# 113. Deutscher Ärztetag

## Stenografischer Wortbericht

113. Deutscher Ärztetag in Dresden, 11. bis 14. Mai 2010

# Stenografischer Wortbericht

113. Deutscher Ärztetag
Dresden, 11. bis 14. Mai 2010

**Impressum**

Copyright © Bundesärztekammer 2010

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

*Stenograf:*
Rüdiger Weber, Berlin

*Titelfoto:*
Ludwig Gschirr, Pullach

*Titelgrafik:*
André Meinardus, Deutscher Ärzte-Verlag

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

## Inhalt

Seite


**I Eröffnungsveranstaltung** 4

- Begrüßung:
  Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
  Präsident der Sächsischen Landesärztekammer 4
- Grußwort:
  Stanislaw Tillich
  Ministerpräsident des Freistaates Sachsen 9
- Grußwort:
  Detlef Sittel
  Zweiter Bürgermeister der Stadt Dresden 12
- Totenehrung 14
- Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 16

  *Prof. Dr. Albrecht Encke* 16
  *Prof. Dr. Klaus Hupe* 19
  *Dr. Alfred Möhrle* 22
  *Prof. Dr. Eduard Seidler* 25

  Dankesrede im Namen der Geehrten:
  Dr. Alfred Möhrle 28
- Grußansprache:
  Dr. Philipp Rösler, MdB
  Bundesminister für Gesundheit 30
- Auftakt:
  Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
  Präsident der Bundesärztekammer, Präsident des Deutschen Ärztetages und der Ärztekammer Nordrhein 45

**II Arbeitstagungen des Plenums** 54

1. Tag, Dienstag, 11. Mai, 2010, Nachmittagssitzung 54

2. Tag, Mittwoch, 12. Mai 2010, Vormittagssitzung 111

2. Tag, Mittwoch, 12. Mai 2010, Nachmittagssitzung 173

3. Tag, Donnerstag, 13. Mai 2010, Vormittagssitzung 227

3. Tag, Donnerstag, 13. Mai 2010, Nachmittagssitzung 292

4. Tag, Freitag, 14. Mai 2010, Vormittagssitzung 357

# Eröffnungsveranstaltung

**Dienstag, 11. Mai 2010, 10.00 Uhr**
Sächsische Staatsoper Dresden (Semperoper)

(Musikalischer Auftakt: Pablo de Sarasate: Zigeunerweisen für Violine und Orchester)

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer:
Nach diesem fulminanten Auftakt, meine Damen und Herren, sind wir, glaube ich, in die richtige Stimmung versetzt. Jacob Meining, 14-jähriger Schüler, spielte die Zigeunerweisen von Pablo de Sarasate an einem Ort, wo bereits Carl Maria von Weber, Richard Wagner und Richard Strauß wirkten. Vielen Dank für dieses Solo, das er zusammen mit seinem Vater und Mitgliedern der Sächsischen Staatskapelle Dresden als Auftakt spielte.

Sehr verehrte Gäste! Herzlich willkommen in Dresden, herzlich willkommen zum 113. Deutschen Ärztetag! Das Jahr 2010 ist für Deutschland, Sachsen und Dresden das Jahr der zeitgeschichtlichen Jubiläen: 20 Jahre deutsche Einheit, 20 Jahre Sächsische Landesärztekammer sowie 25 Jahre Wiederaufbau dieser prachtvollen Semperoper und fünf Jahre Weihe der einzigartigen Frauenkirche. Vor 17 Jahren, nämlich 1993, fand der 96. Deutsche Ärztetag in Dresden statt. Es war der erste Ärztetag in einem ostdeutschen Bundesland nach der Wiedervereinigung. Einige unter Ihnen waren auch schon damals Gäste dieser Stadt. Sie werden ganz besonders die städtebaulichen Veränderungen und das wiedererwachte Flair der sächsischen Landeshauptstadt bemerken.

Auch deshalb empfinde ich Freude und Stolz, Sie heute erneut zu einem Deutschen Ärztetag in Dresden begrüßen zu dürfen. Die sächsischen Ärzte betrachten es als eine Auszeichnung, dass unsere Metropole wiederholt zum Tagungsort ausgewählt wurde.

Und nun begrüßen Sie mit mir den Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen, Herrn Stanislaw Tillich.

(Beifall)

Mit jugendlicher Energie ist auch heute der Bundesminister für Gesundheit, Herr Dr. Philipp Rösler, zu uns gekommen. Herzlich willkommen, Herr Bundesminister!

(Beifall)

Ebenso herzlich begrüße ich die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Christine Clauß. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Liebe Gäste, aus Zeitgründen bitte ich Sie nun darum, den Beifall bis zum Ende der Begrüßung aufzusparen, obwohl jeder der nachfolgend Begrüßten einen eigenen Applaus verdient hätte.

Ein Willkommensgruß geht besonders an die Abgeordneten und Mitglieder des Europäischen Parlaments, des Deutschen Bundestages, aus dem Sächsischen Landtag und aus den Landtagen mehrerer Bundesländer.

Ich begrüße ganz besonders herzlich den Ehrenpräsidenten des 103. Deutschen Ärztetages und Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, meinen Vorgänger im Amt, der den ersten ostdeutschen Ärztetag organisiert und durchgeführt hat, Herrn Professor Heinz Diettrich.

(Beifall)

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

(Beifall)

Ich begrüße besonders auch den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Professor Karsten Vilmar.

(Beifall)

Ebenfalls herzlich willkommen heiße ich den Zweiten Bürgermeister der Stadt Dresden, Herrn Detlef Sittel. Er vertritt die Oberbürgermeisterin Helma Orosz.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, Gäste aus 27 Ländern sind zu uns nach Dresden gereist. Das ist bemerkenswert. Stellvertretend für alle begrüße ich vom Weltärztebund dessen Präsidenten, Herrn Dr. Dana Hanson aus Kanada, sowie den Vorstandsvorsitzenden des Weltärztebundes, Herrn Dr. Edward Hill aus den Vereinigten Staaten von Amerika.

(Beifall)

Ein Willkommen auch der Präsidentin des Weltärztinnenbundes, Frau Dr. Atsuko Heshiki aus Japan.

(Beifall)

Ich begrüße die Generalsekretärin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME), Frau Lisette Tiddens-Engwirda aus den Niederlanden.

(Beifall)

Die Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, begrüße ich ebenfalls ganz herzlich.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich begrüße die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. Andreas Köhler und Herrn Dr. Carl-Heinz Müller, sowie von

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen die stellvertretende Vorsitzende, Frau Dr. Schwäblein-Sprafke.

(Beifall)

Den Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe, Herrn Ulrich Oesingmann, heiße ich herzlich willkommen.

Ich begrüße die Präsidenten der befreundeten Heilberufekammern sowie die Vertreter der Verbände.

Ich begrüße besonders herzlich meine Kollegen im Vorstand der Bundesärztekammer sowie den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer.

Zuletzt, aber mit besonders viel Enthusiasmus begrüße ich alle Delegierten, Gäste und Medienvertreter des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden. Wir freuen uns sehr, dass Sie uns die Ehre geben und heute zugegen sind.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, würden wir die Geschichte der Stadt Dresden oder Sachsens analysieren wollen und würde ich jetzt versuchen, sie Ihnen auch nur annähernd beschreiben zu wollen, wir hätten Stoff für eine Woche und länger und keine Zeit für unseren Deutschen Ärztetag. Dennoch möchte ich Ihnen in aller Kürze verdeutlichen, an welch bedeutenden politischen, historischen und auch medizinischen Ort der diesjährige Deutsche Ärztetag stattfindet.

Meine sehr geehrten Gäste, was haben Georgius Agricola, Johann Friedrich Böttger, Melitta Bentz und Manfred Baron von Ardenne gemeinsam? – Sie alle wirkten in Sachsen. Und während sich der eine der Mineralogie widmete, der andere vor ungefähr 300 Jahren das erste europäische Hartporzellan herstellte, entwickelte Frau Bentz den allseits bekannten Melitta-Kaffeefilter und der Baron von Ardenne das Fernsehen.

Noch eine Frage: Was sagen Ihnen die Namen Samuel Hahnemann, Georg Bartisch, Georg Schmorl, Karl Friedrich Nietze und Gerhard Leopold? – Auch sie wirkten in Sachsen und es sind national wie international bekannte Ärzte und Forscherpersönlichkeiten. Hahnemann gilt als Begründer der Homöopathie, von Bartisch stammt der „Augendienst“, das erste Lehrbuch der Augenheilkunde in deutscher Sprache, im 17. Jahrhundert geschrieben, nach Schmorl, dem Pathologen und Wirbelsäulenforscher, sind die Schmorlschen Knorpelknötchen der Bandscheibe benannt. Der Urologe Nietze demonstrierte bereits 1877 in Dresden zum ersten Mal eine Blasenspiegelung an einer Leiche mit dem von ihm entwickelten Zystoskop. Und Leopold entwickelte die nach ihm benannten Leopoldschen Handgriffe zur äußeren Untersuchung der Schwangeren. Eine Fortsetzung dieser Liste bedeutender Ärzte und erfolgreicher Forscher bis in die Gegenwart ist unschwer möglich.

Wir Sachsen sind eben „helle, heeflich und gemietlich“ – soll heißen: pfiffig, höflich und sympathisch. Mit diesen Eigenschaften, aber einem ungeliebten Dialekt haben es die Sachsen schon immer weit gebracht. Sie sind gewandt und weltoffen.

Ein altes sächsisches Sprichwort sagt: „Was in Chemnitz erarbeitet wird, wird in Leipzig gehandelt und in Dresden verprasst.“ Das lässt sich nicht ganz leugnen,

denn die Zeugnisse der Prunksucht der sächsischen Regenten – Anwesende ausgenommen – können Sie in Dresden bewundern. Zu nennen wären das Schloss, der Zwinger, Alte und Neue Gemäldegalerie, Grünes Gewölbe sowie die im März eröffnete Türckische Cammer, die umfangreichste Sammlung osmanischer Kunst in Deutschland. Die Wettiner beriefen für ihre Sammlungen die damaligen Spitzenkönner der europäischen Kunst- und Kulturszene nach Dresden oder schickten Agenten zu gezielten Ankäufen ins Ausland.

Meine Damen und Herren, der Freistaat Sachsen hat dieses bedeutende kulturhistorische Erbe mit großem materiellen und ideellen Engagement angetreten und sorgsam weiterentwickelt.

Sachsen hat aber auch zwei hochmoderne medizinische Hochschulen, darunter die 400-jährige Alma Mater Lipsensis, und rund 80 sanierte, modern ausgestattete Krankenhäuser und zahlreiche Forschungsinstitute, nicht nur der Biomedizin. Das Universitätsklinikum Dresden trägt den Namen „Carl Gustav Carus“. Carus lebte von 1789 bis 1869. Er war Arzt, Naturphilosoph, Literat, Maler und Zeichner und gilt als Persönlichkeit von universalem Zuschnitt. Er lebte und arbeitete über 50 Jahre in Dresden. Dem Universalgelehrten Carus war 2009 eine ganz besonders umfangreiche Ausstellung im Dresdner Schloss und in der Sempergalerie gewidmet. Carus könnte heute in seiner Universalität helfen, den Inhalt ärztlichen Tuns gegen zunehmende Technisierung und Ökonomisierung zu verteidigen. Er hat gute Argumente geliefert.

Aber, meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie befinden sich auch an den Wurzeln der ärztlichen Selbstverwaltung. Ich möchte an zwei wichtige sächsische Reformpersönlichkeiten erinnern, die zu Recht als die Ahnherren deutscher Berufs- und Standespolitik gelten. Es sind dies Professor Hermann Eberhard Friedrich Richter – er lebte von 1808 bis 1876 –, Lehrstuhlinhaber an der ehemaligen Chirurgisch-Medizinischen Akademie in Dresden, sowie Dr. Hermann Hartmann aus Leipzig, der von 1863 bis 1923 lebte. Beide haben sich um die Gründung des Deutschen Aerztevereinsbundes und des späteren Hartmannbundes hervorragende Verdienste erworben.

Die ärztliche Selbstverwaltung, deren hochrangige Vertreter wir heute hier versammelt haben, ist eine der bedeutendsten politischen Errungenschaften der ärztlichen Profession. Nur durch eine funktionierende ärztliche Selbstverwaltung können die Gesamtinteressen aller Ärzte in Deutschland wirkungsvoll zur Geltung gebracht werden.

(Beifall)

Eine ärztliche Standesvertretung ist unabdingbarer Bestandteil der Demokratie und Hüterin ärztlicher Freiberuflichkeit. Das sage ich mit meinen langjährigen persönlichen Erfahrungen in einem zwangskollektivistischen zentralistischen System mit Einheitspartei.

(Beifall)

Von Sachsen ging 1989 auch der Impuls zur friedlichen und deshalb in der Geschichte einmaligen Revolution aus. Dem zivilen Ungehorsam mit dem Slogan „Wir sind das Volk“ konnte die damalige Staatsmacht auf Dauer nicht standhalten. In den letzten 20 Jahren waren wir Sachsen Protagonisten einer politischen und gesell-

schaftlichen Veränderung, auf die wir sehr stolz sein können. Denn sie zeugt, wie schon 1945, vom Aufbau- und Veränderungswillen der Menschen in diesem Lande. Ohne diesen Willen wären finanzielle Transfers wahrscheinlich ins Leere gelaufen.

Wir haben bereits Probleme bewältigt oder in Angriff genommen, von denen andere Bundesländer erst im Ansatz betroffen sind. Zu nennen wäre der Wegfall ganzer Industriezweige, der demografische Wandel und der Ärztemangel. Den Ärztemangel spüren und thematisieren wir seit 1999. Den demografischen Wandel erleben wir seit einigen Jahren vor allem in ländlichen Regionen.

Nur durch eine kreative und kooperative Zusammenarbeit der ärztlichen Selbstverwaltung, also Sächsische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, von Sozialministerium, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen ist es gelungen, frühzeitig wichtige Maßnahmen gegen den Ärztemangel in Sachsen auf den Weg zu bringen. Dadurch konnten wir den Ärztemangel abschwächen, aber bei Weitem nicht beseitigen.

In Sachsen existiert auch das letzte Bündnis Gesundheit 2000. Vor elf Jahren gegründet, kooperieren in diesem Bündnis über 30 Partner, um die gesundheitspolitischen Entwicklungen kritisch zu begleiten, zu kommentieren und notfalls auch zu Demonstrationen aufzurufen. Eine solche übergreifende kooperative Zusammenarbeit sucht ihresgleichen in Deutschland. Vielen Dank an dieser Stelle an alle Beteiligten.

1993 brachten die Delegierten von Dresden aus die strukturierte Qualitätssicherung auf den Weg. Heute beschäftigen wir uns mit der Neuorganisation dieses Bereichs. Zudem sind Themen dazugekommen, auf die wir in der Vergangenheit ganz pragmatische Antworten finden mussten: Rationierung und Priorisierung. Vor 1989 haben die ostdeutschen Ärzte eine Rationierung von medizinischen Leistungen aufgrund von Mangel an Material und Technik vornehmen müssen. Heute beschäftigt sich die Ärzteschaft mit Priorisierung aufgrund der sich zuspitzenden Probleme in der Finanzierung infolge Demografie und medizinischem Fortschritt.

Wir Ärzte sind nicht mehr bereit, die versteckte politisch verursachte Rationierung in Gegenwart und Zukunft an die Patienten weiterzugeben. Wir fordern eine breite gesellschaftliche Diskussion zur Priorisierung medizinischer Leistungen. Herr Gesundheitsminister Dr. Rösler, wir sind der Meinung, dass es ethisch nicht mehr vertretbar ist, diese Diskussion nicht zu führen.

(Beifall)

Die Ärzteschaft jedenfalls ist bereit, eine notwendige fachlich-inhaltliche, gesellschaftliche und politische Auseinandersetzung konstruktiv zu begleiten. Was wir nicht brauchen, sind Reformen mit Wortungetümen als Namen, die bloße Kostendämpfungsmaßnahmen sind.

Ich wünsche mir deshalb, dass der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden wichtige berufspolitische Signale in Bezug auf eine menschliche medizinische Versorgung und gesicherte ärztliche Rahmenbedingungen aussendet und dass der Zusammenhalt der deutschen Ärzteschaft gestärkt wird. Das Programm der Arbeitstagung enthält die brennenden berufs- und gesundheitspolitischen Fragen unserer Zeit.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, meine kurzen Ausführungen zu Dresden und Sachsen mögen auch dazu beitragen, dass Sie, die Gäste des 113. Deutschen Ärztetages, wiederkommen, um die Schönheit und Eleganz von „Elbflorenz“ und von Sachsen näher kennenzulernen. Erich Kästner schreibt in seinem Buch „Emil und die Detektive“: „Wenn es zutreffen sollte, dass ich nicht nur weiß, was schlimm und hässlich, sondern auch was schön ist, so verdanke ich diese Gabe dem Glück, in Dresden aufgewachsen zu sein.“ Und Umberto Eco stellt fest: „Die Dresdner fragen einen gar nicht, ob einem die Stadt gefällt. Sie sagen es einem.“

Für die kommenden vier Tage gilt erst einmal: Seien Sie unsere Gäste, genießen Sie diese Stadt, genießen Sie die sächsische Gastfreundschaft. Herzlich willkommen im Florenz des Nordens zum 113. Deutschen Ärztetag!

Vielen Dank.

(Beifall)

Stanislaw Tillich, Ministerpräsident des Freistaates Sachsen: Sehr geehrter Herr Professor Schulze! Sehr geehrter Herr Hoppe! Sehr geehrter Herr Bundesminister Dr. Rösler! Meine sehr verehrten Abgeordneten! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf Sie recht herzlich hier bei uns im Freistaat Sachsen im Namen der Sächsischen Staatsregierung willkommen heißen. Ich möchte mich bei Herrn Professor Schulze für die sehr herzliche Begrüßung bedanken und daran anschließen. Es ist nicht nur so, dass in Chemnitz das Geld erarbeitet, in Leipzig gehandelt und in Dresden verprasst wird. Sie haben das Gegenteil dessen gesehen. Wir haben im Kabinett gerade über die Griechenlandhilfe und den Euro diskutiert. Ich glaube, das, was Sie bei dem jungen Musiker und seinem Vater gesehen haben, ist in Sachsen gut investiertes Geld.

(Beifall)

Sie haben auch schon etwas über die historischen medizinischen Beiträge Sachsens gehört, ebenso über die kulturellen Spitzenleistungen. Sie haben gerade wunderschöne Zitate über Dresden vernommen. Ich wünsche Ihnen natürlich, dass Sie die Möglichkeit haben, über Ihren Ärztetag hinaus den Freistaat Sachsen und die Stadt Dresden näher kennenlernen zu können. Ich habe Ihrem Programm entnommen, dass Sie sich mit dem Rahmenprogramm nicht auf die Stadt Dresden beschränken, sondern Sie werden die vielen Schönheiten unseres Landes und die Gastfreundschaft unserer Menschen kennenlernen dürfen. Ich wünsche mir und Ihnen, dass Sie tolle Eindrücke mit nach Hause nehmen und dies Anlass genug ist, nach Dresden und Sachsen zurückzukehren.

Ich gehe davon aus, dass diese Eindrücke das eine sind; darüber hinaus geht es natürlich auch um die Wirkungen dieses Ärztetages für die Republik und letztendlich auch für Ihren Berufsstand. Es geht um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, die hier diskutiert werden soll.

Ich sehe mit Interesse, dass Sie sich eines Problems annehmen, dessen wir uns in Sachsen seit Längerem – Herr Professor Schulze hat darauf hingewiesen – angenommen haben, bei dem wir nach Lösungen suchen und Lösungen gefunden haben.

Es geht darum, die medizinische Versorgung einer alternden Bevölkerung zu sichern, und zwar bei steigendem Versorgungs- und Finanzierungsbedarf.

Eine Facette dieses Themas haben Sie, Herr Bundesminister Rösler, kürzlich auch angesprochen: Das ist der Ärztemangel. Herr Bundesminister, ich kann Ihnen nur freundlich zurufen: willkommen im Klub! Sie finden im Freistaat Sachsen und in unserer Gesundheitspolitik einen Partner, der Ihnen gern dabei behilflich ist – wenn Sie es sich wünschen –, praxistaugliche Lösungsansätze mit zu entwickeln und sie letztendlich in die Praxis umzusetzen. Dabei sichere ich Ihnen unsere Unterstützung zu.

Wir in Sachsen haben die Frage der ärztlichen Versorgung präzise analysiert und drei Handlungsfelder identifiziert. Erstens haben wir es mit einem Verteilungsproblem zu tun. Es gibt überversorgte und unterversorgte Regionen, gut besetzte und schwach besetzte Disziplinen. Das ist nichts Neues. Als eine Gegenmaßnahme geben wir in Sachsen Ärzten Zuschüsse, wenn sie sich im unterversorgten Raum niederlassen oder eine Praxis übernehmen.

Zweitens. Die Ärzteschaft altert selbst, das heißt, die Ärzte werden älter. Es gibt einen Mangel an Nachwuchs. Wir setzen deshalb Anreize für junge Leute, ein Medizinstudium aufzunehmen und bis zum Abschluss durchzustehen. Medizinstudenten, die sich für eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Landarzt verpflichten, bekommen in Sachsen ein Stipendium. Darüber hinaus, Herr Bundesminister, sind wir dafür, dass die Universitäten selbst über die Aufnahme von Medizinstudenten entscheiden sollten und dass die zentrale Vermittlung und der Numerus clausus nicht die Angelegenheit einer Zentralverwaltung sein sollten.

(Beifall)

Drittens. Die Alterung der Gesellschaft sorgt für steigende Fallzahlen pro Arzt. Wir müssen also schauen: Wo können wir die Ärzte entlasten? Eine sächsische Antwort darauf lautet: Wir tun das durch die Praxisassistentinnen oder -assistenten, die den Hausarzt bei Hausbesuchen vertreten. Diese Praxisassistentinnen und -assistenten gehören in Sachsen inzwischen zur Regelversorgung.

Das sind drei von einem ganzen Bündel von Maßnahmen, die die Staatsregierung, KV und Krankenkassen gemeinsam entwickelt haben, um dem Ärztemangel in Sachsen die Schärfe zu nehmen.

An dieser Stelle möchte ich nochmals einen Dank im Namen der Staatsregierung, aber auch im Namen meiner Sozial- und Gesundheitsministerin an den Berufsstand und die Krankenkassen aussprechen. Nur wenn es sich um eine gemeinsame Anstrengung handelt, sind wir auch erfolgreich. Allein an diesen drei Beispielen von vielen können Sie sehen: Diese Zusammenarbeit findet auf einer vertrauensvollen, aber auch kritischen Basis in Sachsen statt.

Im Hinblick auf unsere Erfahrungen sind mir drei Dinge wichtig:

Erstens. Bei einigen Maßnahmen, insbesondere den Sicherstellungszuschlägen, ist inzwischen die bundesrechtliche Grundlage entfallen. Meine Damen und Herren, wenn wir eine effektive regionale Steuerung wollen, brauchen wir auch an dieser Stelle mehr Kompetenzen für die Länder. Hier scheint mir eine Stärkung der Regionalisierung und des Wettbewerbspluralismus angebracht, ganz im Gegensatz zur

Einnahmenseite des Gesundheitssystems, wo eine Regionalisierung eher zu einer Entsolidarisierung führen würde.

Zweitens. Wenn man etwas erreichen will, sollte man alle denkbaren Maßnahmen zügig umsetzen und nicht erst nacheinander langjährig erproben, diskutieren und, wie das in Deutschland so oft der Fall ist, am Schluss zerreden. Das kostet Zeit und löst im Zweifel die Probleme nicht. Nicht zuletzt: Jeder Zeitverzug bedeutet, dass die Krankenhäuser weiter in den ambulanten Sektor expandieren und die niedergelassenen Ärzte geschwächt werden.

Drittens. Meine Damen und Herren, alle müssen an einem Strang ziehen. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist in erster Linie eine ureigene Aufgabe der KV. Selbstverwaltung heißt auch, Selbstverantwortung zu übernehmen.

(Vereinzelt Beifall)

Sehr geehrter Herr Professor Hoppe und sehr geehrter Herr Professor Schulze, Sie sehen die Verantwortung der Ärzteschaft unter anderem darin, eine Diskussion über die Priorisierung medizinischer Leistungen zu führen. Sie und Ihre Kollegen fordern einen politisch beschlossenen Katalog, welcher Patient bei welchen medizinischen Problemen mit welcher Dringlichkeit behandelt wird. Mit anderen Worten: Der Deutsche Bundestag soll am Ende dieser Diskussion beschließen, dass Patienten mit bestimmten Erkrankungen auf Wartelisten gesetzt werden, möglicherweise wie in den skandinavischen Ländern.

Das zu fordern, ist Ihr Recht als Interessenvertreter. Aber ich fände es besser, wir würden gemeinsam konstruktive Lösungen erarbeiten, statt unsere Zeit mit Diskussionen über eine Priorisierung zu verschwenden, die wir gar nicht brauchen. Denn seien wir ehrlich: So schlecht ist unser Gesundheitssystem in Deutschland nicht. Das merkt man nicht nur, wenn die Thailandurlauber unbedingt zu Hause behandelt werden wollen und nicht in Thailand, sondern Ende letzten Jahres hat die OECD neue Vergleichszahlen zu den Gesundheitsausgaben pro Kopf vorgelegt. Dort steht Deutschland an zehnter Stelle. Die finanzielle Ausstattung unseres Gesundheitssystems ist im internationalen Vergleich ordentlich oder recht großzügig.

Noch etwas: Von 2005 bis 2007 – neuere Zahlen lagen mir nicht vor – ist den OECD-Zahlen zufolge der Anteil der Gesundheitsausgaben am deutschen Bruttoinlandsprodukt um 0,3 Prozentpunkte zurückgegangen. Das entspricht 7,3 Milliarden Euro. Wir Deutschen sind volkswirtschaftlich betrachtet in Sachen Kostendämpfung also auch gar nicht so schlecht.

Wir sollten besser darüber reden, wie wir die vorhandenen Mittel noch effektiver, noch besser einsetzen, beispielsweise indem wir die Effizienz der Gesundheitswirtschaft verbessern und die Prävention stärken. Da haben wir in Deutschland, meine ich, noch einiges an Luft oder, wie es andere auszudrücken pflegen, noch viel Potenzial.

Ich wünsche mir, dass die Ärzteschaft daran nicht nur mitwirken kann, sondern auch mitwirkt, um das zu nutzen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie haben nicht nur spannende Themen auf Ihrer Agenda, sondern Sie tagen ja auch in einem inspirierenden Umfeld. Herr

Professor Schulze hat darauf hingewiesen, was sich an Leistungen aus diesem Umfeld heraus entwickelt hat. Ich hoffe, dass Dresdens barockes Flair und die vielen künstlerischen Highlights im Tagungsprogramm helfen, kreative Lösungen zu finden, damit Deutschlands Gesundheitssystem noch besser wird. Das ist das Signal, welches vom 113. Deutschen Ärztetag in Dresden ausgehen sollte.

Dazu begrüße ich Sie nochmals recht herzlich bei uns im Freistaat Sachsen hier in Dresden. Ich wünsche Ihnen natürlich interessante, aber vor allem auch konstruktive Diskussionen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Detlef Sittel, Zweiter Bürgermeister der Stadt Dresden: Sehr geehrter Herr Ministerpräsident Tillich! Sehr geehrter Herr Bundesminister Dr. Rösler! Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Herr Professor Schulze! Meine Damen und Herren! Ich darf Sie recht herzlich im Namen von Oberbürgermeisterin Helma Orosz hier in Dresden willkommen heißen. Ich freue mich, dass Dresden zum wiederholten Male Gelegenheit bekommt, Ausrichter eines Deutschen Ärztetages zu sein. 1887 tagte der Deutsche Ärztetag das erste Mal in Dresden, dann wieder 1899 und zum dritten Mal 1993. Ich glaube, der zeitliche Abstand zwischen 1993 und 2010 ist groß genug, damit diejenigen, die bereits beim Deutschen Ärztetag 1993 hier waren, sehr gut sehen können, was in der Zwischenzeit in Dresden passiert ist.

Ich lade Sie herzlich ein, sich ein Bild zu machen, ob das Geld nur verprasst worden ist oder ob es nicht auch sinnvolle Investitionen gegeben hat. Man sieht, wie stark der Freistaat Sachsen insgesamt ist. Bestimmte Aufgaben werden im Freistaat Sachsen verteilt; nicht jede Stadt in Sachsen muss alles können, aber alle sächsischen Städte zusammen müssen den Freistaat Sachsen insgesamt stark machen. Ich glaube, das gelingt uns trotz mancher trennenden Diskussionen insgesamt sehr gut.

Einen besseren Einstieg als jenen unseres jungen Musikers konnte es, glaube ich, heute nicht geben, um zu verdeutlichen, was die Kunst- und Kulturstadt Dresden ausmacht. Auch wenn ich ein wenig über die Vergangenheit spreche, sollte deutlich sein, dass Gegenwart und Zukunft von genau demselben Rang sind. Insofern ist die Perspektive hervorragend.

Die Medizin hat in Dresden einen hohen Stellenwert. In einem unserer beiden städtischen Krankenhäuser, in Dresden-Friedrichstadt, ist die Verbindung zwischen Medizin und Geschichte eine außerordentliche. Es gibt in Dresden-Friedrichstadt das Chinesische und das Pompejanische Zimmer, einen barocken Festsaal und das Marcolini-Palais. Kaiser Napoleon hat 1813 im Chinesischen Zimmer mit Fürst Metternich verhandelt und dort Weltgeschichte geschrieben.

Richard Wagner hat im Marcolini-Palais seinen „Lohengrin“ vollendet. Er hat dort von 1847 bis 1849 gewirkt.

Es zeigt sich also, dass schon damals durchaus ein gewisser Bezug vorhanden war. Das Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt wurde im Herbst 1849 eröffnet, hatte aber die ersten Patienten schon aus dem Maiaufstand zu verzeichnen.

Auch heute gibt es einen ganz berühmten „Patienten“ in Dresden-Friedrichstadt; das kann ich bei aller ärztlichen Schweigepflicht sagen. Ich meine den Neptunbrunnen. Der Neptunbrunnen ist einer der bedeutendsten europäischen Brunnen. Er wurde von Lorenzo Mattielli 1745/46 vollendet. Der Entwurf wird Zacharias Longuelune zugeschrieben. Ich erwähne diesen „Patienten“, weil dieser „Patient“ durchaus einer gewissen Hilfe bedarf. Der Förderverein für den Neptunbrunnen würde sich durchaus freuen, wenn Sie den Standort aufwerten würden.

Die lange Tradition, die es zu beschreiben gäbe, würde allerdings den zeitlichen Rahmen sprengen. Herr Professor Schulze hat bereits einige der berühmten sächsischen Ärzte genannt, die unter anderem in Dresden-Friedrichstadt gewirkt haben. Gegenstand dieses Ärztetages ist, aus einer hervorragenden Vergangenheit heraus in einer herausfordernden Gegenwart die Weichen für die Zukunft zu stellen. Diese Weichen, die für die Zukunft zu stellen sind, sind aufgrund verschiedener Einflüsse sehr herausfordernd. Das Thema der Demografie wird derzeit überall diskutiert. Es ist letztendlich ein Thema, das ganz langsam und schleichend zu uns gekommen ist. Wir müssen uns diesen Herausforderungen stellen.

Es ist ein Thema, das natürlich volkswirtschaftlich und gesundheitswirtschaftlich gesehen schwierig zu meistern ist. Wir in Dresden haben zurzeit das Glück, dass wir ein klein wenig gegen den Trend wirken. In Dresden ist die Bevölkerungsentwicklung positiv. Das ist einerseits dem Umstand geschuldet, dass wir im Jahr 2006 zum ersten Mal seit 40 Jahren einen Überschuss der Lebendgeburten über die Sterbefälle in Dresden hatten. Das darf aber nicht den Blick darauf verstellen, dass ein großer Teil des Zuwachses der Dresdener Stadtbevölkerung dem Umstand geschuldet ist, dass die Menschen aus dem sächsischen Umland nach Dresden ziehen. Aber ich glaube, Herr Ministerpräsident, dass wir uns einig darin sind, dass es besser ist, die Menschen ziehen aus der Oberlausitz nach Dresden als ganz aus Sachsen weg. Der gesamte Freistaat ist so schön, dass die Menschen nicht nur in Chemnitz, Leipzig oder Dresden wohnen sollen.

