möchte ich zu bedenken geben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das war der Wunsch, die Redezeitbegrenzung abzulehnen. Wir kommen zur Abstimmung. Wer für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten ist, den bitte ich, die Karte zu heben. – Die Gegenprobe! – Das ist schwer zu entscheiden. Ich schlage vor, das zählen wir aus, um jeder Legendenbildung vorzubeugen.

Ich bitte also diejenigen, die für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten sind, ihre Karte zu heben. – Ich bitte diejenigen, die gegen die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten sind, ihre Karte zu heben. – Dann bitte ich noch diejenigen, die sich enthalten wollen, die Karte zu heben. – Das ist niemand. Dann

haben Sie die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten mit 117 : 101 Stimmen beschlossen.

Herr Stagge, Sie haben von Herrn Brunngraber die Opferrolle desjenigen übernommen, der als Erster nur drei Minuten reden darf. Bitte, Sie haben das Wort.

Stagge, Nordrhein: Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! eCard und Telematik sind nur vordergründig ein gesundheitspolitisches Thema. Die Entscheidung zur Datenspeicherung in der Telekommunikation, die persönliche Kennziffer und die Sammlung medizinischer Daten muss man im Zusammenhang sehen, um die Dimension zu begreifen. Der Glaube an einen guten starken Staat herrscht hier vor oder „Big Brother is watching you“. Schäuble wäre mir als Zuschauer sogar noch recht, aber sowohl Bisky als auch Schönhuber lieber nicht.

Die Probleme der Datensicherheit der Patientendaten sind mit einem zentralen Server oder mehreren zentralen Servern bei gutem Willen lösbar. Das Verlassen darauf, dass alle Teilnehmer gutwillig seien, ist nicht immer eine tragfähige Lösung; sonst brauchten wir weder Gefängnisse noch Polizei noch Bundeswehr. Wir brauchten keine Prüfungsausschüsse, keine Datenschutzbeauftragten.

Es muss als Tatsache angesehen werden, dass Möglichkeiten zum kriminellen Handeln genutzt werden, wenn sie sich eröffnen. Wir Ärzte haben eine Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber, die weit über die Verpflichtung zum Kostensparen im Gesundheitssystem hinausgeht. Wir müssen die Gesellschaft für die Probleme sensibilisieren, die sich aus der Datensammelwut ergeben können. Gerade wir Deutschen mit unserer Neigung zum Perfektionismus sind hier besonders gefragt. Ein flächendeckend ausgebautes System mit zentraler Datenspeicherung hätte in den 40er-Jahren des letzten Jahrhunderts katastrophale Folgen gehabt.

(Beifall)

Natürlich hoffe auch ich, dass sich diese Geschichte nicht wiederholt. Aber dass weiterhin Menschen zu menschenverachtenden Handlungen bereit sind, zeigt der 11. September 2001, zeigen Guantanamo, zeigen Srebrenica oder der Schießbefehl in Deutschland bis 1989.

Jetzt zurück zur eCard. Für mich steht außer Zweifel, dass eine elektronische Gesundheitsakte die Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhäusern verbessern kann. Aber nur ein dezentrales System kann den Patienten vor Schäden bewahren, wie sie gerade angedeutet wurden. Es gibt Bestrebungen für eine elektronische Gesundheitskarte auf einem USB-Stick. Das wird auch von der

Gesundheitswirtschaft witzigerweise so gesehen, sodass sie sich entschlossen hat, dafür einen Innovationspreis zu vergeben. Es sind interessante Leute dabei, auch Ärzte.

Was passiert mit der eCard in der Praxis?

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Stagge, die Zeit ist um.

Stagge, Nordrhein: Stimmen Sie gleich richtig ab. Ich habe das Gefühl, Sie wissen, was Sie tun.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich danke Ihnen für die Wortmeldung, Herr Kollege Stagge. – Die Nächste auf der Rednerliste ist Frau Kollegin Ute Taube aus Sachsen. Frau Kollegin, Sie haben das Wort.

Taube, Sachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Vor Ihnen steht eine Testärztin, und zwar aus dem Landkreis Löbau-Zittau im Freistaat Sachsen. Ich möchte Ihnen im Folgenden einen, wie ich hoffe, zeitlich angemessenen kurzen Sachstandsbericht aus unserer Testregion geben, um anschließend ein bisschen unsere eigenen Erfahrungen und unsere Sichtweise zu vermitteln.

Die Testphase „MKT+“-Szenario ist bei uns abgeschlossen. Wir befinden uns derzeit in der Testphase Release 1, das heißt, Schreiben vom elektronischen Rezept und Notfalldatensatz auf die eGK im Offlinebetrieb. Zum 12. Mai 2008 waren 440 Rezepte geschrieben, 369 davon dispensiert, und 40 Notfalldatensätze auf die Karten geschrieben.

Für unser Projektbüro in Zittau besteht derzeit ein enorm hoher Betreuungsaufwand für die 25 Testpraxen im Landkreis. Das wäre in einem Gesamt-Rollout derzeit nicht leistbar. Die Vereinfachung der Prozesse ist dringend erforderlich. Zum Beispiel ist die Patienteneinwilligung zum Aufschreiben des Notfalldatensatzes mittels PIN auf die eGK dringend zu vereinfachen. Die Einlesezeit für eine eGK beträgt in meiner Praxis circa zehn bis zwölf Sekunden. Das ist zu lang.

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Projektbüro ist ungeheuer wichtig. Wir Ärzte und unser Praxispersonal haben einen hohen Kommunikationsaufwand

hinsichtlich der Patienten. Es ist richtig – dieses Problem wurde hier schon angesprochen –: Ältere Patienten haben mit der PIN-Verwendung Probleme, sie sind damit schlichtweg überfordert. Sie sind auch – wie alle Testpatienten – durch ihre Krankenkasse unzureichend informiert. Es ist bei fast jedem Patienten mit einer eGK notwendig, das detaillierte Erläutern des Prozedere in der Praxis noch einmal vorzunehmen.

Ja, es gibt auch einige Softwareprobleme, beispielsweise wegen der Heterogenität der Praxisverwaltungssysteme. Es ist derzeit nur möglich, ein einziges Medikament pro eRezept zu verordnen und dieses quasi einzeln zu signieren. Das ist im Praxisalltag einer allgemeinmedizinischen Praxis auf dem Lande schwer leistbar. Die Komfortsignatur ist deshalb unverzichtbar. Dies als Beispiel.

Wir fordern nicht nur die technische, sondern auch die ärztliche Evaluation der Probleme und Prozesse bezüglich des medizinischen Nutzens dieser Anwendung.

(Beifall)

Unser Fazit ist trotz alledem: Wir brauchen als Erstes eine konstruktive Herangehensweise. Wir sollten und müssen im Sinne unserer Patienten und auch im Sinne unserer eigenen Arbeitsprozesse und der Effektivierung unserer Arbeitsprozesse, die wir ja eigentlich mit der EDV-Technik erreichen wollen – –

Vizepräsident Dr. Montgomery: Frau Kollegin Taube, die Zeit!

Taube, Sachsen: Gestatten Sie mir noch einen Satz.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Einen letzten Satz.

Taube, Sachsen: Die Ärzteschaft sollte und muss sich hier konstruktiv einbringen. Eine Blockadehaltung bringt uns nicht weiter.

(Zuruf: Doch!)

Warum sollten wir Ärzte unsere Chance nicht nutzen, hier unsere Positionen zu vertreten und mit in dieses Projekt einzubringen, auch wenn es noch eine ganze Weile dauert?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Taube. – Der Nächste auf der Rednerliste ist Herr Kollege Sauermann aus Sachsen.

Prof. Dr. Sauermann, Sachsen: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mein Lehrer sagte: In der Arzt-Patienten-Beziehung ist das Schlimmste, wenn Sie Ihren Patienten unvorbereitet und ohne alle Informationen begrüßen und alles neu erfragen. Wir haben es uns zu Eigen gemacht, dass wir versuchen, sofort alle wichtigen Informationen zu bekommen. Das Problem: Mein Lehrer kannte noch keine Schnittbildtechnik. Wenn ich heute einen Patienten in die Neurologie nehme, habe ich zum Teil Riesenprobleme damit, dass seine CT, die ich von irgendeiner Praxis bekommen habe, dort auch läuft.

Deshalb möchten wir den Antrag stellen, die Medienkompetenz vor allem in den Kliniken so zu schulen, dass die Kliniken als Ausbildungsstellen mit den freiwillig mitarbeitenden Kollegen draußen kompatibel sind, dass wir Standards fördern. Wir haben das beim sächsischen Projekt SaxTeleMed erlebt. Wenn Sie das nicht machen, gibt es immer Schwierigkeiten, egal wie wir uns entscheiden wollen. Wir müssen uns schnell für Standards bei den Schnittstellen starkmachen.

Wir brauchen auch eine durch die Ärztekammer noch besser ausgebaute elektronische Karte als Arztausweis, der uns zukunftsoffen macht. Ferner glaube ich, dass wir die Freiwilligkeit brauchen. Wir brauchen die Freiwilligkeit, dass die Kollegen dort entscheiden, wo es sinnvoll ist, größere Datenmengen mit solchen Informationstechnologien hin und her zu bewegen, wo es dem Patienten dient. Wir müssen aussteigen können, wo es sinnlos ist. Deshalb bitte ich Sie, unseren Antrag 13 zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Kollege Sauermann. – Als Nächster hat der Kollege Dr. Christian Handrock aus der Landesärztekammer Berlin das Wort.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Vizepräsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! In einem Autoland ist das Bild der Autoindustrie immer am hinweisreichsten. Mir kommt es so vor, als würde Daimler entscheiden: Wir bauen ein Auto, jetzt bauen wir eine große Fabrikhalle, stellen die Maschinen hinein – und dann entscheiden wir, ob wir einen Lkw oder einen Pkw bauen. Was soll das?

Um keinen falschen Eindruck zu hinterlassen: Ich selber arbeite seit vielen Jahren in einer papierfreien Praxis. Ich bin aber der Meinung, dass das, was mit der eCard auf uns zukommt, ein einziges Desaster ist.

(Beifall)

Das Problem ist, wenn ich die Situation eines Arztes von der Basis zugrunde lege, dass die eCard nur dann Sinn macht, wenn man in seiner Praxis seine Daten auch vollständig elektronisch abspeichert. Das ist aber kein Abbild der Wirklichkeit. Nach meiner Schätzung sind gegenwärtig maximal 10 Prozent aller Daten elektronisch abgelegt. Die Forderung an uns impliziert, dass wir unsere gesamten Daten elektronisch ablegen. Das können wir aber nicht von heute auf morgen erledigen. Das, was uns sozusagen ans Bein gebunden wird, ist, dass wir uns mit Verve in eine Technik hineinwerfen, die zurzeit noch vollständig unausgereift ist, bei der wir mit Sicherheit inhaltliche, monetäre und zeitliche Ressourcen einsetzen müssen.

Das nächste Problem ist: Ich kann als Niedergelassener nur einen kleinen Teil des Kostenrahmens abschätzen. Wenn ich mich auf die Lesegeräte, die erforderlich werden, beschränke und davon ausgehe, dass jeder Anwender ein Lesegerät braucht, dann komme ich auf einen Kostenrahmen von etwa 30 Millionen Euro für die Anwender. Da wir von einer durchschnittlichen Lebensdauer von drei Jahren für ein solches Gerät ausgehen können, ergibt sich ein Erhaltungsbedarf von 10 Millionen Euro nur für die Lesegeräte.

Ich fordere erstens, dass, bevor eine elektronische Datenkarte eingeführt wird, ein klarer Rahmen für die Datenerfassung gegeben ist, zweitens, dass ein fester Kostenrahmen für uns Niedergelassene und auch für die Krankenhausträger vorgegeben ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Handrock aus Berlin. – Als Nächster hat das Wort Günter van Dyk, Ärztekammer Hamburg.

van Dyk, Hamburg: Verehrtes Präsidium! Liebe Gäste! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als wir vor zehn Jahren mit dem Aufbau der elektronischen Krankenakte im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek begannen, geschah das just zu dem einen Zweck, die Arbeit zu erleichtern, und für uns Ärzte mit dem Ziel, patientennah zu arbeiten. Diese Arbeit erfolgte rein durch Ärzte und mit Unterstützung zahlloser IT-Firmen, die heute Schall und Rauch sind. Nach Übernahme

durch Asklepios gewannen diese Namen mehr an Schall. Das war dann plötzlich Microsoft, Intel, 3M, Siemens.

Wir scheinen in den Jahren zuvor gut gearbeitet zu haben, Ärzte für Ärzte, sodass das System jetzt auf andere Füße, vielleicht auch auf eine sichere Basis gestellt wurde. Bei dieser Arbeit sind mir in den letzten Jahren einige Dinge beim Besuch verschiedener Krankenhäuser und Praxen aufgefallen. Die Datensicherheit in der Praxis, die Datensicherheit in verschiedenen Krankenhäusern, insbesondere seit Einführung des DRG-Systems, müssen wir kritisch beleuchten. In diesem Sinne stehen wir für die zentrale Datensicherheit auf zentralen Servern ein, weil es einfacher ist, dort die Kontrolle auszuüben, als einen Sack Flöhe zu hüten, der in der Nähe der Internettechnologie unbedarft platziert ist.

Wir haben bei uns jetzt das Future Hospital, in dem die elektronische Krankenakte Alltag ist. Wir haben eine Punkt-zu-Punkt-Technologie aufgebaut, nachdem die Patientenkarte noch nicht eingeführt ist, in dem Sinne, dass wir niedergelassene Ärzte direkt an unsere Systeme anbinden, mit dem Zugang zu ihren Patienten. Umgekehrt haben wir Zugang zu den Daten auf den Servern der einzelnen Praxen, um diese Daten in das Krankenhaussystem einfließen zu lassen.

Das führt zu einer deutlichen Arbeitsentlastung aller Kollegen in unserem Hause. Es wäre unvorstellbar, dass dieses System zurückgedreht werden müsste. Wir haben in diesem Bereich nicht nur eine Arbeitsentlastung, sondern auch mehr Zeit für die Patienten. In den letzten drei Jahren hat sich nicht ein einziger Patient dagegengewendet, sondern alle waren mit dem System einverstanden. Es sind nicht nur der sehr schnelle Arztbrief und die sehr schnellen Befunde, die Röntgenbilder, die hier von Punkt zu Punkt wandern können, sondern auch die Kommunikation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten hat deutlich und erfreulich qualitativ zugenommen. Es kann jetzt in einer gemeinsamen Sprache geredet werden.

Der nächste Deutsche Ärztetag findet in Mainz statt, in der Stadt Gutenbergs. Ich frage Sie, ob Sie alle mit der Einführung des Buchdrucks einverstanden gewesen wären.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Günter van Dyk. – Der nächste Redner ist Professor Harald Mau von der Ärztekammer Berlin. Harald, du hast das Wort.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst möchte ich Herrn Bartmann für seinen Vortrag danken. Er hat mich tief nachdenklich gemacht und mich in meiner Reserve völlig bestärkt. Um es vorwegzunehmen: Ich bin durchaus technikbegeistert. Ich finde Technik in der Medizin gut. Ich weiß: Heute können wir ohne Elektronik nichts mehr machen. Ich finde es gut, wenn ich Patienten durch verschiedene bildgebende Verfahren durchleuchten kann und so einen kleinen Pankreastumor finde.

Ich finde es aber nicht gut, wenn mithilfe der eCard jede Krankenversicherung Ihren Patienten genauso durchleuchten kann und seine zukünftigen Lebensrisiken abschätzt.

(Beifall)

Ich fühle mich als Arzt nach wie vor dem Schutz des Patienten verpflichtet. Ich möchte ihn vor Gefahren bewahren, die er nicht erkennt, die ich möglicherweise schon erkenne. Genau muss ich ihn davor bewahren, Informationen über ihn, von denen wir zum Teil noch nicht einmal wissen, welche Konsequenzen sie für sein zukünftiges Leben haben, herauszugeben, die dann irgendwo deponiert werden, wo der Patient keine Verfügung hat und auch nicht weiß, was damit in Zukunft passiert.

Ich nenne das Stichwort Intersex. Ich mag das Wort nicht; Sie wissen, was damit gemeint ist. In der Bundesrepublik leben einige Zehntausend Menschen, deren geschlechtliche Zuordnung nicht eindeutig ist. Ärzte wissen das, sie haben es auch irgendwo verschlüsselt aufgeschrieben. Stellen Sie sich bitte vor, diese Informationen über einige Zehntausend Menschen mit ihren hochintimen Details sind irgendwo verankert, und diese Informationen sind möglicherweise ihrem privaten Zugriff, ihrer Verfügung entzogen.

Dies darf nicht geschehen. Wir sind verpflichtet, dies zu verhindern.

(Beifall)

Ein anderes Beispiel: Man kann auch schon einmal drei Jahre mit der Krankenversicherung darum kämpfen, dass ein Patient, der eine Bauchspeicheldrüsenverletzung erlitten hat, die Kosten aus der Behandlung erstattet bekommt. Die Krankenkasse sagt: Der Patient hat eine kleine genetische Deformation, die dazu prädestiniert, eine Pankreaserkrankung zu bekommen; der Patient wäre ohnehin krank geworden. Das ist dann ein Streitpunkt.

Ein weiteres Beispiel: Wir wissen heute noch gar nicht die Bedeutung der Vielzahl von Informationen abzuschätzen, die wir aus der prä- und postnatalen Genetik erhalten.

All dies muss für den Patienten so verwahrt werden wie in einem Schweizer Safe. Deshalb kann ich den Antrag des Vorstands unterstützen, der dafür den USB-Stick empfiehlt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Harald Mau. – Der nächste Redner ist der Kollege Frank-Rüdiger Zimmeck aus Hessen. Herr Zimmeck, Sie haben das Wort.

Zimmeck, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Jeder von Ihnen, der schon einmal einen Computer bedient hat, weiß, dass es keine wirkliche Datensicherheit gibt.

(Beifall)

Jeder von Ihnen, der schon einmal mit einem Politiker gesprochen hat, weiß, dass es von diesen Menschen keine wirkliche Aufrichtigkeit gibt.

(Beifall)

Und wir wollen ein Haus bauen mit unserer elektronischen Gesundheitskarte, das auf diesem Boden steht! Das kann nicht richtig funktionieren. Das bietet für unsere Patienten keine wirkliche Sicherheit. Darum lehne ich diese Form der elektronischen Gesundheitskarte ab.

Darüber hinaus beunruhigt mich auch noch Folgendes sehr. Ich habe manchmal den Eindruck, dieser Ärztetag fällt Beschlüsse zu dieser Karte, und der Vorstand der Bundesärztekammer führt in dieser Hinsicht ein Eigenleben. Wenn wir etwas nicht wollen, dann erwarte ich vom Vorstand der Bundesärztekammer, dass er diese Beschlüsse auch konsequent vertritt, konsequent umsetzt

(Beifall)

und nicht ständig versucht, durch eine Hintertür diese Suppe neu zu servieren.

(Beifall)

Das gilt selbstverständlich auch für die andere Meinung. Hier muss von uns eine Entscheidung getroffen werden. Ich erwarte, dass das, was wir entscheiden, am Ende auch umgesetzt wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Meine sehr verehrten Damen und Herren, nach § 12 der Geschäftsordnung hat der Berichterstatter, der Kollege Bartmann, um das Wort gebeten. Danach hat Herr Lipp das Wort.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Zimmeck, ich weiß nicht, ob Sie auf den Beschluss von Münster ansprechen, der die elektronische Gesundheitskarte in der vorgestellten Konzeption abgelehnt und den Auftrag erteilt hat, eine Neukonzeption zu erarbeiten. Diesem Auftrag sind wir nachgekommen. Wir haben das ganze Jahr über mit allen, die sich kritisch zur Gesundheitskarte geäußert haben – mit Verbänden, mit Einzelpersonen –, Gespräche geführt. Das ist alles in das vorgelegte Konzept eingeflossen. Wir haben daraus ein Konzept erstellt. Man kann nicht einfach erklären, man brauche eine Neukonzeption, ohne zu sagen, wie diese Neukonzeption aussehen soll. Aus diesem Bemühen heraus ist das Papier entstanden.

Auf Seite 20 ff. der Vorstandsvorlage steht, wie wir uns die Neukonzeption vorstellen. Das ist revolutionär anders als das, was in Münster diskutiert wurde.

Das Argument, wir hätten den Auftrag nicht erfüllt, kann ich nicht auf mir sitzen lassen. Es ist ein ganzes Jahr Arbeit vergangen. Wir haben uns mit einem großen Team große Mühe gegeben, alles das einzuarbeiten, was wir aus Ihren Reihen an Input erhalten haben. Bitte akzeptieren Sie, dass ich das Gefühl habe, dass wir unsere Arbeit ernst genommen haben. Wir haben Ihnen einen Vorschlag gemacht. Über diesen Vorschlag gilt es jetzt zu diskutieren.

(Beifall)

Bisher sind die Redner nur ganz partiell und tangential auf das Papier eingegangen. Ich würde mich freuen, wenn man die Diskussion etwas hinterlegen würde, insbesondere hinsichtlich der Neukonzeption.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Franz Bartmann als Referent. – Jetzt hat der Kollege Lipp aus Sachsen das Wort.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nach dem sehr angenehm emotionalen Vortrag von Herrn Brunngraber ist es natürlich schwierig, nun eine differenziert andere Position einzunehmen. Ich möchte trotzdem sagen: In vielen der Dinge, was Herr Brunngraber vorhin gesagt hat, irrt er, hat er nicht ganz recht. Ich versuche einmal, die Emotionen beiseite zu lassen und Fakten zu nennen.

Erstens. Die Karte ist anders, als es gemeinhin kolportiert wird. Sie ist nicht veraltet, sie ist nicht überholt. Prinzipiell funktioniert sie auch. Das Fraunhofer Institut – dieser Institution kann man keine Parteilichkeit vorwerfen – bestätigt dies.

Zweitens. Die Karte wird kommen, sie ist Gesetz. Was wir gar nicht richtig wahrnehmen wollen: Diese Karte ist ein sich in vielen, vielen Jahren entwickelndes System. Bis zur Realisierung dessen, was hier diskutiert wird, vergehen nach Meinung derer, die sich damit befassen, die das einführen wollen, auch im Ministerium, zehn, 15, 20 Jahre.

Es ist eben nicht, wie hier immer wieder gesagt wird, ein Kartenprojekt, bei dem man sagen könnte: Was soll der überholte Unsinn, diese mit Milliardenaufwand zu schaffende Karte ist das Gleiche wie das, was wir jetzt mit dem Foto haben. Diese Karte ist der Schlüssel zu einem völlig neuen System, zu einem IT-System, bei dem wir Ärzte, die Patienten und die Krankenhäuser nur der Appendix eines Gesamtsystems sind. Wir können und werden uns hier nicht ausklammern. Hier verhalten wir uns ein bisschen wie die Bilderstürmer.

Als die Chipkarten damals eingeführt wurden, zeigte sich dasselbe Stimmungsbild: Man war massiv dagegen. Heute hat sie quasi jeder.

Bei der Vertragsvielfalt werden wir um eine solche Karte gar nicht herumkommen. Wir werden sie benötigen.

Ich persönlich bin sogar für die große Lösung. Ich möchte auf dieser Karte gespeichert haben: die Patientenquittung, die Pflegestufe, die Rabatte, die DMPs. Nur mit dieser Karte werden wir zukünftig dieses System der überbordenden Bürokratie, das wir gar nicht wollen, noch steuern können. Es bietet die Möglichkeit, die Bürokratie zu vermindern.

Es geht nicht um die Karte, sondern das Potenzial macht die Sache interessant. Viele Bedenken, die wir haben, sind überholt, sind veraltet. Ich habe gehört – Herr Bartmann, bitte korrigieren Sie mich gegebenenfalls –, dass das Bundesministerium bei dieser Karte auf fast alle Belange der Ärzte ganz intensiv eingeht und sich immer auf die Seite der Ärzte und nicht auf die Krankenkassenseite geschlagen hat. Hier haben wir also einen deutlichen Rückhalt.

Der Chaos Computer Club hat den Auftrag, diese Karte zu knacken. Von der gematik ist dafür sogar ein Preis ausgelobt worden.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Lipp, die Zeit!

Dr. Lipp, Sachsen: Es sei mir ein letzter Satz gestattet. Wenn wir diese Karte und dieses System ablehnen, verhalten wir uns wie die Amish People. Dann werden wir mit elektronischen Wollsocken durch die Gegend laufen, wir werden Esel vor uns hertreiben und auf die Räder verzichten. Oder wir lassen uns auf das Bartmann-Papier ein und werden mitgestalten können. Sonst wird es uns oktroyiert. Wir kommen um die Karte nicht herum.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das waren viele Semikola. Trotzdem herzlichen Dank. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist der Kollege Julian Veelken aus Berlin.

Veelken, Berlin: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte ein kleines Gedankenspiel machen und annehmen: Die Daten sind sicher. Ich glaube das zwar nicht, aber wir können ja einmal so tun, als sei es so und alles verliefe so gut, wie wir es uns heute überlegen. Ich möchte einen anderen Aspekt in die Diskussion einführen, der mir bisher zu kurz gekommen ist. An den beiden vorhergehenden Tagen wurde hier sehr viel über das Arzt-Patienten-Verhältnis bzw. Patienten-Arzt-Verhältnis gesprochen, über die Intimität, über die Freundschaft zwischen Arzt und Patient. Der eine ist beschwert, der andere hilft ihm.

Das sind Sachen, in denen ich mich durchaus wiederfinde. Ich denke, auch das ist ein Grund, warum man als Krankenhausarzt Medizin studiert hat und was man unbedingt hochhalten möchte. Wenn ich als Patient mit einem kaputten Knie zum Orthopäden gehe, der Arzt meine Karte einliest – nicht auf der jetzigen Stufe, aber später – und auf eine elektronische Patientenakte stößt und sieht, dass ich vor vier Wochen wegen meiner Erektionsstörungen beim Urologen war, dann ist der Orthopäde im Verhältnis zum Urologen ein Dritter, der sich die Informationen aus meiner Akte rausholt. Mit anderen Worten: Das Arzt-Patienten-Verhältnis, von dem wir hier so oft gehört haben, dass es ein Verhältnis zwischen zwei Personen ist, wird kollektiviert.

(Beifall)

Man könnte sagen: Endlich kann der Patient nicht von dem einen Arzt zum anderen gehen und jedem etwas anderes erzählen. Darüber ärgern wir uns alle, ich auch. Ich glaube allerdings, entsprechend seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung darf er das. Ich bin gespannt, was das Bundesverfassungsgericht sagt, wenn man dem Patienten sagt: Du darfst nicht zu jedem Arzt gehen und etwas anderes erzählen. Der Patient ist Herr seiner Informationen, und er darf jedem von uns, ob es uns passt oder nicht, erzählen, was er möchte. Es gibt überhaupt keinen Grund dafür, dass das irgendwo gesammelt wird. Nur weil ich einen Heilberufsausweis habe, soll ich als „Kollektivfreund“ dieses Patienten berechtigt sein, diese Information, die er irgendeinem anderen Kollegen gegeben hat, einzusehen und zu bündeln? Ich denke, das Arzt-Patienten-Verhältnis besteht individuell zwischen zwei Teilnehmern und ist kein Kollektivvertrag, wie es die Telematikplattform in ihrer vollen Ausbaustufe sein wird.

(Beifall)

Ich kann es nicht vollständig nachprüfen, aber für mich ist die Information aus persönlichen Gründen relativ sicher: In Berlin gibt es eine große private Krankenhauskette, die zu den Niedergelassenen geht und ihnen einen Dongle gibt, mit dem sie von ihrem Praxiscomputer aus auf die Krankenhauscomputer zugreifen und sich dort die Daten herausholen können. Ich halte das für einen Skandal,

(Beifall)

weil ich sicher bin, dass die Patienten weder im Krankenhaus noch bei dem Kollegen, der den Dongle bekommt, irgendetwas in dieser Hinsicht unterschrieben haben.

Das ist erst der Beginn der Auswüchse, die wir zu erwarten haben, wenn wir dieses Projekt durchführen. Deshalb plädiere ich dafür, im Sinne des Antrags IV-12 die elektronische Karte abzulehnen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Veelken. – Die nächste Rednerin ist Dr. Heidrun Gitter, Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Brunngraber, ich kann Ihnen versichern, dass wir Krankenhausärzte die gleiche

Problematik haben wie die niedergelassenen Ärzte. Auch hier – ich sage ausdrücklich: auch hier – sitzen wir in einem Boot. In der Klinik haben wir die elektronische Krankenakte bereits vielfach. Es passiert etwas, was ich Ihnen nicht verschweigen möchte: Die Archivkraft wird eingespart, aber meine ärztliche Arbeitszeit wird dafür verschwendet, dass ich den PC rauffahren, in den Akten blättern und mir die Informationen heraussuchen muss, die ich früher vorgelegt bekommen habe. Das ist ein Beispiel für den Tagesordnungspunkt, den wir noch vor uns haben, wie es nicht sein sollte.

Herr Vorsitzender, ich möchte mit Ihrer Erlaubnis den Brief einer deutschen Gesundheitskasse zur Kenntnis geben, um zu illustrieren, wie heutzutage weitverbreitet das Verständnis von Datenschutz aussieht. Es geht um ein fünfjähriges Kind, das ich behandelt habe. Der Text lautet folgendermaßen:

> *Sehr geehrte Damen und Herren! Auf dem Abrechnungsschein der ambulanten Notfallbehandlung vom 19.10.2007 wurde die Diagnose „Verletzung der Vulva“ angegeben. Bitte teilen Sie uns mit, ob die Verletzung durch Missbrauch entstanden sein könnte.*

Das habe ich natürlich nicht getan. Ich habe eindeutige Hinweise dazu gegeben, wie ich das finde, und ich habe auch angekündigt, dass ich den Brief hier verlesen werde.

Das zeigt, was los ist, wenn unsere Partner ein solches Verständnis haben.

Ich finde den Vorstandsantrag insgesamt sehr gelungen, Herr Bartmann, weil er in der Tat das aufgreift, was wir in Münster beschlossen haben. Auf Seite 5 sind ganz klar die Punkte aufgegriffen, auch in der Fortentwicklung der Konzeption. Dennoch findet sich dort wiederholt der Satz, dass die Ärzteschaft ihre Mitwirkung unter anderem von der Beachtung der von ihr formulierten Prüfsteine und Positionen zum Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen abhängig macht.

Auch ich möchte wissen: Inwieweit werden wir gehört? Inwieweit werden unsere Ansichten berücksichtigt? Was tun wir denn, wenn unsere Ansichten nicht berücksichtigt werden? Wie sanktionieren wir?

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Heidrun Gitter. – Der nächste Redner ist Herr Privatdozent Dr. Andreas Scholz aus der Ärztekammer Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn wir uns hier mit der Telematik beschäftigen, ist das relativ schwierig, weil alle möglichen Felder vermischt werden. Ich will auf keinen Fall, dass beispielsweise das elektronische Auslesen des EKG-Geräts und ähnliche Dinge abgeschafft werden. Aber unsere Kritik und die Probleme entzünden sich an Entwicklungen, die letztlich aus der Verwaltung der Patientendaten resultieren. Ich finde es nur richtig, wenn wir auch hier kritische Anmerkungen machen.

Herr Weichert, ist es nicht zutreffend, dass Ihr Zentrum oder Ihre Datenschutzbeauftragten in Schleswig-Holstein wegen der aufgetretenen Probleme zum Abbruch des Feldversuchs aufgerufen haben? Ich möchte Herrn Kollegen Brunngraber widersprechen: Sie können dort sehr wohl Erkenntnisse erzielen, nämlich dass sich 30 Prozent der Ärzte ihren Arztausweis durch irreversible PIN-Eingaben oder falsche Eingaben gesperrt haben. 75 Prozent der Patienten haben das geschafft. Ich finde, daraus können wir einen tollen Demenzindex machen. Wenn Sie das teilen und in Ihrer Praxis persönlich unter 2,5 kommen, dann haben Sie ein Problem. Wenn Sie über 2,5 kommen, hat Ihr Patient ein Problem.

Zum Inhaltlichen: Es gibt zig Module. Wenn jemand hier im Saal sitzt, der das alles versteht, der möge es mir hinterher einmal erklären. Meine Kernfrage lautet: Sind die Schnittstellen alle getestet? Es muss für einen Datenschützer doch ein Albtraum sein, alle Schnittstellen zu beobachten und festzustellen, welche denn wie und wo funktionieren. Ich glaube, so etwas brauchen wir nicht.

(Beifall)

Zu den Kosten: Schauen Sie bitte in den Bericht der gematik auf Seite 24. Dort ist eine Kosten-Nutzen-Rechnung aufgemacht. Die mittlere Erwartungswahrscheinlichkeit hinsichtlich eines Minus liegt bei zehn Jahren. Wenn wir hier auf dem Ärztetag immer wieder erklären, wir hätten Probleme mit der Finanzierung, dann frage ich: Warum sollen wir uns für eine derartige Lösung entscheiden, bei der wir von vornherein wissen, dass sie uns mit einer mittleren Erwartungswahrscheinlichkeit ein Minus bescheren wird? Wir müssten doch bescheuert sein, das selber zu tun!

(Beifall)

Ich finde es beschämend, wenn es diese hohen Standards gibt, die in § 291 a SGB V niedergelegt sind, dass es in einigen Bundesländern Kolleginnen und Kollegen gibt, die dort, weil es ein paar Euro mehr gibt, Verträge abschließen und ungesichert Patientendaten auf AOK-Servern speichern. Ich finde, das gehört sich dann aber auch nicht!

(Beifall)

In Kalifornien sind einer Krankenkasse fünf Server gestohlen worden. Sie musste sich auf ihrer Homepage dafür entschuldigen, dass 400 000 Patientendaten verschwunden sind. Ich finde, das ist das Hauptproblem, Herr Weichert: Sind die elektronischen Daten erst einmal heraus, dann ist es wie mit der Zahnpasta aus der Tube – man bekommt sie nicht mehr zurück. Da müssen wir zum Äußersten schreiten und die Zahnpasta drinlassen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Scholz. – Bevor der Kollege Peters ans Rednerpult tritt, hat der Referent, Herr Dr. Weichert, ums Wort gebeten. Herr Peters, ich darf Sie um etwas Geduld bitten.

Dr. Weichert, Referent: Sehr geehrte Damen und Herren! Nachdem ich ein paar Mal angesprochen worden bin, habe ich mich zu Wort gemeldet, weil ein paar falsche Dinge in den Raum gestellt wurden.

Herr Scholz, es ist nicht richtig, dass das ULD zum Abbruch des Projekts aufgerufen hat, nachdem Probleme mit der PIN entstanden sind. Richtig ist vielmehr, dass wir Vorschläge gemacht haben, wie man den Datenschutz gewährleisten kann und trotzdem die Funktionalität des Verfahrens weiterhin sichern kann, damit diejenigen Personen, die mit der PIN nicht umgehen können, trotzdem in die Informationsverarbeitung der eGK eingebunden werden können.

Zur Datensicherheit: Ich prüfe seit 20 Jahren nicht nur rechtlich, sondern auch technisch Datensicherheit bei ambulanten Arztpraxen und Krankenhäusern. Ich muss Ihnen sagen, die Situation ist teilweise katastrophal. Ich habe ganz persönlich die Hoffnung, dass durch die Automatisierung – das habe ich in meinem Vortrag auch dargestellt – ganz bestimmte Standards etabliert werden. Diese Standards sind von allen zwangsläufig durch die Etablierung des jeweiligen Systems einzuhalten. Insofern habe ich die Hoffnung, dass sich über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte die Datensicherheit insgesamt verbessert.

Die Behauptung, die Datenschützer seien Juristen, trifft auf mich zu. Wir Datenschützer wären eine Katastrophe und nähmen unsere Aufgabe nicht wahr, wenn wir nur Juristen wären. Bei uns im ULD sind etwa 50 Prozent Techniker. Natürlich tun wir nichts anderes, als die Datensicherheit zu prüfen, wenn wir ein System prüfen, wenn wir ein Gütesiegel verleihen. Natürlich ist die Datensicherheit ein ganz zentraler Aspekt unserer Prüfung. Wäre das nicht so, nähmen wir unsere Aufgaben nicht wahr.

Ich finde die Idee gut, Angriffe auf das System zu starten. Wir laden Mitglieder des Chaos Computer Clubs und andere Hacker ein, entsprechende Prüfungen durchzuführen, sogar hinsichtlich unserer eigenen Systeme. Wir haben ja selbst ein Interesse daran, dass diese Systeme sauber sind. Wenn sie sauber sind, können wir mit einem besseren Gewissen sagen: Okay, sie können eingesetzt werden.

Insofern ist die elektronische Speicherung für uns kein Albtraum, sondern ein ganz normaler Fall, mit dem wir täglich zu tun haben. Es ist unsere Aufgabe, die elektronische Speicherung sicher zu machen. Zu diesem Zweck gibt es das Gütesiegel. Es bedarf dafür keiner Prüfung der Ärztinnen und Ärzte, sondern einer Prüfung der IT. Sie können mit einer relativen Sicherheit, wenn Sie alles korrekt anwenden, davon ausgehen, dass das System, das Sie verwenden, den aktuellen Standards der Informationssicherheit genügt.

Noch ein Argument zur zentralen Speicherung. Eine zentrale Speicherung kann man durchführen oder auch nicht. Das Problem ist die logische Zugänglichkeit zu den jeweiligen Daten. Über die Kryptografie haben wir die Möglichkeit, jedes einzelne Datum oder jeden einzelnen Datensatz anders zu verschlüsseln als alle anderen auf dem Speicher abgelegten Daten. Das hat zur Konsequenz: Wenn das von der Polizei oder irgendeiner anderen Stelle beschlagnahmt wird, wenn es von jemandem gehackt wird, dann können Polizei oder Hacker mit diesen Daten nichts anfangen.

Das ist die Logik, die hinter dem System der eGK steckt. Es ist aber nicht die Logik, die hinter anderen Dateien, die ansonsten in der Verwaltung genutzt werden, steckt. Insofern sind Sie hier wirklich auf der sichereren Seite. Beschäftigen Sie sich bitte mit dieser Problematik, und Sie werden feststellen, dass das Gesundheitsministerium hier ausnahmsweise gute Arbeit geleistet hat, aber erst nachdem ihm ein paar Mal von den Bürgerrechtsorganisationen oder auch von den Datenschutzbeauftragten auf die Finger geklopft wurde.

(Beifall)

Lassen Sie mich ein Beispiel für die dezentrale Datenspeicherung geben. Google speichert die Daten von etwa 1 Milliarde Internetnutzern. Wissen Sie, wo diese Daten gespeichert werden? Sie werden nicht zentral gespeichert, sondern dezentral in Hunderten von Serverparks auf der ganzen Welt. Natürlich hat die Firma Google Zugriff auf alle diese Daten.

Wenn die Daten durch die Patienten oder durch die Ärzte verschlüsselt würden, hätten wir eine viel bessere Datensicherheit als derzeit bei der Internetnutzung.

Die konventionelle Datenhaltung wird durch das neue Telematiksystem niemandem genommen. Sie können die gesamte Datenverarbeitung der Akte auch in Zukunft betreiben. Es besteht auch keine Pflicht zur elektronischen Speiche-

rung, außer bei den Grundanwendungen. Das sind die Stammdaten und irgendwann die elektronischen Rezepte. Das ist es dann auch schon. Es gibt also einen langen Zeitraum, innerhalb dessen man von der konventionellen zu der elektronischen Datenverarbeitung übergehen kann.

Bei uns im Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz gibt es Experten ohne Ende, aber wir führen weiterhin unsere Papierakten, weil das einfach sicherer ist. Das heißt aber nicht, dass wir uns der elektronischen Datenverarbeitung verschließen. Natürlich integrieren wir uns auch in die Infrastrukturen des Landesnetzes der Verwaltung in Schleswig-Holstein. Ich glaube, Sie brauchen keine Befürchtungen zu haben, sich in ein abgeschlossenes Telematiknetz auf Bundesebene zu integrieren.

Das Beispiel, das Frau Gitter vorgetragen hat, habe ich mit Interesse zur Kenntnis genommen. Natürlich muss man bei jedem, der Interesse an irgendwelchen Daten hat, skeptisch sein. Die Krankenkassen halten sich nicht immer an Recht und Gesetz; deshalb gibt es uns Datenschutzbeauftragte.

(Beifall)

Das heißt aber noch lange nicht, dass ein institutionalisiertes Misstrauen dazu führt, dass man ganze Systeme, die damit überhaupt nichts zu tun haben, in Grund und Boden verdammt. Die eGK und die Telematikinfrastruktur haben mit den ganzen Abrechnungsproblemen nichts zu tun.

Meine letzte Aussage bezieht sich auf das Bundesverfassungsgericht. Hier wurde die Hoffnung geäußert, dass das Bundesverfassungsgericht § 291 a SGB V kippt. Ich garantiere Ihnen – ich bin als Jurist gut genug, um Ihnen das sagen zu können –: Vor dem Bundesverfassungsgericht haben Sie gegen dieses Gesetz keine Chance, weil es wirklich ein vorbildliches Gesetz ist. Wir haben das schon einmal erlebt. Beim ICD gab es auch Klagen vor dem Bundesverfassungsgericht. Das Bundesverfassungsgericht berücksichtigt nicht nur ein einziges Interesse, sondern hat eine Vielzahl von Interessen zu berücksichtigen. Dazu gehört die Funktionsfähigkeit und die Kommunikation im Gesundheitswesen auch. Ich glaube, das würde dann entsprechend berücksichtigt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Dr. Weichert, für die Klarstellungen. – Jetzt hat der Kollege Hans-Peter Peters aus Westfalen-Lippe das Wort.

Dr. Peters, Westfalen-Lippe: Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Zunächst von dieser Stelle aus herzlichen Dank an Herrn Lipp. Sie haben es verstanden. Gestern haben wir noch das „Ulmer Papier“ beschlossen, haben einen Aufschlag gemacht für eine Neupositionierung; heute sind wir eigentlich mitten im Spiel: Telematikanwendungen. Da geht es um Umsetzung, Neuorientierung, wie wir ein modernes Gesundheitswesen gestalten wollen. Die Anforderungen, die sich für die Zukunft ergeben, können wir nur mit Telematik und Telematikanwendungen bewältigen. Es geht an dieser Stelle nicht um die eGK. Die eGK ist meines Erachtens unglücklich eingestielt. Die Diskussionen darüber werden emotional geführt. Ich möchte hier auch nicht in die Detaildiskussion einsteigen. Ich hätte gern ein Koreferat oder etwas Ähnliches gehört. Wir können Grundsatzdiskussionen führen, aber das bringt uns an dieser Stelle leider nicht weiter.

Gerade hier ist ärztlicher Sachverstand, ist ärztliches Handeln, aber auch unternehmerisches Know-how gefragt, denn nur wir wissen, wie es in der Praxis und in den Krankenhäusern aussieht.

Den ewigen Bedenkenträgern möchte ich von dieser Stelle aus sagen: Bitte hören Sie doch auf, die Kolleginnen und Kollegen ständig zu verunsichern. Das bringt uns zwar Punkte, ist aber emotional völlig unintelligent.

(Beifall)

Entwickeln Sie doch visionäre Willenskraft. Diese brauchen Sie. Sie brauchen Mut, Kraft und die Bereitschaft, neue Wege zu gehen und Dinge umzusetzen. Wenn wir das nicht schaffen, brauchen wir uns überhaupt nicht mehr zusammenzusetzen. Dann werden wir Papiere produzieren, aber nichts wird passieren.

Nehmen Sie Mut und Kraft zusammen, und treffen Sie Entscheidungen, die richtungsweisend sind. In dem Positionspapier steht doch alles, was wir wollen und fordern. Da geht es um Freiwilligkeit; das halte ich an dieser Stelle für ganz wichtig. Wir können da nicht gegängelt werden. Es muss aber auch Institutionen geben, die die Richtung vorgeben. Ich will nicht den Begriff „kontrollieren“ in den Mund nehmen. Es geht darum, einen Prozess vernünftig und sachgerecht zu begleiten.

Ich bin selber Arzt in einer Testregion. Ich frage Sie: Was spricht gegen ein Versichertenclearing? Ich kann aus meiner Praxis nur sagen: Es ist möglich und geht just in time. Wir beklagen uns doch ständig über den Missbrauch der Versichertenkarten. Er machte vor Jahren 3,5 Milliarden DM aus, im letzten Jahr waren es noch 1 Milliarde Euro. Es ist doch wunderbar, wenn ich weiß, welchen Versicherten ich vor mir habe. Es ist doch wunderbar, wenn ich einen Notfalldatensatz habe, gleichgültig wie er heißt. Es ist sehr gut, wenn ich Daten habe,

bei denen ich sehr schnell erkennen kann, welche Allergien oder Unverträglichkeiten der Patient hat.

Das ist ein ganz klarer Beitrag zur Steigerung der Patientensicherheit. Dazu sind wir dem System gegenüber auch verpflichtet. Da müssen wir uns einbringen.

Ich fasse zusammen: Nutzen Sie die Chancen, und verspielen Sie nicht die Möglichkeiten.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Peters. – Der nächste Redner ist der Kollege Christian Köhne aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst möchte ich Herrn Brunngraber für den Kovortrag danken. Er hat sehr plastisch sehr viele Kritikpunkte vorgetragen, die auch ich habe. Ich hätte sie nicht so gut darstellen können, ganz abgesehen davon, dass dies in drei Minuten Redezeit gar nicht möglich gewesen wäre.

Neben der Kritik an den aktuellen Entwürfen sehe ich auch die Notwendigkeit, Standards im Rahmen der Verschlüsselung von Daten und des sicheren Datenaustauschs zu entwickeln. Ich bin ebenso wie Herr Dr. Weichert der Meinung, dass in den aktuellen Strukturen, die zwischen den Kooperationspartnern bestehen, ganz große Lücken klaffen. Von daher müssen wir es schaffen, in Zukunft Standards zu setzen. Dabei ist es gleichgültig, ob wir das elektronische Gesundheitskarte nennen oder anders.

Ich habe meine Zweifel, ob ein Neuanfang bei diesem Projekt Erfolg haben wird. Ich frage mich: Hätte der Spatz von Ulm die Chance gehabt, sein Verfahren durchzusetzen, wenn schon ein halbes Stadttor abgebrochen gewesen wäre? In das Projekt ist bereits sehr viel Arbeit investiert worden. Es werden sich sicherlich einige schwertun, da zurückzugehen.

Einer meiner Hauptkritikpunkte betrifft die Struktur, innerhalb deren die medizinischen Daten erfasst werden sollen. In dem Papier ist an einer Stelle von gut strukturierten Informationen die Rede. Als Arzt folgere ich daraus, dass in einem Arztbrief oben das Wichtige steht und das Unwichtige weiter unten steht. Die Informatiker verstehen darunter aber, dass Datenstrukturen existieren, die gut auszuwerten sind, auf der anderen Seite aber auch beschränkt sind.

Als Mediziner frage ich mich natürlich: Was nutzt uns das? Das sind im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis und bei dem individuellen Gesundheitszustand des Patienten in der Regel nicht strukturierte Informationen, sondern Prosainformationen, Freitexte, Arztbriefe. So etwas würde dem Projekt weiterhelfen.

In diesem Sinne habe ich versucht, das an zwei Stellen im Papier des Vorstands der Bundesärztekammer einzuarbeiten, dass die Daten demnächst im Freitext vorliegen und der Empfänger die wesentlichen Informationen, die individuell auf den Patienten zugeschnitten sind, lesen kann.

Strukturierte Informationen haben darüber hinaus den großen Vorteil, dass sie nicht systematisch auszuwerten sind, sodass viele berechtigte Ängste zurückgestellt werden können. Die Schnittstellen können langfristig konstant sein, damit man nicht alle zwei Monate ein neues Update für seine Software braucht, was langfristig hohe Zusatzkosten bedeuten würde.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christian Köhne. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Herr Professor Winfried Kahlke, Vertreter der Ärztekammer Hamburg.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist doch gut, dass das Plenum des Deutschen Ärztetages vor einem Jahr in Münster diesen nicht für alle ganz akzeptablen Antrag angenommen hat; denn dadurch haben wir heute diese differenzierte Debatte, für die ich dankbar bin, und dadurch haben wir auch die Gelegenheit gehabt, diese beiden hervorragenden Referate von Herrn Weichert und von Herrn Bartmann zu hören. Ich glaube, wenn das Plenum dies im vorigen Jahr nicht beschlossen hätte, hätten wir diese Diskussion heute nicht. Ich glaube, diese Diskussion und diese Informationen sind etwas ganz Wesentliches.

Auf der anderen Seite gebe ich zu – so geht es mir persönlich und vielleicht auch vielen anderen Kritikern –, dass es etwas schwieriger geworden ist, dagegen zu argumentieren. Das will ich offen sagen. Das war in Münster einfacher, weil – das ist ja das Positive – viele der Kritikpunkte in dem sehr differenzierten Papier von Herrn Bartmann jetzt aufgenommen sind.

Ich greife gern die Frage von Frau Gitter auf: Was passiert denn, wenn diese Forderungen nicht akzeptiert werden? Nach der Vorlage heißt das: Wir bleiben

trotzdem im Boot. Nach dem Antrag 12, der auch von mir unterschrieben ist, wird verlangt: Solange bestimmte Forderungen nicht erfüllt sind, müssen wir dieses Projekt ablehnen. Ich denke, das ist auch eine Konsequenz.

(Beifall)

Es gibt verschiedene Schwerpunkte. Es ist sehr viel über die Datensicherheit gesagt worden. Das ist aber nur die eine Seite. Auch die Technik ist die eine Seite. Die andere Seite ist, so denke ich, der Bereich, in dem wir auf der Basis unseres – das ist ein bisschen altmodisch ausgedrückt – Berufsethos handeln. Der Kollege Julian Veelken hat auf den Fall hingewiesen, dass durch die Gesundheitsakte Kenntnisse an Kolleginnen und Kollegen weitergegeben werden, und zwar ohne Einverständnis des Patienten, einfach weil sie dort vorhanden sind. Bei allem Vorteil, dass die Daten schnell und einfach verfügbar sind, gilt: Darüber können wir nicht so einfach verfügen.

Ich glaube, durch die Telematik wird in diesen Bereich der Beziehungsmedizin eingegriffen. Das ist in meinen Augen der schützenswerteste Raum. Das hat auch der Vortrag von Herrn Hoppe deutlich gemacht. Das steht auch im „Ulmer Papier“.

Ich denke, das Projekt ist mit dem Grundvertrauen unserer Patienten in unsere Tätigkeit nicht vereinbar. Das bewährte Konzept einer am Individuum und seiner individuellen Lebensgestaltung orientierten Humanmedizin würde dadurch zerstört.

Deshalb bitte ich Sie, auf dem diesjährigen Ärztetag, weil sich das Konzept nicht geändert hat, die Gesundheitskarte weiterhin abzulehnen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Winfried Kahlke. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Herr Kollege Holzborn aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren Kollegen! Frau Schmidt hat vorgestern gesagt: Mit der Gesundheitskarte sind wir auf einem guten Weg. Sie hat auch gesagt: Die Kostenfrage ist gelöst. Beides ist natürlich nicht richtig. Seit Münster sind zwar viele Dinge überlegt worden, aber – daran hat Frau Gitter erinnert – der Beschluss von Münster wurde letzten Endes nicht umgesetzt. Ich vermisse – andere sicherlich auch – Ergebnisse dieser

Testungen, die wir haben wollen und die wir brauchen. Wir hören nichts Offizielles, sondern allenfalls etwas, was aus Nebenquellen – sprich: Chaos Computer Club usw. – in die Öffentlichkeit getragen wird. Ich erwarte schon, dass über die Einsätze der Karte und über die Ergebnisse berichtet wird. Deshalb auch der Antrag 16. Wenn berichtet wird, möchte ich erfahren, von wem berichtet wird und welche Abhängigkeiten bestehen. Wenn in diesem Antrag nur das „Deutsche Ärzteblatt“ genannt wurde, dann deswegen, weil wir dort als Ärzteschaft einen direkten Zugriff haben. Das wäre natürlich auch für alle anderen Publikationen wünschenswert, aber das können wir natürlich nicht fordern.

Ich möchte bezüglich der Kosten einen Punkt erwähnen, der Ihnen vielleicht neu ist. Die Professional Card, also der Ärzteausweis in elektronischer Form, der ja den Papierausweis ersetzen soll, der notwendig ist, um etwas zu signieren, wenn Sie ein Rezept absenden wollen usw., kostet natürlich etwas. Das Trust Center will Geld dafür haben, aber nicht nur einmal, sondern jedes Jahr 20 Euro, mal eben so. Früher konnte ich das Rezept unterschreiben, dann war es gültig, es wurde anerkannt. Jetzt brauchen wir jemanden, der locker jedes Jahr für diese Zertifizierung um die 8 Millionen Euro einstreicht.

So viel zu dem von Herrn Hoppe erwähnten fünften Zwiebelring. Man hat gesucht, wo man schürfen kann, und hat eine Geldquelle gefunden. Das dient keineswegs der Gesundheit, sondern landet in anderen Taschen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Holzborn. – Die nächste Rednerin auf der Rednerliste ist die Kollegin Susanne Johna aus Hessen.

Dr. Johna, Hessen: Liebes Präsidium! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Herr Peters hat vorhin gesagt, wir bräuchten Mut und Kraft. Ich denke nicht, dass wir Mut und Kraft brauchen, um das abzusegnen, was der Gesetzgeber von uns wünscht. Ich glaube eher, dass wir Mut und Kraft brauchen, uns für die Interessen unserer Patienten und die Interessen der Bürger dieses Landes einzusetzen.

(Beifall)

Herr Bartmann wünscht sich von uns, dass wir auf Details des Papiers eingehen. Auch das verstehe ich gut, denn es ist sicher mit einem hohen Zeitaufwand erarbeitet worden. Aber es macht keinen Sinn, über Details zu reden,

wenn man gegen Prinzipien ist. Ich bin prinzipiell gegen eine zentrale Speicherung und gegen die Datenanhäufung in großen Mengen auf zentralen Speichern.

(Beifall)

Diese Daten stellen Milliardenwerte dar. Wo wir Milliardenwerte anhäufen, stehen plötzlich Millionen zur Verfügung, um an diese Milliarden heranzukommen.

(Beifall)

Glauben wir wirklich, dass die Datenschützer der Banken in Liechtenstein gesagt hätten, unsere Daten sind so einigermaßen sicher? Auch diese Daten wurden für Millionen gekauft.

(Beifall)

Man könnte sagen: Das alles setzt kriminelle Energie voraus. Man könnte vielleicht der Hoffnung sein, dass es sie in dieser Form nicht gibt. Ich glaube, dass der Kryptografieschlüssel die größtmögliche Form der Sicherheit darstellt. Aber das ist mir immer noch nicht sicher genug.

Ich komme zu dem erlaubten Zugriff. Glauben wir an den in diesem Kontext mündigen Patienten? Bereits heute werden tagtäglich von Krankenkassenmitarbeitern und nicht etwa vom Medizinischen Dienst Patienten darum gebeten, die kompletten Arztbriefe vorzulegen, Unterlagen über ihren Krankenhausaufenthalt. Glauben Sie wirklich, dass der 70-jährige Patient, der von der freundlichen Krankenkassenmitarbeiterin gebeten wird, einen Einblick in die Gesundheitsakte zu ermöglichen, sich in diesem Moment an seinen Datenschutzbeauftragten wendet?

Ich komme zu dem freiwilligen Zugriff in Form von Anträgen. Wenn uns Versicherungen im Rahmen von Anträgen bitten, Zugriff auf Patientenakten haben zu können, können wir das natürlich ablehnen. Das ist keine Frage. Die Konsequenzen wird es dann auch geben.

(Beifall)

Die schlimmste Form der Steigerung: Ab wann werden wir bei der Einreise in bestimmte Länder nicht nur unseren elektronischen Fingerabdruck, sondern auch noch unsere Patientenakte vorlegen müssen?

(Beifall)

Ich gebe zu, dass das alles krasse Steigerungsmöglichkeiten sind. Aber es hat schon genug krasse Dinge gegeben.

Ich rufe deshalb alle diejenigen Ärzte auf, die sich der Verantwortung für ihre Patienten bewusst sind, die eCard in der jetzigen Form abzulehnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Frau Kollegin Johna. – Als Nächster hat das Wort Dr. Andreas Scheffzek aus der Ärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Scheffzek, Baden-Württemberg: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich danke ausdrücklich den beiden Referenten für die ausführliche und detaillierte Darstellung. Ob es nötig ist, diejenigen Kollegen, die Zweifel und weitere Fragen haben, der Unlauterkeit zu bezichtigen, dies zumindest in den Raum zu stellen, ist fraglich. Am Anfang des Antrags IV-1 lautet der dritte Satz der Zusammenfassung:

> *Dem steht das zunehmende Interesse Dritter an Behandlungsdaten … entgegen.*

Manchmal ist es einfacher, Sätze einfach zu vertauschen. Dann wird der Inhalt deutlicher. Man muss fragen: Wem steht das gegenüber? Dazu heißt es:

> *… Kompetenz und Verschwiegenheit des Arztes, die Berücksichtigung der individuellen Belange … des Patienten und der verantwortungsbewusste Umgang mit Information und Kommunikation im Gesundheitswesen.*

Mir scheint die Nützlichkeit der eCard nicht ausreichend evident zu sein, soweit sie den Patienten betrifft. Wir selbst sind ja auch Patienten. Für die Nützlichkeit einer einheitlichen Lösung sehe ich ebenfalls keine Evidenz.

Ich komme auf die konkreten Probleme zu sprechen, die auftreten, wenn man einmal von der Kryptografie absieht. Das ist ein technisches Problem, das müssen die IT-Fachleute untereinander bereden. Wie sieht es denn praktisch aus? Professor Kruse hat gestern darauf hingewiesen, welche Dunkelziffer es im Zusammenhang mit den Demenzerkrankungen gibt. Nehmen wir den Fall, dass jemand, der eine eCard hat, der seine PIN hat, irgendwann nicht mehr zu Hause betreut werden kann. Dann geht er in ein Pflegeheim. Im Pflegeheim sind auch noch andere Patienten, denen es genauso geht. Je nachdem wie groß die Station ist, sind fünf oder zehn eCards vorhanden. Dazu gibt es jeweils die PIN. Die Patienten können die PIN nicht eingeben. Der Arzt ist natürlich nicht ständig anwesend. Man wird also dazu übergehen müssen, eine Liste der PINs und der eCards anzulegen. Möglicherweise ist bei dieser Art des Zugriffs die Ver-

schwiegenheitspflicht nicht gewahrt. Auf jeden Fall ist die Möglichkeit der Verwechslungen sehr problematisch. Stellen Sie sich eineiige Zwillinge vor, die zwei Jahre alt sind, jeder hat sein Foto auf der Karte. Der eine hat einen Herzfehler und nimmt Digitalis – er ist quasi „digitalisiert“ –, der andere ist gesund. Die Mutter, die der deutschen Sprache nicht mächtig ist, bringt die Karte in die Praxis, weil sie etwas nachtragen lassen möchte. Sie legt aber die falsche Karte vor.

Wir können mit gesetzlichen Regelungen nicht alles verhindern. Fehler und Missbräuche sind nicht in jeder Hinsicht auszuschließen. Gesetze können geändert werden.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Scheffzek. – Als Nächster hat Herr Kollege Junker aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe ums Wort gebeten.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sollten vorab festhalten: Selbstverständlich lehnen wir nicht die elektronische Krankenakte ab, schon gar nicht die verbesserte innerärztliche Kommunikation. Mir ist es auch lieber, heute die Entlassungsdaten auf dem Bildschirm zu haben, als vielleicht in drei Monaten in gedruckter Form auf dem Schreibtisch. Die Bedenken, die wir berechtigterweise haben, skizziert bereits die kürzliche Meldung, dass im Bundesministerium über 500 PCs und Laptops verschwunden sind, natürlich mit allen Daten.

In den Papieren steht auch nicht: Wer haftet denn bei Pannen, bei Falscheintragungen, bei Löschungen von unbekannter Seite, bei dadurch auftretenden Überschneidungen? Das werden im Zweifelsfall wir Ärzte gewesen sein. Das Gegenteil müssten wir dann erst noch beweisen.

Das elektronische Rezept ist für mich als hausärztlich tätigen Landarzt eine absolute Katastrophe. Damit kann und werde ich nicht umgehen.

(Beifall)

Lieber Thomas Lipp, ich schätze Dich persönlich sehr, wie Du weißt, aber ich bin doch sehr beunruhigt darüber, dass wir nur noch ein Appendix in einem großen System sein sollen. Ein solches elektronisches, allumfassendes Kontrollsystem will ich nicht und mag ich nicht. Ich lehne es ab.

(Beifall)

Ich bitte Sie, meinen Antrag 4, der eigentlich nur eine knappe Zusammenfassung des sehr guten Antrags des Vorstands darstellt, anzunehmen. Jemandem, der genauere Hinweise und Informationen haben will, kann man das Vorstandspapier sehr gut in die Hand geben.

Zu meinem Antrag 15 möchte ich erklärend sagen: Bisher ist das Gendiagnostikgesetz, das bereits vorliegt, aufgrund von politischen Querelen noch nicht verabschiedet worden. Man hat es vor sich hergeschoben. Wir fordern, dass es bald verabschiedet werden soll. Aber es muss festgelegt werden, dass jeder die ICD-Ziffern für genetische Diagnosen auf seiner Chipkarte, seinem USB-Stick oder wo auch immer sperren lassen kann. Das wird dann gar nicht erst übernommen. Das schützt unsere Patienten, das schützt unsere Erbanlagenträger. Das will dieser Antrag bewirken.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Junker. – Der nächste Redner ist der Kollege Detlef Niemann aus der Ärztekammer Hamburg.

Dr. Niemann, Hamburg: Herr Montgomery! Meine Damen und Herren Delegierte! Zunächst finde ich es als Novize auf diesem Ärztetag beeindruckend, wie differenziert diese Diskussion heute geführt wird. Ich habe sehr viel gelernt. Ich möchte insbesondere Herrn Bartmann danken, der einen Antrag vorgelegt hat, der in vielen Punkten enthält, was wir von einer prinzipiell kritischen Seite her auch formuliert haben. Die prinzipiell kritische Seite ist diejenige Seite, die eine altlinke Position vertritt und ein gewisses Staatsmisstrauen hat, wenn man es auf die Zukunft hin denkt. Es heißt in dem Papier gleich zu Anfang:

> *Medizinische Daten sind so zu schützen, dass auch ggf. erfolgende Änderungen der Zugriffsrechte unwirksam bleiben.*

Das hat mich schon beeindruckt, weil ich vor Kurzem die Gelegenheit hatte, nach 20 Jahren wieder einmal an einer Demonstration gegen einen Naziaufmarsch in Barmbek teilzunehmen. Ich habe mir dabei überlegt: Was passiert eigentlich, wenn wir einmal völlig andere Zugriffsrechte hätten?

Die Frage, ob man eine zentrale oder dezentrale Speicherung haben will, ist sicherlich schwierig zu entscheiden. Das hat der Kollege van Dyk klargemacht. Wenn man sich das Datenschutzchaos in den Praxen und in den Kliniken an-

schaut, wünscht man sich eine zentrale, gut verkryptete Speicherung von sensiblen Daten.

Mir kam der Gedanke: Die Goldreserven liegen unbezwingbar und sicher in Fort Knox. Aber was ist, wenn die Regierung beschließt, die Goldreserven zu etwas anderem zu verwenden? Dann hat man Pech gehabt.

(Beifall)

Insofern sage ich: Eine Verkryptung muss auf jeden Fall sein, aber was spricht eigentlich dagegen, dass man eine Art Guerilla-Datenlagerung betreibt, die nicht so leicht zu knacken ist, weil die Daten am Patienten sind?

Leider ist meine Redezeit abgelaufen. Deshalb will ich hier Schluss machen.

Kurz und gut: Wir müssen zusehen, dass auf keinen Fall irgendwelche Daten auf Systemen geknackt werden können, die wir uns jetzt noch gar nicht vorstellen mögen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Detlef Niemann. – Der nächste Redner ist Kollege Mario Zöllner aus der Ärztekammer Bayern.

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte ein paar Gedanken zum Thema eCard und Datenspeicherung vortragen. Hier kann man immer wieder das Argument hören, die eCard wird sowieso kommen, also müssen wir damit leben. Dieses Argument finde ich fürchterlich. Mit ihm ist in der deutschen Geschichte, wie wir alle wissen, ziemlich Furchtbares geschehen.

(Beifall)

Ich kann mich doch nicht hinstellen und sagen: Das kommt eh! Wenn wir der Meinung sind, dass etwas nicht richtig ist, müssen wir dies artikulieren. Ansonsten müssen wir selbstverständlich mitgestalten. Das ist gar keine Frage.

Auch den Vergleich der Bedenkenträger mit Amish People, Bilderstürmern usw. finde ich, ehrlich gesagt, widerwärtig.

(Beifall)

Es muss doch erlaubt sein, Kritik an einer Lösung zu äußern, die das Arzt-Patienten-Verhältnis massivst beeinflussen wird. Ob man es gut findet oder

nicht, das ist eine andere Frage. Diese Lösung wird das Arzt-Patienten-Verhältnis massivst beeinflussen. Das ist gar keine Frage. Dazu muss man auch Bedenken äußern können.

Es wurde hier schon angedeutet: Die zentrale Speicherung wird Begehrlichkeiten wecken. Das ist doch so sicher wie das Amen in der Kirche. Denken Sie nur an die Mautbrücken. Da werden alle Autos fotografiert. Es heißt, die Daten werden selbstverständlich gelöscht, nachdem fotografiert wurde. Kaum stehen die Brücken und funktionieren, heißt es: Eigentlich müssten wir die Daten doch nicht löschen, sondern sollten sie aufbewahren und Bewegungsprofile von Straftätern erstellen. Aber wer stellt sicher, dass es sich nur um Straftäter handelt? Jedenfalls gilt: Wenn eine Struktur vorhanden ist, wird sie auf jeden Fall genutzt.

(Beifall)

Wenn die Daten zentral gespeichert sind, werden Begehrlichkeiten auftauchen.

Mehrere Anträge beziehen sich auf die Datenweitergabe durch Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte und auf den Datenzugang. Mich gruselt es, wenn ich höre, dass Arztpraxen im niedergelassenen Bereich Zugang auf Daten von Patienten haben sollen, die im Krankenhaus waren. Sie nicht?

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Zöllner. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Christiane Groß aus der Landesärztekammer Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das war gerade eine Steilvorlage. Frei nach Goethe möchte ich sagen: Die Geister, die ich rief, werde ich nicht mehr los. Die Situation bezüglich der Krankenakten und den Zugriff durch die Niedergelassenen haben wir bereits. Auch die Situation hinsichtlich der Krankenakten, über die die Krankenkassen verfügen, haben wir bereits. Die Situation bezüglich der kommerziellen Anbieter wie Google oder vita-X haben wir ebenfalls.

Ich frage mich: Was tun wir, um diese Geister wieder loszuwerden? Ich glaube nicht, dass wir sie wieder loswerden. Diejenigen, die mich kennen, wissen, dass ich als absolute Kritikerin der elektronischen Gesundheitskarte eingestiegen bin. Inzwischen habe ich mich eingearbeitet und habe sehr viel am Positions-

papier der Bundesärztekammer mitarbeiten dürfen. Ich finde, es ist ein gutes Papier mit den Forderungen, die wir aufstellen. Wenn wir dieses Papier unterstützen, können wir bestimmen, was wir mit diesen Akten machen.

Ich bin ärztliche Psychotherapeutin. Ich werde keinem Patienten raten, eine elektronische Patientenakte zu führen. Ich werde auch keinem Patienten raten, eine elektronische Gesundheitsakte, wie sie beispielsweise bei den Kassen angeboten wird, zu führen. Ich bin dagegen, eine elektronische Akte zu führen, die nach außen geht. Deswegen bin ich für die absolute Freiwilligkeit der Onlineanbindung. Wir Ärzte dürfen uns nicht verpflichten lassen, mit der elektronischen Gesundheitskarte in die Onlineanbindung zu gehen. Das müssen wir verhindern. Das muss jeder freiwillig tun.

Aber es gibt viel zu viele Kollegen, die diese Akten bereits nutzen. Es gibt zu viele, die sie nutzen wollen, die die Kooperation zwischen den Krankenhäusern und den Niedergelassenen nutzen wollen. Geben wir ihnen wenigstens eine Chance, eine annähernde Sicherung zu haben. Ich weiß auch, dass es keine hundertprozentige Sicherung gibt.