Wir glauben, für die Stadt Dresden im Hinblick auf die Zukunftsfähigkeit wichtige Weichenstellungen vorgenommen zu haben. Eine dieser Weichenstellungen war vor einigen Jahren die Entschuldung der Stadt. Aus dem unmittelbaren kommunalen Haushalt wurden alle Schulden getilgt. Wir können das Geld, das wir bis dahin für Zins- und Tilgungsleistungen aufwenden mussten, nunmehr investieren. Leider gibt es aktuelle Entwicklungen, die nicht vorrangig von Dresden geprägt sind, die das etwas schwierig machen. Ich will damit nur verdeutlichen, dass es ein wichtiges Thema jeglicher Zukunftsdiskussion ist, welche Aufgaben wir jetzt meistern und welche Aufgaben wir an zukünftige Generationen weitergeben. Meine vier Kinder – das älteste Kind ist inzwischen 16 Jahre alt – sind noch nicht so in die Diskussion eingestiegen, dass sie mir ständig die Frage stellen: Wie funktioniert das mit den Schulden? Je größer die Schlagzeilen in den Zeitungen darüber werden, was heutzutage alles über Schulden finanziert wird, desto stärker wird die Nachfrage. Hier erleben wir ein sehr schwieriges Spannungsfeld, das wir meistern müssen.

„Schuldenfrei“ heißt natürlich noch nicht „reich“, auch wenn es durchaus ein Ziel ist, vielleicht etwas wohlhabender zu werden. Ich glaube, das ist ein Punkt, der jegliche

Haushaltspolitik besonders prägt. Gerade wenn man das Ziel hat, einen solchen Status zu erhalten, ist das Setzen von Prioritäten eine ganz besondere Aufgabe. Herr Bundesgesundheitsminister, ich beneide Sie nicht um die vielen Veranstaltungen, auf denen die Vertreter unterschiedlicher Interessengruppen ihre persönliche Vorstellungen von einer gelungenen Gesundheitsreform präsentieren. Jeder glaubt, ein Patentrezept zu haben. Aber in dieses Thema will ich nicht weiter einsteigen, sondern nur den kleinen Schlenker machen, dass wir als Träger von zwei städtischen Krankenhäusern – in Dresden-Neustadt und in Dresden-Friedrichstadt – natürlich hoffen, dass leistungsfähige kommunale Krankenhäuser in der künftigen Gesundheitswirtschaft in Deutschland dabei sind;

(Beifall)

denn gerade das eben angesprochene Thema der medizinischen Ethik ist eines, dass mich schon sehr bewegt. Wir möchten uns dem Wettbewerb stellen. Der Wettbewerb ist aber nicht nur ein ökonomischer, er ist auch ein medizinischer und ein ethischer. Wir sind gut aufgestellt und frohen Mutes, dass wir es schaffen.

Ich gehe davon aus, dass Sie sich in den vergangenen Tagen auch mit der Frage beschäftigt haben, was Sie außer dem Tagungsprogramm machen, wenn Sie in Dresden sind. Ich darf mich sehr herzlich bei den Organisatoren dafür bedanken, dass sie ein so intensives Programm gestrickt haben, dass niemand wirklich alles schaffen kann. Genau das wünschen wir uns, dass Sie mit diesem einen Besuch nicht alle Programmpunkte abgearbeitet haben, sondern dass Sie Ihren Rückweg dazu nutzen, sich zu überlegen, wann und mit welchen Freunden und Verwandten Sie das nächste Mal nach Dresden, nach Sachsen kommen und uns wieder mit Ihrer Anwesenheit erfreuen.

Ihrer Tagung wünsche ich einen guten Verlauf.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

(Musikalisches Intermezzo: Johnny Green: Jazzballade „Body and Soul“)

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 seien genannt:

Dr. med. Franz Rudolf Faber, Neuenkirchen-Vörden, Pionier der stationären und ambulanten Psychotherapie, Gründungschefarzt der Clemens-August-Klinik in Neuenkirchen-Vörden;

Professor Dr. med. Wolfgang Geißler, Berlin, herausragender Arzt und Hochschullehrer, ehemaliger Ordinarius für Kardiologie der Universitätsklinik für Innere Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité);

Professor Dr. med. Friedhelm Heß, Marburg, langjähriger Leiter der Universitäts-Strahlenklinik und geschäftsführender Direktor des Medizinischen Zentrums für Radiologie, Mitbegründer und Vorreiter einer modernen, interdisziplinären Krebstherapie in Deutschland;

Professor Dr. med. Helmut Kewitz, Berlin, Begründer und maßgeblicher Gestalter der Klinischen Pharmakologie in Deutschland;

Dr. med. Hans-Herbert Köhler, Norderstedt, langjähriger ehemaliger stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und stellvertretender Vorsitzender der Finanzkommission der Bundesärztekammer;

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Waldemar Kozuschek, Bochum, ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik an der Universitätsklinik Knappschaftskrankenhaus Bochum;

Lothar Kropius, Jüterbog, Erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg;

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Hanns Gotthard Lasch, Gießen, emeritierter Ordinarius für Innere Medizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. habil. Kurt Lorenz, Dresden, Nestor der ostdeutschen Kinderrheumatologie und ehemaliger stellvertretender Klinikdirektor der Kinderklinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden;

Professor Dr. med. habil. Klaus Ludwig, Dresden, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie des Städtischen Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt und ehemaliger Präsident der Sächsischen Chirurgenvereinigung;

Professor Dr. med. habil. Walther Matzel, Halle, ehemaliger Chefarzt der Lungenklinik des Krankenhauses Halle-Dölauf;

Professor Dr. med. Helmut Maxeiner, Berlin, ehemaliger stellvertretender Institutsdirektor des Instituts für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin;

Professor Dr. med. Alfred Pannike, Frankfurt am Main, ehemaliger Direktor der Klinik für Unfallchirurgie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main;

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Schadewaldt, Düsseldorf, Nestor der Medizingeschichte, langjähriger Lehrstuhlinhaber für das Fach Medizingeschichte der Universität Düsseldorf und Präsident der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften;

Professor Dr. med. Hans-Werner Schlipköter, Düsseldorf, früherer Direktor des Instituts für Hygiene der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und langjähriger Direktor des Medizinischen Instituts für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf;

Dr. med. Peter Schwenke, Leipzig, Mitbegründer und 1. Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und langjähriger Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig;

Dr. med. Margrit Sähn, Gießen, Medizinische Gutachterin und Medizinaldirektorin im Ruhestand;

Professor Dr. med. Karl-Heinz Vosteen, Hamburg, langjähriger Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ehrenpräsident der AWMF und bedeutender Mitgestalter der Weiterbildungsordnung, die 1992 verabschiedet wurde, als nach der Wiedervereinigung die Weiterbildungsordnung der ehemaligen DDR und die Weiterbildungsordnung der Bundesrepublik Deutschland zusammengeführt werden mussten;

Professor Dr. med. Erich Wulff, Hannover/Paris, emeritierter Ordinarius für Sozialpsychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover, Nestor der Psychiatriereform in den 70er-Jahren;

in Erfüllung seiner Pflicht fiel im Alter von 33 Jahren in Afghanistan Dr. med. Thomas Broer, Ulm, Oberstabsarzt und Assistenzarzt für Dermatologie.

Sie haben sich zu Ehren der Verstorbenen erhoben; ich bedanke mich herzlich.

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer beschloss im Dezember 2009, auf dem 113. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille auszuzeichnen: Herrn Professor Dr. med. Albrecht Encke, Herrn Professor Dr. med. Klaus Hupe, Herrn Dr. med. Alfred Möhrle und Herrn Professor Dr. med. Eduard Seidler.

Ich bitte die Herren auf die Bühne.

(Beifall)

Die Verleihungsurkunden haben folgenden Wortlaut:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten **Albrecht Encke** in Frankfurt, Prof. Dr. med., Facharzt für Chirurgie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*
>
> *Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Albrecht Encke einen Arzt, der sich in seiner langjährigen klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Er zählt zu den führenden Vertretern des Faches Chirurgie in Deutschland und leitete 23 Jahre lang die Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie der*

*Universität Frankfurt am Main. Besonders hervorzuheben ist sein Einsatz für die evidenzbasierte Medizin und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Viele Jahre bekleidete er das Amt des Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Encke 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.*

*Albert Encke wurde am 24. Juni 1935 in Remscheid als ältestes von vier Kindern des Internisten Bernhard Encke und seiner Ehefrau Margret geboren. Er stammt aus einer Arztfamilie: Sein Großvater väterlicherseits war Psychiater, Groß- und Urgroßvater mütterlicherseits praktische Ärzte. Einer seiner Brüder ist Internist. Nach der Abiturprüfung, die er 1955 in Remscheid ablegte, schrieb er sich für das Fach Humanmedizin ein. Er studierte in Freiburg, Tübingen, Wien und Köln. Sein Studium beendete er 1961 mit der Note „sehr gut". Im gleichen Jahr wurde er an der Universität zu Köln zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertationsarbeit „Schädelnähte unter normalen und pathologischen Verhältnissen" entstand an der dortigen neurochirurgischen Universitätsklinik unter Leitung von Professor Tönnis.*

*Nach der Promotion folgte in den Jahren 1961 und 1962 ein USA-Aufenthalt in New Jersey. Zunächst absolvierte er durch Vermittlung der Ventnor Foundation ein Rotating Internship im Muhlenberg Hospital in Plainfield, anschließend arbeitete er sechs Monate als Staff Physician im Greystone State Hospital in Morristown. Während dieser Zeit reifte in ihm die Entscheidung, nicht Internist, sondern Chirurg zu werden. Zurück in Deutschland erhielt er 1964 die Approbation als Arzt und in Anerkennung seiner Leistungen ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Diese Förderung ermöglichte ihm ausführliche Forschungsarbeiten zum Thema Blutgerinnung bei seinem damaligen Tutor Professor Hanns Gotthard Lasch, Medizinische Klinik der Universität Heidelberg. Ein Jahr später trat er eine Assistentenstelle an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg an. Die Einrichtung wurde seinerzeit von Professor Fritz Linder geleitet, der für den jungen Arzt zum klinischen und wissenschaftlichen Lehrer und – ebenso wie Lasch – zu einem wichtigen Vorbild wurde. Seine Facharztprüfung legte Encke 1970 ab und erhielt die Venia Legendi für das Fach Chirurgie. Das Thema seiner Habilitationsschrift lautete: „Disseminierte intravasale Gerinnung in der Chirurgie". Im Mai 1971 wurde er zum Oberarzt, wenig später zum leitenden Oberarzt ernannt. Im Jahr 1974 wurde er außerplanmäßiger Professor, 1979 schließlich Lehrstuhlinhaber für das Fach Chirurgie an der Universität in Frankfurt am Main. Bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2002 leitete er die dortige Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie. Einen Ruf auf eine C4-Professur in Düsseldorf 1985 lehnte er ab.*

*Während seiner Tätigkeit in Frankfurt hat Encke Maßstäbe gesetzt und die chirurgische Universitätsklinik zu einem anerkannten Zentrum ausgebaut. Im Jahr 1986 fand unter seiner Leitung die erste Lebertransplantation in Frankfurt statt. Zu seinen klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunk-*

*ten zählten neben der Leberchirurgie die chirurgische Pathophysiologie und Intensivmedizin, Blutgerinnung und Fibrinolyse sowie die chirurgische Onkologie und Gastroenterologie. Eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung waren für ihn immer eine Selbstverständlichkeit. So erwarb er unter anderem die Schwerpunktbezeichnungen „Gefäßchirurgie“ und „Viszeralchirurgie“. Er wirkte außerdem an der Organisation zahlreicher Fortbildungen mit und fungierte bei vielen Veranstaltungen als Referent. Er gehörte dem Sektionsvorstand „Chirurgie“ der Akademie für ärztliche Weiter- und Fortbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim an.*

*Encke erkannte schon früh, dass – angesichts des rasant wachsenden medizinischen Wissens - nicht nur das lebenslange Lernen, sondern auch das evidenzbasierte Vorgehen für das ärztliche Handeln unverzichtbar ist. Dieser Einsatz für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung prägte auch seine Amtszeit als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in den Jahren 1999/2000. Herausragende Verdienste hat er sich aber vor allem als Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften erworben. In dieser Zeit hat er Bahnbrechendes geleistet. Zwei Merkmale prägten im Wesentlichen seine Amtszeit von 2001 bis 2009: sein klares Eintreten für wissenschaftlich objektivierbare Fakten und sein Bemühen um ein Arbeiten im Konsens. Respekt verschaffte er sich dabei vor allem durch sein fachlich fundiertes Vorgehen und seine persönliche Integrität. Die AWMF hat unter seiner Leitung an Bedeutung gewonnen und ist als Institution für die Entwicklung medizinischer Leitlinien nicht mehr wegzudenken. Die Akzeptanz in der Ärzteschaft für ein evidenzbasiertes Vorgehen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen – nicht zuletzt, weil die Transparenz für Encke und seine Mitstreiter immer ganz oben auf der Agenda stand. Für mehr Transparenz setzte er sich auch in der Forschung selbst ein und forderte die Einrichtung eines öffentlich zugänglichen Registers für klinische Studien. Darüber hinaus engagierte er sich im Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin.*

*Encke fühlte sich aber nicht nur der Tätigkeit als Arzt und Forscher verpflichtet, sondern engagierte sich auch in der ärztlichen Selbstverwaltung. Als Gutachter und Prüfer wirkte er für die Landesärztekammer Hessen in den Bereichen „Chirurgie“, „Viszeralchirurgie“ und „Chirurgische Intensivmedizin“ sowie als Prüfungsvorsitzender für die „Operativen Gebiete“. Nach wie vor ist er Mitglied der Weiterbildungskommission und der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen. Darüber hinaus hatte er zahlreiche weitere Ämter inne. So war er unter anderem Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin. Auch für die medizinische Ausbildung setzte er sich ein – als engagierter Hochschullehrer und Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt. Auf internationaler Ebene fungierte er als Präsident der International Federation of Surgical Colleges.*

*Intensiv befasste er sich auch mit ethischen Fragestellungen. Seit 2001 ist er Mitglied in der Kommission „Lebendspende“ der Landesärztekammer Hessen. Auch die Themen Palliativmedizin und Sterbebegleitung waren für den Chirurgen wichtige Anliegen. Er ist Mitbegründer des Hospizverei-*

*nes St. Katharina in Frankfurt am Main. Maßgeblich war es seinem Engagement zu verdanken, dass im Jahr 2005 die stationäre Hospizeinrichtung St. Katharina mit zunächst neun, später dreizehn Plätzen eröffnet wurde.*

*Für seinen Einsatz erhielt er viele Auszeichnungen, darunter das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Adolf-Schmidt-Medaille des Medizinischen Fakultätentages, den Rudolph-Zenker-Preis der DGCH und die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber. Hinzu kommen Ehrenmitgliedschaften nationaler und internationaler Fachgesellschaften – etwa des American College of Surgeons, des Royal College of Surgeons of England und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Er ist Senator auf Lebenszeit der DGCH.*

*Auch mit 74 Jahren ist er den von ihm angestoßenen Projekten mit großem Engagement verbunden. So gehört er unter anderem dem Präsidium der AWMF als Past-Präsident an. In seiner Freizeit ist er kulturell sehr interessiert, liebt klassische Musik, Oper, Theater und Literatur. Seit nunmehr 45 Jahren steht ihm seine Ehefrau Karin zur Seite. Er hat zwei Töchter und einen Sohn, der ebenfalls Arzt geworden ist, sowie sechs Enkelkinder.*

*Albrecht Encke hat sich außerordentliche Verdienste um die Chirurgie und die evidenzbasierte Medizin erworben. Die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung hat er früh erkannt. Sein Einsatz für die Implementierung von Leitlinien sowie sein Engagement in der AWMF sind vorbildlich. Auch dank seines Engagements hat die Akzeptanz des evidenzbasierten ärztlichen Handelns in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Encke hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.*

*113. Deutscher Ärztetag in Dresden, 11. Mai 2010, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident*

(Beifall)

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

*Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Klaus Hupe einen Arzt, der sich in einer Vielzahl von haupt- und ehrenamtlichen Tätigkeiten herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Ein besonderes Anliegen war ihm die ärztliche Fortbildung. So war er viele Jahre Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Die Borkumer Fortbildungswoche entwickelte er von einer kleinen Veranstaltung zu einem anerkannten interdisziplinären Kongress weiter. Wichtige Impulse setzte er außerdem für die Qualitätssicherung in*

*der Chirurgie und somit für eine hochwertige Patientenversorgung. Hupe 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.*

*Klaus Hupe wurde am 12. Oktober 1928 in Hannover als Sohn des kaufmännischen Direktors August Hupe und seiner Ehefrau Erika geboren. Er wuchs dort gemeinsam mit drei Geschwistern auf. Während des Krieges wurde er mit seinen Klassenkameraden der Leibniz-Schule mehrfach im Rahmen der „Kinderlandverschickung“ evakuiert. Im Alter von 14 Jahren wurde er als Flakhelfer eingesetzt. Nachdem seine Familie in Hannover ausgebombt worden war, zog sie aufs Land – nach Adelepsen bei Göttingen. Kurz vor Kriegsende wurde er zum Reichsarbeitsdienst eingezogen und geriet in britische Gefangenschaft, aus der er nach zwei Monaten entlassen wurde.*

*Im Wintersemester 1948/49 schrieb er sich für das Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen ein, wo er 1954 erfolgreich das Staatsexamen ablegte. Zum Dr. med. wurde er noch im gleichen Jahr promoviert. Seine Dissertationsarbeit mit dem Titel „Die Hüftkopfnekrose im Anschluss an eine mediale Schenkelhalsfraktur“ entstand unter Leitung von Professor Denecke, Chirurgische Universitätsklinik Erlangen. Es folgte der Berufseinstieg als Pflichtassistent in der chirurgischen Abteilung des Friederikenstifts in Hannover. Danach arbeitete er ab 1955 an der Universität Bonn – davon drei Jahre am Pathologischen Institut und ein Jahr in der Medizinischen Universitätsklinik. Seine eigentliche chirurgische Weiterbildung begann er 1959 an der Universitätsklinik Marburg. Dieser Schritt prägte ihn nachhaltig, denn der damalige Klinikleiter Professor Schwaiger war für ihn ein wichtiges Vorbild. Nicht nur das chirurgische Wissen seines Lehrers, sondern auch dessen Umgang mit den Sorgen und Nöten der Patienten haben Hupes ärztliches Wirken beeinflusst. Im Jahr 1966 legte er die Prüfung zum Facharzt für Chirurgie ab und wurde Oberarzt. Ein Jahr später erteilte ihm die Phillips-Universität Marburg die Venia Legendi für das Fach Chirurgie. Seine Habilitationsschrift hatte das Thema „Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen zur Fettembolie“. 1971 wurde er durch den hessischen Ministerpräsidenten zum Professor ernannt. Von Dezember 1969 bis zu seiner Pensionierung 1993 war er Chefarzt der Allgemeinen Chirurgischen Abteilung der Paracelsus-Klinik in Marl und von 1985 bis 1993 Ärztlicher Direktor der Klinik. Sein Name steht für Kontinuität und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Als Arzt und Hochschullehrer genoss er hohes Ansehen – gleichermaßen bei seinen Patienten und den ihm anvertrauten Schülern. Mit seinem sachlichen Urteil, seinem fachlichen Können und seiner unerschöpflichen Ausdauer verschaffte er sich großen Respekt.*

*Hupe setzte sich mit großem Einsatz sowohl für seine Patienten als auch für die Belange seiner Kollegen ein. Er engagierte sich über Jahrzehnte in zentralen Bereichen der ärztlichen Selbstverwaltung. Dabei war die ärztliche Fortbildung für ihn immer eine besondere Herzensangelegenheit. Lange bevor der Nachweis von Fortbildungspunkten gesetzlich vorgeschrieben wurde, erkannte er, wie wichtig es ist, dass Ärzte mit ihrem*

*Wissen stets auf dem aktuellen Stand sind. Viele Jahre organisierte er Veranstaltungen auf regionaler Ebene – im Verwaltungsbezirk Recklinghausen der Ärztekammer Westfalen-Lippe sowie im Ärzteverein Recklinghausen. Das brachte ihm viel Anerkennung ein, sodass er 1980 zum stellvertretenden Vorsitzenden der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe gewählt wurde. Von 1982 bis 1995 hatte er das Amt des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie inne. Mit außergewöhnlichem persönlichen Einsatz hat er die ärztliche Fortbildung in Westfalen-Lippe gestaltet und geprägt. Die wohl bekannteste Veranstaltung, an deren Konzeption er maßgeblich beteiligt war, ist die Borkumer Fortbildungswoche. Ihm ist es zu verdanken, dass sich diese von einer kleinen Veranstaltung zu einem bundesweit anerkannten, interdisziplinären Kongress mit inzwischen mehr als 2 000 Teilnehmern entwickelt hat.*

*Dass er ein Arzt mit Weitblick ist, stellte er nicht nur durch sein Interesse an der ärztlichen Fortbildung unter Beweis, die er angesichts der enormen Fortschritte in der Medizin als unerlässlich ansah. So erkannte er ebenfalls schon früh die Bedeutung der Qualitätssicherung in der Medizin und trug zu deren Akzeptanz bei. Von 1991 bis 2001 setzte er wichtige Impulse als Vorsitzender des Arbeitskreises „Chirurgie“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Die Erfahrungen dieses Arbeitskreises im Bereich der Qualitätssicherung stießen auf bundesweites Interesse. Das Vorgehen in Westfalen-Lippe wurde für viele andere Kammern zum Vorbild. Freunde und Kollegen beschreiben Hupe als „kurz, knapp und präzise“, also typisch chirurgisch. Wenn er sich für ein Projekt oder ein Anliegen engagierte, dann stellte er immer die Sache, nie die eigene Person in den Vordergrund – eine Eigenschaft, die man an ihm sehr schätzt. Mit seinem Einsatz in den wesentlichen Feldern der ärztlichen Selbstverwaltung steht er für Verlässlichkeit und Kontinuität. Von 1978 bis 2003 war er in der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe tätig. In besonderem Maße setzte er sich für eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung ein. Als engagierter Chef und Weiterbildungsermächtigter begleitete er eine Vielzahl von jungen Ärzten auf ihrem Weg zur Facharztprüfung. Seine umfassende Erfahrung und sein profundes Wissen auf dem Gebiet der Chirurgie brachte er über viele Jahre auch im Weiterbildungswesen der Kammer Westfalen-Lippe ein: Von 1981 bis 1993 fungierte er als Fachbegutachter und Prüfer.*

*Auf verbandspolitischer Ebene war er im Berufsverband Deutscher Chirurgen aktiv. Von 1982 bis 1994 hatte er das Amt des Vorsitzenden des Landesverbandes Westfalen-Lippe inne. Ehrenamtlich engagierte er sich darüber hinaus im ärztlichen Vorstand des Vereins zur Beratung bei Blutungserkrankungen, Marl.*

*Für seinen vielfältigen, unermüdlichen und erfolgreichen Einsatz erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, darunter die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer, den Silbernen Ehrenbecher und die Goldene Ehrennadel der Ärztekammer Westfalen-Lippe sowie das Bundesverdienstkreuz am Bande. Er ist Ehrenvorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung*

*Westfalen-Lippe. Auch mit nunmehr 81 Jahren geht Hupe vielfältigen Aktivitäten nach. Regelmäßig nimmt er an den Vorstandssitzungen der Akademie für ärztliche Fortbildung teil. Die Borkumer Fortbildungswoche besucht er weiterhin mit großem Interesse. Als Musikliebhaber ist er an der Organisation zahlreicher klassischer Konzerte beteiligt. Sportlich betätigt er sich beim Golfen. Ab 1959 stand ihm seine Ehefrau Inge zur Seite, mit der er drei gemeinsame Kinder hat. Nach ihrem Tod heiratete er im Jahr 2003 erneut. Zusammen mit den Töchtern seiner zweiten Ehefrau Christa hat er fünf Kinder und neun Enkel.*

*Klaus Hupe hat sich mit seinem langjährigen Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung sowie mit seiner Tätigkeit als Chirurg außerordentliche Verdienste erworben. Die Bedeutung des lebenslangen Lernens in der Medizin erkannte er schon früh, wie sein weitsichtiger Einsatz für die ärztliche Fortbildung untermauert. Mehr als vorbildlich ist auch sein Eintreten für die Qualitätssicherung in der Chirurgie. Klaus Hupe hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.*

*113. Deutscher Ärztetag in Dresden, 11. Mai 2010, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident*

(Beifall)

*Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten* ***Alfred Möhrle*** *in Frankfurt, Dr. med., Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

*Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Alfred Möhrle einen Arzt, der sich in seinem langjährigen aktiven Berufsleben sowie mit seinem berufspolitischen und ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Zwölf Jahre lang war er Präsident der Landesärztekammer Hessen. Aber auch in zahlreichen Gremien der Bundesärztekammer setzte er Akzente – unter anderem als Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“. Sein besonderer Einsatz galt ebenfalls der Weiter- und Fortbildung sowie dem Thema Qualitätssicherung. Darüber hinaus engagierte er sich viele Jahre als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin. Möhrle 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.*

*Alfred Möhrle wurde am 23. Mai 1939 in Frankfurt am Main als einziger Sohn des praktischen Arztes Alfred Möhrle und seiner Ehefrau Hildegard geboren. Nachdem er 1958 die Abiturprüfung abgelegt hatte, schrieb er sich in seiner Heimatstadt für das Studium der Humanmedizin ein. Nach dem Staatsexamen 1964 war er als Medizinalassistent tätig, 1966 erfolgte die Approbation als Arzt. Im gleichen Jahr nahm er eine Stelle als Assis-*

*tenzarzt in der chirurgischen Abteilung des St. Marienkrankenhauses in Hofheim an. Nachdem er den Wehrdienst als Truppenarzt in Koblenz absolviert hatte, wechselte er 1968 in die Orthopädie des Städtischen Krankenhauses Frankfurt-Höchst. Prägend war in dieser Zeit sicherlich für ihn die Begegnung mit seinem Chef und Mentor Dr. Wolfgang Bechtoldt, unter dem er später als Erster Oberarzt arbeitete. Während seiner Weiterbildung erlangte Möhrle eine hohe fachliche Kompetenz und auch für die Forschung interessierte er sich. Zum Dr. med. wurde er 1968 durch die medizinische Fakultät der Universität Gießen promoviert. Seine Dissertationsarbeit „Fieber als Ausdruck der Jarisch-Herxheimer-Reaktion bei der Penicillinbehandlung der Lues“ entstand in der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Zentrallazaretts der Bundeswehr in Koblenz unter Leitung von Oberstarzt Professor Heinke. Möhrle erwarb während seiner ärztlichen Tätigkeit eine Vielzahl von Qualifikationen: 1971 legte er die Prüfung zum Facharzt für Orthopädie ab. Die Fachkunde Arbeitsmedizin erhielt er im Jahr 1976. Es folgten die Zusatzbezeichnungen „Chirotherapie“ und „Physikalische Therapie“, 1996 der Facharzt für „Physikalische und Rehabilitative Medizin“. 1974 ließ er sich als Orthopäde in Bad Soden nieder. 1993 gründete er eine Praxisgemeinschaft mit seinem Kollegen Dr. Bremer. In dieser war er bis zum Jahr 2007 für seine Patienten da – ab 2002 gemeinsam mit seinem Kollegen Dr. Rosendahl.*

*Schon in der Zeit als Krankenhausarzt begann Möhrle, sich für die Belange seiner Kolleginnen und Kollegen einzusetzen. Eine wichtige Vorbildfunktion dürfte dabei sein geschätzter Lehrer Dr. Bechtoldt gehabt haben, der sich im Marburger Bund (MB) engagierte und später Präsident der Landesärztekammer Hessen war. So wurde auch Möhrles berufspolitische Heimat der MB. 1972 wurde er zum zweiten Vorsitzenden des Landesverbandes Hessen gewählt, ein Jahr später zum ersten Vorsitzenden. Bereits in den 70er-Jahren arbeitete er zudem in zahlreichen Gremien der Landesärztekammer Hessen mit – etwa als Mitglied der Delegiertenversammlung und des Präsidiums der Kammer.*

*Möhrles Engagement in der ärztlichen Berufs- und Standespolitik war nicht nur richtungsweisend, sondern von vorbildlicher Kontinuität geprägt. Sein Einsatz ging weit über das übliche Maß hinaus, was sich nicht zuletzt daran zeigt, dass die Liste der Gremien, in denen er mitwirkte, enorm ist. Erwähnt sei hier besonders sein Einsatz für die Weiter- und Fortbildung. So war er über viele Jahre Mitglied des Weiterbildungsausschusses und des Prüfungsausschusses für das Gebiet „Orthopädie“ sowie des Weiterbildungsausschusses für den Bereich „Chirotherapie“ der Landesärztekammer Hessen. Er wirkte in der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung mit und war Vorsitzender des Vorstandes der „Bad Nauheimer Gespräche“. Auch dem Aufsichtsausschuss beziehungsweise -rat des Versorgungswerkes gehörte er an und bekleidete viele Jahre das Amt des Vorsitzenden dieser Gremien. In der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen war er unter anderem als Mitglied der Abgeordnetenversammlung und verschiedener Kommissionen aktiv.*

*Mit großem Einsatz und Standhaftigkeit hat Möhrle die Belange seiner Kollegen über viele Jahre vertreten. Dabei war er stets ein Mann, der nie-*

*mandem nach dem Mund redete, aber dennoch um Ausgleich mit anderen Meinungen bemüht war. „Bei aller Bestimmtheit seines Auftretens behält er immer einen kühlen Kopf und erreicht in der Regel, dass bei noch so unterschiedlichen Auffassungen Andersdenkende nicht zu Feinden werden“, schrieb das Hessische Ärzteblatt einmal über ihn. Mit dieser Eigenschaft erwarb er sich viel Respekt. So wurde er schließlich 1992 zum Präsidenten der Landesärztekammer Hessen gewählt – ein Amt, das er bis 2004 innehatte. In dieser Zeit war er auch Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (BÄK) und brachte sich auf Bundesebene in eine Vielzahl von Gremien ein – unter anderem als Mitglied der Finanzkommission, als Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke und Fürsorge“ und als stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses „Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung“. Besonders hervorzuheben ist seine Tätigkeit als Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“, sicher nicht immer ein einfaches Amt. Doch Möhrle scheute sich nicht, klare Worte an Politik und Kostenträger zu richten, und wies immer wieder darauf hin, dass eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) überfällig sei. „Patient und Arzt haben Anspruch auf eine medizinisch aktuelle, leistungsgerechte und in sich schlüssige Gebührentaxe“, mahnte er auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin.*

*Unangenehme Themen sparte er nicht aus. Vor allem auf dem 99. Deutschen Ärztetag 1996 in Köln setzte er sich mutig mit der Rolle der Ärzteschaft in der NS-Zeit auseinander. Eindringlich warnte er außerdem stets davor, dass eine Rationierung in der Medizin zur Ausgrenzung sozial schlechter gestellter Bevölkerungsgruppen führen könne, und machte sich damit nicht nur Freunde. Zugleich wandte er sich dagegen, das Gesundheitswesen in Deutschland schlechtzureden. Die zunehmende Ökonomisierung der Medizin kommentierte er kritisch, indem er nachdrücklich forderte, ein Arzt dürfe kein „Medizin-Manager“ sein. Möhrles Engagement ging weit über die ärztliche Selbstverwaltung hinaus. Vorbildlich ist sein Einsatz in der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin, deren Geschicke er elf Jahre lang als Präsident lenkte. Auch auf internationaler Ebene war sein Sachverstand gefragt. Von 1995 bis 1998 bekleidete er das Amt des Präsidenten der Fédération Internationale de Médicine Manuelle, später das des Vizepräsidenten. Sein hohes Ansehen war jedoch nicht auf die Ärzteschaft beschränkt. Der Rundfunkrat des Hessischen Rundfunks, in dem er bis heute den Verband Freier Berufe in Hessen vertritt, wählte ihn im Jahr 2005 zum Vorsitzenden. Dieses Amt hatte er bis Ende 2008 inne. Seit 2005 ist er außerdem Mitglied des Vorstandes der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.*

*Für sein vielfältiges, unermüdliches und außerordentlich erfolgreiches Engagement erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, darunter das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse und die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Gold.*

*Möhrle, der mittlerweile 70 Jahre alt ist, engagiert sich nach wie vor in zahlreichen Funktionen, beispielsweise als Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer (LÄK) Hessen, Delegierter des Deutschen Ärztetages, Vorstandsmitglied des Versorgungswerkes der LÄK*

*Hessen und Präsidiumsmitglied des Verbandes Freier Berufe in Hessen. Er interessiert sich außerdem für klassische Musik sowie die Philatelie und ist sportlich sehr aktiv. Seit 47 Jahren steht ihm seine Ehefrau Hedda zur Seite. Er hat zwei Kinder und zwei Enkel.*