Ich weiß, dass es zurzeit sehr starke Kritik gibt. Ich würde keine solche Akte nutzen. Meine Schwester erzählte mir neulich, sie sei jetzt bei einem Arzt, der alles niedergeschrieben habe, wenn sie zum nächsten Arzt gehe, könne der alles lesen. Da habe ich ihr nur gesagt: Bist du verrückt? Ich würde es nicht tun.

Ganz kurz zur Neukonzeption, die in dem Papier enthalten ist. Wir fordern, dass es neben dem elektronischen Rezept weiterhin eine Papierversion geben muss. Wir fordern eine Umstellung der Notfalldaten. Wer meinen Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“ gelesen hat, weiß, wie ich das meine.

Ansonsten denke ich: Wir sollten weiter den elektronischen Arztausweis nutzen, damit wir eine sichere Kommunikation von Arzt zu Arzt und nicht über irgendeine Patientenakte im Server haben.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Groß. – Der nächste Redner ist der Kollege Udo Schuss aus Baden-Württemberg.

Dr. Schuss, Baden-Württemberg: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich glaube, wir müssen den Referenten dafür danken, dass sie diese Arbeit geleistet haben. Für mich war interessant, dass beide Referenten die Gelegenheit

genutzt haben, ihre biografischen Daten einzuarbeiten, wann sie vom Saulus zum Paulus konvertiert sind. Beide Referenten haben ja eine ganz revolutionäre Vergangenheit. Es ist sicher sehr aufschlussreich für unsere Kollegen für Psycho und Gedöns, dies nachlesen zu können.

(Heiterkeit)

– Das meine ich nicht abwertend.

Herr Weichert, Sie haben eben noch einmal betont, dass der Arzt zum Datentreuhänder werden soll. Genau das wollen wir nicht. Vom Treuhänder wird man zwangsläufig zum Pfleger dieser Daten. Die Daten werden heute dank Herrn Seehofer – ich glaube, das war Lahnstein II – bei den Kassen viel umfassender gespeichert, als das früher erlaubt war. Was die Kassen heute mit den Daten über ihre Mitglieder anstellen können, ist derart, dass ich mich frage: Wo sind die Datenschützer, um das zu verhindern?

(Beifall)

Ich kann mir gut vorstellen, dass wir im nächsten Jahr zwischen Herrn Fuchs und dem Vorsitzenden einen Datenschutzbeauftragten sitzen haben. Denn ihr Konzept lautet, nur genügend Datenschützer zu schaffen, dann wird das Ganze nicht zu einem Fiasko. Da bin ich angesichts der Entwicklung bei den Kassen sehr skeptisch.

(Beifall)

Vor anderthalb Jahren hörte sich dieses Thema der gematik bei Herrn Bartmann noch positiv an. Da wurden sogar Arbeitsplätze gesichert, und der Standort Deutschland war dadurch en vogue, weil die IT-Leute bei uns in Deutschland entwickeln sollten, was dann weltweit verkauft werde. Heute ist Kritik erwünscht. Ich finde diese Entwicklung gut.

Ich bitte Sie allerdings: Kryptografieren Sie nicht die ökonomischen Interessen. Dahinter stecken große ökonomische Interessen. Solange das nicht offen kommuniziert wird, empfehle ich, dem Antrag IV-12 zuzustimmen und vielleicht später einmal eine bessere Version zu akzeptieren.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Udo Schuss. – Als nächste Rednerin hat Ursula Stüwe, Präsidentin der Ärztekammer Hessen, als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer das Wort.

Dr. Stüwe, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Delegiertenversammlung in Hessen hat im Abstand von anderthalb Jahren zweimal ohne Not einstimmig beschlossen: Wir lehnen die elektronische Gesundheitskarte ab. Zweimal!

(Beifall)

Die Hessen sind aber nicht technikfeindlich. Sie sagen Ja zur elektronischen Übertragung beispielsweise von EKGs an den entsprechenden Kardiologen, der damit seinen Patienten nützt. Wir sagen Ja zur Übertragung von CTs von der einen Klinik zur anderen zur Befundübermittelung. Alle diese Dinge heißen wir gut.

Wir sagen aber Nein zur elektronischen Gesundheitskarte mit diesen zahlreichen ungelösten Problemen.

(Beifall)

Welche Probleme sind offen? Wir haben überhaupt nicht geklärt, wie die Kosten-Nutzen-Bewertung aus Sicht der Ärzteschaft aussieht. Warum hat die IT-Industrie ein derartiges Rieseninteresse an diesem Projekt? Dabei kann es sich doch nur um Geld handeln, was sonst!

(Beifall)

Die nächste Aufgabe, die uns aufgedrückt wird – Herr Weichert hat es heute Morgen sehr richtig gesagt –: Wir Ärzte sollen die IT-Steuerung des Patienten übernehmen. Wir sollen auch die ökonomische Steuerung des Gesundheitssystems übernehmen – und nebenbei machen wir noch ein kleines bisschen Medizin. Was sollen wir denn noch alles tun? Wie omnipotent wollen wir denn überhaupt sein?

(Beifall)

Herr Weichert, Sie haben in einem Nebensatz sehr deutlich gesagt, dass die Datenspeicherung insbesondere im Hinblick auf eine Patientenakte wahrscheinlich nur über eine Serverlösung funktionieren wird. Wenn denn schon eine Serverlösung kommt, dann, meine Damen und Herren, kann diese Serverlösung, meine ich, nur bei den Kammern stattfinden. Wir sind die Körperschaft des öffentlichen Rechts, die über die nötige Vertrauensbasis verfügt, solche Datenserver überhaupt zu hosten und zu betreiben – aber das nicht mit dem Geld der Kammermitglieder, sondern nur, indem das Geld von denen erstattet wird, die eine Lösung wollen, dass irgendwo eine zentrale Datensammlung erfolgt. Sie finden dazu einen entsprechenden Antrag.

Primär würde ich sagen: Wir brauchen die elektronische Gesundheitskarte mit all den Risiken, die momentan ungeklärt sind, nicht. Wenn sie denn schon nicht vermeidbar ist und eine zentrale Datensammlung stattfinden soll, dann bitte nur an Datenservern, die von den Kammern gehostet werden. Dann wollen wir einmal sehen, was die Krankenkassen dazu sagen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Ursula. – Der nächste Redner ist der Präsident der Ärztekammer Berlin, Günther Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! So tief dürfen wir nicht sinken, den Kakao, durch den man uns zieht, auch noch zu trinken. Warum ist das Großprojekt Telematik gescheitert? Die Antwort ist relativ einfach: Weil man dazu das Gleiche braucht wie für eine funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung, nämlich Vertrauen. Vertrauen existiert dann, wenn man gemeinsame Ziele hat, wenn man die heimlichen Absichten darlegt und einen Konsens findet, wenn man eine gemeinsame Finanzierungsstrategie auf den Weg bringt. Das existiert aber nicht, das ist von vornherein nicht da. Die Ministerin macht uns zwar freundliche Angebote, aber letztendlich ist bei diesem Projekt nur eines klar: Wenn das Projekt realisiert wird, haben vor allen Dingen diejenigen den Nutzen, die am Gesundheitswesen Geld verdienen, nämlich die Industrie und auch die Krankenkassen. Sie machen jede Menge Druck, und zwar auf allen zur Verfügung stehenden Ebenen.

Im Sponsorenbericht der Bundesregierung aus dem letzten Jahr ist das BMG mit 50 Millionen Euro Fördermitteln als Spitzenreiter aufgeführt. Welche Summen vielleicht noch abseits dieses Berichts laufen, ist natürlich nicht öffentlich. Die Kosten sind in gar keiner Weise kalkuliert worden; sie sind auch jetzt noch nicht klar. In einem benachbarten Land jenseits des Kanals, nämlich dieser Insel vor der französischen Küste, im Vereinigten Königreich, wird das gleiche Projekt derzeit ebenfalls auf den Weg gebracht, mit staatlichen Möglichkeiten. Die Kosten belaufen sich dort bereits jetzt auf 3,5 Milliarden Pfund. Der Zeithorizont für die Einführung der Telematik im englischen Gesundheitswesen – staatlich und autoritär organisiert, klare Strukturen, klare Geldgeber – ist derzeit bis zum Jahr 2015 verlängert. Der Kostenhorizont liegt derzeit bei 12,7 Milliarden Pfund.

Das heißt, das, was auf uns zukommt, ist nicht kalkulierbar. Klar ist: Das Risiko für alles, was dort drinsteckt, für die Gesundheitskarte genauso wie für den

elektronischen Arztausweis, liegt bei uns. Das heißt, die einen profitieren, und wir sind dann diejenigen mit dem Schwarzen Peter.

(Beifall)

Genau deswegen ist hier erhebliche Skepsis angezeigt; denn genauso, wie wir für die inhaltliche Arbeit am Patienten die Letztverantwortung haben, haben wir auch die Letztverantwortung für den Bereich der Einführung neuer Techniken mit ihren Risiken und Nebenwirkungen.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit darauf lenken, dass wir mit sehr großer konstruktiver Skepsis das Thema der elektronischen Patientenakte anschauen. Dazu bedarf es eines Schlüssels, das ist der elektronische Arztausweis. Dieses Projekt wird derzeit mit Macht vorangetrieben, ohne dass ausreichend geklärt ist – zumindest aus der Sicht der Ärztekammer Berlin –, welche Risiken, welche Kosten für die einzelnen Kammern und damit auch für die Beitragszahler daraus resultieren.

Ich bitte Sie, sich mit dem Antrag 14 zu befassen und ihn anzunehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Günther. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Professor Alexandra Henneberg aus der Ärztekammer Hessen.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich mache mir sehr große Sorgen; deswegen stehe ich hier. Herr Kollege Bartmann hat uns so schön erzählt, dass sich die Kassen nicht an den Datenschutz gebunden fühlen. Das möchte ich aus den hessischen Erfahrungen heraus bestätigen. Ich bin niedergelassene Neuropsychiaterin und bekam ein Schreiben von der AOK, das auch an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ging, ich möge doch bitte für fünf ausgewählte Patienten überprüfen, ob das Medikament Cipralex nicht durch Citalopram ersetzt werden könnte. In dem Moment, in dem ich das getan hätte, sollte ich mit Handzeichen abhaken. Für jeden solchen Patienten würde mir die AOK 20 Euro überweisen.

Das ist etwas, was wir ganz bestimmt nicht brauchen können. Wir brauchen Datenschutz. Ich habe meine Patienten befragt – es sind überwiegend Parkinson-Patienten –: Würden Sie Ihre Daten hergeben? Sie haben mir geantwortet: Die sind doch eh bekannt, da haben wir nichts zu verlieren. Das stimmt, da sind

wirklich viele Daten bekannt. Aber ich denke, die Daten unserer Kinder, die von vornherein von irgendeiner Institution aufgenommen werden können, wollen wir lieber nicht hergeben.

(Beifall)

Ganz ehrlich: Trauen Sie den Versicherungsmathematikern der Allianz oder anderer großer Versicherungen weniger Köpfchen zu als dem Chaos Computer Club? Das würde sie beleidigen.

(Beifall)

Einige von uns haben noch erlebt, was es heißt, wenn totalitäre Institutionen auf Daten zurückgreifen können. Ich denke, von daher müssen wir alles dafür tun, dass wir nicht Datensätze von A bis Z zentralisieren.

(Beifall)

Ich denke, dass wir das Arzt-Patienten-Verhältnis weiterhin eins zu eins abbilden wollen. Die Technik, die uns hier aufgezeigt worden ist – ich habe die Papiere alle gelesen, das möchte ich ausdrücklich betonen –, garantiert das in keiner Weise. Auch noch so ausgeklügelte kryptografische Verfahren sind irgendwo abgespeichert, auch in den Köpfen von Menschen. Menschen könnten doch irgendwann durchlässig werden.

Der USB-Stick mag das vielleicht leisten, wenn er ganz gut ausgeklügelt wird und wenn nur die vom Arzt und vom Patienten autorisierten Daten – für die Kinder müssen die Eltern die Autorisierung vornehmen – eingegeben werden können. Das haben wir in keiner Weise vorgestellt bekommen. Deshalb bitte ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, den Antrag IV-3 positiv zu bescheiden. Lehnen wir die elektronische Gesundheitskarte ab!

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Professor Henneberg. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Brunngraber.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nachdem wir die Kritik gehört haben, dass ich einen interessanten emotionalen Beitrag aus dem Bauch heraus – wahrscheinlich ohne Hirn – gehalten habe, werde ich jetzt versuchen, Ihnen nicht noch einmal das Gleiche zu bieten.

Wir müssen jetzt wieder argumentieren; das können wir auch, obwohl wir unsere ärztliche Berufsausbildung nicht allein aus dem Frontallappen, sondern nur aus einer gelungenen Integration emotionaler und sachlicher Aspekte leisten können. Darauf müssen wir bestehen.

(Beifall)

Ein Punkt ist ganz wichtig: die Kritik an den Forderungen des Antrags. Es wurde gesagt, er zeige kein Instrumentarium bewährter Konsequenzen auf, was passiert, wenn unsere Forderungen nicht eingehalten werden. Das ist das eine. Daran krankt das Ganze. Einen solchen Vertrag mit einem anderen Land zu machen, dass wir, wenn das andere Land den Vertrag nicht einhält, nur murren können, könnte keine Regierung abschließen, nur um an der Macht zu bleiben. Das ist eine Frage der Souveränität. Hier haben wir auch eine Verpflichtung, denn dafür sind die Ärztetage da.

Wegen der von der gematik vorgesehenen Ersatzvornahme, dass, egal was wir machen und aus welchen Gründen wir es tun, die Regierung immer die Möglichkeit hat, zu sagen, die Selbstverwaltung habe versagt, deshalb nehme man das jetzt an sich, müssen wir denen den Spaß verderben. Hier müssen wir einen Riegel vorschieben. Insofern bitte ich Sie, den Antrag IV-12 anzunehmen.

Ich habe vier kurze Fragen. Ich meine, die Tests sind nicht angemessen dargestellt worden. Das ist die Kritik an der Vorarbeit des Vorstands.

Zur zentralen Speicherung: Ob strukturell oder physisch, ist doch völlig egal, es geht hier um zentralistische Speicherungsarchitekturen.

Die Erfahrungen aus Österreich sind nicht dargestellt worden. Das dort seit zwei Jahren laufende Projekt ELGA erlaubt es beispielsweise, online den Versicherungsstatus abzufragen. Das heißt beispielsweise, der Patient kommt am Dienstag in die Praxis, plötzlich ist von der Krankenkasse keine Kostendeckung mehr zugesagt worden, live, nicht mit unserer Chipkarte, auf der steht „12/2008“. Am Donnerstag erklärt die Kasse, wir hatten Datenprobleme, der Patient hätte doch behandelt werden können.

Das können wir uns nicht gefallen lassen. Das sind Vorbehalte, die unsere Alltagstauglichkeit, unseren Beruf auszuüben, untergraben.

(Beifall)

Es wurden die guten Erfahrungen in den skandinavischen Ländern erwähnt, dass man dort kooperiert. Denken Sie bitte daran – das sagt uns ja keiner –: Das sind weitgehend verstaatlichte Gesundheitssysteme. Wie kann man so etwas ernsthaft mit der freiberuflichen mittelständischen und selbstverantworteten Praxisrealität in Deutschland vergleichen! Das finde ich wirklich nicht richtig.

(Beifall)

Herr Bartmann, letztes Jahr haben Sie gesagt, als Sie in der Debatte daraufhin angesprochen wurden – das können wir im Wortbericht nachlesen –: Zur Serverlösung habe ich mich nicht geäußert, denn der Server ist nicht Gegenstand des Gesetzes. Wie kann man mit einer solchen Argumentation das Wesentlichste in seinem Vortrag herauslassen und es so begründen!

Stimmen wir für die Verschwiegenheit und die Vertraulichkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis, stimmen wir gegen die Onlineanbindung unserer Praxen ohne Wenn und Aber, stimmen wir dem Antrag IV-12 bitte zu.

Danke schön, meine Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Brunngraber. – Der Nächste ist Kollege Stagge aus der Ärztekammer Nordrhein.

Stagge, Nordrhein: Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Entscheidende sind die zentralen Server, ob es nun einer oder 20 zentral vernetzte Server sind. Das ist das Problem. Das wollen wir nicht. In anderen Ländern wird das anders gesehen, beispielsweise in Schweden, Dänemark oder Großbritannien. In Großbritannien funktioniert es nicht.

Ich glaube, wir haben mit unserer Geschichte andere Gefühle hinsichtlich dieser Dinge. Deswegen dürfen wir das nicht zulassen. Wir dürfen das auch auf einem weiteren Weg nicht zulassen: Es gibt das Projekt S.O.S., die EU-weite Gesundheitskarte. Das ist der Weg EU-weit, der vorbereitet wird. Deutschland hat in dem Gremium zur Vorbereitung derzeit den Vorsitz. Lassen Sie uns das entweder stoppen oder auf einen vernünftigen Weg bringen, aber nicht auf den Weg, den wir alle nicht wollen, dass diese Dinge zentral gespeichert werden. Die Daten gehören in die Hand des Patienten, sonst nirgendwohin, außer auf den Computer des Arztes.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Stagge. – Als Nächster hat der Kollege Josten aus der Ärztekammer Nordrhein um das Wort gebeten.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Kollege Montgomery! Meine Damen und Herren! In seiner Abschlussrede an die Nation hat Dwight D. Eisenhower 1961 vor dem militärisch-industriellen Komplex gewarnt. In der Folge ist dieser Begriff erweitert worden auf den medizinisch-industriellen Komplex. Eisenhower warnte zusätzlich davor, dass die Politik von einer wissenschaftlich-technischen Elite abhängig werden könnte, denn Geld regiert die Welt. Gleichwohl hat Eisenhower als erfolgreicher Feldherr des Zweiten Weltkriegs sich nicht nur für die totale Abrüstung ausgesprochen, sondern seine Mitglieder des Stabs ermuntert, weiterzumachen. Gleichwohl hat er gewarnt. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch erwähnen, dass ich keine Interessenkonflikte habe, dass ich keiner Partei angehöre oder angehört habe. Aber ich zitiere in diesem Zusammenhang gerne Herbert Wehner: Wer rausgeht, muss auch wieder reinkommen. Das wird uns aber nicht gelingen, wenn wir alles ablehnen.

Herr Kollege Zimmeck hat vorhin die Politiker unter den Generalverdacht der Unredlichkeit gestellt. Gestern Abend gab es die Fernsehsendung „Hart aber fair“. Dort wurden von mehreren Diskutanten die Ärzte unter Generalverdacht gestellt. Diese Art der Argumentation hasse ich. Ich bitte Herrn Zimmeck, sich zu entschuldigen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Josten. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist der Kollege Jens Andrae aus der Ärztekammer Thüringen.

Dr. Andrae, Thüringen: Verehrtes Präsidium! Geehrte Kolleginnen und Kollegen! Vielleicht den Schlusssatz meines kurzen Vortrags vorab: Die kritische, ja sehr kritische Begleitung der technischen Entwicklung steht der deutschen Ärzteschaft zu und ist kein Ausdruck von Rückständigkeit, sondern ist schlichtweg angemessen.

Ich denke, wir alle befinden uns in einer gewissen Unsicherheit. Sie bleibt weiterhin berechtigt. Wir befinden uns in einem Spannungsfeld, weil auch wir Hoffnung auf den Nutzen haben, den die eCard oder weitere EDV-Lösungen, die sich daraus ergeben, bringen werden. Diese Hoffnung haben nicht nur wir, diese Hoffnung haben auch die Patienten und leider auch Dritte. Das ist kritisch zu beobachten.

Wir befinden uns auch in dem Spannungsfeld, dass wir damit einen Datenvorrat schaffen, mit der Gefährdung der vieldiskutierten Patient-Arzt-Beziehung und der informationellen Selbstbestimmung der Patienten. Die Hoffnung auf Nutzen

möchte ich ein bisschen brechen. Als vor weit über zwei Jahrzehnten in der technischen Planungslandschaft CAD-Systeme zur computerassistierten Darstellung von Bauplänen eingeführt wurden, wusste man genau: Wir werden demnächst ganz schnell solche Pläne erstellen können. Dieser Zeitgewinn ist aber nie eingetreten. Man hat den Nutzen ganz anders verwertet: Jeder Kunde wusste genau, dass das im Computer ist, also wurde hier und dort geändert. Letztendlich gab es nach der CAD-Einführung gar keinen Zeitgewinn.

Im medizinischen Bereich ist es heute so, dass ein Klinikum von einem kleinen Krankenhaus einen Patienten mit einem Polytrauma oder einer schweren Verletzung bekommt: Nehmt ihn schnell, wir haben die Bilder gemacht, wir schicken euch das. Aber die Übersendung und Öffnung der Daten dauern länger, als bis der Patient bei Ihnen im Krankenhaus angekommen ist.

Wenn Sie auf Ihrer Station ein Röntgenbild öffnen, werden Sie feststellen, dass die Hardware überhaupt nicht die Qualität aufweist, den diagnostischen Nutzen aus den Daten, die Sie haben, zu ermöglichen.

(Vereinzelt Beifall)

Sie werden feststellen, dass der Nutzen vieler anderer Daten, die man hat, im Rauschen der nicht überall gleichmäßig vorhandenen Hardware überhaupt nicht zu realisieren ist.

Glauben Sie bitte nicht alles, was Ihnen an Nutzen versprochen wird.

Ich möchte mit meinem kurzen Vortrag die Hoffnung bremsen, die uns vielfach vorgegaukelt wird. Ich möchte Schutz fordern, ich möchte aber auch einen vorsichtigen Nutzen mit EDV-Lösungen unter Risiko-Nutzen-Betrachtungen und auch unter Kosten-Nutzen-Betrachtungen fordern. Die Ärzteschaft muss bremsen und korrigieren, damit Fehlentwicklungen gestoppt werden. Sie muss aber auch verhindern, dass Überholmanöver an uns vorbei aus der Zusammenarbeit zwischen Krankenhausgruppen und Industrie erfolgen. Wir müssen die eCard ablehnen, weil sie in der Praxis im Augenblick noch nicht funktioniert. Das passiert sowieso. Sie wird sich aber weiterentwickeln. An dieser Entwicklung müssen wir kritisch weiter teilnehmen.

Ich denke, dass die Kollegen im Präsidium um Herrn Bartmann die Arbeit im letzten Jahr nicht falsch gemacht haben. Wir müssen weiter aktiv an der Entwicklung teilnehmen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Andrae. – Bevor Herr Rütz das Wort erhält, gestatten Sie mir folgenden organisatorischen Hinweis.

Es ist jetzt gleich 12.10 Uhr. Herr Dr. Weichert steht uns nur bis etwa 13.30 Uhr zur Verfügung, weil er seinen Zug erreichen muss. Wenn Sie ihm die Möglichkeit eines Schlussworts geben wollen, müssen wir entweder eine halbe Stunde länger machen oder ihm nachher kurz vor 12.30 Uhr die Gelegenheit dazu geben.

Ich würde Sie bitten, nach der Mittagspause auf jeden Fall mit den Formalia zu beginnen, damit wir bei voller Besetzung die Chance haben, unsere Finanzdinge korrekt zu erledigen. Danach fahren wir mit der Diskussion über die Telematik und mit der Abstimmung über die Anträge fort. Ich hoffe, das findet Ihre Zustimmung.

Ich wollte Ihnen mitteilen, dass Herr Weichert nur noch bis zur Mittagspause für eine abschließende Stellungnahme zur Verfügung steht.

Herr Rütz, Sie haben das Wort.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Vizepräsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Bartmann, nach meiner Einschätzung haben Sie nicht nur ein vernünftiges Papier vorgelegt, sondern auch eine alternative Konzeption und damit die Hausaufgaben gemacht, die der Ärztetag in Münster Ihnen aufgegeben hat.

(Beifall)

Es ist zumindest eine Konzeption, mit der ich mich als Arzt identifizieren kann. Diese Konzeption ist – ich glaube, das schätzen viele Kollegen hier auch so ein – kompatibel mit den Beschlüssen, die wir gestern gefasst haben.

Ich möchte aber auf zwei Punkte zu sprechen kommen. Sie haben ja gebeten, man möge auch Kritik üben. Mit dem USB-Stick wäre ich nicht so ganz einverstanden. Ich halte das für eine Sackgasse. Aber das nur am Rande.

Mir geht es um zwei Dinge: um die Freiwilligkeit und die Frage, die Frau Gitter aufgeworfen hat: Was machen wir eigentlich, wenn die Regierung nicht tut, was wir hier beschließen? Insofern muss man einmal beleuchten, wer welchen Einfluss hat. Wir besitzen 10 Prozent an der gematik. Die Big Player in der gematik sind auf der einen Seite die KBV und auf der anderen Seite der SpiBu. „SpiBu“ ist nicht die Abkürzung für „Spitzbuben“, sondern für „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“. Warum haben diese beiden Organisationen 90 Prozent Anteile an der gematik? Diese beiden Organisationen brauchen die eCard, und zwar deshalb, weil sie das Sachleistungssystem tragen.

Nun hat sich ja der Ärztetag gestern mit einer Zweidrittelmehrheit für die Beibehaltung des Sachleistungssystems ausgesprochen. Dennoch müssen Sie wissen, welche Konsequenzen das hat. Ein Sachleistungssystem, unter dem wir im

niedergelassenen Bereich richtig leiden, unter der Überbürokratisierung usw., wie ich es zu Beginn des Ärztetages darzustellen versucht habe, braucht ein zentrales Steuerungselement. Dieses zentrale Steuerungselement ist nicht die eCard, sondern, wofür sie den Schlüssel darstellt, nämlich eine zentrale Telematikplattform für alle Ärzte. Wenn wir diese zentrale Steuerungsplattform im Sachleistungssystem haben, werden wir das haben, sehr geehrter Herr Professor Hoppe, was Sie überhaupt nicht haben wollen, nämlich dass wir die Erfüllungsgehilfen dieses Systems werden. Das ist nämlich das Ende vom Lied, wenn das umgesetzt wird, was angedacht ist. Es ist ja auch expressis verbis in § 291 SGB V so beschrieben.

(Beifall)

Aus diesem Grund appelliere ich trotz der ablehnenden Haltung des Ärztetages noch einmal eindringlich an Sie, sich mit den Problematiken des Sachleistungssystems und insbesondere mit der Problematik des Sachleistungssystems im Hinblick auf die elektronische Plattform zu beschäftigen und dazu eine Stellungnahme auszuarbeiten. Es darf nicht der KBV überlassen werden, denn die KBV ist die Auftragsselbstverwaltung unserer Regierung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Rütz. – Der nächste Redner ist der Kollege Urban aus Berlin.

Dr. Urban, Berlin: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die vertraulichen Patientendaten und die Angaben, die uns Patienten vertraulich machen, sind extrem schutzwürdig. Darüber sind wir uns wahrscheinlich alle einig. In den letzten Jahren – darüber ist heute schon mehrfach berichtet worden – ist dieser Schutz immer mehr ausgehöhlt worden. Wir haben das mehr oder weniger zähneknirschend hingenommen.

Jetzt sind wir offenbar dabei, freiwillig alle Schutzwälle zusätzlich zu perforieren, ohne dass es eine absolute Notwendigkeit dafür gibt. Ich denke, manchmal sind Pessimisten nur wirklich gut unterrichtete Realisten. Ich oute mich hier als Bedenkenträger, obwohl vorhin gesagt wurde, als Bedenkenträger solle man doch nicht diejenigen Kollegen, die eine Vision haben, an der Verfolgung ihrer Visionen hindern. Ich kann Ihnen sagen, dass ich in meiner psychiatrischen Praxis einige Patienten mit Visionen behandele.

(Heiterkeit – Beifall)

Es ist manchmal hilfreich, sie an gewissen Dingen zu hindern, in ihrem eigenen Interesse.

Ich habe die Daten jetzt nicht ganz genau parat, aber zumindest einige von Ihnen werden sich entsinnen, dass im letzten Jahr in Großbritannien die Daten von Tausenden von Steuerzahlern aus Versehen an einen falschen Empfänger geschickt wurden. Ich glaube, deswegen musste ein Minister zurücktreten. So viel zur Datensicherheit in einem hoch industrialisierten und zivilisierten Land.

Ehrlich gesagt: Ich glaube nicht, dass das nicht auch bei uns möglich sein könnte. Deshalb bin ich der Meinung, dass bei aller Bereitschaft, technische Möglichkeiten zu nutzen, und bei aller Einsicht in die Notwendigkeit, manches zu verändern, in dieser Form zu diesem Zeitpunkt die eCard von uns abgelehnt werden sollte. Darum bitte ich Sie.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Meine sehr verehrten Damen und Herren, mir liegt jetzt ein Geschäftsordnungsantrag vor. Ich bitte um Ihr Verständnis, wenn ich jetzt zunächst Herrn Weichert, der mich um eine direkte Reaktion auf eine Wortmeldung gebeten hat, das Wort gebe. Danach erhält Herr von Zastrow zur Geschäftsordnung das Wort. Bitte, Herr Weichert.

Dr. Weichert, Referent: Ich will und brauche kein Schlusswort. Deshalb wollte ich mich zwischendurch melden. Aber vielleicht wird es doch so etwas wie ein Schlusswort, wenn der Geschäftsordnungsantrag durchgeht.

Ich bin nicht vom Saulus zum Paulus geworden, sondern ich war immer Datenschützer. Die Technologie und die Zeiten haben sich geändert. In den 90er-Jahren waren wir alle noch sehr viel technikskeptischer, weil die Selbstschutzmöglichkeiten noch nicht in der Weise bestanden wie heute. Die damalige Kryptografie war eine Technologie, die beim Bundesnachrichtendienst oder anderen Geheimdiensten verfügbar war. In der Zwischenzeit ist die Kryptografie Allgemeingut. Jeder von uns kann sie nutzen.

Das Tolle ist: Bei der Telematik, wie sie geplant ist, soll die Kryptografie, staatlich verordnet, von allen Bürgerinnen und Bürgern und allen Ärzten genutzt werden. Ich denke, das ist eine positive Entwicklung, die wir aufnehmen sollen.

Dass ich nicht vom Saulus zum Paulus geworden bin, sieht man auch bei vielen anderen Aspekten des Datenschutzes. Herr Schäuble hätte sich sicher nicht so begeistert an mich gewendet, um mich als Redner zu gewinnen, wie das die Bundesärztekammer getan hat, weil ich viel zu kritisieren habe, wenn er mit

seiner Onlinedurchsuchung kommt, wenn er mit seiner Vorratsdatenspeicherung kommt, wo zentral und unverschlüsselt durch den Betroffenen Daten verfügbar sind, genauso wie bei Google, die ausgewertet werden können.

Auch die Dateien in Liechtenstein sind Daten in einer Datenbank einer Bank gewesen, die unverschlüsselt durch den Betroffenen selbst gespeichert waren und deshalb missbraucht werden konnten. Genauso verhält es sich mit den Daten in Großbritannien. Die vielen Missbrauchsbeispiele, die hier vorgetragen wurden, sind alles Beispiele dafür, dass Daten unverschlüsselt an Dritte zur Verfügung gestellt worden sind. Das soll mit der Telematikinfrastruktur, wie sie die gematik geplant hat und wie ich sie verstanden habe, nach allen Konzepten, die ich bisher gesehen habe, nicht der Fall sein.

Hören Sie also bitte auf mit den unsachlichen und falschen Argumenten hinsichtlich einer zentralen Datenspeicherung. Es gibt vielleicht eine physikalische zentrale Datenspeicherung, aber es gibt keine logische. Wenn es so umgesetzt wird, haben wir sogar eine absolut dezentrale Datenspeicherung, weil jeder mit seinem Schlüssel in der Tasche durch die elektronische Gesundheitskarte den Schlüssel für den Zugang zu den jeweiligen Daten hat.

Eine Vielzahl von zentral gespeicherten unverschlüsselten Daten sind derzeit bei den Krankenkassen vorhanden. Das muss Ihnen klar sein. Diese Daten werden auch ausgewertet. Wir als Datenschützer haben seit zehn Jahren gefordert, dass eine Pseudonymisierung stattfinden soll. Damit sind wir bisher nicht durchgedrungen. Jetzt haben wir eine Ersatzdiskussion über die elektronische Gesundheitskarte. Die wahren Probleme sind aber meines Erachtens noch gar nicht thematisiert worden.

Es wurde gesagt: Wir wollen keine Datentreuhänder sein. Sie sind aber Datentreuhänder. Sie sind derzeit Verwalter der Geheimnisse Ihrer Patientinnen und Patienten. Eine neue Qualität ist, dass niemand an der elektronischen Datenverarbeitung mehr vorbeikommt. Sie müssen sich mit dieser neuen Rolle anfreunden, ob es Ihnen gefällt oder nicht, weil wir eben in einer neuen Zeit leben. Ich denke, daraus sollte man auch die strukturellen Konsequenzen ziehen.

Ich finde diese Debatte, wie sie hier stattfindet, toll. Ich habe den Eindruck, dass Sie sich ernsthaft um das Patientengeheimnis streiten, dass es für Sie ein ehrliches Anliegen ist, nicht nur die eigenen Interessen im Auge zu haben, sondern auch die Interessen Ihrer Patientinnen und Patienten zu vertreten. Das finde ich klasse. Ich denke, Sie sollten insofern Ihre kritische Haltung beibehalten. Kritische Haltung bedeutet aber nicht Verweigerung, sondern immer auch mitgestalten wollen. Ich denke, in diesem Sinne geht das Papier, wie es vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt worden ist, genau in die richtige Richtung, nicht allem himmelhochjauchzend zustimmend, was vom Ministerium und anderen Playern in diesem Bereich vorgeschlagen wird, aber hinterfragend und dann

sagend: Dieses finden wir gut, jenes muss noch geändert werden, bei diesem sind wir absolut dagegen. Aber der Zug fährt weiter.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre sehr gute Diskussion, die Sie hier führen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Weichert, auch für diese spannende Intervention.

Nach der Geschäftsordnung hat Dr. Christoph von Zastrow von der Ärztekammer Niedersachsen einen Geschäftsordnungsantrag gestellt. In anticipatio hat sich bereits der Kollege Calles zur Gegenrede positioniert.

Dr. von Zastrow, Niedersachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Delegierte! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich beantrage das Ende der Debatte und möchte das wie folgt begründen. Sicherlich können wir diese spannende, interessante und wichtige Diskussion auch bis Sonntag fortführen. Aber ich habe den Eindruck, dass die wesentlichen Argumente ausgetauscht sind und die meisten eine feste Meinung haben, die sich auch bei einer Fortführung der Debatte nicht grundsätzlich ändern wird. Sicherlich werden manche enttäuscht sein, wenn sie nicht mehr zu Wort kommen. Trotzdem halte ich diesen Antrag für angemessen, um auch noch Zeit für andere Themen des Ärztetages zu haben.

Ich bitte um Zustimmung zu diesem Antrag.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr von Zastrow. – Zur Gegenrede jetzt Herr Kollege Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Insbesondere Herr Professor Mau hat vorhin sehr eindringlich darauf hingewiesen, dass wir das Vertrauen unserer Patienten haben. Wir und nur wir haben dieses Vertrauen, nicht eventuell die Politiker. Um es gleich jetzt zu sagen: Das ist kein Generalangriff, sondern einfach die Realität. Dieses Vertrauen, das wir haben, liebe Kolleginnen und Kollegen, bedeutet, dass wir eine große Verantwortung für die Patienten jetzt und für die Zukunft übernehmen.

Ich bitte Sie dringend, jetzt nicht die Debatte abzuwürgen, auch wenn die meisten Argumente ausgetauscht sind. Es können immer noch neue Informationen kommen, die möglicherweise unsere Entscheidung beeinflussen. Deshalb bitte ich Sie, im Augenblick die Diskussion weiterführen zu lassen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Calles. – Meine Damen und Herren, wir kommen damit zur Abstimmung über den Geschäftsordnungsantrag auf Schluss der Debatte. Ich bitte diejenigen, die für Schluss der Debatte sind, die ausgeteilten Kärtchen in die Höhe zu halten. – Bitte die Gegenprobe! – Das werden wir zählen müssen; das ist von hier oben nicht zu entscheiden, obwohl uns die Kärtchen das Sehen sehr erleichtern. Das muss man wirklich sagen.

Ich stelle erneut die Frage: Wer ist für Schluss der Debatte? – Ich bitte diejenigen, die gegen Schluss der Debatte sind, um das Handzeichen. – Es war in der Tat berechtigt, dass wir gezählt haben. Für Schluss der Debatte haben sich 109 Delegierte ausgesprochen, gegen Schluss der Debatte 107. Damit ist Schluss der Debatte beschlossen. Ich bitte Sie, jetzt keine Nachzählung zu verlangen.

Bevor wir in die Abstimmung über die Anträge eintreten, habe ich folgende Frage: Wären Sie eventuell bereit, erst dann in die Mittagspause einzutreten, wenn wir über die Anträge abgestimmt haben?

(Beifall)

Ich möchte darüber eine Abstimmung herbeiführen. Wer von Ihnen ist dafür, dass wir die Tagungszeit um etwa eine halbe Stunde verlängern, bis wir über die Anträge abgestimmt haben? – Ich bitte um die Gegenprobe der Hungrigen. – Die Satten waren die eindeutige Mehrheit. Ich danke Ihnen. Damit haben wir das Plazet zur Fortsetzung dieses Tagesordnungspunkts und werden jetzt über die Anträge abstimmen.

Bevor wir in die Abstimmung über die Anträge eintreten, hat der Referent, der Kollege Franz Bartmann, das Schlusswort. Ich bitte ihn um das Schlusswort und eine kurze Bewertung der Anträge.

Dr. Bartmann, Referent: Vielen Dank, Herr Montgomery. Ich stelle fest, dass Herr Montgomery zur normalen Nomenklatur „Franz Bartmann“ zurückgefunden hat. Diesen Namen führte ich bis zum dritten Staatsexamen. Danach stellte man fest, dass der Bindestrich zwischen Joseph und Franz bedeutet, dass ich

den Doppelvornamen führen muss. Deswegen werde ich überall offiziell so genannt. Aber ich höre viel lieber auf „Franz“. Ich danke dir, Monti.

Ich möchte mich den Worten von Herrn Weichert nahtlos anschließen. Auch ich danke Ihnen für diese sehr engagierte Diskussion. Wir haben sehr interessante, wir haben divergierende Standpunkte kennengelernt. Als Antragsteller und Referent sitzt man hier oben auf der Bühne wie auf heißen Kohlen. Gibt es zustimmende Beiträge, kann man sich entspannen, bei den anderen fragt man sich, ob man es nicht gut genug erklärt hat. Manchmal möchte man sagen: Moment, das kann ich Ihnen erklären, das ist gar nicht so schwierig, wie es aussieht.

Es gibt aber auch Beiträge, die erkennen lassen, dass es durchaus noch eine ganze Menge Gesprächsbedarf gibt. Diese Gespräche biete ich Ihnen an.

Ich bitte Sie herzlich, sich zu überlegen, was geschieht, wenn Sie unserem Antrag zustimmen. Wir haben gehört, dass die Tests noch gar nicht richtig begonnen haben. Wir hatten noch keine Onlinetestphase. Wir wissen bisher nur ganz basal: Was passiert offline? Es gibt keinerlei Festlegungen, was mit dem Rezept geschieht. Sicher ist nur: Es gibt Übergangszeiten zwischen dem Papierrezept und dem elektronischen Rezept, die lang sind.

Ich möchte jetzt nicht inhaltlich auf die einzelnen Punkte eingehen. Ich bitte Sie nur: Geben Sie uns die Chance. Jetzt geht es richtig los. Jetzt geht es darum, wie das Konzept mit Leben erfüllt wird. Ich erinnere daran: Als vor zehn Jahren auf dem Ärztetag zum ersten Mal über Telematik gesprochen wurde, hieß es, der Staat habe die verdammte Aufgabe, ein sicheres Konzept für eine strukturierte Datensicherheit vorzulegen. Das haben wir im Grunde genommen; Herr Weichert hat darauf hingewiesen. Die Inhalte bestimmen wir. Da möchten wir gern mitreden. Deshalb bitte ich darum, uns diese Möglichkeit weiterhin zu lassen. Wir werden alle Anregungen von heute und diejenigen, die noch kommen werden, mit Sicherheit berücksichtigen.

Jetzt besteht das Problem, dass wir eine ganze Menge Anträge haben, die teilweise Ergänzungsanträge darstellen, die teilweise aber auch konträr zu unserem Antrag stehen. Nicht kompatibel sind alle Anträge, die eine Ablehnung fordern. Das sind im Wesentlichen die Anträge 3, 4 und 12. Alle anderen Anträge sind letztendlich als Ergänzungsanträge von uns durchaus mit einzubauen. Es gibt einige substanzielle Führungsanträge, die Anträge 1-2 und 1-1. Sie würden automatisch nicht mit abgestimmt werden. Das sind Formalien, die später kommen.

Ich bitte Sie noch einmal eindringlich: Lassen Sie uns die Chance der weiteren Mitarbeit, der weiteren Mitsprache bei einem Projekt, das von existenzieller Bedeutung für die Zukunft ist. Stimmen Sie dem Antrag des Vorstands, wie er Ihnen rechtzeitig vorgelegt worden ist, zu.

Ich danke Ihnen noch einmal.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Franz Bartmann.

Meine Damen und Herren, Sie haben eine Liste der Anträge vorliegen. Ich möchte mit Ihnen, bevor wir in die Abstimmung eintreten, ganz kurz die Reihenfolge der Abstimmungen besprechen. Wir gehen davon aus, dass der weitestgehende Antrag in seiner Ablehnung der Antrag 3 ist. Wenn Sie den Antrag 3 annehmen, sind im Kern alle Anträge, die sich mit einer weiteren konstruktiven Beteiligung an dem Projekt befassen, obsolet geworden, weil sie in Widerspruch zum Antrag 3 stehen.

Damit würden automatisch die Anträge 1 mit allen Änderungsanträgen, 5, 7, 10, 11 und 19 obsolet, weil sie sich auf die Mitarbeit an dem Projekt beziehen.

Nach dem Antrag 3 würden wir den Antrag 12 und anschließend den Antrag 4 abstimmen, die sich aber in genau der gleichen Weise in einem fundamentalen Gegensatz zum Antrag 1 befinden und deshalb dieselbe Konsequenz nach sich zögen, wenn sie angenommen würden, nämlich dass die Anträge 1, 5, 7, 10, 11 und 19 entfielen.

Danach könnten wir uns, wie immer die Abstimmungen bis zu diesem Punkt ausgegangen sind, den übrigen Anträgen in ihrer enumerativen Reihenfolge widmen.

Sind Sie mit einem solchen Prozedere einverstanden? – Eine Meldung zur Geschäftsordnung von Herrn Kollegen Junker.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Vorsitzender, ich muss etwas widersprechen. Der Antrag 4 sagt sehr deutlich aus:

Im Falle der Nichterfüllung dieser Bedingungen …

Es ist also kein kompletter Ablehnungsantrag, sondern er stimmt eigentlich dem Papier des Vorstands zu, in der kürzeren Form. Nur dann, wenn diese Bedingungen nicht erfüllt sind, soll der Ausstieg erfolgen. Das ist also kein kompletter Ablehnungsantrag.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Sie gehen also davon aus, dass bei einer positiven Bescheidung des Antrags 4 die von mir eben erwähnte Systematik nicht einträte und wir die Anträge abstimmen könnten, ohne dass Probleme auftre-

ten, wohingegen Sie das für die Anträge 3 und 12 akzeptieren. Sehe ich das richtig? – Dann lassen Sie uns bitte so verfahren. Nehmen Sie bitte den **Antrag IV-3** zur Hand. Die Antragsteller Zimmeck, von Knoblauch zu Hatzbach und andere, beantragen:

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt die elektronische Gesundheitskarte ab!*

Es folgen zwei weitere Absätze.

Meine Damen und Herren, ich höre: Vorstandsüberweisung.

(Zurufe)

– Entschuldigen Sie, ich habe es gehört. Es hat jemand gerufen.

(Zurufe: Nein!)

Ist niemand für Vorstandsüberweisung? – Gut.

Wir stimmen über den Antrag 3 ab. Ich bitte diejenigen, die dem Antrag 3 zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Letzteres ist eindeutig die Mehrheit. Bitte die Enthaltungen. – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag 3 mit Mehrheit **abgelehnt.**

(Beifall)

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag IV-12** von Herrn Kahlke und anderen. Änderungsanträge zu diesem Antrag liegen uns nicht vor. Ich bitte jetzt diejenigen, die dem Antrag 12 zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Letzteres war wieder die Mehrheit.

(Zurufe)

– Wünschen Sie Auszählung?

(Zurufe: Ja!)

– Dann zählen wir; keine Legendenbildung. Ich frage also noch einmal: Wer für den Antrag 12 ist, möge jetzt die Hand heben. – Dann bitte ich Sie jetzt um die Gegenprobe. Wer diesem Antrag nicht zustimmen will, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Enthaltungen. – Eine mittlere Anzahl von Enthaltungen. Diese werden aber bei der Abstimmung nicht mitgezählt. Für den Antrag gab es 109 Stimmen, gegen den Antrag 103. Damit ist der Antrag 12 **angenommen.**

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, das bedeutet nach der vorhin von uns aufgestellten Logik, dass die **Anträge IV-1-1, IV-1-5, IV-1-7, IV-10, IV-11 und IV-19** obsolet geworden sind.

(Beifall)

Wir kommen damit zur Abstimmung über den **Antrag IV-4** von Herrn Kollegen Junker, Ärztekammer Westfalen-Lippe. Haben Sie ihn alle? Dann bitte ich jetzt diejenigen, die für die Annahme des Antrags 4 sind, um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Ich habe das Gefühl, dass einige sowohl dafür als auch dagegengestimmt haben. Also noch einmal: Ich bitte diejenigen, die für den Antrag sind, um das Handzeichen. – Ich bitte diejenigen, die gegen den Antrag sind, um das Handzeichen. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Der **Antrag IV-1** ist damit weg.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich bin nicht der Meinung, dass der Antrag IV-7 durch die Entscheidung für den Antrag IV-12 hinfällig ist, denn in dem Text von Herrn Kahlke und anderen steht ja ausdrücklich:

> *Die Erstellung von gerichteter Point-to-Point-Kommunikation mit ausreichendem Datenschutz zwischen unterschiedlichen behandelnden ärztlichen Einrichtungen wird befürwortet.*

Der Antrag IV-7 befasst sich mit den Anforderungen an die elektronische Kommunikation schlechthin.

Da wir im Übrigen als Deutscher Ärztetag nicht die Tatsache beseitigen können, dass es das Gesundheitskartenprojekt gibt, sondern es dieses ja zunächst einmal weiterhin gibt, finde ich eine Abstimmung über den Antrag IV-7 erforderlich, weil der Antrag 7 die Frage des Einsatzes eines möglichst sicheren Kryptografieschlüssels zum zentralen Punkt für den Einsatz elektronischer Datenkommunikation schlechthin macht. Das gilt auch für die Punkt-zu-Punkt-Anwendung. Ich meine, da müsste man jetzt Farbe bekennen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Kollege Voigt aus Niedersachsen zur Gegenrede.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Mir geht es noch einmal um den Antrag 4, der meiner Meinung nach nicht mehr abgestimmt werden konnte, nachdem der Antrag 12 von der Mehrheit des Ärztetages angenommen wurde. Ich möchte daher eine neue Lesung zum Antrag 4 beantragen. Meiner Meinung nach kann man ihn nicht mehr bescheiden, nachdem Antrag 12 angenommen wurde.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das war keine Gegenrede zu dem Geschäftsordnungsantrag von Herrn Henke, sondern das war die Bitte um eine zweite Lesung zum Antrag 4. Ich glaube, wir wären klüger beraten, wenn wir zunächst die zweite Lesung zum Antrag 4 durchführten, weil dieser Antrag in der Tat große Konsequenzen für uns hat. Dann könnten wir uns über den Antrag 7 eine Meinung bilden.

Jetzt eine Gegenrede von Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Ich sehe das Problem von Herrn Voigt nicht. Der Antrag enthält neue Forderungen. Er ist sozusagen der Neustart nach dem Antrag 12, der relativ konkret ist. Hier sind neue Bedingungen formuliert. Deshalb kann man ihn sehr wohl annehmen. Ich bin auch relativ sicher, dass sich das viele hier sehr gut überlegt haben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das war formal ein Antrag gegen die zweite Lesung. Ich frage Sie jetzt: Wer von Ihnen möchte eine zweite Lesung zum Antrag 4? Das müssen wir auszählen, denn es ist ein Quorum von einem Drittel der abgegebenen gültigen Stimmen erforderlich. Wer für die zweite Lesung zum Antrag 4 ist, möge die Karte erheben. – Bitte die Gegenprobe! – Erlauben Sie mir, zu glauben, dass das weit weniger als ein Drittel war? Sind Sie mit dem Votum einverstanden?

(Beifall)

– Dann entfällt die zweite Lesung. Ich danke Ihnen.

Die Anträge 12 und 4 sind positiv beschieden. Damit wenden wir uns dem Wunsch von Herrn Henke zu, über den **Antrag IV-7** in der durch den Antrag 7 a veränderten Fassung abzustimmen. Wer dafür ist, über diesen Antrag abzustimmen, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! –

Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag 7 mit der durch den Änderungsantrag 7 a verlangten Einfügung „mit offenem Source Code“. In der so veränderten Form, die der Antragsteller übernommen hat, steht jetzt der Antrag IV-7 zur Abstimmung. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Ebenfalls einige. Dann ist dieser Antrag mit Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Ich danke Ihnen.

Ich bitte Sie, jetzt den Antrag 2 zur Hand zu nehmen.

(Zuruf)

– Zur Geschäftsordnung Frau Professor Henneberg.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Antrag 7, den wir gerade so vorschnell abgestimmt haben, ist irgendwo wieder implizit enthalten, dass wir einen zentralen Server haben wollen. Den wollen wir nicht! Das haben wir mit dem Antrag 12 ausdrücklich abgestimmt.

(Beifall)

Einige in meiner Umgebung sind mit der Begründung über den Tisch gezogen worden: Verschlüsselung wollen wir doch immer!

Ich bitte ausdrücklich um zweite Lesung des Antrags 7. Ich bitte darum, ihn abzulehnen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Zweite Lesung zum Antrag 7 ist beantragt. Hierzu gibt es eine Gegenrede. Bitte, Herr Peters.

Dr. Peters, Westfalen-Lippe: Ich habe da ein Problem. Wenn Sie den Antrag 4 so beschließen und sagen: Stopp der eGK, dann hat das nicht automatisch zur Folge, dass der Antrag 1 damit hinfällig ist. Der Antrag 1 hat ganz andere Inhalte. Die eGK ist ein Teil, aber der Antrag 1 geht viel weiter, da geht es auch um die Anwendungen der Telematik. Es geht an dieser Stelle um die Telematik. Ich glaube, das müssen Sie noch einmal völlig überdenken. Das läuft hier völlig falsch.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das war jetzt nicht die Gegenrede zur zweiten Lesung. Ich betrachte das als einen Antrag auf zweite Lesung zur Nichtbefassung mit Antrag 1. Darüber können wir uns gleich eine Meinung bilden.

Jetzt aber die Gegenrede zur zweiten Lesung des Antrags 7.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe natürlich überhaupt nichts dagegen, wenn Sie eine zweite Lesung durchführen. Ich bin nur dagegen, dass Sie die zweite Lesung in der Annahme durchführen, dass das, was Frau Professor Henneberg über den zentralen Speicher gesagt hat, richtig sei. Der Antrag IV-7 ist hinsichtlich des Speicherorts völlig neutral.

(Beifall)

Er enthält ausdrücklich den Satz:

> *Auch Daten beispielsweise auf einem Patientenstick könnten so vor dem Zugriff unbefugter Dritter und potenzieller missbräuchlicher Nutzung geschützt werden.*

Dieser Antrag ist bezüglich der Speicherorte neutral. Er will nur, dass wir eine sichere Infrastruktur mit einem Kryptografieschlüssel haben, der verlässlich ist, und nicht das, was wir heute an vielen Orten des Datenumgangs vorfinden, wo jeder beliebigen Zugriff haben kann, so wie es dargestellt wurde. Deswegen stimmen Sie der zweiten Lesung bitte nicht zu in der Annahme, dass der Satz von Frau Henneberg richtig gewesen sei.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank. – Jetzt kommen wir zur Abstimmung. Wer für die zweite Lesung zum Antrag 7 ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Sind Sie mit mir der Meinung, dass das eine klare Zweidrittelmehrheit ist? Oder wünschen Sie Auszählung? – Nein. Dann ist die zweite Lesung abgelehnt. Wir brauchen uns dem zustimmenden Votum zum Antrag 7 nicht noch einmal zuzuwenden.

Der Kollege Peters hat eine zweite Lesung zu den Anträgen 1, 5, 10, 11 und 19 beantragt, weil er davon ausgeht, dass aus dem angenommenen Antrag 4 nicht mehr automatisch die Inkompatibilität mit diesen Anträgen hervorgeht. Wir sind

aber der Meinung, dass nicht der Antrag 4 das Problem ist, sondern die Annahme des Antrags 12 ist das Problem. Das würde uns in einen solchen Widerspruch setzen, dass wir als Ärztekammer Gefahr liefen, sowohl Ja als auch Nein gesagt zu haben. Deswegen glauben wir, dass wir nach wie vor dann wenigstens konsequent bei der in Antrag 12 enthaltenen Ablehnung bleiben sollten.

Ich frage jetzt Herrn Peters: Wünschen Sie eine Abstimmung über die zweite Lesung, oder sind Sie mit der Einschätzung einverstanden? – Herr Kaplan als Gegenrede zur zweiten Lesung. So muss ich das geschäftsordnungsmäßig einordnen.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Vorsitzender, Herr Kollege Montgomery, ich sehe das ein wenig anders. Im Antrag IV-12, den wir ja angenommen haben, steht zu Beginn des zweiten Absatzes:

> *Es ist zu begrüßen, dass dies auch in der Vorlage des Vorstands der Bundesärztekammer durch die darin aufgestellten Forderungen und Bedingungen zum Ausdruck kommt.*

Der Vorstandsantrag wird hier ganz klar positiv gesehen. Deswegen bin ich der Meinung, wir sollten über den Vorstandsantrag abstimmen.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das kann man in einem sehr langen Antrag in einem Punkt so sehen. Ich würde gerne den Referenten bitten, etwas zur Klarstellung zu sagen, weil die Telematikabteilung der Bundesärztekammer klar sagt, dass eine Inkompatibilität zwischen diesen beiden Anträgen besteht. Wir müssen auch zum Schutz unserer Mitarbeiter eine klare Festlegung haben, in welche Richtung sie arbeiten sollen. Wir können ihnen nicht immer grün und blau und rot mit auf den Weg geben und sie am Ende abstrafen. Sie können ja dann nur das Falsche machen.

Deswegen bitte ich Franz Bartmann, jetzt klarzustellen, warum aus dem Antrag 12 die Inkompatibilität mit dem Antrag 1 ff. abzuleiten ist.

Dr. Bartmann, Referent: Ich sehe natürlich auch, dass dieser Antrag am Anfang in gewisser Weise auf uns zuzugehen scheint und erklärt: Wir respektieren, was ihr da tut. Aber entscheidend ist der letzte Absatz. Da steht eindeutig:

Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ab, weil sie mit dem Grundvertrauen der Patienten in unser ärztliches Berufsethos nicht vereinbar ist …

Damit ist das nicht mehr kompatibel. Man kann nicht sagen, man lehnt es ab, aber andererseits den Antrag annehmen.

(Beifall)

Als Betroffener, über dessen Antrag damit automatisch gar nicht abgestimmt wird, stimme ich der ursprünglichen Auffassung zu: Antrag 12 schließt Antrag 1 aus.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Zur Geschäftsordnung Kollege Josten.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Vorsitzender Montgomery, ich beantrage eine zweite Lesung zum Antrag 12. Wegen der knappen Abstimmung und den Unklarheiten, die bei einigen Delegierten existieren, ist das die einzige Lösung, um zu einem guten Ergebnis zu kommen. Ich schlage zusätzlich vor, diese zweite Lesung nach dem Mittagessen durchzuführen. Dann kann man sich noch etwas austauschen.

(Beifall – Widerspruch)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Damit wir uns klar sind: Es gibt den Antrag auf zweite Lesung zum Antrag 1 ff. Es gibt ebenso den Antrag auf zweite Lesung zu Antrag 12. Der Antrag zu 12 ist der weitergehende Antrag. Er hätte nämlich automatisch die Konsequenz, dass Antrag 1 ff. wieder aufleben könnten, wenn er angenommen würde. Sind wir uns darin einig?

(Vereinzelt Beifall)

Jetzt zu den Gegenreden zur zweiten Lesung des Antrags 12. Dazu bitte Herr Brunngraber.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich halte hier eigentlich nicht viele Worte für angebracht. Ich denke,

wer in der Lage ist, den Antrag IV-12 in seinem Aufbau, in seinem Bezug auf die Geschichte der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages und bezüglich der Konsequenzen für die Zukunft zu lesen, weiß auch völlig eindeutig, was mit dem Votum hier gemeint war.

(Beifall)

Eine zweite Lesung halte ich – mit Verlaub gesagt, sehr geschätzter Antragsteller – tendenziell fast für eine Beleidigung des intellektuellen Niveaus der Herren und Damen hier.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Als Sitzungsleiter muss ich Sie doch sehr bitten, dass wir uns nicht gegenseitig das intellektuelle Niveau absprechen, verehrte Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Bei allem Respekt, das halte ich angesichts der wirklich hochklassigen Debatten, die wir seit Dienstagmittag führen, schlicht und einfach nicht für angemessen.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den Antrag auf zweite Lesung des Antrags IV-12. Das müssen wir auszählen, weil wir feststellen müssen, ob sich ein Drittel der abgegebenen gültigen Stimmen für die zweite Lesung ausgesprochen haben. Jetzt bitte ich diejenigen, die eine zweite Lesung wollen, um das Handzeichen. – Diejenigen, die die zweite Lesung ablehnen, mögen jetzt bitte die Karte heben. – Meine Damen und Herren, in der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage heißt es:

> *Bei Abstimmungen entscheidet … die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen. Ungültig abgegebene Stimmen und Stimmenthaltungen zählen bei der Zahl der abgegebenen Stimmen nicht mit.*

Wir haben 147 Stimmen gegen die zweite Lesung und 75 Stimmen für die zweite Lesung. Das sind 222 Stimmen. Das Quorum beträgt bei 222 Stimmen 74 Stimmen. Damit haben Sie mit einer Stimmenmehrheit die zweite Lesung zu diesem Antrag beschlossen. Das ist Mathematik, meine Damen und Herren! Zur Geschäftsordnung Herr Jaeger, Landesärztekammer Schleswig-Holstein.

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Meine Damen und Herren! Es ist mir völlig egal, wie die zweite Lesung ausgeht: Das hier ist für mich ein Paradebeispiel für absolut manipulierte Demokratie.

(Beifall)

Wir hatten eben eine hochinteressante, sehr lange emotionale und auch sachliche Diskussion. Alle, die an diesem Thema teilnehmen wollten, haben dann abgestimmt. Über eine halbe Stunde später kann es wegen der Mittagszeit und anderer Dinge sein, dass einige Delegierte nicht mehr anwesend sind, die vorher abgestimmt haben, weil sie gesagt haben: Der Punkt, der mir am Herzen liegt, ist entschieden. Dass eine halbe Stunde später durch ein geschicktes Manöver der Tagesordnungspunkt plötzlich wieder völlig offen ist, ist zugegebenermaßen sehr elegant. Aber es ist fraglich, ob das demokratisch ist.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Lieber Norbert Jaeger, das war erstens kein Geschäftsordnungsantrag, sondern eine persönliche Erklärung, zweitens bitte ich Sie ausdrücklich, der Sitzungsleitung das Vertrauen auszusprechen, denn die Manipulation geht nicht von hier aus. Wir haben alles absolut so gemacht, wie es Satzung und Geschäftsordnung vorsehen, meine Damen und Herren.

(Beifall)

– Ich danke Ihnen.

Die nächste Rednerin zur Geschäftsordnung ist Frau Friedländer.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Herr Vorsitzender! Meine Kolleginnen und Kollegen! Ich halte diese Entscheidung für so bedeutend für die deutsche Ärzteschaft – wir stehen hier nicht allein für uns, sondern wir stehen für 300 000 Kolleginnen und Kollegen –, dass ich darum bitte, dass namentlich abgestimmt wird, damit jeder nachvollziehen kann, wer welche Entscheidung getroffen hat.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Es ist der Antrag auf namentliche Abstimmung gestellt. Meine Damen und Herren, wollen wir erst noch Herrn Lindhorst mit seiner Geschäftsordnungsäußerung hören? Dann erkläre ich Ihnen, wie das mit

der namentlichen Abstimmung geht. Dann können Sie darüber entscheiden. – Bitte, Herr Lindhorst.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Den Antrag hat Frau Friedländer gestellt. Vielen Dank.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Die namentliche Abstimmung ist in § 16 der Geschäftsordnung geregelt:

> *Die Abstimmung erfolgt in der Regel durch Handaufheben. Auf Beschluss der Versammlung kann sie namentlich durch Aufruf der Abgeordneten oder schriftlich geheim erfolgen. Namentliche oder schriftliche geheime Abstimmung kann nicht mehr beantragt werden, wenn die Abstimmung durch Handaufheben im Gange ist. Die Abstimmung durch Handaufheben ist im Gange, sobald der Leiter der Versammlung zur Abgabe von Stimmen aufgefordert hat.*

Ich habe nicht zur Abgabe von Stimmen aufgefordert. Damit ist die namentliche Abstimmung dann möglich, wenn die Mehrheit der Versammlung dieses wünscht. Wir sind darauf eingerichtet. Wir können dieses Verfahren durch die Bildung einzelner Abstimmungsblöcke vollziehen.

Ich schlage allerdings vor, dass wir gegebenenfalls in der Zwischenzeit essen, weil die Boxen aufgebaut werden müssten und weil andere Vorbereitungen zu treffen sind.

(Widerspruch)

Es geht nur um die zweite Abstimmung zum Antrag 12. Ist das richtig, Frau Friedländer?

Sind Sie alle im Bilde, worüber Sie abstimmen? – Zur Geschäftsordnung Professor Kahlke.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Montgomery! Meine Damen und Herren! Es hat von den Antragstellern sicher niemand gewollt, dass wir in eine solche Geschäftsordnungsdebatte kommen, um nicht den Begriff „Chaos“ zu verwenden. Wenn die zweite Lesung beantragt ist – das ist ja der Fall –, dann ist es in meinen Augen eine zweite Lesung und keine von vornherein durchzuführende

zweite Abstimmung. Zweite Lesung bedeutet: Der Antrag 12 wird wieder aufgenommen, und es wird weiter über ihn diskutiert. Dann wird abgestimmt.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das ist richtig. Das ändert aber nichts daran, dass Frau Friedländer den Antrag gestellt hat, dann, wenn über diesen Antrag abgestimmt werden soll, dieses in namentlicher Abstimmung zu tun. Namentliche Abstimmung bedeutet, dass ich alle 250 Delegierte einzeln aufrufen werde und sie um ihr Votum – Ja, Nein oder Enthaltung – bitten werde.

Ich schlage vor, dass wir uns jetzt eine Meinung darüber bilden, ob wir namentlich abstimmen wollen. – Eine Gegenrede zur namentlichen Abstimmung durch den Kollegen Brunngraber.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Sehr geehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das wirklich Fatale, das wir momentan verzapfen, ist: Welche Nachricht geht aus Ulm in die Gesellschaft, in das Land? Dass wir mit diesem Antrag Geburtsprobleme gehabt haben, mit Zangen, mit Saugglocke usw. Dabei ist der Inhalt des Antrags vorhin völlig überzeugend, transparent und klar durchgegangen. Durch dieses Hickhack und wahrscheinlich diejenigen, die jetzt zur Mittagspause müssen und nicht wiederkommen, wie der Kollege vorhin richtig gesagt hat, fügen wir dem Entstehen eines Votums des Deutschen Ärztetages am Rande der Fahrlässigkeit Schaden zu.

(Beifall)

Deswegen bin ich gegen diese schriftliche Abstimmung, sondern für eine schnelle und das Votum bekräftigende Abstimmung. Wir unterbrechen hier die Meinungsbildungsprozesse in einer Weise, die nicht mehr erträglich ist.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Brunngraber. – Eine weitere Meldung zur Geschäftsordnung ist eigentlich nicht mehr möglich, denn wir haben eine Meinung dafür und eine Meinung dagegen gehört. Wir sollten uns jetzt eine Meinung darüber bilden, ob wir namentlich abstimmen wollen oder nicht. Ich bitte jetzt diejenigen, die für die namentliche Abstimmung sind, die Hand zu heben. – Ich bitte um die Gegenprobe! – Das Zweite ist eindeutig die Mehrheit. Damit ist der Geschäftsordnungsantrag auf namentliche Abstimmung abgelehnt.

Mit Ihrem Einverständnis treten wir jetzt direkt in die zweite Lesung zum Antrag 12 ein. Ich rufe den Antrag 12 zu einer zweiten Lesung auf. In § 18 der Geschäftsordnung heißt es, dass eine zweite Beratung und Beschlussfassung stattfindet. Es liegt jetzt an Ihnen, durch die Abgabe von Wortmeldungen sich in der zweiten Lesung inhaltlich zum Antrag IV-12 zu äußern.

(Zuruf: Ende der Debatte!)

– Ich sehe eine Geschäftsordnungsmeldung.

(Zuruf)

– Schluss der Debatte kann erst beantragt werden, nachdem fünf Wortmeldungen erfolgt sind. Herr Bernd Zimmer aus der Ärztekammer Nordrhein hat ums Wort gebeten. Herr Zimmer, Sie haben das Wort. Es gilt immer noch die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Das hatten Sie für den gesamten Tagesordnungspunkt IV beschlossen. Der Tagesordnungspunkt IV ist noch im Gange.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, wir entscheiden hier und heute über eine der für unsere berufliche Zukunft schwerwiegendsten Fragen, die unsere Arztpraxen, unser ärztliches Verständnis, unsere Arbeit im Krankenhaus, aber auch im öffentlichen Gesundheitswesen, im MDK oder sonst wo, wo wir ärztlich und nicht medizinisch tätig sind, bestimmen wird.

Ich hatte eigentlich die ganz große Hoffnung, dass mit der Annahme des Antrags 12 der Weg für eine patientennahe, nicht so kostenintensive und vor allen Dingen für mich völlig ungeklärte Situation, was das Recht an den dann geschaffenen Datenstrukturen angeht, geöffnet würde. Ich bin überrascht, dass wir jetzt wieder zurückmüssen. Ich möchte Sie – anders als gestern – nicht lange aufhalten. Ich glaube, wir sind mit diesem Antrag 12 gut beraten. Er schnürt in gar keiner Weise die Situation so stark ein, dass wir uns von der elektronischen Vernetzung und ähnlichen Dingen völlig befreien, sondern wir wollen es fortentwickeln, wir schaffen eine gewisse Offenheit.

Ich möchte Sie auf Folgendes hinweisen: Ich bin in der Diskussion vorhin überhaupt nicht darüber informiert worden, wie sich die Situation darstellt, wenn aus dem gematik-Prozess heraus ein wie auch immer geartetes eCard-System entstanden ist. Wer hat dann eigentlich das Recht, die dort entstandenen Strukturen zu verwalten? Sind sie überhaupt noch in unserer ärztlichen Hoheit?

Ich persönlich befürchte mit der bisher betriebenen Entwicklung eine Situation ähnlich wie beim Saatgut: Es gibt Patente darauf, und man muss anschließend

Jahr um Jahr diese Prozesse neu kaufen und teuer warten. Im Grunde genommen verlieren wir Stück für Stück die Hoheit darüber.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Danke, Herr Kollege Zimmer. – Jetzt der Kollege Dreyer von der Ärztekammer Nordrhein.

Dreyer, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! So was kommt von so was! Ich glaube, wir haben wirklich zu früh Schluss der Debatte beantragt. Wir hätten uns viel Ärger ersparen können, wenn wir zu Ende debattiert hätten.

Ich persönlich glaube, dass beide Anträge, also sowohl der Antrag 12 als auch der Antrag 1, ganz eindeutige positive und negative Aspekte haben. Ich glaube, dass die Annahme des Antrags 1 bedeutet hätte, dass man sich intensiv mit der elektronischen Gesundheitskarte befassen will, dass man auch bereit ist, das Positive bei der elektronischen Gesundheitskarte zu sehen. Ich glaube, der Antrag 12 bedeutet in der Tat nicht eine Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte für alle Ewigkeit.

Wir müssen uns überlegen, wovor wir eigentlich Angst haben. Wie läuft es denn heute ab, wenn wir in den Praxen und in den Krankenhäusern miteinander kommunizieren wollen? Der Doktor im Krankenhaus ruft den Doktor in der Praxis an – das wird abgehört. Dann sagt der eine Doktor zum anderen: Schicken Sie mir bitte einmal den letzten Arztbrief. Das geschieht in der Regel per Fax – das wird mitgelesen. Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass Telefongespräche zwischen Ärzten nicht über einen Zerhacker laufen und dass ein Fax nicht als Kryptofax geschickt wird.

Ich glaube, es ist extrem wichtig, um ein bisschen mehr Sicherheit für unsere Patienten zu schaffen, der elektronischen Gesundheitskarte als sicherem Verschlüsselungsweg im Gegensatz zur heutigen Situation zuzustimmen und sie nicht grundsätzlich abzulehnen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dreyer. – Als nächster Redner hat sich Herr Kollege Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern zu Wort gemeldet.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Lieber Herr Montgomery! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wenn wir nicht in eine zweite Lesung eingetreten wären, hätte ich das Wort für eine persönliche Erklärung benötigt, um meiner Trauer über den bisherigen Abstimmungsverlauf Ausdruck zu geben. Die Telematikkommission der Bundesärztekammer hat eine ganz großartige Arbeit geleistet. Durch die Annahme dieses unseligen Antrags 12 haben wir uns den Weg verbaut, diesen Antrag zu bescheiden. Dieser Antrag eröffnet uns die Möglichkeit, auf diesem Weg mit aller gebotenen Vorsicht weiterzugehen.

Ich finde, in diesem Antrag sind alle in der heutigen guten Diskussion vorgetragenen Bedenken mehr oder minder berücksichtigt. Dort, wo sie nicht berücksichtigt sind, ist es oft noch unentschieden. Das heißt, wir befinden uns auf einem Weg.

Wenn wir diesen Weg weiter beschreiten und uns nicht selber der Einflussnahme berauben wollen, müssen wir den Antrag 1 annehmen. Deswegen müssen wir den Antrag 12 leider ablehnen. Das muss ich so hart sagen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schimanke.

Meine Damen und Herren, es ist jetzt 13.10 Uhr. Ich schlage Ihnen vor, dass wir jetzt noch zwei Redner hören. Dann ist es 13.15 Uhr. Dann machen wir vielleicht doch bis 14.00 Uhr eine Mittagspause, damit Sie die Chance haben, etwas zu essen. Nach den Formalia treten wir sofort wieder in den Tagesordnungspunkt IV ein und beenden ihn.

Jetzt bitte Herr Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Natürlich wäre eine Mittagspause schön. Ich befürchte allerdings, dass nach der Mittagspause einige Delegierte nicht mehr wiederkommen, andere bearbeitet werden, sodass im Endeffekt eine andere Stimmung aufkommt. Das müssen wir unbedingt vermeiden.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Jetzt die Gegenrede von Frau Gitter. Danach stimmen wir über die Frage ab, ob wir um 13.15 Uhr für eine Dreiviertelstunde unterbrechen.

Dr. Gitter, Bremen: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte für eine Mittagspause plädieren. Ich kann diese Argumente langsam nicht mehr hören. Sie alle wussten, von wann bis wann der Deutsche Ärztetag tagt, wann normalerweise die Pausen vorgesehen sind, wie die Abläufe aussehen. Dieses vorgeschobene Argument, dass Sie sich nicht in der Lage sehen, nach dem Mittagessen zu diskutieren, kann ich nicht mehr akzeptieren.

Ich muss auch stark zurückweisen, dass man das der Versammlungsleitung anlastet. Ich kann keinen klaren Kopf mehr bewahren, wenn ich jetzt nicht langsam meinen Insulinhaushalt normalisiere.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Einer hat für die Mittagspause, einer dagegen gesprochen. Diese würde um 13.15 Uhr beginnen. Ich bitte diejenigen, die für die Unterbrechung um 13.15 Uhr sind, um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Wir hören jetzt also noch Herrn Kollegen Dehnst. Danach treten wir in die Mittagspause bis 14.00 Uhr ein. Nach der Mittagspause fahren wir mit den Formalia fort, um nach deren Beendigung sofort wieder in die Rednerliste zu Tagesordnungspunkt IV einzusteigen.

Herr Kollege Dehnst, Sie haben das Wort.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Sehr geehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! In dieser schwierigen Entscheidungsphase möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch einmal auf zwei Punkte lenken. Der erste Punkt ist relativ kurz abgehandelt. In der Diskussion über den zentralen Server und die dezentrale Datenspeicherung ist etwas untergegangen, was mir sehr wichtig erscheint. Der voraussichtliche Sicherheitsbestand eines kryptografischen Schlüssels beträgt etwa fünf bis sechs Jahre. Danach ist er wirkungslos, wenn er nicht entsprechend gepflegt wird. Eine vergessene Akte ist also nach sechs Jahren quasi lesbar.

Es gibt ein Geschäftsmodell, das zugegebenermaßen nicht ganz legal ist. Es funktioniert in folgender Weise: Der kryptografisch gesicherte Datentransfer aus Praxen in einem Prominentenviertel – diese soll es ja geben – wird angezapft und aufgezeichnet. Diese Daten sind kryptografisch gesichert, sie werden ge-

speichert und zehn Jahre liegen gelassen. Sie werden natürlich nicht gepflegt. Nach zehn Jahren sind sie lesbar. Damit kann man handeln. Das möchte ich Ihnen zu bedenken geben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dehnst.

Ich unterbreche jetzt die Sitzung für eine Dreiviertelstunde bis 14.00 Uhr. Nach der Mittagspause beginnen wir mit den Formalia zum Haushalt, wie in der Tagesordnung ausgewiesen. Nach deren Behandlung setzen wir die Debatte zu Tagesordnungspunkt IV – Telematik – fort.

Ich danke Ihnen und wünsche einen guten Appetit.

3. Tag: Donnerstag, 22. Mai 2008
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Bevor der Ärztetag begonnen hat, haben wir vorgesehen, heute Nachmittag um 14.00 Uhr die Finanzen zu beraten. Angesichts der jetzigen Lage müsste dazu der Tagesordnungspunkt IV unterbrochen werden, was vor der Mittagspause auch vorgesehen war.

Jetzt haben aber zwei Kollegen, nämlich die Kollegen Baier aus Baden-Württemberg und Lange aus Niedersachsen, den Antrag gestellt, den Tagesordnungspunkt IV zu Ende zu behandeln und erst dann den Haushalt zu beraten. Gibt es eine Gegenrede zu diesem Geschäftsordnungsantrag? Möchte jemand gegen diesen Geschäftsordnungsantrag reden? – Bitte, Herr Fabian.

Dr. Fabian, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich halte das für unklug, und zwar einfach deshalb, weil es eine ganze Reihe von Kolleginnen und Kollegen gibt, die sich darauf eingestellt haben und jetzt nicht anwesend sind. Es könnte sein, dass diejenigen, die erst in einer Viertelstunde oder in 20 Minuten kommen, sagen, es sei doch eigentlich geplant gewesen, erst den Haushalt zu behandeln. Sie sind jetzt nicht anwesend. Unter Umständen könnte sich ein falsches Abstimmungsbild ergeben. Ich glaube, für diese wichtige Entscheidung sollte man ein solches Risiko nicht eingehen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Dann stimmen wir über den Geschäftsordnungsantrag ab. Wer möchte zunächst den Tagesordnungspunkt IV zu Ende verhandeln? Wer stimmt dem zu? – Wer ist dagegen? Wer möchte erst den Haushalt beraten? – Das zählen wir lieber aus. Ich frage also noch einmal: Wer möchte zunächst den Tagesordnungspunkt IV zu Ende verhandeln? – Wer möchte das nicht? Wer möchte jetzt erst den Haushalt behandeln und danach den Tagesordnungspunkt IV, so wie es vor der Pause besprochen war? – Das Ergebnis ist, dass wir jetzt erst den Haushalt beraten, denn 92 sind gegen den Vorschlag, zunächst den Tagesordnungspunkt IV zu Ende zu verhandeln, und 80 sind dafür. 92 sind mehr als 80.

Wir wenden uns jetzt also dem Haushalt zu. Bevor wir mit den Tagesordnungspunkten zu den Finanzen beginnen, frage ich die Geschäftsführung, ob Anträge zur Entlastung des Vorstands, die zum Tagesordnungspunkt VI – Tätigkeitsbericht – vorliegen, jetzt behandelt werden müssen, weil sie entlastungsrelevant sind. – Ich bekomme die Antwort, das sei nicht der Fall.

Dann können wir zu den Tagesordnungspunkten hinsichtlich der Finanzen kommen. Dazu 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 bis IX – Finanzen – öffentlich zu verhandeln.

Gibt es dazu Widerspruch? – Dann ist das Einverständnis herbeigeführt.

§ 4 Abs. 6 der Satzung der Bundesärztekammer besagt:

> *Über die Genehmigung des Haushaltsvoranschlages, die Festsetzung der Kostenanteile, die Entgegennahme der Jahresrechnung und die Erteilung der Entlastung an den Vorstand können die Delegierten einer Landesärztekammer nur einheitlich durch einen Stimmführer für ihre Kammer abstimmen. Der Stimmführer hat dabei so viel Stimmen wie die Zahl der seiner Ärztekammer nach § 4 Abs. 3 zustehenden Abgeordneten.*

Beachten Sie bitte, dass nach der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage – das ist § 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.

Ich rufe jetzt **Tagesordnungspunkt VII** auf:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007)

a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2006/2007

b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2006/2007

Wir kommen zunächst zum Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2006/2007. Referent ist Herr Professor Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Bitte, Herr Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ihnen liegt der Prüfbericht des Revisionsverbands ärztlicher Organisationen für das Geschäftsjahr 2006/2007 vor. Für den Vorstand gebe ich Ihnen entsprechend unserer Satzung Rechenschaft für das Geschäftsjahr, das am 30. Juni 2007 zu Ende gegangen ist. Die Finanzkommission hat den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V., Münster, mit der Prüfung der Jahresrechnung beauftragt.

Der Abschluss endet mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 2 268 112,57 Euro. Lassen Sie mich einige Worte zu den wesentlichen Abweichungen der Istzahlen im Vergleich zum Haushaltsvoranschlag sagen.

Bei den Personalkosten wurden knapp 400 000 Euro durch Stellenvakanzen, geringere Aufwendungen für Fremdpersonal und geringere Beihilfeaufwendungen nicht verwendet.

Das Sanierungsgeld zur Zusatzversorgungseinrichtung VBL entfällt für die Bundesärztekammer und führt zu Minderaufwendungen von rund 71 000 Euro.

Der Aufwand für die Position „Pensionen“ liegt mit rund 81 000 Euro unter dem Voranschlag.

Die Aufwendungen für das Brüsseler Büro liegen um 90 000 Euro unter dem Voranschlag wegen der Organisationsänderungen nach dem Ausscheiden der KBV aus dem gemeinsamen Büro. Nach der Auflösung der Gesellschaft bürgerlichen Rechts werden die Personalkosten unter Position 1 ausgewiesen. Die Etatposition „Brüsseler Büro“ umfasst nur noch Sachkosten.

Die Reisekostenpositionen lagen insgesamt mit rund 110 000 Euro unter dem Voranschlag. Hier macht sich in meinen Augen der Umzug der Bundesärztekammer von Köln nach Berlin bezahlt.

Porto, Telefon-, Kommunikationsentgelte sind um rund 50 000 Euro niedriger ausgefallen, ebenso Büromaterial um rund 26 000 Euro.

Nachdem die Umstellungen für den neu gestalteten Internetauftritt abgeschlossen wurden, fielen die Aufwendungen hier um 31 000 Euro.

Die Abschreibungen sind um rund 118 000 Euro geringer ausgefallen. Im Zusammenhang mit dem Umzug wurde eine Vielzahl der Anschaffungen direkt abgeschrieben, sodass der Abschreibungsbedarf in den Folgejahren geringer ausfällt.

Änderungen, die sich als dauerhaft erweisen, wurden bei der Erstellung des Haushaltsvoranschlags für das kommende Geschäftsjahr 2008/2009 berücksichtigt, und die Etatpositionen wurden entsprechend angepasst.

Noch einige Ausführungen zu den Erträgen. Die Erträge aus Beteiligungen liegen mit 889 000 Euro über dem Voranschlag. Im Haushaltsvoranschlag werden gemäß dem Haushaltsgrundsatz der Vorsicht nur 75 Prozent des Vorjahresgewinnanteils des Deutschen Ärzte-Verlags eingestellt.

Durch die positive Zinssituation liegen die Zinserträge mit rund 139 000 Euro über dem Voranschlag.

Vom Revisionsverband ärztlicher Organisationen wurde der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt. Die Prüfer haben wiederum die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung bestätigt.

Den Jahresabschluss und den Revisionsbericht hat die Finanzkommission zustimmend zur Kenntnis genommen. Hierüber wird der Vorsitzende der Finanzkommission, Herr Dr. Ensink, berichten, ebenso über die Verwendung der nicht verbrauchten Mittel.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Professor Fuchs. – Damit kommen wir zum Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2006/2007. Dazu begrüße ich Herrn Dr. Franz Bernhard Ensink aus Göttingen, den neu gewählten Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer. Ich begrüße ihn sehr in dieser Funktion

(Beifall)

und bedanke mich ebenso herzlich bei seinem Vorgänger, Herrn Dr. Koch aus Pleidelsheim, der die Finanzkommission viele Jahre erfolgreich geführt hat und uns allein schon mit seinem schwäbischen Tonfall beruhigt und klargemacht hat, dass die Finanzen der Bundesärztekammer in Ordnung sind. Ich glaube, das wird durch Herrn Dr. Ensink noch einmal gewürdigt. Herzlichen Dank an Herrn Dr. Koch aus Pleidelsheim.

(Beifall)

Herr Ensink, Sie haben das Wort.

Dr. Ensink, Referent: Sehr verehrter Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren Delegierte! Als zu Beginn dieses Jahres neu gewählter Vorsitzender der Finanzkommission der Bundesärztekammer stehe ich heute erstmals vor einem Deutschen Ärztetag, um Ihnen über die Tätigkeit der Finanzkommission im Allgemeinen sowie über die erfolgte Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2006/2007 im Speziellen zu berichten. Also bitte seien Sie nachsichtig mit mir, zumal ich hier über ein Geschäftsjahr berichte, in dem ich meine neue Funktion noch gar nicht bekleidet habe.

Gestatten Sie mir vor Beginn meiner offiziellen Ausführungen einen kurzen persönlichen Exkurs. Diese Gedanken werde ich mit Ihrer Billigung am Schluss meiner Ausführungen dann nochmals aufnehmen – verbunden mit der Hoffnung, dass Sie sich dem sich dabei ergebenden Rahmen werden vorbehaltlos anschließen können.

Sie alle hatten in den letzten Monaten reichlich Gelegenheit, Zeitzeuge von vor einigen Jahren schier unvorstellbaren Vorgängen am Finanzmarkt zu werden. Für meinen Großvater, der nicht Arzt war, war ein „Banker“ noch eine Persönlichkeit, die hinsichtlich ihrer Seriosität in einem Atemzug mit Pastor, Notar und Arzt zu nennen war. Bilanzpressekonferenzen von Banken wird derzeit mit großer Sorge entgegengesehen; die bloße Ankündigung einer außerplanmäßigen Pressekonferenz kann kursmäßig bereits ein kleines Erdbeben auslösen.

Da ich es nicht verantworten könnte, Sie bis zum Schluss meiner Ausführungen anspannungsbedingt dem Risiko eines Herzinfarkts auszusetzen, lassen Sie mich hier und jetzt bereits die beruhigende Vorwegbewertung vornehmen, dass unser Haushalt absolut in Ordnung ist. Es gibt nichts, was Sie irgendwo in dieser Richtung bankmäßig bekümmern müsste.

Dies ist eine – zugegebenermaßen – subjektive Bewertung, und ich bin mir durchaus bewusst, dass es eigentlich meine Aufgabe ist, hier nüchtern über Zahlen zu berichten. Wenn ich mir dieses Jahr dennoch erlaube, meiner Zahlenpräsentation diese höchst persönliche Bewertung voranzustellen, tue ich

dies nur deswegen, weil ich damit anerkennen will, dass dieses positive Zahlenwerk nicht meiner Amtszeit zuzurechnen und dementsprechend auch nicht Ausdruck meiner Aktivitäten ist.

Ich hatte vielmehr das Privileg, mit meinem „Dienstantritt“ eine finanziell grundsolide Situation übernehmen zu dürfen. Ich werde – wie bereits angekündigt – zum Schluss meiner Ausführungen auf diesen Punkt nochmals zurückkommen.

Nun also zum offiziellen Teil meines Vortrags. Die Finanzkommission der Bundesärztekammer hat mit der Prüfung der Jahresrechnung 2006/2007 wiederum den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. mit Sitz in Münster betraut. Der Jahresabschluss zum 30. Juni 2007 ist vom Revisionsverband geprüft worden. Der entsprechende Prüfbericht liegt Ihnen vollständig vor. Dort finden die Interessierten unter Ihnen auch die Angaben von meinen Folien, die zu Ihrer vereinfachten Orientierung hier im Hintergrund nochmals projiziert werden.

Ich möchte an dieser Stelle nur die beiden wichtigsten Punkte hervorheben, die ebenso von Herrn Professor Fuchs schon in Nebensätzen festgestellt wurden: Erstens. Dem Jahresabschluss zum 30. Juni 2007 wurde der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt. Zweitens. Die Prüfer haben – wiederum – die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung bestätigt.

Zum Bilanzstichtag 30. Juni 2007 beläuft sich die Bilanzsumme – wie Sie der Zusammenstellung der Aktiva auf der untersten Zeile, also der „Summe Aktiva“ entnehmen können – auf rund 47,5 Millionen Euro.

Auf den exakt gleichen Betrag von 47 474 569,36 Euro addieren sich auch die Passiva. Hier finden Sie in der ersten Zahlenkolumne den Ausweis „Nicht verbrauchte Mittel“; diese betragen insgesamt 2 268 112,57 Euro. Dieser in der entsprechenden Aufstellung auch als „Bilanzgewinn“ bezeichnete Betrag ergibt sich als die rechnerische Differenz zwischen der „Summe Eigenkapital“ auf der einen Seite sowie dem sogenannten „Wirtschaftlichen Eigenkapital“ auf der anderen Seite. Ich werde im weiteren Verlauf meiner Ausführungen auf diese Position nochmals zurückkommen.

In seinem Bericht ist Herr Professor Fuchs auf Abweichungen einzelner Etatpositionen bereits eingegangen, die ich nur noch insoweit bestätigen möchte. Zur Vermeidung von Wiederholungen werde ich mich auf einige andere, mir wesentlich erscheinende Punkte zur Jahresrechnung konzentrieren.

Das Projekt Versorgungsforschung wird über eine entsprechende Etatposition und die dafür eigens eingerichtete zweckgebundene Rücklage finanziert. Die Auszahlungen erfolgen entsprechend dem jeweiligen Fortschritt der Einzelprojekte. Dementsprechend erfolgten im Geschäftsjahr 2006/2007 Entnahmen aus dieser Rücklage in Höhe von 200 000 Euro.

Um sich die Dimensionen der verschiedenen Aufwandsblöcke im Jahresabschluss der Bundesärztekammer besser vorstellen zu können, zeigt Ihnen diese Balkengrafik die betreffenden Positionen in direkter Gegenüberstellung. Auf einen Blick wird deutlich, dass nahezu die Hälfte der Aufwendungen der Bundesärztekammer allein durch Personalkosten bedingt sind.

Wenden wir uns nunmehr der Finanzierung der Gesamtaufwendungen zu. Um Ihnen auch hier ganz verkürzt den aus meiner Sicht wesentlichen Punkt eingängig zu präsentieren, habe ich mich entschieden, Ihnen in Form einer Tortengrafik die Relativanteile zu projizieren, wie die zuvor dargestellten Aufwendungen der Bundesärztekammer gegenfinanziert wurden.

Die nach einem definierten Schlüssel von den Landesärztekammern nach Berlin überwiesenen Beiträge decken „nur“ etwa vier Fünftel der Aufwendungen der Bundesärztekammer. Ein weiteres Zehntel zur Deckung der Aufwendungen und damit zu einem ausgeglichenen Jahresabschluss trug im betreffenden Zeitraum die Gewinnausschüttung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH bei.

An dieser Stelle möchte ich hervorheben, dass sich die Erträge aus Beteiligungen auf rund 2 214 000 Euro belaufen. Diese Summe ergibt sich vor allem als exzellentes Ergebnis aus der Geschäftstätigkeit der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Beachten Sie dabei bitte noch, dass die Bundesärztekammer – neben der KBV – „nur“ hälftiger Eigentümer der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH ist, der tatsächlich ausgeschüttete Gewinn des Verlags also doppelt so hoch ist. Ich denke, ich spreche in Ihrer aller Namen, wenn ich an dieser Stelle den beiden hier anwesenden Geschäftsführern der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Herrn Weber und Herrn Führer, unseren gemeinsamen Dank ausspreche.

(Beifall)

Damit komme ich – wie bereits angekündigt – nochmals auf die bei den Passiva ausgewiesenen „Nicht verbrauchten Mittel“ zurück. Ich hatte die entsprechende Zahl bereits erwähnt; Finanzkommission und Vorstand hatten sich erfreulicherweise mit der sachgerechten Verwendung von 2 268 112,57 Euro zu befassen. Folgendes ist vorgesehen:

65 000 Euro, stammend aus dem Geschäftsjahr 2005/2006, wurden in das laufende Geschäftsjahr 2007/2008 vorgetragen.

Der Betrag von 167 000 Euro muss der Betriebsmittelrücklage wieder zugeführt werden. Diese Methode der Entnahme und alsbaldigen Rückführung ist im Sinne einer gebotenen kaufmännischen Vorsicht in der Vergangenheit beschlossen worden, damit sich eventuelle Gewinnschwankungen des Verlags nicht unmittelbar auf die Haushaltsplanung der Bundesärztekammer auswirken.

Ein weiterer Betrag von 886 000 Euro soll ebenfalls der Betriebsmittelrücklage zugeführt werden. Damit wäre die nach Haushalts- und Kassenordnung vorgegebene Maximalhöhe dieser Rücklage erreicht.

Der Betrag von 750 000 Euro soll der Rücklage „Berufspolitische Aktionen“ zugeführt werden.

Der dann noch verbleibende Restbetrag in Höhe von 400 112,57 Euro soll an die Landesärztekammern zurückgezahlt werden.

Diesen Vorschlag über den betreffenden Teilbetrag muss man im Zusammenhang sehen mit der – adäquater Transparenz verpflichteten – Intention der Finanzkommission, den erforderlichen Steigerungsbetrag der Umlagen der Bundesärztekammer im Haushaltsvoranschlag 2008/2009 nicht durch Vortrag nicht verbrauchter Mittel auszugleichen, vielleicht sollte ich besser sagen: nicht dadurch zu kaschieren.

Meine Damen und Herren, Sie sehen: Die Finanzen der Bundesärztekammer befinden sich in einem sehr guten Zustand. Vor der Finanzkommission hat der Geschäftsführer des Revisionsverbands, Herr Spannenkrebs, hierzu detailliert ausgeführt.

Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Bundesärztekammer sind – nach seinen Ausführungen – nicht nur „geordnet“, sondern „sehr zufriedenstellend“. Die aus kaufmännischer Sicht notwendigerweise und sinnvollerweise zu bildenden Rückstellungen und Rücklagen sind alle in adäquater Höhe bedient.

Ich darf an dieser Stelle sicher im Namen aller Delegierten dieses Ärztetages den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für ihre engagierte Tätigkeit danken.

(Beifall)

Ausdrücklich anerkennen möchte ich hier auch das kostenbewusste Wirken der Geschäftsführung, vertreten in der Person des Hauptgeschäftsführers, Herrn Professor Fuchs, sowie des zuständigen Dezernenten und stellvertretenden Hauptgeschäftsführers, Herrn Raabe.

Nach meiner Stellungnahme zum Jahresabschluss 2006/2007 der Bundesärztekammer informiere ich Sie noch kurz über die weiteren Aktivitäten der Finanzgremien in den vergangenen zwölf Monaten.

Nach Beginn der neuen Wahlperiode hat die Finanzkommission in ihrer Sitzung am 26. Januar 2008 Herrn Dr. Köhler, Schleswig-Holstein, als stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission bestätigt. Wie vom Herrn Präsidenten erwähnt, bin ich auf dieser Sitzung zum Vorsitzenden bestimmt worden.

Einen wichtigen Punkt der Beratungen der Finanzkommission stellte die Abrechnung der Rücklage „Berlinplanung“ dar. Hiermit hat der Umzug der Bundesärztekammer von Köln nach Berlin nunmehr auch finanzwirtschaftlich seinen Abschluss gefunden. Aus dieser Rücklage wurden letztendlich das Gebäude, die Einrichtung, der Umzug und der Sozialplan finanziert. Erfreulich und von allen Beteiligten als für solch ein Projekt recht ungewöhnlich hervorgehoben ist, dass ein Betrag von 1 657 000 Euro im März 2008 an die Landesärztekammern zurückgezahlt werden konnte.

Weiter hat sich die Finanzkommission und daraufhin der Vorstand mit dem Umgang bezüglich der Rücklage „Berufspolitische Aktionen“ befasst. Die Entnahmen aus dieser Rücklage wurden nunmehr so weit formell geregelt, dass ein zügiges Reagieren des Vorstands möglich ist, andererseits die Beteiligungsrechte der Finanzgremien gewahrt bleiben.

Wiederum ein umfassendes Thema bei den Beratungen der Finanzkommission war die Frage hinsichtlich der Wahl der Prüfgesellschaft. Für die nächste Prüfung hat die Finanzkommission nochmals den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. bestimmt. Gleichzeitig wurde aber als Entscheidungsgrundlage für zukünftige Geschäftsjahre eine konkrete Sondierung von Alternativen beauftragt. Dazu läuft aktuell bei einer begrenzten Auswahl von Prüfgesellschaften eine Abfrage nach dezidierten Angeboten. Mit dem weiteren Auswahlverfahren hat die Finanzkommission die „Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung“ betraut. Über das entsprechende Ergebnis werden wir der Finanzkommission auf ihrer nächsten Sitzung im Januar berichten, die die endgültige Bestätigung des dann zu wählenden Prüfers vornehmen wird.

Als Mitglieder dieser „Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung“ wurden seitens der Finanzkommission neu bestimmt oder bestätigt: Frau Schmidt aus Sachsen-Anhalt, Herr Estler aus Bayern, Herr Horn aus Hamburg, Herr Schumacher aus Nordrhein, Herr Dr. Schwarzenau aus Westfalen-Lippe und Herr Ziegler aus Baden-Württemberg.

Die vorgenannten Mitglieder haben alle für weitere Landesärztekammern, die ihrerseits in dem Gremium nicht direkt vertreten sind, jeweils sogenannte „Patenschaften“ übernommen.

Ich hoffe sehr, dass dieses bereits in früherer Zeit erfolgreich praktizierte Modell nicht nur der zeitnahen, sondern weiterhin auch einer möglichst authentischen Information und hohen Transparenz dient.

Kraft Amtes sind weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe auch Herr Präsident Professor Hoppe, Herr Professor Fuchs als Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und Herr Raabe als Finanzdezernent.

Auch Herr Dr. Köhler, als mein Stellvertreter, sowie Herr Dr. Crusius, als Finanzbeauftragter des Vorstands, sind weitere Teilnehmer an den Beratungen dieses Gremiums.

In einer ersten Sitzung dieser Arbeitsgruppe am 15. April 2008 haben wir uns bereits auf ein umfangreiches Arbeitsprogramm für die laufende Wahlperiode verständigt.

Sehr geehrte Damen und Herren, soweit nun meine offiziellen Ausführungen. Für Ihre dabei gewährte Aufmerksamkeit danke ich Ihnen. Schließen möchte ich aber nicht, ohne vorher – wie ebenfalls bereits angekündigt – an meine persönlichen Bemerkungen vom Beginn meiner Ausführungen nochmals anzuknüpfen.

Ich habe Ihnen hier ein Foto mitgebracht mit einem Blick weit hinein ins schwäbische Land. Dass hier gerade jemand dabei ist, „abzuheben“, sollten Sie nicht als irritierende versteckte Botschaft auffassen; vielmehr sollten Sie mit Schwaben das Land der „Häuslebauer“ assoziieren.

Sicher ist es kein Zufall, dass hier im Schwabenland die Firmenzentrale der größten deutschen Bausparkasse residiert, hat diese doch geschickt den Ortsnamen ihres Stammsitzes zum eigenen unverwechselbaren Markenzeichen mit hohem Wiedererkennungswert entwickelt.

Auch wenn es Kabarettisten gibt, die anderes behaupten, mir fallen einige „schwäbische Tugenden“ ein, welche die Angehörigen der dort heimischen Bevölkerungsgruppe als ambitionierte „Häuslebauer“ geradezu prädestinieren: nicht protzig, aber grundsolide, nicht modernistisch, aber aufgeschlossen für vernünftiges Neues, und – vor allem – nicht kleinlich, aber sehr wohl kostenbewusst!

Bei allem gebotenen Respekt für die damalige Weitsicht meiner Kolleginnen und Kollegen in der Finanzkommission, der ich seinerzeit noch gar nicht angehört habe, beschleichen mich gewisse Zweifel, ob es seinerzeit tatsächlich eine bewusst-perspektivische Entscheidung war, in jedem Fall aber ist es im Nachhinein als glückliche Fügung anzusehen, dass in den letzten Jahren – und damit gerade in der Zeit des Neubaus der Bundesärztekammer – ein Schwabe Vorsitzender der Finanzkommission dieser Institution war.

Bei der Betrachtung der Ihnen vorgestellten positiven finanziellen Situation der Bundesärztekammer – und das trotz eines realisierten Neubauvorhabens! – kann sein Name nicht unerwähnt bleiben.

Acht Jahre stand Herr Dr. Joachim Koch, den ich im Zuhörerraum begrüßen kann, den Finanzgremien der Bundesärztekammer vor. Verehrter Herr Kollege Koch, darf ich Sie bitten, zu mir hier auf das Podium zu kommen.

In die Amtszeit von Herrn Dr. Koch als Vorsitzender der Finanzkommission fiel das Gesamtprojekt „Neubau des Dienstgebäudes der Bundesärztekammer in Berlin und Umzug der Einrichtung von Köln nach Berlin“. Ich persönlich freue mich, dass unsere Bundesärztekammer heute in einem grundsoliden, funktionellen und freundlich-hellen Gebäude untergebracht ist.

Führen Sie sich vor Augen, meine sehr geehrten Damen und Herren, dass es auch in heutigen Zeiten, das heißt trotz der Implementierung scharfer Controllingmaßnahmen nicht nur im Krankenhaus, sondern auch und gerade in der Bauwirtschaft, bei großen – gerade bei öffentlichen – Baumaßnahmen immer wieder zu – zum Teil erheblichen – Kostenüberschreitungen kommt.

Mit dieser Erkenntnis vor Augen werden Sie es besonders zu schätzen wissen, dass das finanziell gewichtige Projekt des Neubaus unserer Bundesärztekammer nicht nur termingerecht abgeschlossen wurde, sondern dessen Endabrechnung sogar noch zu nennenswerten Rückerstattungen an die Landesärztekammern geführt hat. Ich hatte bereits im offiziellen Teil meiner Ausführungen über diesen Sachverhalt berichtet.

Es ist mir ein Anliegen, Ihren persönlichen Anteil, verehrter Herr Kollege Koch, an diesem hocherfreulichen Befund an dieser Stelle hier hervorzuheben. Für die im Januar dieses Jahres anstehende Wahl zum Vorsitzenden der Finanzkommission haben Sie nicht mehr zur Verfügung gestanden. Ich bin dankbar dafür, dass ich das Amt des Vorsitzenden der Finanzkommission von Ihnen mit einem so überaus positiven Finanzstatus der Bundesärztekammer übernehmen konnte.

Mir, als gebürtigem Unterfranken, werden Sie freundlicherweise nachsehen, wenn ich Ihnen als Zeichen der Anerkennung für Ihr Wirken keinen badischen Wein überreiche, sondern einen – gerade so, wie ich Sie persönlich erlebt habe – „trockenen“ Frankenwein im unverkennbaren Bocksbeutel; wobei Sie diese Unverkennbarkeit in der Form gerne als weitere Metapher für Ihr Handeln nehmen dürfen.

Sehr verehrter Herr Kollege Koch, im Namen aller Delegierten des Deutschen Ärztetages und des Vorstandes der Bundesärztekammer danke ich Ihnen auch in diesem Rahmen nochmals für Ihr langjähriges erfolgreiches Engagement als Vorsitzender der Finanzgremien der Bundesärztekammer bis zum 26. Januar 2008. Möge Ihnen der anerkennende Applaus Ihrer Kolleginnen und Kollegen auf diesem Deutschen Ärztetag noch möglichst oft in den Ohren nachklingen.

(Beifall)

Jetzt bleibt mir zum Abschluss nur noch, auch Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, für Ihre Aufmerksamkeit und Geduld zu danken sowie für

Ihre Nachsicht mit mir bei meiner ersten „dienstlichen“ Präsentation vor einem Deutschen Ärztetag.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Ensink, für diese Darstellung und auch für die Würdigung von Herrn Dr. Koch. Zu diesem Tagesordnungspunkt liegt bisher eine Wortmeldung vor. Herr Pickerodt aus Berlin hat sich gemeldet. Bitte.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Ensink, ich freue mich natürlich immer, wenn ich höre, dass die Finanzsituation einer Institution so blendend ist, wie Sie sie hier dargestellt haben. Meine Frage in einer solchen Situation lautet immer – ich stelle sie auch in meiner Landesärztekammer –: Können wir in einer solchen Situation nicht die Beiträge der Mitglieder in den Landesärztekammern bzw. die Beiträge der Landesärztekammern zur Bundesärztekammer senken? Sieht die mittelfristige Finanzplanung etwas in dieser Richtung vor? Wenn nicht, dann würde ich dieses anregen.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Herr Ensink wird darauf antworten. Bitte.

Dr. Ensink, Referent: Wir tragen das gedanklich auf den übernächsten Tagesordnungspunkt vor. Das ist eine Frage für den Haushaltsvoranschlag und nicht für den Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2006/2007. Ich will aber nicht ausweichen und sage dazu ganz ehrlich: Das wird wahrscheinlich nicht funktionieren. Aber ich nehme es mit, und wir können uns dann noch einmal kurz darüber unterhalten, wenn ich den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 nicht nur vorgeschlagen, sondern auch kommentiert habe.

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

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte ein persönliches Dankeschön an den Kollegen Koch für die Arbeit sagen, die er jahrelang für uns geleistet hat. Nun haben Sie, Herr Ensink, als Vorsitzender der Finanzkommission eine hohe Verantwortung hinsichtlich der Vertretung der Interessen aller Landesärztekammern. Natürlich ist alles Positive, das Sie geschildert haben, wichtig. Aber vielleicht sollte man das gerade auch gegenüber dem Vorstand manchmal etwas zurückhaltender formulieren, denn wenn alles so glänzend ist, könnte man hier und da Forderungen aufstellen, die möglicherweise nicht unbedingt in unserem Sinne sind.

Ein kleines Beispiel: Sie haben die Tortengrafik gezeigt und gesagt, dass die Landesärztekammern eigentlich „nur“ 80 Prozent bezahlt haben. Es gab ein Tortenstück mit 5 Prozent und eines mit 6 Prozent. 5 Prozent sind die Rücklagen, und in den 6 Prozent sind die Gewinne des Deutschen Ärzte-Verlages enthalten.

Ich frage Sie erstens: Woher kommt das Geld aus den Rücklagen, wenn nicht von den Landesärztekammern? Ich frage Sie zweitens: Wem gehört eigentlich das Geld, das der Deutsche Ärzte-Verlag als Gewinn verbucht? Soweit mir bekannt ist, gehört es den Landesärztekammern, sodass ich persönlich davon ausgehe, dass bis auf den letzten Cent alles die Landesärztekammern bezahlen, weil sie es bezahlen müssen und auch bezahlen wollen, wenn die Gelder vernünftig und zielgerichtet ausgegeben werden.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen guten Anfang, dass wir alles so sehen, wie es tatsächlich ist, und der Bundesärztekammer im Prinzip alle Möglichkeiten offen lassen, die nach Satzung und Gesetz erfüllt werden müssen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Calles. – Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Ich schlage vor, dass wir in der Tagesordnung weitergehen. Ich rege an, dass wir die Abstimmungen über die Tagesordnungspunkte VII bis IX durchführen, wenn wir alle Referate gehört haben. So sind wir auch früher vorgegangen. Gefällt es Ihnen so? – Gut.

Damit kommen wir zu **Tagesordnungspunkt IX:**

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 – 30.06.2009)

Den Bericht der Geschäftsführung trägt Herr Professor Fuchs vor. Bitte.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Der Haushaltsvoranschlag für das nächste Geschäftsjahr 2008/2009 liegt Ihnen ebenfalls gedruckt vor. Er umfasst ein Volumen von 15 269 000 Euro. Das ist eine Steigerung um 125 000 Euro oder 0,83 Prozent. Die Umlage der Landesärztekammern erhöht sich um 212 000 Euro oder 1,78 Prozent im Vergleich zum laufenden Geschäftsjahr.

Die wesentlichen Änderungen stellen drei beantragte Referentenstellen dar. Die Aufwendungen hierfür schlagen sich in der Etatposition 1 ff. nieder.

Ich möchte auf die drei beantragten Referentenstellen näher eingehen. Für den Arbeitsbereich Patientensicherheit und Qualitätswettbewerb haben wir den Bedarf an einer Referentenstelle im Dezernat 3. Der Begriff der Patientensicherheit kann inzwischen als neuer Oberbegriff für sämtliche Maßnahmen, Methoden und Instrumente zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung betrachtet werden, mit denen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung sichergestellt bzw. weiterentwickelt werden sollen. Nicht zuletzt auf europäischer Ebene nimmt dieses Thema an Bedeutung zu. Die ärztliche Berufsausübung ist von diesen Entwicklungen unmittelbar betroffen.

Zweiter Aufgabenschwerpunkt dieser Stelle ist das Themenfeld Qualitätswettbewerb. Neue Player erfordern eine kontinuierliche fachliche Begleitung bzw. Bewertung der Möglichkeiten und Grenzen einer qualitätsgekoppelten Versorgungssteuerung, wenn die verfasste Ärzteschaft mit der Entwicklung Schritt halten und vor allem eine meinungsbildende Rolle in der Fachdiskussion, aber auch in der breiteren öffentlichen Diskussion behaupten will.

Eine weitere beantragte Stelle betrifft den Arbeitsbereich Psychotherapie. Die Bundesärztekammer wird turnusgemäß die Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 Psychologisches Psychotherapeutengesetz übernehmen. Dieser Beirat hat eine Schlüsselfunktion bei der Begutachtung von Methoden für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Neben der Geschäftsführung dieses Beirats muss den wesentlichen Querschnittsanforderungen zu diesem Fragenkomplex innerhalb der Bundesärztekammer mehr Raum gegeben werden.

Letztendlich benötigen wir dringend eine Juristenstelle in der Rechtsabteilung. Die Nachfragen aller Tätigkeitsbereiche der Bundesärztekammer nach rechtlicher Bewertung, insbesondere im Rahmen der Gremienarbeit, sind immens gewachsen. Die Bedeutung der europäischen Rechtssetzung, deren Beobachtung und kritische Begleitung erwähne ich nicht nur am Rande.

Die Finanzkommission hat der Geschäftsstelle strenge Maßstäbe für Stellenanforderungen und Begründungen gegeben. Wir sind diesen in ausführlichen schriftlichen Anträgen nachgekommen. Nach intensiver Diskussion in der Finanzkommission wurden alle drei Stellen einstimmig genehmigt.

Zurück zum Haushaltsvoranschlag. Die Personalkostenpositionen berücksichtigen erwartete Tariferhöhungen und positive wie auch negative Anpassungen für externes Personal und Ähnliches.

Die Etatposition 5 – Pensionen – wurde von 575 000 Euro auf 471 000 Euro gesenkt. Insbesondere können die Zuführungen zu den Pensionsrückstellungen gesenkt werden.

Die nächste Änderung ist bei den berufspolitischen Aktionen – Position 8 – verzeichnet. Die Position wurde von 25 000 Euro auf 30 000 Euro angehoben.

Die Positionen 10 und 11 – Deutscher Ärztetag bzw. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit – wurden nur um erwartete Preissteigerungen angepasst.

Die Position 17 – Sachkosten Brüsseler Büro – wurde von 55 000 Euro auf 49 000 Euro gesenkt, dies aufgrund der ersten Erfahrungen mit dem eigenständigen Betrieb dieses Büros.

Die Position 19 – Mitarbeiterfortbildung – haben wir von 27 000 Euro auf 50 000 Euro angehoben.

Die Position 24 umfasst nunmehr nicht nur Aufwendungen für gemeinsame Datenbanken, sondern soll auch Aufwendungen für gemeinsame IT-Projekte verschiedener Art der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer decken. Diese Position wird aus einer bestehenden, hierfür zweckgebundenen Rücklage gespeist.

Unter Position 25 – Sonstige Aufwendungen – sind drei einmalig durchzuführende Projekte aufgenommen: die Teilprojekte 4 und 5 im Rahmen der GOÄ-Weiterentwicklung mit 15 000 Euro bzw. 35 000 Euro sowie ein Gutachtenauftrag „Möglichkeiten einer zusätzlichen finanziellen Förderung des ärztlichen Nachwuchses und der ärztlichen Weiterbildung“ mit 20 000 Euro.

Jetzt komme ich zu Änderungen im Bereich der Allgemeinen Verwaltungskosten:

Die Position 28 – Porto, Telefon usw. – konnte von 155 000 Euro auf 140 000 Euro gesenkt werden. Die Position 29 – Mieten, Gebäudekosten und Einrichtungsunterhalt – wird von 340 000 Euro auf 422 000 Euro angepasst. Neben Aufwendungen für Wartungsverträge schlägt hier insbesondere die Grundsteuerschätzung zu Buche. Wir haben von Berlin noch keinen rechtskräftigen Grundsteuerbescheid erhalten.

Die Position 32 – Büromaterial – wurde von 60 000 Euro auf 50 000 Euro gesenkt.

Die EDV-Betriebskosten – Position 34 – wurden um 10 000 Euro auf 145 000 Euro leicht überproportional zu den Kostensteigerungen angehoben.

Die Position 35 – Elektronische Online-Aktivitäten – wurde um 10 000 Euro auf 32 000 Euro gesenkt, nachdem die Neugestaltung des Internetauftritts abgeschlossen ist.

Die Position 38 – Drucksachen – umfasst nunmehr auch die professionell gestalteten Broschüren, die sich an die Fachöffentlichkeit richten. Diese Position wurde von 13 000 Euro auf 25 000 Euro angehoben.

Die Abschreibungen mit Position 44 wurden von 1 004 000 Euro auf 863 000 Euro gesenkt, insbesondere da nach dem Umzug Anschaffungen in hohem Maße als sogenannte geringwertige Wirtschaftsgüter sofort abgeschrieben wurden und somit heute ein deutlich geringerer Abschreibungsbedarf besteht.

Ich komme zu den Erträgen; das finden Sie ab Seite 30 der Vorlage.

Als Verlagsgewinn – Position 4 – werden regelhaft 75 Prozent des Vorjahresgewinns eingestellt. Die Differenz, hier 167 000 Euro, wird entsprechend den Empfehlungen der Finanzgremien im betroffenen Jahr der Betriebsmittelrücklage entnommen und baldmöglichst aus nicht verbrauchten Mitteln wieder zugeführt. Mit dieser finanzwirtschaftlichen Regelung schlagen Gewinnschwankungen beim Deutschen Ärzte-Verlag nicht unmittelbar auf den Haushalt durch.

Schließlich finden Sie als Anlagen noch den Stellenbesetzungsplan und den Investitionsplan der Bundesärztekammer.

Nach Beratungen der Finanzkommission, zu denen Herr Dr. Ensink ausführen wird, hat der Vorstand den Haushaltsentwurf wie von mir vorgetragen und wie Ihnen vorgelegt aufgestellt. Sie werden um Zustimmung gebeten.

Ich möchte mich für Ihre Aufmerksamkeit bei dieser Zahlenfülle herzlich bedanken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fuchs. – Jetzt kommt der Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission. Herr Ensink hat wieder das Wort. Bitte sehr.

Dr. Ensink, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Eckdaten des Haushaltsvoranschlags für das kommende Geschäftsjahr 2008/2009 hat Herr Professor Fuchs bereits vorgetragen. Von daher kann ich mich in meinem zweiten offiziellen Beitrag heute recht kurzfassen.

Das Haushaltsvolumen insgesamt beträgt 15 269 000 Euro. Dieser Betrag entspricht einer Steigerung um 0,83 Prozent gegenüber dem Ansatz für das laufende Geschäftsjahr.

Die wesentlichste Änderung des Haushalts für das kommende Geschäftsjahr stellen die drei neu beantragten Stellen dar. Auch deren Begründung ist bereits ausführlich vorgetragen worden. Die Finanzkommission hat diese Stellenanforderungen diskutiert und jeweils die Notwendigkeit durch Abstimmung bestätigt.

Dementsprechend werden auch im kommenden Geschäftsjahr die Personalaufwendungen der mit Abstand wichtigste Aufwandsblock sein. Dieser Block hat hinsichtlich seines Relativanteils innerhalb des Haushalts nochmals zugenommen und wird in 2008/2009 allein mehr als die Hälfte der Gesamtkosten der Bundesärztekammer ausmachen.

Hinsichtlich der übrigen einzelnen Etatpositionen kann ich mich – zur Vermeidung von Wiederholungen – auf die Ausführungen von Herrn Professor Fuchs beziehen.

Die Finanzkommission hat den einzelnen Aufwandsblöcken und den Ertragspositionen jeweils einstimmig zugestimmt. Der Haushaltsvoranschlag wurde mit einer Gegenstimme und einer Enthaltung angenommen.

Finanziert wird der Haushalt der Bundesärztekammer zum überwiegenden Teil, das heißt zu rund vier Fünfteln, durch die von den Landesärztekammern zu leistende Umlage. Diese soll im Geschäftsjahr 2008/2009 12 133 000 Euro betragen.

Dieser Betrag ist um 212 000 Euro höher als der entsprechende Ansatz für das laufende Geschäftsjahr. Zugleich entspricht dies einer Umlagensteigerung von 1,78 Prozent für die Landesärztekammern.

Zur Bewertung dieser Zahl sei Ihnen an dieser Stelle aber nochmals in Erinnerung gerufen, dass dieser Steigerungsbetrag nur in etwa die Hälfte der Summe ausmacht, die den Landesärztekammern an nicht verbrauchten Mitteln aus dem Geschäftsjahr 2006/2007 rückerstattet wird. Damit ist die Endabrechnung Berlin noch nicht berücksichtigt.

Dieses Nebeneinander von Rückerstattung auf der einen Seite und gleichzeitiger Mehrforderung auf der anderen Seite mag den meisten von Ihnen zunächst unlogisch erscheinen. Dieser Aspekt wurde auch in der Finanzkommission und im Vorstand der Bundesärztekammer intensiv diskutiert. Ausschlaggebend für

die Präferenz dieses Verfahrens ist aber die hierdurch zu bewerkstelligende größere Haushaltsehrlichkeit und die bessere Transparenz.

Dazu wurden Ihnen erstmals auf Seite 30 Ihrer diesbezüglichen Vorlage die Ertragsgruppen auch nochmals mit ihren jeweiligen prozentualen Anteilen aufgeführt, wie sie im Einzelnen zur Deckung des Haushalts beitragen.

Neben den bereits angesprochenen knapp 80 Prozent Erträgen aus der direkt überwiesenen Umlage der Landesärztekammern entfallen die restlichen gut 20 Prozent auf Beteiligungsgewinne mit knapp 10 Prozent, auf Rücklageentnahmen sowie weitere Positionen, die in der folgenden Folie unter dem Terminus „Übrige Erträge“ zusammengefasst werden.

Interessant ist, wie diese vier Ertragspositionen sich hinsichtlich ihrer Relativanteile über die Zeit verschoben haben. Auf der Folie sehen Sie, dass der Entnahme aus Rücklagen vor einigen Jahren noch eine größere Bedeutung zukam. Dieser Entwicklung wurde inzwischen erfolgreich gegengesteuert. Sowohl im laufenden als auch im kommenden Geschäftsjahr hat der prozentuale Anteil der Rücklageentnahmen im Vergleich zu früheren Zeiträumen abgenommen.

Im Endeffekt sind wir ganz nah beieinander, Herr Calles. Ich habe vorhin keine moralische Bewertung vorgenommen, wer was bezahlt. Die Bundesärztekammer ist eine Einrichtung der Landesärztekammern. Insofern ist es naheliegend und auch gerechtfertigt, dass sie auch von den Landesärztekammern finanziert wird. Ich hatte nur gesagt, dass 80 Prozent der direkt für dieses Haushaltsjahr überwiesene Anteil ist, mehr nicht. Damit habe ich nicht gesagt, dass das andere nicht von den Landesärztekammern kommt oder ihnen nicht moralisch zuzurechnen wäre. Diese Verdeutlichung, dass bestimmte Anteile heruntergefahren werden und dementsprechend natürlich der direkt zu überweisende Anteil hochgefahren wird, ist genau das, was ich eben mit dem Begriff der Haushaltsehrlichkeit angesprochen habe.

Gegenläufig war jedoch die Entwicklung bei der Einstellung der erwarteten Gewinnausschüttungen der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. Da die höchst erfreuliche Ertragssituation dieser Beteiligung der Bundesärztekammer unter anderem einer besonderen Situation auf dem aktuellen Anzeigenmarkt geschuldet ist – das Heft wird von Mal zu Mal dicker, und der Anteil der braunen Seiten ist riesig; ich freue mich immer, wenn ein solches Heft bei mir ankommt –, sollte sie dementsprechend auch nicht als dauerhaft bzw. als verlässlich so eingeplant werden.

Aus kaufmännischer Sicht sprechen gute Gründe dafür, der auf der Darstellung nachvollziehbaren Entwicklung mit immer höheren Gewinneinstellungen in den Haushalt vorsichtig gegenzusteuern.

Vor diesem Hintergrund war der prozentuale Anteil der durch die Landesärztekammern aufzubringenden Umlage leicht überproportional zu steigern. Dieses klare Ziel sollte ganz bewusst auch nicht durch die kompensatorische Verrechnung mit nicht verbrauchten Mitteln aus abgeschlossenen Geschäftsjahren kaschiert werden.

Im Sinne einer optimalen Nachvollziehbarkeit und Transparenz des Bundesärztekammerhaushalts sollten Aufwendungen und Erträge sich auch hinsichtlich ihrer Zuordnung zu jeweils identischen Abrechnungszeiträumen entsprechen. Keinesfalls stellt diese Vorgabe eine Übervorteilung der Landesärztekammern dar, denn selbstverständlich werden in einem bestimmten Geschäftsjahr gegebenenfalls nicht verbrauchte Mittel dann auch wieder an die Landesärztekammern erstattet. Zunächst aber muss die Umlage eine ausreichende Haushaltsdeckung gewährleisten.

Nochmals zurück zur Umlage, die von den Landesärztekammern zur Finanzierung des Bundesärztekammerhaushalts aufgebracht wird. Aktuell beträgt der Umlagesatz der östlichen Kammern noch 90 Prozent des Niveaus, das von den Westkammern bezahlt wird.

Mehrfach bin ich bereits im Vorfeld der heutigen Sitzung darauf angesprochen worden, dass diese Regelung nicht als Dauerlösung, sondern als befristete Kompensation des seinerzeit schlechteren Verdienstniveaus im Bereich der Ostkammern gedacht war.

Ich teile Ihnen mit, dass die „Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung“ in ihrer ersten Sitzung im April dieses Jahres besprochen hat, einen Vorschlag zu erarbeiten, welcher der zwischenzeitlich bereits stattgefundenen und weiter absehbaren Nachholentwicklung der Tarifgehälter und Vergütungssysteme im Bereich der östlichen Kammern sukzessive Rechnung tragen wird.

Ich komme zum Schluss. In meiner Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission empfehle ich Ihnen uneingeschränkt die Zustimmung zu dem vorgelegten Haushaltsentwurf.

Zugleich nutze ich die Gelegenheit und bedanke mich beim Vorstand der Bundesärztekammer und besonders bei ihrem Präsidenten, Herrn Professor Hoppe, für die – was meine Person betrifft – erst kurze, gleichwohl aber intensive Zusammenarbeit.

Mein Dank geht auch an den Finanzbeauftragten des Vorstands, Herrn Dr. Crusius, und alle übrigen Mitglieder der Finanzkommission. Ganz besonders möchte ich mich aber bei den Mitgliedern der „Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung“ für deren erheblichen Arbeitsaufwand sowie für die fachmännischen und zielorientierten Beratungen bedanken.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle eine ganz kleine Kommentierung zum Diskussionsbeitrag von Herrn Calles.

Ich sehe meine Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission vor allem darin, leise und im Hintergrund und vor allem – hier sehen Sie vielleicht meine ärztliche Sozialisierung – prophylaktisch tätig zu sein. Wenn ich die Möglichkeit habe, Fehlentwicklungen zu korrigieren, will ich das im Vorfeld tun und nicht nur hinterher berichten.

Ich habe vorhin gesagt, dass ich über einen Abrechnungszeitraum berichte, in dem ich noch keine Verantwortung getragen habe. Wenn Zahlen aber gut und vielleicht sogar sehr gut sind, sollte dies von uns in aller Form wohlwollend anerkannt werden. Dazu sehe ich mich nicht nur verpflichtet, sondern das ist Ausdruck meiner Überzeugung. Wir als Ärzte leiden darunter, von unseren Patienten in aller Regel individuell höchste Anerkennung zu bekommen, dass uns aber in der öffentlichen Wahrnehmung, insbesondere durch die Politiker, oft die gesellschaftliche Anerkennung verweigert wird. Wir sollten diesen Fehler im Umgang mit den Mitarbeitern, mit dem Vorstand und mit der Geschäftsführung der Bundesärztekammer nicht wiederholen, indem wir ihnen die Anerkennung verweigern, die ihnen für einen bestimmten Zeitraum zusteht.

Es geht um die Bewertung eines zurückliegenden Zeitraums. Fragen Sie Herrn Fuchs, fragen Sie Herrn Raabe: Wir hatten im Vorfeld durchaus schon unsere ganz kleinen Clinchs. Das wird auch weiter so sein; so sehe ich meine Aufgabe.

Wenn ich Ihnen gute Zahlen berichten kann, werde ich diese nicht künstlich schlechter machen, nur weil ich glaube, dass anderenfalls die Rhetorik andere zu irgendwelchen Fehlentwicklungen verleitet. Die letzten Zahlen waren hervorragend, und das möchte ich hier anerkennen.

Last – not least – danke ich Ihnen sehr, meine sehr geehrten Damen und Herren, für Ihre Geduld und Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Gibt es Wortmeldungen? – Es gibt keine Wortmeldungen. Dann können wir sofort in die Abstimmungsprozedur einsteigen. Ich bedanke mich noch einmal herzlich bei Herrn Fuchs und Herrn Ensink für die Arbeit, die geleistet worden ist. Ich bitte, diesen Dank an alle weiterzugeben, die dabei mitgeholfen haben. Es ist eine Wohltat, das zu hören, und nicht mehr wie früher diese Sorge, dass es möglicherweise Ärger geben könnte, wenn die Haushaltssituation nicht so solide sein sollte, wie sie sich jetzt darstellt.

Auch Herr Raabe als stellvertretender Hauptgeschäftsführer und als der für dieses Thema zuständige Dezernent war hier erfolgreich.

Noch einmal herzlichen Dank an Herrn Fuchs, Herrn Ensink und Herrn Raabe.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum **Antrag VII-1,** der folgendermaßen lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. Münster.*
>
> *Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007) wird gebilligt.*

Darüber stimmen wir jetzt ab. Ich vermute, dass die Stimmkarteninhaber der einzelnen Landesärztekammern zugegen sind. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Berlin? – Brandenburg? – Bremen? – Hamburg? – Hessen? – Mecklenburg-Vorpommern? – Niedersachsen? – Nordrhein? – Rheinland-Pfalz? – Saarland? – Sachsen? – Sachsen-Anhalt? – Schleswig-Holstein? – Thüringen? – Westfalen-Lippe? – Auch Grün.

Der Antrag VII-1 ist einstimmig **angenommen.** Damit ist der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 gebilligt.

(Beifall)

Damit kommen wir zu **Tagesordnungspunkt VIII:**

Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007)

Dazu liegt der **Antrag VIII-1** vor:

> *Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007) Entlastung erteilt.*

Ich frage wiederum die einzelnen Landesärztekammern ab: Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Berlin? – Brandenburg? – Bremen? – Hamburg? – Hessen? – Mecklenburg-Vorpommern? – Niedersachsen? – Nord-

rhein? – Rheinland-Pfalz? – Saarland? – Sachsen? – Sachsen-Anhalt? – Schleswig-Holstein? – Thüringen? – Westfalen-Lippe?

Dann bedankt sich der Vorstand bei Ihnen für diese Entlastung.

Jetzt kommen wir zur Abstimmung über den Antrag IX-1, der folgendermaßen lautet:

> *Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 – 30.06.2009) in Höhe von EUR 15.269.000,00 wird genehmigt.*

Dazu gibt es den Antrag IX-2, der folgendermaßen lautet:

> *Eine Erhöhung der Umlage wird abgelehnt. Der Bundesärztekammer stehen ausreichende Finanzmittel zur Verfügung.*

Der Antrag stammt von Herrn Dr. Zürner als Stimmführer der Ärztekammer Hessen. Das Wort hat Herr Zürner zur Begründung seines Antrags.

Dr. Zürner, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin in einer schwierigen Situation. Im Finanzausschuss bei uns wurde dieser Antrag befürwortet. Die Delegierten unseres Landes sind mehrheitlich der Ansicht, dass eine Erhöhung abzulehnen ist. Deshalb wurde dieser Antrag gestellt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der Antrag wird also aufrechterhalten. Bevor wir darüber mit den Stimmkarten abstimmen, hat Herr Ensink das Wort. Bitte.

Dr. Ensink, Referent: Meine Damen und Herren! Zunächst Respekt für diesen Antrag und für die Darstellung. Man kann natürlich alles rechtsherum oder linksherum betrachten. Wenn aus dem Plenum Vorschläge kommen „Das brauchen wir nicht, jenes brauchen wir nicht“, dann lässt sich ein Haushalt natürlich anpassen, auch nach unten. Wenn ich die im Haushalt niedergelegten Aufwendungen als gerechtfertigt ansehe, muss ich eine vernünftige Finanzierung dieser Aufwendungen sicherstellen. Ich habe vorhin dargestellt, dass das, was übrig bleibt, korrekt an die Landesärztekammern ausgeschüttet wird. Als ich den Haushaltsvoranschlag vorgestellt habe, habe ich sogar darauf hingewiesen, dass an die jeweilige Landesärztekammer knapp das Doppelte dessen zurückgezahlt wird, um das sie als Steigerungsbetrag für das zukünftige Geschäftsjahr gebeten wird. Es verbleibt also ein Nettobetrag bei der Landesärztekammer.

Dass diese Steigerung sinnvoll ist, möchte ich damit begründen, dass wir beispielsweise nicht durch Entnahmen aus Rücklagen versuchen, eine ansonsten zugestandene Haushaltsentwicklung zu kaschieren.

Lassen Sie uns über diesen Antrag abstimmen. Wenn Sie den Auftrag haben, ihn für Ihre Delegierten zu stellen, dann soll er beschieden werden.

Ich möchte die anderen Landesärztekammern eindringlich bitten, gegen diesen Antrag zu stimmen und den Haushalt in der vorgelegten Form, sowohl was die Aufwands- als auch die Ertragsseite angeht, in unveränderter Form anzunehmen.

Ich verbürge mich dafür: Wenn etwas übrig bleibt, werde ich genauso hier stehen und das natürlich an die Landesärztekammern zurückzahlen. Aber schaffen Sie bitte nicht dauerhaft eine Hypothek für die Zukunft.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wir stimmen zunächst über den **Antrag IX-2** ab, der eine Teilmenge des Gesamtantrags darstellt, weshalb er als Änderungsantrag zu werten ist. Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Ich frage wieder einzeln ab:

Baden-Württemberg? – Rot. Bayern? – Berlin? – Rot. Brandenburg?

Es geht nicht schon um den Haushalt, sondern nur um den Änderungsantrag, die Umlageerhöhung abzulehnen. Das ist jetzt der entscheidende Punkt.

Brandenburg möchte dem Antrag aus Hessen zustimmen? Sehe ich das richtig? – Gut. Bremen? – Hamburg? – Hessen? – Mecklenburg-Vorpommern? – Niedersachsen? – Nordrhein? – Rheinland-Pfalz? – Saarland? – Sachsen? – Sachsen-Anhalt? – Schleswig-Holstein? – Thüringen? – Westfalen-Lippe? – Rot.

Dann ist der Antrag abgelehnt, weil sich nur 25 Stimmen von 250 Stimmen insgesamt für den Antrag ausgesprochen haben. Das sind nur 10 Prozent. Das ist nicht die Mehrheit.

Brandenburg möchte seine Entscheidung revidieren, dann sind es noch weniger als 10 Prozent. Damit ist der Antrag IX-2 **abgelehnt.**

Aber das ist ja vom Ergebnis her nicht wichtig. – Es ist missverstanden worden. Jetzt wird es noch einmal bestätigt.

Jetzt stimmen wir über den **Antrag IX-1** mit dem unveränderten Haushaltsvoranschlag für 2008/2009 ab. Ich frage wieder einzeln ab: Baden-Württemberg? –

Bayern? – Berlin? – Brandenburg? – Bremen? – Hamburg? – Hessen? – Mecklenburg-Vorpommern? – Niedersachsen? – Nordrhein? – Rheinland-Pfalz? – Saarland? – Sachsen? – Sachsen-Anhalt? – Schleswig-Holstein? – Thüringen? – Westfalen-Lippe?

Es gibt 232 Stimmen für die Annahme des Haushaltsvoranschlags. Das reicht. Damit ist der Haushaltsvoranschlag für 2008/2009 **angenommen.**

Ich bedanke mich nochmals sehr bei allen Personen und Gremien, die bei diesem Thema Arbeit gehabt haben. Ich bedanke mich auch für die Referate, die heute gehalten worden sind. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Wir kehren zum Tagesordnungspunkt IV zurück. Dazu übergebe ich die Sitzungsleitung wieder an unseren Vizepräsidenten Montgomery. Bitte.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir fahren in der Behandlung des Tagesordnungspunkts IV – Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis – fort. Wir waren mitten in der Abarbeitung der Wortmeldungen zur zweiten Lesung zum Antrag IV-12. Wir haben inzwischen bereits 21 Wortmeldungen zu diesem einzelnen Antrag. Inzwischen liegen auch eine Reihe von Änderungsanträgen zu diesem Antrag vor. Es sind dies die Anträge 12 a, 12 c und 12 d. Antrag 12 b ist bereits wieder zurückgezogen. Die Anträge 12 a und 12 c müssten Ihnen bereits umgedruckt vorliegen. Antrag 12 d wird soeben umgedruckt.

Nachdem wir den Antrag 12 mit Beschlussfassung bedacht haben, müssen wir uns eine Meinung über die Behandlung des Antrags 1 bilden und die anderen Anträge in der Reihenfolge abarbeiten.

Als ersten Redner rufe ich den Kollegen Dr. Köhne aus Nordrhein auf. Es gilt die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten, die wir für diesen Tagesordnungspunkt beschlossen haben. Du hast das Wort.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Montgomery! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich werde mich beeilen. Ich bin überzeugt, dass wir uns inhaltlich näher sind, als es die knappen Abstimmungsergebnisse suggerieren. Die berechtigte Kritik im Antrag 12 und ganz besonders auch im Antrag des Vorstands richtet sich auf konkrete Verbesserungen bei der Telematikinfrastruktur. Das sollten wir mit großer Mehrheit unterstützen, um nach außen zu demonstrieren, dass wir uns innerhalb der Ärzteschaft einig sind. Wenn wir zusammenhalten,

sind wir stark. Das haben wir bei den Streiks des Marburger Bunds auch bewiesen. Das kann auch die gesamte Ärzteschaft zeigen.

Ich möchte auf drei Punkte im Antrag 12 eingehen. Im letzten Absatz auf der ersten Seite fordern wir, die Telematikplattform zu stoppen. Wir wollen da nicht mehr mitmachen. Damit geben wir unseren Einfluss auf die Telematikstruktur auf. Dem können wir so nicht zustimmen. Wir können das inhaltlich weiterentwickeln. Ich schlage vor, diesen Absatz zu streichen oder zumindest umzuformulieren.

Der vierte Absatz auf der zweiten Seite des Antrags 12 enthält zwei Aussagen. Die eine Aussage lautet, dass bisher schon entstandene Lösungen bedarfsgerecht und vorbildlich seien. Die Richtigkeit dieser These bezweifle ich. Ich habe eine berechtigte Angst vor einem Wildwuchs bei den Telematiklösungen.

Zum anderen fordert man in diesem Absatz eine patientennahe Datenspeicherung, Stichwort: USB. Das ist auf der einen Seite berechtigt, auf der anderen Seite aber bereits im Vorstandsantrag adäquat abgebildet. Deshalb schlage ich vor, auch diese Passage zu streichen.

Der letzte Absatz beschreibt einen weiteren K.-o.-Schlag bei der Mitwirkung in der gematik. Dem können ich und viele andere Delegierte nicht zustimmen. Deshalb schlage ich vor, diese Formulierung ebenfalls zu streichen.

Ich möchte an Sie appellieren, die Änderungsanträge anzunehmen, die drei Punkte zu streichen und dann mit großer Mehrheit die Kritik nach außen zu äußern, um so zu versuchen, adäquaten Einfluss bei der Gestaltung der Telematikinfrastruktur zu erreichen, und zwar als Ärzteschaft insgesamt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Köhne. Wenn ich das richtig mitbekommen habe, ist das, was Sie hinsichtlich der Streichungen vorgetragen haben, identisch mit den vorliegenden Anträgen, die zum Teil bereits umgedruckt sind, zum Teil noch ausgehändigt werden. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Groß, Ärztekammer Nordrhein. Sie haben das Wort.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben es vielleicht mitbekommen: Ich bin nicht für die unreflektierte Übernahme des Konzepts der elektronischen Gesundheitskarte entsprechend der gematik. Mir liegt daran, dass wir als Ärzte eine vernünftige Lösung hinsichtlich einer telemati-

schen Vernetzung schaffen. Meine Angst ist: Wenn wir diesen Antrag ohne Veränderungen durchwinken, sind wir bei dieser Thematik völlig außen vor.

Ich habe zusammen mit Herrn Köhne einige Änderungsanträge verfasst. Es soll nicht so aussehen, als hätten wir eine Flut von Änderungsanträgen eingebracht, aber es sind die Eventualitäten abgestimmt.

Mir ist sehr daran gelegen, dass wir das Konzept der Bundesärztekammer, unser Telematikpapier, nicht mit diesem Antrag sofort in den Papierkorb klopfen. Es wäre sinnvoll, dieses Papier als Basis zu nehmen und gegebenenfalls Änderungen einzubringen.