*Alfred Möhrle hat sich mit seinem langjährigen und umfangreichen berufs- und standespolitischen Engagement außerordentliche Verdienste erworben. Besonders zu erwähnen ist dabei sein Einsatz als Präsident der Landesärztekammer Hessen sowie als Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer. Er ist ein standhafter Kämpfer für die ärztlichen Interessen und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Alfred Möhrle hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.*

*113. Deutscher Ärztetag in Dresden, 11. Mai 2010, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident*

(Beifall)

*Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten* ***Eduard Seidler*** *in Freiburg, Prof. Dr. med., Medizinhistoriker und Facharzt für Kinderheilkunde, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

*Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Eduard Seidler einen Arzt, der sich in seiner langjährigen Tätigkeit als Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer sowie mit seinem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. 27 Jahre lang wirkte er als Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg. Ein Schwerpunkt seiner Forschungsarbeit war die Rolle der Medizin zu Zeiten des Nationalsozialismus. Dabei beschäftigte er sich insbesondere mit dem Schicksal jüdischer Kinderärzte. Mit seinem Einsatz gegen das Vergessen hat er als international anerkannter Wissenschaftler das Ansehen der deutschen Ärzte – und ganz Deutschlands – nachhaltig gestärkt. Seidler 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.*

*Eduard Seidler wurde am 20. April 1929 in Mannheim als einziger Sohn des Kaufmanns Wilhelm Seidler und seiner Ehefrau Elisabeth geboren. Im Zweiten Weltkrieg war er als Sanitäter der Hitlerjugend eingesetzt – zunächst während der Zerstörung seiner Heimatstadt, später auch in Mainz. Im Herbst 1944 nahm er am Hitlerjugendeinsatz an der Westfront teil. Prägend war für ihn die Emigration und Deportation vieler jüdischer Freunde seiner Eltern. 1947 legte er in Mainz – damals Teil der französischen Besatzungszone – das französische Zentralabitur ab. Im gleichen Jahr schrieb er sich für das Fach Humanmedizin an der gerade wieder eröffneten Universität Mainz ein. Dazu mussten die Studenten unter ande-*

*rem einen Nachweis vorlegen, sich an der Trümmerbeseitigung des Institutsgebäudes beteiligt zu haben. Nach dem Physikum setzte er sein Studium in Paris fort. Als erster deutscher Student nach dem Krieg wurde er an der dortigen medizinischen Fakultät von den Studenten und Lehrenden mit Neugier und Interesse freundschaftlich aufgenommen. Zurück in Deutschland legte er 1953 an der Universität Heidelberg das Staatsexamen ab und wurde zum Dr. med. promoviert. In seiner Dissertationsarbeit befasste er sich mit einem Thema aus der klinischen Gynäkologie.*

*Nach Stationen am Institut für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg und an der Universitätsfrauenklinik in Hamburg-Eppendorf begann er 1955 seine pädiatrische Weiterbildung bei Professor Bamberger an der Universitätskinderklinik Heidelberg. 1961 legte er die Prüfung zum Facharzt für Kinderheilkunde ab. Neben der Pädiatrie war Seidler aber noch von einem anderen Fach begeistert: von der Geschichte der Medizin. Dabei lag sein Interesse nicht auf der üblichen Geschichte des medizinischen Fortschritts. Vielmehr war ihm wichtig, welche Erklärungsmodelle verschiedene Kulturen und Epochen für die Phänomene Gesundheit, Kranksein und Heilung liefern. Konkret suchte er in seiner Forschung nach Antworten auf die Frage: Warum ist die Medizin heute so, wie sie ist? Schon während er seine Weiterbildung zum Kinderarzt absolvierte, verfasste er einige medizinhistorische Publikationen. Ab 1961 arbeitete er parallel beim Aufbau des Instituts für Geschichte der Medizin in Heidelberg mit – bei seinem Lehrer Professor Schipperges. Ein Habilitationsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft ermöglichte ihm 1963 den endgültigen Wechsel in das neue Institut. Durch ein Begleitstudium der Geschichte erwarb er das notwendige methodische und theoretische Rüstzeug. Darüber hinaus absolvierte er Forschungsaufenthalte in Paris und erarbeitete eine Studie über die Heilkunde des Mittelalters in Frankreich, mit der er sich 1965 an der Heidelberger Universität für das Fach Geschichte der Medizin habilitierte. Mit seiner wissenschaftlichen Arbeit hatte er sich schnell Anerkennung verschafft, sodass er bereits 1967 zum Ordinarius für Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg berufen wurde. Das dortige Institut für Geschichte der Medizin leitete er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1994. In dieser Zeit entwickelte er die Einrichtung zu einem modernen Ort der Forschung und Lehre. Die Bilanz seines Lebenswerkes: mehr als 250 eigene Publikationen sowie die Betreuung von 150 Promotionen und fünf Habilitationen. Derzeit sind vier Lehrstühle des Faches in Deutschland mit ehemaligen Mitarbeitern Seidlers besetzt.*

*Wissenschaftlich hatte er eine Vielzahl bedeutsamer Schwerpunkte. Dazu zählen unter anderem die Geschichte der Kinderheilkunde, die Medizin des späten Mittelalters in Frankreich, die Geschichte der Krankenpflege sowie der medizinischen Ausbildung und die Sozialgeschichte der Medizin seit dem 18. Jahrhundert. Er publizierte zahlreiche Studien zu Modellen der Arzt-Patient-Beziehung.*

*Zunehmend wandte er sich aber der Zeitgeschichte zu, insbesondere der Medizin in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. 1984 war er maßgeblich an der Gründung der Historischen Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) beteiligt. Im Auftrag*

*dieser Fachgesellschaft fertigte er eine umfassende Studie zum Schicksal jüdischer Pädiater in Deutschland und Österreich zur NS-Zeit an. Seine Forschungsreisen führten ihn in Bibliotheken, Archive und in Gespräche mit Zeitzeugen in ganz Deutschland, Wien, Prag, den USA und Israel. Das umfangreiche Material über die Schicksale von mehr als 750 Ärztinnen und Ärzten wurde in Einzelbiografien aufbereitet. In seinem Werk thematisiert Seidler auch, wie sich die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde schuldig machte, als sie – zwar auf Geheiß des Nazi-Regimes, aber doch bereitwillig – ihre jüdischen Mitglieder ausschloss. Bereits 2007 erschien eine erweiterte Neuauflage der Dokumentation „Jüdische Kinderärzte 1933-1945 – Entrechtet/Geflohen/Ermordet".*

*Seidler hatte auch maßgeblichen Anteil an der Aufarbeitung der Vergangenheit der Medizinischen Fakultät in Freiburg: Seine 1991 erschienene Geschichte der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg ist zum Standardwerk geworden. In Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Südbaden startete er 1997 ein Forschungsprojekt über die badische Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus.*

*Dass er sich nicht nur der Tätigkeit als Wissenschaftler verpflichtet fühlte, zeigt sein besonderes Engagement für die medizinische Ausbildung. Zahlreiche Generationen von Studierenden sensibilisierte er für die humanwissenschaftlichen Aspekte der Medizin. Von 1971 bis 1974 fungierte er als Prorektor für Auslandsangelegenheiten der Freiburger Universität, von 1979 bis 1981 war er Prodekan und Dekan der medizinischen Fakultät. Auch auf internationaler Ebene war sein Wissen um das Medizinstudium sehr gefragt: Zehn Jahre lang war er Mitglied des Advisory Committee for the Medical Education der Europäischen Kommission in Brüssel.*

*Neben der Geschichte der Medizin galt Seidlers Interesse medizinethischen Fragen. An der Universität Freiburg wirkte er seit Ende der Siebzigerjahre am Aufbau des Lehr- und Forschungsgebietes Ethik in der Medizin mit. In enger Abstimmung mit den klinischen Fächern und der Rechtswissenschaft schuf er ein mittlerweile im Klinikum angesiedeltes Kompetenzzentrum für Ethik und Recht in der Medizin. Er war Gründungsmitglied und langjähriger Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen. Von 1983 bis 1990 wirkte er als Vorsitzender der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg.*

*Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, darunter das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse und den Otto-Heubner-Preis der DGKJ. Er ist Ehrenmitglied zahlreicher Fachgesellschaften. Dazu zählen unter anderem die Israeli Pediatric Association, die DGKJ und die Schweizerische Gesellschaft für Geschichte der Medizin. Seit 1991 ist er zudem Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina.*

*Eduard Seidler hat sich außerordentliche Verdienste um die Geschichte der Medizin und die Pädiatrie erworben. Seine wissenschaftlichen Arbeiten zur Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus haben maßgeblich zur Aufarbeitung eines der dunkelsten Kapitel der deutschen Vergangenheit beigetragen. Seinem Einsatz ist es zu verdanken, dass das Schicksal jüdischer Ärzte und insbesondere jüdischer Pädiater nicht in Vergessenheit*

*geraten ist. Eduard Seidler hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.*

*113. Deutscher Ärztetag in Dresden, 11. Mai 2010, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident*

(Beifall)

Dr. Alfred Möhrle: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Herr Professor Hoppe! Herr Ministerpräsident! Herr Bundesminister! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Uns vieren ist heute eine hohe Ehrung zuteil geworden. Meine Kollegen haben mich gebeten, unseren gemeinsamen Dank zum Ausdruck zu bringen.

Unser Dank gilt natürlich in erster Linie den Kolleginnen und Kollegen vom Vorstand der Bundesärztekammer und unserem Präsidenten, Herrn Professor Hoppe, für ihren Beschluss, in diesem Jahr uns die Paracelsus-Medaille zu verleihen. Wir betrachten diese Auszeichnung nicht als Aufforderung, nun endlich das Feld zu räumen, nein, ganz im Gegenteil als Ansporn, uns auch weiterhin für die Fortentwicklung der Medizin, für die Klärung wissenschaftlicher Fragen und für die ärztliche Selbstverwaltung einzusetzen und zu engagieren, soweit das noch in unseren Möglichkeiten steht und soweit man uns noch weiter gewähren lässt.

Unser Dank gilt aber auch Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, als den heute hier anwesenden Vertretern der deutschen Ärztinnen und Ärzte; denn Sie sind die Basis der Bundesärztekammer und in Ihrem Namen wird diese Auszeichnung verliehen. Also auch Ihnen vielen Dank.

Es gibt natürlich Tausende und Abertausende von Ärztinnen und Ärzten in unserem Land, die sich tagtäglich aufopferungsvoll um die Versorgung ihrer Patienten bemühen, die sich um die Klärung wissenschaftlicher Fragen kümmern oder sich im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung für ihre Kolleginnen und Kollegen einsetzen. Sie alle hätten diese Ehrung verdient. Sie tun dies unter Verzicht auf Freizeit, unter Hintanstellung ihrer eigenen Interessen und meist auch der Interessen ihrer Familien. Nur stellvertretend für diese alle können wir diese Auszeichnung heute entgegennehmen.

Meine Damen und Herren, wenn Sie befürchten, dass jetzt eine längere Rede erfolgt, kann ich Sie beruhigen: Ich werde Sie nicht langweilen mit Betrachtungen darüber, wie sich die Modalitäten für die Ausübung unseres Berufs in den letzten Jahren und Jahrzehnten verändert haben. Die meisten von Ihnen haben das miterlebt und mussten sich leider selbst ein Bild davon machen, was sich verändert hat. Wir werden uns also lieber der Gegenwart und vor allem der Zukunft zuwenden und hören, was unser Kollege und Gesundheitsminister Dr. Rösler und unser Präsident, Herr Professor Hoppe, uns dazu zu sagen haben.

Ein kurzes Wort sei mir allerdings noch gestattet. Ich knüpfe da an die Worte von Herrn Professor Schulze an, der als ein Ziel dieses Ärztetages die Förderung des Zusammenhalts der Ärzteschaft postuliert hat. Es geht um die Solidarität innerhalb

der Ärzteschaft. Die Politik hat es ja leider geschafft, in den letzten Jahren durch gesetzgeberische Maßnahmen tiefe Keile in die Ärzteschaft zu treiben.

(Beifall)

Als Beispiel nenne ich nur die in meinen Augen schon unselige Aufspaltung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

(Beifall)

Leider hat dies dazu geführt, dass es immer wieder Versuche einzelner ärztlicher Gruppierungen gibt, sich auf Kosten anderer besondere Vorteile zu verschaffen.

Meine Damen und Herren, es ist ja menschlich, wenn man bei einer zu kurzen Decke an seiner eigenen Ecke zieht, um warme Füße zu bekommen. Aber der gesunde Menschenverstand muss einem eigentlich immer sagen, dass nur eine einige Ärzteschaft eine starke Ärzteschaft sein kann.

(Beifall)

Nur wenn wir unsere Interessen mit *einer* Stimme vertreten, können wir gegenüber Kostenträgern und Politik bestehen.

Schließlich haben wir ja alle eigentlich nur ein vorrangiges Interesse, nämlich den uns anvertrauten Patienten auch weiterhin eine möglichst hochwertige ärztliche und medizinische Versorgung zu gewährleisten. Nur das kann unser Ziel sein.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, hören wir also nicht auf die Gesänge falscher Sirenen, lassen wir es nicht zu, dass unsere Ärzteschaft weiterhin in kleine mundgerechte Häppchen aufgespalten wird, die vielleicht einzeln zu schlucken sind.

(Beifall)

Üben wir uns in ärztlicher Solidarität. Dafür bitte ich um Ihre Unterstützung.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Lebhafter Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Ich darf Herrn Rösler, unseren Kollegen, bitten, uns seine Ansprache zu halten. Und wie ich ihn kenne, braucht er dafür kein Papier.

(Beifall)

Dr. Philipp Rösler, MdB, Bundesminister für Gesundheit: Es wäre jetzt echt schwierig geworden, wenn ich doch ein Papier bräuchte.

Sehr geehrter Herr Präsident Hoppe! Sehr geehrter Herr Professor Schulze! Sehr geehrter Herr Ministerpräsident Tillich! Liebe Frau Ministerkollegin Clauß! Meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordnete des Europäischen Parlaments! Liebe Frau Michalk aus dem Deutschen Bundestag! Liebe Frau Aschenberg-Dugnus und liebe Frau Kipping, ebenfalls aus dem Deutschen Bundestag! Liebe Kerstin Schütz aus dem Sächsischen Landtag! Meine sehr verehrten Damen und Herren Ehrengäste! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst einmal vielen Dank für die Einladung. Vielen Dank für die Ehre, dass ich hier eine Grußansprache an – ich sage es einmal so – historischer Stelle und in einem schönen Ambiente halten darf. Ich wollte als Student schon immer zum Ärztetag. Dass sich dies nun als Gesundheitsminister ergibt, war mir so nicht ganz klar.

Ich habe gehört, dass es schon 1993 einen Deutschen Ärztetag in Dresden gab, bei dem die Eröffnungsveranstaltung ebenfalls hier in der Semperoper stattfand. Der damalige Redner war der damalige Bundesminister für Gesundheit, Herr Seehofer. Er macht heute auch noch ein bisschen Gesundheitspolitik.

(Heiterkeit)

Ich freue mich, heute hier bei Ihnen zu sein. Ich habe diesen Termin ganz bewusst gewählt, denn es findet zeitgleich eine Sondersitzung des Kabinetts statt und auch die Fraktionen führen Sondersitzungen durch, um den Euro zu retten. Ich denke, es ist wichtig, dass man als neuer Bundesminister für Gesundheit zum Deutschen Ärztetag kommt und ein bisschen seine Vorstellungen zur Gesundheitspolitik deutlich macht und auch die Gelegenheit nutzt. Das will ich vorab tun, vielleicht auch – zu den Inhalten komme ich gleich – schon einmal deutlich machen, dass der Ton ein Stück weit die Musik macht und keiner von uns in dieser Bundesregierung, in dieser Koalition vorhat, auch nur ansatzweise irgendeinen Leistungserbringer jemals zu beschimpfen. Das haben wir nicht nur in den letzten sechs Monaten nicht getan, wir werden es auch in der Zukunft nicht tun. Ich glaube, das ist grundsätzlich notwendig für ein faires Miteinander.

(Beifall)

Zunächst möchte ich mich im Gegenteil ausdrücklich für die Leistungen aller Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen, im Speziellen für die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte im Namen der gesamten Bundesregierung bedanken. Manchmal läuft man bei aller politischen Diskussion, die wir führen, auch bei aller parteipolitischen Diskussion, die wir führen und führen müssen, Gefahr, dass die Menschen den Eindruck bekommen, die Lage im Gesundheitswesen sei katastrophal schlecht.

Ich sage Ihnen aber: Zumindest in Bezug auf die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten haben wir nach wie vor vom Ergebnis her europaweit – ich sage sogar: weltweit – eines der besten Gesundheitssysteme. Sie können stolz auf das sein, was Sie für die Patientinnen und Patienten leisten.

(Beifall)

Natürlich weiß ich auch – das klang durchaus bereits schon in den Reden und den Grußworten an –: Die Leistungen, die Sie erbringen, erbringen Sie allzu häufig nicht wegen, sondern trotz mancher Gesundheitspolitik in Deutschland. Sie leisten viel, haben aber das Gefühl, dass sich das nicht so richtig lohnt, dass Sie behindert werden von einer komplexen, komplizierten, manchmal auch verkorksten Gesundheitspolitik. Deswegen sind wir angetreten, ein Stück weit zu versuchen, dieses System zu verändern und zu verbessern.

Es gab eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen, die wahrscheinlich auch hier standen, die versucht haben, das Gesundheitssystem zu reformieren. In den letzten 20 Jahren gab es allein sieben große Gesundheitsreformen, also im Schnitt alle drei Jahre eine sogenannte Jahrhundertreform. Nicht bei jeder Reform hatte man danach das Gefühl, dass es besser geworden ist, aber zumindest ist es durchaus immer etwas teurer geworden. Wir haben ja lange über die Praxisgebühr diskutiert, auch in den Gesprächen. Früher hat man sich als junger Arzt ja noch getraut, beim Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten zu fragen: Guten Tag, Herr Müller, was fehlt Ihnen denn? Heute weiß man, dass die Antwort schon einmal lautet: 10 Euro, Herr Doktor.

Das zeigt nicht nur, dass Reformen teuer werden für die Versicherten, sondern dass – und das ist weniger lustig – auch die Arzt-Patient-Beziehung belastet wird, weil Sie nicht zunächst einmal mit einem vertrauensvollen Gespräch beginnen, sondern mit der Rechnung ankommen, bevor überhaupt etwas passiert. Deshalb ist nicht so ohne Weiteres auf die leichte Schulter zu nehmen, was bei diesen Gesundheitsreformen bisher passiert ist.

Was war der Fehler? Wenn man sich diese Reformen im Einzelnen anguckt, wie gesagt: sieben an der Zahl – es gibt ja übrigens auch sieben biblische Plagen; das darf man angesichts des Ökumenischen Kirchentages auch einmal sagen –,

(Beifall)

wird man feststellen, dass sie ein wesentliches Ziel hatten, das übrigens richtig ist, wie ich ausdrücklich festhalten will: Sie hatten das Ziel, die Lohnzusatzkosten stabil zu halten, also möglichst auch den Krankenversicherungsbeitrag, weil wir alle wissen, dass steigende Lohnzusatzkosten automatisch zulasten des Faktors Arbeit gehen und damit Arbeitsplätze gefährden.

Wer wüsste das nicht besser als Ärztinnen und Ärzte, gerade im niedergelassenen Bereich? Auch die sind übrigens Arbeitgeber, zumindest für ihre Kolleginnen und Kollegen in der Praxis. Sie kennen also die Diskussion über Lohnzusatzkosten.

Aber es wäre dennoch falsch, eine Reform allein danach auszurichten, die Lohnzusatzkosten stabil zu halten, die Beiträge stabil zu halten, wenn Sie nicht gleichzeitig die Kraft aufbringen, das System insgesamt zu reformieren und zu verbessern. Ansonsten wären alle diese Reformen – auch das klang eben schon kritisch an – eine mehr oder weniger versteckte Rationierung zulasten der Versicherten; denn es gibt eigentlich keinen sachlichen Zusammenhang zwischen möglichen Kostensteigerungen im deutschen Gesundheitswesen und den dazugehörigen Lohnzusatzkosten.

Es wird gesetzgeberisch aufgrund des Systems ein Zusammenhang hergestellt; einen sachlichen Zusammenhang gibt es allerdings nicht, denn wir werden womöglich

auch mit Kostensteigerungen zu rechnen haben, nicht aufgrund der Maßlosigkeit der Teilnehmer im System, sondern schlichtweg – auch das klang mehrfach an, gerade im Zusammenhang mit dem Freistaat Sachsen – aufgrund der demografischen Entwicklung. Diese können wir, selbst wenn wir uns kurzfristig vornehmen, sie zu ändern, nicht sofort ändern. Wir hätten Wartezeiten von neun Monaten. Wir hätten im Übrigen auch nur dann eine Chance, wenn jede Familie im Schnitt ungefähr drei Kinder hätte, was definitiv nicht der Fall ist.

Gleichzeitig haben wir den medizinisch-technischen Fortschritt.

Das sind die beiden Kostentreiber im Gesundheitssystem. Wenn man diesen Kostentreibern nicht gerecht wird, wenn man nicht versucht, in irgendeiner Form damit umzugehen, sondern allein diesen Zusammenhang bestehen lässt zwischen den Lohnzusatzkosten auf der einen Seite und den Krankenversicherungskosten auf der anderen Seite, dann führt ein Geldbedarf im System aufgrund der demografischen Entwicklung nicht dazu, dass die Arbeitgeber plötzlich sagen „Super, dann machen wir das und geben Geld in das deutsche Gesundheitssystem“, sondern das Gegenteil ist der Fall. Es geht eben wiederum die Diskussion los, die Beiträge möglichst stabil zu halten. Bisher ging diese Diskussion immer zulasten des deutschen Gesundheitssystems aus.

Wenn man wirklich etwas ändern will, muss man sich nicht nur die Einnahmenseite vornehmen, sondern man muss sich das System insgesamt anschauen. Wir wissen alle: Im gesamten Gesundheitssystem gibt es annähernd 5 Millionen Beschäftigte und über 300 000 Ärztinnen und Ärzte. Hand aufs Herz: Wenn ich Sie jetzt fragen würde, ob Sie das Gefühl haben, in einem fairen System zu leben und zu arbeiten, ob Sie das Gefühl haben, dass sich Ihre tägliche Arbeit für die Patientinnen und Patienten lohnt, dann würden die meisten eher sagen: So richtig haben wir nicht das Gefühl, aktuell in einem freien und fairen System zu arbeiten.

Man bekommt im Gegenteil häufig zu hören, dass man eher das Gefühl hat, man befinde sich in einem System der unfairen Konkurrenz statt in einem System des fairen Wettbewerbs.

Der Unterschied ist einfach zu beschreiben. In einem System der unfairen Konkurrenz haben Sie fest vorgegebene Töpfe: das Budget, meinetwegen auch Regelleistungsvolumina und viele Vorgaben und starre Regeln, wer bei welcher Krankheit was bekommen kann und wer nicht.

Vor allem hat in einem unfairen System nicht derjenige Erfolg, der besonders gute Leistungen zeigt, sondern derjenige, der sich besonders gut in diesem System und mit dem Regelwerk des Systems auskennt. Das ist der Unterschied gegenüber dem freien Wettbewerb.

(Beifall)

Ich halte das für gefährlich, weil es heutzutage schon längst Computerprogramme gibt, die einem genau sagen, was man in einem bestimmten Quartal noch machen darf, vielleicht auch machen muss, um bis an die Grenzen seines Budgets zu kommen. Man darf aber auch keinesfalls in Regressforderungen hineingeraten. Meine Damen und Herren, in dieser Sekunde haben nicht mehr Sie die Therapiehoheit über das, was Ihre Patientinnen und Patienten brauchen, sondern der Computer. Und da-

für haben Sie, glaube ich, nicht Medizin studiert, haben Ihre Facharztausbildung gemacht und sind erfolgreich geworden – anders, als das bei mir der Fall ist.

(Beifall)

Wie will man ein solches System verändern? Die Klage über die Bürokratie ist bekannt. Auch ich habe in der Hoffnung, eines Tages einen Beruf erlernt zu haben, mit dem man viel mit Menschen zu tun hat, angefangen, Medizin zu studieren. Nach dem Studium musste ich dann feststellen, dass Qualitätssicherungsbögen und Arbeitsdokumentationen wichtiger sind als die Zeit am und mit dem Patienten.

Ich habe mich dann entschieden, in die Politik zu gehen. Das sollten nun nicht alle tun, denn sonst hätten wir das Problem bei der ärztlichen Versorgung in Deutschland noch verschärft.

Warum gibt es so viel Bürokratie auch – aber nicht nur – im deutschen Gesundheitssystem? Ich glaube, das ist nicht nur eine Frage von Gesundheitspolitik – ich erlaube mir, das auch an dieser Stelle zu sagen –, sondern das ist eine grundsätzliche Frage, denn Bürokratie gibt es auch im Steuersystem, auch im Bildungssystem, aber eben auch im Gesundheitssystem. Ich glaube, entscheidend ist die Mentalität, die dahinter steht. Es ist ganz bezeichnend – vielleicht werden das die ausländischen Gäste bestätigen –, dass gerade in Deutschland dann, wenn ein Problem besteht, zuallererst das Vertrauen existiert, dass der Staat das Problem besonders gut lösen kann. Das gilt bei vielen Problemen. Im Gesundheitssystem ist es besonders ausgeprägt. Es gilt aber auch, wie gesagt, für viele andere Bereiche.

Aber einmal zu Ende gedacht: Angenommen, man würde glauben, dass jede gute Aufgabe künftig vom Staat geleistet werden müsste, wie sähe Deutschland dann aus oder auch der 113. Deutsche Ärztetag? Stellen Sie sich einmal vor, Sie würden nicht sagen, das solle die Selbstverwaltung, das solle die Bundesärztekammer regeln, sondern das solle künftig Aufgabe des Staates, Aufgabe der Bundesregierung, mindestens Aufgabe des Deutschen Bundestages sein. Was würden dann Frau Aschenberg-Dugnus, Frau Michalk und Frau Kipping tun? – Sie täten das Einzige, was Politiker wirklich gut können: Sie machten ein Gesetz, das „Deutscher Ärztetag Aufbaudurchführungs- und Qualitätssicherungsgesetz (DÄTQSG)“.

(Heiterkeit)

Sie bräuchten eine Menge Verordnungen und Vorschriften, die genau zu klären haben, wie Sie hier hereinzukommen haben, wohin Sie sich zu setzen haben – ich habe allerdings gehört, dass das hier festgelegt war –, was es zu essen gibt, wie die Rednerreihenfolge ist. Sie bräuchten nicht nur die Menschen, die das hier alles organisieren und mit aufbauen, sondern Sie bräuchten natürlich passend dazu das Doppelte an Personal, um die Verordnungen und Vorschriften, die Sie selber gemacht haben, am Ende kontrollieren zu lassen. Und wenn das nicht reicht, gründen wir noch ein Qualitätssicherungsinstitut, natürlich unabhängig, paritätisch besetzt von allen Selbstverwaltungsorganen.

Das alles müssen Sie aber auch bezahlen. Das wird teuer. Beim nächsten Mal kostet der Ärztetag Eintritt.

(Heiterkeit – Beifall)

Also muss es bessere Wege geben, als allein zu glauben, dass die Verwaltung in der Lage ist, Probleme zu lösen. Im Gesundheitssystem haben Sie an vielen Stellen den Wunsch, dass die Verwaltung Probleme löst.

Wie Sie wissen, bekommen Gesundheitsminister relativ viel Post. Ich habe ein eigenes Referat, das nur damit beauftragt ist, die Bürgerbriefe zu beantworten. Letztens habe ich von einem Radiologen, Herr Montgomery – das ist jetzt nicht persönlich gemeint –, einen Brief bekommen, der sich über die Bürokratie im System beklagt hat. Er hat sich zunächst einmal darüber beklagt, dass er jeden Morgen aufs Neue seine Monitore testen und kalibrieren muss. Das alles muss er natürlich auch dokumentieren. Das hat jeden Morgen aufs Neue zu geschehen. Bis vor ein paar Jahren hatte er dafür Verständnis; damals gab es Röhrenbildschirme. Er meinte, damals sei die Prüfung technisch notwendig gewesen. Heutzutage hat er Flachbildschirme, da ist zumindest das Kalibrieren nicht mehr notwendig.

Man könnte ja sagen: Der Rösler muss nur diesen Qualitätssicherungsbogen abschaffen, dann wäre ein Stück Bürokratie verschwunden. Abgesehen davon, dass es nicht mein Qualitätssicherungsbogen ist – das sage ich voller Respekt an die Damen und Herren der Selbstverwaltung –, reicht das, wie ich glaube, nicht aus. Sie werden das Problem nicht lösen, indem Sie Gesetze, Verordnungen und Vorschriften nach Anzahl oder vielleicht sogar nach Gewicht abschaffen, wenn Sie nicht die dahinter stehende Mentalität verändern können.

Der Kollege hat weiter gefragt: Herr Rösler, was, glauben Sie, sorgt eigentlich mehr für Qualität bei der Versorgung meiner Patientinnen und Patienten: mein sechsjähriges Studium, meine fünfjährige Weiterbildung, meine zweijährige Zusatzausbildung, meine diversen Fortbildungskurse, die Hunderte von Fortbildungspunkten, meine 20-jährige Berufserfahrung oder aber Ihr Qualitätssicherungsbogen?

Ich denke, meine Damen und Herren, die Antwort ist klar und einfach. Wir werden diese Bürokratie niemals bekämpfen können, wenn wir nicht die dahinter stehende Geisteshaltung verhindern. Ich werde es niemals schaffen, hinter die 330 000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland jeweils eine meiner Mitarbeiterinnen bzw. einen meiner Mitarbeiter zu stellen, um zu gucken, ob Sie leitliniengerecht evidenzbasiert behandeln, sondern ich werde Ihnen endlich wieder vertrauen müssen. Deswegen plädiere ich dafür, Schluss zu machen mit der Kontrollwut, der Kontrollitis und endlich wieder zu einer neuen Kultur des Vertrauens und des Miteinander zu kommen.

(Beifall)

Den Kritikern, die es im Gesundheitssystem ja auch geben soll, sage ich: Das bedeutet nicht, dass wir unsere Patientinnen und Patienten völlig preisgeben. An die Stelle von staatlichen Verordnungen und Vorschriften kann aber etwas anderes treten als Bürokratie. Wenn eine Lücke entstünde, wäre das übrigens nicht liberal, sondern liberallalla. Deswegen ist es richtig, zu überlegen: Was könnte denn an die Stelle von staatlichen Kontrollen treten?

Ich frage Sie ganz locker: Wann kommen junge Ärzte, Assistenzärzte besonders stark ins Schwitzen? Klar, zunächst einmal dann, wenn die Chefarztvisite ansteht. Zweitens aber dann, wenn ein Patient zu ihnen kommt, sich hinsetzt und sagt: Guten Tag, Herr Doktor, nur damit Sie es wissen, ich bin chronisch krank. Dann wissen Sie zumindest als junger Assistenzarzt eines sehr genau: Der Patient, der Ihnen in dieser

Sekunde gegenübersitzt, kennt sich hervorragend aus mit seiner Krankheit, mit seinen Therapien, mit seinen Spezialtherapien, auch mit den dazugehörigen Spezialisten.

Das ist eine hervorragende Motivation für junge Assistenzärzte, sich abends hinzusetzen, noch einmal ein Buch über die entsprechende Krankheit zu lesen. Es ist jedenfalls eine wesentlich bessere Motivation, als wenn mein Chefarzt sagen würde: Rösler, bis morgen hast du das Buch auswendig gelernt! Es ist auch besser, als wenn ich per Verordnung vorgeben würde, Assistenzärzte hätten einmal im Quartal ein Buch zu lesen.

Das zeigt, dass es natürlich möglich ist, zwar nicht vollständig, aber ein Stück weit durch einen mündigen Versicherten und einen aufgeklärten Patienten auch – vielleicht sogar besser als mit Kontrollen und Vorschriften – für Qualität im deutschen Gesundheitswesen zu sorgen.