Irgendwie müssen wir es schaffen, dass unser Papier nicht unreflektiert in den Papierkorb wandert. Ich habe einen Änderungsantrag formuliert, der es möglich machen könnte, über dieses Papier doch noch zu diskutieren und doch noch abzustimmen. Dann sind auch Änderungsanträge mit einzubringen. Ich hoffe, dass es mit meinen Anträgen geklappt hat, und bitte Sie, meine Anträge zu unterstützen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Kollegin Groß. – Da Herr Kollege Fischbach seine Wortmeldung zurückgezogen hat, ist der nächste Redner auf der Rednerliste Dr. Axel Brunngraber. Herr Brunngraber, Sie haben das Wort.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu dieser mich etwas bedrückenden und wahrscheinlich noch näher zu bewertenden Gesamtvorgehensweise Folgendes sagen. Wir hatten hier im Saal auf demokratische Weise mit Mehrheit eine Entscheidung getroffen. Das war nicht eine Entscheidung, dass wir jetzt einen Katalog abarbeiten müssen, sondern die deutsche Ärzteschaft muss sich in dieser Frage deutlich entscheiden. Frau Groß, meine Vorrednerin, sagte mehrfach, wir sollten uns nicht unreflektiert verhalten. Das möchte ich auch nicht tun. Ich möchte diesen Rat auch nicht so gern auf mich beziehen.

(Beifall)

Wir haben heute im Laufe des Tages große Bemühungen hinsichtlich der Reflektion geleistet. Wir haben uns dabei zu einer Entscheidung durchgerungen. Ich finde die Revision, die ich hier erlebe, eigentlich doch sehr merkwürdig.

(Beifall)

Ich möchte das niemandem vorwerfen, aber ich hätte mir etwas mehr formalen Schutz für die Durchführung dieser Entscheidung gewünscht.

Ich will kurz auf die Sachfragen eingehen. Zunächst zur Kryptografie. Ich erinnere Sie noch einmal daran: Die Kryptografie existiert nicht. Sie ist im Februar 2008 vermutlich ausgeschrieben worden. Sie leben hinsichtlich des Vorhandenseins der Kryptografie in einer Illusion. Wir sollen hier über ein Luftgebäude entscheiden. Das können wir uns bei dem Ernst unserer Arbeit an der Front, wo wir im Alltag stehen, um die Gesundheit unserer Patienten, die sich auf uns verlassen müssen, die uns ja auch nicht komplett kontrollieren können, zu erhalten und zu verbessern, nicht erlauben. Wir müssen hier feste und klare Aussagen treffen und Antworten finden.

Deshalb möchte ich nochmals darum bitten, das Ganze nicht etwa als Fundamentalopposition zu verunglimpfen. Wir alle hier im Raum sind die Verteidiger zentraler ärztlicher Belange, die wir für die Bevölkerung treuhänderisch verteidigen müssen. Das hat nichts mit Fundamentalopposition zu tun.

(Beifall)

Das heißt, den Kern ärztlicher Arbeit gegen Ökonomisierung, Industrialisierung und staatlichen Eingriff zu verteidigen.

Ich möchte alle auffordern, vom Freiberufler zum Freiheitskämpfer zu werden bzw. diesen Kampf fortzusetzen.

In Antrag 12 steht an keiner Stelle, dass sich die Ärzteschaft damit kastriert und nicht mehr in der Lage wäre, Einfluss auf die Gestaltung einer von uns akzeptierten weiteren technologischen Entwicklung auszuüben.

(Beifall)

Sie können sich darauf verlassen: Sie können diesen Antrag mehrheitlich so abstimmen, wie er vorgelegt wurde. Wir werden es weiterhin machen können.

Es geht um die Automatik, dass wir uns möglicherweise auf einem Laufband befinden, und die Politik, wo wir morgen und übermorgen sind, wollen wir stoppen. Dann sagen wir: Wir wollen neu verhandeln. Wir setzen den Staat unter Druck und sagen, er muss eine neue Konzeption vorlegen. Das dürfen wir uns nicht aus der Hand drehen lassen, auch nicht wegen Papierkörben, die gegebenenfalls überlaufen. Was in den Papierkorb gehört, das gehört eben hinein.

Danke schön, meine liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Brunngraber. – Herr Bartmann hat als Referent ums Wort gebeten.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Brunngraber, es ist leider schwer, auf Sie in irgendeiner Weise zu reagieren. Es ist aber ganz einfach, ein technisches Missverständnis zu beseitigen. Ich weiß, dass Sie auf der CeBIT die Bemerkung aufgeschnappt haben: Die Public Key Infrastructure wird jetzt ausgeschrieben. Das heißt doch nicht, dass es sie nicht gibt! Das ist so, als wenn Sie ein Haus bauen und zuerst die Dachziegel bestellen. Das ist alles klar. Den Schlüssel gibt es, nur der Betreiber wird jetzt ausgeschrieben.

Solche einfachen fundamentalen Missverständnisse muss man sofort ausräumen. Entschuldigung, dass ich so spontan ans Rednerpult gegangen bin.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist der Kollege Lipp aus Sachsen. Sie haben das Wort.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Brunngraber, ich möchte Ihnen in einem Punkt widersprechen. Sie haben gesagt, die Sache sei demokratisch entschieden bzw. vorentschieden worden. Das ist nicht ganz richtig. Die Debatte war ausgesprochen emotional bestimmt. Ich erinnere an solche Aussprüche, als dieses technische Projekt mit Guantanamo und dem Schießbefehl in Verbindung gebracht wurde. Ich habe mich sehr gewundert, dass dieses Gremium solche Vergleiche überhaupt zulässt.

(Beifall)

Wenn wir auf diese Art und Weise mit Emotionen den Verstand vernebeln, dann brauchen wir nicht mehr zu diskutieren, dann wollen wir wirklich nur Emotionen austauschen.

(Vereinzelt Beifall)

Die Karte und das ganze System kommen, auch wenn wir uns aus der Sache verabschieden. Es kommt mit uns, oder es kommt ohne uns. Wenn wir nicht dabei sind, wenn wir nicht die seitenlangen Dinge, die nicht geklärt sind, einfordern, haben die Kassen und die Industrie die Hand auf dem Datenschutz. Wir sind doch ganz nah beieinander. Für uns stehen Patientenschutz und Freiberuflichkeit ganz obenan. Wenn wir das schützen und als Anwälte unserer Patien-

ten agieren wollen, müssen wir mitmachen. Wenn wir da aussteigen, kommt die Industrie zum Zuge. Wollen wir das? Das wollen wir natürlich nicht.

Vieles von dem, was hier erzählt wird, stimmt nicht. Es gibt keinen zentralen Speicher, es gibt keine Datenspeicherung im Internet. Der Zugriff ist ausgesprochen differenziert.

(Zuruf)

Bei dieser Karte gehen die Patientenrechte weit über die Arztrechte hinaus. Der Patient definiert im Einzelfall, wer was erfährt. Sie erfahren es als Orthopäde nicht, wenn der Patient an einer erektilen Dysfunktion leidet oder auch nicht leidet.

Es gibt auch keine Rückverfolgung und keine Datenzusammenführung. Das ist im Moment technisch und juristisch ausgeschlossen. Sie können allein von Patientenseite her die letzten 50 Kontakte rekonstruieren, nicht von Arztseite. Der Patient kann nachschauen, was eventuell ohne sein Wissen mit seiner Patientenkarte geschehen ist. Dieses Projekt gesteht dem Patienten Datenschutz zu.

Es ist ja auch nicht so, dass alle Dementen und Pflegeheimpatienten damit eingedeckt werden. Das Projekt läuft über Jahre. So, wie sie sich an ihre Chipkarten und an ihre Mastercard gewöhnt haben, werden sich die Patienten langsam auch an diese Sache gewöhnen.

Ich bitte Sie dringend, dass wir die Chance nutzen, hier mitreden zu können, damit wir unsere Kritikpunkte einbringen können. Wenn wir uns hier herausschießen, sind wir aus der gematik heraus. Dann sind wir außen vor, und der Zug fährt ohne uns weiter. Es wird uns gesetzlich oktroyiert. Dann ist das Jammern in diesem Raum ganz, ganz groß.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Lipp. – Als Nächster Herr Professor Kahlke, Ärztekammer Hamburg.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Herr Kollege Lipp, ich glaube, das, was Sie eben so emphatisch gesagt haben, trifft nach meiner Kenntnis so nicht zu.

(Beifall)

Selbst wenn der Antrag 12, der hier ja schon einmal eine Mehrheit gefunden hatte, so angenommen wird, wo steht denn, dass damit die Ärzteschaft, die KV usw. draußen sind?

(Beifall)

Ich halte das ein bisschen für Bangemachen. Ich finde es einfach nicht richtig, dass so argumentiert wird. Die Telematik gibt es doch. Es wurde ein Konzept vorgelegt, gegen das wir uns wehren. Dafür gibt es gute Gründe; das will ich nicht wiederholen. Das haben eine ganze Menge Redner ausgeführt. Es sind Änderungsanträge zum Antrag 12 gestellt worden. Einer dieser Anträge ist zurückgezogen worden, wie ich hörte. Da ging es um eine Einfügung am Schluss des letzten Absatzes.

Ich akzeptiere Folgendes nicht – da bin ich mit den übrigen Antragstellern einig –: Antrag 12 a möchte beispielsweise Abs. 4 auf Seite 2 gestrichen haben. Das finde ich deshalb nicht richtig, weil nämlich gerade dort die Forderung und Unterstützung der dezentralen Alternativprojekte aufgeführt ist. Genau das soll nicht entfernt werden. Diese Alternative wollen wir doch erhalten und sogar gefördert sehen.

Wir müssen klar sehen: Es ist natürlich ein Antrag auch mit einer politischen Aussage. Wir müssen doch keine Angst haben, wenn wir hier ein so klares Votum abgeben, dass dadurch die Mitsprache der Ärzte irgendwie außen vor ist. So ist es doch gar nicht.

Antrag 1, der klare Bedingungen und Forderungen aufstellt, den ich sehr unterstütze, wie viele gesagt haben, zieht nicht die letzte Konsequenz. Was passiert, wenn diese Bedingungen und Forderungen nicht erfüllt werden, ist dort nicht klar ausgedrückt. Dort steht zwar, dass das nicht akzeptabel ist, es steht dort aber nicht: Dann werden wir aussteigen.

Deshalb müssen wir dieses Projekt, wie es im Moment vorgestellt und vorgelegt ist, ablehnen. Ich denke, diesen Mut sollten wir haben.

Wir vertreten hier übrigens auch viele Stimmen aus der Öffentlichkeit, viele Patientenverbände, im Übrigen auch, wie Sie vielleicht vor ein paar Tagen in der Presse gelesen haben, die Aidshilfe mit insgesamt 120 Verbänden, die uns sehr wohl als ihre Anwälte auffordert, gegen dieses Projekt zu stimmen. Deshalb bitte ich: Tun wir es doch!

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Winfried Kahlke. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Elmar Lindhorst, Landesärztekammer Hessen.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Nach der emotionalen Rede von Herrn Lipp sage ich vielen Dank an Herrn Professor Kahlke, dass er wieder einiges in die Sachlichkeit zurückgeführt und klargestellt hat, dass es hier um eine saubere Entscheidung geht, die uns sicherlich auch viele Optionen für die Zukunft offenhält. Wir haben das „Ulmer Papier“ verabschiedet, auch heftig umstritten. Wir wehren uns dort gegen die Industrialisierung, wir treten für den individuellen Patienten ein.

Wenn man solche Argumentationen wie die von Herrn Lipp hört, muss man ganz eindeutig sagen: Herr Lipp, Sie haben einerseits recht. Aber seien wir einmal ehrlich: Wir haben doch nicht vor den positiven Effekten der Entwicklung Angst oder warnen vor ihnen, sondern vor den negativen, vor den Risikokonstellationen. Mit denen haben wir die großen Schwierigkeiten. Es geht darum, dass wir letztendlich nicht die Handlanger einer Industrialisierung des Gesundheitswesens sind. Wir positionieren uns im „Ulmer Papier“ ganz klar entsprechend, aber dann treten wir plötzlich forcierend durch die Intentionen zugunsten einer Telematik und einzelner Kartensysteme oder einzelner Systeme von elektronischen Patientenakten so auf, wie – nennen wir es so – die Krankenhausindustrie und die Industrie insgesamt sich den Facharzt und den Hausarzt am freien Markt wünschen, nämlich komplett vernetzt, mit Zugriffsmöglichkeiten von Personen – wir haben Beispiele gehört –, die eigentlich keinen Zugriff haben sollten.

Da mag es Gesetze geben. Aber was nützt es uns, wenn an diesen Gesetzen vorbei im Alltag immer wieder solche Löcher entstehen? Diese Löcher gibt es bereits jetzt. Es wird sie auch in Zukunft geben, egal wie gut die Sicherheitssysteme werden. Vorhin wurde das Beispiel der Banken angeführt. Jeder weiß, wie die Banken ihren Milliarden hinterherjammern, die sie jedes Jahr auf diese Weise verlieren. Das scheint sich nicht toll entwickelt zu haben.

In der Mittagspause habe ich ein tolles Argument gehört: Im Moment schwimmen wir dem Boot hinterher, in dieses Boot müssten wir jetzt dringend mit einem positiven Beschluss zugunsten der elektronischen Systeme hinein. Entschuldigung, der Herr wollte ans Steuer. Jetzt schwimmt er dem Boot mit dessen Team hinterher. Ich lache mich doch innerlich kaputt, wenn ich jemanden höre, der jetzt hinterherschwimmt und meint, er säße in ein oder zwei Jahren am Steuer.

Seien wir doch Realisten. Wir hätten uns vor vier oder fünf Jahren klar und deutlich positionieren müssen, das haben wir verpennt. Das war unser Fehler.

Okay. Aber jetzt sind wir in einer Situation, in der wir für den einzelnen Patienten im Sinne des „Ulmer Papiers“ sagen müssen: Halt, hier ist eine Demokratie dabei, ganz gefährliche Schritte zu tun. Wir wollen diesen Weg so nicht mitgehen.

(Beifall)

Deswegen bitte ich Sie: Unterstützen Sie durchaus weiterhin diesen Antrag. Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Elmar Lindhorst. – Der nächste Redner, ebenfalls aus der Ärztekammer Hessen, ist Herr von Knoblauch zu Hatzbach.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Hessen: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Diskussion, die hier meines Erachtens, auch unterlegt mit emotionalen Regungen, was sehr verständlich ist, doch sehr sachlich geführt worden ist, zeigt, dass entscheidender Diskussionsbedarf vorhanden ist. Sie zeigt, dass in der gegenwärtigen Situation das Vertrauen bezüglich der Telematik und der eCard fehlt. Jedenfalls haben nicht viele dieses Vertrauen. Vertrauen ist aber Voraussetzung dafür, dass wir zustimmen können. Viele Dinge sind offen. Wenn richtig ist, was Herr Zimmer sagte, nämlich dass die Hoheit über die Patientendaten bei den Patienten liegt, und wenn richtig ist, dass wir die Anwälte der Patienten sind, dann können wir nicht zulassen, dass andere Zugriff auf diese Daten haben können. Das wird in Zukunft von uns erwartet.

Ich sehe den Antrag 12 und den Antrag des Vorstands gar nicht gegensätzlich. Wir fordern mit Nachdruck, dass die Entwicklung nicht frei laufen gelassen wird, sondern dass eventuell der Politik entgegengehalten wird: Nein, mit uns so nicht!

Wir wissen, dass die eCard auch ohne uns kommt. Aber wenn wir sagen „Jetzt nicht und nicht auf diese Weise!“, dann werden wir den Druck erhöhen können, um die Entwicklung mehr in Richtung Patientenschutz zu lenken.

Ich habe eine Nachfrage; ich habe da etwas nicht ganz verstanden. Es ist wohl so, dass diese kryptografischen Schlüssel vorhanden sind, dafür aber erst eine Ausschreibung erfolgt, wer den Auftrag erhält. Es wurde aber auch gesagt: Selbst wenn dieser kryptografische Schlüssel vorhanden ist, ist es nur eine Frage der Zeit, bis er, wenn er nicht erneuert wird, hinfällig wird und dann jeder, der Lust dazu hat, Zugriff auf die Daten hat.

Wenn wir wissen, dass wir die Patientendaten aufbewahren müssen, dann müssen wir sicherstellen, dass diese Daten nicht von anderen eingesehen werden können. Also müssen wir eine Verschlüsselung haben, die, auch ohne dass wir tätig werden müssen, garantiert, dass es eine Sicherheit für längere Zeit als nur für acht oder zehn Jahre gibt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege von Knoblauch zu Hatzbach. – Als nächster Redner ist der Kollege Julian Veelken aus Berlin an der Reihe.

Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Lipp, ich war in meinem gesamten Leben nicht einmal 50-mal beim Arzt. Meine gesamte Arztkarriere könnte man auf der Gesundheitskarte nachvollziehen. Ich möchte etwas zum Aspekt der Freiwilligkeit sagen. Ich glaube, die Freiwilligkeit der Teilnahme, wie sie im jetzigen Konzept steht, ist etwas, mit dem uns Sand in die Augen gestreut wird, ganz sicher.

(Beifall)

Wenn wir heute beschließen, dass wir das in den ersten zwei Tagen dieses Ärztetages so hochgehaltene Arzt-Patient-Verhältnis kollektivieren wollen und wenn wir die Daten weitergeben wollen, bekommen wir trotzdem so viel Effizienzgewinne, dass wir Informationen schnell hin- und herschicken können, dass sich die Nichtteilnahme überhaupt nicht mehr lohnt. Wir werden alle gezwungen sein, daran mitzuwirken. Von Freiwilligkeit ist da keine Spur mehr, weder für die Patienten noch für uns in Praxis oder Krankenhaus.

(Beifall)

Lassen Sie sich da nicht täuschen! Wenn es erst einmal so ist, dass wir ohne dieses System gar nicht mehr arbeiten können, wenn wir uns erst einmal darin eingearbeitet haben, dann bekommt das eine Eigendynamik, der man sich nicht mehr wird entziehen können. Insofern haben Herr Lipp und Herr Peters recht. Ich garantiere Ihnen: Dann werden Sie es auch bezahlen. Genauso wie die Spediteure ihre On-Board-Units in den Lkws bezahlt haben, genauso wie die Berliner Taxifahrer ihre Telematikgeräte selber finanzieren mussten, werden Sie das auch tun. Wie viel das ausmacht, hat Ihnen Herr Handrock gesagt, nämlich etwa 30 Millionen Euro. Das wird Ihnen kein Mensch erstatten, sondern das bezahlen Sie, ebenso wie die Krankenhäuser.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Veelken. – Als nächste Rednerin die Kollegin Taube, Landesärztekammer Sachsen.

Taube, Sachsen: Ja, wir brauchen Sachlichkeit in der Diskussion, anderenfalls fährt der Zug ohne uns weiter. Da hat Herr Lipp völlig recht. Ich möchte noch einmal an Sie appellieren, diese Steuerungsmöglichkeit im Prozess der Einführung der eGK nicht aus der Hand zu geben. Unter unserer Mitwirkung können gegenwärtige Problemstellungen im Sinne unserer Prüfsteine, die in diesem Papier sehr wohl formuliert sind, verändert werden. In sieben Testregionen führen Ärztinnen und Ärzte eine Erprobung der eGK im ärztlichen Alltag durch. Sie können versichert sein: Wir tun das sehr kritisch. Viele Problemkreise sind überhaupt erst durch unser Veto der gematik und der Politik zu Ohren gekommen. Daraus resultieren auch unsere Forderungen.

Wir disqualifizieren uns selber, liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn wir uns aus diesem System auch an dieser Stelle eGK herausnehmen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Taube. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Handrock aus der Ärztekammer Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Vizepräsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Inhaltlich haben wir heute viele Argumente ausgetauscht. In einer engagierten Debatte wurden alle Argumente dargestellt. Es wurde ein klares Abstimmungsergebnis mit dem Ziel der Ablehnung der eCard in ihrer jetzigen Form erzielt. Dieses Ergebnis ist unstrittig.

Besonders irritierend ist nun jedoch, dass mit durchsichtigen Winkelzügen das Abstimmungsergebnis der Ablehnung der eCard in ihrer jetzigen Form unterlaufen werden soll. Ein Taktieren in solch einer Form mag zwar schlau sein, ist aber aus meiner Sicht für das oberste Gremium der deutschen Ärzteschaft unwürdig.

Ich möchte mich daher deutlich dafür aussprechen, dem Antrag IV-12 zuzustimmen und der eCard in ihrer jetzigen Form eine Absage zu erteilen.

(Beifall)

Eine Rücknahme unseres Abstimmungsergebnisses käme einem Possenstück gleich.

Zum Inhaltlichen: Die eCard ist zurzeit mit keiner Zusatzfunktion versehen, die über die vorhandene Karte hinausgeht. Das heißt, wir sollen mit unseren Honoraren einen Heißluftballon heizen, der zurzeit letztendlich nur ein Ausprobieren erlaubt. Ich glaube kaum, dass das etwas ist, was wir unterstützen können.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Handrock. – Nächster Redner ist Herr Kollege Scheiber aus Thüringen.

Dr. Scheiber, Thüringen: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Antrag 12 ist von mehreren Rednern in der Hinsicht ausgelegt worden, dass er keinen Ausstieg aus der Gesundheitskarte bedeutet. Das habe auch ich so verstanden. Ich glaube, es ist ein großes Manko des Antrags 12, dass im letzten Absatz missverständlich formuliert ist, dass wir die Gesundheitskarte ablehnen.

Wir sollten vielleicht fragen: Warum wollen wir die Gesundheitskarte in dieser Form nicht? Das sollten wir dann auch formulieren. Deshalb werbe ich für den Antrag 12 a, in dem die in der Ärztekammer Thüringen vorherrschende Meinung niedergelegt ist, dass wir die Gesundheitskarte in dieser Form ablehnen, weil eine zentrale Speicherung von Patientendaten stattfinden soll. Mit der Gesundheitskarte allein als einer dezentralen Lösung können wir leben.

Vorhin wurde kritisiert, dass in diesem Antrag steht, dass Abs. 4 auf Seite 2 gestrichen werden soll. Dies soll nur deshalb geschehen, weil dort ein Wildwuchs von Möglichkeiten freigegeben wird. Wir möchten schon eine einheitliche Form der Gesundheitskarte.

Ich mache folgenden Kompromissvorschlag: Stimmen Sie bitte dem Änderungsantrag 12 a zu. Ich glaube, dann kann die Ärzteschaft an der Weiterentwicklung einer Gesundheitskarte sinnvoll mitwirken und auch etwas schaffen, was für die Patienten und die Ärzte von Nutzen ist, denn diese beiden Gruppen brauchen keine zentrale Speicherung von Daten.

Ich danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Scheiber. – Der nächste Redner ist Professor Harald Mau, Ärztekammer Berlin.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Handrock, für mich waren die vorangegangenen Stunden keine Posse, sondern ein Lehrstück. Ich wünschte mir, in der Bundesregierung gäbe es so begnadete Politiker wie die Rückholspezialisten in unserem Vorstand. Dann wäre die eCard wahrscheinlich niemals durch die Abstimmung gelaufen.

Lesen wir doch den Antrag IV-1 genau. Dort steht nirgends, dass wir die eCard und die Telematik so haben wollen, wie sie sich derzeit darstellen.

(Beifall)

Ich könnte mit diesem Antrag sehr gut leben, wenn die Alternativen genauer beschrieben würden.

Der Herr hat’s gegeben, dass der Antrag 12 kam. Dort sind die Alternativen beschrieben. Leider diskutieren wir nochmals über eine Sache, die wir eigentlich schon beschlossen hatten. Nur: Wenn Sie die beiden Papiere gegeneinanderhalten, stellen Sie fest, dass sie in vielen Punkten kongruent sind. Ich glaube, wir machen uns die Sache einfach, wenn wir sagen: Wir verweigern uns der Telematik in diesem Problem nicht. Das steht nicht im Antrag 12. Die eCard, wie sie jetzt produziert wird, ist der Verrat der Patienteninteressen. Wir sind verpflichtet, diese Interessen wahrzunehmen. Wir können dem so nicht zustimmen.

(Beifall)

Ich bitte Sie ohne Wenn und Aber und mit allen Optionen für die Zukunft, dem Antrag 12 zuzustimmen. Dann haben wir das Problem gelöst. Gleichzeitig sitzen wir weiter in dem Boot. Wir werden auch rudern müssen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Harald Mau. – Der nächste Redner ist Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Natürlich spüren wir alle ein gemeinsames Unbehagen, glaube ich. Natürlich ringen wir im Grunde um das gleiche Ziel, und zwar sowohl diejenigen, die für den Antrag 12 gestimmt haben, als auch diejenigen, die gegen den Antrag 12 gestimmt haben. Das ist zumindest nach meinem Verständnis so. Nach meinem Verständnis sind alle, die diese Diskussion führen – das sollten wir uns gegenseitig nicht absprechen –, Verteidiger des Vertrauensverhältnisses.

(Beifall)

Alle, die an der Diskussion beteiligt sind, ringen um die Frage, welcher Weg stärker wirkt, die Verteidigung dieses Vertrauensverhältnisses sicherzustellen.

Wir haben ein Problem. Das Problem heißt, wir bleiben unschuldig, wenn wir die einfache Lösung wählen und sagen: Das ist ein scheußliches Projekt, daran darf man sich die Finger nicht schmutzig machen, da darf man seine Keuschheit nicht verlieren, da muss man sich verweigern, da muss man mit Ekelpaketen zusammenarbeiten! Das darf nicht sein.

(Zurufe)

Die rheinische Attitüde ist ein bisschen anders: Wir sind ja vor nix fies. Der Rheinländer, der vor nix fies ist, unterzieht sich der Mühe und sagt: Wie kann ich denn mit 5 Prozent Anteilseignerschaft und einem 5-prozentigen Stimmanteil in dieser gematik mit ihren 150 Beschäftigten die Regeln so setzen, dass möglichst viel von dem erreicht wird, was uns alle gemeinsam in den Zielen eint?

Dazu darf man eines nicht tun, nämlich sagen: Egal wie diese gematik das regelt, egal wie die Gesundheitskarte gestaltet wird, egal welche Sicherheit der Kryptografieschlüssel gewinnt – wir sind auf jeden Fall am Schluss nicht dabei. Wenn wir das sagen, dann konditionieren wir nichts, sondern dann verkünden wir im Grunde, dass wir Gesprächspartner sind, die für alle anderen hochinteressant sind.

Das ist der Grund, warum im Antrag des Vorstands die Regeln stehen, die wir für unsere Mitwirkung zur Voraussetzung machen. Darin müssen wir einig sein. Wenn wir uns diese Mitwirkung dadurch unmöglich machen, dass wir keusch bleiben, dann haben wir am Ende – das ist mein Verständnis; ich akzeptiere jeden, der das persönlich für sich anders empfindet – den Patienteninteressen

weniger gedient. Nehmen Sie denen, die dafür sind, den Antrag 12 im letzten Absatz zu variieren, bitte ab, dass es ihnen genauso wie den anderen um die Patientenrechte geht.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Rudolf. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich zunächst etwas zum Redebeitrag von Herrn Peters sagen. Da ging es um die ewigen Bedenkenträger. Ich bin der Meinung, dass in der Weltgeschichte der Menschheit viel erspart geblieben wäre, wenn es manchmal mehr Bedenkenträger gegeben hätte.

(Beifall)

Um das deutlich zu machen: Solange alles gut geht, ist alles in Ordnung. Aber was ist mit dem Worst Case? Lesen Sie die Straßenverkehrs-Ordnung durch. Wenn Sie sie durchgelesen haben, dürfte es keine Verkehrsunfälle mehr geben. Genau darauf will ich hinaus: Wir müssen im Interesse der Patienten davon ausgehen, dass es zu Problemen kommt.

Jetzt zu den entsprechenden sachlichen Fragen. Ich bin kein Freund von zweiten Lesungen, schon gar nicht, wenn ich merke, dass damit missliebige Ergebnisse berichtigt werden sollen.

(Beifall)

Ich bin auch deshalb kein Freund von zweiten Lesungen, weil eine zweite Lesung eigentlich nur dann durchgeführt werden sollte, wenn neue Informationen oder neue Erkenntnisse vorhanden sind, die hinterher möglicherweise zu einer anderen Lösung führen.

Aber hier ist die zweite Lesung richtig, weil sich die Ausführungen im letzten Absatz auf Seite 1 und die Ausführungen im letzten Absatz auf Seite 2 widersprechen. Entsprechend Seite 1 soll ein neues Konzept erarbeitet werden, und auf Seite 2 lehnt man die Einführung insgesamt ab. Das kann es nicht sein.

Wie kommen wir da heraus, um dem Antrag 12 noch zustimmen zu können? Ich persönlich hätte die Lösung des Antrags 12 b der Kollegin Groß gut gefunden, aber sie hat den Antrag leider zurückgezogen. Damit bleibt nur der andere

Antrag übrig. Damit kann ich gut leben. Damit entfällt der Widerspruch im Antrag 12. Wenn Vorstand und Geschäftsführung die Forderungen, die auf Seite 1 unten aufgeführt sind, berücksichtigen, können Sie weiterarbeiten. Wir wollen nur den starken Wind herausnehmen und die Fahnen, die im Augenblick fliegen, vielleicht etwas einrollen, aber auf keinen Fall verstecken.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Calles. – Der nächste Redner ist der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Theodor Windhorst.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zweite Lesungen haben es in sich. Ich denke, wir sollten die Situation, wie sie ist, hinnehmen. Hier war die Rede von Rückholspezialisten, die nur in dem Umfang mitgehen, wie die Anträge entsprechend ihrem Willen entschieden werden. Ich stehe hier nicht, um Sie als Rückholspezialist zu bitten, sich noch einmal um den Antrag 12 zu kümmern. Das verspreche ich Ihnen. Ich würde es Ihnen auch sagen, wenn ich Tricky Dicky wäre.

Herr Calles hat gesagt, dass wir uns auf das einstimmen müssen, was wir abgestimmt haben. Wir haben demokratisch abgestimmt. Wir haben auch in Münster demokratisch abgestimmt. Seit Münster ist bis jetzt nicht viel passiert. Das, was im Antrag 12 steht, ist alles richtig. Ich unterstütze den Antrag 12 in seiner humanen, ethischen Form.

Die Zeit läuft uns ein wenig davon. Ob das nun ein Totschlagargument ist, dass wir nicht mehr in allen Gremien sind, dass uns die gematik feuert, dass uns Frau Schmidt nicht mehr lieb hat – das interessiert mich alles nicht. Was wir aber bedenken müssen, ist: Die Bundesknappschaft schafft ihre eigenen Netze, die Rhön-Kliniken machen ihre eigenen Netze, die privaten Krankenhäuser machen ihre eigenen Netze. Es gibt Nischenlösungen noch und nöcher. Wir Ärzte geraten letzten Endes wieder in die Bredouille, eine eventuell bundesweite Lösung nicht unterstützt und mitgestaltet zu haben, wie es uns als Advokaten der Patienten und als Vertreter der Patienten gebührt.

Die Entscheidung war äußerst knapp; wenn ich mich richtig erinnere, lautete das Abstimmungsergebnis 109 : 103. Das heißt doch nicht, dass diejenigen 50 Prozent, die dagegengestimmt haben, völlig danebenliegen, dass allein die andere Hälfte die Weisheit heute Morgen beim Frühstück zu sich genommen hat.

Wir müssen bei dieser 50 : 50-Situation einen Kompromiss finden – keinen faulen Kompromiss –, mit dem wir vorankommen.

(Beifall)

Das kann im Sinne von Herrn Calles geschehen, dass wir versuchen, den Antrag 12 b in den Antrag 12 einzubauen, denn dieser Antrag hat ja einen guten Duktus. Das heißt, wir lehnen die Gesundheitskarte „in der bisher von der gematik verabschiedeten Form ab“. Auf diese Weise können wir unserer Verantwortung – keine Nischenlösung, keine Nichtberücksichtigung der Patienteninteressen – gerecht werden. Wir tragen Verantwortung. Ich glaube, bei einem Abstimmungsergebnis von 50 : 50 sollten wir uns überlegen, ob wir nicht eine bessere, mehr zielorientierte Signalwirkung nach außen haben, wenn wir es anders absichern.

Danke schön, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Theo. – Nächste Rednerin ist Frau Kollegin Friedländer aus Nordrhein.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Telematik – ja, diese elektronische Gesundheitskarte – nein. Ich möchte dies begründen. Ich sage das nicht nur als Ärztin, sondern ich stehe hier auch als Bürgerin. Ich möchte keinen Staat, der es ermöglicht, auch wenn zurzeit dafür gesetzliche Rahmenbedingungen vorhanden sind, dass sensible Daten jedermann zur Verfügung stehen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte Sie daran erinnern, dass wir 55 Jahre lang auf deutschem Boden zwei Unrechtsstaaten hatten. Es werden immer wieder Vergleiche mit Skandinavien herangezogen. Diese Länder haben aber solche Erfahrungen Gott sei Dank nicht gemacht. Ein Willy Brandt konnte in Norwegen Zuflucht finden, andere Bürger dieses Landes auch.

Herr Weichert hat eindeutig gesagt, dass die Interessen der Wirtschaft, der Industrie, der Politik hier im Vordergrund stehen und nicht die Interessen der Ärzte und der Patienten.

(Beifall)

Ich möchte nicht zum Steigbügelhalter dieser Interessengruppen werden. Sie sind mächtig genug, um ihre eigenen Interessen vertreten zu können.

Als Bürger sage ich: Wir können den Antrag 12 b nehmen und sagen, so wie es von der gematik verabschiedet worden ist, wollen wir das nicht, es muss eine neue Konzeption entwickelt werden.

Als es die entsprechende Diskussion in der Ärztekammer Nordrhein gab, habe ich gesagt – ich weiß nicht, ob sich Herr Professor Hoppe daran noch erinnert –: Warum beteiligen wir uns eigentlich nur mit 5 Prozent an der gematik, warum nicht mit 51 Prozent, denn dann hätten wir das Sagen? Das ist verpasst worden, warum auch immer. Vielleicht hat uns dazu auch das Geld gefehlt. Ich weiß es nicht. Dem Antrag 12 b könnte ich zustimmen. Dafür möchte ich auch gern werben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Friedländer. – Der nächste Redner ist Herr Kollege von Ascheraden aus Baden-Württemberg.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist kritisiert worden, dass eine zweite Lesung beantragt wurde. Ich denke, das ist bei einer so wichtigen Frage ein legitimes und in der Satzung auch vorgesehenes Mittel. Die Gesetze, die vom Bundestag verabschiedet werden, werden dreimal gelesen. Es gab neue Gesichtspunkte. Für mich war der entscheidende Punkt, dass der unveränderte Antrag 12 den Antrag 1 ausschließt. Das war vorher in dieser Schärfe nicht klar, dass damit das Mandat der Bundesärztekammer, hier weiter mitzumachen, aufgehoben wird. Wenn man den letzten Abschnitt, der die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kategorisch ablehnt, herausnimmt, sind wir dort, wo die Bedenken und die sehr ernst zu nehmenden Argumente, die hier geäußert wurden, in die weitere Arbeit einfließen können.

(Beifall)

Deshalb bitte ich Sie, meinen Änderungsantrag 12 c zu unterstützen. Er macht es möglich, den Antrag 12, um diesen Satz verkürzt, mit großer Mehrheit anzunehmen und auch den Antrag 1 anzunehmen. Er erlaubt es, Politik als Kunst des Möglichen zu praktizieren.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr von Ascheraden. – Der nächste Redner ist der Kollege Rütz von der Ärztekammer Nordrhein.

(Zuruf Prof. Dr. Kahlke, Hamburg)

– Herr Kahlke, ich habe Herrn Rütz aufgerufen. Mir liegt kein schriftlicher Geschäftsordnungsantrag vor. Sie haben sich zu Wort gemeldet, Herr Kahlke. Mir liegt eine Wortmeldung von Ihnen vor. Es liegt aber keine Meldung zur Geschäftsordnung vor.

Jetzt hat Herr Rütz das Wort. Sie haben sich zur Geschäftsordnung gemeldet, Herr Professor Kahlke, das können Sie nach den Ausführungen von Herrn Rütz vortragen. – Herr Rütz, Sie haben das Wort.

Dr. Rütz, Nordrhein: Ich würde auch gern Herr Kahlke den Vortritt lassen, aber der Vorsitzende hat es anders entschieden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht vielen von Ihnen vielleicht genauso wie mir: Dem Antrag 12 gehört mein Herz, aber dem Antrag 1 gehört mein Verstand.

(Beifall)

Ich möchte das aber gern zusammenführen, weil das Anliegen, das in dem Antrag 12 formuliert ist, genau dasjenige Anliegen ist, das wir in der Öffentlichkeit rüberbringen müssen, damit wir unsere Glaubwürdigkeit behalten. Wir müssen aber auch unsere Arbeitsfähigkeit erhalten und sind den Kollegen gegenüber verpflichtet, die uns sagen: Wir brauchen diese moderne Informationstechnologie, weil viele Dinge dadurch einfacher werden, weil wir von vielen Dingen entlastet werden.

Ich glaube also, wir wären gut beraten, zu versuchen, einen Kompromiss zu finden, hinter dem sich eine große Mehrheit für den Antrag zur gematik versammeln kann, damit wir nicht mit einer geringen Mehrheit als Verlierer dastehen. Diejenigen, die das nicht wollen, werden immer sagen: Die andere Hälfte will das sowieso nicht, deshalb machen wir das mit dieser Hälfte.

Wir brauchen eine große Mehrheit. Wir sollten versuchen, genauso geschlossen abzustimmen wie zum „Ulmer Papier“.

Deshalb meine Bitte an die bisherigen Antragsteller, sich noch ein bisschen mit den Formulierungen zu befassen, denn es geht ja nicht um Unterschiede in den Anliegen, sondern es geht um Unterschiede in den Formulierungen. Wir sollten versuchen, diese Unterschiede zu beseitigen, damit wir hier einen gematik-

Antrag verabschieden, hinter dem der Deutsche Ärztetag steht und nicht nur die Hälfte des Deutschen Ärztetages.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Rütz. – Zur Geschäftsordnung hat sich Herr Professor Kahlke gemeldet. Ich erinnere ihn kurz daran, dass er zur Geschäftsordnung sprechen will. Es gibt auch die Möglichkeit, sich außer der Reihe zu Wort zu melden, wenn man tatsächliche Berichtigungen vorzunehmen hat.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Das ist jetzt eine schwierige Frage.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich habe gehört, Sie möchten Ihren Antrag ändern. Das ist kein Antrag zur Geschäftsordnung. Aber wenn Sie Ihren Antrag berichtigen wollen, dann wäre das eine Möglichkeit, Ihnen außerhalb der Reihe das Wort zu erteilen.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Wie auch immer: Darf ich jetzt hier stehen bleiben?

(Heiterkeit)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Wir sind uns im Ergebnis einig, lieber Winfried Kahlke.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Ich möchte einen Vorschlag machen, der den weiteren Fortgang erleichtert. Offenbar ist geschäftsordnungsmäßig abgedeckt, dass ich dafür außer der Reihe das Wort erhalte.

Ich schlage vor, im Antrag 12 in der ersten Zeile des letzten Absatzes zu formulieren:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ab …*

Das ist eigentlich der Antrag von Frau Groß, den sie zurückgezogen hat. Es entfällt nur der Hinweis auf die gematik. Ich hoffe, das wird als Geschäftsordnungsantrag akzeptiert. Ich hoffe, Sie stimmen mir zu. Wenn wir den Antrag so ändern, hat er von seinem Inhalt nichts eingebüßt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich behandele das als einen Änderungsantrag, den der Antragsteller selber einbringt. Der letzte Absatz des Antrags 12 soll also folgendermaßen beginnen:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ab …*

Da der Antragsteller es selber verändert hat, brauchen wir darüber nicht abzustimmen. Die anderen Anträge bleiben gleichwohl erhalten, es sei denn, sie werden zurückgezogen.

Das war eine außergewöhnliche Meldung zur Geschäftsordnung. Aber sie hat weitergeholfen.

Der nächste Redner ist Herr Hans-Joachim Willerding aus der Ärztekammer Bayern.

Dr. Willerding, Bayern: Herr Vizepräsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich will mir nicht anmaßen, mich zu den dunklen Kapiteln der deutschen Geschichte vor 1933 und in der DDR zu äußern. Auch will ich meine Eltern nicht fragen, was sie damals getan haben. Aber wenn mich meine Kinder einmal fragen werden, will ich sagen können: Ich habe für den Antrag 12 gestimmt. Kollegen, wehret den Anfängen einer eCard!

(Beifall)

Die deutsche Ärzteschaft muss sich positionieren. Der Antrag 12 braucht eine breite Zustimmung.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Willerding. – Dr. Detlev Steininger aus Hessen ist der nächste Redner.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Für mich hat sich seit dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster, was die elektronische Gesundheitskarte angeht, nichts Grundlegendes geändert. Es geht weiterhin darum, dass Patientendaten grundsätzlich aus meiner Praxis in ein Datenlager gelegt werden sollen, und als Zugang zu diesem Datenlager dient die vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgestellte derzeitige Konzeption der elektronischen Gesundheitskarte. Wir wollen diese Datenauslagerung nicht und brauchen konsequenterweise auch die elektronische Gesundheitskarte in dieser Form nicht. Deshalb bitte ich Sie, dem nunmehr geänderten Antrag IV-12 zuzustimmen.

(Beifall)

Ich kann auch die vor der Mittagspause aufgestellte Behauptung, dass die Zustimmung zu diesem Antrag den Vorstandsantrag beseitigt, nicht nachvollziehen. Dazu hätte ich gern eine Erklärung; denn in der Vorstandsvorlage geht es unter anderem um die Punkt-zu-Punkt-Kommunikation und um das Telemonitoring. Davon steht im Antrag IV-12 überhaupt nichts. Ich denke, insofern können wir, wenn wir den Antrag 12 annehmen, durchaus auch über die Vorstandsvorlage abstimmen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Steininger. – Die nächste Rednerin ist Frau Professor Krause-Girth, Landesärztekammer Hessen.

Prof. Dr. Krause-Girth, Hessen: Es ist schon viel Kluges gesagt worden. Ich denke, jetzt ist es möglich, in einer anderen Form über den Antrag 12, den ich als Mitantragstellerin unterzeichnet habe, abzustimmen. Ich glaube, die Bedenken, die hier geäußert worden sind, bestanden im Wesentlichen darin, dem Vorstand keine Absage für seine ausgiebige und kritische Vorarbeit erteilen zu wollen. Ich finde, dass in unserem Antrag diese Arbeit des Vorstands sehr wohl gewürdigt wird. Insofern ist das kein Gegensatz, sondern eine weiter gehende Beschlussfassung, die vor allen Dingen die Patienteninteressen berücksichtigt.

Ich finde, wir stehen hier in der Aufmerksamkeit der Bevölkerung und vieler Patientenverbände und sind verpflichtet, uns hier auch als Patientenanwälte klar zu äußern. Ich glaube, dass wir dem Vorstand damit in gewisser Weise einen Gefallen tun; denn die Positionen, die im Antrag 1 formuliert sind, sind dadurch ja überhaupt nicht überflüssig. Wir sind ja weiter damit befasst. Das heißt gar

nicht, dass sich die Ärzteschaft mit diesem Thema nicht mehr befassen muss. Im Gegenteil, wir sind dazu gezwungen. Aber es ist ein wichtiges Votum.

Es gibt, wie viele von Ihnen wissen, ein Aktionsbündnis „Stoppt die eCard!“. Dem gehören viele Verbände an, unter anderem die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten, der Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung, der Chaos Computer Club, der NAV, die IPPNW, der VDÄÄ, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat vor drei Tagen den Ärztetag aufgefordert, im Interesse der Bevölkerung dieses eCard-Projekt zum jetzigen Zeitpunkt in dieser Form abzulehnen.

Mit der Änderung, die Herr Kahlke vorgeschlagen hat, kämen wir diesem vielfach geäußerten Wunsch entgegen. Wir könnten so unsere Verantwortung gegenüber den Patienten wahrnehmen. Ich glaube, dafür gibt es nach den ganzen Diskussionsbeiträgen eine breite Mehrheit. Deswegen bitte ich Sie, dem Antrag 12 zuzustimmen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Krause-Girth. – Der nächste Redner ist Herr Josten aus Nordrhein.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Herr von Ascheraden hat zu der von mir beantragten zweiten Lesung ruhig geantwortet. Ich hätte akut auf die Vorwürfe, die mir gemacht wurden, sehr viel emotionaler reagiert. Das war die richtige Antwort, denn es war ein satzungsgemäßes Vorgehen. Herr Rütz hat mit seinen Stellungnahmen zu den Anträgen 1 und 12 auch meine emotionale und meine rationale Situation getroffen. Ich denke, nach den zwischenzeitlichen Diskussionen können wir durchaus beide Anträge annehmen, denn die Klarheiten haben wir durch das Protokoll, das uns unterstützen wird, schon erreicht.

Ich möchte Bertolt Brecht zitieren. Irgendwie erinnert mich die Situation an die Kurzfassung: „Stellt euch vor, es gibt Krieg, und keiner geht hin“. Der letzte Teil wurde verschlabbert: Dann kommt der Krieg zu euch. Und wir sollen bei diesem Verfahren dabeibleiben!

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Josten. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Botzlar aus der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Vizepräsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich bin kein großer Freund zweiter Lesungen. Aber sie sind in der Satzung vorgesehen. Es ist keinesfalls undemokratisch, davon Gebrauch zu machen. Der Mehrheitsentscheidung wurde gefolgt.

Die zweite Lesung eröffnet uns eine zweite Chance, mit einer Stimme zu sprechen. Jedenfalls ist es falsch, von einer klaren Entscheidung zu sprechen, wenn von 250 Delegierten 109 in der einen und 103 in der anderen Weise entscheiden und sich die anderen enthalten haben, sei es durch Abwesenheit oder durch entsprechendes Handaufheben.

Wenn wir in der Öffentlichkeit Gehör finden wollen, können wir dies am ehesten dadurch, dass wir una voce sprechen. Dazu haben wir jetzt die Chance. Meines Erachtens – darum möchte ich Sie bitten – sollten wir den Anträgen 12, 12 c, 12 d und 1 in gleicher Weise und mit großer Mehrheit zustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas Botzlar. – Das Wort hat jetzt Frau Haus, Ärztekammer Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielleicht erinnern Sie sich an den Ärztetag in Münster. Da habe ich mit einigen anderen den gleichen Antrag gestellt, nämlich dass wir die eCard in der derzeit vorliegenden Form ablehnen. Ich rede von der eCard, nicht von Telematik. Sie haben dem damals zugestimmt. Das hat dazu geführt, dass ein wirklich qualifiziertes Papier entstanden ist, sehr viel differenzierter, sehr viel mehr in unsere Richtung gehend. Insofern hat diese damals auch als etwas betroffen machend empfundene Ablehnung zu sehr viel Gutem geführt. Was wir jetzt tun, ist keine Wiederholung, sondern die Fortführung dieses Gedankens, bis wir mit einer wie auch immer gearteten Verbindung zwischen uns einverstanden sind, jedenfalls nicht in der bisher vorgesehenen Form.

Es hat mich an der bisherigen Diskussion etwas gestört, wenn gesagt wurde: Dann sind wir draußen, dann will uns keiner mehr, dann geht es ohne uns. Ich finde, wir sollten uns darauf besinnen, dass es ohne uns gar nicht geht.

(Beifall)

Wenn wir erklären, wir machten nicht mit, wenn unsere Prüfkriterien nicht beachtet würden, hat das doch mit Sicherheit eine Konsequenz. Ich finde, diese

müssen wir auf unserem Ärztetag ganz deutlich zeigen. Daher bin ich für den Antrag 12 in der geänderten Fassung.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Frau Haus. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Scheiber aus der Ärztekammer Thüringen.

Dr. Scheiber, Thüringen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich muss mich noch einmal zu Wort melden. Der Antrag 12 liegt jetzt in geänderter Fassung vor. Dort steht nun: wird in der jetzigen Konzeption abgelehnt. Was sich nicht geändert hat, ist, dass in dem Antrag überhaupt nicht zu finden ist, was wir eigentlich wollen. Es wurde schon mehrmals gesagt, das größte Unbehagen spüren wir bei der zentralen Speicherung der Patientenakten. Diese Daten können missbraucht werden, diese Daten wecken Begehrlichkeiten. All dies wurde bereits ausgeführt.

Deswegen bitte ich Sie, sich unseren Antrag 12 a noch einmal durchzulesen. Dort steht:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der jetzigen Konzeption mit externer Speicherung von Patientendaten ab …*

Das entspricht genau dem Eindruck, den ich habe, warum eine Neuaufsetzung des Projekts erfolgen sollte. Es ist ehrenhaft, dass wir hier einen Kompromiss finden, es ist gut, dass die Antragsteller selber einer Änderung zugestimmt haben. Aber ich glaube, es ist notwendig, dass wir eine weiter gehende Änderung vornehmen. Ich bitte Sie, den Antrag 12 a positiv zu bescheiden.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Scheiber. – Der nächste Redner ist der Kollege Bodendieck aus der Landesärztekammer Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Entschuldigen Sie bitte, dass ich noch einmal ganz kurz sprechen muss. Wir haben

heute früh in einer der ersten Wortmeldungen gehört, dass wir uns gewünscht hätten, dass hier viel mehr Anwender zu Wort kommen. Es ist keinesfalls weiter danach gefragt worden. Es wurden auf der einen Seite sehr emotionale, und auf der anderen Seite sehr rationale Debatten geführt. Darauf möchte ich zurückkommen.

§ 291 a SGB V schreibt die Einführung der Telematik vor. Das ist bereits Gesetz. Natürlich können wir uns dem Ganzen verweigern, aber das nützt nichts. Auch ich bin der Meinung: Wenn wir uns hier einfach verweigern, führt das dazu, dass wir wieder etwas übergestülpt bekommen, mit dem wir uns noch in zehn Jahren auseinandersetzen und von dem wir sagen, so haben wir es gar nicht gewollt, nun aber müssen wir es durchführen und am Ende auch bezahlen.

Herr Professor Kahlke, ändern Sie bitte Ihren Antrag IV-12, wenn Sie ihn denn nicht zurückziehen, wie es in verschiedenen Anträgen gefordert wird, im dritten Absatz. Entweder streichen Sie bitte den dritten Absatz auf der ersten Seite, oder Sie nehmen eine Änderung in der Form vor, dass wir nicht die Einführung einer Telematikplattform völlig ablehnen. Der nächste Tagesordnungspunkt wird zeigen, dass wir eine Anbindung anderer Berufsgruppen brauchen. Ändern Sie Ihren Antrag bitte in der Richtung, dass Antrag 1 des Vorstands der Bundesärztekammer durchgehen kann.

Ändern Sie bitte auch die Aussage im drittletzten Absatz auf Seite 2:

> *Das elektronische Rezept hat sich in Tests bereits als völlig untauglich erwiesen.*

Ich habe diesbezüglich gerade noch einmal mit unserer Testärztin gesprochen. Die Tests zu den elektronischen Rezepten sind nach unserer Kenntnis noch gar nicht so weit fortgeschritten, dass wir von einer völligen Untauglichkeit sprechen können. Immerhin sind seit Ende März 440 Rezepte ausgestellt worden. Einige wenige funktionierten nicht.

(Zurufe)

– Moment. Wir befinden uns im Test. Die Rückkehr zum Papierrezept halte ich in der heutigen Zeit für äußerst fragwürdig.

Das alles sind Dinge – nicht nur der letzte Absatz –, die dem Antrag 1 des Vorstands widersprechen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Herr Kollege Bodendieck. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Groß aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will nicht lange nerven, sondern nur auf Folgendes aufmerksam machen. Der Kollege Botzlar hat gefordert, den Antrag 12 d zu bescheiden. Diesen Antrag habe ich aber zurückgezogen. Ich bitte Sie, den Antrag 12 e positiv zu bescheiden. Ich habe versucht, eine Brücke zu schlagen, und möchte Ihnen gern den letzten Absatz auf Seite 1 des Antrags 12 unter Berücksichtigung des Antrags 12 e vorlesen:

> *Wir fordern deshalb, die Einführung einer bundesweit verpflichtenden Telematik-Plattform mit einer Online-Anbindung von mehr als 50 Berufsgruppen im Gesundheitswesen und bis zu 2 Millionen Zugriffsberechtigten im Interesse des Erhalts der ärztlichen Schweigepflicht, einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patienten und Ärzten, der informationellen Selbstbestimmung der Bürger und der weiteren Funktionsfähigkeit der medizinischen Versorgung konzeptionell weiterzuentwickeln und hierzu das Positionspapier zur Telematik als Grundlage zu nutzen.*

Ich denke, dann können wir weiterdiskutieren und die Bedenken anderer einbeziehen. So könnten wir als Ärzte ordentlich weiterarbeiten.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Groß. – Als im Moment letzter Redner hat der Kollege Erwin Horndasch aus der Ärztekammer Bayern sozusagen die Möglichkeit zu einem Schlusswort.

Dr. Horndasch, Bayern: Ich bin eigentlich nicht darauf vorbereitet, hier ein Schlusswort zu sprechen und alle Argumente pro und kontra noch einmal aufzuführen. Ich möchte nur auf einen kleinen Aspekt hinweisen, der vorhin angesprochen wurde. Ich meine die zentrale Speicherung. Ob es sich nun um USB-Sticks oder andere Speichermedien, deren Abkürzungen wir heute wahrscheinlich noch nicht kennen, handeln wird, wir werden damit arbeiten, und die Daten werden, wie auch immer, online in irgendwelchen Netzen umeinanderschwirren

und abgegriffen. Ich denke, es ist müßig, sich gegen eine zentrale Speicherung auszusprechen und sich hinterher zu wundern, dass irgendjemand bei der Verwendung dieser Daten sie irgendwo anders abspeichert. Die Behauptung, das werde nicht so sein, ist Augenwischerei. Ich wollte nur darauf hinweisen, dass die zentrale Speicherung nicht des Pudels Kern ist.

Danke.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Horndasch. – Ich war etwas voreilig. Herr Kollege Kahlke hat sich noch zu Wort gemeldet. Es kommen gerade auch noch weitere Wortmeldungen. Bitte, Herr Kahlke, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Lieber Herr Montgomery! Meine Damen und Herren! Entschuldigen Sie, dass ich letztlich auch zur Diskussionsverlängerung beitrage, aber, wie ich glaube, nicht nur dazu. Der Grund meiner Wortmeldung liegt darin, dass in den letzten Wortmeldungen Empfehlungen ausgesprochen wurden, und zwar nicht nur hinsichtlich der Änderung einzelner Worte, sondern ganzer Passagen. Das ging hin bis zur Aufforderung, den Antrag doch gleich ganz zurückzuziehen. Die Antragsteller haben hier etwas Klares vorgelegt. Sie haben eine kleine Änderung eingefügt, damit ein Widerspruch beseitigt wird. Wenn wir auf der einen Seite fordern, ein neues Konzept zu entwerfen, und auf der letzten Seite des Antrags die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ablehnen, dann kann das zugegebenermaßen als Widerspruch verstanden werden.

Wir hatten heute schon einmal eine Mehrheit für diesen Antrag. Die Antragsteller fühlen sich vor allen Dingen denjenigen gegenüber, die den Antrag unterstützt haben, die sich engagiert für ihn eingesetzt haben, verpflichtet, den Antrag in der vorliegenden Form mit der kleinen Änderung und ohne weitere Ergänzungen so einzubringen. Ich möchte Sie dringend bitten: Nehmen Sie ihn so an.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kahlke. – Das Wort hat jetzt der Kollege Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Die Änderungsanträge zum Antrag IV-12 erwecken mittlerweile den Eindruck, als sei der Antrag 12 deckungsgleich mit dem Antrag

des Vorstands. Dem muss man eindeutig widersprechen. Er ist nicht deckungsgleich. Genau im Punkt der elektronischen Gesundheitskarte ist er konträr zu dem, was der Vorstand vorgelegt hat. Uns ist die Klarstellung wichtig, dass wir die Zugriffsberechtigung hinsichtlich der Daten durch den Schlüssel elektronische Gesundheitskarte nicht haben wollen. Dazu habe ich einen Antrag gestellt, wenn es nachher um Änderungsmöglichkeiten beim Vorstandsbeschluss geht. Das ist der Antrag IV-1-4. Es kann nicht sein, dass wir diese Schlüssel zu den Daten, die wir nicht mehr kontrollieren können, aus der Hand geben. Wir können uns damit beschäftigen, wie wir Informationen schneller, besser, umfangreicher weitergeben, aber nicht durch einen Schlüssel, der durch die Hintertür jegliche Form des Zugriffs ermöglicht.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Meine sehr verehrten Damen und Herren, das war, glaube ich, die längste zweite Lesung, die zumindest ich auf einem Deutschen Ärztetag erlebt habe. Es gab 37 Wortmeldungen. Weitere Wortmeldungen liegen jetzt nicht mehr vor. Der Referent, Herr Kollege Bartmann, hat um eine Schlussbemerkung gebeten.

Dr. Bartmann, Referent: Vielen Dank allen, die sich in der zweiten Lesung so engagiert zu Wort gemeldet haben. Ich habe das so nicht vorausgesehen, ich habe es auch nicht initiiert. Ich stehe nicht für Taktieren, ich bin immer für geradliniges Arbeiten.

Sie haben eine Neukonzeption gefordert. Diese Forderung ging an uns. Ein anderes Konzept kenne ich nicht. Jetzt wieder eine Neukonzeption unseres Konzepts zu verlangen, ist im Grunde genommen die Perpetuierung eines Vorgangs, der letztendlich nicht immer so erfolgen müsste, denn wir arbeiten ja weiter, wir würden gern weiterarbeiten.

Es sind jetzt sechseinhalb Stunden seit meinem Referat vergangen. Im Zentrum der letzten Wortbeiträge standen externe Datenspeicherung, zentrale Server, Datenablagen, Schlüssel, die wir nicht in der Hand haben. Ich fürchte, ich habe es heute Morgen nicht klar genug gesagt: Diese Datenablagen gibt es. Wir haben jede Menge Gesundheitskarten, wir haben sogar Verträge, die die Ärzte verpflichten, diese Gesundheitsakten zu führen, aber eben ohne Schlüssel. Das heißt, sie werden über das offene Internet transportiert. Das kann sicher genug sein. Wir haben ja kein Problem damit – ich jedenfalls –, Onlinebanking zu machen. Die Daten werden in den Servern, die dafür zur Verfügung stehen, abge-

lagert. Diese Server sind natürlich angreifbar. Das haben Sie alle immer wieder festgestellt.

Die Kryptografie ist anscheinend noch nicht von allen richtig verstanden worden. Wenn gesagt wird, die Kryptografie werde im Laufe der Zeit schlechter, irgendwann wirke sie nicht mehr und müsse erneuert werden, dann ist das technisch nicht so ganz richtig. Ich stehe zu dem, was ich heute Morgen gesagt habe. Wir arbeiten sorgfältig. Wir haben im Hintergrund eine Technikabteilung, die uns alle Fragen beantwortet, die uns genauso drücken wie Sie.

Ich habe mich zur humanen Medizin, zur ethischen Medizin bekannt und erklärt, dass ich in der absehbaren technischen Entwicklung die Chance sehe, dieses Instrument Telematik und speziell auch das Projekt Gesundheitskarte in diesem Sinne für uns nutzbar zu machen. Aber das ist harte Arbeit, das fällt uns nicht in den Schoß. Dazu bin ich bereit.

Ich sehe die Kompatibilität zwischen dem Antrag 12 und dem Antrag 1 durchaus nicht, wie es einige formuliert haben. Ich habe in der Mittagspause auch mit Antragstellern des Antrags 12 gesprochen. Sie haben gesagt: Wir wollten das eigentlich gar nicht, wir finden euren Antrag ganz gut. Dann sollte man das auch so sagen und nicht Forderungen stellen wie beispielsweise zum letzten Absatz auf der zweiten Seite, die diese Arbeit letztendlich ausschließen, denn die Vernetzung untereinander ist ein zentrales Anliegen dieses Projekts, dazu stehe ich auch.

Man hat mir in der Pause ein interessantes Dokument „zugespielt“, wie man immer so schön sagt. Das ist ein Fax mit den Gesundheitsdaten eines jungen Mannes, einschließlich Aidstest. Der Absender kommt aus dem medizinischen Bereich. Der Rücksender ist „GARDENA Manufacturing GmbH“. Deklariert ist die Sendung als „Irrläufer“. Diese Form der Kommunikation, wie wir sie bisher als fortschrittlich ansehen, die aber nie berufsrechtlich abgesichert war, möchten wir gern durch eine Kommunikation auf gesichertem Wege ersetzen; nicht im offenen Internet, sondern im internen Internet, im geschlossenen Kommunikationssystem, das in Verbindung mit der Telematikentwicklung entstehen soll.

Das Konzept, das wir vorgestellt haben, basiert auf dem Gesundheitskartenprojekt. Man kann nicht sagen, man wolle eine neue Konzeption, dann aber die Gesundheitskarte ablehnen. Das geht so nicht. Wenn Sie uns aktiv mitarbeiten lassen wollen, dann muss das in dem Sinne geschehen, wie es im Antrag 1 vorgesehen ist. Ich bitte Sie nach wie vor um Zustimmung zum Antrag 1. Das geht nur, wenn der dritte Absatz auf der ersten Seite und der letzte Absatz auf der zweiten Seite des Antrags 12 gestrichen werden. Dann bin ich gern wieder bereit, mich mit aller Kraft, die mir zur Verfügung steht, für Sie, für die Interessen unserer Patienten einzusetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Franz Bartmann.

Bevor wir in die Abstimmung eintreten, möchte ich mit Ihnen das Abstimmungsprozedere klären. Ihnen liegt der Antrag 12 vor, dazu drei Änderungsanträge, nämlich die Anträge 12 a, 12 c und 12 e. Die Anträge 12 b und 12 d sind zurückgezogen. Der Antragsteller hat zu seinem Antrag 12 im letzten Absatz eine Änderung vorgenommen. Der neue Text lautet:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ab …*

Ich werde als ersten Änderungsantrag den Antrag 12 e aufrufen. Danach soll der dritte Absatz des Antrags 12 geändert werden. Den Text werde ich Ihnen vor der Abstimmung vorlesen.

Anschließend werde ich den Antrag 12 a aufrufen und über den zweiten Teil zunächst abstimmen lassen, nämlich Abs. 4 auf Seite 2 zu streichen.

Danach werden wir, weil das der weiter gehende Antrag in der Behandlung des letzten Absatzes auf Seite 2 des Antrags 12 ist, den Antrag 12 c zur Hand nehmen und uns eine Meinung über die komplette Streichung des letzten Absatzes des Antrags 12 bilden. Wenn diese Streichung erfolgt, ist der erste Teil des Antrags 12 a obsolet geworden. Wenn die Streichung nicht erfolgt, werden wir uns eine Meinung darüber bilden, ob wir die andere Formulierung des Antrags 12 a besser finden als die inzwischen vom Antragsteller veränderte Formulierung.

Sind Sie mit diesem Prozedere einverstanden? – Ich rufe den **Antrag IV-12 e** auf, der darauf abzielt, den dritten Absatz des Antrags 12 folgendermaßen zu formulieren – Sie gestatten mir, dass ich den kompletten Text vorlese, weil das wichtig ist –:

> *Wir fordern deshalb, die Einführung einer bundesweit verpflichtenden Telematik-Plattform mit einer Online-Anbindung von mehr als 50 Berufsgruppen im Gesundheitswesen und bis zu 2 Millionen Zugriffsberechtigten im Interesse des Erhalts der ärztlichen Schweigepflicht, einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patienten und Ärzten, der informationellen Selbstbestimmung der Bürger und der weiteren Funktionsfähigkeit der medizinischen Versorgung konzeptionell weiterzuentwickeln und hierzu das Positionspapier zur Telematik als Grundlage zu nutzen.*

Sind Sie alle im Klaren, worüber Sie abstimmen?

(Zurufe)

– Ja.

(Widerspruch)

Dann darf ich Sie jetzt um das Votum bitten. Wer dem Antrag 12 e ein positives Votum erteilen möchte, möge jetzt die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das würde ich gern zählen lassen. Deshalb vermeide ich auch eine Bewertung dessen, was ich gesehen habe.

Ich bitte also noch einmal diejenigen, die für den Antrag IV-12 e sind, die Hand zu heben.

(Zuruf: Nein!)

– Ich bitte Sie, die parlamentarisch-demokratischen Regeln dahin gehend zu beachten, dass Sie nicht versuchen, andere Mitglieder des Plenums zu beeinflussen. Das macht man in der Abstimmung nicht, meine Damen und Herren.

(Zurufe)

Dann bitte ich jetzt diejenigen, die den Antrag ablehnen möchten, um das Handzeichen. – Die Enthaltungen bitte. – Einzelne Enthaltungen. Meine sehr verehrten Damen und Herren, dann haben Sie diesen Änderungsantrag 12 e mit 136 gegen 97 Stimmen **angenommen.** Ich danke Ihnen für dieses Votum.

(Beifall)

Wir haben damit den dritten Absatz des Antrags 12 geändert.

Wir kommen zur Abstimmung über den **Antrag IV-12 a,** Abs. 4 auf Seite 2 zu streichen. Dieser Absatz lautet:

> *Bisher schon entstandene Lösungen für eine elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen haben sich bedarfsgerecht entwickelt und sollten durch weitere dezentrale Alternativprojekte in der Hand der Versicherten unterstützt und gefördert werden.*

(Zuruf)

– Frau Johna, wir sind eigentlich in der Abstimmung. Hat es etwas mit dem Abstimmungsverfahren zu tun?

(Zuruf)

– Eine persönliche Erklärung am Ende des Abstimmungsvorgangs. Ich notiere das. Am Ende des ganzen Abstimmungsvorgangs können Sie eine persönliche Erklärung abgeben.

Jetzt kommen wir zur Abstimmung über den zweiten Teil des Antrags 12 a, Abs. 4 auf der zweiten Seite zu streichen. Wer dafür ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das Zweite ist die Mehrheit. Damit ist die Streichung dieses Absatzes **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag IV-12 c,** der darauf abzielt, den vom Antragsteller veränderten letzten Absatz komplett zu streichen. Wer für die Annahme dieses Antrags, also die Streichung dieses Absatzes ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist der Antrag 12 c **abgelehnt** und dieser Absatz in der vom Antragsteller veränderten Form erhalten geblieben.

Ich komme zum **Antrag IV-12 a** zurück, bei dem es im ersten Teil darum geht, im letzten Absatz die erste Zeile zu ändern. Statt

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ab …*

zu ändern in:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der jetzigen Konzeption mit externer Speicherung von Patientendaten ab, z. B. bei den Krankenkassen.*

Der Rest muss redaktionell vernünftig angebunden werden. Wer für diese Änderung ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Damit ist diese Änderung **abgelehnt.** Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Damit sind beide Teile des Antrags 12 a abgelehnt.

Meine Damen und Herren, Sie haben im **Antrag IV-12** den dritten Absatz verändert; der letzte Absatz ist vom Antragsteller selber verändert worden. Wer dem so geänderten Antrag 12 zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das sind wenige. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag bei wenigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Meine Damen und Herren, teilen Sie mit mir die Auffassung, dass damit der Vorstandsantrag 1 wieder auflebt, weil der Widerspruch beseitigt ist, sodass wir über den Antrag 1 und die folgenden Anträge abstimmen können? – Gut.

Nehmen Sie bitte den Vorstandsantrag IV-1 zur Hand. Dazu haben wir über einige Änderungsanträge abzustimmen. Wir kommen zunächst zum **Antrag IV-1-3.** Dazu schlagen Sie bitte die Seite 5 des Vorstandsantrags auf. Die Zeilen 19 und 20 lauten:

> *Wenn Ärzten kein ökonomisch nachweisbarer Nutzen entsteht, sind die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer zu vergüten.*

Es wird beantragt, aus den Worten „kein ökonomisch nachweisbarer Nutzen“ die Formulierung „kein nachweisbarer ökonomischer Nutzen“ zu machen. Es soll also nicht etwas ökonomisch nachgewiesen werden, sondern es soll nachweisbar ökonomisch ein Nutzen entstehen. Das ist sprachlich sehr richtig. Ich könnte mir fast vorstellen, dass sich die Antragsteller dies auch gedacht haben, als sie den Text verfasst haben.

Der Vorstand signalisiert mir, dass er bereit ist, das zu übernehmen. Dann ersparen wir uns die Abstimmung. Das ist also übernommen. Ich halte das für einen vernünftigen Vorgang. Ist jemand dagegen? – Ich danke Ihnen.

Wir kommen zum **Antrag IV-1-1** von Herrn Köhne, Frau Groß und Herrn Hülskamp. Es geht um Seite 8 des Vorstandsantrags. In der Vorstandsvorlage lauten die Zeilen 11 bis 14:

> *Ärztliche Erfahrungen im Umgang mit zusätzlichen Informationsquellen zeigen, dass gut strukturierte Informationen insbesondere zu Sachverhalten, die der Patient im Detail oft nur unzureichend wiedergeben kann, geeignet sind, das Gespräch und die körperliche Untersuchung sinnvoll zu ergänzen.*

Dieser Satz soll durch folgenden Text ersetzt werden:

> *Ärztliche Erfahrungen im Umgang mit elektronischen Informationsquellen zeigen, dass beschränkte Datenstrukturen nicht geeignet sind, individuelle medizinische Sachverhalte sinnvoll darzustellen. Die Informationen müssen in offenen, seitenbasierten Datenformaten hinterlegt werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich höre: Vorstandsüberweisung.

(Zuruf: Nein!)

– Es gab den Zuruf: „Vorstandsüberweisung“. Damit bin ich verpflichtet, über diesen Antrag auf Vorstandsüberweisung abzustimmen. Dies geht der inhaltlichen Abstimmung vor. Wer diesen Antrag an den Vorstand überweisen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Ich bitte um die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-1-5,** bei dem es darum geht, auf Seite 8 nach Zeile 18 einen neuen Absatz einzufügen:

> *Ärzte sind durch geeignete Maßnahmen bereits in der Ausbildung und kontinuierlich in der Fortbildung zu befähigen, medizinische Telematik ein- und umzusetzen, kritisch zu begleiten, zu evaluieren und gegenüber Kollegen und Patienten zu kommunizieren.*

Wissen Sie, worüber wir abstimmen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier höre ich: Vorstandsüberweisung. Es ist Vorstandsüberweisung beantragt worden. Ich frage Sie: Wer möchte die Vorstandsüberweisung für diesen Antrag? – Einzelne. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann bilden wir uns eine Meinung über den Antrag an sich. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Bitte die Gegenprobe! – Das würde ich gern zählen. Das kann ich von hier aus nicht entscheiden.

Ich frage also noch einmal: Wer für die Annahme dieses Antrags ist, den bitte ich, seine Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Meine Damen und Herren, damit ist der Antrag mit 119 gegen 102 Stimmen **angenommen.** Sie haben diese Formulierung in das Papier aufgenommen.

Meine Damen und Herren, ich habe jetzt ein kleines Problem, das ich Ihnen kurz schildern will. In der Zeit während der Aussetzung des Antrags 1, weil wir über den Antrag 12 diskutiert haben, hat ein Mitglied einen Antrag auf Änderung einzelner Passagen des Antrags 1 eingereicht. Diesen Antrag haben wir nicht angenommen, weil zu diesem Zeitpunkt der Antrag 1 nicht aktiv war. Deshalb sind die Änderungen auch nicht umgedruckt. Der Antragsteller hat seinen Antrag aber rechtzeitig abgegeben. Er lebt jetzt wieder auf. Ich hoffe, Sie sind damit einverstanden, dass ich das nachher vorlese, wenn wir die einzelnen Formulierungen durchgehen, damit jedes Mitglied des Plenums sein Recht in dem Papier wiederfindet. Ich glaube, das ist die einzige Möglichkeit, wie wir uns dem hier widmen können.

Herr Calles hat sich zur Geschäftsordnung gemeldet. Herr Calles, wir sind in der Abstimmung. Es geht jetzt nur um das Abstimmungsverfahren, um nichts anderes. – Das war also kein Geschäftsordnungsantrag. Ich danke Ihnen.

(Zuruf)

– Persönliche Erklärungen bitte am Ende des gesamten Abstimmungsvorgangs zu diesem Tagesordnungspunkt.

Wir kommen nunmehr zu den drei Anträgen, die sich mit dem Text ab Seite 20 befassen. Für die Seiten zuvor sind mir keine Änderungsanträge bekannt. Wir schauen gleich noch in den Antrag, der nachgereicht worden ist.

Wir kommen damit zum **Antrag IV-1-4.** Danach soll Punkt 5.3 – das ist der Text ab Zeile 28 auf Seite 20 bis Zeile 22 auf Seite 21 – komplett gestrichen werden. Stattdessen soll folgender Text eingefügt werden:

> *Die elektronische Gesundheitskarte als Weiterentwicklung der derzeitigen Krankenversicherungskarte …*

Haben Sie den Antrag vorliegen?

Es gibt jetzt einen Geschäftsordnungsantrag zum Abstimmungsprozedere. Herr Dreyer, bitte.

Dreyer, Nordrhein: Ich beantrage Vorstandsüberweisung, weil eine Versichertenkarte ohne Mikroprozessor niemals ein Kryptografieverfahren unterstützen könnte, wenn wir denn eines haben wollten.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Sie beantragen aus inhaltlichen Gründen die Vorstandsüberweisung. Haben Sie den Antrag 1-4 vorliegen? – Gut. Jetzt gibt es eine Gegenrede zum Antrag auf Vorstandsüberweisung.

Dr. Steininger, Hessen: Ich spreche gegen die Vorstandsüberweisung. Ich glaube, Sie sind hier in diesem Hause in der Lage, hierzu Stellung zu nehmen. Was eben als Begründung für die Vorstandsüberweisung gesagt wurde, ist klar. Das ist auch der Inhalt dieses Antrags. Wenn Sie der Ansicht sind, dass Sie eine Gesundheitskarte brauchen, die kryptografierbar ist, also einen Mikroprozessor hat, insofern selbstständig in irgendwelchen Geräten arbeiten kann, dann können Sie den Antrag ablehnen. Genau das beinhaltet der Antrag. Ich will das nicht, und das steht dort drin.

Danke.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir haben ein Pro und ein Kontra hinsichtlich der Vorstandsüberweisung des Antrags IV-1-4 gehört. Jetzt können wir uns eine Meinung bilden. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen damit zum **Antrag IV-1-6,** auf Seite 21 in den Zeilen 1 und 2 den Text ab dem Wort „solange“ zu streichen.

(Zuruf)

Meine Damen und Herren, wissen Sie, worüber Sie abstimmen?

(Zurufe: Nein!)

– Ab Zeile 31 auf Seite 20 heißt es:

> *Das elektronische Rezept … bringt weder medizinische Vorteile für Patienten noch Nutzen für die Ärzte. Seine Einführung als erste Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte wird daher abgelehnt …*

Entsprechend dem Änderungsantrag soll hinter „abgelehnt“ ein Punkt gesetzt werden. Die Worte

> *solange nicht die weiterhin bestehenden Störungen der Praxisabläufe vollständig beseitigt sind*

sollen gestrichen werden. Es geht also um eine vollständige Ablehnung und nicht um die Ablehnung nur für den Fall, dass die Störungen der Praxisabläufe nicht zu beseitigen sind.

Sind Sie sich darüber im Klaren, worüber Sie abstimmen? – Dann bitte ich Sie, jetzt diesen Antrag zu bescheiden. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Bitte die Enthaltungen. – Viele.

(Zurufe)

– Sie wünschen Auszählung? – Gut, wir zählen. Ich frage also noch einmal: Wer für die Streichung des Halbsatzes ist, möge bitte die Karte heben. – Ich bitte um die Gegenprobe! – Dann ist dieser Antrag mit 132 gegen 89 Stimmen **angenommen.** Das war ein kräftiger Knick in meiner Linse. Ich bitte um Entschuldigung und danke Ihnen, dass Sie uns zum Nachzählen animiert haben.

Wir kommen zum **Antrag IV-1-2.** Es geht um die Zeilen 5 bis 8 auf Seite 21 des Antrags 1, die lauten:

Sie ist zu ersetzen durch die Speicherung einer „Klinischen Basisinformation“ auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte, die Dauerdiagnosen und -medikation beinhaltet und von Ärzten sowohl in der Regelversorgung als auch in Notfällen gleichermaßen genutzt werden kann.

Die Antragsteller bitten darum, diesen Text zu ersetzen durch:

Alternativ müssen die für den individuellen Patienten sinnvollen Daten gespeichert werden können.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer wünscht diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Sind Sie damit einverstanden? – Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zum zweiten Teil des **Antrags IV-1-6.** Auf Seite 21 der Vorstandsvorlage heißt es in den Zeilen 24 bis 29:

Das Projekt elektronische Gesundheitskarte nach § 291 a SGB V vollzieht sich auf gesetzlicher Grundlage und wurde von einer großen parlamentarischen Mehrheit beschlossen. Mit ihm soll eine einheitliche Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen eingeführt werden. Die Ärzteschaft erkennt die Chancen, die in einer solchen, durch rechtliche Vorgaben abgesicherten Infrastruktur im Gegensatz zu einer drohenden Dominanz ausschließlich kommerzieller Angebote liegen.

Dieser Text soll gestrichen werden. Ich stelle jetzt die Frage, wer dieser Streichung zustimmen möchte. – Die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann haben Sie diese Streichung **abgelehnt.**

Schließlich beinhaltet der Antrag 6 noch eine Ergänzung. Ganz zum Schluss des Textes, also auf Seite 22, soll angefügt werden:

Eine bundesweite Telematikinfrastruktur mit der verpflichtenden Online-Anbindung und der Speicherung von Krankheitsdaten in einer zentralen Serverstruktur wird abgelehnt: Eine Neukonzeption des gesamten Projektes ist erforderlich.

(Beifall)

Das ist etwas, was wir im Antrag 12 und in anderen Anträgen ebenfalls schon behandelt haben. Ich frage Sie: Wissen Sie, worüber Sie abstimmen? – Ja. Dann frage ich Sie jetzt: Wer ist für die Annahme dieses Antrags? – Bitte die Gegenprobe! – Wir zählen aus. Ich frage also noch einmal: Wer ist für die Annahme dieses Antrags? – Ich bitte Sie um die Gegenprobe! – Dann haben Sie diesen Antrag mit 124 gegen 94 Stimmen **angenommen** und damit diesen Absatz eingefügt.

(Beifall)

Jetzt müssen wir noch den bisher nur handschriftlich vorliegenden Antrag des Kollegen Niemann aus Hamburg behandeln. Dazu nehmen Sie bitte Seite 5 des Vorstandsantrags IV-1 zur Hand. Dort heißt es in den Zeilen 4 und 5:

> *Die Ärzteschaft erkennt die Chancen des Projektes elektronische Gesundheitskarte für eine sichere elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen.*

Dieser Text soll durch folgende Worte ersetzt werden:

> *Der Deutsche Ärztetag erhebt folgende Forderungen für die Neukonzeption des Projektes …*

Der Satz in den Zeilen 5 und 6 entfällt dann. Haben Sie verstanden, worum es geht? – Ja. Wer diese Streichung befürworten möchte, den bitte ich um das Handzeichen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Wir sind in der Abstimmung. Das kommt zu spät. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist diese Änderung angenommen.

In den Zeilen 15 und 16 heißt es:

> *Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Online-Anbindung.*

Meine Damen und Herren, mindestens das stünde in einem Widerspruch zu dem eben von Ihnen angenommenen neuen letzten Absatz, der ja gerade aussagt, dass die zwangsweise Anbindung auf gar keinen Fall erfolgen soll. Hier wird jetzt auch noch die freiwillige Entscheidung der Ärzte ausgeschlossen, also weder freiwillig noch zwangsweise.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Meine Damen und Herren, überfrachten Sie uns nicht mit Problemen, die Sie nicht lösen wollen. Entscheiden Sie das. Sie wissen, um was es geht. Ich frage Sie, ob Sie die Zeilen

> *Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Online-Anbindung*

streichen wollen oder nicht. Wer ist für die Streichung? – Einzelne.

(Zurufe)

– Der Antrag lautet: streichen. Wer diesen Text streichen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen.

(Zurufe)

– Ich kann Sie nicht verstehen. Insofern weiß ich nicht, wo Ihr Problem liegt.

Noch einmal: Auf Seite 5 heißt es in den Zeilen 15 und 16:

> *Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Online-Anbindung.*

Hier liegt die Betonung auf der Freiwilligkeit. Ich habe darauf hingewiesen, dass Sie durch die Einfügung eines letzten Absatzes die zwangsweise Anbindung ausschließen wollten. Hier würden Sie auch noch die freiwillige Anbindung ausschließen. Das muss Ihnen klar sein. Die von mir vorgelesenen Zeilen sollen gestrichen werden. Wer für die Streichung dieser beiden Zeilen ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einzelne. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist das abgelehnt.

Die Zeilen 23 und 24 lauten:

> *Die Notfalldaten sind durch eine auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte zu speichernde „Klinische Basisinformation“ zu ersetzen.*

Dieser Text soll gestrichen und durch folgenden Text ersetzt werden:

> *Klinische Basisinformationen sind auf für den Notfall bzw. die Offline-Nutzung geeigneten Medien dem Patienten an die Hand zu geben.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung! – Weitere Zurufe)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Die Gegenprobe! – Letzteres war die Mehrheit. Damit wollen Sie sich hier eine Meinung bilden. Wer für die Streichung und die Ersetzung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einzelne. Bitte die Gegenprobe! – Dann bleibt es beim Originaltext des Vorstands.

Die Zeilen 25 bis 28 sollen gestrichen werden. Sie lauten:

> *Der sichere elektronische Arztbrief muss allen Ärzten mit Beginn der Online-Phase zur freiwilligen Nutzung zur Verfügung stehen.*
>
> *Die Konzepte für Arzneimitteldokumentation und elektronische Patientenakte sind neu aufzusetzen.*

Diese vier Zeilen sollen ersatzlos gestrichen werden. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einige. Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist das mit überwältigender Mehrheit abgelehnt. Ich danke Ihnen, meine Damen und Herren.

Ich kann jetzt den von Ihnen veränderten **Antrag IV-1** zu in toto zur Abstimmung stellen. Ich bitte diejenigen, die dem so veränderten Antrag IV-1 zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Meine Damen und Herren, damit ist der Vorstandsantrag mit überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Wir müssen uns jetzt noch über die restlichen Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt eine Meinung bilden. Ich rufe den **Antrag IV-2** auf: Etablierung eines E-Health-Reports der Ärzteschaft. Der Antrag liegt Ihnen vor. Wer diesem Antrag zuzustimmen wünscht, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit einzelnen Gegenstimmen **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-5** von Herrn Kollegen Lipp aus der Sächsischen Landesärztekammer: Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Dann ist der Antrag bei vielen Enthaltungen und einigen Gegenstimmen **angenommen.**

Geht es Ihnen zu schnell? – Nein, es geht.

Wir kommen jetzt zum **Antrag IV-6,** ebenfalls von Herrn Kollegen Lipp: Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-

Verhältnis. Der Antrag liegt Ihnen vor; ich brauche ihn nicht vorzulesen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-8,** bei dem Herr Stagge der erste Antragsteller ist. Es geht darum, sich gegen die europaweite elektronische Gesundheitskarte zu wenden. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist dieser Antrag bei einigen Enthaltungen **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-10,** bei dem wiederum der Kollege Stagge der erste Antragsteller ist. Es sollen in einer Testregion Tests mit der USB-Systematik durchgeführt werden. Das steht bereits im Vorstandspapier. Der Antrag ist deswegen schadlos. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-11,** bei dem Herr Stagge wiederum der erste Antragsteller ist. Wir sollen den, wie man heute wohl sagen würde, Stresstest durch die Einschaltung des Chaos Computer Clubs und von anderen Fachleuten durchführen – nicht, dass sie dies nicht schon von selber täten, aber wir helfen ihnen dabei. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-13** des Kollegen Sauermann aus der Sächsischen Landesärztekammer. Er bittet darum, dass man sich bei der Einführung von Telematikanwendungen stärker auf den stationären Bereich fokussiert. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Das Erste war die Mehrheit bei sehr vielen Enthaltungen. Aber Enthaltungen zählen nicht mit. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-14,** elektronischer Heilberufsausweis. Antragsteller sind viele Mitglieder der Ärztekammer Berlin.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Das kann man von hier aus nicht entscheiden. Vielleicht können sich die vielen, die sich enthalten wollten, entscheiden, sich doch nicht zu enthalten. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war in meinen Augen die Mehrheit. Das wird auch von Herrn Jonitz so gesehen. Der Antrag ist an den Vorstand überwiesen.

(Zuruf: Zählen!)

– Wünschen Sie Auszählung?

(Zuruf: Ja!)

– Lassen Sie uns zählen. Wir hatten vorhin schon einmal einen Knick in der Linse, deswegen ist es besser, wir zählen.

Ich rufe also noch einmal den Antrag IV-14 auf. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Das reicht schon. Es sind 137 Stimmen für die Vorstandsüberweisung. Damit ist schon die Mehrheit für die Vorstandsüberweisung erreicht. Können wir uns das Auszählen der Gegenstimmen ersparen?

(Zurufe)

– Ich danke Ihnen.

(Widerspruch)

– Nein? Ich bitte Sie, was soll das? – Ich frage noch einmal: Wer gegen die Vorstandsüberweisung ist, der möge die Hand heben. – Dann ist der Antrag mit 137 gegen 84 Stimmen **an den Vorstand überwiesen.** Ich danke Ihnen.

Wir kommen zum **Antrag IV-15** von Herrn Kollegen Junker, der sich mit dem Gendiagnostikgesetz befasst. Wir haben ursprünglich überlegt, ob dieser Antrag nicht besser in den Tagesordnungspunkt zum Tätigkeitsbericht passt. Herr Junker bat darum, ihn unbedingt unter Tagesordnungspunkt IV zu verabschieden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer für die Überweisung des Antrags 15 des Kollegen Junker an den Vorstand ist, möge die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-16** von Herrn Kollegen Holzborn und anderen. Dieser Antrag ist sicherlich auch mit der Schriftleitung des „Deutschen Ärzteblatts“ zu besprechen. Sie wissen, dass Interessenskonflikte in allen wissenschaftlichen Aufsätzen angegeben werden müssen. Einzelne Teilbereiche selektiv herauszugreifen, ist problematisch. Deshalb hat Herr Henke Vorstandsüberweisung erbeten.

(Zurufe)

– Sie können sie ja ablehnen. Er hat sie erbeten. Ich frage jetzt: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Bitte Enthaltungen! – Damit ist

die Vorstandsüberweisung abgelehnt. Wir bilden uns hier eine Meinung über den Antrag, den ich als ein Gespräch mit den Herausgebern und den Redakteuren des „Deutschen Ärzteblatts“ verstehe, deren redaktionelle Freiheit nach dem Pressegesetz natürlich nicht angetastet werden kann. Wer ist für die Annahme des Antrags IV-16? – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag IV-17** des Kollegen Emminger und anderen: Datenschutz bei Krankenhaus-Informationssystemen. Liegt Ihnen dieser Antrag als Umdruck vor? – Er liegt Ihnen vor. Ich brauche ihn also nicht vorzulesen. Ich kann diesen Antrag zur Abstimmung stellen. Ich prüfe Ihre Vigilanz: Wer ist dagegen? – Hat funktioniert: eine Gegenstimme. Wer ist dafür? – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist dieser Antrag mit einer Gegenstimme und wenigen Enthaltungen mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-18:** Datenschutz im Krankenhaus. Den Antrag haben Sie vorliegen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Keine. Der Antrag ist einstimmig ohne Enthaltungen **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag IV-19** von Dr. Ursula Stüwe als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer. Haben Sie den Antrag umgedruckt? – Gut, dann brauche ich ihn nicht vorzulesen. Ich kann Sie bitten, sich eine Meinung zu bilden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Bitte die Enthaltungen! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit, bei vielen Enthaltungen. Damit ist dieser Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Der **Antrag IV-20** von Frau Groß mit der Überschrift „Kein Telematik-Wildwuchs“ wurde **zurückgezogen.**

Damit sind wir am Ende der Behandlung der Anträge. Ich frage Sie jetzt: Gibt es noch Raum für persönliche Erklärungen? Ich erinnere mich, dass zwischendurch von zwei Kollegen um persönliche Erklärungen gebeten worden ist. – Bitte, Frau Johna.

Dr. Johna, Hessen: Ich möchte deswegen eine persönliche Erklärung abgeben, weil wir in Hessen in der Delegiertenversammlung zweimal einen einstimmigen Beschluss zur Ablehnung der eCard gemäß Antrag 12 – ohne Antrag 12 e –

hatten. Mir ist es wichtig, dass im Protokoll erscheint, dass die Delegierten der Ärztekammer Hessen geschlossen für den Antrag 12 ohne Antrag 12 e abgestimmt haben.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Persönliche Erklärungen werden nicht kommentiert und diskutiert.

Ich danke Ihnen. Es war ein Vergnügen, Sie durch diesen Tag zu leiten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Ganz herzlichen Dank an unseren Referenten Franz Bartmann und seine Mitarbeiter.

(Lebhafter Beifall)

Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, allen voran Herrn Stachwitz. Ich danke natürlich auch für die Tatsache, dass ich hier oben so viel Unterstützung von Herrn Professor Fuchs und seinen Mitarbeitern hatte.

Vielen herzlichen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich danke Frank Ulrich Montgomery für diese virtuose Premiere.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir haben jetzt noch 35 Minuten Zeit bis zum vorgesehenen Ende unserer Sitzung. Wir werden mit Tagesordnungspunkt III sicherlich nicht fertig, es sei denn, Sie gewähren ein Zubrot. Ich könnte mir vorstellen, dass das ein bisschen viel wäre. Wir könnten allerdings den Tagesordnungspunkt III aufrufen und Herrn Professor Schulze bitten, sein Referat über das Arztbild der Zukunft zu halten. Das wird in etwa die noch vorgesehene Tagungszeit ausfüllen.

Ich rufe jetzt also **Tagesordnungspunkt III** auf:

Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Wir hören jetzt noch das Referat von Herrn Professor Schulze zum Arztbild der Zukunft. Das Referat über die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsberufen werden wir morgen früh hören.

Bitte schön, Jan.

Prof. Dr. habil. Schulze, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Es tut mir leid, dass wir dieses, wie ich glaube, wichtige Thema erst zum Schluss des Tages behandeln. Leider verlassen schon viele Kolleginnen und Kollegen den Saal. Ich bitte Sie darum, dieses für die Zukunft wichtige Thema mit dem gebotenen Interesse zu verfolgen.

Es geht um das Arztbild der Zukunft und um die Bedeutung des Arztes für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, schon vor Jahren hat der Deutsche Ärztetag gewarnt: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Nunmehr haben wir es besonders in Ostdeutschland mit einem regional gravierenden Ärztemangel und mit Versorgungsengpässen zu tun. In den alten Bundesländern zeigen sich ähnliche Defizite.

Die Frage nach dem Warum wurde bereits vielfältig mit zum Beispiel Statistiken und Defizitanalysen beantwortet. Im Gegensatz hierzu werde ich mich in meinem Vortrag heute weniger mit den bekannten Zahlen befassen, sondern mit der qualitativen Dimension des Ärztemangels und seinen Folgen, mit den Auswirkungen der Versorgungsengpässe auf das Arztbild und mit den unerwünschten Nebenwirkungen eines veränderten Arztbilds auf die Qualität der Patientenversorgung, wenn wir selber der drohenden Fehlentwicklung nicht entgegensteuern.

Der rückläufigen Arztzahlentwicklung steht ein steigender Versorgungsbedarf gegenüber. Als gesundheitspolitischer Entscheidungsträger kann man hierauf prinzipiell auf zweierlei Weise reagieren. Option 1: Man tut alles, um die ärztliche Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Hierzu gehört, es für Ärzte und Medizinstudenten wieder attraktiver zu machen, im System zu bleiben bzw. in den ärztlichen Berufsalltag einzutreten.

Option 2: Man findet die rückläufige Arztzahlentwicklung und die Systemveränderung gar nicht so tragisch, weil man schon lange auf eine Gelegenheit gewartet hat, das sogenannte „ärztliche Therapiemonopol“ zu brechen, entweder aus ideologischen Gründen oder weil man glaubt, damit Geld einsparen zu können.

Anhänger der Option 2 entwickeln Szenarien, in denen Ärzte ganz oder teilweise durch Nichtärzte ersetzt werden sollen.

Die verschiedenen Konzepte, die von Bund und Ländern, aber auch zum Beispiel von privaten Klinikbetreibern in den letzten Jahren in Umlauf gebracht wurden, entsprechen leider überwiegend der zweiten Option.

Stellvertretend für diese Arztersatzkonzepte möchte ich auf die Modellvorhaben hinweisen, wie sie der Bundesgesetzgeber mit Zustimmung des Bundesrats unlängst im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes beschlossen hat. Mit diesen Modellvorhaben soll eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten in die selbstständige Ausübung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe erprobt werden.

Ganzheitlichkeit und Unteilbarkeit des Arztberufs würden damit zur Disposition gestellt. Der Vorstand der Bundesärztekammer hält diese Entwicklung mit den Zielen einer qualitativ hochwertigen, verantwortungsvollen, sicheren und gleichzeitig effizienten Patientenversorgung für nicht vereinbar.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat deshalb in Antrag III-1 zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Rolle des Arztes bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufgestellt, die ich Ihnen jetzt erläutern möchte.

Es ist das Arztbild, wie es aus der Ärzteschaft heraus gebildet wird, wie es von der Gesellschaft gewünscht und von der Politik ermöglicht wird, das die Umstände bestimmt, unter denen die Patientenversorgung ablaufen wird. Zukunft in dieser Szene kann nur beschrieben werden durch Herkunft. Die zehn Thesen beginnen deshalb mit einer Rückbesinnung darauf, was eigentlich die Alleinstellungsmerkmale des Arztberufs in der Patientenversorgung sind.

These 1: Ärzte sind die maßgeblichen Träger des Gesundheitswesens. Der Arztberuf verfügt über unverwechselbare Alleinstellungsmerkmale, als da sind: Expertentum, Handlungskompetenz in komplexen Entscheidungssituationen, Übernahme persönlicher Verantwortung, spezifische Berufsethik.

Ärzte sind die Experten für Prävention und Diagnose von Krankheiten sowie für die Beratung, Behandlung und Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfelds. Jeder Arzt muss über umfassende Kenntnisse des Zugangs zum Menschen in seiner biologischen, psychologischen und sozialen Verfasstheit verfügen, über praktisches Können, Empathie und die Fähigkeit, den Patienten zuzuhören. Dies gilt unabhängig von seiner in der Weiter- und Fortbildung jeweils erworbenen Spezialisierung.

Der Arzt muss persönliches Wissen und persönliche Erfahrung mit dem aktuellen medizinischen Wissen für jeden Patienten individuell abgleichen. Ärztinnen und Ärzte übernehmen persönliche Verantwortung für die Durchführung dia-

gnostischer und therapeutischer Maßnahmen und beweisen Entscheidungsfähigkeit auch in Grenzsituationen.

Jeder Durchführung heilkundlicher Maßnahmen wohnt ein Risiko der Verursachung gesundheitlicher Schädigungen inne, das gegen den potenziellen Nutzen für den Patienten abzuwägen ist. Aus diesem Grunde, und nicht nur aufgrund der erforderlichen medizinischen Fachkenntnis, steht die umfassende Ausübung der Heilkunde am Menschen unter Arztvorbehalt. „Primum nil nocere“ stellt das Leitprinzip ärztlichen Handelns seit Hippokrates dar.

These 2: Die Ausübung des Arztberufs verlangt eine Grundeinstellung, die zusätzlich zur medizinischen Fachkompetenz als essenziell für den Arztberuf angesehen und auch in Zukunft von einem guten Arzt erwartet wird:

Dies ist die Grundhaltung, den Patienten ernst zu nehmen, Fürsorge und Respekt aufzubringen, dialogfähig zu sein und seine eigenen Grenzen zu erkennen.

Die Ausübung des so verstandenen Arztberufs ist eine äußerst komplexe, anspruchsvolle Aufgabe. Hierdurch sowie durch seine professionelle Autonomie erhält der Arztberuf sein besonderes Profil und seinen besonderen Reiz. Den damit verbundenen Anforderungen kann man meines Erachtens nicht mit bloßer Jobmentalität gerecht werden, sondern nur mit Hingabe sowie mit Lern- und Leistungsbereitschaft.

Ein Gesundheitswesen, wenn es sich denn nicht ganz vom Primat des Patientenwohls verabschieden will, braucht Ärzte, die über diesen beschriebenen Wesenskern verfügen.

In Anbetracht der immer widriger werdenden Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausbildung stellt sich die berechtigte Frage, ob das Bild des nicht nur leistungsbereiten, sondern hingebungsvollen, altruistischen Arztes, wie es idealtypisch zum Beispiel von Albert Schweitzer verkörpert wird, dem Urwaldarzt aus Lambarene, noch in die heutige Zeit passt.

Einer Umfrage der „Ärzte Zeitung“ zufolge gehen die Ärzte davon aus, dass sie im Jahr 2020 die Rolle des persönlichen, vertrauensvollen Beraters des Patienten und des Therapeuten immer weniger werden wahrnehmen können und stattdessen in erster Linie als Gesundheitsmanager und als Gesundheitsbürokraten agieren müssen.

Ob diese Entwicklung allerdings wirklich so eintreten wird, hängt nicht nur von den äußeren Rahmenbedingungen ab, sondern wesentlich auch davon, ob die Ärztinnen und Ärzte an ihren Alleinstellungsmerkmalen festhalten wollen und können. Wenn ja, zählt hierzu zuallererst ein uneingeschränktes Bekenntnis zur Freiberuflichkeit. Der Arzt ist ein freier Beruf und kein Gewerbe.

In Anbetracht solcher Werbetexte, wie ich sie Ihnen jetzt zeige, können da allerdings Zweifel aufkommen. Ärzte, die gewerbliche Nebentätigkeiten zum Hauptzweck machen, verlieren ihre ärztlichen Alleinstellungsmerkmale. Ein ärztlicher Berufsstand, der seine Hauptaufgabe nicht mehr darin sehen würde, kranken Menschen zu helfen, würde seiner eigenen Profession schaden und der Austauschbarkeit durch andere Vorschub leisten.

(Beifall)

Ich bin überzeugt davon, dass die Ärzteschaft ihre eigene, unverwechselbare und führende Position im Gesundheitswesen nur dann sichern kann, wenn sie am Selbstverständnis eines freien Berufs festhält.

Ärztliche Freiberuflichkeit steht nicht für Beliebigkeit, Vogelfreiheit oder Pfründesicherung, sondern für die Gewährleistung professioneller Autonomie, gebunden an den öffentlichen Auftrag, der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung zu dienen. Dazu bedienen sich die Ärzte einer effektiven Selbstverwaltung, welche alle Interessen der Profession vertritt.

Der Deutsche Ärztetag muss eine Trivialisierung und Kommerzialisierung des Arztbildes konsequent ablehnen.

(Beifall)

Es geht um ein klares aktives Bekenntnis zu den Werten des Arztberufs über Sach- und Fachanforderungen hinaus. Nur mit dem Selbstverständnis eines hoch qualifizierten freien Berufs bleibt der Arzt auch in Zukunft für die Patienten der Experte für Gesundheit und Krankheit sowie Vertrauensperson der ersten Wahl.

These 3: Die besondere Position des Arztes im Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck, sondern erfüllt aus dem Blickwinkel der Patienten eine besondere Funktion. Für den Patienten ist der Arzt nicht nur ein Experte für Gesundheit und Krankheit, sondern eine unverzichtbare Vertrauensperson.

(Beifall)

Man muss sich klarmachen, dass trotz der gestiegenen Informationsmöglichkeiten für den einzelnen Bürger eine unverändert große Angewiesenheit auf die Expertise anderer besteht. Es ist typisch für unsere moderne arbeitsteilige Gesellschaft, dass der Einzelne in den meisten Lebenszusammenhängen ein Laie ist. Die Angewiesenheit auf andere stellt sich in der Situation einer Erkrankung am intensivsten dar. Die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient kann schicksalsentscheidend sein und muss sensibel und mit hoher Verantwortung behandelt werden.

Es wäre ein Irrtum, zu glauben, in Anbetracht des medizinischen Fortschritts und der Telemedizin sei das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht mehr so wichtig. Irrtum: Der Heilungsprozess wird nicht nur von Technik, sondern auch entscheidend von Zuwendung und vertrauensvollem Verhältnis zwischen Arzt und Patient gefördert. Wer die Medizin zu entpersonalisieren versucht, hat den Kern des ärztlichen Behandlungsauftrags und die hohe Patientenerwartung, die an den Arzt gerichtet ist, nicht verstanden.

Im Zustand der Erkrankung sucht der Einzelne eine Person, der er sich anvertrauen kann. Der Patient muss, noch bevor ein Wort gefallen ist, in den Augen seines Gegenübers erkennen, dass dieser ganz für ihn da sein will. Dies gilt in der Notaufnahme genauso wie bei der Behandlung von funktionellen Störungen oder bei der lebenslangen Begleitung von chronisch Kranken oder in der Palliativmedizin. Das Sich-Anvertrauen des Patienten, seinen Zustand nicht auszunutzen, sondern stets dem Primat des Patientenwohls zu folgen, ist Kern der ärztlichen Ethik, verankert in unserer Berufsordnung.

Weil medizinische Behandlung eine Frage des Vertrauens ist, betrachten die Patienten nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern auch die Beratung über Behandlungsmethoden und die damit verbundenen Risiken als genuine Aufgabe des Arztes, die nicht an andere Fachpersonen übertragen werden soll. Für Patienten steht die persönliche Beratung durch den Arzt an erster Stelle!

These 4: Der Arztberuf ist ein anspruchsvoller Beruf, den die Gesellschaft braucht, der bei den Patienten hohes Ansehen genießt und der eigentlich einer der schönsten Berufe der Welt sein könnte, wenn das persönliche Engagement der Ärztinnen und Ärzte nicht durch vor allem staatliche Fremdbestimmung erstickt würde.

(Beifall)

Im „Ulmer Papier“ haben wir deshalb die These aufgestellt, dass nicht der Arztberuf als solcher unattraktiv ist, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen er ausgeübt werden muss. Immer mehr Ärzte in Klinik und Praxis fühlen sich jedoch wie im Hamsterrad und steigen aus.

Einige wenige Zahlen sollen dies verdeutlichen: Das Durchschnittsalter der Ärzte und Ärztinnen in Klinik und Praxis steigt, vor allem in den ostdeutschen Bundesländern. 28 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland können offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen, in den neuen Bundesländern 55 Prozent. In absoluten Zahlen wanderten 2006 über 2 500 Ärzte aus; im Jahr 2001 waren es lediglich 1 400. Kaum mehr als jeder zweite Medizinstudierende arbeitet nach Studienabschluss in der Patientenversorgung.

Für die rückläufige Identifikationsbereitschaft der Ärzte mit dem deutschen Gesundheitssystem sind verschiedene Faktoren verantwortlich. An erster Stelle ist

natürlich an die chronische Unterfinanzierung der ärztlichen Leistungen in Klinik und Praxis hinzuweisen.

Lassen Sie mich an dieser Stelle klarstellen, dass ein Festhalten der Ärzteschaft an ihrer Hauptaufgabe, kranken Menschen zu helfen, und an der inneren Grundeinstellung, sich fürsorglich in den Dienst eines Kranken zu stellen, nicht heißen darf, auf eine leistungsgerechte Honorierung der ärztlichen Arbeit zu verzichten.

(Beifall)

Die deutsche Ärzteschaft lehnt eine Erpressung ihres ärztlichen Berufsethos strikt ab!

Die Krise des Traumberufs „Arzt“ hat aber auch noch andere wesentliche Ursachen. Dies ist insbesondere die Fremdbestimmtheit der ärztlichen Berufsausübung, vor allem durch Bürokratie, Überreglementierung und Ökonomisierung.

Obwohl der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen eindringlich vor den Negativauswirkungen der Überbürokratisierung in unserem Gesundheitswesen gewarnt hat, müssen deutsche Ärzte unverändert durchschnittlich 30 Prozent ihrer täglichen Arbeitszeit mit Kodierungs- und anderen Verwaltungstätigkeiten verbringen. Diese Zweckentfremdung ärztlicher Tätigkeit ist weder medizinisch noch ökonomisch vertretbar.

(Beifall)

Zusätzlich schlägt die Ökonomisierung des Gesundheitswesens bis auf die Mikroebene der Patient-Arzt-Beziehung durch. Unter den Rahmenbedingungen von stationären und ambulanten Budgets, Bonus-Malus-Regelungen, Rabattverträgen und Regressandrohungen hat sich die Rolle des Arztes im GKV-System vom Sachwalter und Anwalt des Patienten in einen Agenten für Zuteilungs- und Rationierungsmedizin gewandelt.

Belastend an der gegenwärtigen Situation der Mittelknappheit und der Ökonomisierung ist nicht, dass der Arzt auch Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte berücksichtigen muss – dies zählt grundsätzlich zu seinen berufsrechtlichen und vom Berufsethos bestimmten Pflichten –, sondern die gleichermaßen bedrückende Fremdbestimmtheit durch gesetzliche oder krankenkassendominierte Vorgaben für Ärzte und Patienten.

Innerhalb dieses Szenarios ist dem Arzt die Rolle zugewiesen, als „Überbringer der schlechten Botschaft“ agieren zu müssen. Damit erlebt der Arzt eine doppelte Belastung von einerseits fehlender Gestaltungsmöglichkeit und andererseits Hilf- und Ratlosigkeit gegenüber dem Patienten.

Eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Ärzte wird darüber hinaus davon abhängen, ob Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es besonders jungen Ärztinnen besser als derzeit ermöglichen, Familie und Beruf zu vereinbaren.

Der Anteil der Ärztinnen an den Erstmeldungen in den Ärztekammern lag im Jahre 2006 bei immerhin 55,5 Prozent. Dieser Anteil nimmt im Laufe der Berufsjahre und in den Leitungsebenen ab. Deshalb müssen insbesondere die Krankenhäuser ihre Anstrengungen deutlich intensivieren, um familienfreundlichere, mitarbeiterorientierte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

(Beifall)

Im ambulanten Bereich sind durch die Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen bessere Voraussetzungen für eine familienfreundlichere Berufsausübung nicht nur für Ärzte im Angestelltenverhältnis, sondern auch für die Inhaber von Praxen oder medizinischen Versorgungszentren geschaffen worden. Das ist zumindest in der Tendenz erkennbar.

These 5: So wie unsere Patienten es zu Recht ablehnen, auf Symptome und Diagnosen reduziert zu werden, müssen wir Ärzte es ablehnen, auf eine Teilfunktion reduziert zu werden! Eine patientenorientierte Medizin und ein leistungsfähiges Gesundheitswesen brauchen den „ganzen“ Arzt und keinen Heiltechnokraten!

Im Hinblick auf das ärztliche Leitbild, dessen Entwurf wir nicht anderen überlassen dürfen, sondern das wir selbst von uns entwerfen müssen, habe ich unter Punkt 2 an Sie appelliert, eine Trivialisierung und Merkantilisierung der ärztlichen Profession abzulehnen und den Arztberuf als freien Beruf zu verteidigen.

Darüber hinaus ist es meines Erachtens erforderlich, sich gegen die Fragmentierung der ärztlichen Rolle zu wehren, die stillschweigend sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich voranschreitet.

Krankenhausträger und andere entwickeln derzeit Konzepte zur Neustrukturierung des ärztlichen Dienstes. Einige dieser Konzepte sehen eine prozessorientierte Aufteilung des Arztes in einen Spezialisten für technologische aufwändige Verfahren, in einen persönlichen Beratungsarzt usw. entlang des klinischen Behandlungspfads vor.

In Anbetracht der rückläufigen Arztzahlentwicklung und des Wirtschaftlichkeitsdrucks mögen solche Konzepte zunächst einmal plausibel erscheinen. Eine mit dem Tunnelblick der Prozessoptimierung vorangetriebene Partikularisierung der Arztrolle wird jedoch der Komplexität ärztlichen Handelns nicht gerecht. Auch lässt sich hiervon keine tatsächliche Optimierung der medizinischen Versorgung

erwarten, da Schnittstellen vervielfacht und zusätzliche Risiken geschaffen werden.

Für den Patienten muss erkennbar bleiben, wer Verantwortung übernimmt. Bei Konzepten zur Neuordnung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus muss die Entlastung der Ärzte und die interprofessionelle Organisation der arbeitsteiligen Medizin im Mittelpunkt stehen und nicht die Infragestellung des Arztberufs.

Für den ambulanten Bereich, mit Versorgungsengpässen in der hausärztlichen Versorgung, werden ebenfalls neue Arzttypologien in die Diskussion eingebracht. In diesem Zusammenhang wird auch eine Verkürzung des Medizinstudiums vorgeschlagen, damit schneller und mehr Ärzte für die Primärversorgung zur Verfügung stehen. Hierzu sollen dann auch nichtärztliche Gesundheitsberufe zugelassen werden. Solche Konzepte stehen im Einklang mit den politischen Forderungen nach einer Bachelor-Master-Umstrukturierung des Medizinstudiums, die wir für die Heilkunde in der vorgesehenen Form entschieden ablehnen müssen.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, Erfahrungen aus den frühen Jahren des ostdeutschen Gesundheitswesens vor 1989, als aus den gleichen Gründen eine sogenannte „Arzthelferqualifikation“ eingeführt worden war, haben gezeigt, dass dies ein Fehlweg war, der bald wieder aufgegeben werden musste.

Aus Sicht der Ärzteschaft stellt der umfassend ausgebildete und erfahrene Hausarzt den für den Patienten besten und gleichzeitig den für das Gesundheitssystem effizientesten Primärversorger dar.

(Beifall)

Die Hauptfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte besteht nicht in einer bloßen Distribution der Patienten, wie es eine Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit nahelegt, die ich Ihnen hier zeige, sondern in einer komplexen hausärztlichen Versorgung einschließlich einer biografischen, mitunter lebenslangen Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Ich fordere deshalb, dass die von der Ärzteschaft entwickelten Konzepte zur Förderung der hausärztlichen Versorgung politisch aufgegriffen und intensiviert flächendeckend umgesetzt werden!

(Beifall)

Um der anspruchsvollen ärztlichen Aufgabe auch in Zukunft gerecht werden zu können, müssen allerdings auch wir Ärzte selber uns rückbesinnen auf eine

wieder stärkere ganzheitsmedizinische Sicht, beginnend im Medizinstudium mit einer patientenbezogenen Lehre.

Die naturwissenschaftliche Ausrichtung hat der Medizin zwar zu ihren bislang größten Erfolgen verholfen. Der Triumph der Naturwissenschaft in der Medizin kommt zum Ausdruck in Sätzen wie dem von Rudolf Virchow: „Ich habe Tausende Menschen obduziert und keine Seele gefunden“ oder in dem von Bernhard Naunyn: „Medizin wird Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein.“

Ein solches reduktionistisches Medizinverständnis wird jedoch den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht; es genügt auch nicht mehr den heutigen Erkenntnissen über Pathogenese und Salutogenese. Ein solches reduktionistisches Medizinverständnis tut auch uns Ärzten nicht gut: Ärzte, die keine Beziehung zu ihren Patienten aufbauen können, sind nachweislich stärker gefährdet, ein Burn-out zu erleiden.

These 6: Unsere Gesellschaft muss wieder lernen, mit Krankheit, Alter und Tod zu leben. Gleichzeitig muss sich der Arzt von einem unkritischen Machbarkeitsglauben und der Überfrachtung der ärztlichen Rolle mit falschen Heilserwartungen distanzieren, wie sie in dem überkommenen Bild des Arztes als Halbgott in Weiß zum Ausdruck kommt. Die Rolle des Arztes ist keine omnipotente, sondern die des besten Anwalts des Patienten.

In unserer Gesellschaft haben Krankheit, Alter und Tod aufgehört, normale integrale Bestandteile des Lebens zu sein. Diese werden als abweichende Ausnahmezustände betrachtet, die zwingend behoben werden müssen, mit verschiedensten, zum Teil fragwürdigen Methoden.

Die Erlösung von Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit ist zu einer diesseitigen Kategorie der Machbarkeit geworden, die der Wohlfahrt der Gesellschaft anheimgestellt ist. Von den Ärztinnen und Ärzten wird erwartet, ein eigentlich jenseitiges Heilsversprechen zu erfüllen.

Solche Übertragungen von säkularisierten Heils- und Glückserwartungen müssen unweigerlich in die Krise führen, weil sie sowohl die Gesellschaft als auch den einzelnen Arzt überfordern. Gesundheit muss als ein durch eigene Mitverantwortung zu schützendes menschliches Gut verstanden werden.

(Beifall)

These 7: Die Patienten und Versicherten wollen und sollen mehr Eigenverantwortung für Gesundheit und Krankheit übernehmen. Patientensouveränität und die Bereitschaft zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung für die Gesundheit machen die ärztliche Expertise jedoch nicht überflüssig.

Im Gegenteil: Unser Gesundheitswesen wird derzeit zur Gesundheitswirtschaft umdefiniert. In Anbetracht der Flut von Angeboten der Information über Gesundheit und Krankheit bedarf es mehr denn je einer Instanz, die diese mit professioneller Sachkenntnis und unter dem Blickwinkel des Patientennutzens bewerten und pseudomedizinische Scheinangebote entlarven kann. Dies ist und bleibt der Arzt.

Das Potenzial des Arztes besteht darin, die partizipative Entscheidungsfindung im Krankheitsfall und die Eigenverantwortung für Gesundheit zu stärken. Dabei ist zunächst zu klären, wann der Einzelne sich selber helfen kann und wann er auf ärztliche Versorgung angewiesen ist.

Infolge der Auflösung sozialer und familiärer Strukturen ist eine zunehmende Hilflosigkeit beim Umgang mit Erkrankungen zu beobachten. Das tradierte Wissen über Ersteinschätzung und Selbsthilfemaßnahmen bei leichteren Erkrankungen geht zunehmend verloren.

Befindlichkeitsstörungen, die früher als vorübergehende Missbefindlichkeit betrachtet wurden, werden immer mehr als behandlungsbedürftige Gesundheitsprobleme gedeutet. Gleichzeitig hat die medizinische Wissenschaft ein breites diagnostisches Spektrum zur Verfügung gestellt, das dazu geeignet ist, bei fast jedem eine Normabweichung zu finden, unter dem Motto: Wer gesund ist, ist nur noch nicht gründlich genug untersucht worden.

Insgesamt hat diese Entwicklung eine eigentlich unnötige Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen gefördert, zu Ungunsten der tatsächlich notwendigen medizinischen Versorgung.

Klaus Dörner hat diese Entwicklung als „Gesundheitsfalle“ bezeichnet.

Wie ich schon unter Punkt 6 über die Desillusionierung falscher Heilserwartungen ausgeführt habe, muss das Gesundheitswesen aus dieser Sackgasse herausgeführt werden.

Die zukünftigen Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit müssen zum einen darin bestehen, gesundheitsfördernde Lebensstile zu unterstützen und die Fähigkeit des Einzelnen oder auch ganzer Bevölkerungsgruppen zu fördern, durch Eigeninitiative ihre Gesundheit zu verbessern.

Den zweiten Schwerpunkt wird mit Blick auf den demografischen Wandel die Behandlung und Betreuung multimorbider chronisch Kranker und pflegebedürftiger Patienten bilden, die bereits heute die größte Patientengruppe darstellen.

Besonders intensive ärztliche Unterstützung benötigen außerdem jene Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheitsbewusstsein aufgrund sozioökonomischer Faktoren geringer ausgeprägt ist.

Um den Zukunftsaufgaben gerecht zu werden, bedarf es einer stärkeren Vermittlung psychosozialen Wissens und der Schulung der kommunikativen und sozialen Kompetenzen des Arztes bereits im Medizinstudium.

These 8: Kommunikative Fähigkeiten und Teamorientierung sind für den Arzt von morgen unverzichtbar. In Anbetracht der Komplexität der modernen Medizin und der soziodemografischen Entwicklung muss die medizinische Versorgung als Teamaufgabe begriffen werden.

Auch die Politik fordert einen neuen „Professionenmix“, also eine neue Aufgabenverteilung unter stärkerer Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Kollege Dr. Windhorst wird in seinem Vortrag das Zusammenwirken mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und die Kriterien, die dabei zu beachten sind, morgen thematisieren.

Lassen Sie mich an dieser Stelle nur hervorheben, dass bei der arbeitsteiligen Organisation zwischen Arzt und nichtärztlichen Gesundheitsberufen Arztvorbehalt und Facharztstandard in Diagnostik und Therapie zwingend beachtet werden müssen, denn sie dienen dem Patientenschutz.

(Beifall)

Die Ärzteschaft wird außerdem auf Basis einer umfassenden Abfrage der medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbände in Kürze eine aktuelle Stellungnahme zur persönlichen Leistungserbringung des Arztes und zur Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen abgeben.

Damit wird ein rechtssicherer Rahmen für die Entwicklung arztunterstützender und arztentlastender Maßnahmen geschaffen.

These 9: Die Patientinnen und Patienten vertrauen ihren Ärzten, aber nicht mehr dem Gesundheitssystem! Ärzte genießen in der Bevölkerung ein konstant hohes Ansehen. Ein solches Vertrauen in einen Berufsstand wäre nicht erzielbar, wenn es sich um die bloße Projektion eines Idealbilds ohne realen Bezug handeln würde.

Das konstant hohe Vertrauen in die ärztliche Profession ist nur erreichbar, weil es – trotz immer schlechter werdender Rahmenbedingungen – in der individuellen Patient-Arzt-Beziehung von den Menschen mehrheitlich auch so positiv erfahren wird.

Das Vertrauen der Patienten und Ärzte in das Gesundheitswesen ist dagegen erschüttert. Die Mehrheit geht von einer Verschlechterung der medizinischen Versorgungssituation aus.

Ursächlich für die Vertrauenskrise im Gesundheitswesen sind einerseits wirtschaftliche Faktoren: Den steigenden Krankenversicherungsbeiträgen stehen immer weniger Leistungen und längere Wartezeiten gegenüber.

Ein noch größerer Schaden ist durch die zunehmende Desorientierung der gesundheitspolitischen Reformen und den Werteverlust entstanden: Es ist nicht mehr erkennbar, ob das Primat des Patientenwohls noch im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik steht und, wenn ja, wie das Patientenwohl zukünftig geschützt werden kann. Die Bürger ahnen, dass weder der freie Markt noch immer mehr Bürokratie dazu geeignet sind, das Patientenwohl zu schützen.

(Beifall)

Ohne klare Orientierung am Primat des Patientenwohls, wie es zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft zählt, ist weder eine patientenorientierte Medizin noch ein leistungsfähiges Gesundheitswesen möglich.

Eine Gesundheitspolitik, die dieses Leitprinzip aus den Augen verliert, führt das Gesundheitswesen unweigerlich in die Krise.

(Beifall)

These 10: Die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger müssen erkennen, dass die im Gesundheitswesen tätigen Ärzte und die Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe die wichtigste Ressource im Gesundheitswesen darstellen.

(Beifall)

Für einen so besonderen, sensiblen Sektor, wie ihn das Gesundheitswesen darstellt, ist eine hohe Motivation der in diesem System arbeitenden Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe essenziell. Hierzu zählt eine leistungsgerechte Honorierung der Arbeit, aber auch ideelle Wertschätzung, adäquate Beteiligung am Strukturwandel und Gewährleistung professioneller Autonomie.

(Beifall)

Aufgrund der Alleinstellungsmerkmale ihrer Profession und ihrer spezifischen Berufsrolle stellt die Ärzteschaft einen unverzichtbaren Träger und Gestalter des Gesundheitswesens dar. Dies gilt sowohl für den Strukturwandel auf Ebene der medizinischen Versorgung als auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf Ebene der Systemsteuerung. Meine Damen und Herren, unser System ist über- und fehlreguliert. So hat es neulich Herr Biedenkopf ganz treffend charakterisiert. Es bedarf in hohem Maße unserer ärztlichen Kompetenz.

Eine Gesundheitspolitik, die auch in Zukunft ein patientenorientiertes Gesundheitswesen und engagierte Ärzte haben möchte, darf diese nicht ausbremsen. Sie muss ihnen Rahmenbedingungen gewährleisten, die es der Ärzteschaft erlaubt, ihr Potenzial und ihre Humanressourcen zu entfalten.

Die eigenverantwortliche Mitgestaltungsmöglichkeit ist eine Grundmaxime, der sich die Ärzteschaft mit hoher Sorgfalt weiterhin jederzeit stellt. Die hohe Wertschätzung des ärztlichen Berufs beruht nicht zuletzt auf dem Vertrauen, das der Hippokratische Eid der Öffentlichkeit vermittelt. Dessen wesentlicher Inhalt muss wieder in den Landesärztekammern oder zum Abschluss an den Hochschulkliniken zu einem feierlich gesprochenen Gelöbnis werden.

Ich fasse zusammen: Die ethischen Grundwerte des Arztbilds – Erfahrung, persönliche Haltung und menschliche Zuneigung – haben einen unverändert hohen Stellenwert. Wegen dieser Grundeinstellung und diesem beruflichen Selbstverständnis wurde Ärzten zu allen Zeiten eine hohe gesellschaftliche Anerkennung in der Bevölkerung zuteil – ob als Schamane, ob als ärztlicher Samariter, als Hausarzt oder als Spezialist. Diese Grundwerte bestehen fort, müssen jedoch in jeder Ärztegeneration gelebt und durch Vorbilder vermittelt werden.

Neuere Anspruchshorizonte in der ärztlichen Profession sind Wissenschaftlichkeit, Achtung der Patientenautonomie, ökonomisches Verständnis für die Solidargemeinschaft, neues Wissen über Organisationswandel, neue Anforderungen an die Führung von medizinischen Versorgungseinrichtungen und neue Ansprüche an die eigene Teamfähigkeit.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in Antrag III-1 zehn Thesen zum Arztbild und zur zukünftigen Arztrolle formuliert, an welchen Werten, Grundeinstellungen und Ansprüchen die Ärzteschaft unbedingt festhalten sollte, aber auch, welche ihr von der Politik zugedachten Rollen die Ärzteschaft strikt ablehnen sollte.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich bitte um Zustimmung zum Antrag III-1.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Lebhafter Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Jan Schulze, für diesen exzellenten Vortrag, diese Zusammenfassung und vor allem auch diese Eindringlichkeit, mit der die Situation und das Selbstverständnis unseres Berufs über die Zeit hinweg dargestellt wurde. Ich denke, dass wir bei der Diskussion den einen oder anderen Punkt noch vertiefen werden.

Morgen früh werden wir, wenn wir uns um 9.00 Uhr wiedersehen, zunächst das Referat von Theo Windhorst hören, der zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sprechen wird. Anschließend werden wir beide Referate gemeinsam diskutieren und die 21 Anträge, die bisher zu diesem Tagesordnungspunkt eingegangen sind, abstimmen.

Noch einmal vielen herzlichen Dank für dieses Referat, auch zu dieser Stunde.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, damit ist der heutige Sitzungstag beendet. Ich soll noch mitteilen: Busse zum Wiley Club stehen an den Hotels bereit. Den genauen Shuttleplan erhalten Sie am Stand der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Es ist legere Kleidung erwünscht. Kommen Sie also bitte nicht im Abendkleid oder im Smoking.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen. Wir sehen uns morgen um 9.00 Uhr wieder.

4. Tag: Freitag, 23. Mai 2008
Nur Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie sehr herzlich zu unserer letzten Arbeitstagung – so ist es jedenfalls vorgesehen; ich denke, dabei wird es auch bleiben – dieses 111. Deutschen Ärztetages.

Bevor wir in die Sitzung eintreten, zwei Bemerkungen. Zunächst einen herzlichen Dank an die Landesärztekammer Baden-Württemberg für den gestrigen schwungvollen Abend. Herzlichen Dank, Frau Wahl! Es war, wie die Rheinländer sagen, lecker. Es war vergnüglich.

(Beifall)

Heute ist der 23. Mai. Der 23. Mai ist insofern ein besonderer Tag, als er der Jahrestag der Verkündung des Grundgesetzes ist. Am 23. Mai des Jahres 1949 hat der Parlamentarische Rat in Bonn das Grundgesetz verkündet. Der Präsident des Parlamentarischen Rats hat es ausgefertigt. Es ist anschließend im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden. Heute ist also der 59. Jahrestag der Existenz des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland. Es war ja auch einmal im Gespräch, diesen Tag zum Nationalfeiertag zu erklären, was dann aber der 3. Oktober geworden ist.

Wir treten jetzt wieder in die Abwicklung der Tagesordnung dieses 111. Deutschen Ärztetages ein. Wir befinden uns im Tagesordnungspunkt III: Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Nachdem wir gestern Nachmittag noch das vorzügliche Referat von Herrn Professor Schulze aus Dresden über das Arztbild der Zukunft gehört haben, werden wir heute das zweite Referat zu diesem Tagesordnungspunkt hören, das sich mit der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsberufen befasst. Referent zu diesem Thema ist der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herr Dr. Theo Windhorst, den ich jetzt bitte, ans Rednerpult zu treten und sein Referat zu halten. Bitte schön, Theo Windhorst.

Dr. Windhorst, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich freue mich, dass Sie nach der schönen Feier gestern Abend jetzt schon so zahlreich erschienen sind. Ich hoffe, dass ich diejenigen, die bereits anwesend sind, mit diesem Thema der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen besonders beglücken kann. Gestern Nachmittag durften wir noch ja das wirklich hervorragende Referat des Kollegen Schulze genießen.

Warum ist die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen ein Thema für den Deutschen Ärztetag? Schon seit den Anfängen der wissenschaftlichen Medizin arbeiten Ärzte und andere Gesundheitsberufe zum Wohle des Patienten zusammen. Zwar haben wir nicht immer ohne Spannungen zusammengearbeitet, aber es war doch immer klar: Der Patient wird vom Arzt und von Pflegefachberufen begleitet und hervorragend versorgt. Nachdem wir durch verschiedenste Studien festgestellt haben, dass wir – immer noch – eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben, müssen wir uns mit diesem Thema beschäftigen, weil es wichtig ist, dass unser Beruf von vielen bürokratischen und dokumentarischen Dingen entrümpelt wird, die wir nur mit Ärmelschonern erledigen können.

Der Mangel hat allen politischen Playern ein bisschen auf den Weg geholfen, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Die demografische Entwicklung in Deutschland mit mehr chronisch Kranken und multimorbiden Patienten, mit mehr Pflegebedürftigen führt schon heute und noch mehr in der Zukunft zu einem stetig wachsenden Bedarf. Wir haben unterversorgte Bereiche, wir haben zu gering strukturierte Bereiche mit einer zu geringen Dosis Arzt. Es ist ein Skandal, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung inzwischen mehr Geld für Medikamente als für die Honorare in der vertragsärztlichen Versorgung ausgegeben wird.

(Beifall)

Diese implizite Rationierung spüren inzwischen auch unsere Patienten.

Es herrscht Mangel an Ärzten. In den Medien ist der Ärztemangel inzwischen Dauerthema. Längst beschränkt sich der Ärztemangel nicht mehr auf die dünn besiedelten Regionen in den neuen Bundesländern. Händeringend suchen die Krankenhäuser und jeder, der seine Praxis veräußern will, nach Ärzten. 1992 gab es einen Pflegenotstand. Da hat sich die Politik viel mehr bewegt. Da gab es Geld, der Beruf wurde interessanter gemacht, in dieses Berufsbild wurde investiert. Es war gut, und es hat genutzt.

Aber beim Arzt keine Reaktion. Uns laufen die Kolleginnen und Kollegen weg. Nach einem aktuellen Artikel von Herrn Kopetsch im „Deutschen Ärzteblatt“ sind inzwischen 19 000 deutsche Ärzte ins Ausland abgewandert. Die Rahmenbedingungen haben sich so grottenschlecht entwickelt. Ärzte werden durch die überbordende Bürokratie von ihren Patienten ferngehalten und verjagt. Wenn Politik und Kostenträger diese Aufgaben wirklich für unverzichtbar halten, wie es damals beim Pflegenotstand der Fall war, müssen sie sich bewegen. Es müssen neue Berufe von uns mitgeschaffen werden, indem wir nichtärztliche Berufe im Zusammenhang mit den Pflegefachberufen neu kreieren, die aber auch extrabudgetär berücksichtigt werden müssen.

Es herrscht natürlich Versorgungsmangel. Angesichts des Verdrängungswettbewerbs unter den Krankenhäusern, angesichts des jetzt einsetzenden Wettbewerbs auch im vertragsärztlichen Bereich – Stichwort: hausarztzentrierte Verträge in Baden-Württemberg – und angesichts der Erosion des Gesamtsystems stellt sich die bange Frage: Wer wird in fünf, zehn oder 15 Jahren für die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung geradestehen?

Aber Not macht bekanntlich erfinderisch. Angesichts dieser Mangelsituation haben die Big Player im Gesundheitswesen national wie international nach Lösungen gesucht, die vor allem eines sein müssen: kostengünstig.

Wie haben andere Länder diese Probleme bewältigt? Schon seit 1970 gibt es in Kanada Nurse Practitioners. Seit 1989 gibt es in Großbritannien Practice Nurses und seit 1997 Nurse Practitioners in den Niederlanden. Es gibt sehr viele Studien aus Großbritannien, die aussagen, dass das System nicht unbedingt kostengünstiger wird, indem man eine Versorgungszwischenebene einzieht, die natürlich auch eine gewisse Eigendynamik entwickelt.

Sehen wir uns das niederländische Beispiel etwas näher an. Auslöser für die Einführung der Nurse Practitioners waren ein Arztmangel vor allem im hausärztlichen Bereich sowie die Akademisierung von Pflegeberufen. Die Gesetzgebung ebnete dann zügig den Weg, auch den Pflegeberufen die Ausübung der Heilkunde zu ermöglichen. Zu den Aufgaben der Nurse Practitioners in den Niederlanden zählen die Erhebung der Anamnese, die körperliche Untersuchung, die medizinische Diagnostik, die Verschreibung von Medikamenten und die Überweisung an Fachärzte. Zuvor waren dies Aufgaben von Ärzten.

Welchen Vorteil haben diese Systeme? Verbesserung der Qualität? Abbau von Wartelisten? Verbesserung der Mangelsituation? Verbesserung der Patientensicherheit?

Aus den Niederlanden gibt es keine genauen Zahlen. Aber es gibt Studien aus anderen Ländern, aus denen wir lernen können. Die einzige Alternative hinsichtlich einer Zwischenebene bei der Patientenversorgung wäre eine Akademisierung der Pflegeberufe. Erinnern wir uns, dass in den USA eine ähnliche Regelung gefunden wurde. Aber ist das amerikanische System preisgünstiger geworden? Ist das amerikanische System mit diesem Wettbewerb, unter Umgehung der Berücksichtigung der Patienteninteressen, wirklich ein Vorbild für uns? Ich meine: nein.

Der Commonwealth Fund International Health Policy Survey von 2007 zeigt, dass Deutschland hinsichtlich der Patientensicherheit an erster Stelle liegt.

(Beifall)

Nach einer Schweizer Recherche von Künzi, der immerhin 250 Arbeiten ausgewertet hat, ist die Substitution ärztlicher Tätigkeit durch andere Berufe weder kostengünstiger noch qualitativ besser. Allerdings ist die Patientenzufriedenheit aufgrund der größeren Zuwendung zum Patienten besser. Dies wünschen wir uns doch auch: Wir wollen die Zeit für eine stärkere Zuwendung zum Patienten haben. Die Studie sagt nicht aus, dass die Substitution ärztlicher Tätigkeit die Situation verbessert.

Im November 2005 formulierten CDU/CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag:

> *Es wird geprüft, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepte einbezogen werden können.*

Vielleicht stand dahinter auch die Frage: Wie kann man die Stellung des Arztes an oberer Stelle in der Berufsprestigeskala ein wenig anknabbern? 2007 widmete das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein eigenes Kapitel dem Thema: „Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“. Als eine der zentralen Thesen in diesem Gutachten findet sich:

> *Es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung.*

Der Begriff „Arztzentriertheit“ ist für uns ein absolut positiver Ausdruck. Es ist doch gut, wenn sich der Arzt um den Patienten kümmert. Hier wird dieser Begriff aber in einem Kontext benutzt, bei dem Ineffizienz und Hierarchie mitschwingen. Ich lehne es grundsätzlich ab, diesen Begriff in einem solchen Zusammenhang zu verwenden.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Gegenteil ist richtig: Arztzentrierung ist ein Qualitätsmerkmal! Wer sonst, wenn nicht der Arzt, trägt die Hauptlast der Verantwortung bei der Behandlung der Patienten? Im Übrigen hat der Sachverständigenrat in seinem Gutachten viele Vorschläge gemacht, wie beispielsweise die Logopäden, die Physiotherapeuten und die Ergotherapeuten sich weiterentwickeln können, indem sie in den ärztlichen Beruf eingreifen.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz will eine Öffnung des Arztvorbehalts. Ich war außerhalb der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages und habe dargelegt, was wir alle denken. Ich denke, es ist verstanden worden, dass wir keine Modellvorhaben unterstützen werden, die in irgendeiner Weise versuchen, beispielsweise in Altenheimen und Pflegeheimen

Testpersonen zu rekrutieren, um mit nichtärztlichem Personal die medizinische Versorgung durchzuführen.

Physiotherapeuten sollen selbstständig die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. Diese Modellvorhaben sind nach den Einwendungen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung abgeschwächt worden. In diesem Bereich wird der Physiotherapie schon ein eigenes Budget überantwortet. Es stellt sich die Frage, wer die Gesamtverantwortung für diesen Bereich trägt. Diese Frage wurde aber nicht beantwortet.

Das Gesetz sieht noch gravierendere Veränderungen vor. Nach § 63 Abs. 3 c kann in Modellvorhaben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung der Heilkunde handelt, auf die Angehörigen der Pflegeberufe vorgesehen werden. Das geht mit unserem System und mit unserem Verantwortungsethos für die Patienten nicht. Dies ist meiner Meinung nach der direkte Weg in die Zweiklassenmedizin: eine ärztliche Versorgung mit einem Rechtsanspruch auf Facharztstandard und eine nichtärztliche Versorgung zweiter Klasse, die politisch gewollt ist. Das kann es doch nicht sein, liebe Kolleginnen und Kollegen!

(Beifall)

Welche bislang dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten auf nichtärztliche Berufe übertragen werden können, soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden werden. Die Bundesärztekammer muss in diesem Verfahren laut Gesetz angehört werden. Ich bin dankbar dafür, dass wir gnädigerweise angehört werden. Wir sagen Nein zu dieser Entwicklung!

(Beifall)

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz bringt nicht nur nachteilige Veränderungen für Patienten und Ärzte. Nach § 87 Abs. 2 b SGB V wird eine Erweiterung der Delegation ärztlicher Leistungen möglich. Es soll eine Regelung getroffen werden, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im häuslichen Umfeld des Patienten auch in Abwesenheit des Arztes – aber nach ärztlicher Anordnung und vor allem: unter ärztlicher Verantwortung – vergütet werden. Das ist „Schwester Agnes" in Reinkultur nach dem Delegationsprinzip unter ärztlicher Verantwortung. Das können wir akzeptieren.

Die Ausübung der Heilkunde ist an zahlreiche Rechtsnormen gebunden. Oberstes Gebot für uns Ärzte ist dabei: primum nil nocere. Diese uralte Maxime ärztlichen Handelns begleitet uns schon lange und definiert ärztliches Handeln. Wir sind im Bereich der Patientensicherheit wirklich gut, wie der bereits erwähnte Commonwealth Fund International Health Policy Survey ergeben hat.

Der Bundesgerichtshof hat 1983 geurteilt:

> *Die Sicherheit des Patienten geht allen anderen Gesichtspunkten vor und darf nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden.*

Das können wir seitens der Ärzteschaft voll unterstützen.

Klar ist: Wir werden, auch wenn Engpässe vorhanden sind, uns nicht gleich erpressen lassen und unseren Beruf zerstückeln und etwas abgeben, nur um dem Billigheimer das Wort zu reden.

(Beifall)

Juristen haben den Begriff des Arztvorbehalts geprägt. Ulsenheimer schreibt in seinem Buch „Arztstrafrecht in der Praxis“ 2003:

> *Kennzeichnend für die Arztvorbehalte ist des weiteren, dass die Tätigkeiten, die dem approbierten Mediziner vorbehalten sind, regelmäßig mit erheblichen Gefahren für den Patienten oder für die Allgemeinheit verbunden sind …*

Der Tatbestand der Körperverletzung ist erfüllt, wenn keine ärztliche Diagnose für einen bestimmten Eingriff vorliegt und wenn der Patient keine Einwilligung gegeben hat. Die besonderen Risiken können nur mit ärztlichem Fachwissen beherrscht werden. Das ist und bleibt unsere Forderung, und zwar nicht aus Gründen der Besitzstandswahrung, sondern weil es den klaren Arztvorbehalt gibt, den wir einfordern.