Natürlich brauchen wir dazu einen mündigen Patienten. Wir wissen, dass es immer eine Informationsasymmetrie zwischen dem Therapeuten auf der einen Seite und dem Patienten auf der anderen Seite geben wird. Jeder, der schon einmal beim Zahnarzt auf dem Stuhl lag, weiß, wovon ich rede. Dass man die Patientinnen und Patienten trotzdem ertüchtigen kann, ist, glaube ich, unstreitig. Das ist eigentlich auch die Kernaufgabe von ernst gemeinter Prävention, die über die Rückenschule, die natürlich außerordentlich wichtig ist, hinausgehen sollte. Es ist erforderlich, die Ertüchtigung von Patientinnen und Patienten, Gesundheitswissen, Gesundheitsbildung und auch Gesundheitsaufklärung mit in das System hineinzubringen. Sie werden nicht alles durch einfache Kostenerstattung oder durch Verordnungen und Vorschriften regeln können; Sie brauchen ein Stück weit auch das eigenverantwortliche Handeln von Patientinnen und Patienten. Dafür brauchen diese zunächst einmal Gesundheitsbildung und Gesundheitswissen.

Gleichzeitig gilt: Wenn Sie als Patient in diesem nicht ganz einfachen System eine richtige Entscheidung treffen sollen, brauchen Sie nicht nur Wissen, sondern auch Informationen. Information heißt – da werden wir jetzt sehr politisch –, dass wir aus meiner Sicht das bisherige System ein Stück weit verändern müssen. Häufig ist es so, dass die Patientinnen und Patienten zu Ihnen kommen, ihre Krankenversicherungskarte abgeben, behandelt werden, die Praxis dann wieder verlassen, aber nicht so richtig wissen, was zu welchem Preis geleistet wurde. Meine Theorie ist ja, dass dies ein Stück weit die Unzufriedenheit mancher Patientinnen und Patienten erklärt, eine gewisse Anspruchshaltung, weil man gar nicht weiß, was umgesetzt wurde, und übrigens auch, was nicht umgesetzt wurde. Wenn Sie dem Patienten erzählen, dass Sie für ihn ein Regelleistungsvolumen pro Quartal von vielleicht 23 Euro haben, wird ihm klar, wie oft er eigentlich pro Quartal zu Ihnen kommen kann. Möglicherweise wird er einen Vergleich mit den Kosten für eine Kinokarte anstellen. Ich weiß, dass dies ein schlechter Vergleich ist, weil man möglicherweise einen schlechten Film geboten bekommt, aber immer eine gute Behandlung.

Die Deutschen nutzen übrigens diese Gelegenheit, wenn sie einmal beim Arzt waren, regelmäßig und häufig zu ihm zu gehen, viel häufiger, als das in anderen europäischen Staaten der Fall ist. Das liegt eben daran, dass die Menschen bisher ganz bewusst im Unklaren darüber gelassen werden, wie viel Geld im System täglich umgesetzt wird. Sie können von den Menschen nur dann verlangen, dass sie in der Lage sind, ein vernünftiges Preis-Leistungs-Verhältnis zu beurteilen, wenn Sie den

Menschen nicht nur die Leistung zeigen, sondern ihnen auch den Preis dafür nennen. Deswegen sage ich hier sehr klar: Wer Reformen, wer Veränderungen im System möchte, muss wegkommen von dem sehr anonymen Sachleistungsprinzip und muss viel stärker als bisher auf Kostenerstattung setzen. Anders wird man es nie schaffen, dass sich die Patienten in diesem System eigenverantwortlich kostenbewusster verhalten, als das bisher der Fall ist.

(Beifall)

Das werden wesentliche Aufgaben auch der Gesundheitspolitik in dieser Legislaturperiode sein, den Weg dahin zu verbessern und zu vereinfachen. Sie wissen: Es ist theoretisch schon jetzt möglich. Aber praktisch nutzen das nur 0,2 Prozent der Patientinnen und Patienten.

Wir müssen viel stärker eine echte Prävention auf den Weg bringen. Wir diskutieren darüber, nicht nur die betriebliche Gesundheitsförderung zu verbessern, sondern auch – dazu gibt es bereits von meiner Vorgängerin im Amte Studien – Ärztinnen und Ärzte viel stärker beim Thema Prävention mit einzubinden. Es gibt ja nicht nur bildungsferne Schichten in der Begrifflichkeit der deutschen Politik, sondern es gibt in der Gesundheitspolitik aus meiner Sicht auch präventionsferne Schichten. Wenn es überhaupt noch jemanden gibt, der diese Menschen erreichen kann und von der Notwendigkeit eines gesunden Lebenswandels überzeugen kann, dann sind dies eben Ärztinnen und Ärzte. Insofern müssen wir auch darüber diskutieren, wie wir die Ärzteschaft stärker in das Thema Prävention mit einbinden können.

Ich jedenfalls bin davon überzeugt, dass es selbstverständlich gelingen kann, ein System nicht nur von der Einnahmenseite her zu reformieren – dazu komme ich noch –, sondern dass man vor allem Reformen innerhalb des Systems braucht. Man braucht mehr Eigenverantwortung für Patientinnen und Patienten. Man braucht etwas mehr Wahlfreiheiten, man braucht wettbewerblichere Elemente.

Aber es ist möglich, dass Therapeuten frei sind bei der Auswahl der Therapie für ihre Patientinnen und Patienten, dass sich die Patienten ihre Therapeuten frei aussuchen können, unabhängig von vertraglichen Regeln, die der eine mit dem anderen vereinbart hat, dass Versicherungsunternehmen selber entscheiden können, wen sie in welcher Form behandeln wollen und zu welchem Preis, was momentan in Deutschland nicht möglich ist, weil es einen Einheitspreis gibt. Natürlich ist es möglich, dass sich die Versicherten ihre Krankenversicherung selber aussuchen können.

Dies, meine Damen und Herren, ist ein System, das auf Eigenverantwortung aufbaut und besser in der Lage ist, effizient zu wirken, als das jede Verwaltung und jede Bürokratie in Deutschland jemals könnte. Trotzdem weiß ich, dass es einen Unterschied, einen wesentlichen Unterschied gibt zwischen einem beliebigen wettbewerblichen Modell im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft auf der einen Seite und einem sozialen Sicherungssystem wie der gesetzlichen Krankenversicherung auf der anderen Seite. Sie können sich aussuchen, ob Sie sich ein Fahrrad oder einen Roller kaufen wollen, ein Brötchen oder ein Brot. Da haben Sie wirklich die freie Auswahl. Sie können sich aber nicht aussuchen, ob Sie krank sind oder gesund. Das erlebt jeder von Ihnen täglich in der Praxis.

Weil es diesen Unterschied gibt, muss es auch unterschiedliche Systeme geben. Sie können vieles aus dem System der sozialen Marktwirtschaft auch in das Gesund-

heitssystem übertragen, aber eben nicht alles. Dieser entscheidende Unterschied lässt sich aus meiner Sicht mit einem Begriff zusammenfassen, nämlich mit dem Begriff der Solidarität. Solidarität bedeutet im ursprünglichen Sinne: Der Starke hilft dem Schwachen. In Bezug auf unser Krankenversicherungssystem heißt dies, dass die gesunden Starken den schwächeren Kranken zu jeder Zeit helfen müssen.

Das, meine Damen und Herren, ist der Kern, ist die Aufgabe eines jeden guten Krankenversicherungssystems. Darauf muss man auch eine Krankenversicherung konzentrieren. Nur wenn ein System diese Aufgabe erfüllt, ist es ein gutes System, das dem Begriff der Solidarität gerecht wird. Bei allen anderen Systemen sollte man schnellstmöglich nacharbeiten.

(Beifall)

Wir haben in Deutschland in unserem aktuellen System nicht nur den Ausgleich zwischen Gesund und Krank, sondern gleichzeitig auch den Ausgleich zwischen Arm und Reich. Es gibt einen einheitlichen Krankenversicherungsbeitrag von 14,9 Prozent. Das heißt, höhere Einkommen zahlen für die gleiche Leistung mehr als niedrigere Einkommen.

Man darf sich durchaus auch einmal die Frage stellen, ob denn eine Blinddarmoperation bei einem Generaldirektor teurer ist als bei einer Sekretärin. Aber diese Diskussion will ich jedenfalls an dieser Stelle nicht führen, sondern ausdrücklich darauf hinweisen, dass es in jeder freien Gesellschaft immer einen Ausgleich zwischen Arm und Reich geben muss. Nur gehört dieser Ausgleich aus meiner Sicht nicht in das Krankenversicherungssystem. Dafür ist es nicht ausgelegt.

(Beifall)

Bei dem Versuch, beides zu erreichen, nämlich die Solidarität der Gesunden mit den Kranken und gleichzeitig die Solidarität der Reichen mit den Ärmeren, scheitert dieses System, und zwar regelmäßig. Man kann sich nämlich nur auf eines konzentrieren; wenn man das eine tut, kann man das andere nicht erreichen. Das erkennen Sie schon daran, dass dieser Ausgleich zwischen Arm und Reich nur in Bezug auf das Lohneinkommen gilt, auch nur mit einem einheitlichen Satz, mit einer, wenn Sie so wollen, Flat Tax von 14,9 Prozent, und das auch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3 750 Euro pro Monat oder, wenn es ganz hart kommt, bis zur Versicherungspflichtgrenze von 4 162 Euro pro Monat. Darüber hinaus können Sie das System gänzlich verlassen.

Deshalb ist die Argumentation, Generaldirektoren würden in einem anderen System genauso viel bezahlen wie ihre Sekretärinnen, etwas merkwürdig. Tatsache ist nämlich, wenn man sich das System anschaut, dass die meisten Generaldirektoren, die heute gar nicht mehr so heißen, sondern schick CEO, gar nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, sondern größtenteils längst in der privaten Krankenversicherung, bis auf ein paar Wenige, die freiwillig versichert geblieben sind. Damit läuft der Ausgleich zwischen Arm und Reich heute längst zwischen den Sekretärinnen untereinander und eben nicht mehr gemeinsam unter allen.

Das erklärt, weshalb der Ausgleich zwischen Arm und Reich im Steuersystem besser aufgehoben ist. Dort wird man nicht nur mit 14,9 Prozent für diesen Ausgleich herangezogen, sondern jeder wird nach seiner Leistungsfähigkeit besteuert, mit allen Ein-

kunftsarten, nicht nur in Bezug auf das Lohneinkommen. Es gibt dort keine Beitragsbemessungsgrenze. Jeder – auch Privatversicherte – wird für diesen Ausgleich zwischen Arm und Reich herangezogen.

Sie können ein System, das Eigenverantwortung fordert, nur dann auf den Weg bringen, wenn Sie sicherstellen können, dass die Kernaufgabe der Solidarität nicht geschwächt, sondern im Gegenteil gestärkt wird. Das erklärt, warum man sich so viel Mühe gibt und viele Diskussionen führt, um dieses System zu verbessern. Wenn Sie versuchen, beides zu erreichen, werden Sie am Ende feststellen, dass Sie nichts von beidem bekommen. Das erklärt den Kampf, den wir täglich im Parlament führen.

Es ist nicht das Ziel, eine bestimmte Finanzierungsform durchzusetzen, weil sie vielleicht in dem einen oder anderen Wahlprogramm steht – in meinem übrigens nicht, um auch das einmal zu sagen –, sondern es geht darum, Eigenverantwortung möglich zu machen. Das geht eben niemals ohne Solidarität.

Ich weiß natürlich auch, dass mich am Ende die Menschen nicht daran messen werden, ob ich ein tolles System auf den Weg gebracht habe oder nicht, sondern die Patientinnen und Patienten werden zu Recht sagen: Die Gesundheitspolitik ist dann gut, wenn ich vor Ort einen Arzt finde und wenn ich dort möglichst schnell einen Termin bekomme. Deshalb haben wir das Thema Versorgung auch auf Bundesebene aufgegriffen. Sie haben vollkommen recht, Herr Tillich: Das war so enorm neu nicht, sondern ganz im Gegenteil, die Länder, gerade diejenigen, die besonders unter der demografischen Entwicklung zu leiden haben, haben dieses Thema schon vor Jahren entdeckt und hervorragende Maßnahmen auf den Weg gebracht, Frau Clauß – es gibt ja ein paar, die auch für die Quote sind; das finde ich super –; sie haben sich vor allem darum gekümmert, dass die Versorgung trotz der demografischen Entwicklung gewährleistet ist.

Das gilt übrigens auch für die Selbstverwaltungsorgane, für die Bundesärztekammer, die dafür Modelle hat, auch für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Es gilt für viele Organisationen und Institutionen. Wir haben in den vergangenen zwei Wochen lediglich versucht, das Thema einmal aufzubringen, damit es auch auf bundespolitischer Ebene diskutiert wird, wohl wissend, dass wir die Probleme nicht allein auf Bundesebene werden lösen können.

Ich sage durchaus in Richtung der Länderkolleginnen und -kollegen: Jetzt hat der Föderalismus die einmalige Chance, seine Leistungsfähigkeit für die Menschen unter Beweis zu stellen, wie Bund, Länder, Kommunen und Selbstverwaltungsorgane das Thema der Versorgung der Menschen in Deutschland lösen können.

Ich bedanke mich bei der Bundesärztekammer für die ersten Gespräche, die wir geführt haben. Wir fangen beispielsweise bei der Frage der Auswahl von jungen Ärztinnen und Ärzte für diesen besonderen Beruf an. Wir sind uns einig, dass der Notendurchschnitt allein nichts darüber aussagt, ob man ein guter Arzt wird oder nicht. Deshalb freue ich mich, dass Sie sich bereit erklärt haben, gemeinsam mit den Länderkollegen darüber zu diskutieren, wie man beispielsweise ein Auswahlverfahren von Ärzten besser organisieren kann als nur über den Numerus clausus.

Ich weiß sehr wohl, dass ich dafür nicht zuständig bin. Ich habe immer gesagt, zwei Dinge wolle ich niemals machen: zum einen Kultusminister auf Landesebene und zum anderen Bundesminister für Gesundheit auf Bundesebene. Wenigstens hinsicht-

lich des Kultusministers will ich mir treu bleiben. Deswegen werden das die Kolleginnen und Kollegen untereinander klären.

Ich glaube, es macht Sinn, zum einen über den Zugang nachzudenken, zum anderen auch über das Medizinstudium selber. Die Studenten lernen eher in Richtung auf die Prüfung – rote Reihe, schwarze Reihe, was es da so alles gibt –; man kann durchaus die Frage Landarzt mit einbauen. Das ist bisher begrenzt der Fall. Man kann auch darüber nachdenken, ob man andere Krankenhäuser als nur die Lehrkrankenhäuser ins Praktische Jahr mit einbezieht. Man kann auch durchaus etwas an der Ausbildung tun.

Aber eines – das will ich hier sehr klar sagen – werden wir nicht an der Ausbildung ändern: Das ist die Betonung des Staatsexamens bei Zahnmedizin und Humanmedizin. Ich wende mich vehement gegen jeden Versuch, Bachelor und Master in irgendeiner Form auf das Studium der Humanmedizin zu übertragen.

(Beifall)

Die Grundidee von Bachelor und Master war sicher, einen modularisierten Aufbau zu ermöglichen, also den Bachelor als ersten berufsqualifizierenden Abschluss zu haben.

Ich sehe nicht die Möglichkeit, das große Medizinstudium, das in sich eine geschlossene Einheit darstellt, zu modularisieren. Sie können auch einen Elefanten nicht modularisieren, es sei denn, Sie schneiden die Ohren und den Rüssel ab. Dann ist es aber schwierig mit dem Elefant sein.

(Heiterkeit – Beifall)

Deshalb sollte man klar sagen, dass dies ein Qualitätsaspekt ist, den man gerade in der aktuellen Diskussion berücksichtigen muss, denn die ersten Ansätze kommen ja schon: Wir haben zu wenig Ärzte, also verkürzen wir die Ausbildung. Aber so einfach ist es in Deutschland zum Glück nicht.

Die gute Nachricht ist: Auch wenn ich nicht Bildungsminister bin, für die Ausbildung im Humanmedizinstudium ist in Deutschland der Gesundheitsminister zuständig.

(Beifall)

Wenn Sie sich die jungen Kolleginnen und Kollegen ansehen, werden Sie feststellen – das ist ja auch allgemein bekannt –, dass wir dort größtenteils mehr Frauen als Männer haben. Das war übrigens bei der Bundeswehr schon zu meiner Zeit so. Das bedeutet, dass vielleicht auch die Frage des Arztbildes und des Arztberufs gemeinsam miteinander neu diskutiert werden muss. Wenn es eine Feminisierung – blöder Begriff – des Arztberufs gibt, dann heißt es: Man muss sofort an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf denken. Das ist richtig, daran müssen wir denken. Aber ich weise auch darauf hin, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur die Sache von jungen Frauen ist. Auch Männer müssen sich, wenn sie studieren, um solche Dinge kümmern. Das ist eine gemeinsame Sache der Eltern.

(Beifall)

Es ist ein bisschen schwierig, wenn man selbst anders lebt. Ich will auch nur sagen: Man muss grundsätzlich darauf hinweisen. Ich bin übrigens auch vielen Großeltern dankbar; auch das gehört zur Ehrlichkeit. Ohne sie würde die Kinderbetreuung in meiner Generation schon gleich gar nicht funktionieren.

Man muss sich also auch Gedanken darüber machen, dass sich das Arztbild, das Ansehen des Berufs und die Herausforderungen vielleicht geändert haben.

Meine Bitte an die Kliniken lautet, darüber nachzudenken, den Arbeitsalltag anders zu strukturieren, als das bisher der Fall ist, um vielleicht auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besser möglich zu machen.

Es ist auch zu diskutieren, wie wir mit Themen wie den medizinischen Versorgungszentren und den angestellten Ärztinnen und Ärzten umgehen. Ich weiß, dass dies ein heikles Thema ist. Aber für viele, gerade junge Eltern sind medizinische Versorgungszentren eben eine Alternative zur beruflichen Selbstständigkeit als niedergelassener Arzt. Gerade weil wir das erleben und auch wissen, dass diejenigen, die in medizinischen Versorgungszentren arbeiten, und auch diejenigen, die dort behandelt werden, sehr zufrieden sind, muss man – das werde ich als Gesundheitsminister tun – auf eine Sache besonders Wert legen, nämlich dass trotz aller angestellten Tätigkeit die Idee, das Wissen der Freiberuflichkeit nicht verloren geht. Freiberuflichkeit heißt nämlich nicht, dass Sie nicht etwa auch als angestellter Arzt tätig sein dürften, sondern Freiberuflichkeit heißt, dass Ihre medizinische, Ihre therapeutische Entscheidung allein nach medizinischen und therapeutischen Kriterien durchzuführen ist, unbeeinflusst von betriebswirtschaftlichen Vorgaben.

Das, meine Damen und Herren, ist das erklärte Ziel dieser Bundesregierung: Wir stehen zur Freiberuflichkeit des Arztberufs in Deutschland.

(Beifall)

Ich sage das nicht, weil ich weiß, bei Freiberuflern muss das ja wahnsinnig gut ankommen, sondern weil es aus Sicht der Patientinnen und Patienten von Vorteil ist. Deswegen – das wissen Sie – bereiten wir auch gesetzgeberische Maßnahmen vor, um uns das Thema der medizinischen Versorgungszentren – das sind übrigens auch sektorenübergreifende Verhandlungen – noch einmal genau anzusehen. Da geht es um Chancengleichheit, um fairen Wettbewerb innerhalb des Systems.

Die Länder unterstützen ja die Krankenhäuser durch Investitionskostenzuschüsse. Das ist zwar immer zu wenig, aber sie zahlen immerhin. Die Praxen bekommen diese Zuschüsse nicht. Gerade im Zusammenhang mit § 116 b SGB V muss man über solche Fragen noch einmal intensiv diskutieren.

Ich halte es für falsch, wenn Aktiengesellschaften sagen, sie möchten medizinische Versorgungszentren betreiben; denn da läuft man Gefahr, dass medizinische Versorgungszentren am Ende eben doch eher nach den Regeln von Kapitalmärkten funktionieren und nicht nach den Regeln der Freiberuflichkeit.

(Beifall)

Was passiert, wenn man sich zu sehr den Regeln des Kapitalmarkts unterwirft, muss ich gerade angesichts der heutigen Sondersitzungen von Kabinett und Bundestagsfraktionen nicht in besonderer Weise erwähnen.

Trotzdem weiß auch ich, dass am Ende die Frage der ärztlichen Versorgung vor allem auch mit der Attraktivität des Arztberufs als solchem zu tun hat. Da spielt die Freiberuflichkeit eine Rolle, aber natürlich auch die Frage der Honorierung. Viele Kolleginnen und Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich beklagen sich darüber, dass sie zwar ein durchaus einkömmliches Praxiseinkommen haben, aber nur, weil sie alle möglichen verschiedenen Programme, die so angeboten werden, in verschiedenen Formen nutzen, weil sie alle möglichen Verträge unterschrieben haben, die Vorverträge, dass sie bei den DMPs dabei sind, dass sie Akupunktur machen. Alles das nutzen sie. Sie haben allerdings relativ wenig Zeit und Möglichkeiten für die medizinischen Grundversorgungsleistungen, weil diese schlichtweg zu schlecht honoriert werden.

(Beifall)

Ich sage Ihnen sehr klar: Über einen Teil wird man diskutieren müssen. Ich habe es da als Politiker leicht, weil es am Ende die Selbstverwaltungsorgane machen müssen. Nichtsdestotrotz wird man genau darüber diskutieren müssen; sonst werden Sie nie die Attraktivität des Arztberufs in den Griff bekommen.

Ich will fairerweise auch sagen, weil ich ja auch Zeitung lese, dass ich niemandem im System am Ende mehr Geld versprechen kann. Im Gegenteil, manchen Kolleginnen und Kollegen aus der Pharmabranche musste ich ja schon Geld nehmen. Aber ich kann Ihnen dafür in jedem Fall immer ein faires System versprechen. Wir wissen längst, warum Sie die Diskussion über Rationierung und Priorisierung führen, nämlich weil Sie täglich vor Ort – in der Klinik genauso wie im niedergelassenen Bereich – häufig zu Hunderten, vielleicht sogar zu Tausenden – ich hoffe, nicht zu Zehntausenden – bei Patienten vor der Entscheidung stehen, den Patienten entweder zu behandeln und damit das dazugehörige Budget zu überziehen, oder die Behandlung sein zu lassen, um ja nicht in Regressforderungen hineinzugeraten.

Die gute Nachricht des Tages ist, dass diese Hunderten, diese Tausenden, vielleicht Zehntausenden Entscheidungen immer zugunsten der Patientinnen und Patienten ausgehen. Darauf können Sie stolz sein. Aber wir wissen auch, dass es bei diesem System nicht bleiben kann, weil man die Frage der Morbiditätslast, der Krankheitslast einer Gesellschaft nicht auf die Ärzteschaft abwälzen kann, die am Ende sitzt – Herzchirurgen würden wahrscheinlich sagen: an der letzten Wiese –, um hier abzuverlangen, bei Patientinnen und Patienten zu Entscheidungen zu kommen, die sie durchaus mit versteckter Rationierung beschreibt. Das ist kein faires System, das wäre in der Tat unethisch.

(Beifall)

Soweit zum Befund. Bei der Diagnose würden wir uns vielleicht ein wenig streiten müssen. Die Forderung, weil man feststellt, es ist zu wenig Geld vorhanden, aus der versteckten Rationierung lieber eine vorgegebene Priorisierung zu machen, ist durchaus nachvollziehbar, wenn man sich mit denjenigen unterhält, die tagtäglich in der Behandlung aktiv sind.

Aber nun einmal weiter gedacht: Das würde bedeuten, Sie würden den Mangel gesetzgeberisch festschreiben, Sie würden Vorgaben machen, wann Sie was zu welcher Zeit machen dürfen und was nicht. So richtig viel mit Freiberuflichkeit hat das aus meiner Sicht nicht zu tun. Ich glaube auch nicht, dass man das bis zum letzten Ende durchdeklinieren kann und durchdeklinieren darf.

Es gibt manche Überlegungen, die kann man anstellen im Bereich der Marktwirtschaft – Sie wissen: Ich war früher einmal Wirtschaftsminister –, aber man kann sie eben nicht anstellen im Zusammenhang mit der Gesundheit. Sie können bei Autos von einem wirtschaftlichen Totalschaden sprechen, bei dem sich eine Reparatur nicht mehr lohnt. In der Gesundheitspolitik darf so etwas niemals der Fall sein.

Wir werden gemeinsam daran arbeiten – das ist mein Alternativvorschlag –, dass die eingesetzten Gelder – das ist nicht ganz wenig; das sind 170 Milliarden Euro nur in der gesetzlichen Krankenversicherung – durch ein besseres System – Stichworte: Eigenverantwortung und Solidarität – besser verwaltet werden, als das bisher der Fall ist. Jeder kennt irgendwo einen Bereich, wo das Geld offensichtlich nicht richtig bei den Patienten ankommt, sondern vielleicht sogar verschwendet wird.

Deswegen sage ich: Unethisch ist es vor allem, Verschwendung in diesem System zuzulassen. Aufgabe der Politik ist es, ein System auf den Weg zu bringen, das Verschwendung möglichst vermeidet und nicht in gesetzliche Formen und Ranglisten einordnet.

(Beifall)

Wenn wir dann feststellen, dass wir ein effizientes System haben, aber immer noch zu wenig Geld, wäre ich übrigens der Erste, der dann – aber auch erst dann; nicht zu früh freuen – für mehr Geld im System kämpfen würde. Wenn Sie es ernst meinen mit der Solidarität, dass die Gesunden den Kranken zu jeder Zeit helfen müssen, dann müssen Sie eben auch erkennen, dass Sie ein solches System haben, bei dem die Patienten immer die Gewissheit haben, dass sie gut behandelt werden, so wie sich das gehört. Gleichzeitig haben die Versicherten die Gewissheit, dass ihr Geld, das sie einbezahlen, so effizient verwaltet wird, dass es ihnen dann, wenn sie es für Leistungen, für Vorsorge und für Versorgung brauchen, auch zur Verfügung steht. Das ist die Grunddiskussion, die wir gemeinsam führen.

Sie brauchen also ein System, das die Eigenverantwortung fördert und ermöglicht durch weniger Bürokratie und Konzentration auf die Versicherten und Patienten.

Sie müssen sicherstellen, dass die Solidarität durch eine Verbreiterung der Einnahmenbasis ermöglicht wird. Sie müssen den Arztberuf wieder attraktiver machen, damit Sie wieder Freude haben, Ärztinnen und Ärzte zu sein.

Jetzt stellt man sich die Frage: Wie kann man so etwas machen? Es ist ja schon aufgefallen, dass der Posten eines Gesundheitsministers nicht vergnügungssteuerpflichtig ist, weil es durchaus immer wieder Wünsche, Anregungen und auch Kritik gibt. Ich glaube, Sie müssen bei den anstehenden Themen durchaus auch unangenehme Dinge miteinander diskutieren.

Ich würde Sie übrigens bitten, dass wir auch noch einmal über das Thema der Delegation miteinander sprechen, wenn es um das Bild des Arztes geht. Man muss ehr-

lich miteinander umgehen. Auch jetzt gibt es nicht nur versteckte Rationierung, sondern auch versteckte Delegation. Das geht übrigens auch zulasten der Ärztinnen und Ärzte, weil sie sich sonst in einer Grauzone bewegen, in der sie nicht mehr versichert sind, wo sie trotzdem aus Mangel an Personal und eigenen Kapazitäten Dinge abgeben. Deswegen bitte ich Sie einfach, mich bei dieser Frage der Delegation zu unterstützen.

Ich halte hier ausdrücklich fest: Anders als meine Vorgängerin im Amte haben wir nicht vor, über Substitution zu sprechen. Aber ich glaube, die Frage der Delegation muss man ansprechen, wenn es um die Versorgung geht, aber auch dann, wenn es um die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten geht.

(Beifall)

Aber wie bringe ich unangenehme Botschaften an die Frau und an den Mann? Wenn Sie heiraten, dann fragt Sie Ihre Frau, die Braut: Schatz, bin ich zu dick? – Als Offizier und Gentleman sagen Sie: Nein, auf gar keinen Fall. – Dann fragt sie noch einmal: Bin ich wirklich nicht zu dick? – Dann antwortet man – man ist ja Politiker, man hat gelernt, konsequent zu sein –: Nein, wirklich gar nicht. – Dann holt sie die Keule heraus und sagt: Schatz, wir sind bald verheiratet, Eheleute müssen sich die Wahrheit sagen! – Als junger Bräutigam glaubt man das ja noch. Wenn Sie dann den entscheidenden Fehler machen und sagen: Schatz, hier hast du das eine oder andere Röllchen, dann sagt sie: Oh, du bist gemein!

Genauso ist es allzu häufig auch in der Politik. Viele erklären – Herr Tillich wird das bestätigen –: Ihr müsst jetzt sparen, ihr müsst jetzt kürzen, ihr müsst eure Haushalte konsolidieren. Wenn man dann Vorschläge macht, nimmt die Begeisterung gleich ab. Abgesehen davon, dass meine Frau definitiv nicht zu dick ist, stellt sich dann die Frage: Wie kriegen Sie solche Botschaften, wie kriegen Sie schwierige Reformen in Deutschland erfolgreich umgesetzt? Vielleicht ist es da ausnahmsweise einmal gut, dass Sie einen Gesundheitsminister haben, der Arzt ist. Zum ersten Mal ist ein Gesundheitsminister in Deutschland Arzt, was mich verwundert. Meine europäischen Kollegen sind größtenteils Ärzte. An Himmelfahrt treffe ich mich sogar mit dem saudi-arabischen Gesundheitsminister. Er ist nicht nur Minister, sondern er ist Arzt und auch Prinz.

(Heiterkeit)

Es kommt noch viel besser: Neulich hatten wir 85 Botschafter und Sozialreferenten bei uns zu Gast. Da habe ich mich auch auf dieses Treffen am Himmelfahrtstag gefreut. Daraufhin stand die Botschafterin aus Saudi-Arabien auf und sagte: Herr Rösler, unser Minister ist nicht nur Minister, Arzt und Prinz, sondern auch Chirurg.

(Heiterkeit)

So viel habe ich jetzt verstanden: Die Steigerung von Prinz ist Chirurg.

Nehmen Sie an, Sie sind Arzt und ein sehr dicker Mann kommt zu Ihnen. Jeder hat dazu seine eigenen Vorstellungen im Kopf. Dieser Mann fragt Sie: Herr Doktor, bin ich zu dick? – Dann haben Sie drei Möglichkeiten, Ihrem Patienten zu antworten. Die

erste Möglichkeit ist die sogenannte Konfrontationstherapie. Sie sagen: Ja, du bist zu dick, du bist sogar zu fett; wenn du nicht sofort mit weniger essen und mehr Sport anfängst und das ein Leben lang durchhältst, wirst du erhebliche Probleme bekommen. – Ich garantiere Ihnen: Der Patient kommt nie wieder zu Ihnen zurück. Das ist wie bei einem Wähler, wie bei einem scheuen Reh: Ein Schuss verschreckt für immer.

Die zweite Möglichkeit ist: Sie lügen den Patienten konsequent an: Nein, du bist nicht zu dick, du musst dich nur anders sehen; dick ist schick, wir legen noch ein paar Kohlen drauf.

(Heiterkeit)

Ich sage jetzt nichts zur aktuellen Diskussion.

Die dritte Möglichkeit ist: Sie geben zumindest Hinweise auf klar erkannte Problemfälle: Ob du zu dick bist, weiß ich nicht genau, aber schau doch mal in den Spiegel, vielleicht bist du einfach nur zu klein für dein Gewicht.

(Heiterkeit)

Aber mache dir keine Sorgen, gemeinsam werden wir einen Diätplan aufstellen. Damit wirst du nicht schlagartig dein Idealgewicht erreichen, aber deine Lebensqualität kann sich schon deutlich bessern. Die Diät wird hart, schwer und manchmal auch unangenehm.

Wenn Sie ein guter Arzt sind – ich war keiner; deswegen bin ich Minister geworden – , dann vertraut Ihnen Ihr Patient und ist auch bereit, schwierige Diäten – sprich: Reformen – mit Ihnen schrittweise umzusetzen. Anders wird es in Deutschland nicht funktionieren können. Sie brauchen nur das Vertrauen.

Ich weiß, dass viele ärztliche Kollegen in den letzten Monaten – ich will nicht sagen enttäuscht, doch aber sehr ungeduldig gewesen sind. Seien Sie versichert: Mindestens seit Sonntag wissen wir, dass man Menschen enttäuschen kann, indem man nach der Wahl nicht das macht, was man vor der Wahl versprochen hat.

(Beifall)

Diesen Fehler haben wir nicht gemacht. Sie können Menschen aber auch enttäuschen, indem Sie manchmal gar nichts machen und die in Sie gesetzten Erwartungen schlichtweg nicht erfüllen.

Das heißt, dass die Notwendigkeit zur Reform nicht nur erkannt ist, sondern langsam auch ihre Früchte tragen muss. Nur weil Sie nicht ständig etwas von uns gehört haben, von Ergebnissen, von Plänen, von Gesetzesvorhaben, bedeutet das nicht, dass wir keine haben. Selbstverständlich muss man die Dinge vorbereiten und zum richtigen Zeitpunkt auch herausholen

Ich finde, Sie haben lange genug gewartet auf eine vernünftige Gesundheitsreform, auf ein vernünftiges System. Lange Wege fangen mit dem ersten Schritt an. Deswegen lohnt es sich, auch den ersten Schritt schnellstmöglich zu tun.

Die gute Nachricht ist ja: Im deutschen Gesundheitswesen gibt es viele Interessengruppen. Es gibt keine Entscheidung, bei der Sie nicht kritisiert werden. Aber das gibt Ihnen am Ende auch die innere Freiheit, gar nicht erst den Versuch zu machen, irgendwelchen Kritikern hinterherzulaufen, sondern einfach einmal das zu tun, was richtig ist. Das ist in der Politik auch nicht so ganz schlecht.

Seien Sie versichert: Genau das wollen wir tun, ein System auf den Weg bringen, das auf Eigenverantwortung setzt, Bürokratie vermeidet, Solidarität ermöglicht und den Arztberuf endlich wieder attraktiv gestaltet, weil wir anerkennen, dass die freiberufliche Tätigkeit nicht im Interesse einer Standesorganisation ist, sondern im Interesse von Patientinnen und Patienten.

Man muss ja immer mit irgendwelchen Sprichwörtern schließen. Ich nehme gerne asiatische, denn erstens kann keiner die Quelle ausfindig machen, zweitens wirken sie bei mir sehr authentisch. Es heißt ja: Der Bambus wiegt sich im Wind, wiegt sich im Sturm, aber er bricht nicht, nie.

Das vielleicht als Hinweis für die nächsten Tage und Wochen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Lebhafter Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Meine Damen und Herren, dass ich das noch erleben darf!

(Heiterkeit – Beifall)

Sehr geehrte Abgeordnete aus Europa, aus dem Bund und aus den Ländern! Sehr verehrte Frau Ministerin Clauß! Sehr geehrter Herr Bürgermeister! Sehr geehrter Herr Minister Dr. Rösler! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bedanke mich zunächst für die Worte von Herrn Ministerpräsident Tillich, der jetzt nach Leipzig muss, und für das, was er zur Priorisierung gesagt hat. Ich habe es ihm schon, als wir nebeneinandersaßen, gesagt, was ein klassisches Beispiel für Priorisierung ist, nämlich Versorgungsziele benennen. Er hat das Beispiel der Prävention genommen. Das ist ein Priorisierungsbeispiel. Insofern sind wir nicht so weit auseinander. Vielleicht muss man einen anderen Ausdruck finden, damit das nicht so negativ daherkommt, wie „Priorisierung“ offensichtlich klingt.

Herr Bürgermeister, Ihre Stadt ist ein Gedicht; das muss ich ehrlich sagen.

(Beifall)

Ich kenne sie seit dem März 1990 und habe sie noch in Schutt und Trümmern gesehen, bis auf das, was ersatzweise gebaut wurde. Aber wenn man jetzt die Innenstadt sieht, muss man sagen: Es ist ein pures Vergnügen, nach Dresden zu kommen, zumal wenn man von Mitgliedern der Sächsischen Staatskapelle Dresden musikalisch begrüßt wird. Es ist aus meiner Sicht eines der besten Orchester der Welt.

(Beifall)

Es hat nämlich einen völlig eigenen Klang. Es ist nicht so, als sei der Klang austauschbar. Das ist nicht der Fall.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, über Jahre haben wir gekämpft, um mit unseren Sorgen und Problemen gehört zu werden. Wir haben um Gesprächstermine nachgesucht, wir haben protestiert, wir haben demonstriert. Das war ein mühevolles und hartes Geschäft. Heute müssen wir nicht mehr kämpfen, um uns Gehör zu verschaffen. Heute sitzt hier jemand mit einem offenen Ohr für die tatsächlichen Probleme im Gesundheitswesen. Wir haben es eben gehört. Und endlich einmal müssen wir uns nicht mehr auf einem Deutschen Ärztetag nach einer Bundestagswahl mit einem Vorschaltgesetz zur Kostendämpfung auseinandersetzen.

(Beifall)

Vielen Dank, für Ihre Rede, Herr Minister Rösler. Der Beifall des Hauses hat Ihnen gezeigt, dass Sie voll verstanden worden sind.

Wir haben in der Vergangenheit immer wieder den Dialog angemahnt, weil wir der festen Überzeugung sind, dass wir nur miteinander wirklich sinnvoll gestalten können und dass nur aus der Erfahrung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und der vielen anderen Gesundheitsberufe heraus Politik Verständnis und damit auch Lösungskompetenz für die Herausforderungen unseres Gesundheitswesens entwickeln kann. Deshalb auch haben wir die Versorgungsforschung angestoßen. Über fünf Jahre lang haben wir Projekte gefördert, um wissenschaftlich analytisch, um empirisch sicher aufzeigen zu können, wie medizinische Versorgung auf der sogenannten letzten Meile tatsächlich aussieht. Denn darum geht es doch in der Gesundheitspolitik: Rahmenbedingungen zu schaffen, die es gestatten, dass jeder Patient am Ende eine gute Medizin bekommt.

Es muss wieder um den Menschen und nicht um Macht, es muss wieder um den Patienten und nicht nur um Politik gehen. Letzteres haben wir in der Vergangenheit erlebt. Wir haben deshalb hoffnungsvoll zur Kenntnis genommen, dass im Koalitionsvertrag eine neue Dialogkultur für das Gesundheitswesen angekündigt wurde. Nach einem halben Jahr der Zusammenarbeit kann ich nur bestätigen, Herr Minister Rösler, dass Sie Ihre Ankündigung wahr gemacht haben und dass wir die Probleme gemeinsam angehen. Zu allen wichtigen Themen gibt es kontinuierliche Gespräche. Wir reden wieder miteinander und das ist manchmal sogar ein Vergnügen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie wissen aus Ihrer täglichen Arbeit, dass das Vertrauen in der individuellen Patient-Arzt-Beziehung etwas Grundlegendes ist. Aber dieses Vertrauen will erarbeitet sein. Deshalb ist das Gespräch mit den Patienten so außerordentlich wichtig. Wir müssen nicht nur hören, wir müssen auch richtig zuhören. Diese wechselseitige Bereitschaft des Verstehens erst ermöglicht uns die Empathie, die wir brauchen, um die Welt des anderen zu verstehen. Nicht anders verhält es sich in der Politik. Auch hier gilt: Vertrauen durch Dialog.

Fast möchte man all den Dogmatikern der letzten Jahre mit Ferdinand Lassalle zurufen: „Alle große politische Aktion besteht im Aussprechen dessen, was ist – und beginnt damit. Alle politische Kleingeisterei besteht in dem Verschweigen und Bemänteln dessen, was ist.“ Hätten manche das nur früher gelesen!

Wie nun sieht es tatsächlich aus in Deutschlands Kliniken und Praxen? Was erwarten die Patientinnen und Patienten? Und was sind die Sorgen von Ärztinnen und Ärzten?

Ich muss nicht noch einmal ausführen, wie überbordende Bürokratie die tägliche Arbeit erschwert, wie Arbeitsbedingungen und Überstunden jungen Ärztinnen und Ärzten, die sich auch noch um ihre Familie kümmern wollen, den Einstieg in die kurative Medizin erschweren. Und auch wie das wirtschaftliche Risiko und die zunehmende Bedeutung von Haftungsfragen den Weg in die Niederlassung schwer machen. Wir haben früh auf diese Defizite aufmerksam gemacht, haben davor gewarnt, dass der Verlust an Attraktivität des Arztberufs sich ganz konkret auf das Niveau der Versorgung auswirken wird. Nun, da die Probleme nicht mehr verschwiegen und auch nicht mehr bemäntelt werden können, jetzt, wo der Ärztemangel in vielerlei Regionen offensichtlich geworden ist, gibt es endlich einen Wettbewerb um Ideen. Und, meine Damen und Herren, es ist auch allerhöchste Zeit, denn, wie man so schön sagt, die Hütte brennt! Es ist Feuer unterm Dach.

Minister Rösler hat es gesagt: Wir haben 5 000 offene Stellen in den Krankenhäusern. Die Zahl der jungen Ärztinnen und Ärzte nimmt dramatisch ab, von 5,1 Prozent im Jahre 2008 auf jetzt 4,5 Prozent. Den über 60-jährigen Kollegen, die mittlerweile mehr als 21 Prozent ausmachen, fehlt der Nachwuchs. Und da hilft es auch nicht, auf die gestiegene Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte zu verweisen, wenn die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Arztarbeitsstunden sinkt. Denn – einmal abgesehen von Arbeitszeitvorschriften – die nachrückende Ärztegeneration hat Lebensentwürfe, die mit den bisherigen Marathondiensten im Krankenhaus oder der Selbstausbeutung in freier Praxis nicht mehr vereinbar sind.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir können nur dann attraktivere Arbeitsbedingungen schaffen, wenn wir genau über die Sorgen und Nöte der jungen Ärztinnen und Ärzte Bescheid wissen. Wir haben deshalb Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und deren Weiterbildungsbefugte konkret über deren Arbeitssituation und die Qualität der Weiterbildung befragt. Geantwortet haben uns fast 30 000 Ärztinnen und Ärzte. Im Ergebnis sind die Weiterzubildenden deutschlandweit grundsätzlich mit ihrer Weiterbildungssituation in Klinik und Praxis zufrieden. Sie gaben ihrer Weiterbildung insgesamt die Note 2,5. Mit Gut bewerten die Weiterzubildenden auch die Betriebskultur. Grundsätzlich zufrieden sind sie mit der Vermittlung von Fachkompetenz, mit der Entscheidungs-, Führungs- und Lernkultur an den Weiterbildungsstätten.

Aber die Umfrage hat auch gezeigt, dass der ökonomische Druck im Arbeitsalltag der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu einer enormen Belastung geworden ist. Leistungsverdichtung bei verkürzten Liegezeiten und bei einer Reduzierung der Stellen im ärztlichen Dienst führen zu extrem hoher Arbeitsbelastung. Dies ist schon daran abzulesen, dass die Personalkosten unserer Krankenhäuser von 65,2 Prozent im Jahre 2002 auf 60,5 Prozent im Jahre 2008 zurückgegangen sind. Sie lagen in den 90er-Jahren noch bei 70 Prozent.

Zunehmend auch werden gerade junge Ärztinnen und Ärzte durch den ausufernden Bürokratismus immer stärker mit nicht ärztlichen, organisatorischen und administrativen Tätigkeiten beansprucht. Diese Zeit fehlt dann in der medizinischen Versorgung und das spüren die Ärztinnen und Ärzte, die Weiterbilder und vor allem die Kranken.

Wir werden die Daten dieser Befragungsrunde genau analysieren und die Studie wiederholen. Die Ergebnisse dieser ersten Umfrage sind aber schon jetzt ein klares Signal auch an die Politik, die Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit in Deutschland schnell und spürbar zu verbessern.

Meine Damen und Herren, die Befragung hat einmal mehr deutlich gemacht, dass wir ein neues Denken für die Organisation ärztlicher Arbeit brauchen. Und da sind die Klinikträger ebenso aufgerufen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen. Wir müssen die alten Strukturen infrage stellen und neue Modelle entwickeln. Wir müssen die Arbeitsbedingungen der Lebenswelt der jungen Ärzte und vor allem der jungen Ärztinnen anpassen. Deshalb auch haben wir Herrn Minister Rösler vorgeschlagen, einen bundesweiten Gipfel zu Arbeitszeitmodellen mit allen Beteiligten zu organisieren. Wir müssen über diese Probleme reden, nur dann können wir auch gemeinsam Lösungen finden.

Aber, meine Damen und Herren, wir haben nicht nur Probleme beim Übergang vom Studium in die kurative Medizin, wir müssen auch das Medizinstudium selbst durchlüften. Das Studium der Medizin muss endlich praxistauglich werden. Der Patient darf nicht länger eine theoretische Größe sein. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte müssen näher und früher an die Patienten herangeführt werden. Sie müssen sehen, was es heißt, später als Ärztin oder als Arzt zu arbeiten, und sie müssen erleben, wie erfüllend es ist, Patientinnen und Patienten zu helfen oder sogar zu heilen. Und das nicht nur mit hoch spezialisierten Methoden, sondern auch und gerade mit denen der hausärztlichen Versorgung durch die Allgemeinmedizin. Dann, meine Damen und Herren, da bin ich sicher, werden wir auch mehr Absolventen des Medizinstudiums bewegen können, später als Ärztin bzw. als Arzt in der Patientenversorgung überhaupt und dann vielleicht auch auf dem Lande zu arbeiten, wo sich die Bevölkerung ja wünscht, dass nicht nur durchreisende Ärztinnen und Ärzte ihre Versorgung übernehmen, sondern dass Ärztinnen und Ärzte ihre Welt, die sie erleben, mit ihnen gemeinsam erleben und teilen.

Natürlich müssen wir auch darüber nachdenken, die Zulassungskriterien zum Medizinstudium mehr auf die persönliche, soziale Eignung hin zu definieren. Seit Jahren plädieren wir dafür, den Notendurchschnitt nicht überzubewerten, sondern persönliche Motivation und soziales Engagement gleichwertig zu berücksichtigen. Dann heißt es immer, der Notendurchschnitt sei aber nur für 20 Prozent des Zugangs entscheidend, 60 Prozent könnten die Hochschulen nach eigenen Kriterien auswählen. Aber da muss man ganz ehrlich sein: Die deutschen Hochschulen nutzen diese Möglichkeit leider nur unzureichend. Da brauchen wir endlich frischen Wind und neue Überlegungen, damit die soziale Kompetenz eine größere Rolle spielt und das Ganze nicht wieder an die ZVS abgegeben wird, die sich natürlich primär am Notendurchschnitt im Abitur orientiert und so diese Quote von 20 Prozent natürlich erheblich steigert.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, mit den bisherigen Rezepten können wir das Gesundheitswesen nicht kurieren. Wir brauchen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Wir müssen endlich die Lebenswirklichkeit in der Problemanalyse abbilden und nicht umgekehrt. Deshalb ist es so wichtig, dass die, die beteiligt und betroffen sind, Gehör finden.

Zu all diesen wichtigen Themen haben wir mit dem Bundesgesundheitsministerium Arbeitsgruppen gebildet, in denen wir gemeinsam, sachgerecht und zügig Lösungsvorschläge erarbeiten wollen. Und, Herr Minister Rösler, diesmal habe ich die Zuversicht, dass wir nicht das, was das Ministerium bisher getan hat, alles absegnen, sondern dass wir mit der Lösung der Probleme einen großen Schritt vorankommen.

(Beifall)

Nun ist es nicht so, meine Damen und Herren, dass wir nicht auch verschiedener Meinung wären. Zwei Ärzte – eine Meinung, das kann es nicht immer geben.

Sie ahnen schon, um welches Thema es geht. Es geht um das Thema Rationierung und Priorisierung. Dass es zur Rationierung in der medizinischen Versorgung kommt, ist mittlerweile wohl unbestritten. Längst ist die sogenannte heimliche Rationierung öffentlich geworden. Aber wie wollen wir damit umgehen? Seit Jahr und Tag liegt der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt konstant bei etwa 6 Prozent, im Vergleich zu anderen in der OECD organisierten Staaten mit einem Durchschnittswert von mindestens 8 Prozent. In den letzten zehn Jahren waren wir Deutschen sogar die Sparsamsten. Die Gesundheitskosten pro Kopf wachsen in Deutschland seit zehn Jahren nur noch um 1,7 Prozent im Jahr. Unter den 31 Industrieländern der OECD ist das der 30. Platz, der vorletzte. Das ist weit unter dem durchschnittlichen OECD-Wachstum von 4,1 Prozent.

Zugleich aber stehen wir vor der Herausforderung einer demografischen Entwicklung, die uns eine Gesellschaft des langen Lebens beschert, die aber auch zu Multimorbidität und zu einer erhöhten Zahl chronisch Kranker führt. Mehr denn je haben wir Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie. Aber die Schere zwischen dem, was wir leisten können, und dem, was wir bezahlen wollen, klafft immer weiter auseinander. Und so auch zwischen dem, was das Sozialrecht anbietet, und dem, was das Haftungsrecht fordert. Das ist ein unerträglicher Spagat, der überwunden werden muss.

(Beifall)

Deshalb müssen wir darüber reden, wie wir trotz begrenzter Ressourcen eine gerechte Versorgung gestalten können.

Im derzeitigen System sehe ich nur einen Weg aus der Rationierung, nämlich die Diskussion um die Priorisierung. Da müssen wir offensichtlich Begriffe klären und uns klar darüber werden, was der Unterschied zwischen Priorisierung und Rationierung ist. Aber das schaffen wir auch.

Ich darf wiederholen, was Jan Schulze am Anfang gesagt hat – ich bestätige das aus vollem Herzen –: Es ist ethisch nicht mehr vertretbar, diese Diskussion nicht zu führen. Auch über solch extrem schwierige Fragen, Herr Minister Rösler, müssen wir reden; nicht nur wir beide, sondern im gesellschaftlichen Diskurs. Deshalb haben wir einen Gesundheitsrat vorgeschlagen, in dem Philosophen, Theologen, Juristen, Patientenvertreter, Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe diese Fragen im vorpolitischen Raum eingehend diskutieren. Dabei soll es sich um solche Personen handeln, die wirklich an der Front arbeiten und sich nicht erst auf der fünften Filterstufe Gedanken machen.

(Beifall)

Auch hier gilt mehr denn je: Dialog schafft Vertrauen. Wir wollen unsere Mitmenschen mitnehmen, wir wollen sie in die Entscheidungsprozesse einbinden. Sie müssen verstehen können, um was es geht. Nur dann auch werden sie Verständnis für die Entscheidungen haben. Diese Entscheidungen können nur diejenigen fällen, die dazu legitimiert sind. Das sind nun einmal die Gewählten. Aber wir sind gern bereit, so viel wie möglich an Input zu liefern, damit diese Entscheidungen gut werden.

Meine Damen und Herren, Chancengleichheit im Zugang zu guter medizinischer Versorgung kann nur dann gewährleistet werden, wenn sie auf der Grundlage gesellschaftlich konsentierter Kriterien basiert und auch individuell einklagbar ist. Gerade dieses letzte Kriterium, dieser individuelle, rechtlich verankerte Anspruch des Patienten auf eine angemessene, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung ist es, was die Patientenrechte in Deutschland zu den stärksten der Welt macht. Wenn wir nun über ein Patientenrechtegesetz – an irgendeiner Stelle steht sogar: Patientenschutzgesetz – diskutieren, wie es im Koalitionsvertrag angekündigt wurde und wie es der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, Mitglied des Deutschen Bundestages, bis zum Ende des Jahres in Eckpunkten beschreiben möchte, dann kann es zunächst nur darum gehen, diese individuellen Patientenrechte, wie wir sie aus dem Behandlungsvertrag, aus dem SGB V und vielfältiger Rechtsprechung – aus dem Strafrecht, aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch – kennen, zu kodifizieren. Dann allerdings müssen wir darüber nachdenken, wie wir die kollektiven Patientenrechte, das heißt die Rechte der Versicherten und Patienten gegenüber Staat und Gesellschaft, stärken. Das wird schwierig – ich weiß es –, aber es ist wichtig, gerade vor dem Hintergrund von Rationierung und Mangelversorgung.

Der Bundesgerichtshof hat zum ersten Mal 1993 festgestellt, dass unsere Kranken einen Anspruch darauf haben, nach Facharztstandard behandelt zu werden. Das ist eines dieser Patientenrechte durch Richterrechtsprechung. Und es ist ein wichtiges, meine Damen und Herren, denn es gewährt den Patienten das Recht auf eine qualitativ hochwertige Versorgung und schützt sie vor einer Deprofessionalisierung des Arztberufs. Wann immer wir über die Grenzen von Delegation und Substitution diskutieren, dürfen wir dieses Schutzniveau für Patientinnen und Patienten nicht vergessen. Delegation bedeutet arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen unter originär ärztlicher Verantwortung. Substitution hingegen würde das Recht des Patienten auf Facharztstandard unterlaufen.

(Beifall)

Wenn wir diese Grundsätze beachten, dann können wir die bisherigen Konzepte der Patientenversorgung gemeinsam weiterentwickeln. Diese Zusammenarbeit brauchen wir auch; denn moderne Medizin ist komplex und kann nur in arbeitsteiliger Kooperation zu guten Ergebnissen führen. Vor dem Hintergrund der therapeutischen Gesamtverantwortung von Ärztinnen und Ärzten zielen wir auf ein synergetisches Zusammenwirken der verschiedenen Qualifikationen und Kompetenzen der Gesundheitsberufe, statt konkurrierende Parallelstrukturen aufzubauen.

Ein Großteil der Gesellschaft wird in absehbarer Zeit behandlungs- und pflegebedürftig, aber wir haben zu wenig Ärzte in der Behandlung und zu wenig Pflegepersonal in der Betreuung. Die familiären Strukturen sind brüchig geworden, soziale Verbandsstrukturen sind kaum noch tragend. Wir sind auf dem Weg in die Singlegesellschaft, aber der Single ist nicht nur der lebensfrohe Jungdynamiker, sondern mehr und mehr

der alte einsame Mensch. Auch hier brauchen wir ein grundsätzlich neues Denken, müssen kreativ am Aufbau neuer Sozialstrukturen arbeiten, müssen gemeinsam Pilotprojekte fördern. Gesellschaft kann sich nicht mehr nur im Anspruch des Einzelnen an den Staat definieren; wir brauchen wieder mehr Rückbesinnung auf Gemeinwohl und gesellschaftliches Engagement.

(Beifall)

Die Gesundheitsberufe allein können diese Aufgabe nicht mehr stemmen. Es ist ja mittlerweile eine Übung geworden, dass man versucht, die Probleme der Gesellschaft zum großen Teil in das Gesundheitssystem zu verlagern. Das schaffen wir nicht, wir brauchen die Hilfe aus der Mitte der Gesellschaft.

Meine Damen und Herren, eine Gesellschaft definiert sich immer auch aus dem Umgang mit ihren Randgruppen. Schwerkranke, zumal am Ende ihres Lebens, sind eine solche Randgruppe in Deutschland. Sterben und Tod sind in den Konsumgesellschaften der Moderne tabuisiert. Macht und Materialismus werden glorifiziert. Wer diesem Zeitgeist nicht mehr folgen kann, der wird ausgegrenzt, ist allein und empfindet sich – zumal im Alter – oft als Belastung. Es ist einfach so, dass viele – etwa 95 Prozent – derer, die vorzeitig aus dem Leben scheiden wollen, an starken Depressionen leiden. Deshalb müssen wir uns um diese Erkrankten kümmern, nicht aber einem Suizid den Weg bereiten.

(Beifall)

Es ist so leichtfertig, populistisch und gefällig, nach einer Legalisierung der Sterbehilfe zu rufen. Das vielzitierte Selbstbestimmungsrecht wird doch zur Farce, wenn es durch gesellschaftliche Ausgrenzung und depressive Erkrankungen sozusagen fremdbestimmt ist. Deshalb müssen gerade wir Ärztinnen und Ärzte den Kranken in der Gesamtheit seiner Lebenssituation sehen. Wir müssen da, wo wir nicht mehr heilen können, helfen – auch helfen, in Würde zu sterben. Und deshalb bleibt es bei unserem ethischen Gebot: helfen im Sterben, nicht helfen, zu sterben.

(Beifall)

Töten – direkt oder mittelbar – darf keine Option im therapeutischen Instrumentarium von Ärztinnen und Ärzten sein.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir müssen uns einfach mehr um die unheilbar kranken Menschen kümmern. Wir müssen ihnen qualifizierte Schmerztherapie und bestmögliche Pflege bieten; sie müssen menschliche Nähe und Zuwendung spüren.

Dazu brauchen wir palliativmedizinische Versorgungsstrukturen im gesamten Land. Wenn wir diese Strukturen flächendeckend aufgebaut haben werden und die Menschen mehr über die Möglichkeiten der Schmerztherapie informieren, dann wird auch der Ruf nach aktiver Sterbehilfe verhallen. Sterben in Würde und ohne Schmerzen ist fast immer möglich.

Meine Damen und Herren, Sterben ist ein Teil des Lebens. Wir Ärzte sind dem Leben und dem Kranken verpflichtet, nicht dem Zeitgeist, der nach Tod ohne Sterben schreit.

(Beifall)

Sterben ist nicht normierbar. Krankheitsverläufe sind immer individuell und lassen sich in Gesetzen – auch dem zur Patientenverfügung – nicht wirklich abbilden. Nun ist das neue Betreuungsrechtsänderungsgesetz zwar in Kraft, aber ob es wirklich hilfreich ist, ist sehr zweifelhaft. Vor diesem Hintergrund haben wir als Bundesärztekammer nun gemeinsam mit der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer die Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung überarbeitet. In unseren Empfehlungen geben wir unseren Ärztinnen und Ärzten, aber auch den Patientinnen und Patienten eine grundlegende Orientierung im Umgang mit vorsorglichen Willensbekundungen. Zwar kann der Arzt dem Patienten die oftmals schwierige und als belastend empfundene Entscheidung über das Ob und Wie einer vorsorglichen Willensbekundung nicht abnehmen, wohl aber Informationen für das Abwägen der Entscheidung. Der Arzt kann über die medizinisch möglichen und indizierten Behandlungsmaßnahmen informieren, auf die mit Prognosen verbundenen Unsicherheiten aufmerksam machen und über seine Erfahrungen mit Patienten berichten, die sich in vergleichbarer Situation befunden haben.

Meine Damen und Herren, es ist aber absolut illusorisch, anzunehmen, dass man alle denkbaren Fälle mit einer Patientenverfügung erfassen kann. Deshalb ist und bleibt das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen entscheidend. Auch hier müssen wir Ärztinnen und Ärzte noch vieles lernen, denn diese Sozialkompetenz ist wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Kunst.

Soziale Kompetenz und soziale Verantwortung sind für mich die entscheidenden Determinanten einer gesellschaftlichen Entwicklung. Wir Ärztinnen und Ärzte können zwar nicht die Gesellschaft in toto analysieren, geschweige denn verändern, aber wir sehen die einzelnen Menschen mit ihren Nöten, mit ihren Sorgen, mit ihren Krankheiten. Wir sehen die Symptome, wenn die Gesellschaft erkrankt. Wir sehen, wie Mangelernährung unter Kindern und Alkohol- und Drogenkonsum unter Jugendlichen zunehmen. Wir sehen die psychische Belastung alleinerziehender Mütter, die Zunahme von Burnout am Arbeitsplatz und die Einsamkeit alter Menschen. Wir können viele Faktoren erkennen, die zu Krankheit führen. Aber uns fehlen die Mitmenschen, die uns beim Heilen helfen. Das Soziale droht in unserer wachsenden Singlegesellschaft verloren zu gehen. Und das können wir weder als Ärztinnen und Ärzte kompensieren, noch können das die Politiker durch Gesetze administrieren.

Eine Gesellschaft des langen Lebens erfordert neues Denken, erfordert ein Zusammenwirken all ihrer Kräfte für ein größeres soziales Engagement der Menschen untereinander.

Eine Gesellschaft ist mehr als nur die sie umgebende Staatsform. Eine Gesellschaft wird maßgeblich geprägt durch ihre Kultur, durch den Umgang der Menschen miteinander.

Gesundheit kann die große Frage des 21. Jahrhunderts werden und die Antwort liegt gewiss nicht nur bei uns Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und den anderen Ange-

hörigen der Gesundheitsberufe. Eine Gesellschaft des langen Lebens erfordert einen neuen Gesellschaftsvertrag.

Wir können unsere Zukunft nur menschenwürdig gestalten, wenn wir uns rückbesinnen auf den Menschen als soziales Wesen. Wir brauchen endlich ein neues Signal aus der Mitte der Gesellschaft, wir brauchen einen Sozialpakt für die Zukunft. Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind bereit, unseren Beitrag dafür zu leisten.

Vielen Dank.

(Lebhafter Beifall)

Ich bitte Sie, sich zum Singen der Nationalhymne zu erheben.

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Damit, meine Damen und Herren, ist der 113. Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden eröffnet. Ich bitte Sie, den Saal noch nicht zu verlassen, denn es erwartet uns noch ein musikalisches Finale mit Werken von Bach und Mozart, das wir uns nicht entgehen lassen sollten.

(Musikalisches Finale: Johann Sebastian Bach: Orchestersuite Nr. 3 D-Dur, BWV 1068, Ouvertüre – Air – Gigue; Wolfgang Amadeus Mozart: Motette für Sopran „Exsultate, jubilate“, KV 165, Allegro – Molto Allegro)

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Wir danken Frau Anna Palimina, einer jungen Sängerin, die in Dresden studiert hat und derzeit in Köln engagiert ist. Wir danken auch den Mitgliedern der Sächsischen Staatskapelle Dresden unter der Leitung von Kammervirtuos und Konzertmeister Thomas Meining. Wir haben uns sehr gefreut.

(Beifall)

Nunmehr sind alle Teilnehmer der Eröffnungsveranstaltung zum Empfang der Sächsischen Landesärztekammer in das Foyer der Semperoper eingeladen.

Danke schön.

(Beifall)

Ausführende des Musikprogramms:

Jacob Meining (14 Jahre), Sächsisches Landesgymnasium für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Markus Pötschke, Tenorsaxophon, Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Anna Palimina, Sopran

Mitglieder der Sächsischen Staatskapelle Dresden, Leitung und Violine: Kammervirtuos Thomas Meining, Konzertmeister

## Arbeitstagungen des Plenums
**1. Tag: Dienstag, 11. Mai 2010**
**Nur Nachmittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, nach dem Erlebnis in der Semperoper haben wir hier eine völlig andere Umgebung, sehr funktional und vor allem auch sehr gemütlich. Es ist ein schöner Raum. Wir freuen uns sehr, dass wir heute unsere Versammlung in einem so schönen Versammlungsraum durchführen können. Ich hoffe, dass Herr Weber das genauso sieht und bereit ist, das Protokoll zu führen.

Ich begrüße Sie als die Damen und Herren Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages sehr herzlich. Ich hoffe, dass wir einen harmonischen und ergebnisreichen Ärztetag bis Freitagnachmittag absolvieren werden.

Besonders herzlich begrüße ich den Ehrenpräsidenten dieses Ärztetages, Herrn Professor Dr. med. habil. Heinz Diettrich, der zugleich Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer und Gründer dieser Landesärztekammer ist.

(Beifall)

Außerdem spielt er gut Klavier; auch das ist wichtig.

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

(Beifall)

Ich erlaube mir die zusätzliche Bemerkung, dass er vor wenigen Tagen, nämlich am 24. April, einen kugelrunden Geburtstag gefeiert hat. Wir freuen uns, dass er jetzt ein neues Lebensjahrzehnt beginnt, das ihn so dynamisch halten möge, wie er heute ist. Herzlichen Glückwunsch zu diesem Geburtstag, lieber Karsten! Es ist der 80. Geburtstag.

(Beifall)

Wir begrüßen den Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe, Herrn Dr. Ulrich Oesingmann, und die Vertreter der Medizinstudierenden in Deutschland. Ich sage ein herzliches Willkommen unseren Nachwuchsleuten, die an den Universitäten studieren. Der BVMD ist also vertreten.

(Beifall)

Ganz besonders herzlich begrüße ich natürlich die zahlreichen Gäste, die aus dem fernen und dem näheren Ausland zu uns gekommen sind. Wir erfreuen uns diesmal eines besonders großen Zuspruchs aus dem Ausland. Ich darf sie einzeln herzlich willkommen heißen, und zwar als Ersten den Präsidenten des Weltärztebunds, Herrn Dr. Dana Hanson aus Kanada. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus den Vereinigten Staaten von Amerika ist der Vorsitzende des Vorstands des Weltärztebunds, Herr Dr. Edward Hill, zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße den Generalsekretär des Weltärztebunds, Herrn Dr. Dr. h. c. Otmar Kloiber. Herzlich willkommen, lieber Otmar!

(Beifall)

Ich begrüße ebenfalls den Finanzberater des Weltärztebunds, Herrn Adolf Hällmayr, der aus München zu uns gekommen ist. Herzlich willkommen, Adi!

(Beifall)

Aus Japan ist zu uns gekommen Frau Dr. Atsuko Heshiki, Präsidentin des Weltärztinnenbundes. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Dann ist zu uns gekommen Frau Dr. Waltraud Diekhaus, Vizepräsidentin für Zentraleuropa des Weltärztinnenbundes.