(Beifall)

Der Gesetzgeber hat den Arztvorbehalt in zahlreichen Gesetzen festgeschrieben. Meldepflichtige Infektionserkrankungen, Bluttransfusionen, der Umgang mit Embryonen und Röntgenstrahlen, mit Betäubungs- und Arzneimitteln, die Anwendung von Medizinprodukten: Mit Blick auf das Gefahrenpotenzial hat der Gesetzgeber hier Ärztinnen und Ärzten die Verantwortung und damit auch das Haftungsrisiko zugeschrieben.

Auch die Wissenschaft formuliert klare Aussagen zum Arztvorbehalt. Ein Beispiel: Angesichts des Risikopotenzials von sogenannten „Parallelnarkosen“ und der Durchführung von Narkosen durch Nichtärzte hat die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie in ihrer „Münsteraner Erklärung“ den wissenschaftlichen Erkenntnisstand festgehalten:

> *Es gibt klare Hinweise dafür, dass die Qualifikation dessen, der das Anästhesieverfahren durchführt und über-*

wacht, mit dem Behandlungserfolg korreliert. Zwischenfälle in der Anästhesie sind selten. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich dann in der Regel um lebensbedrohliche Krisen mit schweren und schwersten Folgen für den Patienten handelt, zwischen deren Erkennen und Beherrschen meist nur wenige Minuten liegen.

Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass es sich um eine am Facharztstandard orientierte Narkose handelt.

(Beifall)

Es gibt also klare Erklärungen, was wir nicht wollen, beispielsweise auch das, was eine große Klinikkette durchführen zu müssen meinte. Wir als Advokaten unserer Patienten haben nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, davor zu warnen, dass so etwas nicht passiert.

Diese Erklärung wird auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse der AWMF bestätigt. Auch die AWMF spricht sich für eine einheitliche Heilkundeausübung durch Ärztinnen und Ärzte aus.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung erarbeiten zurzeit unter großen Anstrengungen unter dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ einen Rahmen für die Zuweisung von Aufgaben und delegationsspezifischer Verantwortung.

Was geschieht, wenn der Arztvorbehalt nicht beachtet wird? Ich zeige Ihnen zwei Beispiele aus Erfurt und Nordrhein-Westfalen. Es kann doch nicht sein, dass wir tatenlos zusehen, wenn Kosmetikerinnen Lokalanästhetika spritzen, nicht wissend, wie es wirkt und was sie da spritzen, nur um bei einer Patientin die Haare zu entfernen.

(Beifall)

Das Schema der Delegationsfähigkeit ist eindeutig. Es gibt eine grundsätzliche Delegationsfähigkeit. Sie beginnt beim Blutdruckmessen und kann mit vielen anderen Stationen hinterlegt werden. Wir wissen, dass es bei einigen delegationsfähigen Aufgaben noch keine klare Rechtssituation gibt. Die Infusion von Zytostatika nach der Gabe von i.v.-Medikamenten nach dem Legen von Kanülen unter ärztlicher Aufsicht ist etwas, was geklärt ist. Zytostatika dürfen mittlerweile im Delegationsprinzip und in Kooperation gegeben werden. Das gilt beispielsweise aber nicht für Bluttransfusionen. Das Transfusionsgesetz steht dem entgegen.

Es gibt auch nicht delegationsfähige Leistungen. Denken Sie an die CTAs. Es gibt eine Schule, die in einem 80-Stunden-Kurs für den Pflegeberuf qualifizieren

soll. Die CTAs dürfen beispielsweise den Bauch öffnen, nicht nur schließen, sie dürfen Blutstillung machen, sie dürfen Drainagen anlegen. Und das alles nach 80 Stunden Fortbildung! Das ist ein Hohn im Hinblick auf unsere ärztliche Arbeit!

(Beifall)

Der Patient kann sich nicht wehren. Das können nur wir für ihn tun. Natürlich brauchen wir eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen. Das können wir auch gut absprechen.

Im Sozialrecht gibt es auch schon Bestimmungen zur Delegation. § 15 Abs. 1 SGB V schreibt ausdrücklich vor:

> *Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.*

Diese Bestimmung soll durch die Ergänzung nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz fallen. Hilfeleistungen dürfen nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden, „soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c etwas anderes bestimmt ist“.

Ausdrücklicher Bestandteil der ärztlichen Leistung ist nach § 28 SGB V auch die Hilfeleistung anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

Patienten selbst wollen eine ganzheitliche Versorgung. Nicht nur Ärzte wandern aus, sondern die Patienten nehmen Reißaus; denn die Verantwortung der Ärzte ist zum Teil bei uns durch den Arztvorbehalt geregelt. Es kann ja sein, dass die Patienten in ein Billiglohnland gehen, wo sie noch eine ganzheitliche Versorgung bekommen. Das dürfen wir natürlich überhaupt nicht unterstützen. Unsere Patienten dürfen nicht den Eindruck haben, sie müssten vor dem Arzt fliehen, sondern der Patient muss vom Arzt ganzheitlich und geborgen versorgt werden.

(Beifall)

Um Einstein, der ja hier in Ulm geboren ist, zu zitieren: Wir wollen die Dinge anders tun! Die steigenden Anforderungen durch Demografie und medizinischen Fortschritt, aber auch der wachsende ökonomische Druck erfordern ein anderes Vorgehen in der Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Tätigen. Dem wird sich die Ärzteschaft nicht verweigern. Patientenwohl, aber auch die Arztzufriedenheit werden durch die Morbiditätsentwicklung in besonderer Weise herausgefordert.

Wir wollen die Dinge zusammen tun. Natürlich setzen auch Ärztinnen und Ärzte auf Kooperation mit allen Gesundheitsberufen. Moderne Medizin ist komplex und kann nur in arbeitsteiliger Kooperation zu guten Ergebnissen führen. Dagegen wehren wir uns ja auch nicht. Aber es gibt bestimmte Grundregeln, die dabei zu beachten sind und nicht Fachgruppeninteressen geopfert werden dürfen.

Wir wollen Dinge aber auch nicht mehr tun. Wir wollen nicht weiter zuwarten, wie in der immer komplexeren Versorgung und bei der demografischen Entwicklung die Ärzteschaft für die Eskalation des Mangels verantwortlich gemacht wird. Viel zu lange und viel zu oft wurden und werden Ärztinnen und Ärzte durch Tätigkeiten belastet, die nicht zu unseren eigentlichen Aufgaben zählen. Als Stichwort gehört hierher die überbordende Bürokratie, die Dokumentationswut. Es kann nicht sein, dass wir mehr Zeit am Computer als am Patienten verbringen.

(Beifall)

Ich bitte Sie daher, dem Antrag des Vorstands auf Drucksache III-3 „Stärkere Einbeziehung von Gesundheitsberufen in das Case Management“ zuzustimmen.

Ich weise auf das Beispiel der Flugsicherheit hin. Wir haben gehört, dass es beim Bau des A380 Schwierigkeiten gab, weil es zu wenig Techniker gab, die die Kabelbäume installieren konnten. Hat man per Zeitungsannonce neue Techniker gesucht? Nein, aus Gründen der Sicherheit, der Qualität haben die Diplom-Ingenieure die Kabelbäume selber verlegt. Sie haben sich in dieser Mangelsituation selbst geholfen.

Genauso ist es bei uns. Wir werden die Mangelsituation nicht eliminieren können, aber wir werden uns bemühen, Lösungsansätze zu finden.

(Beifall)

Wir haben aus der teamorientierten Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Flugsicherheit und des Qualitätsmanagements in der Luftfahrt gelernt. Wir haben aus der Luftfahrt gelernt, dass Teamarbeit, richtig dosiert, die Flugsicherheit ausmacht. Die richtige Dosis an Teamarbeit in der Gesundheitsversorgung macht die Patientensicherheit aus. Jeder an seinem Platz ist wichtig!

Maßstab für die Fortentwicklung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ist aus Sicht der Ärzteschaft das Primat der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung. Erst dann kommen ökonomische Aspekte wie die Optimierung von Prozessen und die Wirtschaftlichkeit. Wir machen uns neue Aufgaben zu eigen, wir bewegen uns mit einem wachen Auge auf Kernkompetenzen und unter dem Aspekt, dass die Weiterbildung für unseren Nachwuchs keinen Schaden erleidet.

(Beifall)

Wir werden bei der Weiterentwicklung die Debatte über die Besitzstandswahrung von vornherein unterbinden. Wir werden die Kernkompetenzen schützen.

Die Forderung der Ärzteschaft bei einer Neuverteilung von Aufgaben lautet, dass wir die Gesamtverantwortung behalten. Es ist völlig klar, dass wir mit einer Fragmentierung nicht nur nichts anfangen können, weil wir uns für den Patienten voll verantwortlich fühlen, und wir haben der Substitution eine klare Absage erteilt. Wir wollen keine Einführung einer neuen nichtärztlichen Versorgungsebene. Es kann nicht sein, dass wir eine Zwischendecke dort einziehen, wo gar keine erforderlich ist, weil sich sonst auch wieder ein Eigenleben entwickeln würde. Wahrscheinlich müssten wir dann auch noch Koordinatoren neu beschäftigen. Das kann nicht sein.

(Beifall)

Wir haben für den niedergelassenen Bereich schon eine sehr gute Basis. Die Medizinischen Fachangestellten müssen stärker eingebunden werden. Sie sind die Vertrauten des Hausarztes, in dessen Verantwortung sie auch arbeiten. Das Projekt „Schwester Agnes" muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden. Auch das Projekt VERAH, das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung impliziert wurde. Es ergibt ein Potenzial von 300 000 Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten. Hierin steckt noch ein großes und qualitativ gutes Potenzial.

Seit Oktober 2007 wurden von der Bundesärztekammer fünf Fortbildungscurricula zur Weiterqualifizierung der Medizinischen Fachangestellten verabschiedet: Patientenbegleitung und Koordination, Ernährungsmedizin, Prävention im Kindes- und Jugendalter, Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie ambulante Versorgung älterer Menschen.

Für Medizinische Fachangestellte soll es auch Weiterentwicklungsmöglichkeiten geben. Wir können, wenn wir wollen, die Medizinische Fachangestellte weiterqualifizieren. Ich erteile aber ganz klar der Bachelor- und Master-Entwicklung in den medizinischen Fachberufen eine Absage.

(Beifall)

Wir werden nicht zulassen, dass ein „Arzt light“ in dem Sinne entsteht, dass womöglich noch Preistreiberei entsteht. Das wird mit uns nicht gehen. Das ist für uns als Ärzte eine ganz klare Kampfansage.

(Beifall)

Medizinisch-digitale Technik mit Audio-Video-Verbindung ist möglich, aber nur auf dem Delegationsweg unter Verantwortung des Arztes, mit der Möglichkeit, dieses mit einer eigenen EBM-Ziffer zu belegen, damit klar ist, dass die Arbeit im Auftrag des Arztes geschieht.

Ich bitte Sie, dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der Medizinischen Fachangestellten auf Drucksache III-2 zuzustimmen. Als direkter Ansprechpartner für den Arzt, der die Versorgung durchführt, ist die MFA eine Vertrauensperson, die der besonderen Aufmerksamkeit bedarf.

Auch in der stationären Versorgung sieht die Ärzteschaft durch verbesserte Qualifizierungen Lösungsmöglichkeiten. So unterstützt die Bundesärztekammer Bestrebungen zu einer bundeseinheitlichen Regelung des Berufs des Operationstechnischen Assistenten, des OTA. Der OTA kommt aus dem technischen Bereich und möchte nicht in den Pflegeberuf involviert werden, wie es die Direktoren der mittlerweile schon 70 existierenden Schulen vorhaben. Der OTA ist in allen Bereichen der Versorgung im interventionellen Bereich einsetzbar. Wir wollen beginnen mit der Viszeralchirurgie, der Gynäkologie, der Unfallchirurgie und der Orthopädie. Er hat nichts mit der ärztlichen Tätigkeit im engeren Sinne zu tun. Ich denke, hier besteht eine gute Möglichkeit für die Entlastung der Ärzte. Die Finanzierung soll im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfolgen.

Auch an anderer Stelle im stationären Bereich führen Qualifizierungen nichtärztlicher Berufe zu einer Entlastung, beispielsweise bei der Dokumentation und der Verschlüsselung, die durch medizinische Dokumentationsassistenten besser gewährleistet werden können als durch Ärzte.

Ein weiteres Beispiel ist das Case Management. In einem Gutachten von Professor Nagel aus Bayreuth wurden 50 Case-Management-Projekte untersucht. Case Manager als Fallverantwortliche sollen arztentlastend und arztunterstützend Bereiche der Dokumentation, der Qualitätssicherung und der allgemeinen intersektoralen Organisation übernehmen. Dort brauchen wir noch weitere Evaluationen. Die Case Manager sollen auch an Visiten teilnehmen und nah mit dem Arzt zusammenarbeiten und entsprechend dem Delegationsprinzip Verantwortung übernehmen.

Das Universitätsklinikum Münster hat neue Aufgabengebiete für die Pflege getestet. An der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg kann die intravenöse Applikation von Zytostatika nach ärztlicher Anordnung und nach schriftlicher Einverständniserklärung der Patienten auch durch das Pflegepersonal erfolgen. Wir gehen ja zunächst einmal davon aus, dass der Patient im Krankenhaus nach dem Arztstandard versorgt wird. Wenn eine andere Versorgungsebene ins Spiel kommt, muss der Patient darüber aufgeklärt werden. Wenn beispielsweise

ein chirurgisch-technischer Assistent am OP-Tisch stehen sollte, weil die Kolleginnen und Kollegen in der Chefarztetage es nicht besser wissen, dann muss die Aufklärung des Patienten erfolgen. Es muss auch ein Hinweis an die Haftpflichtversicherung gegeben werden, denn das kann unter ärztlichen Aspekten nicht mehr abgedeckt werden.

(Beifall)

Zusammengefasst lauten unsere Ziele: Erstens. Der Patientenschutz muss absoluten Vorrang haben. Zweitens. Der Facharztstandard muss beibehalten werden. Wir werden ganz klar der Delegation in Kooperation das Wort reden. Wir werden auf der Basis der guten Erfahrungen, die mit den Pflegefachberufen gemacht wurden, weiterarbeiten. Wir werden aber auch berücksichtigen, dass die Ganzheitlichkeit der Ausübung der Heilkunde am Patienten bestehen bleibt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Fazit: Kooperation – ja, Delegation – ja, Substitution – nein!

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bitte unterstützen Sie den Antrag III-4 des Vorstands der Bundesärztekammer, der sich mit dem Prinzip „Delegation – ja, Substitution – nein“ befasst. Unterstützen Sie mich bitte in den Alltagsgesprächen mit den Vertretern der Gesundheitsfachberufe, die sich von dieser Diskussion, die von der Politik losgetreten wurde, erwartet haben, dass sie endlich an den Kuchen der ärztlichen Versorgung herankommen und sich Teile davon herausnehmen können, was die Heilkunde am Menschen angeht. Mit uns wird die Regelung des Arztvorbehalts nie unterlaufen werden. Wir wissen, dass wir zusammen mit den anderen Gesundheitsfachberufen die führende Position hinsichtlich der Patientensicherheit erreicht haben, wie der Commonwealth Fund International Health Policy Survey aussagt. Diese Vorrangstellung wollen wir unter allen Umständen beibehalten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Theo Windhorst.

Durch die beiden Referate haben wir nun einen guten Überblick über das Arztbild der Zukunft und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Bisher sind zu diesem Themenkomplex 21 Anträge eingegangen. Die erste Rednerin in der Diskussion ist Frau Kollegin de Mattia aus Schleswig-Holstein.

Dr. de Mattia, Schleswig-Holstein: Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich über den Vortrag, den wir soeben gehört haben, sehr gefreut. In ihm wurden schon viele Aspekte erwähnt, mit denen wir uns in Schleswig-Holstein intensiv auseinandergesetzt haben. Wir haben diesbezüglich zwei Anträge eingebracht, um deren Unterstützung wir bitten.

Ich möchte noch auf zwei Aspekte hinweisen. Herr Windhorst hat bereits auf die nur vermeintliche Kostenersparnis im Gesundheitswesen hingewiesen. Hier ist noch zu erwähnen, dass auch die Klinikkonzerne stets versuchen, diese Entwicklung voranzutreiben, um ihre betriebswirtschaftlichen Ergebnisse zu verbessern. Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass es nachhaltige Kosteneinsparungen geben wird. Es wird kurzfristige Wettbewerbsvorteile einiger Anbieter geben, aber die Konkurrenz wird sehr schnell diese neuen Einsparmöglichkeiten übernehmen. Es ist nicht zu erwarten, dass dadurch die Strukturen wirklich günstiger werden.

Ein Blick ins Ausland zeigt, dass die hoch spezialisierten Fachkräfte dort sehr gut bezahlt werden. Auch Erfahrungen aus hiesigen Bereichen, beispielsweise in der Herzchirurgie, ergeben, dass Operationsassistenten wie junge Ärzte bezahlt werden. Es ist also nicht zu erwarten, dass es wirklich nachhaltig günstiger wird.

Der nächste Punkt ist, dass Kolleginnen und Kollegen vor Ort von ihren Geschäftsleitungen unter Druck gesetzt werden, diesen neuen Modellen zuzustimmen. Diese Kolleginnen und Kollegen brauchen unsere Unterstützung in der Abgrenzung, dass sie sagen: Nein, unsere ärztliche Position erlaubt das nicht. Anderenfalls stehen sie unter unglaublichem Druck seitens der Manager in den Kliniken, die in erster Linie den Shareholder Value im Blick haben.

(Beifall)

Herr Windhorst hat bereits auf den traurigen Anästhesiezwischenfall hingewiesen. Die Kollegen aus Thüringen haben sich dort sehr engagiert. Dazu möchte ich noch anmerken, dass die Klinikkette dieses Vorgehen mit nichtärztlichen Anästhesieassistenten entgegen den Empfehlungen des Berufsverbandes eingeführt hat. Erst nach diesem tragischen Zwischenfall hat man sich zurückgenommen. Man hat versucht, durch die Kraft des Faktischen eine Versorgungsnormalität zu begründen, entgegen den Empfehlungen der Experten. Das kann nicht in unserem Sinne sein.

(Beifall)

Schließlich möchte ich noch auf die Weiterbildung hinweisen. Junge Kollegen müssen lernen, an Eingriffe in kleinen Schritten herangeführt zu werden, indem sie einfache Operationsschritte unter unserer Aufsicht lernen. Ebenso müssen

sie herangeführt werden, Normalbefunde in der Diagnostik zu erheben. Wenn wir uns Zeit nehmen sollen, andere Berufe in dieser Hinsicht zu schulen, warum nehmen wir uns dann nicht die Zeit, unseren jungen Nachwuchs entsprechend zu schulen, der dann auch wieder Freude am Beruf hat?

(Beifall)

In diesem Sinne bitte ich um Unterstützung der beiden Anträge aus Schleswig-Holstein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau de Mattia. Ich glaube, das war Ihre Premiere als Rednerin auf einem Deutschen Ärztetag. Sie waren etwas aufgeregt. Das finde ich besonders gut, denn das ist ein Zeichen dafür, dass man sehr engagiert ist. Ich sage Ihnen: Ich war 1973 zum ersten Mal auf einem Deutschen Ärztetag. Da ging es mir genauso. Auf die Dauer geht das weg.

(Heiterkeit – Beifall)

Jetzt bitte Herr Bodendieck aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Sächsische Landesärztekammer beschäftigt sich mit dem Problem der Delegation natürlich nicht erst seit dem AGnES-Projekt, das wir in Sachsen mit einem großen Kampf unter diesem Titel eingeführt haben. Leider war es uns wegen der Fehlpässe, die manchmal im Gehirn entstehen, nicht möglich, die Begriffe „Gemeindeschwester“ oder „Agnes" aus den Bezeichnungen herauszuhalten.

Ich möchte darauf hinweisen, dass das Modellprojekt allein wegen der Förderung „AGnES“ heißt, aber etwas ganz anderes meint als „moderne Gemeindeschwester“ oder Ähnliches.

Es ist ein Fehlpass, wenn weiterhin geglaubt wird, wir könnten durch die Übertragung ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Gesundheitsberufe Geld sparen. Der Ansatz des Deutschen Krankenhausinstituts in seinem letzten Gutachten scheint davon geleitet zu sein. Nichtsdestotrotz hat dieser Ansatz auch bei ordnungsgemäßer Betrachtung etwas Gutes an sich. Ich hatte vor 14 Tagen ein ausführliches Gespräch mit der Vorsitzenden unseres Pflegerats. Offensichtlich haben wir Definitionsprobleme und wissen nicht so genau, worüber wir eigentlich sprechen. Das gilt für beide Seiten. Dieses Gespräch ist sehr gut verlaufen.

Wir konnten – ebenso wie bei anderen – viele Missverständnisse ausräumen. Wir wollen diesen Dialog fortsetzen, damit es möglich wird, durch Teambildung den Anforderungen der Demografie und der Multimorbidität besser entsprechen zu können. Aber auch im Team muss einer die Führung haben. Das ist beim Fußball genauso wie in vielen anderen Bereichen.

Wenn wir darüber reden, dass wir Hierarchien abschaffen wollen, dann müssen wir natürlich auch über die Frage sprechen: Wer hat in einer Hierarchie schlussendlich die Verantwortung? Es kann nicht sein, dass der eine dem anderen die Verantwortung überträgt und meint: Der wird das schon machen. Der so Gemeinte erklärt seinerseits: Aber der hat es doch verzapft.

Wir sind derjenige Beruf, der hier am höchsten qualifiziert ist. Wir müssen auch die entsprechende Last der Verantwortung tragen. Ich denke, wir wollen sie gern tragen. Das kommt in den vielen Beschlussanträgen zu diesem Thema zum Ausdruck. Das ist nicht zuletzt auch in den beiden Referaten erwähnt worden.

Ich möchte Sie auf meinen Antrag 14 hinweisen. Ich hatte den Eindruck, dass er möglicherweise etwas missverstanden wurde. Er ist aus meiner Sicht ganz wichtig. Alle, die praktisch arbeiten, erleben tagtäglich, dass sie gar nicht so richtig wissen, wer ihnen eigentlich gegenübersteht. Komme ich in ein Pflegeheim, gibt es dort verschiedene Altenpfleger, die unterschiedliche Ausbildungen haben, sich aber alle Altenpfleger nennen. Weil sie verschiedene Ausbildungen aufweisen, weiß ich nicht, was ich dem Einzelnen an Aufgaben übertragen kann.

Demzufolge ist es aus meiner Sicht ganz wichtig, dass wir, auch um den Überblick zu behalten, so wenig Bürokratie wie möglich verursachen. Ich kann nicht jeder Schwester im Pflegeheim den Spritzenschein abnehmen.

Wir müssen an die nichtärztlichen Gesundheitsberufe die Forderung richten, genau dieselben Anforderungen hinsichtlich der Ausübung ihrer Tätigkeit im Rahmen der Delegation und nicht der Substitution zu erfüllen, wie sie an uns Ärztinnen und Ärzte gestellt werden. Das heißt, dass Qualifikation, Berufsausübung und auch Ausbildung gesichert und überwacht werden müssen. Das ist nicht zuletzt für unsere Patienten wichtig.

In meinem Antrag habe ich im letzten Satz beschrieben, womit wir zu kämpfen haben. Der Begriff „medizinische Fußpflege“ ist ungeschützt. Jeder Kosmetiker kann sich nach einem Tageskurs, sogar auch ohne Kurs, dies auf das Schild schreiben. Das besagt aber noch lange nichts hinsichtlich der Qualifikation. Dem steht die gesetzlich vorgeschriebene Ausbildung zum Podologen gegenüber. Aber in der Bevölkerung weiß damit niemand etwas anzufangen.

Es bedarf einer Struktur in der Ausübung der Gesundheitsberufe. Nicht unbedingt wir müssen das überwachen, sondern dazu sind zunächst einmal die Aufsichtsbehörden und die eigenen Berufsverbände erforderlich. Frau Rothe, die Vorsitzende des Berufsverbandes der Medizinischen Fachangestellten, hat mir gesagt: In der nächsten oder übernächsten Woche wird die Berufsordnung der Medizinischen Fachangestellten veröffentlicht werden. Die Medizinischen Fachangestellten gehen hier einen hervorragenden Weg. Sie haben sich eine Berufsordnung gegeben. Ich denke, wir sollten fordern, dass solche Berufsordnungen auf Landesebene auch für Pflegeberufe eingeführt werden müssen.

Es gibt Wundmanager, die bei Firmen angestellt sind. Sie wollen die Ärzte zwingen, hauptsächlich das zu verordnen, was ihre Firma herstellt. Es gibt Wundmanager, die wir angestellt haben. Dort haben wir die Hoheit. Ich frage mich: Wo ist denn die Ökonomie, wenn die Firmennähe eine Rolle spielt? Deshalb fordere ich eine Berufsordnung oder ähnliche Regelungen, wie sie für uns gelten.

Danke schön.

(Beifall – Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bodendieck. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Jaeger aus Schleswig-Holstein.

(Zuruf)

– Ich habe bereits Herrn Jaeger aufgerufen. Danach behandeln wir den Geschäftsordnungsantrag. Herr Jaeger wird sowieso das tun, was der Antragsteller wünscht. Bitte, Herr Jaeger.

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich zunächst einmal ganz herzlich bei Herrn Professor Schulze und Herrn Windhorst für ihre Referate bedanken. Diese Referate waren wirklich Balsam auf unsere Seelen.

(Beifall)

Dementsprechend haben wir den Antrag gestellt, die zehn Thesen von Herrn Professor Schulze in irgendeiner Weise in das „Ulmer Papier“ mit aufzunehmen und zu bearbeiten. Bezüglich der Erledigung ärztlicher Aufgaben durch Nichtärzte haben Sie die Situation im Prinzip sehr gut zusammengefasst. Ich möchte in diesem Zusammenhang drei Punkte ansprechen: die Patientensicherheit, die Kostensenkung bzw. Wirtschaftlichkeit und das ärztliche Berufsbild. Über die

Patientensicherheit haben Sie ausführlich referiert. Ich möchte eine kurze Sequenz aus einem Editorial von Herrn Rüggeberg, dem Vizepräsidenten des BDC, zitieren. Unter der Überschrift „Lasst Stewardessen fliegen“ heißt es:

> *Wäre es nicht einfacher, bei einem Routineflug im Cockpit nur Stewardessen zu haben? Dann fragen Sie doch mal die Passagiere, die in Hamburg unlängst dank der hervorragenden Reaktion der Piloten einer Katastrophe entgangen sind. Die Piloten sind nämlich deshalb so teuer, weil sie auf das Undenkbare vorbereitet sind, trainiert sind, auch wenn sie an Routine arbeiten. Auf den ärztlichen Beruf übertragen, heißt das eben: Operieren ist mehr als Bauchaufschneiden und Zunähen, Endoskopieren ist mehr als einen Schlauch in irgendeine Körperöffnung stecken, und hausärztliches Handeln ist mehr als Abhorchen und Pillen aufschreiben.*

Genau diese Tendenzen versucht man hineinzubringen, indem man versucht, die ärztliche Heilkunst in Teilschritte aufzusplitten. Das darf nicht sein.

Zum Aspekt der Kostensenkung, den meine Kollegin de Mattia schon vorgetragen hat: Erstens werden diese Leute letztendlich nicht billiger sein. Zweitens glauben Sie doch wohl nicht, dass, wenn die Kostenträger mitbekommen, dass große Teile eines ärztlichen Eingriffs von Nichtärzten gemacht werden können, nicht ganz schnell die Vergütung dafür gesenkt wird. Das ist ein Schildbürgerstreich, den man sich selber zufügt.

(Beifall)

Unser Antrag 17 bezieht sich auf die Integrität des ärztlichen Berufsbildes. Ich meine, dieser Punkt ist in seiner Tragweite noch gar nicht beachtet worden. Es gab gute Gründe, warum beispielsweise die Chirurgie vom Stadium des Feldschertums, der Knochenbrecher und der Wundheiler in eine ärztliche Disziplin angehoben wurde. Genauso war es doch mit der Anästhesie. Das hat ja irgendwann einmal eine Narkoseschwester oder ein Pfleger gemacht, und dann wurde es – ich denke: zu Recht – als ärztliche Disziplin etabliert. Diese Fächer haben dadurch sehr gut prosperiert. Aber nun soll eine Rolle rückwärts erfolgen.

Welche Auswirkungen hat das für die Integrität unseres ärztlichen Berufsbildes? Es ist leider traurige Wirklichkeit – auch in meiner Klinik –, dass Fachangestellte sonografieren, bei Operationen mitmachen, damit der Stationsarzt weiterhin ungestört seine Verwaltungstätigkeiten durchführen kann.

(Vereinzelt Beifall)

Hier muss ich Sie, Herr Professor Schulze, leider berichtigen: Es geht leider über 30 Prozent hinaus. Die Schätzungen gehen bis zu 40 Prozent Verwaltungskram. Da ist es völlig verständlich, dass junge Ärzte sagen: Wenn ich schon 40 Prozent Verwaltungstätigkeit mache, dann gehe ich doch gleich in einen Verwaltungsjob, da habe ich bessere Arbeitszeiten und wahrscheinlich auch ein besseres Gehalt.

(Beifall)

Was geschieht, wenn wir tatsächlich Teile unseres ärztlichen Handelns abgeben? Das bedeutet, dass der OTA oder der MTA in seinem Bereich sehr routiniert ist. Man spricht von einfachen Eingriffen. Aber es ist doch klar: Wenn er routiniert ist, ist er besser als der Assistenzarzt und wird natürlich zunehmend auch schwierigere Eingriffe durchführen. Wie soll der angehende Facharzt sein Handwerk lernen oder wie soll er schwierige Schritte beherrschen können, wenn er die einfachen gar nicht lernt?

(Beifall)

Auch für die „alten Hasen“ ist es wichtig, dass sie immer wieder Routineschritte, Standardschritte machen.

Ich denke, die Tragweite sollte noch einmal deutlich hervorgehoben werden, dass wir damit im Prinzip unser Berufsbild ruinieren würden – ich möchte fast sagen: Das ist das, was der Arzt am liebsten tut. Deshalb lautet mein Plädoyer: weg von den Schreibtischen und wieder heran an die Patienten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Jaeger. – Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag. Bitte schön.

MR Dr. Scheerer, Brandenburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Bei der Vielzahl der Beiträge und erforderlich werdenden Abstimmungen bitte ich um Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten, auch für den nachfolgenden Tagesordnungspunkt VI, der auch noch behandelt werden muss.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Letzteres geht nicht, denn dieser Tagesordnungspunkt ist ja noch gar nicht aufgerufen. – Die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten ist beantragt. Gibt es eine Gegenrede? – Keine Gegenrede. Wir

brauchen eigentlich nicht abzustimmen. Trotzdem frage ich: Wer möchte die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschließen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann sind drei Minuten beschlossen.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Notieren Sie bitte, Herr Weber: Massing ist das erste Opfer.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ist aber nicht so gemeint!

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Ich habe keinen Antrag gestellt. Das wäre vielleicht einen Beifall wert, oder nicht?

(Beifall)

So geht mir das seit 36 Jahren.

Unter dem Druck, dass „Schwester Agnes" und andere vor der Tür stehen und nach Heilkunde lechzen, diskutieren wir hier. Es rächt sich jetzt – ich richte mich hier besonders an Sie, Herr Präsident Windhorst –, dass wir die, wie Sie gesagt haben, 300 000 „Schwester Agnes", die wir in unseren Praxen haben, unsere Arzthelferinnen, die wir jetzt Medizinische Fachangestellte nennen, wie jemanden behandelt haben, der es nicht weitergebracht hat. Die Urkunde mit Ihrer Unterschrift, Herr Präsident Windhorst, werde ich im Juni im Tecklenburger Land an die Absolventinnen mit ihren strahlenden Gesichtern nach drei Jahren Ausbildung aushändigen. Unsere Helferinnen sind aus der Sozialsphäre der Patienten erwachsen, sie kennen Land und Leute. Sie sind teilweise lebensbegleitend tätig, ebenso wie wir. Es gibt keinen Informationsverschleiß. Das sind alles Grundqualitäten, die „Schwester Agnes" und andere nicht haben. Die haben wir wie jemanden behandelt, der es nicht weitergebracht hat. Man kann die Wertschätzung an der Gebührenordnung ablesen: 5,10 Euro.

(Beifall)

Herr Köhler hatte zunächst im Zusammenhang mit der neuen Gebührenordnung gesagt, der Helferinnenbesuch gehöre dort überhaupt nicht mehr hinein. Anderenfalls, so hat er in Dortmund gesagt, seien ja nur noch die Helferinnen unterwegs. Das ist die Wertschätzung!

Der praktischste Weg, dass wir beim bettlägerigen Patienten Besuche machen können, ist, dass Sie die ganze Fülle Ihrer Gewichtigkeit in die Waagschale

werfen, Herrn Köhler und Herrn Laumann anzurufen. Wir haben vor 27 Jahren beschlossen:

> *Es sollen unverzüglich alle Maßnahmen ergriffen werden, die geeignet sind, die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu fördern.*

„Unverzüglich“ heißt: ohne schuldhaften Verzug. Wenn ich es ironisch ausdrücken darf: 27 Jahre sind noch nicht „schuldhaft“. 30 Jahre wären es allerdings. Das war auf dem Trierer Ärztetag 1981. Das war damals unsere Gesinnung.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Massing. Zu diesem Thema kommen wir nachher noch. Die Referentin wird dann Frau Dr. Goesmann sein, die jetzt sowieso an der Reihe ist. Bitte sehr, Frau Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Verehrte Referenten! Meine Damen und Herren! Bezugnehmend auf die beiden hervorragenden Vorträge, die wir gestern und heute gehört haben, möchte ich Folgendes sagen. Dieser Staat, Politik und Bevölkerung müssen doch froh sein, dass es in der heutigen Situation eine Berufsgruppe gibt, die erklärt: Wir übernehmen die Gesamtverantwortung für den diagnostisch-therapeutischen Prozess unserer Patientinnen und Patienten. Wir sagen: Aufgrund unserer beruflichen Autonomie und unserer erlernten Fähigkeiten übernehmen wir das Inhaltliche und Juristische an Verantwortung für die Gesundheit und die Krankheit unserer Patienten. Das ist doch eine ganz hochrangige Aussage. Wir sollten uns damit auch in der Öffentlichkeit zeigen.

Die Diskussion auf die Punkte „Kooperation – ja, Substitution – nein, Delegation – ja“ zu beschränken, das ist mir ein bisschen zu wenig und zu platt, denn als Vorsitzende der Fachberufegremien der Bundesärztekammer befinde ich mich in einem ständigen Dialog mit den anderen medizinischen Berufen. Sie fordern von uns ein gerüttelt Maß an Diskussion und Auseinandersetzungen über ihre Forderungen.

Als ich als Antwort auf das, was im Gutachten des Sachverständigenrats stand, gesagt habe, wir brauchen neue Modelle zur Einbeziehung der qualifizierten MFA in unsere Versorgungskonzepte der Zukunft, habe ich zunächst einmal ganz viel Gegenwind bekommen. Das war zuerst nicht beliebt, aber heute ist es Allgemeingut. Wir haben es mit den Curricula umgesetzt.

Wir müssen in dieser Diskussion gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen offen sein. Wir müssen Modellversuche – nicht nach § 63 c Pflegegesetz, sondern eigene Modellversuche – zur stärkeren Einbeziehung der anderen medizinischen Fachberufe in Versorgungskonzepte durchführen. Wir dürfen in der Diskussion die Tür nicht zuschlagen.

Ich möchte, dass von diesem Ärztetag die Botschaft ausgeht: Wir sind offen für das Gespräch mit den anderen medizinischen Berufsgruppen. Wir gehen gemeinsam neue Wege für die Versorgung der Zukunft.

(Beifall)

Diese Debatte hat drei Ebenen. Da ist zunächst einmal die ökonomische Ebene. Wir sagen ganz entschieden Nein, wenn durch Substitution Einsparpotenziale erreicht werden sollen. Das ist heute schon mehrfach ausgeführt worden.

Ferner gibt es die emotionale Ebene. Wir müssen sehr ausdrücklich sagen – das ist es, was die anderen Berufsgruppen immer wieder von uns hören wollen –: Wir wertschätzen die Erfahrungen und die Fähigkeiten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, und wir arbeiten gern auf Augenhöhe mit ihnen zusammen.

Dann gibt es noch die Sachebene. Was spricht dagegen, dass Pflegekräfte Pflegehilfsmittel wie Windeln verordnen? Was könnte gegen Modellversuche sprechen, die zum Inhalt haben: Ein Physiotherapeut oder Ergotherapeut bekommt von uns eine Überweisung, untersucht den Patienten und entscheidet dann zusammen mit uns, ob das von ihm vorgeschlagene Heilmittel das richtige ist? Wir müssten da also enger kooperieren.

Ich möchte die Diskussion fortführen, Modellversuche zur verbesserten Kooperation fahren, interdisziplinäre Leitlinien und Kooperationsverträge erarbeiten, die diese Zusammenarbeit festlegen. Nur mit solchen Leitlinien wird es gehen. Ich möchte ferner die moderne Arbeitsteilung fortschreiben.

Kurz noch ein paar Worte zum Antrag 16. Dort geht es um die Psychologischen Psychotherapeuten. Der Vorstand unterstützt ausdrücklich den Antrag 16, dass wir überall darauf achten, dass Psychologische Psychotherapeuten als solche benannt werden und dass wir das in den Heilberufekammergesetzen entsprechend ändern. Ich bitte Sie, diesen Antrag mit einer Änderung, die noch vorgeschlagen wird, anzunehmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Goesmann. – Die nächste Rednerin ist die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Kollegin Wenker.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich schließe gedanklich und inhaltlich komplett an Frau Dr. Goesmann an. Ich spreche zum Antrag 13. Herr Professor Schulze hat gestern zum Thema „Teamorientierung als Grundeinstellung“ gesagt:

> *In Anbetracht der Komplexität der modernen Medizin und der soziodemografischen Entwicklung muss die medizinische Versorgung als Teamaufgabe begriffen werden.*

Herr Dr. Windhorst hat heute Morgen von der Weiterentwicklung der Kooperation und von Lösungsansätzen für eine teamorientierte Zusammenarbeit gesprochen. Genau in diese Richtung zielt unser Antrag 13. Wir fordern eine Konkretisierung dieser Teamarbeit durch eine Neudefinition des Heilkundebegriffs. Dieser stammt aus dem Jahr 1939. Ich denke, in den seither vergangenen fast 70 Jahren hat sich einiges getan. Dieser Begriff sollte neu definiert werden, und zwar durch uns, unter der Prämisse: Ärztliche Tätigkeit ist und bleibt ärztliche Tätigkeit.

(Beifall)

Ich rege genauso wie Frau Dr. Goesmann eine weitere Kooperation und die modellhafte Entwicklung von interprofessionellen Behandlungspfaden an. Wir sollten uns mit beteiligten Playern, Akteuren und den Gesundheitsberufen zusammen an einen Tisch setzen und für chronische Erkrankungen, für versorgungsrelevante Erkrankungen gemeinsam Behandlungspfade entwickeln. Wir sollten dann auch die Zuständigkeiten, die Kompetenzen und die Verantwortlichkeiten regeln.

Herr Dr. Windhorst, natürlich ist Verantwortung nicht teilbar, aber man kann Verantwortung auf mehrere Schultern verlagern. Das sollten wir gemeinsam tun und auch gemeinsam definieren.

Da wir hiermit durchaus juristisches Terrain betreten, sollte dieser Antrag direkt an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen werden. Da sind sicherlich juristische Fragen zu klären: Heilkundebegriff, Gesundheitsberufegesetz. Wir dürfen uns hier nicht auf ein zu wackliges Terrain begeben.

Wir haben ein exzellentes wissenschaftliches Programm, mit dem wir solche Versorgungsprozesse und Behandlungspfade multiprofessionell begleiten können. Das ist die wissenschaftliche Versorgungsforschung der Bundesärztekammer. Wir haben also alle Instrumente in der Hand. Wir haben das Know-how. Ich denke, es steht uns als Ärzteschaft gut an, gemeinsam mit den anderen Gesundheitsberufen nach vorn zu schauen, den Wandel mitzugestalten und

gemeinsam Modellprojekte zu entwickeln.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Wenker. – Jetzt kommt Herr Kollege Veelken.

Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wenn die australische Werbekampagne für deutsche Ärzte durch die großen Städte zieht und ihre Veranstaltungen durchführt, lautet die erste Frage: Liebe Kollegen, was meinen Sie, wie viel Zeit Sie in Australien zur DRG-Verschlüsselung brauchen? Die Veranstalter freuen sich immer, wenn sie sagen können: null Minuten. Die Ärzte sind dort dafür nämlich schlicht nicht zuständig, obwohl das DRG-System aus Australien zu uns importiert wurde. In Deutschland hingegen ist die Verschlüsselung als ärztliche Tätigkeit definiert. Jeder, der am Krankenhaus arbeitet, weiß, wie viel Zeit unsere unglücklichen Assistenten und gelegentlich auch die unglücklichen Oberärzte – so wie ich – damit zubringen, diese Verschlüsselung durchzuführen und zu kontrollieren.

Ich hoffe nicht, dass wir uns hier alle einig sind, dass wir den ärztlichen Beruf von Verwaltungstätigkeiten entlasten wollen, aber überhaupt nichts dagegen haben, wenn wir zu Hause wieder unter ökonomischem Druck stehen, dass unsere Assistenten ihre Arztbriefe selber schreiben und ihre OP-Berichte mit dem Zweifingeradlersuchsystem schreiben. Wenn die Überstunde nicht bezahlt wird, dann ist der Arzt eben billiger als eine Sekretärin, die eigentlich solche Arbeiten erledigen sollte.

(Beifall)

Wie viele von uns wissen, ist im DRG-Zeitalter die Weiterbildung in der Gefahr, in der Klinik ein sehr beklagenswertes Niveau zu erreichen, das bis jetzt weder kontrolliert noch irgendwo dokumentiert ist. Die Situation wird auch dadurch erschwert, dass ärztliche Kollegen, die Budgetverantwortung im Krankenhaus tragen, zum Teil überhaupt nichts dagegen haben, dass Physical Assistants oder chirurgisch-technische Assistenten die Arbeit von Weiterbildungsassistenten im OP übernehmen, damit die DRG-Verschlüsselung auf der Station ordentlich läuft.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie, den Antrag 19 zu unterstützen. Ich rege dort an, dass die Landesärztekammern darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Assistenz bei chirurgischen Operationen ein integraler Bestandteil der Weiterbildung ist und dass man den Zugang zur chirurgischen Assistenz zur Vor-

aussetzung machen sollte, eine Weiterbildungsstätte zu zertifizieren. So soll verhindert werden, dass die Assistenten als zusätzliche Verschlechterung nicht mehr in der Lage sind, die einfachen Schritte im OP zu erlernen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächster Redner der Präsident der Schleswig-Holsteinischen Ärztekammer, Kollege Bartmann.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 7 und möchte der Begründung gern noch ein Zitat hinzufügen:

> *Ich habe mich mein ganzes Leben als Arzt mit den Krankheiten von Herz und Kreislauf beschäftigt, mit Menschen, die herzkrank werden. Risikofaktoren, über die ständig geforscht und gesprochen wird, Cholesterin, Blutdruck usw., sind nebensächlich. Für das Entstehen so vieler Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind traurige, tragische Lebensumstände verantwortlich: Angst, Verzweiflung und Aussichtslosigkeit.*

Dieses Zitat stammt von keinem Geringeren als dem Nobelpreisträger Bernard Lown, dessen kleine Maschinen Sie heute an allen öffentlichen Plätzen aufgebaut finden, in Stadien, auf Flughäfen: den Defibrillator. Er hat im Übrigen nicht den Nobelpreis für Medizin bekommen, sondern den Friedensnobelpreis.

Da wir der Meinung sind, dass man nicht unbedingt 86 Jahre alt werden und den Nobelpreis bekommen haben muss, um zu einer solchen Erkenntnis zu kommen, haben Vorstand und Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein an drei Wochenenden im vergangenen Jahr mehrere Wissenschaftler aus dem ganzen Bundesgebiet nach Breklum, einem ganz kleinen Ort in Nordfriesland, eingeladen, was sich inzwischen als „Breklumer Gespräche“ etabliert hat. Teilgenommen haben beispielsweise Klaus Dörner, der gerade von uns mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnete Fritz Beske, Eckhard Nagel, Franz Porzsolt oder der Landesbischof Knuth aus Schleswig-Holstein. Teilgenommen haben ferner Vertreter von Pflegeverbänden und Heilmittelherstellern sowie sonstige Personen, die im Gesundheitswesen etwas zu sagen haben.

Ein ganz entscheidendes Zwischenergebnis war die Erkenntnis, dass die Enttäuschung über unser auf hohem technischen Niveau funktionierendes Ge-

sundheitssystem in erster Linie aus Täuschungen resultiert, aus falschen Versprechungen und falschen Erwartungen und dass alle Lösungsansätze die vorherige Ent-Täuschung, die gezielte Entlarvung und Korrektur von Täuschung, voraussetzen.

Unter Ärzten ist das Ziel dieser Kampagne leicht ausgemacht: die Politik mit dem ungedeckten Scheck eines trotz begrenzter Ressourcen umfassenden Versorgungsversprechens. Beim zweiten und dritten Hinsehen ist das nicht mehr ganz so einfach, denn auch wir Ärzte neigen zu Täuschungen mit dem Wecken falscher Erwartungen an die scheinbar grenzenlosen Möglichkeiten einer naturwissenschaftlichen Medizin selbst in existenziell schon aussichtslosen Situationen. Das ist eine Täuschung, der Menschen einer modernen Gesellschaft mit einer weit verbreiteten transzendentalen Obdachlosigkeit gern unterliegen und damit ihrerseits unmäßige bis grenzenlose Erwartungen in die Medizin und deren Repräsentanten setzen.

Aus all dem resultiert der Appell, die Lösung unserer tatsächlichen oder gefühlten Misere nicht allein in einer pausenlosen Konfrontation mit der Politik, einer Strategie, die wir gut beherrschen, die gleichwohl in der Vergangenheit nicht gerade übermäßigen Erfolg gezeigt hat, zu sehen, sondern im Dialog mit Repräsentanten aus Gesellschaft und Politik, im interdisziplinären Ansatz also.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Franz Bartmann. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Nowak aus Hessen, der gleichzeitig Diplom-Chemiker ist.

Dr. Nowak, Hessen: Herr Präsident, das hätten Sie nicht extra erwähnen müssen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das steht auf dem Wortmeldeformular.

Dr. Nowak, Hessen: Ich bin sozusagen Diplom-Chemiker wider Willen; das war mein Erststudium. So war die Zeit damals durch den Numerus clausus, dass ich erst über diesen Umweg Medizin studieren konnte.

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte für unseren Antrag 20 werben: Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen. Neben dem genannten Kollegen Lindhorst und mir wird dieser Antrag auch getragen von Frau Kollegin Stüwe, Frau Kollegin Henneberg, Herrn Kollegen von Knoblauch zu Hatzbach und Herrn Kollegen König.

Herr Theo Windhorst hat uns in seinem hervorragenden Referat die Steilvorlage zu diesem Antrag geliefert. Es müsste uns jetzt doch gelingen, den Ball einzukicken, indem Sie diesem Antrag zustimmen.

Wir beantragen, dass der Deutsche Ärztetag fordern möge:

> *Ärztliche Verantwortung nur für ärztliches Handeln. Keine Übertragung ärztlicher Kernaufgaben auf nichtärztliche Gesundheitsberufe! Facharztstandard muss für alle Patienten gewährleistet werden.*

(Beifall)

Diese Sparzwänge, von unserer Regierung vorgegeben, mit OTAs, CTAs, MATAs – hier kennt die Fantasie keine Grenzen – dienen einzig und allein dazu, Kosten zu sparen.

Auch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wird hier keine Lösungen bringen, sondern nur neue Probleme schaffen, wenn es so verabschiedet werden sollte. Wir als Deutscher Ärztetag lehnen diese Vorstellung entschieden ab. Der Patientenschutz ist nicht zu durchhöhlen. Ärztliches Handeln muss in ärztlicher Hand bleiben, und die Versorgungsqualität darf nicht leiden. Sparmaßnahmen am Patienten sind der falsche Weg.

Wir als Deutscher Ärztetag verschließen uns nicht der Weiterentwicklung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe – das wurde von Herrn Windhorst gut ausgeführt –, wir rufen jedoch den Gesetzgeber ganz klar auf, eine klare Trennung zwischen Anordnungsverantwortung, wobei die Anordnung durch den Arzt erfolgt, und Durchführungsverantwortung, wobei es sich beispielsweise um pflegerische Maßnahmen handelt, festzulegen. Hier sehen wir auch keinen Widerspruch zur therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes. Die Vorschläge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sind völlig ungeeignet.

Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kollege Nowak. – Jetzt bitte der Kollege Heister aus Nordrhein.

Dr. Heister, Nordrhein: Herr Präsident! Sehr geehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Gestatten Sie mir noch einige kleine Erläuterungen zu unserem Antrag III-16. Schon der 109. Deutsche Ärztetag hat sich klar gegen die falsche Bezeichnung „Psychotherapeutenkammer“ für die Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten und KJP ausgesprochen. Dankenswerterweise haben unsere nordrhein-westfälischen Präsidenten Hoppe und Windhorst diese Beschlusslage auch anlässlich der Novellierung des Heilberufekammergesetzes Nordrhein-Westfalen umgesetzt.

In den sich dabei ergebenden Auseinandersetzungen wurden drei Punkte ganz deutlich:

Erstens. Es konnten seitens der Psychologen keine inhaltlich-sachlichen Argumente gegen diese Maßnahme der Umbenennung bzw. der Richtigstellung ihres Kammernamens vorgebracht werden. Polemik und unrichtige Behauptungen stützten letztlich die Richtigkeit dieser Maßnahme.

Zweitens. Es gibt eine nicht unerhebliche Zahl von Ärzten, die implizit oder explizit psychologische Interessen vertreten, weil sie in Gremien und Institutionen von psychologischen Stimmen abhängig sind.

Drittens. Die psychologische Semantik stützt sich wesentlich auf die falsche Klammerdefinition „Psychotherapeuten“ in § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die wir gern sachlich richtiggestellt sähen.

Lassen Sie mich noch erwähnen: Implizit ist bei diesem Deutschen Ärztetag ständig von der Deprofessionalisierung des Arztberufs die Rede. Die Psychologen sind diejenigen Berufsgruppe, die bei der Deprofessionalisierung des Arztberufs am weitesten fortgeschritten ist.

(Vereinzelt Beifall)

Die Psychologen streben eine Parallelstruktur zu den ärztlich verantworteten Strukturen an. Sie fordern unter anderem auch das Recht, Medikamente zu verordnen und Krankenhausabteilungen zu leiten. Dabei sind sie doch lediglich zur Erbringung spezifischer Leistungen, nämlich der Richtlinienpsychotherapie, ursprünglich ins System geholt worden.

(Beifall)

Ich darf Sie also bitten – ich bin sehr dankbar für die Unterstützung von Frau Goesmann und des Vorstands –, über unseren Antrag positiv zu entscheiden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Heister. – Der nächste Redner ist der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Herr Kaplan. Bitte, Herr Kaplan.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Die Bundesrepublik Deutschland läuft offenen Auges in eine Unterversorgung im Gesundheitswesen. Das betrifft sowohl den Bereich der Pflege als auch den ärztlichen Bereich. Im ärztlichen Bereich sind sowohl das Krankenhaus als auch die niedergelassenen Fachärzte, besonders evident aber die niedergelassenen Hausärzte betroffen. Dieses Problem kann man auf unterschiedliche Art und Weise lösen. Kollege Windhorst hat heute schon dargestellt, wie wir uns vorstellen können, wie wir Ärzte uns von gewissen Tätigkeiten entlasten können, im Sinne einer arztunterstützenden oder arztentlastenden Maßnahme, und zwar in Form einer Delegation.

Nur so wollen wir auch „Schwester Agnes“ verstehen, nämlich dass sie uns von Tätigkeiten entlastet, die keine originären ärztlichen Tätigkeiten sind. Nur da kann eine Entlastung stattfinden.

Professor Schulze hat gestern Abend deutlich gemacht, dass die Schlüsselrolle im Gesundheitswesen der Arzt spielt, mit dem entsprechenden Arztvorbehalt. Deswegen müssen wir das Problem des Nachwuchses lösen. Das ist unsere primäre Aufgabe.

(Beifall)

Um diese Aufgabe lösen zu können, brauchen wir eine sogenannte Nachwuchsoffensive. Wir brauchen einen Masterplan, um den Nachwuchs zu fördern. Hier müssen wir alle mit ins Boot nehmen. Deswegen bitte ich Sie um Unterstützung des Antrags III-10, in dem wir fordern, dass die Landesregierungen, das heißt die Ministerien in den Ländern, also das Sozialministerium, das Gesundheitsministerium und das Wissenschaftsministerium, zusammen mit den Körperschaften Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung, aber natürlich auch zusammen mit den Berufsverbänden der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den Landeskrankenhausgesellschaften ein gemeinsames Konzept entwickeln, um den Nachwuchs zu fördern. Dies betrifft sowohl die Ausbildung wie natürlich auch die Weiterbildung und natürlich auch die Nieder-

lassung. Die Perspektive des Berufs muss positiv dargestellt werden. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Antrag zu unterstützen.

Ich spreche noch ganz kurz zum Antrag III-23. Herr Professor Schulze hat uns gestern Abend in seinem hervorragenden Referat zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft vorgetragen. Wir halten es für sinnvoll, dass diese Thesen bei der Fortentwicklung des „Ulmer Papiers“ entsprechend berücksichtigt werden. Deswegen bitte ich Sie um Unterstützung des Antrags III-23.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Kaplan. – Der nächste Redner ist Herr Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich beziehe mich auf den Antrag III-22 und möchte ihn als Änderungsantrag unter dem letzten Absatz auf Seite 2 einbringen, mit einer leichten Änderung, die ich jetzt vorlese. Ich übergebe den Text dann zur Einarbeitung. Der Antragstext lautet:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt arztersetzende Parallelstrukturen in der hausärztlichen Versorgung ab. Durch Qualifikation des Praxispersonals entsprechend der Curricula der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern ist eine zielgerichtete Arztentlastung möglich.*

Soweit zum Änderungsantrag. Ich möchte fünf kleine Aspekte ansprechen, die bisher noch nicht erwähnt wurden. Ich beziehe mich dabei konkret auf die Wund- und Ernährungsschwestern, die wir gerade im hausärztlichen Sektor kennen. Das sind in der Regel fachlich ausgesprochen kompetente Schwestern. Es tut mir leid, wenn diese Kompetenz nicht in meiner Praxis gebunden ist. Aber hier sehe ich auch eine Gefahr. Gerade diese Schwestern unterliegen nämlich häufig einem hohen merkantilen Einfluss.

(Beifall)

Ein ganzer Teil des Einkommens wird durch Rabatte und Sonderverträge mit Firmen erzielt, sodass die Patientenversorgung nicht mehr rein medizinisch erfolgt, sondern merkantil gesteuert. Wir müssen aufpassen, dass sich das in Zukunft nicht weiter ausdehnt. Nicht umsonst gilt nach dem früheren Sündenfall heute die Freiberuflichkeit des Arztes, damit der Patient frei von Gewinninteressen versorgt werden kann. Wenn wir hier nicht aufpassen, wird sich das aus-

dehnen. Die Bundesärztekammer hat ein klares Votum erarbeitet: Delegation – ja, aber keine Substitution.

Herr Massing, ich möchte Ihnen sagen, dass Sie das vorhin mit der „Schwester Agnes“ etwas undifferenziert gesehen haben. Agnes ist nicht *eine* Schwester, die durch den ganzen Osten rollt, sondern sie ist zumindest in Sachsen, so wie Sie es gesagt haben, eine Angestellte der Praxis. Damit kommt die Wertschätzung zum Tragen, die Sie richtigerweise einfordern. Das ist der richtige Weg. Eine Parallelstruktur darf es nicht geben.

Eine letzte Bemerkung, die nicht unbedingt etwas mit dem Antrag zu tun hat. Ich bitte die Bundesärztekammer, dafür zu sorgen, dass beispielsweise die Heilpraktiker endlich derselben Strafgesetzgebung wie die Ärzte unterstellt werden. Ich habe keine Lust, dass wir häufig genug Patienten bekommen, die ewig beim Heilpraktiker waren und dieser nicht mehr weiterkam. Diese Patienten sind dann bereits medizinisch geschädigt. Die anderen Berufe müssen denselben Kriterien unterliegen wie wir Ärzte. Anderenfalls besteht eine Diskrepanz, die ich nicht ertragen möchte.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Aber die Akademisierung der Heilpraktiker wäre doch, dass sie dann auch Ärzte werden sollen. Das wäre das Beste. – Der nächste Redner ist Herr Kaiser aus Westfalen-Lippe.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte mich zunächst einmal bei den beiden Referenten herzlich bedanken. Wir sehen an der Flut der Anträge und an dem großen Interesse, das diesen Referaten entgegengebracht wird, und auch an der sehr lebhaften Diskussion, dass wir an einem Punkt angelangt sind, der unser Selbstverständnis und den Kernbereich unserer ärztlichen Tätigkeit betrifft. Gerade das Referat von Theo Windhorst zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zwingt uns durch eine von außen an uns herangetragene Diskussion, unseren Standort zu bestimmen und darüber nachzudenken: Was sind wir? Was wollen wir? Wie stellen wir uns ärztliche Tätigkeit vor?

Deshalb mein Wunsch, dass das Ergebnis dieser Diskussion noch den Weg in das „Ulmer Papier“ findet; denn es handelt sich hier um die Identität der Ärzteschaft in Deutschland und ihre Vorstellungen. Das muss der Ausgangspunkt für weitere Überlegungen sein. Es ist doch ganz wichtig, dies der Politik, der Öffentlichkeit, den Kassen und den Krankenhausträgern zu vermitteln.

Das Perfide an der Diskussion ist ja, dass uns im Grunde neben der Verantwortung für die Gesundheit der Patienten zunehmend auch die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit des Systems aufs Auge gedrückt wird, insbesondere auch in den Krankenhäusern. Auf dem Weg über die DRGs soll sich der Arzt nicht mehr in erster Linie für die Gesundheit des Patienten verantwortlich fühlen, sondern für die wirtschaftliche Existenz des Krankenhauses.

Es hat hier also eine gewaltige Steigerung der Verantwortungskompetenz gegeben, aber unsere Entscheidungskompetenz wird immer weiter reduziert.

Das Unbehagen vieler Ärztinnen und Ärzte in der Diskussion rührt doch daher, dass wir nicht sehen, dass wir es hier mit einem ehrlichen Dialog zu tun haben. Wir registrieren vielmehr, dass es zahlreiche Kräfte gibt, die unsere Position aushöhlen wollen. Man will zwar unsere Verantwortungskompetenz weiter erhöhen, aber unsere Entscheidungskompetenz will man weiter reduzieren. Da müssen wir aufpassen.

Vermeiden wir auf jeden Fall den Begriff „arztersetzend“. Dieser Begriff hat genauso einen Propagandaeffekt wie die Lüge von der Kostenexplosion. Dieser Begriff hat in der Öffentlichkeit und in der Politik eine sehr unselige Wirkung gehabt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kaiser. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Voigt, Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag III-15. Ich weiß, dass wir mit diesem Antrag ein heißes Eisen anpacken. Es geht in diesem Antrag um die teilweise Übertragung von Heilkunde an nichtärztliche Gesundheitsberufe. Der Antrag resultiert aus der Arbeit unseres Arbeitskreises „Nichtärztliche Heilberufe“, den wir vom Vorstand der Ärztekammer Niedersachsen aus eingerichtet haben. Wir haben uns in mehreren Thesen zur Thematik positioniert. Ich möchte eine These zitieren:

> *Die Festlegung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Gesundheitsberufe werden durch die jeweiligen Ausbildungsinhalte, Berufsbeschreibungen und/oder ein noch zu schaffendes Berufsgesetz definiert, das das Heilpraktikergesetz von 1939 ersetzt, welches keine zeitgemäße Definition der Heilkunde mehr beinhal-*

tet. Schnittstellenbeschreibungen und Zuschreibungen bzw. Abgrenzung von Verantwortlichkeit im therapeutischen Team werden gemeinsam von den betreffenden Berufsgruppen in interdisziplinären Versorgungsleitlinien festgelegt. Auf der Mikroebene erfolgt eine Festschreibung der Aufgabenverteilung zum Beispiel durch Kooperationsverträge.

Grundsätzlich geht es uns natürlich um den Arztvorbehalt. Es gibt ärztliche Leistungen, die grundsätzlich nicht delegierbar sind, wie Operationen oder invasive Untersuchungen. Es gibt Leistungen, die im Einzelfall delegierbar sind. Es gibt schließlich grundsätzlich regelmäßig delegierbare Leistungen.

Es geht uns grundsätzlich um den Erhalt des Arztes mit seiner zentralen Verantwortung für Diagnostik und Therapie. Es geht uns aber auch um eine Neudefinition der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Dies setzt nach unserer Überzeugung voraus, dass es eine Neudefinition des Heilkundebegriffs geben muss. Ich möchte daran erinnern: Das Heilpraktikergesetz stammt aus dem Jahre 1939, also noch aus Zeiten des Nationalsozialismus.

Es geht darum, im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung zu definieren, in welchem Umfang nichtärztliche Gesundheitsberufe beteiligt werden können und wie sie dabei Verantwortung sowohl im Sinne einer Haftungs- als auch einer Budgetverantwortung übernehmen.

Ich möchte dies noch ganz kurz an einem Beispiel aus meiner Praxis erläutern. Ich bin niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Tagtäglich muss ich abklären, in welchem Umfang Kinder dabei Therapie erhalten. Ich delegiere eine solche Therapie an Logopäden oder Ergotherapeuten. Bisher sind sie zwar in den aktiven Behandlungsprozess einbezogen, aber ohne dort selbst Haftung oder auch Budgetverantwortung zu übernehmen. Dieses tragen wir als Ärzte ganz allein. Dies ist nicht mehr zeitgemäß und muss verändert werden.

Vor diesem Hintergrund bitte ich Sie, den Antrag zu unterstützen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

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

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz ein Problem beleuchten, damit Sie hinterher erleuchtet herausgehen. Es hat auch etwas mit dem Arztbild und der zukünftigen Berufsausbildung zu tun, nämlich mit dem drohenden Horizont Master und Bachelor, wovon Sie schon gehört haben. Master und Bachelor wird Ihnen mit dem Argument verkauft: Es muss wegen des Bologna-Prozesses alles wunderbar einheitlich sein. Lassen Sie sich bitte nicht täuschen. Was steckt dahinter? Bologna-Prozess bedeutet nur: 37 europäische Staaten einigen sich darauf, dass Abschlüsse vergleichbar sind. Man hat leider Gottes das schöne Diplom in vielen Bereichen aufgegeben. Sie müssen jetzt einen Bachelor- oder Master-Studiengang absolvieren.

Jetzt droht dies auch in der Medizin. Die Schweiz hat das bereits in Zürich eingeführt. Andere Institutionen, beispielsweise in Berlin, denken auch darüber nach. Was bedeutet das? Wenn Sie einen Bachelor-Abschluss machen, sind Sie berechtigt, eigenständig einen Beruf auszuüben. Natürlich wollen wir nicht, dass jemand nach sechs Semestern, der also ungefähr gerade in dem Bereich ist, in dem er Pathologie und die ersten U-Kurse gemacht hat, als Barfußmediziner zu Gange ist. Also müssen Sie einen zweiten Studiengang machen, den Master-Studiengang. Den müssen Sie aber auch für Bachelor aus anderen Richtungen öffnen. Sie können natürlich sagen: Weil er ärztlich tätig ist, darf er nicht aus der Betriebswirtschaftslehre oder der Juristerei kommen. Aber bei anderen Bereichen können Sie das nicht verbieten.

Wenn Sie den Master-Abschluss gemacht haben, dann haben Sie einen zweiten Studiengang abgeschlossen. Ein zweiter Studiengang ist ein zusätzlicher Studiengang, der für die Kolleginnen und Kollegen natürlich gebührenpflichtig ist. Ich glaube, Sie alle wollen doch nicht, dass die Kollegen, die hinterher ärztlich tätig sein wollen, gebührenpflichtig ein Studium ableisten müssen. Die Kultusministerkonferenzen haben sich eindeutig geäußert und erklärt: Wer einen Master-Abschluss hat, ist nicht automatisch berechtigt, hinterher die Heilkunde auszuüben; wir wollen nach wie vor das Staatsexamen sehen, bevor wir die Approbation erteilen.

Schauen Sie sich die Schweizer an; die haben dies auch gemacht. Wenn wir uns hier jetzt nicht positionieren und ein eindeutiges Signal an die Politik geben, indem wir sagen, Master und Bachelor wollen wir nicht, wir haben allerdings nichts dagegen, wenn etwas im Hinblick auf eine bessere Qualität des Studiums passiert, ist das kein Thema, aber verschont uns bitte mit Bachelor und Master. Das wird nur zu einer Verknappung der Ressourcen führen.

Wie will man dagegen argumentieren, dass der Bachelor bestimmte Tätigkeiten ausüben kann? Er hat doch auch schon Anatomie gemacht, er hat auch U-Kurse gemacht usw.

Wir haben den entsprechenden Antrag III-21 gestellt. Wenn Sie draußen mit Patienten und mit Kollegen sprechen, dann sind Sie der wichtige Moderator, der sagt: Nein, das wollen wir nicht. Sagen Sie den Politikern bitte klipp und klar: Wir wollen in der Medizin kein Master-/Bachelor-System haben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

(Beifall)

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

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Einstein hat einmal gesagt: Mache es einfach, aber nicht zu einfach. Ich zeige Ihnen jetzt zwei Folien. Wir finden diese Kasuistiken nicht selten, die Patientengruppe mit unproblematischen Krankheitsbildern und diejenige mit problematischen Krankheitsbildern.

Den Text der zweiten Folie lese ich für diejenigen, die es vielleicht nicht so gut lesen können, vor:

> *Es ist vielleicht die finale Ironie der Automation, dass die erfolgreichsten automatisierten Systeme mit außergewöhnlich geringem Bedarf für einen manuellen Eingriff den größten Bedarf an Training der Mitarbeiter erfordern.*

Ich denke, das bringt uns zu unserem Thema.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Frau Müller-Dannecker aus Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Sehr verehrte Damen und Herren! Ich bin froh, dass wir dieses Thema behandeln, wenngleich ich der Meinung bin, dass wir viele Aspekte ausgeblendet haben. Ich glaube, dass wir uns in der Zeit, in der wir hier über ein vereintes Europa reden, viel stärker als bisher mit der Frage beschäftigen müssen: Was geschieht eigentlich anderswo? Ich rege an, dass wir zukünftig einmal Referate über die Frage hören: Was spricht für unser Sys-

tem? Was spricht für das angloamerikanische System? Was spricht für das französische System? Damit sollten wir uns inhaltlich auseinandersetzen.

Es ist klar, dass wir im Moment Probleme haben. Wir haben begrenzte Ressourcen, und es besteht ein Ärztemangel. Darüber hinaus bekommen die Ärzte, die wir haben, zu wenig Geld.

Das ist die Gunst der Stunde für andere Berufsgruppen, zu erklären: Wir machen jetzt die Arbeit. Wir haben sehr wohl Probleme in der Zusammenarbeit mit den Heilpraktikern. Da gibt es keine gute Kooperation. Womöglich wollen wir diese auch gar nicht. Klar ist: Sie sind für uns nur ein begrenztes Problem, weil sie außerhalb des Budgets sind. Sie werden von irgendjemandem privat bezahlt. Insofern geht es zwar der Ärzteschaft verloren, aber es gibt keinen Kampf um das Budget.

Wenn wir aber Berufsgruppen mit einem eigenen Budget einführen, wird es zu einem erheblichen Verteilungskampf kommen, wie wir ihn, ehrlich gesagt, zwischen Klinik und Praxis auch schon sehen. Dasselbe gilt für die Reha und die vielen anderen Töpfe, die gegeneinander kämpfen. Es kann bei begrenzten Ressourcen nicht die Lösung sein, einer Berufsgruppe ein eigenes Budget zu geben. Damit werden wir das Problem nicht lösen.

(Beifall)

Für mich ist klar, dass wir viel stärker die Frage nach der Qualifikation der Pflege stellen müssen. Anderenfalls geraten wir in die Defensive. Ein Kampf zwischen Medizinischen Fachangestellten und der Pflege sozusagen positiv in unsere Konzepte einzubauen, halte ich für falsch. Wir müssen stärker als bisher die Qualifikation der Pflege dort, wo Versorgungsengpässe bestehen, einsetzen, aber unter der Gesamtverantwortung der Ärzte. Es wird mir in manchen Papieren zu wenig betont, dass wir die Pflege stärker unterstützen müssen. Wir sollten keinen Kampf zwischen Medizinischen Fachangestellten und der Pflege zulassen. Wir sollten vielmehr jeder Gruppe Anforderungsprofile zuordnen.

Aus der Sicht einer Krankenhausärztin kann ich sagen: Wir führen unglaublich viele Tätigkeiten aus, die berufsfremd sind. Das gilt sowohl für die Pflege als auch für die Ärzte. Hier müssen wir zuallererst ansetzen, bevor wir beispielsweise die Anästhesie durch andere Berufsgruppen machen lassen. Hier existiert Potenzial. Dieses Potenzial müssen wir ausschöpfen.

Wir haben auch das Problem, dass wir in den Berufsgruppen zu schlecht zusammenarbeiten. Pflege und Arzt arbeiten nicht optimal zusammen. Auch da existieren Ressourcen, die wir heben müssen.

Leider ist meine Redezeit abgelaufen. Ich werde mich noch einmal zu Wort melden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist aber lieb. – Dann bitten wir jetzt Frau Buckisch-Urbanke aus Niedersachsen ans Rednerpult. Bitte schön.

Dr. Buckisch-Urbanke, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kollegen und Kolleginnen! Ich spreche zum Antrag III-21. Herr Kollege Scholz hat in seinem Redebeitrag bereits das Thema Bachelor- und Master-Struktur in der Medizin angesprochen. Seit Jahren warnen wir auf den Ärztetagen immer wieder davor, dass die schlechten Arbeitsbedingungen in der Medizin zu einem Ärztemangel führen werden. Jetzt ist der Mangel da und für jeden, auch für die Politik, deutlich spürbar. Anstatt sich den Ursachen zuzuwenden, sprießen landauf, landab Vorschläge aus dem Boden, wie man Ärzte – natürlich besonders billig – ersetzen könnte. Dass die alte Forderung nach der Bachelor- und Master-Struktur, der wir schon 2005 auf dem Ärztetag eine deutliche Absage erteilt haben, neuen Wind unter die Flügel bekommt, ist für mich ganz klar verständlich. Professor Schulze und auch Theo Windhorst haben in ihren Referaten dieses Thema gestreift und dem eine deutliche Absage erteilt.

Das Problem ist, deshalb möchte ich Ihr besonderes Augenmerk auf den Antrag richten, dass, obwohl wir uns als Ärztetag deutlich positioniert haben, Pläne einiger Universitäten, das einzuführen, bereits in der Schublade liegen. Diese Pläne sind weit fortgeschritten. Dass das zurzeit politisch befördert wird, ist für mich ganz klar. Zum einen schafft man dadurch – darauf hat Herr Scholz hingewiesen – eine Aufsplittung des Arztbildes und des ärztlichen Berufs, sodass wir den ungeliebten monolithischen Arztblock, wie es so schön heißt, aufspalten. Zum anderen wird immer der sogenannte Bologna-Prozess ins Feld geführt. Niemand weiß, was dieser Ausdruck bedeutet. Er bedeutet eigentlich nur, dass eine gegenseitige Anerkennung von Studienabschlüssen in Europa erfolgt.

Deshalb bitte ich Sie, von diesem Ärztetag aus ein ganz deutliches Signal zu geben, dass eine Aufspaltung in ein erst berufsfeldbezogenes Bachelor-Studium und einen wissenschaftlichen Master für uns nicht infrage kommt. Wir müssen dem eine klare Absage erteilen. Das ist, meine Kolleginnen und Kollegen, der falsche Weg.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Buckisch-Urbanke. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Scheiber aus Thüringen.

Dr. Scheiber, Thüringen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Delegation ärztlicher Leistungen ist ein seit Jahrzehnten übliches Verfahren. Die Bundesärztekammer hat entsprechende Rahmenbedingungen vorgegeben. Die Delegation ärztlicher Leistungen, wie sie hier erwähnt wurden – Blutentnahme, intravenöse Injektionen –, ist in den Krankenhäusern Alltag. Wir können unsere Alltagssituation häufig ja gar nicht meistern, wenn wir die Pflegekräfte und unser anderes Assistenzpersonal nicht in solche Prozesse einbeziehen.

Die Ausweitung der Delegation ärztlicher Leistungen, wie sie jetzt von allen Seiten im Gesundheitswesen – auch aus der Ärzteschaft – gefordert wird, hat angeblich den Hintergrund, dass wir den Ärztemangel und den steigenden Versorgungsbedarf bewältigen müssen.

Das kann man machen, aber das kann kein allgemeines Rezept sein. Wir Ärzte haben, glaube ich, zunächst einmal dafür zu sorgen, dass die Ursachen für den Ärztemangel behoben werden. Wir sollten uns nicht von vornherein an der Erfindung neuer Heilberufe beteiligen.

(Beifall)

Es ist hier klar geworden: Neben der Delegation, die wir im Einzelfall auf jeden Fall befürworten können, droht die Substitution. Wir alle wissen nicht so genau, wo die Grenze zwischen Delegation und Substitution verläuft. Wir dürfen das nicht der Beliebigkeit überlassen. Wir in Thüringen sind diesbezüglich gebrannte Kinder. In Erfurt gibt es einen Chefarzt der Anästhesie, der die Anästhesieführung als zu langweilig für Ärzte bezeichnet. Deswegen lässt er sie vom Pflegepersonal ausführen.

Das ist keine Grundlage, die Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen zu definieren. Deswegen sollten wir uns gegen diese Beliebigkeit verwahren.

(Beifall)

Deshalb schlage ich vor, dass wir die Fachgebiete und die Fachärzte dazu auffordern, sich, bevor sie solche Delegationsprojekte in ihren Kliniken umsetzen, mit unabhängigen Kollegen, beispielsweise bei den Ärztekammern, darüber zu beraten, was das überhaupt bedeutet.

Wenn es erst einmal geschehen ist – wie im Klinikum Erfurt –, dann hat die Ärztekammer keinerlei Einflussmöglichkeit mehr.

Daher bitte ich Sie, unseren Antrag 18 zu unterstützen, bei dem ich kleine Änderungen vornehmen muss. Die Jahreszahl 1984 ist fehlerhaft. Ich möchte sie ganz streichen, weil eine neue Empfehlung in Überarbeitung ist.

Ich bitte Sie, das zu unterstützen, weil die Fachgebiete offensichtlich zu uneins sind, um eine klare Grenze zwischen Substitution und Delegation ziehen zu können.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann streichen wir sofort, weil der Antragsteller es selbst gefordert hat, im ersten Absatz die Worte „von 1984“. Das ist damit entfallen. Darüber müssen wir gar nicht mehr diskutieren.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe im Laufe dieses Ärztetages schon einmal zur Definition Arzt/Facharzt gesprochen. In der Approbationsordnung steht, dass Ziel der ärztlichen Ausbildung der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt ist, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zur ständigen Fortbildung befähigt ist.

Derjenige, der selbstständig die ärztliche Berufsausbildung im ambulanten Gesundheitswesen durchführt, ist der Facharzt. Demzufolge wird der Facharzt an dieser Stelle identifiziert mit dem Begriff des Arztes, nach der entsprechenden Ausbildungszeit.

Wie sieht es im Krankenhaus aus? Im Krankenhaus ist es auch der Facharzt. Eigentlich nur über die Definition, die wir in der Approbationsordnung haben, wird der Rahmen des Wissens des Arztes festgelegt. Das heißt mindestens sechs Jahre Ausbildung. Diese Ausbildung ist essenziell für die Struktursicherheit beim Arzt im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung.

Wenn wir möchten, dass aus dieser flächenhaften oder weiten Kompetenz oder auch aus dem Verständnis für Randbereiche diese Struktursicherheit entfernt werden soll, dann benutzen wir den Begriff „Kernkompetenz des Arztes“. Das Wesentliche des Arztberufs ist ja, dass der Arzt breit ausgebildet ist. Nur: In der Struktur der Fachärztevertretung gibt es keine Vertretung, die nur diesen kleinen Begriff der Ärzte abbildet.

Wir dürfen nicht vergessen, dass all diese Veränderungen wegen des Mangels an Geld im ambulanten System aufgetreten sind, auch im stationären System. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass allein dadurch, dass wir keine ordentliche Versorgungsforschung haben, wir nicht nachweisen können, was passiert. Wodurch entsteht ein solcher Druck? Der Druck entsteht dadurch, dass die Versorgungsforschung nicht nachweisen kann, dass durch die mangelnden Mittel die Möglichkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung eingeschränkt ist. Es tut mir leid, das sagen zu müssen, aber es ist so.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Michaelis. – Nunmehr bitte Herr Dr. Prentner aus Bayern.

Dr. Prentner, Bayern: Sehr verehrte Herren Präsidenten! Kolleginnen und Kollegen! Die Thematik „Arztbild der Zukunft“ hat diesen Ärztetag bereits bei der Diskussion über das „Ulmer Papier“ ausgiebig beschäftigt. Im Zusammenhang mit diesem Anliegen wurden eine Handvoll Anträge zur Einarbeitung in dieses Papier auch und gerade zwecks Außendarstellung von den hausärztlich tätigen Delegierten eingebracht. Die Abstimmungsmodalitäten haben bei mir und anderen Delegierten einen schalen Nachgeschmack hinterlassen. Vizepräsident Montgomery hat gestern gezeigt, dass der optische Eindruck von hier oben offensichtlich nicht immer dem tatsächlichen Abstimmungsergebnis entspricht, und als Konsequenz akustisch geäußerten Wünschen nach Auszählung mehrfach Folge geleistet – mit gutem Grund, wie sich mehrfach am knappen Auszählungsergebnis zeigte.

So haben Sie, Herr Montgomery, als guter Tagungsleiter Legendenbildung vermieden. Genau dieses Prozedere hätten wir hausärztlichen Delegierten uns auch im Zusammenhang mit der Abstimmung über die Anträge der Hausärztefraktion gewünscht, zumal die Stimmenverhältnisse unabhängig vom erwünschten Ergebnis die Einstellung dieses Ärztetages zu den Problemen unseres Tätigkeitsbereichs widergespiegelt hätten.

(Beifall)

Diese Chance wurde für dieses Mal nicht zugelassen – schade.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Jetzt liegt ein Geschäftsordnungsantrag von Frau Johna aus Hessen vor. Bitte schön.

Dr. Johna, Hessen: Ich beantrage Schluss der Debatte zu diesem Tagesordnungspunkt.

(Beifall)

Ich bin der Meinung, wir haben zwei sehr gute Vorträge zu diesem Thema gehört, ferner mehr als 20 gute Redebeiträge. Es liegen zu diesem Thema auch hervorragend ausgearbeitete Anträge vor. Ich bin der festen Überzeugung: Wir werden diese mit großer Einigkeit abstimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gibt es eine Gegenrede? – Herr Zimmer zur Gegenrede.

Dr. de Mattia, Schleswig-Holstein: Ich bin gegen Schluss der Debatte, weil ich noch einen ganz wesentlichen Punkt erwähnen möchte.

(Beifall – Zurufe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wer möchte Schluss der Debatte? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Gibt es daran Zweifel? – Nein. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist Schluss der Debatte beschlossen.

Wir treten nunmehr in die Abstimmung der Anträge ein. Ich bitte die Geschäftsführung, die Reihenfolge der Abstimmungen an der Leinwand zu zeigen, damit Sie Ihre Anträge bereits sortieren können. In dieser Zeit werden die beiden Referenten die Möglichkeit wahrnehmen, ein Schlusswort zu sprechen.

Herr Professor Schulze, bitte.

Prof. Dr. habil. Schulze, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich glaube, wir haben mit diesem Punkt, den wir ausführlich diskutiert haben, den Nerv der Zeit getroffen, der uns alle bewegt. Ich denke, dass wir mit den zehn Thesen zeitbezogen die Tendenzen, die von Ihnen deutlich

untersetzt wurden, nämlich beispielsweise die Deprofessionalisierung und das Anknabbern des Arztberufs, von allen Seiten sehr gut beleuchtet haben. Wir haben uns sehr klar positioniert. Die sogenannten ärztlichen Alleinstellungsmerkmale sind so wichtig, dass das in eine gute Kommunikation gegossen werden soll. Wir werden diesen ersten Aufschlag kontinuierlich fortsetzen und entsprechend den aktuellen Entwicklungen immer wieder anreichern.

Es ist gerade für junge Kollegen, die in Zweifel geraten, die Medizin in ihrer praktischen Ausprägung zu wählen, eine ganz wichtige Bastion, dass die Ärztekammer zum Anfassen ist, dass dort genau gesagt wird, was ein ärztliches Alleinstellungsmerkmal ist, was heute unter Freiberuflichkeit zu verstehen ist, welches die Hauptaufgaben der Ärzte und Mediziner in dieser schwierigen Zeit sind.

Hier wurden Thesen vorgestellt, welche die Identifikation der Ärzte, ihre Sichtweise auf das Berufsbild präzisieren und damit ein neues Wir-Gefühl der Ärzteschaft ermöglichen.

Wie gesagt: Es ist ein Anfang. Die Entwicklung muss kontinuierlich beobachtet werden. Wir müssen beobachten, wie sich die Alternativen entwickeln, die durch die Politik und durch die Krankenkassen in manchmal sehr heimtückischer Weise, aber manchmal mit breiter Brust gegen uns vorgetragen werden. Wir müssen uns in einer geharnischten, aber auch fachlich kompetenten Art und Weise artikulieren. Wir sind die Anwälte der Patienten. Die enge Arzt-Patient-Beziehung ist es, die uns befähigt und uns herausfordert, in dieser Weise zu agieren.

Ich habe eine Fülle von guten Anträgen bekommen. Es gibt keinen Gegenwind. Es gibt in vielfacher Weise Ergänzungen. Ich bin sehr dafür, dass diese Anträge positiv abgestimmt werden.

Ich habe die Bitte, dass Sie uns erlauben, die Ergänzungen redaktionell in den Antrag III-1 einzubauen.

Wir haben demnächst während unserer Klausursitzung Gelegenheit, darüber zu beraten, wie wir diese zehn Thesen, die den Nerv offensichtlich gut getroffen haben, in geeigneter Weise entweder in das „Ulmer Papier“ einarbeiten oder in die Form eines gesonderten Papiers gießen, um uns damit zu identifizieren und die Kommunikation nach außen in dieser Zeit sehr klar zu positionieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Jan Schulze. – Jetzt bitte Theo Windhorst.

Dr. Windhorst, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, in beiden Referaten ist klar zum Ausdruck gekommen: Wir wünschen als Ärzte unsere ärztliche Autonomie bei der Ausübung der Heilkunde am Menschen, und wir wünschen eine klare teamorientierte Zusammenarbeit mit den Pflegefachberufen. Das ist unser Ziel, und das ist auch die tägliche Praxis. Wir würden die Zusammenarbeit mit der Pflege gern ausbauen, aber nicht nach Beliebigkeit, sondern nach einem klar definierten Plan, um sicherzustellen, dass die Standortbestimmung eine Berufsperspektive eröffnet, die wir dann auch finanzieren lassen können, die Rechtssicherheit und Rechtsidentität bringt. Dazu gibt es demnächst ein Gutachten von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung – Herr Nösser arbeitet daran mit –, um klarzustellen, dass dort eine Möglichkeit der profihaften Darstellung von Entlastung und Unterstützung in einem neuen Berufsbild entsteht.

Wir müssen klar sehen: Wir haben 20 Jahre Kostendämpfungsgesetze hinter uns. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ist ebenfalls ein Kostendämpfungsgesetz, ein Spargesetz, ein Billigheimer. Wer darin Ansätze zur Qualitätsverbesserung oder zum Patientenschutz sieht, geht auf eine Leimrute.

Ich komme zu Änderungen im Antrag III-3, die wir bereits übernommen haben. Im vierten Satz soll das Wort „coexistierende“ gestrichen werden. Das ist eine Information von Herrn Zimmer aus Nordrhein. Nach dem Willen von Nordrhein, dem wir uns angeschlossen haben, soll im dritten Absatz hinter dem Wort „Versorgung“ eingefügt werden: „im Sinne der Delegation“. Der erste Satz des dritten Absatzes würde dann lauten:

> *Bezüglich der Durchführung und Steuerung des Case-Management-Prozesses wird der Arzt von zusätzlich qualifizierten Gesundheitsfachberufen im Sinne einer professionsübergreifenden Versorgung im Sinne der Delegation unterstützt.*

Herr Kollege Heister hat uns eine Änderung mitgeteilt, die wir ebenfalls übernommen haben. Im dritten Absatz soll in der vorletzten Zeile der Begriff „Sozialpädagogen“ ersetzt werden durch: „psychosoziale Berufe“. Es wäre gut, Sie könnten das übernehmen.

Ich möchte kurz noch etwas zum Antrag III-12 von Herrn Fleck aus Brandenburg sagen. Ich bitte Sie, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen. In der Begründung ist die Rede von einer neuen Aufgabenverteilung, „sei es durch Delegation, sei es durch Substitution“. Substitution ist etwas, was man weder

aus dem hohlen Bauch heraus noch aus unserem Berufsverständnis oder unserer Verantwortung gegenüber den Patienten heraus unterstützen darf.

(Beifall)

Der Antrag III-15 von Herrn Voigt ist auf den erste Blick sehr schön. Den letzten Satz dieses Antrags können wir nicht mittragen:

> *Dabei können nichtärztliche Gesundheitsberufe definierte Bereiche der Heilkunde selbstständig ausüben mit dem- entsprechender Haftungs- und Budgetverantwortung.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie uns erst einmal eine Bereinigung der jetzigen Aufgabenperspektiven durchführen. Wenn Sie in fünf Jahren meinen, dass wir einen schönen Beruf erhalten haben, können wir immer noch darüber reden, aber nicht jetzt, da wir den ersten Aufschlag machen, unser Berufsbild neu zu definieren.

(Beifall)

In der „Ärzte Zeitung“ wird ein Gastroskopiekurs für Arzthelferinnen angeboten: Praxismitarbeiterinnen können sich in der Thoraxklinik der Universitätsklinik Heidelberg im gastroenterologischen Endoskopiekurs fortbilden lassen. Viermal je viertägige Module im Gesamtumfang von 180 Stunden sollen die Möglichkeit bieten, Arzthelferinnen in der Gastroskopie zu professionalisieren. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt!

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Haben Sie die Änderungen, die Herr Windhorst vorgetragen hat, in Ihre Papiere eingetragen? Sonst müssen wir sie bei der Abstimmung möglicherweise jeweils wiederholen. Es ist nicht so schnell für jeden nachzuvollziehen.

Wenn Sie einverstanden sind, stimmen wir zunächst über den Antrag III-1 des Vorstands mit den zehn Thesen ab. Zu diesem Antrag gibt es zwei Änderungsanträge. Ich rufe zunächst den **Antrag III-1 a** auf. Danach soll am Ende der erste These der Text ergänzt werden. Wer möchte dem Antrag 1 a zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.** Dann gilt das, was Professor Schulze in seinem Schlusswort gesagt hat.

Der **Antrag III-1 b** sieht vor, dass in der fünften These der dritte Absatz durch folgenden Text ersetzt werden soll:

> *Unser Ziel ist eine möglichst ungeteilte Patientenbegleitung durch den behandelnden Arzt. Im stationären Bereich ist dadurch durch geeignete Dienstplangestaltung und Rotationspläne sicherzustellen, dass eine möglichst hohe Kontinuität des ärztlichen Ansprechpartners gewährleistet ist …*

(Zuruf)

– Herr Griebenow möchte etwas anderes, als wir es verstanden haben. Wenn Sie uns das bitte vortragen, Herr Griebenow. Das ist ja wichtig zur sachlichen Aufklärung. Bitte.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Durch den vorgeschlagenen Text sollen nur die vier Worte „aus Sicht der Ärzteschaft“ durch den vorgeschlagenen Text ersetzt werden. Es folgen die Worte „im ambulanten Bereich“. Danach ist der Text unverändert.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das gibt noch ein bisschen Redaktionsarbeit. Ich frage, ob Sie unter diesen Kautelen dem Antrag 1 b zustimmen wollen? Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Die Mehrheit war dafür. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zur Abstimmung über den **Antrag III-1** in der so geänderten Fassung. Wer möchte dem so gestalteten Antrag 1 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit riesiger Mehrheit – das kann man wohl so sagen – **in der geänderten Fassung angenommen.** Vielen Dank.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag III-7** von Herrn Bartmann. Da gibt es den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Formal. Dann frage ich: Wer befürwortet die Überweisung an den Vorstand? – Wer ist dagegen? – Das Erste war wohl die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zum Antrag 10. Dazu liegt der **Antrag III-10 a** vor. Danach soll in den Zeilen 3 und 4 der Wortteil „Haus-“ gestrichen werden. Das ist mate-

riell sehr bedeutsam, weil „hausärztlich“ und „ärztlich“ etwas Unterschiedliches sind. Der Deutsche Ärztetag fordert also dazu auf,

> *ein umfangreiches Konzept zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu entwickeln, um dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken.*

(Beifall)

Das bedeutet, dass wir den gesamten Nachwuchs in diesem Sinne betreuen sollen. Wer möchte an beiden Stellen den Wortteil „Haus-“ streichen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist das so geschehen.

Dann muss natürlich auch der Titel geändert werden. Statt „Förderung Nachwuchs Allgemeinmedizin“ soll es heißen: „Förderung des ärztlichen Nachwuchses“. Ich glaube, das ist implizit. Oder sehen Sie das anders? – Nein. Damit ist der Antrag 10 a **angenommen.**

Wir stimmen jetzt über den so geänderten **Antrag III-10** ab. Wer stimmt dem so geänderten Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zur Abstimmung über den **Antrag III-21.** Es geht um Bachelor-/Master-Struktur in der Medizin.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede gegen die Vorstandsüberweisung? – Formal. Wer stimmt für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Dann stimmen wir materiell ab. Wer ist für die Annahme des Antrags 21? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag III-23** von Herrn Jaeger und anderen. Danach sollen die zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft aus dem Vortrag von Professor Schulze bei der Fortschreibung des „Ulmer Papiers“ berücksichtigt werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es gibt den Antrag auf Überweisung an den Vorstand. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wir machen das ganz formal. Wer möchte der Überweisung zustimmen? – Wenige. Wer ist dagegen? – Viel mehr. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Vielen Dank.

Damit kommen wir zu den Anträgen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Wir kommen zunächst zum **Antrag III-2.** Es geht um die Rolle der MFA; früher hätte man „Arzthelferin“ gesagt. Änderungsanträge liegen nicht vor. Korrekturen sonstiger Art gibt es auch nicht. Dann können wir über den Antrag so, wie er ist, abstimmen. Wer ist für den Antrag III-2? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist eindeutig **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag III-3** des Vorstands. Es wird folgende Änderung erbeten: In dem Absatz, der mit den Worten „Bezüglich der Durchführung“ beginnt, soll in der vorletzten Zeile der Begriff „Sozialpädagogen“ durch die Worte „psychosoziale Berufe“ ersetzt werden. Wer möchte diesem Änderungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war klar die Mehrheit. Dann ist diese Änderung angenommen.

Zur Geschäftsordnung Herr Bodendieck. Aber bitte nur zur Abstimmungsprozedur.

Bodendieck, Sachsen: Zum Antrag III-2 haben Herr Dr. Lipp und ich einen Änderungsantrag eingebracht. Darüber ist nicht abgestimmt worden.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der ist auch nicht hier.

Bodendieck, Sachsen: Das ist der Antrag III-22. Wir möchten, dass im vorletzten Absatz auf der zweiten Seite ein Zusatz erfolgt. Dieser Antrag ist verteilt worden. Wir haben aber schon über den Antrag III-2 abgestimmt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das sieht aus wie ein eigener Antrag. Da ist kein Bezug zum Antrag 2 zu erkennen.

(Vereinzelt Beifall)

Bodendieck, Sachsen: Kollege Lipp hat in seiner Rede darauf hingewiesen, dass wir das als Änderungsantrag zum Antrag III-2 sehen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir können ja auch später über diesen Antrag abstimmen. Vielen Dank für den Hinweis.

Ich kehre zum Antrag 3 zurück. Wir haben den Begriff „Sozialpädagogen“ durch „psychosoziale Berufe“ ersetzt. Wer ist für den so geänderten Antrag III-3? –

Wer ist gegen den Antrag III-3? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Eine Meldung zur Geschäftsordnung. Bitte.

Dr. Scheiber, Thüringen: Es kommt ein bisschen spät. Es liegt der Antrag III-25 vor, der sich, glaube ich, auf den Antrag III-3 bezieht. Über ihn hätte vorhin abgestimmt werden müssen. Dort wird gefordert:

> *Der Aufteilung des „einzelfallorientierten Prozessmanagements“ in einen „medizinisch-therapeutischen Pfad“ und einen „reinen Management- bzw. Koordinierungspfad“ wird eine Absage erteilt.*

Darüber hätte vorher abgestimmt werden müssen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist kein Änderungsantrag zum Antrag III-3. Das ist ein eigener Antrag. Über ihn können wir nachher als eigenen Text abstimmen. Wenn wir uns eine Meinung gebildet haben, können wir immer noch schauen, was wir mit dem Antrag machen. Anderenfalls hätte dort eindeutig stehen müssen: Änderungsantrag zum Antrag III-3. Dann hätte die Drucksache auch eine andere Nummer bekommen. Dann hätte man es hier oben leichter.

Wir kommen zum **Antrag III-4** des Vorstands mit der Überschrift: „Delegation ja – Substitution nein“. Gab es da Korrekturen? – Nein. Dann können wir gleich darüber abstimmen. Wer ist für den Antrag III-4? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag III-5.** Hier ist eine wichtige Korrektur notwendig. Der dritte Absatz lautet gemäß der Vorlage:

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt solche Tendenzen ab. Der Arztberuf wird nur effizient bleiben, wenn den Ärzten ihre professionelle Autonomie im Sinne des freien Berufes erhalten bleibt, und zwar abhängig …*

Statt „abhängig“ muss es „unabhängig“ heißen. Das andere wäre ja zumindest verwirrend. Ich glaube, darüber müssen wir nicht abstimmen. Vielleicht ist hier ein Tippfehler oder sonst irgendetwas passiert. Vielleicht hat auch der Computer nicht aufgepasst, man weiß es nie.

(Heiterkeit)

Nun können wir abstimmen. Wer ist für den Antrag III-5? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag mit ganz klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zur Abstimmung über den **Antrag III-6** von Frau Dr. de Mattia, der sich mit der Weiterbildung befasst. Der Antrag liegt Ihnen vor. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag III-8** von Herrn Jaeger und anderen. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit ganz klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag III-9.** Hier haben die Antragsteller selber eine Änderung vorgenommen. Der dritte Satz des zweiten Absatzes lautet:

> *Delegierbare und nichtärztliche Tätigkeiten, insbesondere bürokratische Tätigkeiten, müssen im Dialog mit anderen Berufen übertragen werden.*

Die Antragsteller möchten das Wort „müssen“ ändern in „können nur“. Da die Antragsteller selber dies wünschen, ist über den Antrag von vornherein in der geänderten Fassung abzustimmen. Wer möchte dem Antrag III-9 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Eine Gegenstimme. Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-11** von Herrn Lipp. Es liegt kein Änderungsantrag vor. Wer möchte dem Antrag 11 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Bei einzelnen Gegenstimmen auch klar **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag III-12.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Zur Begründung bitte Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe kurz mit dem Antragsteller gesprochen, weil ich ihn bitten wollte, den Antrag zurückzuziehen; denn so, wie er jetzt formuliert ist, fordert er ja gerade die Substitution ärztlicher Leistungen im stationären Bereich.

(Vereinzelt Beifall)

Gemeint ist, dass wir von bürokratischen Arbeiten entlastet werden sollen. Das sind aber nichtärztliche Tätigkeiten. Zwar wird von der Substitution hauptsächlich in der Begründung gesprochen, aber der allgemeine Antragstext ist so unspezifisch, dass es gefährlich ist. Ich möchte als Arzt meine ärztlichen Tätigkei-

ten selber organisieren. Da möchte ich kein Verwaltungshandeln haben, das eingreift. Wenn man der guten Absicht folgen will, müsste man den Antrag an den Vorstand überweisen. Ansonsten muss man den Antrag ablehnen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist dafür? – Viele. Wer ist dagegen? – Auch viele, aber weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Ein Geschäftsordnungsantrag. Bitte.

Dr. Schott, Bayern: Ich beantrage eine zweite Lesung zum Antrag 10 a, weil er uns nicht vorlag, als er abgestimmt wurde.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das wusste ich nicht. In diesem Antrag geht es darum, dass der Wortteil „Haus-“ gestrichen wird. Das habe ich doch einigermaßen didaktisch brauchbar erklärt.

(Beifall)

Wir wickeln jetzt noch die Abstimmungen über die restlichen Anträge ab, dann kommen wir zur Frage der zweiten Lesung. Vielleicht ist der Antrag bis dahin auch verteilt.

(Zurufe)

– Jetzt liegt er vor? Wollen Sie sofort über die zweite Lesung zum Antrag 10 a sprechen? – Gut. Dann machen wir es jetzt. Wer ist für eine zweite Lesung zu den Anträgen 10 und 10 a? – Wer ist dagegen? – Zweifelt jemand daran, dass weniger als ein Drittel der Delegierten dafür waren? Oder möchten Sie lieber zählen? – Ist alles klar. Wir fragen ganz artig. Die zweite Lesung ist also nicht befürwortet.

Wir kommen nunmehr zum **Antrag III-13.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Möchte das jemand begründen? Ich glaube, Herr Windhorst hat es schon getan. – Möchte jemand dagegensprechen, dass der Antrag an den Vorstand überwiesen wird? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer ist dafür, dass der Antrag an den Vorstand überwiesen wird? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Haben Sie einen Antrag 26 auf Ihren Plätzen? – Nicht. Dann müssen wir das mit Vorlesen regeln, oder wir stellen ihn etwas zurück. Der Antrag 26 steht jetzt als **Antrag III-14 (neu)** von Herrn Bodendieck elektronisch zur Verfügung und lautet:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag fordert im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen von den auf Landesebene zuständigen Aufsichtsbehörden nichtärztlicher Gesundheitsberufe verlässliche berufs- und ausbildungsrechtliche Standards.*
>
> *Bei zunehmender Verflechtung und Kompetenzübertragung im Gesundheitswesen sind geeignete Organisationsformen erforderlich, um transparent, strukturiert und in einfacher Weise Ausbildung zu sichern, Qualifikation zu gewährleisten und Berufsausübung zu überwachen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Überweisung an den Vorstand beantragt. Möchte das jemand mündlich begründen? – Das ist nicht der Fall. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Auch das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Damit ist der Antrag 26 hinfällig.

Wir kommen zum **Antrag III-15** von Herrn Voigt:

> *Die Tätigkeit im Gesundheitswesen ist zunehmend durch die Notwendigkeit zur Kooperation der Gesundheitsberufe geprägt. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, unter Beachtung des Arztvorbehaltes Modellprojekte zu entwickeln …*

Herr Windhorst hat vorhin seine Vorliebe für eine Vorstandsüberweisung zum Ausdruck gebracht. Stimmt das?

(Beifall)

Gibt es eine Gegenrede gegen die Überweisung? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 15 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Ich frage also noch einmal: Wer befürwortet die Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen die Überweisung an den Vorstand? – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Es war gut, dass wir gezählt haben: Es waren 101 für die Überweisung und 99 gegen die Überweisung. Bei dieser Differenz kann man sich schon mal vergucken. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Zum Antrag 16 gibt es den **Antrag III-16 a.** Danach soll der dritte Satz gestrichen werden:

> *Es sind die korrekten Berufsbezeichnungen … zu verwenden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich glaube, wir sollten erst über den Änderungsantrag abstimmen und dann das sich daraus ergebende Konvolut an den Vorstand überweisen, es sei denn, Sie wollen von vornherein den Antrag 16 an den Vorstand überweisen. Dann würde der Änderungsantrag mit überwiesen. Wir können aber keinen Änderungsantrag an den Vorstand überweisen und nachher den zugrunde liegenden Antrag ablehnen. Dann hätten wir einen Änderungsantrag zu etwas, was es nicht gibt. Wer möchte den erwähnten Satz streichen? – Wer möchte das nicht? – Der Antrag ist **abgelehnt.** Dann wird der Satz nicht gestrichen.

Damit kommen wir zu dem unveränderten **Antrag III-16.** Gilt der Überweisungsruf auch für den Antrag 16? – Gut. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag 16 an den Vorstand überweisen? – Einige. Wer möchte nicht überweisen? – Dann frage ich: Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag 16 ist in unveränderter Fassung **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag III-17.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung gewünscht. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das ist die Mehrheit. Damit wird der Antrag nicht überwiesen. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte ihm nicht zustimmen? – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-20** von Herrn Lindhorst und Herrn Nowak. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag 20 ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Der Antrag ist super; das darf ich ja nach der Abstimmung sagen.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag III-18** von Herrn Scheiber, der selber die Worte „von 1984“ zurückgezogen hat. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag III-19.** Dort muss es in der zweiten Zeile des zweiten Absatzes statt „Physical Assistants“ heißen: „Physician Assistants“. Das können wir so ändern, weil es dem Sinn entspricht. Wer ist für den Antrag 19? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-22:**

> *Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt arztersetzende Parallelstrukturen in der hausärztlichen Versorgung ab …*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag klar **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag III-24** von Herrn Fischbach. Das ist ein Appell an diejenigen, die davon betroffen sind. Wer ist für die Annahme? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Der Antrag ist **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag III-25.** Haben Sie diesen Antrag? – Gut. Wer möchte dem Antrag 25 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Viele Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen.**

Damit haben wir den Tagesordnungspunkt III bewältigt. Ich bedanke mich noch einmal sehr herzlich bei den Herren Referenten.

(Beifall)

Wir werden auch das in die weitere Fortschreibung des „Ulmer Papiers“ einbeziehen, so wie Sie sich das selber vorgenommen haben. Das wird zu gegebener Zeit sichtbar werden.

Jetzt gibt es von Herrn Dr. Jonitz, dem Präsidenten der Berliner Ärztekammer, den Wunsch nach einer persönlichen Erklärung. Bitte schön.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben uns hier in großer Eintracht und mit großer Sach-

kunde mit dem Tagesordnungspunkt III beschäftigt. Es ging um die Frage: Delegation oder Substitution? Wir hatten eine kleine Kontroverse zum Antrag 10. Der geänderte Antrag 10 ist absolut richtig. Warum war der Originalantrag 10 auf die Förderung des hausärztlichen Nachwuchses bezogen? Weil primär der Hausarzt durch die Substitution bedroht ist.

(Beifall)

Theo Windhorst hat die Erfahrungen aus anderen Ländern vorgetragen. Die Familienkrankenschwester ist dabei, die hausärztliche Arbeit zu ersetzen.

Wir müssen als Ärztetag primär unsere hausärztlichen Kollegen davor schützen, ersetzt zu werden, bevor auch die Fachärzte der Reihe nach ersetzt werden.

Nun haben wir das so abgestimmt. Wir werden einen neuen Antrag mit ähnlichem Inhalt unter Tagesordnungspunkt VI einbringen. Vielleicht ist das Plenum in der Lage, durch einen großen Applaus der Hausärzteschaft bei diesem Anliegen den Rücken zu stärken. Darum möchte ich Sie bitten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Jonitz.

Wir kommen nunmehr zu **Tagesordnungspunkt VI:**

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Berichterstatter über die Förderinitiative Versorgungsforschung ist Herr Professor Scriba, der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Diese Berichterstattung gehört ja zum gesetzten Teil dieses Tagesordnungspunkts.

Ich begrüße Sie sehr herzlich, Herr Professor Scriba, unter uns und gebe Ihnen das Wort.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Verehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte, wenn Sie es erlauben, mit einem Wort des Dankes an die Ärztetage dafür beginnen, dass sie mit großer Weisheit beschlossen haben, die Versorgungsforschung zu fördern und den Vorstand der Bundesärztekammer zu autorisieren, aktiv in die Versorgungsforschung einzusteigen. Das verdient Dankbarkeit, Respekt und Anerkennung, jedenfalls aus meiner Sicht.

Sie werden wahrscheinlich fragen: Wozu ist es eigentlich notwendig, dass wir Geld in die Hand nehmen – es sind letztlich Ihre Beiträge –, um damit die Versorgungsforschung zu fördern? Das ist eine berechtigte Frage. Ich will versuchen, mit wenigen Worten zu erläutern, was wir getan haben. Das ist ja der Sinn des jährlichen Berichts, den wir hier erstatten. Die Förderinitiative kümmert sich um die Versorgungsforschung. Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.

Was soll mit der Förderung der Versorgungsforschung durch die Ärzteschaft erreicht werden? Es soll die wissenschaftliche Kompetenz und Verantwortung für die Versorgung in der Selbstverwaltung demonstriert werden. Es soll nachgewiesen werden, dass die Ärzteschaft in der Lage ist, selbst Verbesserungspotenziale aufzuzeigen und entsprechende Vorschläge zur Umsetzung zu machen.

Im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung sollen Fragestellungen untersucht werden, die von besonderer beruflicher und gesundheitspolitischer Relevanz für die gesamte Ärzteschaft und insbesondere auch für die Patienten sind.

Es sollen die Ergebnisse der Versorgungsforschung für Politikberatung aufbereitet und Hinweise auf Probleme der gesundheitlichen Versorgung und zur Verbesserung der Versorgungssituation gegeben werden.

Schließlich sollen Projekte mit Modellcharakter gefördert und deren Ergebnisse in die Fläche oder in andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung übertragen werden.

Im Rahmen der Förderinitiative gibt es drei verschiedene Fördertypen: Einzelprojekte mit Modellcharakter, Querschnittsprojekte sowie Kurzgutachten und Expertisen. Darauf möchte ich im Folgenden kurz eingehen.

Was haben wir bisher erreicht? Zunächst zu den Einzelprojekten mit Modellcharakter, den sogenannten Typ-I-Projekten. Mit 17 Projekten wurden Verträge abgeschlossen. 11 Projekte erhalten eine „Vollförderung“, sechs einen Projektzuschuss. Informationen zu den geförderten Projekten wurden in Form von aktuellen „Projektvisitenkarten“ zusammengefasst und liegen hier aus. Das ist im Übrigen eine Form der Transparenz über laufende Forschungsvorhaben, die es in keinem anderen mir bekannten Förderverfahren gibt.

(Beifall)

Laufende Projektbegleitung und Controlling durch die „Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung“ (SKV) hebt sich ebenfalls aus dem Üblichen

hervor. Es gibt für jedes Projekt einen Projektpaten aus dem Kreis der Ständigen Koordinationsgruppe, der beratend zur Verfügung steht. Es werden für jedes Projekt Zwischenberichte erstellt, die durch den Projektpaten der SKV begutachtet werden. Die Projektpaten berichten auf den Sitzungen der SKV, und die Projektergebnisse werden darüber hinaus in Projektworkshops vorgestellt.

Auch das ist eine Form der begleitenden konstruktiven Kritik, die ziemlich herausragend ist.

Die Themenfelder der ersten Förderphase der Typ-I-Projekte lauten: 1. Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag, 2. Einfluss der Ökonomisierung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit, 3. Einfluss der maßgeblichen arztseitigen Faktoren auf die Versorgung.

Ich zeige Ihnen jetzt vier Diagramme, die deutlich machen, wie Themen und Laufzeiten der Projekte aussehen. Ich möchte nicht auf die Einzelheiten eingehen, weil das auch schriftlich vorliegt.

Es werden bereits 2008 viele Ergebnisse kommen. Ein einzelnes Projekt ist bereits beendet. Auf dem nächsten Ärztetag werden wir also Substanzielles zu berichten haben. Es gibt eine vorgezogene Ausschreibung für ein Typ-I-Projekt im Vorgriff auf das, was in der zweiten Förderphase gefördert werden soll. Das Thema lautet: „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen (inklusive ‚Privatisierung') von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung". Das ist im Grunde angelehnt an die Diskussion vor zwei Jahren um die Privatisierung von Gießen und Marburg.

Wir haben ein Projekt von Herrn Professor Pfaff bekommen. Er möchte feststellen, ob die Trägerschaft selbst bzw. ein Trägerwechsel Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung hat. Er greift dabei einerseits auf Umfragen zur Unternehmensstrategie und andererseits auf die Routinedaten des WidO (§ 301 SGB V) zurück.

Unsere dringende Bitte an alle, die entsprechende Verbindungen und möglicherweise Einfluss haben, dabei zu helfen, die derzeit laufenden bundesweiten standardisierten schriftlichen Befragungen ärztlicher Direktorinnen und Direktoren in Krankenhäusern zu unterstützen.

Das zweite Projekt, das teilgefördert ist und von Herrn Professor Busse stammt, möchte in vergleichbarer Weise 53 Ergebnisqualitätsindikatoren mithilfe des Datensatzes nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz zusammenführen und mit Indikatoren von privatisierten Krankenhäusern vergleichen, die seit mindestens zwei Jahren privatisiert sind. Er möchte die Daten vor und nach der Privatisierung miteinander vergleichen.

Wir haben die dringende Bitte an die Klinikbetreiber und die Trägerschaft, soweit sie Einfluss haben, die Wünsche der beiden Projektnehmer auf Lieferung von Daten zu unterstützen.

Damit komme ich zum Stand der zweiten Förderphase bei den Typ-I-Projekten. Das Auswahlverfahren zeichnet sich aus durch eine hohe Transparenz, den offenen Abgleich auch kontroverser Gutachtermeinungen und einen deutlich höheren Aufwand als in sonstigen Begutachtungsverfahren üblich. Zu diesem höheren Aufwand gehört eine zweistufige Begutachtung, Antragsskizzen durch vier schriftliche Gutachten, ausführliche Anträge durch sechs Gutachter sowie jeweils zweitägige Gutachtersitzungen.

Dem Vorstand der Bundesärztekammer werden gemäß der Ausschreibung Projekte aus folgenden Themenbereichen vorgeschlagen: Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung, Optimierung der Versorgung multimorbider Patienten, Optimierung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte, Monitoring der beruflichen Situation sowie der Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten und stationären Versorgung und Versorgungssteuerung durch „Qualitätswettbewerb“ am Beispiel der „Qualitätsberichte“.

Ich komme zu den Querschnittsprojekten, den Typ-II-Projekten. Es soll ein „Report Versorgungsforschung“ erstellt werden, der die Gesamtärzteschaft beraten soll. Es geht um die Aufbereitung eines versorgungsforschungsrelevanten Themas auf der Grundlage eines Symposiums. Solche Symposien werden durch Hinzuziehung anderer Expertenbeiträge ergänzt.

Der erste Band ist von Frau Kurth herausgegeben. Er stellt Konzepte eines kontinuierlichen Versorgungsmonitorings vor, er beschreibt die Vernetzungsmöglichkeiten unterschiedlicher Daten sowie die Anforderungen an die Qualität der Daten. Beantwortet werden die Fragen: Welche regulär erhobenen Daten sind für die Versorgungsforschung nutzbar? Welche Anwendungsmöglichkeiten gibt es? Ich glaube, dieser erste Band ist ein Werk, auf das man auch noch in einiger Zeit mit gewissem Stolz wird zurückblicken können.

Der zweite Band dieser Reihe startet mit einem Workshop, der im Herbst stattfinden wird und unter dem Thema steht: „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Intervention“. Der zweite Band wird von Herrn Angerer und Herrn Schwartz herausgegeben werden.

Dann gibt es noch die Typ-III-Projekte, nämlich Kurzgutachten und Expertisen. Diese Projekte sind geeignet, um schnell die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu von uns vorgegebenen konkreten Fragen zusammenzustellen. Sie unterscheiden sich von Typ-I-Projekten – wissenschaftliche Lösungsvorschläge für

eine bestimmte Rahmenfragestellung – durch die noch gezieltere Fragestellung: Was wissen wir zu einer bestimmten Thematik?

Das ist eine aus meiner Sicht sehr lohnende programmatische Ergänzung. Bisher wurden zwei Expertisen erstellt: „Internationale Literatur zum Thema ‚Physician Factor'" – das ist bereits im „Deutschen Ärzteblatt" nachlesbar – und die Machbarkeitsstudie zu den Folgen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen/Marburg. Darüber habe ich vor einem Jahr berichtet.

Wir haben entsprechend einem Auftrag des 110. Deutschen Ärztetages eine Expertise über die Einflüsse der Auftraggeber und die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien in Auftrag gegeben. Das ist ein etwas heißes Thema. Die Auftragsvergabe erfolgte an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Mit der Fertigstellung dieser Expertise rechnen wir zum kommenden Herbst.

Fazit und Ausblick: Ich glaube, man kann sagen, dass die Förderinitiative der Bundesärztekammer auf einem sehr guten Weg ist, ihre Ziele zu erreichen. Die Wahrnehmung der wissenschaftlichen Kompetenz der Ärzteschaft in der Versorgungsforschung ist gestärkt. Es ist aus unserer Sicht zu begrüßen, wenn diese Aktivitäten nicht nur fortgesetzt werden, sondern dabei auch neue Allianzen befördert werden. Für den 112. Deutschen Ärztetag sind interessante Ergebnisse aus bis dahin abgeschlossenen Projekten zu erwarten.

Die Akzeptanz dieser Art von Arbeit kann man vielleicht am besten durch einen in diesem Punkt vermutlich unverdächtigen Zeugen belegen, der gesagt hat, Versorgungsforschung, die unabhängig von Interessen im Gesundheitswesen betrieben werde, sei unerlässlich; die Initiativen zur Versorgungsforschung wie zum Beispiel die der Bundesärztekammer seien zu begrüßen. Derjenige, der das gesagt hat, ist Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder.

Dem habe ich nichts hinzuzufügen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Scriba. Wir werden im Rahmen der weiteren Diskussion dieses Tagesordnungspunkts auch auf dieses Thema kommen.

Gibt es Fragen an Herrn Professor Scriba? – Bitte, Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Ich habe eine entsprechende Wortmeldung abgegeben. Ich möchte gern wissen, ob bei dem Projekt von Herrn Professor Pfaff, das Sie vorgestellt haben, berücksichtigt ist oder berücksichtigt werden könnte, die Befragungsbasis möglicherweise zu verbreitern. Ich könnte mir vorstellen, dass der Erkenntnisgewinn größer ist, wenn man nicht nur die Ärztlichen Direktoren befragt, sondern auch solche Personen, die mit der täglichen Versorgung auf den Stationen zu tun haben. Ich würde das dringend anraten, wenn es noch nicht passiert ist.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Weitere Wortmeldungen schriftlicher Art liegen nicht vor. Möchten Sie darauf eingehen, Herr Scriba? – Bitte.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Das ist eine gute Idee. Die Antragsteller hatten diese Idee natürlich auch schon. Ich gebe es noch einmal weiter. Es ist schwierig genug, an den Ärztlichen Direktor und den Verwaltungsdirektor, die befragt werden sollen, heranzukommen. Es ist sicher noch schwieriger, eine einigermaßen ausgewogene Befragung vieler Mitarbeiter durchzuführen.

Im Übrigen finden diese Befragungen der Mitarbeiter auch in anderen Projekten statt. Mir sind eine Reihe von Befragungen besonders in der Hessischen Landesärztekammer zur Frage der Privatisierung usw. bekannt. Hier sind im breiten Umfang die Mitarbeiter befragt worden. Das können wir möglicherweise zusammenfügen. Ich kann Ihnen, nachdem das ja nicht mein Projekt ist, aber nicht die Frage beantworten, ob es gelingen wird oder nicht.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön für die Antwort. – Gibt es weitere Fragen oder Bemerkungen? – Das ist nicht der Fall. Wir bedanken uns noch einmal herzlich für Ihren Bericht.

(Beifall)

Sollten Sie etwas Besseres zu tun haben, als unseren Beratungen weiterhin zu folgen, wünschen wir Ihnen für den weiteren Tag und für das Wochenende alles Gute. Schönen Dank.

(Beifall)

Jetzt kommt ein kleiner Vortrag von Frau Goesmann zur Frage des Handlungskonzepts zur Förderung der Weiterentwicklung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin. Das sollte auf Ihren Plätzen liegen. Bitte schön, Frau Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann, Referentin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte an dieser Stelle Herrn Professor Scriba und allen Beteiligten einen ausdrücklichen Dank für die Initiativen in der Versorgungsforschung sagen. Ich bin Mitglied dieser Ständigen Konferenz, die sich sehr intensiv mit der Auswahl der Projekte befasst. Die Projekte geben uns, wenn wir gute Projekte fördern, wirklich Antworten auf die politischen, auch die berufspolitischen Fragen. Auch die berufspolitischen Fragen, die wir heute hier diskutiert haben, wie beispielsweise die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen, sind da enthalten. Es ist für uns gut, dass wir Fragen, die wir in unseren Kreisen diskutieren, auch von anderer Seite beantwortet bekommen. Es lohnt sich wirklich, hier zu investieren.

Wie schon angekündigt, möchte ich ein paar Worte zum Handlungskonzept zur Förderung der Weiterentwicklung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sagen. Wir haben auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag beschlossen, den Auftrag an die Bundesärztekammer und andere beteiligte Organisationen zu geben, ein solches Handlungskonzept zu erarbeiten. Hintergrund dessen ist: In den nächsten zehn Jahren scheiden aus Altersgründen bundesweit 42 Prozent und in den neuen Bundesländern sogar 50 Prozent der derzeit tätigen Hausärzte aus dem Berufsleben aus. Es gilt, den hausärztlichen Nachwuchs nachdrücklich zu fördern. Von daher wurde uns der Auftrag erteilt, uns darum zu kümmern.

Wir waren uns einig, dass es ein Gesamtkonzept geben muss. Sie wissen: Es gibt im Augenblick beim Bundesministerium für Gesundheit in der Abteilung von Herrn Knieps eine entsprechende Arbeitsgruppe. Die Gesundheitsministerkonferenz hat eine Arbeitsgruppe zur Förderung der hausärztlichen Versorgung eingesetzt. Wir haben uns gefragt: Was können wir im Rahmen unserer ärztlichen Organisationen tun? Wir können uns vorrangig um die Weiterbildung kümmern. Natürlich müssen auch die anderen flankierenden Maßnahmen durchgeführt werden.

Unsere Arbeitsgruppe bestand aus Vertretern von Bundesärztekammer und Landesärztekammern, Herrn Müller von der KBV, Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Vertretern der DEGAM und des Deutschen Hausärzteverbands. Ich darf an dieser Stelle Frau Hess, die mittlerweile aus den Diensten der Bundesärztekammer ausgeschieden ist, herz-

lich danken für die hervorragende Leitung, die hinterher auf Frau Güntert übergegangen ist. Sie hat sich da sehr eingebracht.

Es ging uns um die Frage: Wie kann man durch Organisation und inhaltliche Ausgestaltung integrativer Weiterbildungskonzepte, der Verbundweiterbildung, die Weiterbildung für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin fördern, sodass die jungen Menschen, die diesen Weiterbildungsgang absolvieren wollen, von Anfang an sehr klar wissen: Ich habe eine strukturierte Weiterbildung, die in einem Verbund organisiert ist, die ich geplant durchlaufen kann und die entsprechend finanziell gefördert wird.

Es war die Aussage für uns wichtig: Wir würden inhaltlich beschreiben, wie diese Verbundweiterbildung aussehen kann. Wir müssen Aufgabenzuschreibungen an die Beteiligten in der Weiterbildung vornehmen: an die Weiterbilder, an die Selbstverwaltung, an die Politik, an Tutoren. Wir müssen natürlich auch sagen, wie das Ganze finanziert werden soll. Wir haben in diesem Zusammenhang sehr klar gesagt: Wir müssen einen zielgenauen Einsatz der Mittel sicherstellen. Wir müssen dafür sorgen, dass die Mittel richtig verteilt werden und dass eine Aufstockung der Fördergelder am besten durch staatliche Mittel erfolgt, damit genügend Nachwuchs gefördert werden kann.

Das alles finden Sie in dem Programm, das ausgeteilt wurde. Wir haben im Augenblick gesagt, dass sich die Landesärztekammern und die Landes-KVen und die anderen an diesem Programm Beteiligten entsprechend engagieren. Wir haben es zunächst, weil wir es im Moment nicht anders regeln können, auf die Landesebene abgegeben.

Aber wir sehen, dass langfristig wahrscheinlich eine zentrale Förderung zur Weiterbildung für Innere und Allgemeinmedizin und vielleicht auch für andere Weiterbildungsgänge sein muss.

Ganz wichtig ist die Aufstockung der Fördergelder. Wir möchten unbedingt erreichen, dass der Weiterbildungsassistent oder der Assistenzarzt in der Weiterbildung für Innere und Allgemeinmedizin von Anfang an dasselbe Gehalt erhält, dass es keine Differenz zwischen der Weiterbildung im stationären Sektor und der Weiterbildung im ambulanten Sektor gibt.

(Beifall)

Ziel unseres Antrags 5 ist: Wir fordern den 111. Deutschen Ärztetag auf, diese Handlungsempfehlungen zu begrüßen, zu akzeptieren und dafür zu sorgen, dass sie in den Landesärztekammern realisiert werden. Diese Handlungsempfehlungen dienen als Grundlage für zeitnahe Gespräche mit den politisch Verantwortlichen, die schon avisiert sind.

Wir haben unsere Vorstellungen an die entsprechenden Organisationen weitergeleitet und warten nun auf Resonanz. Das langfristige politische Ziel ist die Gewinnung von ausreichendem ärztlichen Nachwuchs, den wir so dringend brauchen. Es muss in dieser Legislaturperiode noch einiges an Gesetzesänderungen erfolgen. Das haben wir bereits mit dem BMG fixiert.

Ihnen liegt ein umfassendes Handlungskonzept vor. Ich würde es begrüßen, wenn Sie es annehmen und dafür sorgen, dass es umgesetzt wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Goesmann.

Wir kommen damit zur Diskussion über die Anträge. Zunächst hat Herr Lutz aus Bayern den Antrag gestellt, bei der Behandlung der Anträge zu Tagesordnungspunkt VI für jeden Antrag eine Rede dafür und eine Gegenrede zuzulassen, um anschließend abzustimmen. Wir hatten auch schon einmal das Verfahren, dass galt: Wenn ein Antrag für sich selber spricht und es niemanden gibt, der dagegenreden will, dann braucht dazu überhaupt nicht geredet werden.

(Beifall)

Nur dann, wenn eine Gegenrede gewünscht wird, soll eine Rede dafür zulässig sein. Sollen wir über dieses Verfahren abstimmen? Oder gibt es Geschäftsordnungsanträge, sich diesem Thema noch mehr zu widmen? – Bitte schön, Frau Haus.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich weiß nicht, ob ich das richtig mitbekommen habe: Soll das auch für die Anträge des Vorstands gelten? Das ist ein bisschen schwierig. Dann wäre einer dafür, einer dagegen. Ich möchte den Antrag dahin gehend verändern, dass wir das für alle Anträge gelten lassen, bis auf die Anträge des Vorstands, weil diese in ihrer Bedeutung etwas stärker sind. Da sollten wir eine kurze Diskussion zulassen. Wir werden uns dabei hoffentlich alle beschränken, wenn es geht. Ansonsten unterstütze ich den Antrag von Herrn Lutz natürlich.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Haus. Der Vorstand würde sich diesem Verfahren ebenfalls unterwerfen. Er würde schon den Richtigen aussuchen, der dafür plädiert. Ich glaube, wir können auch mit den Vorstandsanträgen so umgehen, damit da keine Unterschiede vorhanden sind.

(Beifall)

Wir stimmen darüber ab. Wer ist dafür, dass wir dieses Verfahren anwenden? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich?

(Zuruf)

– Möchten Sie Ihren Antrag abgestimmt haben? – Okay. Dieser Änderungsantrag von Frau Haus geht vor. Wer möchte, dass der Vorstand ausgenommen wird und die Vorstandsanträge ausführlicher begründet werden können, in jedem Fall? Wer möchte das befürworten? – Wer meint, dass das nicht nötig ist? – Das ist die Mehrheit. Dann können wir die eben vorgenommene Abstimmung wohl als die Verfahrensabstimmung werten.

Meine Damen und Herren, jetzt habe ich eine unangenehme Sache; das gibt es schon einmal, wenn auch selten. Wir hatten bei Antrag 3 zu Tagesordnungspunkt III, der sich mit sektoren- und berufsübergreifender Koordination und mit Pfaden beschäftigt, im Vorstand folgenden Beschlusstext:

> *Hierbei sind zwei coexistierende Pfade festzustellen: ein medizinisch-therapeutischer Pfad, ein reiner Management- bzw. Koordinierungspfad.*

Das hat der Vorstand vorgeschlagen, und dem haben Sie auch zugestimmt.

Dann kam ein Antrag von Herrn Zimmer, den er ursprünglich als Änderungsantrag zu diesem Antrag 3 gemeint hat, diese Passage zu ändern:

> *Der Aufteilung des „einzelfallorientierten Prozessmanagements“ in einen „medizinisch-therapeutischen Pfad“ und einen „reinen Management- bzw. Koordinierungspfad“ wird eine Absage erteilt.*

Er wollte das aus dem Vorstandsantrag entfernen.

Durch die Formulierung ist das bei der Annahme des Antrags nicht als Änderungsantrag, sondern als eigener Antrag verstanden worden. So haben wir das auch abgestimmt und unglücklicherweise beidem zugestimmt. Das sollten wir nicht verheimlichen. Ich habe das Recht, eine zweite Lesung durchführen zu lassen. Deshalb bitte ich Sie, dass wir uns entscheiden, ob es bei dieser Denkweise einen medizinisch-therapeutischen Pfad und einen reinen Management- bzw. Koordinierungspfad gibt oder ob das nicht der Fall ist. Da müssen wir uns jetzt entscheiden.

Ich werde also den Antrag 25 von Herrn Zimmer, weil er ein Änderungsantrag ist, noch einmal zur Abstimmung stellen, damit wir das auf dem Ärztetag klären und nachher keine protokollarischen Schwierigkeiten haben.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir so verfahren? – Bitte, Herr Windhorst.

Dr. Windhorst, Referent: Ich finde es gut, dass wir das noch entdeckt haben. Die allgemeinere Formulierung ist die von Herrn Zimmer. Man könnte sie übernehmen. Das müsste man in den Antrag 3 einbauen. Dann haben wir in der Diskussion auch mehr Handlungsfreiheit gegenüber unseren Partnern. Also: Einbau des Antrags 25 in den Antrag 3.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie meinen also: Wenn Antrag 25, den Sie schon einmal abgestimmt haben, wiederum bejaht wird, wird im Vorstandsantrag die entsprechende Passage verändert. Das ist dann das Ergebnis einer solchen Abstimmung. Sind Sie im Bilde?

Zimmer, Nordrhein: Es war schon unter III-3 beantragt. Was passiert ist, ist unerheblich. Mir geht es nur um Folgendes: Wir haben beschlossen, dass wir keine Substitution haben wollen. Der Vorstandsantrag III-3 würde dazu führen, dass wir substituieren, und zwar im Bereich von Medizinischen Fachangestellten – die kann ich in den Praxen noch kontrollieren, was aber nicht mehr für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten usw. gilt. Wenn wir also konsistent zum Antrag III-1 bleiben wollen, müssen wir sagen: Das ist eines. Wir können uns allenfalls der Delegation in diesem Bereich bedienen. Es sind zwei Arbeitsbereiche, aber keine eigenen Pfade. Es kann nicht sein, dass die Teilbarkeit der Versorgung von Patienten davon abhängig ist, ob ich einen guten Verwaltungsfachangestellten habe, der neben mir herumwurschtelt. Ich möchte, dass auch dieses delegierbar bleibt. Das ist ein Teil des hausärztlichen Handelns. Ich koordiniere.

Ich bediene mich heute faktisch auch aller dieser genannten Professionen, aber nicht in einer Parallelstruktur, sondern im Sinne des Delegationsverfahrens. Um nichts anderes geht es, als den Antrag III-3 konsistent zum Antrag III-1 zu machen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. – Jetzt bitte Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das hat mit Substitution und Delegation erst einmal überhaupt nichts zu tun, sondern damit, dass wir sauber trennen: Das eine ist mehr der therapeutische Teil, das andere ist mehr der Managementteil. Das sind zwei verschiedene Dinge. Dass Sie das in Ihrer Praxis zusammenführen und auch zusammenführen müssen, bleibt Ih-

nen ja unbenommen. Das hat mit dem Fakt, dass es zwei verschiedene Dinge sind, nichts zu tun. Ich finde, der Antrag verändert den Vorstandsantrag. Deshalb habe ich mich vorhin auch dagegen ausgesprochen. Das sollte Ihnen bewusst sein. Ich halte es für nicht so gut.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Weitere Wortmeldungen? – Bitte schön, Herr Kaplan.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Frau Gitter genau hier unterstützen. Wir haben diese beiden Arbeitsbereiche deshalb aufgezeigt, um nochmals zu verdeutlichen, welches hierbei die originäre ärztliche Tätigkeit ist. Das ist eben der medizinisch-therapeutische Pfad, das heißt die Initiierung, die Steuerung und die Übernahme der Therapie und der Ergebnisverantwortung.

Um das deutlich zu machen, haben wir diese beiden Pfade hier nochmals aufgezeigt, um ganz klar abzugrenzen: Was ist beim Case Management originäre ärztliche Aufgabe? Welcher Bereich dieser Tätigkeit kann delegiert werden, niemals substituiert? Deswegen haben wir es ja bereits im vorigen Antrag umformuliert, indem wir geschrieben haben: Bezüglich der Durchführung und der Steuerung des Case Managements wird der Arzt im Rahmen der Delegation unterstützt. Damit kommt es nochmals klar zum Ausdruck.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Gibt es weitere Wortmeldungen?

Dr. Scheiber, Thüringen: Ich habe ja bereits vorhin auf den Konflikt dieses Antrags 25 hingewiesen. Ich bin froh, dass es noch einmal zur Sprache kommt. Ich meine, hier ist die Grenze zur Substitution überschritten, weil wir hier einen Bereich abgeben, den wir nachher in der Realität nicht mehr kontrollieren können.

Das erleben wir bereits. In meiner Klinik ist das bereits Fakt, dass wir keinen großen Einfluss mehr darauf haben, wie und wohin unsere Patienten verlegt werden.

Ich bitte darum, diese Formulierung aus dem Antrag 3 herauszunehmen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist ein Plädoyer für den Antrag 25. – Jetzt bitte Herr Windhorst.

Dr. Windhorst, Referent: Sie sind der Souverän. Sie entscheiden das gleich; das ist mir völlig klar. Der medizinisch-therapeutische Pfad wird ganz klar definiert als genuine Aufgabe des Arztes. Wir haben uns bei der Formulierung des Antrags davon leiten lassen, dass wir klar aufzeigen müssen, was mit uns machbar ist und was nicht. Der reine Management- bzw. Koordinierungspfad ist delegierbar. Das ist meiner Meinung nach hinterlegt. Deshalb haben wir mit dem Antrag 25 kein Problem. Dort geht es darum, dass allgemein gesagt wird, dass die Delegation unser Prinzip ist. Die beiden Anträge schließen sich gegenseitig überhaupt nicht aus. Insofern könnte man den Antrag 25 in den Antrag 3 einbauen, der klare Weichenstellungen vornimmt. Wenn wir von der genuinen Aufgabe des Arztes sprechen, meinen wir: keine Substitution. Ich finde, das ist im Antrag 3 eindeutig formuliert.

Verwirrung entsteht nur dadurch, dass ein eigener Antrag gestellt wurde. Wir können den Antrag 25 einbauen, wenn Sie wollen. Oder Sie lehnen den Antrag 25 ab. Dann bleibt der Antrag III-3 unverändert.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Jetzt müssen wir aufpassen, dass nicht alle Klarheiten beseitigt werden. Ich lese den Text des Antrags 25 noch einmal vor:

> *Der Aufteilung des „einzelfallorientierten Prozessmanagements“ in einen „medizinisch-therapeutischen Pfad“ und einen „reinen Management- bzw. Koordinierungspfad“ wird eine Absage erteilt.*
>
> *Nur in Delegation durch und Verantwortung beim (Haus)arzt ist die Koordination der multimorbiden Patienten lebenswirklich und gesetzeskonform möglich (§ 73 SGB V).*

Gibt es dazu noch Wortmeldungen? – Bitte, Frau Müller-Dannecker aus Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich bin der Meinung, dass der Begriff „Pfad“ hier irreführend ist. Es gibt nur einen Pfad. Die medizinisch-therapeutischen Inhalte müssen gemanagt und koordiniert werden. Nur durch die Begrifflichkeit „Pfad“ ist hier meiner Meinung nach eine Unschärfe vorhanden. Würde man den An-

trag 3 so verändern, dass man schreibt, hier sind zwei koexistierende Dinge festzustellen, nämlich medizinisch-therapeutisch und Management und Koordinierung, dann wäre die Sache völlig klar.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herr Zimmer, wären Sie damit zufrieden und Ihr Antrag obsolet? So wäre es ja, wenn wir das tun, was Frau Müller-Dannecker gerade vorgeschlagen hat. Herr Zimmer, sagen Sie bitte, ob Sie den von Frau Müller-Dannecker gemachten Vorschlag akzeptieren können und damit Ihr Antrag vielleicht gar nicht mehr erforderlich ist. Dann wäre nicht mehr von Pfaden die Rede, sondern davon, dass ein Unterschied zwischen medizinisch-therapeutisch und Management besteht.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident, auch diese Annäherung ist vorhin schon versucht worden, indem ich gesagt habe: Es gibt zwei Bereiche. Sie sind aber nicht koexistierend, sondern es sind zwei Arbeitsbereiche. Koexistenz bedeutet Gleichwertigkeit. Das kann es nicht sein.

Vielleicht können wir uns darauf einigen, den Begriff „coexistierend“ zu streichen und stattdessen zu sagen: Es gibt zwei Arbeitsbereiche: einen medizinisch-therapeutischen und einen Management- bzw. Koordinierungsbereich. Damit bin ich völlig einverstanden. Mit dieser Änderung kann ich hervorragend leben. Die Koexistenz muss heraus, denn Koexistenz bedeutet zwei Pfade, für die ich neue Schnittstellendefinitionen brauche, und die Arzthoheit ist weg. Dann komme ich weg vom Delegationsprinzip.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich schlage folgenden Text vor:

> *Bei der Klärung der Frage, wer zum Case Manager prädestiniert ist, ist eine genaue Analyse des Case Managements erforderlich. Hierbei sind zwei Arbeitsbereiche festzustellen: ein medizinisch-therapeutischer und ein Management- bzw. Koordinierungsbereich.*

Damit müssten Sie doch auch zufrieden sein.

Zimmer, Nordrhein: Ja. Dann ist die Koexistenz weg.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der Begriff „Koexistenz“ taucht nicht mehr auf. Es geht um zwei Arbeitsbereiche: einen medizinisch-therapeutischen Be-

reich und einen Management- und koordinierenden Arbeitsbereich. Ist das okay?

Zimmer, Nordrhein: Okay.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann können Sie den Antrag 25 opfern. Wir können jetzt darüber abstimmen, ob wir den Antrag 3 in der mündlich vorgetragenen Form annehmen. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann haben wir das jetzt sehr gut vom Tisch.

(Beifall)

Vielen Dank, dass Sie uns das nachzuholen gestattet haben. Sonst wären wir nachher doch in die Bredouille gekommen.

Wir kehren nun zum Tagesordnungspunkt VI zurück, und zwar zunächst zum Thema der Förderung der Allgemeinmedizin. Da geht es zunächst um den Antrag 5. Herr Bodendieck hat den Änderungsantrag gestellt, den letzten Absatz auf der ersten Seite des Antrags 5 wie folgt neu zu formulieren:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag begrüßt die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen und fordert die Landesärztekammern auf, diese im Konzept der bisherigen Maßnahmen auf Landesebene zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zu berücksichtigen.*

Eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung. Bitte.