(Beifall)

Erschienen ist Frau Lisette Tiddens-Engwirda, Generalsekretärin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME).

(Beifall)

Aus Russland ist zu uns gekommen Herr Dr. Leonid Roshal, Präsident der Russischen Ärztekammer und Direktor des „Institute of Emergency Children's Surgery/Trauma". Herzlich willkommen!

(Beifall)

Er hat in Russland einen ganz besonderen Ruf: Wenn er durch den Flughafen geht, weichen alle anderen vornehm zurück und verbeugen sich vor ihm, weil er bei einem Anschlag, der dort stattgefunden hat, Großes geleistet hat.

Aus Israel ist die Hauptgeschäftsführerin der israelischen Ärzteorganisation zu uns gekommen, Frau Leah Wapner. Herzlich willkommen, Frau Wapner!

(Beifall)

Aus Frankreich ist zu uns gekommen das Vorstandsmitglied der französischen Ärzteorganisation, Herr Dr. Gérard Lagarde. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Österreich ist der Erste Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Herr Dr. Artur Wechselberger, zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls aus Österreich ist zu uns gekommen der uns seit vielen, vielen Jahren bekannte Leiter des Internationalen Büros der Österreichischen Ärztekammer – auch einmal Präsident der Österreichischen Ärztekammer –, Herr Dr. Reiner Brettenthaler. Herzlich willkommen, lieber Reiner!

(Beifall)

Aus der Schweiz ist das Mitglied des Zentralvorstands der Verbindung Schweizer Ärzte (FMH), Herr Dr. Max Giger, zugegen. Herzlich willkommen, Herr Dr. Giger!

(Beifall)

Aus Italien – präziser: aus Südtirol, noch präziser: aus Bozen – ist der Vizepräsident der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen, Herr Dr. Andreas von Lutterotti, zugegen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Brasilien ist der Präsident der brasilianischen Ärztevereinigung zugegen, Herr Dr. José Luiz Gomes do Amaral.

(Beifall)

Ebenfalls aus Brasilien ist der Direktor der „Defesa Profissional“, der brasilianischen Ärzteorganisation, zugegen, Herr Dr. Roberto Queiróz Gurgel. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Polen ist dieses Jahr Herr Dr. Klaudiusz Komor zugegen, Vorsitzender der Internationalen Abteilung der Polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wir begrüßen Frau Dr. Anna Zolnowska, Delegierte der Niederschlesischen Ärztekammer.

(Beifall)

Aus Russland ist Herr Dr. Sergey Dorofeev, Präsident der Ärzteorganisation von Nowosibirsk, zugegen. Herzlich willkommen, Herr Dr. Dorofeev!

(Beifall)

Zugegen ist das Vorstandsmitglied der Euro-Asiatischen Medizinischen Gesellschaft, Herr Dr. David-Anatol Resnikov. Herzlich willkommen, Herr Dr. Resnikov!

(Beifall)

Aus Slowenien ist die Präsidentin der Ärztekammer von Slowenien, Frau Dr. Gordana Kalan-Živčec, zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls aus Slowenien ist Frau Dr. Jana Wahl zu uns gekommen, die Vorsitzende des sozioökonomischen Unterausschusses der Ärztekammer von Slowenien. Herzlich willkommen, Frau Dr. Wahl!

(Beifall)

Aus Rumänien ist der Vizepräsident der rumänischen Ärztevereinigung zu uns gekommen, Herr Dr. Gheorge Borcean. Herzlich willkommen, Herr Dr. Borcean!

(Beifall)

Aus Rumänien ist ferner Herr Dr. Francisc Jeszenszky, Leiter des Zentrums für Public Health in Rumänien, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, erschienen.

(Beifall)

Aus Russland ist Herr Dr. Leonid Mikhaylov, Generalsekretär der Russischen Medizinischen Gesellschaft, zu uns gekommen.

(Beifall)

Ebenfalls aus Russland ist Herr Maxim Belau zu uns gekommen, Dolmetscher für die Russische Medizinische Gesellschaft. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Malta ist bei uns Herr Dr. Martin Balzan, Präsident der maltesischen Ärztevereinigung.

(Beifall)

Aus der Tschechischen Republik begrüße ich Herrn Dr. Milan Kubek, Präsident der tschechischen Ärztekammer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Lettland ist zu uns gekommen Herr Dr. Peteris Apinis, Präsident der lettischen Ärztevereinigung.

(Beifall)

Ferner ist aus Lettland Herr Dr. Maris Plavins bei uns, Vizepräsident der lettischen Ärztevereinigung.

(Beifall)

Aus Kroatien ist zu uns gekommen Herr Dr. Dražen Borčić, Vizepräsident der kroatischen Ärztekammer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Bosnien-Herzegowina ist Herr Dr. Harun Drljević, Präsident der Ärztekammer des Kantons Zenica-Doboj, zu uns gekommen.

(Beifall)

Ebenfalls aus Bosnien-Herzegowina ist zu uns gekommen Herr Dr. Fahrudin Kulenović, Präsident der Ärztekammer des Kantons Sarajevo.

(Beifall)

Ebenfalls aus Bosnien-Herzegowina ist Herr Professor Nebojsa Jovanić, Präsident der Abteilung für Fortbildung in der Ärztekammer der Republik Srpska, bei uns.

(Beifall)

Aus der Slowakei ist Herr Dr. Jozef Weber anwesend, Vorstandsmitglied der slowakischen Ärztekammer.

(Beifall)

Aus der Ukraine ist Herr Dr. Oleg Musii zu uns gekommen, Präsident der ukrainischen Ärztekammer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Ungarn anwesend ist der uns schon lange bekannte Dr. Istvan Éger, Präsident der ungarischen Ärztekammer.

(Beifall)

Mindestens ebenso lange bekannt ist uns Herr Dr. Béla Szalma, Hauptgeschäftsführer des Verbands der Ungarischen Medizinischen Gesellschaften (MOTESZ).

(Beifall)

Jetzt haben wir die Kleiderordnung zwar nicht ganz eingehalten, aber Professor Sótonyi wird das nicht übel nehmen: Aus Ungarn ist außerdem der Vizepräsident des Verbands der Ungarischen Medizinischen Gesellschaften (MOTESZ) anwesend, Herr Professor Péter Sótonyi. Herzlich willkommen, Herr Professor Sótonyi!

(Beifall)

Aus Albanien ist Herr Dr. Din Abazaj, Präsident der Ärztevereinigung von Albanien, zu uns gekommen.

(Beifall)

Ebenfalls aus Albanien kommt Frau Dr. Luzhiana Abazaj, Dozentin an der medizinischen Fakultät und Tochter des Präsidenten.

(Beifall)

Ich begrüße aus Nordkorea die Direktoren der fünf größten Krankenhäuser in Pjöngjang: Dr. Sim Il Chol, Dr. Kim Hon Jong, Frau Dr. Kim Song Hui, Dr. Li Ju Chol, Dr. Kim Jong Chol und in ihrer Begleitung den Generalsekretär der Deutsch-Koreanischen Assoziation für Medizin, Herrn Professor Dr. Lie aus Bonn, und als Dolmetscher Herrn Dr. Lie aus Essen.

(Beifall)

Aus Mazedonien ist bei uns Herr Dr. Idriz Orana, Vizepräsident der mazedonischen Ärztekammer.

(Beifall)

Schließlich begrüße ich Herrn Dr. Fuad Rovčanin, Präsident der Ärztekammer des Kantons Bosnisch-Podrinje Gorazde in Bosnien-Herzegowina.

(Beifall)

Weitere Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland werden wir begrüßen, sobald sie eingetroffen sind.

Bisher eingetroffene Grußtelegramme liegen Ihnen umgedruckt vor; wir verzichten daher auf eine gesonderte Verlesung. Mit weiteren eintreffenden Grüßen wird ebenso verfahren.

Frau Birgit Löber-Kraemer, Delegierte der Ärztekammer Nordrhein und dortiges Vorstandsmitglied, hat heute Geburtstag. Trotzdem ist sie bei uns. Herzlichen Glückwunsch, Frau Löber-Kraemer!

(Beifall)

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

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Die Einladung zum 113. Deutschen Ärztetag ist Ihnen, den Delegierten, satzungsgemäß am 18. März 2010 zugesandt worden. Beigefügt waren die Tagesordnung, der Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2008/2009 und der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011. Am 9. April 2010 wurde ebenfalls satzungsgemäß der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer im Internet veröffentlicht.

Dem Deutschen Ärzte-Verlag möchte ich auch in diesem Jahr für die rechtzeitige Herstellung des Tätigkeitsberichts, insbesondere in Buchform, danken.

Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer beträgt die Zahl der Delegierten 250. Ich stelle fest, dass weit mehr als die Hälfte der Delegierten anwesend ist. Damit ist der 113. Deutsche Ärztetag beschlussfähig.

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

Dieser Ärztetag behandelt insgesamt neun Tagesordnungspunkte. Zu diesen können wie gewohnt Anträge und Wortmeldungen abgegeben werden. Die nötigen Unterlagen dazu finden Sie in Ihren Tagungsmappen.

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

Gestatten Sie mir an dieser Stelle einige organisatorische Hinweise zu den einzelnen Tagesordnungspunkten.

Zum Tagesordnungspunkt II „Versorgungsforschung“ hat die vorgesehene Referentin Frau Professor Dr. Bärbel-Maria Kurth es außerordentlich bedauert, kurzfristig absagen zu müssen. Wir freuen uns über die kurzfristige Zusage von Herrn Professor Dr. Thomas Mansky von der Technischen Universität Berlin, an ihrer Stelle zu referieren. Die Behandlung dieses Tagesordnungspunkts ist für Mittwochnachmittag ab 14 Uhr vorgesehen.

Zum Tagesordnungspunkt III a „Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung“ hat Herr Dr. Hans Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, leider absagen müssen. Als Referent wird der stellvertretende Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, Herr Dr. Franz-Joseph Bartmann, Sie durch diesen Tagesordnungspunkt führen.

Die Beratung dieses Tagesordnungspunkts ist für Donnerstagvormittag ab 9 Uhr geplant.

Ich möchte schon an dieser Stelle auf einige Besonderheiten dieses Tagesordnungspunkts hinweisen, die Sie auch in Ihren Mappen finden. Gemäß Beschluss des 101. Deutschen Ärztetages 1998 in Köln stehen bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf Deutschen Ärztetagen nur der Paragrafenteil, die Definition von Gebieten, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen, die Länge der jeweiligen Weiterbildungszeiten und ihre Aufteilung zur Abstimmung.

Um Ihnen die Antragstellung zu erleichtern, sind die auf dem 113. Deutschen Ärztetag zu beratenden Bestandteile der (Muster-)Weiterbildungsordnung in der vorliegenden Anlage zum Vorstandsantrag – das ist die Drucksache III-01 – schwarz gedruckt. Nur zu diesen Bestandteilen können Änderungsanträge zum Antrag III-01 gestellt werden. Die Weiterbildungsinhalte des Vorstandsantrags III-01 stehen auf dem 113. Deutschen Ärztetag nicht zur Beratung und Abstimmung. Die nicht zu beratenden Bestandteile der (Muster-)Weiterbildungsordnung sind in der vorliegenden Anlage zum Vorstandsantrag auf Drucksache III-01 grau gedruckt.

Jetzt haben wir von der Regie her eine ganz wichtige Bitte: Wenn Sie Änderungsanträge zum Antrag III-01 stellen wollen, so bitten wir Sie, diese Änderungsanträge getrennt zu stellen, also nicht verschiedene Sachverhalte in einem einzigen Antrag zusammenzufassen, sondern einen jeweils neuen Antrag zu stellen. Anderenfalls wird

es bei der Antragsannahme und der Abstimmung zu kompliziert. Dann wären Abstimmungsrisiken zu erwarten.

Alle anderen Anträge zum Tagesordnungspunkt III a, die sich nicht auf den Vorstandsantrag III-01 beziehen, werden laufend durchnummeriert. Der Ärztetag kann sich zu diesen Anliegen, die erst bei einer weiteren Überarbeitung der (Muster-)-Weiterbildungsordnung berücksichtigt werden können, eine Meinung bilden.

Die Beratungen zum Tagesordnungspunkt III b „Bericht zur Evaluation der Weiterbildung“ finden getrennt vom Tagesordnungspunkt III a statt.

Nun noch einige Bemerkungen zum Tagesordnungspunkt IV „Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft“. Zu diesem Tagesordnungspunkt möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, dass aufgrund von Terminüberschneidungen bei Herrn Dr. Peter Liese, Mitglied des Europäischen Parlaments, als dem Referenten zu diesem Tagesordnungspunkt dieser Beratungsgegenstand am Mittwochvormittag ab 9 Uhr vorgesehen ist.

Die Tagesordnungspunkte VI bis VIII zu den Regularien sind wie gewohnt für Donnerstagnachmittag vorgesehen. Anschließend werden wir mit dem Tagesordnungspunkt V „Tätigkeitsbericht“ beginnen und die Behandlung am Freitag entsprechend fortsetzen.

Zu guter Letzt möchte ich Sie noch auf eine technische Neuerung hinweisen. Sie finden zusätzlich zu den Möglichkeiten der elektronischen Antragserfassung im Delegiertenzentrum auch zwei Terminals hier im Saal an der Fensterseite, die Sie zur elektronischen Antragserfassung nutzen können.

Auf den ausgedruckten grünen Antragsformularen können auch die benötigten Unterschriften geleistet werden.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und wünsche unserem Ärztetag einen guten und reibungslosen Verlauf.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Professor Fuchs, für diese Orientierung. Wir sind nunmehr gewappnet, in die Tagesordnung einzutreten. Es gibt den Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer, das ist der Antrag I-01. Ich frage, ob noch weitere Anträge vorliegen und ob es Wortmeldungen gibt. Vielleicht will sich ja niemand zu Wort melden. – Doch. Wir treten also in die Aussprache ein. Der erste Redner, der sich zu Wort gemeldet hat, ist Herr Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Bitte schön.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Hohes Präsidium! Liebe Delegiertinnen und Delegierte! Ich möchte mich zunächst bei der Sächsischen Landesärztekammer für diese hervorragende Einführung in den Deutschen Ärztetag bedanken, für die Eröffnungsveranstaltung, die grandios war, musikalisch hervorragend. Das hat unser Präsident schon gesagt.

(Beifall)

Sie war mit viel Liebe gestaltet. Das hat man gemerkt; das ist die Handschrift Sachsens, Sachsens Glanz und Preußens Gloria.

Meine Damen und Herren, es war wirklich fantastisch. Wenn man hier in diese Halle kommt, ist es auch fantastisch, wenn man auf diese Weise Alt und Neu nebeneinander sieht. Herzlichen Dank dafür.

Zum Zweiten möchte ich mich bei Jan Schulze für seine historische Einführung, für seine gute Verbindung von Vergangenheit und Gegenwart, für die Reflexion des kommunistischen Systems, das wir zum Glück vor 20 Jahren überwunden haben, bedanken.

Drittens möchte ich mich – ich denke in Ihrer aller Namen zu sprechen – beim Präsidenten für seine fein ziselierte Rede bedanken. Ganz besonders möchte ich mich bei Alfred Möhrle bedanken, der uns auf das Grundsätzliche zurückgeführt hat, indem er sagte: Der Spaltpilz ist von der Politik gesät worden, indem man versucht, Hausärzte, die ja auch Fachärzte für Allgemeinmedizin sind, und Fachärzte anderer Gebiete zu trennen. Das war Ulla Schmidt. Das müssen wir innerärztlich schnellstens überwinden. Wir haben ja gestern auf der KBV-Vertreterversammlung erlebt, wie die Selektivverträge wirken. Es bedeutet das Ende der gemeinsamen ärztlichen Selbstverwaltung, wenn wir das weiter voranschreiten lassen.

(Beifall – Widerspruch)

Da sind die Meinungen geteilt. Aber wer heute nach dem Geld ruft, der wird morgen merken, dass es alle ist.

Meine Damen und Herren, Herr Minister Rösler hat uns ein konstruktives Angebot gemacht. Wir sollten in den konstruktiven Dialog mit ihm eintreten. Wir haben auf Deutschen Ärztetagen schon viel von den Politikern gehört. Aber so authentisch, so vom ärztlichen Gedankengut getragen haben wir es in den letzten 20 Jahren, bei denen ich dabei sein durfte, auf Deutschen Ärztetagen nicht gehört. Greifen wir die Ideen auf, versuchen wir, gemeinsam mit der Politik diesen Weg zu beschreiten. Das wird allerdings seit dem vergangenen Sonntag etwas schwieriger. Wir werden sehen, was die Politik daraus machen kann.

Ich möchte nun auch noch etwas zum Vorstandsantrag I-01 sagen, und zwar hinsichtlich der Allgemeinmedizin. Meine Damen und Herren, wir haben gestern bei der KBV und heute in allen Reden gehört, was wir tun müssen, um der Allgemeinmedizin Vorschub zu leisten und um die Lücken, die überall bei der flächendeckenden Versorgung entstanden sind und demnächst weiterhin entstehen, zu schließen.

Da gibt es viele Faktoren. Es gibt weiche Faktoren wie das Umfeld: Gymnasium, Kino, Kneipe, Theater, Oper. Das sind die Faktoren, die wir nur schwerlich beeinflussen können.

Aber innerärztlich können wir etwas beeinflussen und die Forderung erheben, dass endlich an allen medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin vorhanden sein müssen, um die künftigen Kolleginnen und Kollegen frühzeitig an das Fachgebiet heranzuführen und den Studentinnen und Studenten auch in Famulaturen die Allgemeinmedizin nahezubringen.

Jan Schulze hat in seiner Rede gesagt, dass es eine Vielzahl von Faktoren gibt. Es geht um Stipendien, es geht um Verpflichtungserklärungen wie bei der Bundeswehr. All dies sind Möglichkeiten, die wir nicht in jedem Bundesland realisieren können. Aber in zahlreichen Bundesländern ist es gemeinsam mit den Kassen, der KV und der Politik gelungen, etwas zu tun.

Wenn Sie sich anschauen, wie die Verbünde in der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin gelebt werden, dann werden Sie sehen, dass wir in den letzten fünf Jahren erhebliche Schritte weitergekommen sind. Meine Damen und Herren, nur eine einige Ärzteschaft ist stark, hat Alfred Möhrle gesagt, der heute mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet wurde. Nur wenn wir hier gemeinsam in Einigkeit den Widrigkeiten, die uns als Berufsstand entgegenschlagen, Widerstand entgegensetzen, können wir für unsere Patienten etwas tun, denn wir sind der einzige Anwalt – das habe ich schon vor zwei Jahren gesagt –, den der Patient hat. Wir sollten uns nicht durch die Politik auseinanderdividieren lassen. Die Hausärzte als Fachärzte für Allgemeinmedizin und die Fachärzte anderer Couleur sollten einen gemeinsamen Weg gehen. Der eine ist ohne den anderen nichts. Nur gemeinsam können wir die Sache voranbringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Crusius. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Christian Albring aus Niedersachsen.

Dr. Albring, Niedersachsen: Lieber Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Unsere Solidarität gilt ja den Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, die für eine leistungsgerechte Honorierung ihrer Arbeit kämpfen. Aber ich möchte heute das Augenmerk auf eine andere Spezies lenken, und zwar auf die Spezies Belegarzt, der neben seiner Praxistätigkeit auch im Krankenhaus arbeitet und dort in vielen Flächenstaaten die Versorgung gewährleistet.

Insbesondere möchte ich Ihnen den geburtshilflichen Belegarzt nahebringen. Dieser ist vom Aussterben bedroht. Die Haftpflichtprämien sind von einem Jahr aufs andere auf fast das Doppelte gestiegen. Sie betragen jetzt 29 000 Euro pro Jahr. Seit dem Jahr 2000 ist eine Steigerung um 340 Prozent zu verzeichnen.

Was ist die Ursache? Die Ursache sind nicht etwa vermehrte Schadensfälle, sondern eine höhere Bewertung durch die Gerichte und eine Verbesserung der Intensivmedizin. Auch die Krankenkassen tragen hier eine Mitschuld, weil sie seit ungefähr zwei Jahren versuchen, alte Operationen und andere Fälle herauszusuchen, um zu sehen, ob man da noch Geld herausschlagen kann. Häufig klappt das zwar nicht, aber dann kommt es zu einem Vergleich. Das belastet natürlich die Versicherung der belegärztlichen Kollegen.

Was tut der Beleger? Er ist als Geburtshelfer in ständiger Bereitschaft, Tag und Nacht, am Wochenende wie am gewöhnlichen Werktag. Er steht in seiner Freizeit und auch während der Nachtstunden den Gebärenden zur Seite, um ihnen bei der

Geburt zu helfen. Dafür bekommt er 160 Euro. Rechnen Sie sich bitte einmal aus, wie viele Geburten er begleiten muss, bis er auf seine 29 000 Euro gekommen ist. Er muss fast 200 Geburten begleiten, bevor er die Versicherungsprämie bezahlen kann.

Da reichen Enthusiasmus und Freude am Beruf nicht aus. Das ist einfach nicht zu schaffen. Die Kassen stellen sich seit Jahr und Tag stur, weil sie meinen, wir Ärzte verdienten sowieso zu viel Geld.

Das Regelleistungsvolumen für Frauenärzte bei uns in Niedersachsen oder auch in Nordrhein-Westfalen liegt bei etwas mehr als 13 Euro. Darin enthalten ist sogar die Hausgeburt. Wir sind zwar gegen Hausgeburten, aber wenn wir in einem Notfall hinzugerufen werden, müssen wir eine Hausgeburt für 13,54 Euro machen.

Das kann es nicht sein. Deswegen fordern wir als Berufsverband, dass jede Geburt mit einem Zuschlag von mindestens 200 Euro versehen wird. Selbst dann müssen Sie 150 Geburten absolvieren – zunächst einmal kostenlos –, um die Versicherungsprämie zu erwirtschaften.

Wir haben in unserem Berufsverband eine Umfrage gestartet. 66 Prozent der Kolleginnen und Kollegen sind willens, am Ende des Jahres aufzuhören. Es ist einfach nicht mehr zu leisten. Man müsste sich selber aufopfern. Das sind aufopferungsvolle Tätigkeiten am Wochenende und in der Nacht. Dafür muss man einfach angemessen honoriert werden.

Was geschieht, wenn die Kollegen am Ende des Jahres aufhören? Dann werden wir in den Zeitungen lesen, dass die Geburten in den Taxis erfolgen. Die Frau mag das überleben, aber dem Kind wird es möglicherweise schlecht gehen. Da kommt es auf die Minute an. Zwei oder drei Minuten im Sauerstoffmangel sind hochproblematisch.

Ich bitte Sie um Ihre Unterstützung, wenn wir für ein besseres Konzept bei der belegärztlichen Geburtshilfe oder bei den Belegern allgemein kämpfen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Albring. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Baumgärtner aus Baden-Württemberg. Bitte.

Dr. Baumgärtner, Baden-Württemberg: Lieber Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal vielen Dank für die Harmonie heute Vormittag. Das war ja ungewöhnlich. Das, was Herr Rösler sagte, war noch wenig konkret. Ich denke, man muss bei aller Ungeduld, die wir haben, positiv vermerken, dass die öffentliche Hetze, die wir in den letzten Jahren zu gewissen Zeiten immer wieder hatten, vorbei ist. Ich meine, das ist schon einmal positiv.

Unterstützung würde ich Ihnen beim Thema Priorisierung zusichern. Ich denke, da haben Sie noch nicht ausreichend Unterstützung. Ich finde, eine Gesellschaft muss festlegen, was solidarisch finanziert wird. Das ist eine Aufgabe der Gesellschaft. Es

kann nicht sein, dass wir eine Vollkaskoversorgung insbesondere im ambulanten Bereich auf Kosten der Leistungsträger haben. Das gilt sicher auch im stationären Bereich; hier denke ich an das Thema der Überstunden. Wir können als Ärzte nicht das Morbiditätsrisiko tragen. Das ist Sache der Krankenkassen; diese müssen das Morbiditätsrisiko tragen. Das Prinzip „begrenztes Geld, begrenzte Leistung“ muss wieder Eingang in die Honorarpolitik finden.

Ich möchte zu dem, was Herr Crusius zum Thema der Selektivverträge sagte – das wird sicher noch diskutiert werden –, einige Feststellungen treffen. Es geht überhaupt nicht um ein Auseinanderdividieren oder um das Ende der Selbstverwaltung. Das muss man hier einmal feststellen. Das konstante Schlechtreden dieser neuen Vertragsformen wird diese weder behindern noch verhindern, sondern es wird sie allemal stärken. Wer diese Verträge dauernd schlechtredet, ist entweder völlig abgehoben oder steht nicht mehr auf dem Boden der Tatsachen.

(Beifall)

Meine Realität im Kollektivvertrag ist: Es gibt nach wie vor keine festen Preise, sondern die Regelleistungsvolumina floaten. Das ist bundesweit so. Es gibt bundesweit keine Arztgruppe, die mit ihrem Regelleistungsvolumen zufrieden ist. Da kann man doch nicht sagen: Es ist alles in Ordnung.

Es findet ständig eine Umverteilung statt. Diejenigen, die sich jetzt vielleicht freuen, können bereits morgen weniger haben. Dann wird neu umverteilt. Es ist für einen freien Beruf unwürdig, wenn dauernd aus den Taschen der Kolleginnen und Kollegen umfinanziert wird.

(Beifall)

Der Vorstandsvorsitzende der KBV hat öffentlich zugegeben, dass keine Position unserer Gebührenordnung betriebswirtschaftlich kalkuliert ist. Da muss ich fragen: Wo sind wir denn? Nicht eine einzige Position ist kalkuliert! Das Honorar pro Arztstunde liegt im Augenblick bei ungefähr 30 Euro.

Im Zusammenhang mit den Selektivverträgen wird es bis zum Jahresende in allen Regionen Hausarztverträge geben. Davon können Sie ausgehen. Wir haben in Baden-Württemberg einen Kardiologenvertrag; dieser ist fertig. Wir haben einen Gastroenterologenvertrag, den wir in den letzten Tagen ausverhandelt haben. Am Freitag fand die Ausschreibung für Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten und Psychosomatik statt. Nächste Woche gibt es die Ausschreibung für Chirurgie und Orthopädie.

Auf der Bundesebene gibt es eine sehr gute Zusammenarbeit mit Facharztverbänden. Es wird eine Mandatierung für bundesweite Vertragsverhandlungen geben mit dem Bundesverband Medi-Genossenschaften und Facharztverbänden für die Themen Kardiologie und Gastroenterologie.

Ein klares Wort noch zu den Vorteilen der Selektivverträge. Im Selektivvertrag findet die Umverteilung auf Kassenebene statt. Das ist der erste Punkt. Es wird nicht innerärztlich umverteilt, sondern es wird auf Kassenebene umverteilt.

Zweitens. Die Positionen sind betriebswirtschaftlich kalkuliert. Das heißt, wir wissen, welche Fallwerte wir wollen, welche wir brauchen. Unterhalb dieses Niveaus wird kein Vertrag abgeschlossen.

Es gibt feste Preise. Damit gibt es Planungssicherung für fünf Jahre. Ich frage Sie: Wo ist die Planungssicherheit im jetzigen System? Fragen Sie einmal einen Arzt, was er gestern verdient hat, was er im letzten Monat verdient hat, was er im nächsten Monat verdienen wird, was er in einem halben Jahr verdienen wird. Er weiß es nicht, weil er keine Planungssicherheit hat. Jetzt kommt wieder ein EBM, der umverteilt.

Hier haben wir Planungssicherheit für fünf Jahre. Der Big Point ist: Jeder Fall wird bezahlt. Im Selektivvertrag wird jeder einzelne Fall bezahlt. Es ist nicht so, dass in den KVen ein Sack Geld abgeladen und gesagt wird: Das verteilt ihr jetzt einmal, daraus macht ihr die Fallwerte.

Es gibt eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Hausärzteverband, Bundesverband der Ärztegenossenschaften, Medi Deutschland und NAV. Wir sitzen dauernd zusammen. Es gibt auch eine gute Zusammenarbeit mit der Allianz. Diese hat ihre Position zu den Selektivverträgen noch nicht so richtig gefunden; das wird aber noch kommen.

Ich hoffe, dass es nach den KV-Wahlen eine realistische Position in Richtung KBV und KVen gibt, dass man sich vielleicht wieder einmal ausspricht, damit man weiß, in welche Richtung man gemeinsam gehen will. Die Hoffnung darauf habe ich nicht aufgegeben.

Es geht bei den jetzigen Verträgen nicht um das, was den Institutionen nutzt, sondern es geht nur darum, was den Ärzten nutzt. Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Zukunft liegt nicht allein im Kollektivvertrag. Sie liegt aus meiner Sicht sicher im Kollektivvertrag, aber zweitens auch im Selektivvertrag und drittens auch in der Kostenerstattung. Die Kostenerstattung muss als Wahlmöglichkeit für den Arzt kommen. Dann haben die Ärzte Planungssicherheit.

Das wäre eine Zukunft, für die ich mich sehr einsetzen würde.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Baumgärtner. – Jetzt haben wir einen Antrag zur Geschäftsordnung von Herrn Kollegen Peters.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Delegierte! Ich möchte jetzt nicht zur Redezeit diskutieren, sondern eine Bitte an die Geschäftsführung richten. Wir hatten eine hervorragende Veranstaltung in der Semperoper. Wir freuen uns hier auf konstruktive und produktive Sitzungstage. Ich glaube, dass die Sitzanordnung der Delegierten nicht glücklich gewählt ist. Ich glaube, es wäre günstig, wenn die Kollegen, die hinten sitzen, nach vorne rücken könnten.

(Beifall)

Ich bitte Sie, darüber abzustimmen, dass das bis morgen früh geändert wird. Ich bitte diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die vorne sitzen, um Solidarität mit jenen, die hinten sitzen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Gibt es eine Gegenrede? Wenn, dann können wir es erst morgen realisieren. – Ich frage also: Wer möchte dem Antrag von Herrn Peters zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist es so beschlossen. Wir werden unser Bestes tun.

(Zuruf)

– Anträge müssen schriftlich eingereicht werden. Für eine eventuelle Redezeitbeschränkung ist es noch zu früh. Das geht erst, wenn fünf Redner gesprochen haben. Die fünf Redner dürfen aber auch nicht länger als zehn Minuten reden, sonst müssten Sie zustimmen, dass sie länger als zehn Minuten reden dürfen. Schauen Sie bitte in § 13 der Geschäftsordnung.

Als nächster Redner bitte Herr Nowak aus Hessen.

Dr. Nowak, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich hatte ich erwartet, dass unser Bundesgesundheitsminister und lieber Kollege Rösler hier mindestens eine Stunde der Diskussion beiwohnt. Aber wie ich vernommen habe, musste er leider dringend nach Berlin zurück.

Sie haben heute Morgen alle vernommen, dass wir einen Klimawandel in der Gesundheitspolitik zu verzeichnen haben. Wir wissen beim Klimawandel nicht, wohin die Richtung zeigt.

Auf der anderen Seite haben wir einen Ansprechpartner, der unsere Sprache versteht und unsere Sprache spricht. Ich vergesse nicht die Worte meines leider verstorbenen Chefs Professor Arendt, der seinerzeit sagte – er war natürlich unzufrieden mit der Gesundheitspolitik –: Gesundheitsminister kann nur derjenige werden, der diesen Beruf erlernt und ausgeübt hat.

Gegenwärtig ist das so. Wir haben einen Ansprechpartner, der unsere Sprache spricht, der weiß, um was es geht. Das betrachte ich als historische Chance, um das durchzusetzen, was in den vergangenen zehn Jahren und länger nicht funktioniert hat, nämlich die Implementierung des Rettungsdienstes im SGB V. Es gab viele Modernisierungsgesetze und sonstige Vorschriften, aber nie ist es gelungen, den Rettungsdienst zu implementieren.

1989 wurde der Leistungsbereich Krankentransport aus dem Personenbeförderungsgesetz ausgegliedert. Seit 1996 gab es verschiedene Arbeitsgruppen: Ausschuss „Rettungswesen“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), Innenministerkonferenz und Bundesrat – alle Initiativen waren

bisher ohne Erfolg. Deswegen habe ich für meine Wortmeldung diesen Tagesordnungspunkt gewählt und nicht den Tätigkeitsbericht, weil ich es wichtig finde, endlich das durchsetzen zu können, was eigentlich Fakt ist.