Dr. Schüller, Nordrhein: Ich möchte etwas Grundsätzliches sagen. Es gibt zwei Anträge, die unter den Antragstellern meinen Namen aufführen. Ich habe diese Anträge aber nicht unterschrieben. Ich möchte diese Anträge auch nicht gestellt haben. Es handelt sich um die Anträge 29 und 50. Ich möchte, dass diese Anträge von einem der Unterzeichner zurückgezogen und hier gar nicht diskutiert werden. Das möchte ich gleich zu Beginn gesagt haben.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist übertriebenes Vertrauen, wenn man so etwas in fremdem Namen macht. Man kann es auch juristisch ausdrücken; aber das tue ich jetzt nicht. Wir haben die Erklärung von Herrn Schüller zur Kenntnis genommen. Wir werden das beachten.

Wer möchte den **Antrag VI-5 a** befürworten? – Wer möchte das nicht? – Ich glaube, Sie wissen nicht so genau, um was es geht. Ich hatte das eben vorgelesen. Herr Bodendieck möchte den Satz etwas erweitern. Ich sehe darin materiell keine Gefahr. Jeder macht das kammertypisch. Die Profis sagen, es wäre besser, wir änderten nichts an dem Text, weil er eine klare Aufforderung ohne Abschwächung darstellt, dass die Kammern aktiv werden sollen.

Ich frage noch einmal: Wer möchte dem Antrag 5 a zustimmen?

(Zurufe)

– Danach habe ich vorhin schon gefragt. Ich habe mich gewundert.

Bodendieck, Sachsen: Aus den Reihen des Vorstands wurde ja die Ablehnung empfohlen. Ich möchte gegen diese Ablehnung und gegen Ihre Worte, Herr Präsident, sprechen. Tatsächlich gibt es in vielen Landesärztekammern seit Jahren erhebliche Bemühungen. Wir begrüßen das Konzept in erheblicher Weise, aber wir möchten darauf hinweisen – deswegen die Erweiterung des Satzes, dass diese Bemühungen laufen –, dass das Konzept in diese Bemühungen integriert werden muss, und zwar auf Landesebene. Das ist der Grund des Änderungsantrags.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Möchte jemand für den Vorstandsantrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 5 a befürworten? – Wer ist dagegen? – Das ist wohl die Mehrheit. Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag VI-5 a **abgelehnt.** Der Vorstandsantrag bleibt unverändert.

Wer möchte dem **Antrag VI-5** zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-51** von Herrn Botzlar und anderen. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum Thema Ausbildung und Studium. Als ersten Antrag behandeln wir den **Antrag VI-45.** Der Antrag lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Gesetzgeber auf, die Mobilität der Medizinstudierenden innerhalb Deutschlands zu ermöglichen.*

Diese Mobilität ist im Wesentlichen durch die Modellstudiengänge ein wenig eingeschränkt, weshalb nicht mehr jede Universität jeden Studenten aufnehmen kann, weil die Gleichmäßigkeit des Ausbildungsstands nicht erreicht ist. Das ist der wesentliche Punkt. Wird eine Gegenrede gewünscht?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte das dem Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Damit machen Sie den Vorstand der Bundesärztekammer mobil.

Wir kommen damit zum **Antrag VI-48** von Frau Haus:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten und die Bundesländer auf, eine einheitliche Regelung zur Studiengebührenbefreiung für Medizinstudierende im Examenssemester (mit PJ-Reife) auf den Weg zu bringen.*

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Dann gibt es den **Antrag VI-14 (neu),** der folgendermaßen lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten und Lehrkrankenhäuser auf, die Tätigkeit im Praktischen Jahr (PJ) mit einer angemessenen Ausbildungspauschale zu entlohnen.*

Rudolf Henke möchte dagegensprechen.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte wegen eines einzigen Wortes gegen diesen Antrag sprechen. Das ist der Begriff der „Entlohnung“. Ich finde, es ist richtig, von der Bezahlung einer Ausbildungspauschale zu sprechen. Eine Entlohnung setzt ja voraus, dass für eine Leistung eine Bezahlung erfolgt. Damit sind wir in einer schwierigen Situation, weil dann der Ausbildungsanspruch in ein Beziehungsgefüge wie zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer verwandelt wird. Wenn man sagen würde „Der Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten und Lehrkrankenhäuser auf, während der Tätigkeit im Praktischen Jahr (PJ) eine angemessene Ausbildungspauschale zu bezahlen“, dann wäre das ein Text, dem wir, wie ich glaube, alle zustimmen können.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Frau Haus ist bestimmt bereit, statt „Entlohnung“ das Wort „Bezahlung“ zu verwenden. Damit wäre der Antrag gängig. Der Antrag 19 von Herrn Henke fordert ja das Gleiche. Wir könnten quasi beide Anträge parallel abstimmen. Beide Anträge zielen auf dasselbe ab. Sind Sie damit einverstanden? – Dann steht auch der **Antrag VI-19** zur Abstimmung. Beim Antrag 14 schreiben wir statt „entlohnen“ nun „bezahlen“. Wer stimmt den beiden Anträgen zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Beide Anträge sind **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VI-54** von Herrn Kollegen Junker. Er beschäftigt sich mit der Reform der Zulassung zum Medizinstudium. Er kritisiert, dass die derzeitigen Zulassungsbedingungen ungünstig sind.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede zur Vorstandsüberweisung? – Nicht. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war wohl die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Der Ausschuss von Professor Schulze wird sich damit befassen.

Wir kommen damit zum **Antrag VI-69** mit dem Wunsch, Lehrstühle für Geriatrie einzurichten. Dieser Antrag stammt von Herrn Montgomery. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Nunmehr rufe ich den **Antrag VI-82** auf, der das Thema „Hammerexamen“ betrifft. Das Thema kennen wir ja schon. Gibt es eine Gegenrede zu diesem Antrag? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen nunmehr zum **Antrag VI-84,** der ebenfalls das „Hammerexamen“ betrifft. Dieser Antrag ist materiell deckungsgleich mit dem Antrag 82. Möchte jemand gegen den Antrag 84 sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit genauso großer Mehrheit **angenommen.**

Es geht weiter mit dem **Antrag VI-90.** Dieser Antrag stammt von Herrn Dr. Bolay aus Westfalen-Lippe. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Niemand. Wer stimmt zu? – Wer enthält sich? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum nächsten Kapitel: Arzneimittel, Betäubungsmittel, Medizinprodukte. Hier rufe ich zunächst den **Antrag VI-12** des Vorstands der Bundes-

ärztekammer auf: Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Substitution Opiatabhängiger. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Es gibt ja auch einen Antrag, der sich mit der Sucht von Ärzten beschäftigt. Diesen Antrag könnte man hier unterbringen statt beim Themenkomplex „ambulante Versorgung“. Dort ist er ja ein wenig merkwürdig platziert.

Wir kommen zum **Antrag VI-21** zur Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. Sie haben den Text vor sich liegen? – Dann muss ich ihn nicht vorlesen. Möchte jemand gegen diesen Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag VI-20 (neu):**

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine gesetzliche Verpflichtung zur adäquaten Kennzeichnung der Arzneimittel mit dem Wirkstoffnamen in deutlich lesbarer Form einzuführen.*

Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dafürstimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist ganz klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-26,** der folgendermaßen lautet:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine Verpflichtung zur Offenlegung des Studiendesigns und der Ergebnisse von Anwendungsbeobachtungen im Arzneimittelgesetz (AMG) zu ergänzen.*

Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag klar **angenommen.**

Es folgt der **Antrag VI-27:**

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Mindeststandards für die Information der Ärzte durch die Pharmaindustrie („Gütesiegel light“) festzulegen.*

Gibt es hier eine Gegenrede?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede zum Antrag auf Vorstandsüberweisung? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt für die

Überweisung an den Vorstand? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit rufe ich den **Antrag VI-49** auf:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, es den Patienten zu ermöglichen, gegen Aufzahlung das Arzneimittel ihrer Wahl zu erwerben.*

Das Rezept soll sozusagen verbessert werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Die knappe Mehrheit war gegen die Überweisung. Ich frage also: Wer ist für den Antrag 49? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Nunmehr folgt der **Antrag VI-53:**

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine Verpflichtung zur Kennzeichnung von Arzneimitteln, die weniger als fünf Jahre auf dem Markt sind, einzuführen.*

Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Keine Gegenrede. Dann stimmen wir ab. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VI-72** von Herrn Niebling. Es geht um EU-Angelegenheiten. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir ab. Wer möchte dem Antrag 72 zustimmen? – Wer nicht? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-91,** wonach der Gesetzentwurf der Europäischen Kommission – richtig muss es heißen: Richtlinienentwurf – zu einer Veränderung der Patienteninformation auf rezeptierpflichtige Arzneimittel abgelehnt wird. Damit würden wir vom Ärztetag unterstützt. Möchte jemand eine Gegenrede halten? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 91 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag von Frau Gitter. Bitte.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Es tut mir leid, vielleicht liegt ein Missverständnis bei mir vor. Wenn ich es richtig verstanden habe, widersprechen sich

die beiden Anträge, die wir gerade abgestimmt haben. Der eine Antrag spricht sich gegen das Ansinnen aus, der andere ist dafür. Das passt für mich nicht zusammen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dazu Herr Montgomery.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! In der Tat ist der eine Antrag positiv formuliert, der andere negativ. Dennoch gehen beide Anträge in dieselbe Richtung. Sie decken sich mit unserer Politik. Wir lehnen die Pläne der Europäischen Kommission, wie sie im Richtlinienentwurf zum Ausdruck kommen, ab, in Zukunft die Werbung für Arzneimittel auch auf normale Publikumsmedien auszudehnen. Das steht in beiden Anträgen, wenn auch in unterschiedlicher Intensität. Ich halte beide Anträge für unproblematisch und freue mich, dass Sie sie angenommen haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Wir müssen da also keine zweite Lesung durchführen. Sind Sie damit einverstanden? – Ja.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-74.** Gibt es da den Wunsch nach einer Gegenrede? – Bitte, Herr Niebling.

Prof. Dr. Niebling, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Man kann sich ja vor Schlägen wegducken. Ich möchte kurz dazu etwas sagen. Ich finde dieses Thema der Todesfälle infolge UAW außerordentlich wichtig. Ich war froh, dass vor einem Jahr in Münster dieser Auftrag erteilt wurde. Aber das, was in diesem Antrag formuliert ist, muss richtiggestellt werden.

In der Arzneimittelkommission wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich sehr intensiv mit diesem Thema auseinandersetzt und auch bei jeder Vorstandssitzung einen Sachstandsbericht gibt. Die gesamte Literatur wurde gesichtet. Es sind mehr als 120 Studien übrig geblieben, die Studie für Studie aufgearbeitet werden müssen. Das erfordert sehr viel Arbeit. Dafür sind viele Nächte nötig.

Wir haben Sie in einem Brief vom 14. März darüber informiert. Ich möchte Sie sehr bitten, diesen Antrag abzulehnen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Möchte jemand den Antrag verteidigen? – Bitte, Frau Groß.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Natürlich möchte ich Sie bitten, den Antrag positiv zu bescheiden. Ich möchte hier nicht mehr und nicht weniger, als dass klargestellt wird, woher die Daten kommen und wie sie errechnet werden. Ich habe mitbekommen, dass der Auftrag an die AkdÄ gegangen ist. Ich weiß, dass man sich inzwischen darum bemüht, eine Statistik zu belegen. Ich finde, solange sie nicht vorhanden ist, darf man diese Daten nicht weiter in die Öffentlichkeit bringen. Nicht mehr und nicht weniger fordere ich in meinem Antrag.

Danke.

(Beifall – Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir haben einen dafür, einen dagegen gehört. Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Möchte jemand gegen den Antrag auf Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte, Frau Groß.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Ich wünsche mir, dass wir über diesen Antrag hier abstimmen, ohne Vorstandsüberweisung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Dann frage ich: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das sind mehr. Ich frage also: Wer möchte den Antrag befürworten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die klare Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

(Beifall)

Damit kommen wir zum **Antrag VI-75.** Das ist ein Antrag von Herrn Bodendieck. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir ab. Wer ist für den Antrag 75? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-66** von Herrn Professor Haupt aus Sachsen. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir ab. Wer ist für den Antrag 66? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Zu diesem Komplex haben wir nun noch den **Antrag VI-85.** Es geht um das Medizinproduktegesetz. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt Frau Müller-Dannecker zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Eine Enthaltung. Der Antrag ist mit großer Zustimmung **angenommen.**

Damit kommen wir zum nächsten Themenbereich: Gesundheitspolitik. Wir beginnen mit dem **Antrag VI-4.** Es geht um die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG. Änderungsanträge gibt es nicht. Möchte jemand gegen den Vorstandsantrag sprechen? Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer enthält sich? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-32.** Dieser Antrag stammt von Herrn Lutz aus Bayern und weiteren Damen und Herren Delegierten.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Niemand. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-33:**

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt die Erweiterung der Eigenbeteiligung in Verbindung mit Bonuszahlungen in einem System der Solidargemeinschaft ab.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte, Frau Haus.

Haus, Nordrhein: Ich möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen, weil ich finde, dass wir hier darüber abstimmen können. Das haben wir auch schon bei früheren Ärztetagen getan. Es kommen auch noch weitere Anträge in dieser Richtung. Ich denke, das Bonus-Malus-System schadet uns Ärzten und bringt unsere Patienten in eine schwierige Situation. Deswegen hätte ich gern, dass wir hier darüber abstimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen? – Das Erste war wohl die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag bei vielen Enthaltungen **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag VI-34** von Dr. Müller aus Bayern. Es geht um die Krankenkassen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Herr Müller.

Dr. Müller, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche gegen die Vorstandsüberweisung. Ich denke, Sie haben den Antrag inzwischen gelesen. Hintergrund des Antrags ist eine ganz ungute Situation seitens der Krankenkassen, die in vielen Bereichen herrscht. Wir hatten vor drei oder vier Jahren schon einmal die Situation, dass die Krankenkassen die Rechnungen der Krankenhäuser mit einer Verzögerung von teilweise mehreren Monaten bezahlt haben, sodass bei einigen Häusern echte Liquiditätsprobleme auftraten. Diese Situation haben wir in ähnlicher Form jetzt wieder. Es gibt zwar keine Liquiditätsprobleme, aber insbesondere die große grüne Kasse versucht, etwas zu tun, was eindeutig außerhalb der Gesetzeslage ist.

Deshalb wäre es ganz wichtig, dass dieser Antrag positiv beschieden wird, damit er eine Außenwirkung erzielt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Möchte jemand die Vorstandsüberweisung verteidigen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte überweisen? – Wer ist dagegen? – Dann ist das klar. Wer möchte zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist sehr eindeutig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-40.** Jetzt werden wir Frau Schmidt das Zittern beibringen. Wer spricht gegen den Antrag von Herrn Lindhorst? – Niemand. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag sehr klar **angenommen.**

(Beifall)

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-42** von Herrn Beifuss aus Bayern. Gibt es eine Gegenrede zu dem Antrag? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag von Herrn Beifuss zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-47** von Frau Haus. Der Text hilft, den anderen Antrag, den wir soeben besprochen haben, zu verstehen. Möchte jemand gegen den Antrag 47 sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt für den Antrag 47? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag 47 **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-16.** Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? Der Antrag kollidiert auch nicht mit dem „Ulmer Papier". – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag VI-16 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist eindeutig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-55** von Herrn Dr. Munte:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die bewusste und systematische Beschädigung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen zu beenden …*

Gibt es jemanden, der gegen den Antrag sprechen möchte? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag 55? – Wer ist gegen den Antrag 55? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum Themenblock „ambulante Versorgung". In diesem Themenbereich beginnen wir mit dem **Antrag VI-11:**

> *Suchtkranke Ärzte therapieren statt sanktionieren*

Es gibt aber auch stationär tätige Patienten, die suchtkrank sind. Deshalb frage ich mich, warum dieser Antrag unter „ambulant" eingeordnet ist, aber das ist ja gleichgültig. Gibt es jemanden, der gegen den Antrag 11 sprechen möchte? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag 11 ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-30.** Da bitten die Autoren darum, in der Überschrift zu formulieren:

> *Wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen – kein verpflichtendes Primärarztmodell*

Wer möchte gegen den Antrag sprechen?

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Damen und Herren! Ich finde diesen Antrag mit der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung im Prinzip sehr wichtig, insbesondere wenn man an die Aussagen der Rhön-Klinikum AG mit ihren MVZ-Planungen und Ähnliches denkt. Auf der anderen Seite hat das, wie ich finde, nichts mit dem Primärarztmodell zu tun. Die Frage „Primärarztmodell – ja oder nein?“ ist eine Thematik, über die man länger diskutieren möchte. Insofern hat das in dem Antrag nichts zu suchen. Ich bitte Sie, den Antrag abzulehnen, wenn die Formulierung hinsichtlich des Primärarztmodells bestehen bleibt. Anderenfalls stimmen Sie dem Antrag bitte zu.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wer möchte für den Antrag sprechen? – Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Ich bitte natürlich darum, dem Antrag zuzustimmen, und zwar aus folgendem Grund. Auf diesem Ärztetag wurden fast alle Anträge, bei denen es um die Hausärzte geht, abgelehnt. Das finde ich nicht sehr glücklich, weil es dazu führt, dass sich die Hausärzte durchaus diskriminiert fühlen.

(Beifall – Widerspruch)

Ich sage das als Mitglied des Hartmannbunds und nicht als BPA-Mitglied. Es fällt auf. Ich halte es auch deswegen nicht für dienlich, weil es dadurch automatisch zu einer Fundamentalisierung und Militarisierung der Hausarztfraktion kommt. Ich glaube, dass das dem Deutschen Ärztetag nicht dienlich ist.

Hier geht es darum: Wir wollen die Hausärzte stärken. Die meisten Patienten sollen vorrangig zu ihrem Hausarzt gehen, aber nicht verpflichtend. Der Hoden-Ca-Patient kann natürlich direkt zum Urologen gehen. Es geht darum, das System der Hausärzte mit allem, was dazugehört, zu stärken, aber nicht im Sinne eines verpflichtenden Systems.

Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen, weil er die gelebte Realität und das, was die Patienten wollen und in der Regel auch tun, wenn sie qualifizierte Hausärzte vorfinden, wiedergibt.

(Beifall – Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Einer hat dafür, einer dagegen gesprochen. Der Text ist auch klar. Insofern können wir jetzt die Frage stellen, ob jemand gegen den Überweisungsantrag sprechen möchte. – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte überwei-

sen? – Wer möchte das nicht? – Das ist nicht zu entscheiden, weil von hier aus die beiden Blöcke ungefähr gleich aussehen. Wir zählen also aus. Ich frage noch einmal: Wer ist für die Überweisung des Antrags 30 an den Vorstand? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Enthaltungen? – Dann ist die Vorstandsüberweisung mit 93 : 82 Stimmen abgelehnt. Dann stimmen wir also über den Antrag 30 inhaltlich ab. Wer möchte dem Antrag 30 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthält sich jemand? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Ich begrüße herzlich den Herrn Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Vilmar. Ich glaube, wir haben es zu Beginn der Sitzung versäumt, ihn zu begrüßen. Er ist immer treu bei uns. Herzlich willkommen, Karsten Vilmar, auch am letzten Tag!

(Beifall)

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-31.** Der Antragsteller selbst bittet darum, im letzten Absatz der Begründung das Wort „möglichst“ nach vorn zu ziehen, und zwar hinter das Wort „sollten“. Der Satz soll also lauten:

> *Langfristig sollten möglichst alle Patienten in Deutschland …*

Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen damit zum **Antrag VI-35:**

> *Der Deutsche Ärztetag widerspricht ausdrücklich der Darstellung, dass das Morbiditätsrisiko zu großen Teilen künftig nicht mehr von der Vertragsärzteschaft getragen wird.*

Gibt es eine Gegenrede? – Keine.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung wird beantragt. Dann frage ich: Wer möchte gegen die Überweisung sprechen? – Niemand. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Dann frage ich: Wer möchte zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-60** von Herrn Peters aus Rheinland-Pfalz. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VI-61** von Herrn Lipp. Es geht darum, Maßnahmen für eine ambulante Ethikberatung zu entwickeln. Das ist eine gute Idee. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag zustimmen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Das ist ein bisschen zu spät. Ich habe schon gefragt, wer zustimmen möchte. Möchte jemand gegen den Antrag stimmen? – Wer enthält sich? – Es ist schon verstanden worden, was da gemeint ist. Die Idee ist doch nicht schlecht.

(Beifall)

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-56** von Herrn Müller aus Bayern. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist klar **angenommen.**

Wir fahren mit dem **Antrag VI-17** fort. Wer möchte gegen diesen Antrag sprechen?

(Zuruf)

– Möchte jemand gegen den Antrag sprechen?

(Erneuter Zuruf)

– Sie möchten den Antrag selbst verändern? Bitte schön.

MR Dr. Scheerer, Brandenburg: Im zweiten Absatz der Begründung muss die Zahl 10.000 durch 4.250 ersetzt werden. Gemeint sind hier die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte. Es gibt sehr wohl mehr psychotherapeutisch qualifizierte Kolleginnen und Kollegen, aber um diese geht es nicht, weil es um Zulassungsfragen geht. Es geht darum, dass die Zulassungsquote in irgendeiner Form erhalten wird, dass sie nicht 2009 gesenkt wird. Bisher waren 40 Prozent angesagt. Es wird sicher weniger sein, was auch realistischer ist. Aber zumindest sollte eine Quotierung erhalten bleiben.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. In der ersten Zeile des zweiten Absatzes wird also die Zahl 10.000 durch die Zahl 4.250 ersetzt. Das ist eine Korrektur. – Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist eindeutig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-83:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Erhebung der Praxisgebühr und der Notfallpraxisgebühr wieder abzuschaffen.*

Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer stimmt dafür? – Wer ist dagegen? – Das Erste war wohl die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Da freut sich die Kassenärztliche Vereinigung, wenn es Wirklichkeit würde.

Zu diesem Themenkomplex haben wir noch den **Antrag VI-92** bekommen. Haben Sie ihn vorliegen? – Gut. Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Wir kommen zum nächsten Komplex: Bundesärztekammer, Deutscher Ärztetag. Ich rufe zunächst den **Antrag VI-13** auf. Es geht um die Abschaffung der CD-ROM-Version des Tätigkeitsberichts. Der Vorstand möchte die CD-ROM-Version gern abschaffen. Gibt es eine Gegenrede? – Bitte, Herr Dreyer aus Nordrhein.

Dreyer, Nordrhein: Ich würde dem Antrag schon zustimmen, bitte aber darum, dass der Tätigkeitsbericht dauerhaft im Internet archiviert wird, nicht dass nach zehn Jahren nicht mehr nachgelesen werden kann, was einmal publiziert wurde. Das wäre bei einer CD-ROM immer noch möglich. Das sollte im Internet dauerhaft möglich sein.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist mit Sicherheit richtig. Es lohnt sich, alte Ärztetagsprotokolle zu lesen. Dann wird man feststellen, dass gewisse Dinge immer wiederkommen. Ich habe sie alle seit 1959 bei mir zu Hause und schaue auch immer mal wieder hinein. Das ist sehr interessant.

Wir stimmen über den Antrag 13 ab. Wer ist für den Antrag 13? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Dann gibt es zukünftig keine CD-ROM-Version des Tätigkeitsberichts mehr.

Wir kommen nun zum **Antrag VI-88.** – Dazu bitte Herr Professor Fuchs als Hauptgeschäftsführer.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich plädiere dafür, dass wir das im Vorstand noch einmal miteinander besprechen können. Wir sind ja bemüht, Ihnen die Dickschiffe, also die großen Projekte und Anträge, frühzeitig zuzuleiten. Das haben Sie beim „Ulmer Papier“ und im Zusammenhang mit der Telematik gesehen. Wir sind gezwungen, die Vorlagen für den Ärztetag zeitnah zu formulieren. Dies geschieht am Sonntag vor dem Ärztetag.

Ich kann von hier aus durchaus zusagen, dass wir Ihnen die Anträge des Vorstands in gedruckter Form dienstagnachmittags um 15.00 Uhr zuleiten, also mit Beginn der Arbeitssitzungen, sodass Sie ausreichend Zeit haben, sich schon einmal zu orientieren.

Das andere wird knapp. Wenn Ihnen das nicht reicht, wäre es gut, wenn wir das im Vorstand noch einmal überlegen dürften. Ansonsten bitte ich um Ablehnung.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Bitte, Herr Junker.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich darf daran erinnern, dass ein solcher Antrag hier schon vielfach gestellt wurde. Aber bisher hat sich in dieser Beziehung nichts getan. Ich meine, durch eine nochmalige Überweisung an den Vorstand wird es auch nicht besser. Ich denke, dass mehrseitige Anträge, die wir ja auch immer haben, sicher nicht erst vier oder fünf Tage vor dem Ärztetag verabschiedet werden. Es geht ja darum, dass man die umfangreichen Texte rechtzeitig zur Verfügung hat. Ich glaube, dass man das auch früher als nur eine Woche vorher machen kann.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielleicht könnte ich vice versa darum bitten, dass, wenn, wie das beim „Ulmer Papier“ und im Zusammenhang mit der Telematik geschehen ist, die Texte vier Wochen vorher verschickt werden, die Anträge, die sich auf eine Änderung beziehen, etwas früher bekannt gemacht werden.

Die Antragsflut stellt innerhalb der Sitzungen eine große Schwierigkeit dar, vor allen Dingen, wenn es sich um materiell bedeutsame Fragen handelt. Sicher sind diejenigen, die sich frühzeitig mit einer Thematik beschäftigen, auch schon früher zu dem Schluss gekommen, die Änderung einer bestimmten Passage zu wünschen.

Wir stimmen jetzt ab. Herr Fuchs hat die Vorstandsüberweisung beantragt. Herr Junker hat die Gegenrede gehalten. Dann stimmen wir jetzt über die Vorstandsüberweisung ab. Wer stimmt ihr zu? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Gut. Dann machen wir künftig nur noch einseitige Anträge.

(Heiterkeit)

Ich meine „einseitig“ nicht im Sinne der Haltung, sondern was das Papier betrifft.

(Zuruf)

– Da haben Sie schon recht. Aber es gibt ja vorher Versammlungen und Ähnliches.

Wir kommen nunmehr zum **Antrag VI-93:**

> *Der 111. Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, auf offiziellen Formularen, z. B. Wortmeldungen und Antragsformularen, keine Werbung zuzulassen.*

Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir direkt darüber ab. Wer möchte dem Antrag 93 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Da müssen wir wohl zählen. Es ist ja wichtig, ob sich beispielsweise der Deutsche Ärzte-Verlag auf unseren Papieren präsentieren darf oder nicht. – Die Herren vor mir sagen, die Abstimmung sei klar gewesen. Vorsichtshalber stimmen wir noch einmal ab: Wer möchte dem Antrag 93 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Jetzt ist es klar. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Ich rufe den **Antrag VI-89** auf: Einberufung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages. Der Antragstext lautet:

> *Die Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages beauftragen den Vorstand der Bundesärztekammer, spätestens im Herbst 2008 einen eintägigen außerordentlichen Deutschen Ärztetag an zentralem, gut erreichbarem Ort einzuberufen. Einziger Tagesordnungspunkt: „Verabschiedung des Ulmer Papiers nach redaktioneller und inhaltlicher Überarbeitung entsprechend der Beschlüsse des 111. Deutschen Ärztetages“.*

Möchte jemand dagegensprechen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Bitte, Frau Stüwe. Plädieren Sie bloß nicht für Frankfurt, da ist immer Stau!

Dr. Stüwe, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine Damen und Herren! Man kann sich ja überlegen, ob man so etwas macht. Das ist inhaltlich sicher gut. Aber dann müssen wir von der Geschäftsführung wissen, wie viel das in etwa kosten würde. Denn so ganz kostenlos bekommen wir das nicht hin.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herr Fuchs kann das beantworten.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Die Kosten eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages liegen nach unserer Erfahrung bei etwa 140 000/150 000 Euro allein für die Bundesärztekammer. Es kämen die Kosten der Delegierten hinzu. Unter Berücksichtigung von Übernachtungen und Reisekosten summiert sich einiges.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir wollen feststellen: Wir haben ein verabschiedetes „Ulmer Papier“, das wir fortschreiben wollen. Es kommt ein bisschen auf das Tempo an, ob wir bereits im Herbst eine Fortschreibungsvariante haben wollen oder nicht.

Gibt es weitere Wortmeldungen? – Nicht. Wer möchte dem Antrag 89 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Dann werden wir keinen außerordentlichen Deutschen Ärztetag durchführen, es sei denn, es kommt später eine Situation, in der wir das für nötig befinden.

Wir kommen jetzt zum **Antrag VI-44.** Sie haben ihn vorliegen? – Gut. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Bitte, Rudolf Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir können ja nur über den Antrag abstimmen, wenn einer dagegenspricht. Ich halte diesen Antrag – wir haben früher ähnliche Satzungsänderungsanträge gehabt – für ein bisschen trickreich. Im Kern geht es ja darum, dass damit die Satzung geändert würde. Würde man die Satzung ändern, ist Voraussetzung, dass man dafür eine Zweidrittelmehrheit erlangt.

Hier wird der Versuch unternommen, über einen einfachen Antrag, der dazu in das Entscheidungsrecht der einzelnen Delegierten eingreift, aber gar nicht justiziabel ist, eine ähnliche Wirkung zu erzielen wie mit einer Satzungsänderung.

Ich finde das einen ausgesprochen unglücklichen Antrag, auch wenn ich die Intention verstehen kann. Die Intention ist ja derzeit erfüllt. Wir sind also gar nicht in einer Situation, in der dieser Antrag greifen würde. Das ändert aber nichts an meinen Einwänden. Ich empfehle, diesen Antrag entweder an den Vorstand zu überweisen oder ihn nicht anzunehmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Reinhardt spricht für den Antrag.

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als Antragsteller spreche ich kurz für den Antrag. Herr Henke, der Antrag soll nicht als trickreich aufgefasst werden und auch nicht als Trick. Es ist auch nicht der Versuch, über eine Beschlusslage des Ärztetages die Zusammensetzung des Kammervorstands zu beeinflussen. Der Antrag beinhaltet den Auftrag, eine Satzungsänderung zu formulieren, die das zum Inhalt hat, was dieser Antrag ausdrückt, und dies zu einem späteren Zeitpunkt dem Ärztetag vorzustellen, um eine solche Satzungsänderung herbeizuführen.

16 Landesärztekammerpräsidenten sind Kliniker. Natürlich haben wir auch zwei Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich im Vorstand. Das ist ein Zufallsprodukt, ist das Ergebnis von Absprachen. Das ist auch völlig in Ordnung. Aber wir hätten eigentlich gern, dass es kein Zufallsprodukt ist, sondern dass es satzungsmäßig festgelegt ist, damit die adäquate Repräsentanz auch der niedergelassenen Kollegen im Vorstand gewährleistet ist. Ich denke, das tut der berufspolitischen Arbeit der Bundesärztekammer gut.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der Antrag enthält die Forderung, eine Satzungsänderung zu erarbeiten, die diesen Wunsch, der hier ausgedrückt wird, erfüllt.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Und was sollen wir im Vorstand machen? Entscheiden Sie sich bitte, ob wir in diese Richtung denken sollen oder nicht. Ich glaube, eine Überweisung wäre nicht sinnvoll.

(Beifall)

Herr Crusius sagt gerade: Nichtbefassung. Was heißt das? Abstimmungsmäßige Nichtbefassung mit dem Antrag? Ist das ein Antrag? – Es ist ein Geschäftsordnungsantrag. Dieser Antrag geht allem anderen vor. Wer möchte sich abstimmungsmäßig mit dem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich befassen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte den Antrag befürworten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit.

(Zurufe: Zählen!)

Wenn wir das hier beschließen, bedeutet das keine Satzungsänderung, sondern nur einen Wunsch. – Jetzt bitte Frau Gitter zur Abstimmung.

Dr. Gitter, Bremen: Er hätte beantragen müssen: Ich bitte den Vorstand der Bundesärztekammer, zum nächsten Deutschen Ärztetag – je nachdem, wie man den Termin haben will – eine entsprechende Satzungsänderung vorzulegen. Das wäre zulässig. Ich habe ein Recht, mich darauf vorzubereiten. Dafür gibt es eine Vorschrift. Was hier beantragt wird, ist etwas anderes. Ich möchte wissen, ob wir jetzt darüber abstimmen, dass wir den Vorstand bitten, eine Satzungsänderung vorzubereiten. Das ist in Ordnung, das sollte man auch zulassen, weil das ein demokratisches Recht ist. Dann muss es aber auch entsprechend formuliert sein. Oder wir müssen den Antrag an den Vorstand überweisen. Das werden Sie hinkriegen; da bin ich ganz sicher.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das heißt also, Sie befürworten den Überweisungsantrag. Wir haben die Nichtbefassung abgelehnt. Gibt es jemanden, der gegen die Überweisung sprechen möchte? – Der Antragsteller.

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Ich habe doch eben erläutert, wie dieser Antrag zu verstehen ist. Das ist für mich, wenn Sie so wollen, Frau Gitter, eine Korrektur oder eine Umformulierung dieses Antrags mit dem Ansinnen, den Vorstand zu beauftragen, eine Satzungsänderung in dem von Ihnen erläuterten Sinne vorzubereiten. Ich stelle den Antrag, darüber abzustimmen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann wird der zweite Satz des Antrags etwa so lauten:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand auf, eine Satzungsänderung vorzubereiten, dass bei künftigen Wahlen*

des Vorstands der Bundesärztekammer bewirkt wird, dass mindestens zwei Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Mitglieder des Vorstands sind.

So müsste man den zweiten Satz verstehen.

(Beifall)

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Herzlichen Dank, Herr Präsident.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es ist die Überweisung an den Vorstand beantragt.

(Zurufe)

– Lassen Sie uns das doch durch Abstimmung regeln. Wer möchte überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag in der vorgelesenen Form zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Dann haben wir es jetzt klar. Die Satzungsänderung muss dann ja auch noch durchkommen. Das ist eine schwierige Prozedur. Wir werden es auf den Weg bringen.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-68** von Frau Johna aus Hessen. Es soll § 3 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage geändert werden:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, eine neue Formulierung zu entwerfen, die den Zutritt nicht von der Nationalität abhängig macht.

Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte den Antrag ablehnen? – Ich lese vor:

Für die Tagesordnung des nächsten Deutschen Ärztetages ist die Änderung des § 3 Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages vorzusehen. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, eine neue Formulierung zu entwerfen, die den Zutritt nicht von der Nationalität abhängig macht.

Der mittlere Absatz der Begründung lautet:

Zutritt zu den Sitzungen des Deutschen Ärztetages haben alle deutschen Ärzte und die vom Vorstand der Bundesärztekammer geladenen Personen.

Wir müssten schreiben: alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Dann wäre dem Wunsch Rechnung getragen.

(Beifall)

Ich glaube, das ist ein Selbstgänger. Wir freuen uns über den Antrag. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.** Gut, dass Sie das bemerkt haben.

Wir kommen zum nächsten Themenblock: Krankenhaus. Hier behandeln wir zuerst den **Antrag VI-3** des Vorstands. Kundige Thebaner, insbesondere Juristen, haben uns gebeten, im vorletzten Absatz auf Seite 1 das Wort „damit“ zu streichen, sodass der entsprechende Satz lautet:

> *Bislang hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch keinen Referentenentwurf vorgelegt und kein Gesetzgebungsverfahren eröffnet.*

Das übernehmen wir als Vorstand. Wir haben eine Kurzsitzung abgehalten, sind alle einverstanden? – Ja. Gibt es eine Gegenrede? – Nein. Wer möchte zustimmen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Wer möchte dem Antrag des Vorstands zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag so **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-39** von Herrn Lindhorst:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag weist Politik und Bevölkerung ausdrücklich auf den zunehmenden Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern hin …*

Gibt es jemanden, der dagegenspricht? Das kann man ja kaum. – Wer möchte dem Antrag 39 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag VI-41.** Dazu gibt es einen Antrag zur Geschäftsordnung von Frau Gitter. Bitte schön.

Dr. Gitter, Bremen: Tut mir leid. Der Antragsteller selber ist nicht mehr im Saal. Ich weiß nicht, ob weitere Antragsteller da sind. In diesem Antrag kommt der Begriff „Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten“ vor. Mir liegt daran, das zu präzisieren im Sinne von „Delegation ärztlicher Tätigkeiten“, damit das konsistent mit den von uns bereits gefassten Beschlüssen ist. So ist es zumindest missverständlich.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie plädieren also dafür, den Antrag nicht so ohne Weiteres anzunehmen. Ist jemand von der Gruppe der Antragsteller anwesend, der für Herrn Lindhorst dieses Wort verändern könnte?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Will jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Nun kommen wir zum **Antrag VI-22:**

> *Mit großer Bestürzung nehmen die Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages Berichte zur Kenntnis, dass erneut Klinikärzte diskriminiert, ausgegrenzt und mit einer Nicht-Verlängerung ihres Arbeitsvertrages bedroht werden …*

Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt den Antrag 22 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag VI-73** von Herrn Nowak. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-76** von Herrn Veelken und Frau Müller-Dannecker, beide aus Berlin:

> *Der 111. Deutsche Ärztetag stellt mit Sorge fest, dass sich die Situation der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus seit Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) massiv verschlechtert hat und weiter verschlechtert …*

Gegenrede durch Herrn Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Herr Veelken und Frau Müller-Dannecker, auf den ersten Blick liest sich das bündig und gut. Man hat Spaß daran, sofort zuzustimmen und den Antrag anzunehmen. Aber man muss das einen Moment sintern lassen.

Meine Auffassung ist: Das Krankenhaus muss fachärztliche Versorgungsqualität gewährleisten. Das ist der Anspruch, der rechtlich dargelegt ist. Diese fachärztliche Versorgungsqualität kann das Krankenhaus auf zwei Weisen gewährleisten: indem es in erster Linie Fachärzte tätig werden lässt oder indem es Ärz-

te ohne Facharztanerkennung unter Supervision von Fachärzten tätig werden lässt. In allen Tarifen ist berücksichtigt, dass der Arzt, der noch keine vollständige Weiterbildung absolviert hat, eine etwas geringere Qualifikation hat als der Facharzt, weil der Facharzt eine deutlich höhere Vergütung erhält und insofern derjenige, der die Weiterbildung absolviert, gemessen an dem Anspruch, dass das Krankenhaus fachärztliche Versorgungsqualität zu liefern hat, derjenige ist, der eigentlich diese Qualifikationsdifferenz in seinem Gehalt bezahlt.

Deswegen bin ich der Meinung, dass wir schon jetzt die Situation haben, dass jeder, der weitergebildet wird, einen Anspruch darauf hat, dass er, weil er ja weniger bezahlt bekommt als ein Facharzt, ordentlich und vernünftig weitergebildet wird. Das schließt ein, dass der Krankenhausträger auf ein paar seiner Direktionsrechte zu verzichten hat.

Sowohl die Tätigkeit des Facharztes als auch die Tätigkeit des noch nicht weitergebildeten Arztes ist in den Kalkulationsgrundlagen sowohl früher beim Selbstkostendeckungsprinzip als auch heute beim DRG-Prinzip enthalten. Sie müssen wissen, dass die Häuser, die am Kalkulationsverfahren teilnehmen, sogar überproportional viel Weiterbildung ermöglichen, verglichen mit den anderen Häusern.

Die einzige Sauerei, die passiert ist, besteht darin, dass sich ein Teil der Häuser herauszieht und erklärt: Wir stellen uns der Aufgabe der Weiterbildung nicht mehr. Diese Häuser versprechen sich davon einen Nutzen. Wenn wir die Krankenkassen spezifisch zu Finanziers der Weiterbildung machen, laden wir sie ein, anstelle der Ärzteschaft die Weiterbildung steuern zu wollen. Dann werden sie die Frage nach den Bedarfsplänen stellen, dann werden sie die Frage stellen, ob die Weiterbildung überhaupt nötig ist, dann werden sie die Frage stellen, ob wir durch die Weiterbildung eine Kapazitätsausweitung statt einer Kapazitätssteuerung haben.

Insofern kann ich nur davon abraten, die Krankenkassen geradezu einzuladen, in dem System nach ihren Regeln – notwendig, zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich – alles administrieren zu wollen.

Abgesehen davon enthält der Text einen schweren Fehler, weil wir natürlich keine jungen Fachärzte ausbilden. Sie sind ausgebildet, sie haben ihre Qualifikation als Arzt, sie befinden sich in der Weiterbildung. Das ist etwas anderes als ein Teil der Ausbildung, wie es hier formuliert ist.

Ich bitte Sie herzlich, diesen Antrag hier nicht positiv zu bescheiden.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt kann jemand für den Antrag sprechen. – Bitte, Herr Veelken.

Veelken, Berlin: Der Antrag liest sich nicht nur gut, sondern er ist auch gut. Jeder, der am Krankenhaus arbeitet – also auch Sie, Herr Henke –, weiß, dass es nicht stimmt, wenn gesagt wird, die Weiterbildungskosten seien in den DRGs kalkuliert. Darüber haben wir schon auf manchen Ärztetagen gesprochen. Tatsache ist – das steht in der Begründung –: Wenn Sie 2 bis 3 Prozent Rendite haben, was relativ wenig ist, wenn Sie einen Krankenhauskonzern zugrunde legen, der sich refinanzieren will, bleiben für eine mittelgroße Operation 240 Euro übrig. Wenn Sie gleichzeitig berücksichtigen, dass eine OP-Minute 10 bis 15 Euro kostet, sehen Sie, dass nach 20 bis 30 Minuten diese Rendite, die Sie bei einer mittelgroßen Operation haben können, aufgebraucht ist. Sie müssen also in einer Abteilung, die viel Weiterbildung macht – das ist bei uns so –, sieben- bis achtmal diese Operation durchführen, um einen weitergebildeten Arzt bei der Operation assistieren lassen zu können. Dann ist man bei plus/minus null. So kann man die Weiterbildungsassistenten nicht ausreichend ausbilden. Das ist schlicht ausgeschlossen. Dafür braucht man Zuschläge.

Wenn Sie in einem Krankenhaus arbeiten, das nur Fachärzte einsetzt, gibt es die gleiche DRG für die kürzer laufende Operation wie in dem Haus, das keine Weiterbildung macht.

Ohne Zweifel dauert eine Operation, wenn sie durch einen weiterzubildenden Assistenten durchgeführt wird, erheblich länger. Das ist auch gut so.

Wenn Sie sagen, die Krankenhäuser könnten sich aussuchen, ob sie Fachärzte einsetzen oder Assistenten weiterbilden, muss ich mich doch sehr wundern: Wohin wollen wir denn? Eine Ärztegeneration von Fachärzten wird in vier bis sechs Jahren ausgebildet. Wenn wir noch lange warten und nicht dafür sorgen, dass die Weiterbildung in den Krankenhäusern wieder auf einen ordentlichen Weg kommt, werden wir uns in vier oder fünf Jahren über etwas ganz anderes unterhalten, nicht nur über so etwas, was Sie uns vorzustellen versucht haben.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön.

(Zuruf)

– Herr Montgomery bittet um Vorstandsüberweisung zu diesem Antrag. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Dann frage ich: Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum nächsten Themenblock: Schnittstelle ambulant/stationär. Dazu liegt der Antrag 1 des Vorstands vor. Zu diesem Vorstandsantrag gibt es den **Antrag VI-1 a:**

> *Ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b Sozialgesetzbuch V*

Auf Seite 2 soll in der ersten Zeile das Wort „Vertragsarzt“ durch die Worte „für das jeweilige Krankheitsbild zuständigen Facharzt“ ersetzt werden. Der so geänderte Satz würde dann lauten:

> *Die Festlegung eines Überweisungsvorbehalts durch den für das jeweilige Krankheitsbild zuständigen Facharzt ist hingegen ein sinnvolles Steuerungselement.*

Wer möchte diesem Änderungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag bleibt also unverändert.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den unveränderten **Antrag VI-1.** Wer möchte gegen den Antrag sprechen? – Niemand. Wer ist für den Antrag VI-1? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag VI-46.** Der Antrag ist **zurückgezogen.** Insofern brauchen wir darüber nicht mehr abzustimmen.

Damit kommen wir zum nächsten Themenkomplex: private Krankenversicherung. Zum Vorstandsantrag 6 liegt als Änderungsantrag der **Antrag VI-6 a** vor. In der vierten Zeile des Antrags 6 soll hinter den Worten „möglich ist“ eingefügt werden:

> *Gleichwohl ist der Deutsche Ärztetag der Überzeugung, dass infrage gestellt werden muss, ob über 90 % der Bevölkerung zwangsweise in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sein müssen.*

Gegen den Änderungsantrag will Herr Dr. Gadomski, der Vorsitzende unseres Gebührenordnungsausschusses und Präsident der Ärztekammer des Saarlandes, sprechen.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen! Der Text für sich gesehen ist meiner Ansicht nach korrekt. Aber die Aussage trifft nicht direkt unsere Absicht und passt auch nicht genau zum Thema. Ich schlage Ihnen vor, diesen Antrag

an den Vorstand zu überweisen, damit wir uns im Vorstand um eine entsprechende Position und Berücksichtigung kümmern können.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich verstehe das so, dass der Änderungsantrag dem Vorstand überwiesen werden soll für die weitere Debatte und dass der Antrag 1 nicht verändert werden soll. So ist das Petitum. – Herr Rütz hat jetzt das Recht dafürzusprechen.

Dr. Rütz, Nordrhein: Ich wäre mit der Vorstandsüberweisung deswegen einverstanden, weil mein Petitum seit Beginn des Ärztetages ist, dass sich der Vorstand mit diesem Thema kritisch auseinandersetzt. Ein weiterer Antrag ist ja schon in dieser Richtung auf den Weg gebracht. Deshalb bin ich damit einverstanden, dass die Vorstandsüberweisung erfolgt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Dann machen wir hier einmal eine Ausnahme von dem an sich üblichen Geschäftsgang, weil ein Änderungsantrag eigentlich nicht in dem normalen Antragskonvolut steht. Aber ich glaube, materiell geht das wohl.

Wer möchte diesen Antrag nicht als Änderungsantrag zum Antragstext abstimmen, sondern als eigenen Antrag, und diesen dann an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Gut.

Jetzt stelle ich die Frage nach einer Gegenrede zum **Antrag VI-6.** – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag in unveränderter Form zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag VI-7** vom Vorstand der Bundesärztekammer. Gibt es da eine Gegenrede? – Keine. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Der **Antrag VI-29** ist **zurückgezogen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-10** vom Vorstand der Bundesärztekammer. Vorbildlich; so werden die Vorstandsanträge auch zukünftig aussehen.

(Beifall)

Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-38** von Herrn Junker. Es geht um die Öffnungsklausel. Das ist ein wichtiges Thema. Gibt es jemanden, der gegen den Antrag sprechen möchte? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag 38 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-52** von Frau Krause-Girth aus Hessen. Es geht um die Anerkennung von Suchterkrankungen bei privaten Krankenversicherern. Wer möchte gegen den Antrag sprechen? – Niemand. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum nächsten Themenbereich: Prävention. Wir kommen zunächst zum **Antrag VI-62** von Frau Albrecht aus Sachsen. Es geht um die Anerkennung der Prävention als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe. Gibt es jemanden, der dagegensprechen möchte? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-65** von Herrn Professor Schulze als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer. Dieser Antrag betrifft das Präventionsgesetz. Spricht jemand gegen den Antrag? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit sehr klarer Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-70** von Herrn Bicker und anderen; er betrifft die Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen jetzt zu einem neuen Themenbereich, nämlich der Vergütung. Da rufe ich zunächst den **Antrag VI-8** vom Vorstand der Bundesärztekammer auf. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Bei wenigen Enthaltungen und vereinzelten Gegenstimmen **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-15** von Herrn Scheerer aus Brandenburg und weiteren Damen und Herren Delegierten. Gibt es eine Gegenrede?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte.

MR Dr. Scheerer, Brandenburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Das ist ein öffentliches Thema. Der Vorstand wird sich sowieso damit beschäftigen.

Deswegen wünsche ich mir, dass der Ärztetag diesen Antrag unterstützt. Leider ist Herr Weigeldt nicht mehr da, der vielleicht dafür verantwortlich gemacht werden kann, dass die Gesprächsleistungen entsprechend vergütet werden. Anderenfalls spricht nämlich keiner mehr mit dem Patienten. Unsere Arbeit erfolgt immer mehr EMB-gesteuert. Das ist eine ganz fatale Entwicklung in der Medizin.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Dann entscheiden wir jetzt, ob wir diesen Antrag an den Vorstand überweisen. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer stimmt für den Antrag? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Nun kommen wir zum **Antrag VI-23** von Frau Dr. Borelli aus Bayern. Die Finanzminister und Wissenschaftsminister der Länder werden aufgefordert, die Besoldung der Professoren strukturell zu reformieren und auf ein international konkurrenzfähiges Niveau anzuheben, damit sie uns nicht alle weglaufen. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer ist dafür, dass wir den Antrag annehmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag VI-24,** ebenfalls von Frau Dr. Borelli sowie von Herrn Dr. Botzlar. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist klar **angenommen.**

Den **Antrag VI-50** gibt es nicht mehr, weil Herr Schüller ihn gar nicht stellen wollte und auch nichts davon wusste, dass er ihn gestellt hat. Das liegt aber nicht an ihm, sondern an anderen.

Damit kommen wir zum Thema Qualitätssicherung. Der erste Antrag zu diesem Thema ist der **Antrag VI-2** vom Vorstand. Änderungsanträge gibt es nicht. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt für den Antrag 2? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-81:**

> *Der 111. Deutsche Ärztetag empfiehlt den Landesärztekammern, regelmäßig öffentliche Veranstaltungen zu den Themen „Qualität“ und „Patientensicherheit“ durchzuführen.*

Ich schätze, da freut man sich über das, was in dieser Beziehung in Nordrhein passiert. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum Themenkomplex Menschenrechte und Asylbewerber. Da kommen wir zunächst zum **Antrag VI-9** des Vorstands. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-79.** Im Antragstext soll es zwei Änderungen geben, sodass der Antrag dann lautet:

> *Für die Beurteilung von Flugreisetauglichkeit dürfen ausschließlich speziell qualifizierte Ärzte beauftragt werden. Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Innenminister der Länder auf, den mit der Bundesärztekammer erarbeiteten und im Dezember 2004 verabschiedeten Informations- und Kriterienkatalog einzuführen und der Ärzteschaft zur Kenntnis zu geben. Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm fordert die Landesärztekammern auf, berufsrechtlich gegen Ärzte vorzugehen, die die einschlägigen Resolutionen der Ärzteschaft und die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns verletzen.*

Ich glaube, über die beiden vorgenommenen Streichungen müssen wir gar nicht abstimmen. Oder möchte Frau Künanz gegen die Streichung der Gesundheitsämter votieren, weil sie dort tätig ist? Die Änderung kommt von den Antragstellern selbst. Sie müsste die Antragsteller bezirzen, dass sie es wieder aufnehmen. Bitte, Frau Künanz.

Künanz, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unteren Gesundheitsbehörden, wie die Gesundheitsämter jetzt heißen, sind oft mit diesem Thema befasst. Wenn sie damit befasst sind, sollten sie auch denselben Informationszufluss haben. Deshalb bitte ich die Antragsteller, den Antrag entspre-

chend zu ändern. Man könnte den Begriff „Gesundheitsämter“ ersetzen durch „Untere Gesundheitsbehörden“.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt bitte Herr Pickerodt.

Dr. Pickerodt, Berlin: Wir sind von mehreren Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Bundesländern darauf hingewiesen worden, dass es nicht die Ärzte in den Gesundheitsämtern sind, die hier anzusprechen sind, weil sie mit dem Inhalt unseres Antrags völlig übereinstimmen. Wir haben den Passus „insbesondere in den Gesundheitsämtern“ gestrichen, damit der Text für diese Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern akzeptabel ist, die die Intention des Antrags unterstützen.

(Beifall)

Ich bitte um Beibehaltung der Streichung der Worte „insbesondere in den Gesundheitsämtern“.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie werden ja sowieso informiert. Das ändert sich auch nicht, wenn wir sie hier streichen.

Wenn die Antragsteller diesen Text streichen, ist er gestrichen. Über die Änderungen brauchen wir nicht abzustimmen, weil die Antragsteller diese selber vorgeschlagen haben.

Wer möchte gegen den Antrag in dieser Form sprechen? – Niemand. Dann stimmen wir ab. Wer stimmt dem Antrag 79 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VI-78.** Da bitten die Autoren um folgende Änderung. Dort soll der Hinweis auf die Gesundheitsämter gestrichen werden, sodass es heißt:

> *… versagen Ärzte im Auftrag von Sozialämtern Patienten manchmal dringend erforderliche Behandlungen …*

Frau Künanz ist bestimmt auch dafür, denn das wollen wir den Gesundheitsämtern nicht unterschieben. Diese Änderung wird von den Antragstellern selber gewünscht. Deshalb brauchen wir darüber nicht abzustimmen. Wer möchte gegen den Antrag sprechen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer stimmt für den Antrag? – Das ist die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VI-58.** Da gibt es textliche Änderungen. Im Anfangssatz „Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung deshalb erneut auf …“ soll das Wort „deshalb“ gestrichen werden. Am Ende von Punkt 1 soll es statt „unterfallen“ heißen: „unterliegen“. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nein. Wer stimmt dem Antrag 58 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag VI-77.** Keine Änderungen, keine Gegenrede. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen nun zum nächsten Themenkomplex, der Weiterbildung. Hier rufe ich zunächst den **Antrag VI-86** auf. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Dann kommen wir zum **Antrag VI-87,** der ebenfalls die Weiterbildung betrifft. 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.**

Wir kommen jetzt zum letzten Themenkomplex: Verschiedenes. Wir kommen zunächst zum **Antrag VI-18** betreffend die Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Jetzt rufe ich den **Antrag VI-64** von Frau Albrecht aus Sachsen auf. Er betrifft die elektronische Impfdatenbank.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte, Herr Zöllner.

Dr. Zöllner, Bayern: Ich möchte mich gegen eine Vorstandsüberweisung aussprechen, weil ich es richtig finde, den Antrag abzulehnen. Anderenfalls wäre unsere ganze gestrige Diskussion überflüssig gewesen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-28,** der die Arbeitsschutzbestimmungen betrifft. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Es folgt nun der **Antrag VI-59 (neu),** der sich auf die gleiche Bewertung ärztlicher Arbeit im öffentlichen Dienst bezieht. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag VI-71,** der die Datentransparenz für ärztliche Körperschaften betrifft.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Bitte, Herr Griebenow.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich meine zu erfühlen, was die Antragsteller vielleicht möchten, nämlich dass wir etwas praxisnäher und mehr auf unsere Patienten bezogen fortbilden können, indem wir nicht nur über Leitlinien sprechen, die an Patienten gewonnen wurden, die vielleicht alle außerhalb Deutschlands behandelt wurden, und wir besser etwas über diejenigen Patienten wissen, die wir selber behandeln. Das sind äußerst sensible Daten. Sollen sie für Studien verwandt werden? Wie soll damit umgegangen werden?

Das bedarf noch dringend der Erklärung. Ansonsten müsste es eigentlich abgelehnt werden.

(Beifall)

Der Antrag auf Vorstandsüberweisung sollte nur sicherstellen, dass diese Präzisierung vielleicht in Ihren Reihen geschieht.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Für den Antrag spricht Herr Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Kollege Griebenow, Ihr Einfühlungsvermögen und Ihr Einstehen für Datenschutz ehrt Sie. Es geht nicht nur darum, dass die Ärztekammern und auch die KVen Zugang zu Daten haben; es geht vor allen Dingen um die Waffengleichheit zwischen Ärztekammern und Krankenkassen. Derzeit ist es nämlich so, dass diejenigen, die über das Geld verfügen, jede Menge Zahlen, Daten und Fakten haben, mit denen sie uns im angestellten und auch im niedergelassenen Bereich das Leben schwermachen. Die Krankenkassen wissen nämlich sehr konkret, was läuft, mit Daten, deren Qualität zum Teil anrüchig ist. Aber diese Zahlen werden uns vorgehalten, uns wird damit das Leben schwergemacht.

Wir als Kammern haben wiederum konkret die Aufgabe, die Angelegenheiten so zu regeln, dass sie die Realität abbilden. Wenn wir aber keine konkreten Zahlen darüber haben, bleiben wir weiterhin auf der Ebene der sogenannten „Gobsat"-Technik hängen. „Gobsat" steht für: good old boys sitting around a table. Diese „good old boys" überlegen sich, was vielleicht gut sein könnte.

Nachdem der Gesetzgeber erfahrungsgemäß nicht unmittelbar einem Wunsch des Ärztetages entsprechen wird, möchte ich Sie bitten, diesem Antrag zuzustimmen. Er wird sowieso erst einmal innerhalb der Bundesärztekammer diskutiert und geht von dort aus weiter.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Einer hat dafür, einer dagegen gesprochen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede gegen die Vorstandsüberweisung? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer will ihn nicht an den Vorstand überweisen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Nun kommen wir zum **Antrag VI-67.** Er betrifft das Heilpraktikerwesen. Wer möchte gegen den Antrag reden? – Bitte.

Dr. Binder, Bayern: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich kann nicht hinnehmen, dass wir die Politik auffordern, das Heilpraktikerwesen neu zu regeln. Es müsste vielmehr heißen: Der Gesetzgeber wird aufgefordert, das Heilpraktikerunwesen abzuschaffen.

(Beifall)

Alles andere, was in diesem Antrag steht, ist richtig und wunderschön. Darum stelle ich den Antrag, das an den Vorstand zu überweisen. Vielleicht kann man es noch aggressiver formulieren.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Möchte jemand den Antrag verteidigen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 67 an den Vorstand überweisen? – Viele. Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Der Vorstand wird damit schon in geeigneter Weise umgehen.

Wir kommen damit zum **Antrag VI-80:**

> *Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.*

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Bitte.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte an dieser Stelle wiederholen, was bereits gesagt wurde: Wir sollten nicht hinter das zurückfallen, was wir gestern erreicht haben.

(Beifall)

In der Begründung wird ausgeführt:

> *Die Ärzteschaft sollte in der Diskussion über die Nutzung der EDV deutlich machen, dass es bei der Kritik an der elektronischen Gesundheitskarte nicht um eine rückwärts gerichtete totale Ablehnung geht, sondern um den sinnvollen und die ärztliche Tätigkeit unterstützenden Einsatz der EDV.*

Das haben wir doch nicht nötig, so etwas zu zeigen. Auch unsere gestrigen Beschlüsse, die ich sehr begrüße, dieser ganze anstrengende Prozess, mit dem wir uns aufeinander zubewegt haben und die Basis unserer Entscheidung vergrößert haben, auch die Auszüge aus dem Telematikpapier begründen dies alles.

Ich meine, dieses ist unterhalb des Niveaus, das wir uns erlauben können. Ich warne entschieden davor, diesen Antrag anzunehmen, und bitte um Ablehnung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das war die Gegenrede. – Wer möchte den Antrag verteidigen?

(Zuruf: Nichtbefassung!)

– Es wird „Nichtbefassung!“ aus dem Plenum gerufen. Ich frage noch einmal: Möchte jemand den Antrag begründen und verteidigen? – Das ist nicht der Fall. Dann geht der Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung vor. Wer stimmt dem zu? – Wer möchte sich mit dem Antrag befassen? – Das sind zu wenig. Damit ist **Nichtbefassung** beschlossen. Wir befassen uns also nicht mit diesem Antrag.

Wir fahren fort mit dem **Antrag VI-25** von Frau Dr. Borelli: Einrichten von Kinderkrippen. Gibt es da eine Gegenrede?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ist das ernst gemeint? – Nein. Dann stimmen wir über den Antrag ab. Wer möchte dem Antrag 25 zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Der Antrag **VI-57** ist bereits gestern als Antrag V-3 abgestimmt worden. Deshalb braucht er heute nicht mehr verhandelt zu werden.

Damit haben wir alle Anträge durchgearbeitet. Jetzt gibt es einen Wunsch zur Geschäftsordnung von Andreas Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe eine Bitte an Sie, nämlich eine zweite Lesung zum Antrag 64 bezüglich des Impfens. Ich möchte das kurz sachlich begründen. Sie haben im vorigen Jahr nach langer Diskussion beschlossen, das Impfen zu dokumentieren. Heute ist ein Vorschlag gemacht worden, wie dies dokumentiert werden soll. Das haben Sie aber abgelehnt. Das passt nicht ganz zusammen. Es ist aber wichtig, die Durchimmunisierung der Bevölkerung auf einen höheren Level zu heben.

Da die Kollegin aus Sachsen nicht mehr anwesend ist, habe ich mich dessen angenommen und bitte um zweite Lesung.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Frau Professor Henneberg hat einen Antrag desselben Inhalts gestellt. Wer befürwortet die zweite Lesung? – Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Ich frage aber trotzdem noch einmal: Wer ist für eine zweite Lesung zum Antrag 64? – Die Gegenprobe! – Ich glaube, das Drittel kam nicht zustande.

(Zurufe)

– Möchten Sie zählen? – Gut. Dann zählen wir. Warum sollen wir uns deswegen hier verkrampfen. Das geht ganz schnell. Ich frage erneut: Wer möchte die zweite Lesung? – Wer ist gegen die zweite Lesung? – Es wurden 173 Stimmen abgegeben. Nur 35 sind dafür. Es müssten aber über 40 sein. Es findet zu diesem Thema also keine zweite Lesung statt. Ich interpretiere das so, dass der Beschluss des Ärztetages vom vorigen Jahr nach wie vor gilt, aber die Frage der weiteren Fortführung und Ausdifferenzierung heute noch nicht entschieden ist. Wir widersprechen uns da also nicht, sondern wir müssen weiter darüber nachdenken, wie wir das, was wir auf dem vorigen Ärztetag beschlossen haben, noch besser – wie man heute so schön sagt – operationalisieren.

Damit ist der Tagesordnungspunkt VI abgeschlossen. Die Tagesordnungspunkte VII, VIII und IX sind bereits erledigt.

Ich rufe nunmehr **Tagesordnungspunkt X** auf:

Wahl des Tagungsortes für den 113. Deutschen Ärztetag 2010

Jetzt wird ein Film vorbereitet, der die Länge von einer Dreiviertelstunde aber nicht übersteigt.

(Heiterkeit)

Ich bitte den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Schulze, uns zu berichten, wo und wann der Deutsche Ärztetag 2010 stattfinden wird. Bitte schön.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Februar 2007 die Geschäftsführung beauftragt, zu prüfen, ob der Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden stattfinden kann. Im Ergebnis dieser Prüfung hat der Vorstand der Bundesärztekammer im April 2008 beschlossen, den Delegierten dieses 111. Deutschen Ärztetages als Tagungsort für den 113. Deutschen Ärztetag vom 11. bis zum 14. Mai 2010 Dresden vorzuschlagen.

(Beifall)

Sehr geehrte Damen und Herren! Dresden, das goldene Herz Sachsens, liebevoll auch Elbflorenz genannt, ist eine der attraktivsten Städte Deutschlands. Malerisch eingebettet in das Elbtal, zieht sie seit Jahrhunderten Besucher in ihren Bann. Die Gäste der Stadt staunen über die Sehenswürdigkeiten: Semperoper, Grünes Gewölbe, Zwinger, schönes Renaissanceschloss und die würdevolle wiedererstandene Frauenkirche.

An kaum einem anderen Ort in Europa genießen die Menschen eine höhere Lebensqualität. Dresden ist eine Kunst- und Kulturstadt, eine Stadt der Medizin, der Wissenschaften und der Wirtschaft. Ihr Reiz liegt in ihrem Facettenreichtum, der Verbindung aus Tradition und Moderne, der einzigartigen Lage und den kreativen Impulsen, die immer wieder von Dresden ausgehen.

Begleiten Sie mich jetzt für einige Minuten durch diese wunderbare Stadt, und wählen Sie danach den Veranstaltungsort des 113. Deutschen Ärztetages.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für Wort und Bild. Ich garantiere: Die Musik kam nicht aus der Semperoper, auch nicht aus der Dresdner Philharmonie.

Wir stimmen jetzt darüber ab, ob Sie damit einverstanden sind, dass der 113. Deutsche Ärztetag nach Dresden kommt. – Ist jemand dagegen, dass wir nach Dresden fahren? – Das ist nicht der Fall. Enthält sich jemand? – Dann ist der **Antrag X-1** einstimmig **angenommen.** Herzlichen Dank für die Einladung. Wir freuen uns auf den 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden.

(Beifall)

Aufgrund eines organisatorischen Missverständnisses wurde folgende Erklärung von 56 Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages nicht mehr behandelt:

„Mit Befremden stellen die unterzeichnenden hausärztlichen Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages fest, dass mehrheitlich Anträge abgelehnt wurden, die das Ziel hatten, die Stellung des Hausarztes/der Hausärztin im Gesundheitssystem zu stärken.

Sie sehen sich somit in den Beschlüssen des Ulmer Ärztetages nicht ausreichend berücksichtigt.“

Meine Damen und Herren, damit haben wir alle Tagesordnungspunkte dieses 111. Deutschen Ärztetages erfolgreich abgehandelt. Ich denke, dass die Reso-

nanz in der Öffentlichkeit entsprechend ist. Wir hatten eine mediale Aufmerksamkeit, die weit über dem Durchschnitt liegt, obwohl wir uns ja nicht mitten in Berlin aufgehalten haben, wo es die Medien einfacher haben.

Zunächst ein herzlicher Dank an die Stadt Ulm für die nette und freundschaftliche Aufnahme.

(Beifall)

Ein herzlicher Dank geht an die Landesärztekammer Baden-Württemberg und ihre Präsidentin Frau Dr. Wahl.

(Beifall)

Geben Sie den Dank bitte weiter an Frau Sensen, Ihre rechte Hand, die Ihnen zur Seite gestanden und dafür gesorgt hat, dass alles funktionierte. Sie hatte nämlich die Gesamtverantwortung für das Rahmenprogramm vor Ort. Sie hat auch den Landesabend am Donnerstag organisiert und betreut. Frau Sensen, herzlichen Dank von allen Damen und Herren Delegierten des Deutschen Ärztetages an Sie.

(Beifall)

Vielen Dank an Herrn Rüdiger Weber, unseren Stenografen, der den Stenografischen Wortbericht über diesen Ärztetag erstellen wird, für seine mühevolle Arbeit, die sicherstellt, dass die Beratungen und Diskussionen zusammengefasst werden und für alle Zeiten festgehalten sind.

(Beifall)

Ich sage auch meinen Dank an unsere Geschäftsführung, in diesem Jahr insbesondere an zwei Mitarbeiter, die zum 30. Mal auf einem Ärztetag gearbeitet haben. Ich bitte Herrn Dr. Maas und Herrn Fraß auf die Bühne.

(Beifall)

Wir danken allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Hintergrund tätig waren und zum Gelingen dieses Ärztetages beigetragen haben. Dank auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer Baden-Württemberg und an die Studentinnen und Studenten, die uns bei der Verteilung der Drucksachen so effektiv unterstützt haben, sodass Sie nie warten mussten und immer im Bilde waren.

(Beifall)

Dank auch an die Technik der Firma evenco und dieses Jahr besonders an die Firma Helliwood, die mit uns gemeinsam die Software für die Erfassung, Verar-

beitung und Präsentation der Anträge neu entwickelt hat. Die Feuertaufe ist hervorragend gelungen.

Ein herzlicher Dank geht an Frau Becker und Frau Thoms von der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, die wie jedes Jahr alles exzellent vorbereitet und organisiert haben. Sie erhalten einen Blumenstrauß.

(Beifall)

Nicht zuletzt herzlichen Dank an Sie, meine Damen und Herren Delegierten, dass Sie so erfolgreich mitgearbeitet und dafür gesorgt haben, dass wir rundum gute Beschlüsse gefasst haben, mit denen wir uns in der Öffentlichkeit sehen lassen können.

Ich bedanke mich noch einmal bei allen, auch bei denjenigen, die ich nicht erwähnt habe. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise, ein erholsames Wochenende. Auf Wiedersehen bis zum 112. Deutschen Ärztetag, der vom 19. bis zum 22. Mai 2009 in Mainz stattfindet!

Damit ich es nicht vergesse – bei der Eröffnung wäre es mir beinahe passiert –: Ich schließe hiermit den 111. Deutschen Ärztetag in Ulm. Alles Gute!

(Beifall)