Wie ist die derzeitige Situation? Wir haben in Deutschland einen der besten Rettungsdienste der Welt. Es gibt 16 Bundesländer mit entsprechenden Rettungsdienstgesetzen, die unter dem einheitlichen Begriff des Rettungsdienstes arbeiten, mit Notfallrettung und Krankentransport. Was weist das SGB V trotz aller Modernisierungen aus? Nichts anderes außer dem § 60 zu den Fahrtkosten oder dem § 133 betreffend die Versorgung mit Krankentransportleistungen.

Das geht an der Realität vorbei. Deswegen muss endlich das Bundesgesetz angepasst werden. Ich sage Ihnen eindeutig: Dadurch entstehen keine Mehrkosten, sondern möglicherweise sogar Einsparungen, weil dadurch ein falscher Anreiz beseitigt wird und andererseits der Kompetenz und den Leistungsmöglichkeiten eines notarztgestützten Rettungsdienstes Rechnung getragen wird. Deswegen möchte ich Sie um Zustimmung bitten, dass der Ärztetag den Gesetzgeber auffordert, den Rettungsdienst mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport endlich eigenständig im Sozialgesetzbuch V zu regeln und als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V anzuerkennen.

Bitte unterstützen Sie meinen Antrag. Gerade durch diesen Klimawechsel sehe ich eine Chance, das endlich einmal durchzusetzen.

Ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und bereits jetzt für Ihre Zustimmung zu meinem Antrag.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Nowak. – Ich habe mich eben geirrt: Die Regelung, dass mindestens fünf Redner gesprochen haben müssen, bevor man eine Redezeitbeschränkung beantragen kann, gilt in der Ärztekammer Nordrhein, steht aber nicht in der Satzung der Bundesärztekammer. Insofern hat jetzt Frau Köhler, Vizepräsidentin der Landesärztekammer Brandenburg, das Recht, einen Antrag zu stellen. Bitte schön.

Köhler, Brandenburg: Ich bitte für den gesamten Ärztetag um Redezeitbegrenzung auf drei Minuten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das müssen wir etwas einschränken. Das kann man nur für einen Tagesordnungspunkt beantragen, nicht für mehrere. Das muss gegebenenfalls jedes Mal neu abgestimmt werden. – Gibt es eine Gegenrede gegen diesen Wunsch auf Redezeitbegrenzung auf drei Minuten zum Tagesordnungspunkt I? – Formal. Dann stimmen wir ab. Wer möchte die Redezeit auf drei Minuten einschränken? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist mit deutlicher Mehrheit die Redezeit auf drei Minuten begrenzt.

Der nächste Redner ist Herr Grauduszus. So wie ich ihn kenne, schafft er das.

Grauduszus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich könnte jetzt ganz schnell sprechen, aber das werde ich nicht tun. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass Sie, Herr Professor Hoppe, eine langjährige Amtsführung aufzuweisen haben. Ich möchte etwas Wasser in den Wein gießen. Es gab vor einem knappen Jahr einen Regierungswechsel. Wenn wir glauben, dass jetzt ein Politikwechsel eintritt, müssen wir sehr aufpassen. Eben hat ein Kollege schon auf die Probleme der Belegärzte hingewiesen. Es gibt Probleme, die wir vor Ort haben.

Wir als Parlament der Ärzteschaft müssen den Ärztinnen und Ärzten in Deutschland zeigen, dass es unverzichtbare Positionen gibt, bei denen wir nicht locker lassen. Auch wenn wir jetzt vielleicht einen Befürworter in der Politik, im Ministerium haben, so gibt es doch eine Gruppe, die Allokation betreibt, damit wir als Ärzte nicht mehr die Rolle spielen, wie das in der Vergangenheit der Fall war. Das merken die Krankenhausärzte, das merken wir niedergelassene Ärzte.

Die Begriffe „Ökonomie“ und „Wettbewerb“ werden völlig missbraucht. Was wir heute als sogenannten Wettbewerb erleben, ist kein Wettbewerb, sondern das ist Verdrängung in allen Bereichen. Es geht darum, Geschäfte zu machen, um nichts anderes.

(Beifall)

Wir müssen doch sehen, dass die Berufsordnung zur Makulatur wird. In der Berufsordnung steht, dass wir als Ärzte von Nichtärzten in medizinischen Belangen keine Anweisungen entgegennehmen müssen. Das ist heute nicht mehr die Realität. Unsere Aufgabe wird es in den nächsten Jahren sein, dafür zu sorgen, dass das wieder zurückgeführt wird. Wir können unseren Patienten nur dann gerecht werden, wenn wir in unserer Entscheidung unabhängig sind, unabhängig auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Die heutige Abhängigkeit von Geschäftsführungen, von der Obrigkeit, von der Politik, vom Staatsapparat, insbesondere von den Kostenträgern ist unzumutbar. Die Konzerne stehen in den Startlöchern, um uns in die Zwinge zu nehmen. Wir müssen aufpassen, dass diese Lobby die Politik nicht so instrumentalisiert, dass wir auf der Strecke bleiben.

Ich möchte Sie auffordern, nicht zu glauben, wir hätten jetzt eine Zeit, in der alles gut enden wird. Wenn wir nicht bereit sind, zu kämpfen und definitiv zu sagen, wohin es mit der ärztlichen Versorgung der Patienten und dem ärztlichen Beruf gehen soll, dann werden wir auf der Strecke bleiben.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Prof. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Tagesordnungspunkt, den wir derzeit behandeln, lautet „Gesundheits- und Sozialpolitik“, nicht „Ärztliche Standespolitik“. Wir sollen also nicht nur darüber reden, was für uns 300 000 Ärzte gut ist, sondern wir sollen auch darüber diskutieren, was für die 80 Millionen Versicherten in unserem Lande gut, richtig und notwendig ist.

(Beifall)

Ich glaube, das sollten wir primär tun und nicht so sehr nur darüber reden, wie die Belegärzte, wie die Gynäkologen oder wie die Rettungsdienste organisiert werden. Ich glaube, das sind Spezialpunkte, die nicht zu diesem Tagesordnungspunkt gehören.

Herr Rösler hat heute Morgen – er ist mit sehr viel Beifall bedacht worden – zwei Dinge gesagt, die ich für wichtig halte. Er sagte: Traue keiner Frau, sage ihr nicht die Wahrheit. Das Zweite war: Sage einem Dicken nicht, dass er dick ist. Sie alle haben dazu geklatscht. Damit hat er der deutschen Ärzteschaft gesagt: Ihr bekommt nicht mehr Geld, es ist nichts mehr drin in diesem System. Er hat gesagt, mehr als 170 Milliarden Euro zu fordern, sei unethisch. Er meinte, es gebe eine Überversorgung. Auch da haben Sie geklatscht.

Mir tut es ein bisschen leid, dass wir nicht darüber diskutieren, wie wir dieses Geld besser verteilen können. Wir sagen immer nur: Wir müssen mehr Geld ins System bringen, wir müssen priorisieren, damit wir Leistungen abschneiden können, die der Patient dann aus der eigenen Tasche bezahlen soll. Wir reden aber überhaupt nicht über die Frage: Wie können wir eine bessere medizinische Versorgung mit geringeren Mitteln möglich machen?

Es gibt in unserem System so viele Möglichkeiten. Gestern stand in der „Süddeutschen Zeitung“, dass 50 Prozent aller Röntgenaufnahmen in Deutschland unsinnig sind, überflüssig sind. Dort war auch zu lesen, dass 20 Prozent aller Herzkatheter bei Privatpatienten gelegt werden, die letztlich nur 10 Prozent des Versichertenpotenzials ausmachen. Das heißt, Herzkatheter werden aus finanziellen Interessen heraus gelegt. Es gibt Rückenleiden, es gibt Knieprobleme, es gibt so viel Probleme, über die wir uns unterhalten sollten, wo wir sagen können: Hier können wir in vernünftiger Weise die medizinischen Leistungen zum Wohle des Patienten, zum Wohle der Sozialversicherten und zum Wohle des Sozialstaats und letztlich auch zu unserem Wohl reduzieren. Wir hätten weniger Arbeit, aber dasselbe Einkommen.

Über diese Fragen sollten wir diskutieren und nicht immer darüber lamentieren, dass der Staat hier wieder eine Verordnung macht, die Kassen uns dort erneut vors Knie treten oder die Patienten zu viel von uns fordern. Ich glaube, es stünde uns gut an, wenn wir über diese Form der Überversorgung redeten und nicht immer nur über die Priorisierung.

Das ist auch meine Kritik, die ich am Vorstandsantrag zum Tagesordnungspunkt I habe. Über das, was ich gerade ausgeführt habe, steht in diesem Antrag gar nichts. Dort steht nur: Wir müssen zusehen, dass wir die Finanzierungsmittel erhöhen, damit wir das, was notwendig ist, auch leisten. Ich glaube, das bringt uns überhaupt nicht weiter, sondern das isoliert uns in der Bevölkerung. Das wird der Ärzteschaft und dem Patienten nichts bringen.

Herr Rösler schloss seine Ausführungen mit dem Zitat: Der Sturm kann den Bambus biegen, aber er kann ihn nicht brechen. Das heißt, Herr Rösler wird weiterhin seine Politik verfolgen. Er will weiterhin seine unsoziale Kopfpauschale verfolgen. Er wird weiterhin auf Kostenerstattung setzen. Das sollte uns bei all der Freundlichkeit und all der Verbindlichkeit der Rede klar sein. Wir sollten etwas kritischer damit umgehen und nicht meinen, nur weil da vorne jetzt ein Arzt steht, sei es jemand, der uns in unsere Taschen arbeitet.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Metke, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich erlaube mir, noch einmal Stellung zu nehmen zum Thema Selektivverträge. Herr Präsident Crusius scheint zu einer Hatz von den Bad Banks zu den Bad Boys der Selektivverträge zu blasen. Herr Crusius stellt sich hier hin und sagt: Selektivverträge sind das Ende der ärztlichen Selbstverwaltung, der ärztlichen Gemeinschaft. Ich möchte diese Feststellung aufs Allerschärfste zurückweisen und folgende drei Punkte anführen.

Erstens. Die Selektivverträge sind gekommen, weil der Staat das Kollektivrecht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KVen abschaffte. Es waren nicht die Kollegen, die jetzt in den Selektivverträgen tätig sind, die das herbeigeführt haben, sondern das war der Gesetzgeber, der Deutsche Bundestag. Wenn wir heute mit viel Pathos bei der Eröffnungsveranstaltung gehört haben, dass die ärztliche Freiberuflichkeit erhalten werden muss und Aktiengesellschaften daran gehindert werden sollen, das medizinische Geschäft zu machen, dann ist es doch geradezu Aufgabe der Ärzte, in die politische Lücke der Selektivverträge zu stoßen, statt das anderen zu überlassen. Das heißt, es ist die ureigene Pflicht von uns Ärzten, die gesetzliche Lücke auszufüllen. Es ist die Aufgabe der Körperschaften, für den Arzt in diese Lücke einzutreten, statt gegen diese Lücke zu hetzen. Das ist die Realität, in der wir hier leben.

(Beifall)

Zweitens. Es ist bei Teilen der Funktionäre – damit meine ich nicht die hiesigen, sondern die der KBV – eine Perversion des Denkens eingetreten. Aufgabe von uns Funktionären ist, darauf zu achten, dass die ärztliche Praxis und der Arzt im Krankenhaus überleben und damit die Patientenversorgung sichergestellt ist. Geschaut wird aber nur darauf, ob etwas gut ist für die KBV oder diese und jene Institution. Gut ist, was dem Arzt und damit der Patientenversorgung nutzt, nicht irgendeiner Institution. Das ist ärztliche Politik für Ärzte und sonst gar nichts!

(Beifall)

Die Ärzte, die in das Selektivvertragssystem gehen, überleben damit in der eigenen Praxis. Wir können in den Rahmenbedingungen eines KV-Systems nicht mehr arbeiten. Wenn der Allgemeinarzt in Baden-Württemberg ein Budget von 35 Euro als Regelleistungsvolumen hat und er dafür im Quartal zwölfmal einen Sterbenden im Altenheim besuchen muss, bekommt er pro Besuch 2,99 Euro. Das ist eine Ausgestaltung der Verhältnisse gegen den Patienten. So kann die Patientenversorgung nicht mehr weiter existieren. Deswegen brauchen wir Selektivverträge.

(Beifall)

Drittens. Herr Crusius, es ist doch völlig wurscht, ob Sie einen Patienten als Privatpatienten, als Krankenkassenpatienten, als berufsgenossenschaftlichen Patienten oder als Selektivpatienten abrechnen. Wo ist denn da eine Spaltung der ärztlichen Gemeinsamkeit gegeben? Hier wird doch ein Phantom in die Welt gesetzt. Wer den Versuch der Ärzte, die Praxis zu erhalten, die Freiberuflichkeit und damit die Patientenversorgung zu erhalten, als etwas Schlechtes abstempelt, verliert seine Legitimation, Ärzte zu vertreten. Er wird als Kammer genauso im politischen Aus landen wie die KV, die das nicht kapiert hat. Kehren Sie zur Realität zurück, statt einzelne Gruppen auszugrenzen und zu verleumden!

Vielen Dank.

(Beifall – Zurufe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Jetzt kommt Leben in die Bude. – Der nächste Redner ist Herr Wieland Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es liegt ein Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer vor, der nach meinem Dafürhalten zu 70 Prozent die Handschrift der Kassenärztlichen Bundesvereinigung trägt.

(Vereinzelt Beifall)

Als niedergelassener Kollege leide ich wie viele von uns unter den Bedingungen, unter denen wir heute tätig sein sollen und müssen. Nun möchte ich aber nicht über das Honorar im eigentlichen Sinne sprechen, denn der Tagesordnungspunkt I lautet „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“. Aber ein wesentliches Thema bei unserer Tätigkeit muss doch sein, wie wir unter den heutigen Bedingungen die Qualität in der Versorgung sicherstellen können. Ich bin der Auffassung, dass es in weiten Bereichen gar nicht mehr möglich ist, Qualitätsmedizin im ambulanten Bereich zu betreiben. Ich bin froh, dass Herr Professor Hoppe bei der Kammerversammlung in Nordrhein am 20. März dieses Jahres bestätigt hat, dass unter den heutigen Bedingungen im Grunde genommen Qualität gar nicht mehr darstellbar ist. Dazu sind wir aber nach der Berufsordnung verpflichtet.

Wenn ich sehe, dass nach dem Leitantrag weiterhin im Wesentlichen die KBV die Sicherstellung gewährleisten soll, was heute gar nicht mehr der Fall ist, jedenfalls

nicht in Bezug auf die Patientenversorgung, wenn ich sehe, dass wir über Themen wie Ärztemangel, fehlende ärztliche Motivation, Nachwuchsprobleme, Planungsunsicherheit, fehlende berufliche Autonomie der niedergelassenen Ärzte im KV-System diskutieren, stelle ich mir die Frage, ob die KBV und die KVen tatsächlich noch ein Garant für die Sicherstellung sind. Ich sehe das heute nicht mehr als gegeben an.

Unsere Einnahmen, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind heutzutage planwirtschaftlich, unsere Ausgaben sind marktwirtschaftlich. So kann es nicht weitergehen. Ich sehe den einzigen Ausweg darin, dass wir in Zukunft ganz wesentlich das Prinzip der Kostenerstattung voranbringen. Ich würde mich freuen, wenn der Ärztetag dazu beitrüge.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Kollege Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Vermutlich haben Sie heute Morgen genauso aufmerksam zugehört wie ich und in der Parabel erkannt: Wir sind ein wenig zu dick, deshalb hat die Bundesärztekammer beschlossen, uns an den Tischen ein wenig enger zusammenrücken zu lassen, damit kein falscher Eindruck gegenüber der Politik entsteht.

Nun will ich aber zu meinem eigentlichen Punkt kommen.

Herr Rösler hat, wie ich finde, handwerklich sehr geschickt die Ärzte angesprochen. Herr Rösler hat natürlich auch die Dinge dargestellt. Aber Sie haben doch alle auch vernommen, dass er klipp und klar gesagt hat: Sie werden nicht mehr bekommen. Aus dem, was er als Diagnose beschrieben hat, kann ich nicht erkennen, wohin er gehen will.

Ich finde, wenn Herr Rösler beklagt, dass die Ärzte beispielsweise Computerprogramme benutzen und sich dadurch die therapeutische Freiheit aus der Hand nehmen lassen, so verkennt er den Zusammenhang, den die Politik durch die Abrechnungen geschaffen hat. Können Sie es dem Kollegen denn verübeln, wenn er sagt: Ich bekomme nur noch soundso viel Euro, also nutze ich das entsprechend computergestützt? Es ist von Herrn Rösler schon ein wenig verlogen, hier so zu tun, als sei die Politik völlig unschuldig, als seien die Ärzte selber daran schuld, dass sie in eine solche Situation geraten sind.

(Beifall)

Herr Rösler hat das sehr indirekt und clever angedeutet mit dem Computerprogramm.

Es wurden Gegenmaßnahmen in Sachsen hinsichtlich des Ärztemangels erwähnt. Man weiß seit 1999 von diesem Ärztemangel. Ich hätte den Minister gerne gefragt,

was denn durch die Änderungen bereits herausgekommen ist. Warum klagen die Sachsen denn noch immer? Warum überlegen sie, mit einer Landarztquote gegen den Ärztemangel anzugehen?

Was machen Sie mit jemandem, der als Medizinstudent nicht hereinkommt, sich über die Landarztquote hineinsetzt, aber hinterher erklärt, das sei doch nichts für ihn, das werde er nicht tun? Dann haben Sie Leute in der stillen Hoffnung, dass dieses Ziel erreicht wird, herangezogen, haben aber immer noch ein riesiges Problem, Landärzte zu finden, die in Sachsen benötigt werden.

(Vereinzelt Beifall)

Herr Rösler hat gesagt, Solidarität muss sein. Das finde ich gut. Ich denke, wir werden ihn an der Frage messen müssen: Wo ist denn bei der Eigenverantwortung die Solidarität vorhanden? Ich glaube, viele Patienten können gar nicht in Vorlage treten, beispielsweise mit Eigenleistungen, wenn sie zum Beispiel Hartz-IV-Empfänger sind. Da beißt sich meines Erachtens die Katze in den Schwanz.

Herr Rösler hat am Schluss seiner Ausführungen ein Zitat vorgetragen. Ich habe ein schönes Gegenzitat: Den Baum muss man biegen, weil er jung ist.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Scholz. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Scholze aus Bayern.

Dr. Scholze, Bayern: Lieber Herr Hoppe, ich möchte zu einem Ihrer Lieblingsthemen sprechen, nämlich der Priorisierung. Ich habe den Eindruck, dass Sie dieses Thema von oben herab ein bisschen in die Ärzteschaft hineindrücken, dass von unten her gar nicht der Bedarf dafür besteht. Inzwischen ist es für mich auch ein Lieblingsthema geworden, aber mit negativem Vorzeichen. Das möchte ich ein bisschen begründen.

Ich habe den Eindruck, dass Sie mit diesem Thema die Ärzteschaft hoffnungslos ins Abseits schießen. Ich darf Ihnen kurz drei Zitate von maßgeblichen Kreisen der Politik vorlesen. Die Union sagte: Hoppe bleibt immer nur im Abstrakten und wird auch auf Nachfrage nicht konkret. Herr Spahn sagte dazu: Da erwarte ich mir von der deutschen Ärzteschaft etwas mehr als nur Überschriften von Ärztetagen.

Herr Rösler sagte – zwar nicht heute, aber heute hat er es in ähnlicher Weise bestärkt –: Ich halte von der Diskussion über Priorisierung nichts. Eine Rangordnung medizinischer Leistungen festzulegen sei mit seinen ethischen Vorstellungen als Arzt nicht in Einklang zu bringen.

Herr Tillich hat heute Vormittag gesagt, wir Ärzte sollten unsere Zeit nicht mit Diskussionen über die Priorisierung verschwenden, es seien wichtigere Dinge zu tun.

Ich möchte Sie auf zwei für mich grundlegende Widersprüche hinweisen, die im Rahmen der Priorisierungsdebatte auftauchen. Uns wird immer wieder gesagt, Priorisierung habe nichts mit Rationierung zu tun. Auf der anderen Seite wird aber gesagt, wenn man fragt, was das Ganze soll: Wir brauchen die Priorisierung, weil anderenfalls die Kosten im Gesundheitswesen nicht gesenkt werden können. Wie kann man denn die Kosten im Gesundheitswesen senken, wenn nicht über eine Rationierung? Herr Hoppe, für mich sind Rationierung und Priorisierung zwei Seiten einer Medaille.

Ein zweiter Widerspruch ist folgender. Sie sagen immer, Sie seien gegen eine Staatsmedizin. Jetzt sind Sie aber plötzlich dafür, dass ein nationaler Gesundheitsrat dem Staat zuarbeiten soll, der Staat aber soll sagen können: Hier mache ich schnipp, schnapp. Ich denke, das ist mit unserem ärztlichen Auftrag und mit unserem ärztlichen Selbstverständnis nicht zu vereinbaren. Ich möchte, dass Ärzte darüber entscheiden, was medizinisch notwendig ist, was sinnvoll ist und was getan werden soll. Man darf aber nicht sagen: Wir machen euch einen Vorschlag, dann soll der Staat entscheiden. Das ist für mich unärztlich.

Ich möchte den Ärztetag auffordern, dass die Priorisierungsdebatte, die Gott sei Dank noch nicht so weit fortgeschritten ist, zunächst einmal hintangestellt wird und wir erst einmal schauen, wie wir unseren Laden von überflüssigen Leistungen entrümpeln, von zum Teil schädlichen Leistungen. Ich denke, damit haben wir zunächst einmal genügend zu tun. In einem zweiten Schritt kann man überlegen, wie man das weiterführt.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Scholze. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ohne dass ich ein Anhänger des Gesundheitsministers oder dessen bin, was er vertritt, muss ich ihm ein wirklich großes Kompliment machen. Er hat eine rhetorisch exzellente Rede gehalten. Damit meine ich nicht nur, dass er über einen längeren Zeitraum frei gesprochen hat, sondern ich meine auch, er hat es verstanden, dem Auditorium Dinge beizubringen, von denen man vermuten muss, dass sie das Auditorium in seiner ganzen Schärfe gar nicht verstanden hat. Das würde ich gern belegen.

Ich will jetzt nicht spekulieren, ob er mit dem dicken Patienten uns meint. Ich vermute es.

(Zuruf)

– Nein, Herr Windhorst, Sie sind schon gar nicht gemeint.

(Heiterkeit)

Ich vermute, dass er die Ärzteschaft oder das Gesundheitswesen gemeint hat.

Er hat aber auch vieles nicht gesagt, was er durchaus meint. Er hat nicht von der Kopfpauschale – oder wie er es zu benennen beliebt: von einkommensunabhängigen Beiträgen – gesprochen, er hat nur von der Solidarität geredet und dass wir den Ausgleich zwischen den ärmeren und den reicheren Menschen durch das Steuersystem herstellen müssen.

Das ist es aber nicht, was er will. Er will einen einkommensunabhängigen Beitrag haben. Das hat er nicht erwähnt. Dennoch wissen wir, was er will. Der Bambusstock, der sich nicht brechen lässt, weist ganz klar in diese Richtung.

Er hat manches auch so gesagt, dass Applaus aufkommen konnte. Er hat beispielsweise von der Verschwendung gesprochen. Wir könnten es so verstehen, dass er gemeint hat, dass die Krankenkassen Gelder verschwenden. Da würden alle sofort zustimmen. Deswegen kam auch Applaus auf.

In Wirklichkeit aber hat er gesagt: Es gibt – das hört Herr Hoppe auf einem Ärztetag überhaupt nicht gern – eine Über- und Fehlversorgung. Das meint er. Er jubelt es uns unter – und wir meinen, wir könnten ihm zustimmen. Das macht er wirklich genial.

In dem Leitantrag steht, dass der Gesundheitsmarkt ein Wachstumsmarkt ist. Ich habe zunächst einmal Bedenken gegen die Formulierung „Markt“. Wir waren uns eigentlich schon in Ulm einig, dass das Gesundheitswesen keinen Markt darstellt. Deswegen finde ich diese Formulierung nicht glücklich.

Wir geben, wie wir wissen, einen gleichbleibenden Anteil am Bruttosozialprodukt für das Gesundheitswesen aus. Dieser Anteil liegt bei 11 Prozent. Wenn wir Herrn Rösler folgen, reichen diese 11 Prozent und wir brauchen keinen höheren Marktanteil.

Wenn es für die Gesundheit der Bevölkerung notwendig wäre, wäre ich bereit, der Aussage zuzustimmen: Wir brauchen mehr Geld für das System. Das sehe ich aber nicht. Wir müssen jetzt als Erstes versuchen, die Über- und Fehlversorgung abzubauen. Dann können wir schauen, was noch an Geld übrig bleibt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Pickerodt. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Martina Wenker, die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen. Bitte.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Professor Hoppe, ich bin Ihnen ausgesprochen dankbar dafür, dass Sie heute Morgen – der Beifall hat gezeigt, wie wichtig das Thema war – zur Problematik des assistierten Suizids und der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte Stellung genommen haben. Sie haben dem ganz ausdrücklich eine Ab-

sage erteilt. Wir sehen, dass von nicht ärztlichen Berufsgruppen – beispielsweise zurzeit von Juristen – durchaus der Wunsch an uns herangetragen wird, wir sollten uns mit diesem Thema befassen. Ich ersehe mit Sorge aus einer Umfrage, dass 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sagen, im Einzelfall könnten sie sich durchaus vorstellen, assistierten Suizid zu leisten.

Ich denke, das müssen wir sehr ernst nehmen. Wir müssen spätestens auf dem nächsten Deutschen Ärztetag hier ebenso wie heute ein sehr klares Signal aussenden. Das werden wir ja auch tun, wenn wir über die Novellierung einzelner Passagen der (Muster-)Berufsordnung sprechen. Ärztinnen und Ärzte dürfen weder aktive Sterbehilfe noch Beihilfe zum Suizid leisten. Vier Gründe sprechen dafür, dass wir diesen Standpunkt nicht aufweichen sollten. Der soziale Druck auf Ältere, auf Kranke, auf Pflegebedürftige wird in Zeiten des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts zunehmen. Wir werden flächendeckende Alternativen wie die Palliativmedizin und die würdige Altenpflege nicht mehr ausreichend ausbauen. Es sind auf jeden Fall negative Auswirkungen auf das Arztbild zu erwarten. Wir leben in unserem Berufsalltag davon, dass der Patient sich sicher ist, dass wir, wenn wir an sein Krankenbett treten, helfen, heilen, Schmerzen lindern, ihm beistehen wollen, dass wir ihn aber nicht töten wollen. Schließlich wird unser ärztliches Selbstverständnis sehr beschädigt, wenn wir anders handeln. Eine einforderbare ärztliche Leistung „ärztlich assistierter Suizid“ darf es nicht geben.

(Beifall)

Das ist ein Thema, das mir, wie Sie vielleicht bemerken, persönlich sehr am Herzen liegt. Es wird in der palliativmedizinischen Therapie sicher immer Situationen geben, bei denen wir an die Grenzen unserer Möglichkeiten geraten. Dann müssen wir alle gemeinsam sehen, dass wir in solchen Situationen Lösungen finden. Dies – das wiederhole ich ganz ausdrücklich – darf weder aktive ärztliche Sterbehilfe noch eine aktive ärztliche Beihilfe zum Suizid sein.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Wenker. – Das Wort hat jetzt Frau Dr. Gitter aus Bremen. Bitte.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Rede von Herrn Rösler heute Morgen war aus meiner Sicht nicht nur inhaltlich, sondern auch kulturell ein Genuss und passte in diese wunderbare Stadt, die für mich auch ein Beispiel dafür ist, dass trotz vieler Jahre von Mangel und staatlicher Unterdrückung die individuelle kreative Entfaltung nicht unterdrückt werden kann. Wenn man den Deckel hebt und sie sich entwickeln lässt, dann kann in so kurzer Zeit das entstehen, was wir hier in Dresden erleben.

Ich glaube, genau das ist es, was Herr Rösler ein bisschen ansprechen wollte, indem er von einem Wechsel im Denken sprach. Das habe ich aus seiner Rede mitgenommen. Wir finden es ganz toll, wenn man uns Ärzten Vertrauen entgegenbringt; man kann es auch den Versicherten, den Kranken entgegenbringen, indem man sie darüber entscheiden lässt, was mit ihrem Geld passieren soll. Das hat Herr Rösler gesagt.

Er hat gleichzeitig gesagt – ich weiß nicht, warum man immer unterstellen möchte, dass er in Wirklichkeit etwas anderes meint –, dass dazu natürlich auch gehört, dass diejenigen, die das nicht leisten können, gezielt mit Solidarität unterstützt werden, und zwar nicht nach dem Gießkannenprinzip, sondern gezielt bezogen auf die Schwachen. Das hat Herr Rösler ausgeführt.

Deswegen ist es ganz wichtig, wenn es im Vorstandsantrag beispielsweise heißt, dann man Patientenselbstbeteiligungssysteme oder Kostendeckungsverfahren ausprobieren möchte. Man muss aber das Prinzip der Solidarität hochhalten. Deswegen möchten wir diesen Aspekt noch ein bisschen verstärkt haben. Wir haben einen entsprechenden Änderungs- bzw. Ergänzungsantrag zum Vorstandsantrag gestellt, damit der Aspekt der Solidarität etwas verstärkt wird. Aber im Prinzip zielt der Vorstandsantrag genau in die richtige Richtung.

Wir werden die Bürokratielast, die uns alle bedrückt, nicht beseitigen, wenn wir immer nach dem Staat rufen und etwas staatlich reglementiert haben wollen. Wir müssen endlich in die Richtung gehen, dass wir sagen: Die Betroffenen sollen selber entscheiden. Dann braucht man das nicht staatlich zu reglementieren.

Im Übrigen wird die aus meiner Sicht dringend notwendige Debatte über das Thema der Priorisierung – der Präsident hat schon angesprochen, dass man vielleicht erst einmal sortieren müsste, was begrifflich gemeint ist – einfacher, wenn man nur noch einen ganz geringen Teil wird diskutieren müssen, nämlich nur denjenigen Teil, bei dem man wirklich eine gesamtgesellschaftliche Solidarität benötigt. Den Teil, den die Individuen selber regeln können und in die Hand bekommen, braucht man dann nicht zu diskutieren. Man sollte endlich wieder den Bürger mündig werden lassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Sie werden unter diesem Tagesordnungspunkt auch einen Antrag finden, der sich mit den Bemühungen der Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern beschäftigt, ihre Arbeits- und Entgeltbedingungen zu verbessern. Geben Sie mir hier bitte Gelegenheit, ein bisschen mit der Desinformation aufzuräumen, die an dieser Stelle herrscht.

Es ist zwar richtig, dass sich die Kommunen in einer finanziell schwierigen Lage befinden. Daran ist aber in erster Linie die Steuerpolitik der Länder und des Bundes schuld, in keiner Weise unsere Forderungen, denn die Rahmenbedingungen für die kommunalen Krankenhäuser sind dieselben wie für alle anderen Arten von Krankenhäusern. Sie sind im Rest der Republik dieselben wie in Hamburg oder Berlin. Wenn es insbesondere dort, wo es den schönen Spruch gibt „So viel kein Geld wie jetzt war noch nie da“ gibt, möglich ist, mit uns Tarifverträge abzuschließen, dann, so glauben wir, muss das auch an anderer Stelle möglich sein.

Über die Arbeitsverdichtung ist schon gesprochen worden. Es ist auch schon darauf hingewiesen worden, dass die Personalkosten von 70 Prozent auf 65 Prozent und 60 Prozent zurückgegangen sind. 5 000 Stellen in Krankenhäusern in Deutschland sind unbesetzt. Allein dadurch werden ungefähr 340 bis 350 Millionen Euro im Jahr eingespart. Damit ließen sich unsere Forderungen leicht erfüllen.

Mir ist schon klar, dass das alles nicht nur in kommunalen Krankenhäusern so ist, aber eben doch zu einem wesentlichen Teil, denn schließlich gibt es von diesen viele. Wir sprechen unter dem Tagesordnungspunkt I unter anderem auch über die Frage, wie die ärztliche kurative Tätigkeit attraktiver gemacht werden kann. Wir meinen, diese Bemühungen gehören eindeutig dazu. Es kann einfach nicht sein, dass jemand, der nachts arbeitet, der sich nachts um Patienten kümmert, dafür unter dem Strich mit einem Abschlag von seinem Gehalt bestraft wird. So macht man den Beruf, insbesondere auch unter den Anforderungen der jüngeren Generationen an die Work-Life-Balance, sicher nicht attraktiver. Deswegen bitten wir Sie, auch um Unannehmlichkeiten für Patienten zu vermeiden: Schicken Sie in der Zeit des Arbeitskampfes – sie möge kurz sein – einfach elektiv keine Patienten in jene Krankenhäuser, in denen die Patienten Gefahr laufen, besonders lange warten zu müssen oder gar nicht behandelt zu werden.

Unterlaufen Sie unsere Bemühungen bitte nicht, denn am Ende werden wir alle, wenn wir erfolgreich sind, etwas davon haben, nämlich dass unser Beruf wieder etwas attraktiver wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Botzlar. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Kajdi aus dem Saarland.

Dr. Kajdi, Saarland: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte zur Priorisierung Stellung nehmen, weil ich glaube, dass dies tatsächlich das Thema ist, das heute die meisten Menschen – nicht nur Ärzte, sondern auch Patienten – beschäftigen muss.

Hier geht es zum einen um eine ethische Dimension, zum anderen um eine ökonomische Dimension. Immer dann, wenn ein neuer Begriff gewählt wird, muss man skeptisch werden. Wir haben erlebt, dass Kriegsministerien auf einmal Verteidigungsministerien genannt wurden, dass Krankenkassen auf einmal Gesundheitskas-

sen hießen. Jetzt erleben wir, dass Rationierung Priorisierung heißt. Das ist ein umso schlimmerer Tatbestand, als man sich klar werden muss, dass wir eigentlich die Verteidiger eines freien Berufs sind. Zumindest treten wir immer so auf, wenn wir Honorarforderungen stellen. Dann stellen wir uns gegenüber der Gesellschaft als diejenigen dar, die ihre Patienten verteidigen.

Wir leben in einer Demokratie, das heißt, die Patienten sind die Zahler des Systems. Sie sind diejenigen, die uns das Honorar geben. Wir vergessen, wenn wir nach Priorisierung rufen, und zwar auch noch als Selbstverwaltung, allzu leicht, dass wir von unseren Patienten abhängen und dass wir eigentlich auch für deren Freiheit eintreten müssen. Freiheit für Patienten heißt, dass sie mündige Bürger sind. Freiheit heißt, dass die Asymmetrie der Information, von der heute Morgen schon einmal die Rede war, aufgehoben werden muss. Eine Aufhebung dieser Asymmetrie der Information heißt, dass die Patienten über Leistung und Preis informiert sein müssen.

Das geschieht durch echte Rechnungen. Nur durch die Kostenerstattung, nur dadurch, dass die Patienten eine Rechnung bekommen, aufgrund deren sie Leistung und Preis nachkontrollieren können, gibt es so etwas wie eine faire Lenkung der Ressourcen durch den Patienten. Es kann nicht sein, dass der Staat zur Ressourcenlenkung aufgerufen wird, und das auch noch von Ärzten, die sich als freier Beruf definieren. Das ist lächerlich und auch ein Zeichen von Feigheit.

Ich bin eigentlich sehr enttäuscht darüber, dass wir als Vertreter von freien Ärzten so auftreten. Es gibt – und das ist das Perfide – eine Vielzahl falschen Zungenschlags in dieser Diskussion. Da gibt es die KBV, die sagt: Wir müssen mehr Qualität haben, die darüber jammert, dass es mehr Bürokratie gibt. Da gibt es das Jammern auch der Ärztekammer, dass wir zu viel Bürokratie haben. Wir selbst fordern Qualitätssicherung, verkaufen Qualitätssicherung den Kassen gegenüber und verkennen, dass wir selbst es sind, die die Zeit für die Patienten einschränken.

Zum Schluss komme ich zum Wirtschaftlichen, einem Punkt, den wir nicht vergessen sollten. Wir erleben gerade das Ende des Wohlfahrtsstaats, des Schuldenstaats. Vielleicht haben Sie schon mitbekommen, dass die Welt gerade wieder einmal mit Hunderten von Milliarden Euros und Dollars gerettet wurde. Glauben Sie denn, dass unser Honorar, das eigentlich ein politisches Honorar ist – es richtet sich nämlich nach der Haushaltslage der Politik –, auch in Zukunft noch an uns fließt? Wollen Sie auch in Zukunft nach der Politik schreien, wenn die Kassen leer sind? Nur wenn Sie die Kostenerstattung einführen und dem Patienten die Möglichkeit geben, Rechnungen zu bezahlen, eröffnen Sie den Weg, dass wir richtig Geld bekommen werden.

So viel zur ökonomischen Situation und zum Argument der Kostenerstattung.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Das Wort hat jetzt noch einmal Herr Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte nur ganz kurz Herrn Metke und Herrn Baumgärtner erwidern. Sie füllen das Gesetz aus, aber das Gesetz ist die letzte Rache von Ulla Schmidt an der

Ärzteschaft. § 73 b ist geschaffen worden, um die Ärzteschaft zu spalten. Dadurch, dass Sie ihn ausfüllen, gehen Sie Ulla Schmidt möglicherweise auf den Leim.

(Pfiffe – Beifall)

– Sie können nachher auch reden. Sie glauben doch nicht im Ernst, dass die Kassen das Geld doppelt geben, einmal an die KV und einmal an die hausärztliche Vertragsgemeinschaft. Das, was aufgrund der Selektivverträge gezahlt wird, wird ja bei den anderen abgezogen. Die Geldsumme ist begrenzt, wie schon viele Vorredner gesagt haben. Letztendlich verbleibt die Konkursmasse bei der KV.

Denken Sie bitte an das, was Herr Möhrle gesagt hat. Unsere Kollegen haben vor vielen Jahren den Kollektivvertrag errungen, um nicht mit jeder Kasse Einzelverträge abschließen zu müssen. Wenn der einzelne Arzt mit 25 Kassen über die Selektivverträge vertragliche Beziehungen hat, ist die Situation nicht mehr überschaubar.

Die einzige Alternative, die ich sehe, ist, dass wir die KVen renovieren. Das heißt, auch die KVen müssen einen Bürokratieabbau durchmachen. Herr Hoppenthaller hat die Kolleginnen und Kollegen schon angeschrieben, dass sie die Zuschläge für chronisch Kranke nicht so häufig abrechnen sollten, weil man anderenfalls budgetieren müsste. Was ist denn das anderes als die Budgetierung, die wir bereits hatten?

Mein Bruder ist Hausarzt in Sachsen-Anhalt. Er sagt: Es ist nicht mehr machbar, was jeden Tag an neuen Verträgen auftaucht. Das ist auch dem Patienten nicht zumutbar, dass sich der Arzt mit Verträgen befassen muss, sondern der Arzt soll sich mit dem Patienten befassen.

Letztendlich ist das unsolidarisch, weil man der anderen Gruppe etwas wegnimmt. Sie wissen auch: Durch die vielen Selektivverträge kommt es zu einer Abschottung der Hausärzte von den Fachärzten. Das ist der falsche Weg. Wir müssen zusammenarbeiten, denn Fachärzte und Hausärzte sitzen im selben Boot, sowohl in der Niederlassung als auch im Krankenhaus. Wir müssen gemeinsam das Beste am Patienten tun und uns nicht gegenseitig das Geld aus der Tasche ziehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Crusius. – Jetzt hat Herr Dr. Calles aus Bayern das Wort.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Entschließungsantrag des Vorstands gibt es einen Unterpunkt „Steigerung der Attraktivität ärztlicher Leistung“. Ich bin der Meinung, dass ein wesentlicher Punkt bei der Beschreibung fehlt, nämlich die soziale Stellung des Arztes in unserer Gesellschaft. In den letzten 20, 25 Jahren ist mir – und nicht nur mir – aufgefallen, dass es interessierten Kreisen gelungen ist, ein Bild der Ärzteschaft in die Öffentlichkeit zu tragen, das unerträglich ist. Die Ärzteschaft wird pauschal als Beutelschneider, als Betrüger

diffamiert. Auch ansonsten ist sie als Gruppe völlig inkompetent, ihre Arbeit leisten zu können.

Solange dieses Bild nicht geändert wird, solange diese Meinung, die sich in der Gesellschaft festgesetzt hat, nicht korrigiert werden kann, solange diese unsägliche Diffamierung eines ganzen Berufsstands nicht aufhört, wird dies ein weiterer Grund dafür sein, dass nicht genügend junge Kolleginnen und Kollegen in unserem Berufsstand nachwachsen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Calles. – Jetzt bitte Herr Kollege Rübsam-Simon aus Baden-Württemberg.

Rübsam-Simon, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die soeben gemachten Ausführungen von Herrn Crusius haben mich davon überzeugt, dass es einen gewissen Realitätsverlust hinsichtlich der Wirklichkeit in unserem Lande gibt. Die Selektivverträge sind eine Antwort auf die Kapitalisierung unseres Gesundheitswesens durch ausländisches Kapital. Wir versuchen, diesen Verlust auszugleichen. Bitte vergessen Sie nicht: Es war die Politik, die die MVZs ins Leben rief, es war die Politik, die die Integrationsversorgung aufgebaut hat, es war die Politik, die die Selektivverträge aufgebaut hat. Von diesen Realitäten müssen wir ausgehen.

Ich möchte jetzt auf den Leitantrag zu sprechen kommen. Herr Metke und Herr Baumgärtner haben bereits das Grundsätzliche gesagt. In dem Antrag steht, dass die Sicherstellung für die ambulante Versorgung grundsätzlich bei den KVen liegen soll, für die stationäre Versorgung bei den Ländern. Die Wirklichkeit sieht anders aus und sie wird sich auch nicht ändern. Ich glaube, Sie machen sich nicht klar, dass in einem Jahr circa 50 Prozent der Versorgung im hausärztlichen Bereich nicht mehr in diesem Regulationssystem enthalten sein wird. So wird es kommen.

Genau so ist es mit den Ausführungen in dem Leitantrag, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung Regionalverbünde gründen will mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesministerien, der Landeskrankenhausgesellschaft, der Landesärztekammer unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Patientenvertreter. Bitte schön, wo sind die freien Verbände, die die Selektivverträge handeln?

Dort entsteht eine neue Versorgungswirklichkeit. Sie wird gestaltet und muss zur Kenntnis genommen werden. Eigentlich müssten diese beiden Absätze ersatzlos gestrichen werden.

(Beifall)

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

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Rede des neuen Gesundheitsministers scheint ja, wenn man den Voten hier folgt, unterschiedlich aufgenommen worden zu sein. Die einen sehen eine besonders perfide Art, uns sozusagen einzulullen; andere sagen: Lasst ihn jetzt doch mal seine Gedanken entwickeln. Ich glaube, nach acht oder neun Jahren Ulla Schmidt und einem verfestigten ritualisierten Feindbild war seine Herangehensweise und seine Fähigkeit, die Probleme aus unserer Perspektive zumindest zu sehen, angenehm. Dass er unsere Meinung eins zu eins übernehmen wird, hat ja wohl niemand erwartet.

Ich nenne folgende Punkte, von denen ich glaube, dass man genau hinhören und hinsehen muss und mit ihm die Diskussion weiterführen muss. Er hat über die Versichertenprämie gesprochen. Er hat sie erklärt und mit einem Vorurteil, das wir in der Politik und auch in den Medien hören, aufgeräumt, nämlich dass nur die jetzige Beitragsaufkommensweise eine sozial gerechte sei. Sie ist inzwischen durch unendlich viele Reformen so verändert worden, dass – das hat er gut aufgezeigt – die Gerechtigkeit auf der Strecke geblieben ist. Er hat von dem Generaldirektor und der Sekretärin gesprochen. Der Generaldirektor hat sich längst aus dieser – ich nenne es einmal so – solidarischen Finanzierung verabschiedet. Das muss man zur Kenntnis nehmen. Man muss das, was der Minister sagte, sauber prüfen.

Der Minister hat über den Ärztemangel gesprochen. Er hat viele Dinge genannt, bei denen er zu diskutieren bereit ist. Ich glaube, das ist ein Angebot. Er hat nicht nur gesagt: Ihr seid schuld, die KVen müssen das regeln. Er hat sich selbst in die Verantwortung genommen.

Er hat auch einiges zur Freiberuflichkeit gesagt. Es müsste noch ausgelotet werden, wie weit er dort geht.

Meine Meinung ist, dass wir diesem Minister zunächst die Chance geben sollten, das, was er mit leisen Tönen vorgetragen hat, nicht polemisch, nicht aus einer Sicht gegen die Ärzteschaft, weiterzuentwickeln. Wir sollten im Gespräch mit ihm bleiben. Diese Chance sollten wir nicht ungenutzt lassen. Vielleicht ist es möglich, ein neues Vertrauen zu schaffen, eine Atmosphäre des Vertrauens. Ich denke, dieses Angebot sollten wir annehmen.

(Beifall)

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

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kollegen und Kolleginnen! Ich kann hier nahtlos anschließen. Wenn wir in den vergangenen Jahren für unseren Berufsstand vergeblich Vertrauen gefordert, stattdessen aber immer mehr Misstrauen erlebt haben,

müssen wir glücklich sein, dass bei diesem Minister offensichtlich eine Veränderung eingetreten ist. Wahrscheinlich ist der Grund, dass er irgendwo einer von uns ist. Ich meine, dasselbe Vertrauen sollten wir ihm entgegenbringen. Wenn wir es für uns einfordern, dann hat auch er es verdient.

Ich möchte auf eine Perspektive, die er aufgezeigt hat, eingehen. Er hat davon gesprochen, dass er sich um einen Bürokratieabbau bemühen wird. Er hat davon gesprochen, dass er die Eigenverantwortung der Patienten stärken möchte. Er hat davon gesprochen, dass eine wichtige Voraussetzung dafür das Prinzip der Solidarität ist. Er hat erklärt: Wenn das alles erreicht ist, wird es wieder Anreize geben, sich für den Arztberuf zu entscheiden.

Ich bitte Sie: Überlegen Sie das alles Punkt für Punkt. Das Kostenerstattungsprinzip würde alle diese Voraussetzungen erfüllen. Es bedeutet Bürokratieabbau, es bedeutet mehr Eigenverantwortung, es bedeutet aber auch – das möchte ich gleich erläutern – Solidarität für diejenigen, die in irgendeiner Form mit einem solchen Prinzip Schwierigkeiten hätten. Diese Schwierigkeiten kann man aber beseitigen.

Dass das Ganze ein besserer Anreiz wäre, den Arztberuf zu ergreifen, als das unselige Sachleistungsprinzip, davon können Sie alle, wenn Sie Ihre Situation betrachten, ausgehen. Das hat uns wirklich an den Rand der Leistungsfähigkeit in diesem System geführt.

Wenn über das Kostenerstattungsprinzip diskutiert wird, wird erklärt, die Patienten wären überfordert, in Kostenvorlage zu treten. Das ist ja gar nicht gemeint. Die Rechnung wird der Kasse eingereicht und von den Kassen erstattet. Dann können die Patienten den Betrag uns weitergeben. Wenn die Patienten aus irgendeinem Grund glauben, keine Rechnung in Empfang nehmen und bezahlen zu können, dann kann man auch in unserem jetzigen System auf manche Dinge verweisen, die einige nicht leisten können, wozu sie Hilfe brauchen. Diese Hilfe bieten Ärzte, Kassen und sonstige soziale Einrichtungen, die wir Gott sei Dank in unserem Lande haben, an. Das heißt, daran kann es eigentlich nicht scheitern.

Das Geld kommt nicht bei den Ärzten an, höchstens für ein Quartal. Nach einem Quartal kann man nach den Vorstellungen, die wir im Hartmannbund haben, mit den Kassen selber abrechnen. Es würde also nichts Großartiges passieren. Es muss auch nicht mehr Geld kosten.

Es gäbe eine größere Transparenz. Alle weiteren Vorteile können Sie unserem Antrag entnehmen. Ich bitte Sie herzlich, einmal zu überlegen, ob nicht die Hand, die uns Herr Rösler da reicht, ergriffen werden sollte und wir uns in diese Richtung bewegen sollten hin zu einem freiheitlichen System.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Haus, auch für die Unterstützung dieser Passage im Leitantrag. So haben wir das verstanden. – Jetzt ist der Kollege Werner aus Rheinland-Pfalz an der Reihe. Bitte schön.

Werner, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich werde mich ganz kurz fassen. Priorisierung heißt: Wir haben nur begrenzte Mittel. Das wurde uns ja schon oft gesagt. Priorisierung bedeutet allerdings auch: Wenn es immer neue Felder gibt, die zu bestellen sind, bleibt immer weniger im Topf übrig. Das hat nicht nur mit den freien Leistungen zu tun; das ist eine ganz andere Sache.

Zum Schluss hat Ulla Schmidt als Wahlgeschenk – so möchte ich das bezeichnen – viele große Felder eröffnet. Beispielsweise das Feld der Prävention. Dorthin sind die Gelder der Kassen geflossen. Die Kassen haben aber nur begrenzte Einnahmen. Wir müssen uns Gedanken machen, ob das alles so sinnvoll ist, wenn die wirklich wichtigen Dinge, nämlich die Behandlung eines akut Kranken, nicht mehr gewährleistet werden können. Ich warne davor, immer neue, wenn auch gut gemeinte Initiativen zu starten und zu verlangen, dass sie zusätzlich bezahlt werden. Dadurch werden wir die finanzielle Decke für unsere eigene Arbeit und auch für die von uns zu veranlassenden Leistungen immer weiter verkürzen. Ich bitte das zu bedenken.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Werner. – Jetzt erwarten wir Herrn Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Ausführungen von Minister Dr. Rösler haben mich beeindruckt. Sie sind logisch, sie sind vernünftig. Das, was er gesagt hat, hat Hand und Fuß. Der ärztliche Sachverstand kommt durch.

Aus meiner Sicht gibt es aber zwei Lücken. Die Kostenerstattung, die er einführen wird, hebt die Deckelung der Budgets auf. Er sagt aber auch: Es gibt nicht mehr Geld. Wer soll das Defizit verwalten? Bis jetzt sieht es so aus, als ob die Regierung involviert ist. Kommt die Kostenerstattung direkt zu den Krankenkassen, haben diese den schwarzen Peter.

Das Problem ist noch komplizierter, weil eigentlich keiner weiß, wie die Ergebnisse aus 2009 aussehen. Diese Ergebnisse erfahren wir erst im Oktober. Die Wissenschaftler wissen schon, welches Defizit – je nachdem, wer sie beauftragt hat – in diesem Jahr entstehen wird. Möglicherweise ist es relativ gering.

Unter diesen Umständen bemüht sich die Ärzteschaft, das Arzt-Patient-Verhältnis stabil zu halten und gleichzeitig die Kostenerstattung einzuführen. Welche Kammer, welche KV hat ihre Vertragsärzte gefragt: Wollt ihr die Kostenerstattung haben? Das ist ja etwas ganz Wichtiges. Es macht ja mehr Arbeit. Vielleicht würden die Vertragsärzte zustimmen. Ich habe aber davon nichts gehört.

(Zurufe)

– Ich denke, so einfach ist das nicht, dass man das einfach übernimmt.

Bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über die Kopfpauschale soll ein staatlicher Solidarausgleich stattfinden. Über dessen Finanzierung wurde in

der Rede von Dr. Rösler ebenfalls nichts gesagt. Wir haben an zwei Stellen Defizite, wissen nicht, wie wir sie ausgleichen sollen, wollen aber trotzdem entscheiden. Ich finde das dilettantisch.

(Vereinzelt Beifall)

Die für das Kostenerstattungsprinzip angeführten Gründe sind alle richtig. Auch die Selektivverträge sind richtig und notwendig, weil das KV-System die Vertragsärzte nicht ausreichend mitgenommen hat.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Michaelis. – Als nächster Redner Herr Grauduszus aus Nordrhein.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Ärzteschaft wird aufgeteilt in diejenigen, die das Kollektivvertragssystem favorisieren, und diejenigen, die das Selektivvertragssystem favorisieren. Natürlich gibt es immer mehr Kolleginnen und Kollegen, die glauben, dass – jetzt spreche ich nicht von der Kostenerstattung – das direkte Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient der richtige Weg ist. Lassen Sie mich zunächst einmal auf das Kollektiv- und das Selektivvertragssystem sowie auf das SGB V mit den §§ 73 b und 73 c eingehen.

Warum wurde das geschaffen? Warum wurde die Möglichkeit, Verträge abzuschließen, in das Gesetz aufgenommen? Angeblich geschah dies, um Wettbewerb herzustellen. Aber glauben wir das wirklich? Was ist tatsächlich geschehen? Die Politik unter Ulla Schmidt – namentlich mit Herrn Knieps – hat einen Keil zwischen die Verbände und die verfasste Körperschaft getrieben. Heute erleben wir einen gnadenlosen Kampf zwischen dem KV-System und den Protagonisten der Selektivverträge.

Was ich in Nordrhein erlebe, ist wirklich keine Erfolgsgeschichte mehr. Glauben wir denn, dass es im Selektivvertragssystem besser wird? Dass es ein Ende haben soll mit der Ideologie der Freiberuflichkeit, das wissen wir. Dass Herr Rösler das in der Kürze der Zeit nicht verhindern kann, sondern im Moment die Politik genauso fortgeführt wird, erleben wir alle. Es ändert sich ja nichts. Herr Dr. Rösler hat gesagt: Wenn es um mehr Geld geht, kann ich Ihnen nicht helfen. Wenn Kollegen vor Ort sagen, sie seien mit ihrem Honorar sehr abgestürzt, sie bräuchten Hilfe, dann kommt aus der Politik keine Unterstützung.

Das KV-System kann sich nicht mehr retten. Das Selektivvertragssystem macht groß Werbung. Aber letztendlich geht es nur um eines: uns in das Angestelltenverhältnis zu treiben, um dann zunächst zu verstaatlichen. Das war vielleicht eine Idee. Dahinter stehen Konzerne, die Geschäfte machen wollen mit der Versorgung, die wir realisieren. Dann haben wir gar kein Vertragsverhältnis mehr mit unseren Patienten, sondern nur noch mit unserem Geschäftsführer.

Deshalb appelliere ich an Sie: Denken Sie darüber nach. Wir sind im Arzt-Patient-Verhältnis dem Patienten verpflichtet, nicht der Obrigkeit, nicht dem System. Wir geraten aber in immer engere Verträge, die uns abhängig machen, die uns vorschrei-

ben, welche Medikamente wir zu verordnen haben, wann wir bereitzustehen haben, wie lange die Patienten warten müssen. Da werden 30 Minuten Wartezeit in die Verträge hineingeschrieben. Hinterher wird behauptet: Das braucht ihr ja nicht einzuhalten.

Meine Damen und Herren, das kann doch nicht wahr sein! Solche Verträge lehne ich ab. Ich glaube, ich kann in den nächsten Jahren als Arzt meinen Patienten nur noch im direkten Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient gerecht werden. Dafür braucht man ein anderes Erstattungssystem. Das nennt man landläufig Kostenerstattung. Arzt und Patient können entscheiden, ob der Betrag direkt zwischen Patient und Arzt fließt oder über eine Abrechnungsgesellschaft. Dann sind solche Argumente wie diejenigen, der Patient könne sich die Leistung nicht erlauben, es werde eine sehr hohe Hürde geben, zum Arzt zu gehen, als Unsinn entlarvt.

Damit unser Berufsstand seine Freiberuflichkeit erhalten kann, brauchen wir wirtschaftliche Unabhängigkeit und Unabhängigkeit von Kostenträgern und Obrigkeit.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Grauduszus. – Jetzt kommt Herr Kollege Clever aus Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Baden-Württemberg: Sehr verehrter Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Anders als bei der Schweinegrippe hat aus meiner Sicht die Ärzteschaft beim Thema Landarzt pressemäßig und öffentlichkeitswirksam unisono geantwortet. Es wurde erklärt: Die höheren Studentenzahlen lösen das Problem nicht, sondern es fehlen bessere Arbeitsbedingungen. Das greift der Vorstand in seinem Entschließungsantrag zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen auf. Es geht aber nicht nur um ländliche Regionen, sondern auch um Stadtteile, um nicht so privilegierte Stadtteile. In unserem beschaulichen Freiburg haben wir einen Ostteil und einen Westteil, die total unterschiedliche Arztdichten aufweisen.

Ich weiß, dass die Kolleginnen und Kollegen in den ärmeren Bezirken ihre Praxis wegen fehlender Privatpatienten, wegen fehlender individueller Gesundheitsleistungen kaum noch verkaufen können. Das ist ein großes Problem.

Der Vorstand wendet sich in seinem Entschließungsantrag im Blick auf mögliche Lösungen gegen die Übernahme des Sicherstellungsauftrags für die ambulante Versorgung durch das Landesministerium. So weit, so gut. Der Sicherstellungsauftrag soll bei der KV bleiben. Das finde ich sehr gut. Die Sicherstellung der stationären Versorgung soll weiterhin bei den Ländern liegen. Auch das ist in Ordnung.

Dann aber kennen wir beispielsweise den Begriff „transsektorale populationsbezogene Betrachtungsweise“. Hier wurden schon die Regionalverbünde angesprochen, also KBV, Vertreter der KV, des Landesministeriums, der Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer, der Krankenkassen und der Patienten. Ich bin mir nicht sicher, ob

wir das wirklich stemmen können, sodass der Stadtteilarzt oder der Landarzt durch eine solche Konstruktion bessere Arbeitsbedingungen erhält.

Ferner ist in dem Entschließungsantrag die Rede von Bedarfsanalysen mithilfe von Abrechnungsdaten, Routinedaten. Zwar wird erklärt, dass der Datenschutz beachtet werden muss, aber es wird nicht ausgeführt, wie das im Einzelnen realisiert werden soll. Das halte ich für eine schwierige und kritische Angelegenheit.

Ferner kommt in dem Leitantrag der Begriff „Qualitätsreporting“ vor. Es wird erklärt, das Institut dafür sei noch lange nicht geschaffen. Ferner finden wir Begriffe wie „evidenzbasierte Versorgungssteuerung“ und „sektorenübergreifende Qualitätssicherung“. Das sind Begriffe, die mir sehr verdächtig sind. Ich möchte Sie dazu auffordern, diesen Teil entweder ein bisschen zu kürzen oder ganz zurückzuziehen und vor allem neu zu überarbeiten.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Clever. – Jetzt kommt Herr Veelken aus Berlin. Bitte schön.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist vielleicht unmodern, aber ich möchte doch ein bisschen dem Sachleistungsprinzip das Wort reden. Frau Haus, ich glaube, dass man zweifellos das Kostenerstattungsprinzip organisieren kann. Ich glaube auch nicht, dass es sehr viel komplizierter ist als das Sachleistungsprinzip. Es mag sogar Bürokratie abbauen.

(Vereinzelt Beifall)

– Jetzt bekomme ich auch noch Beifall von der falschen Seite.

Ich mache mir ein bisschen Sorgen um den – überhöht ausgedrückt – sozialen Frieden. Wenn wir Rechnungen schreiben, in denen die Leistungen aufgeführt sind, die die Patienten erhalten haben, werden wir in der Gesellschaft nicht die Haltung vermeiden können: Der hat für diese hohe Rechnung viel weniger eingezahlt als ich! Das will hier niemand; da bin ich mir sicher. Das wird aber mit Sicherheit geschehen.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass das Sachleistungsprinzip auch ein Solidarisierungsmittel ist. Wenn gilt, dass jeder die Leistung erhält, die er braucht und die notwendig ist, und zwar unabhängig von seinem Vermögen, braucht man über Rechnungen nicht mehr zu reden.

Es wurde erklärt: Ich bekomme nur 3 Euro, um die alte Dame im Altenheim zu besuchen. Das ist natürlich ein Skandal; das verstehe sogar ich. Aber glauben Sie denn im Ernst, dass Sie Ihre betriebswirtschaftlich errechneten Kosten auf die Dauer erstattet bekommen? Das wird nie im Leben geschehen, sondern das wird heruntergerechnet, wie das im Krankenhaus bei den Fallpauschalen auch geschieht. Ihre betriebswirtschaftlich durchgerechneten Kosten werden Sie nicht erstattet bekommen.

Das mag am Anfang noch geschehen, bis das alte System kaputt ist. Dann wird es Ihnen heruntergerechnet. Sie werden wiederum mit Ihrem Geld auf keinen Fall auskommen.

Ich möchte zurückkommen auf die kleine rhetorische Volte von Herrn Rösler, als er von dem Generaldirektor und seiner Sekretärin sprach. Wir alle haben dieses Bild noch im Kopf. Er sagte: Der Generaldirektor hat sich längst herausgekauft, denn er liegt über der Beitragsbemessungsgrenze; der Ausgleich findet schon gar nicht mehr statt. Ich bin, weil ich mich dem Solidaritätsprinzip verpflichtet fühle, nach wie vor freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

Ein anderer Weg des Ausgleichs könnte eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sein. Dann ist der Generaldirektor wieder im System. Das ist total unmodern, wie mir klar ist. Dann hätte man die Leute mit einem Beitrag im Boot, der gebrauchsorientiert ist, der nur für die Gesundheit verwendet werden kann. Da muss man nicht schauen, dass man das Geld aus irgendeinem Steuertopf erhält, sondern man hätte einen fachgebundenen Beitrag auch des Generaldirektors im Gesundheitssystem. Ich sehe überhaupt nicht, warum das weniger solidarisch sein soll. Es ist sogar deutlich einfacher, weil es sachgebunden ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Veelken. – Jetzt kommt Herr Kollege Schuss aus Baden-Württemberg.

Dr. Schuss, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Mich verwundert es ein bisschen, dass man dem Charme des Ministers so unkritisch erliegt. Das mag nach acht Jahren Ulla Schmidt noch angehen. Man sollte diese Rede genau analysieren. Ich habe etwas über das Frauenbild erfahren, er hat auch etwas darüber gesagt, wie man mit seiner Sekretärin umgeht und wie man sich versichern soll – alles redundante Sprüche, die charmant vorgetragen wurden.

Je mehr Zeit seit der Rede vergeht, je sorgfältiger man sie analysiert, desto mehr fällt einem auf, dass in unseren Ärztetag die amerikanische Politikerrhetorik Einzug gehalten hat. Man will Everybody's Darling sein, man ist charming. Wenn sich Herr Rösler als Gesundheits-Obama vorstellt, sehe ich darin noch nicht den Beginn eines neuen Zeitalters. Ich warne vor einem allzu unkritischen Umgang mit diesem Herrn.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ein schwerblütiger Westfale muss schon sehr gereizt sein, wenn er hier heraufkommt. Ich wende mich gegen das Ärgernis, das ich in der Person des Kollegen Crusius sehe. Er hat hier wieder die Einheitsmelodie abgespielt: mit einer Stimme sprechen, zusammenrücken, wir sitzen alle in einem Boot.

Herr Crusius, ich höre diese Melodie seit 38 Jahren auf dem Ärztetag, dem Hoffest der deutschen Ärzteschaft.

(Vereinzelt Beifall)

Ich habe es vor 30 Jahren gehört, vor 25 Jahren, vor 20 Jahren, vor 15 Jahren, vor 10 Jahren, vor 5 Jahren – immer dieselbe Melodie. Vor lauter Zusammenrücken habe ich schon blaue Flecken an den Schultern.

(Heiterkeit)

Und dann diese Verschwörungstheorie! Ich habe es mir aufgeschrieben: Das Gesetz – gemeint ist § 73 b – ist die letzte Rache von Ulla Schmidt. Was sollen solche Verschwörungstheorien, die unser Verhältnis zur Politik nur vergiften können? Herr Crusius, das ist für mich schon ein Ärgernis.

Wir lesen etwas von dem frühzeitigen Heranführen der Medizinstudierenden, es werden Forderungen an die Fakultäten ausgesprochen. Da hat unser Präsident Windhorst gerade seine blauen Flecken hinsichtlich der Fakultät in Münster bekommen. Dort sieht das frühzeitige Heranführen so aus, dass sie Schauspieler, Mimen verpflichten, um Krankheiten zu dokumentieren und zu zeigen. Ringsherum befindet sich schöne grüne Weide. Da brandet die Pathologie des Alltags, aber sie wird nicht genutzt. So ist das in Münster. Der Baum der Medizin wird an der Wurzel immer kahler, während er in den Fakultäten exotische Blüten treibt.

Ich denke, wir sollten nicht nur ein Papierschwert einsetzen und einen Antrag abstimmen, sondern auch Instrumente der Kammer – Herr Windhorst, Sie auch – gegen die Fakultäten einsetzen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Massing. – Jetzt kommt Herr Hartmann aus Westfalen-Lippe.

Dr. Hartmann, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen! Herr Kollege Möhrle hat heute als frischgebackener Träger der Paracelsus-Medaille die innerärztliche Geschlossenheit und die Solidarität der Ärzteschaft angemahnt. Ich glaube, es kann kein Zweifel daran bestehen, dass wir dem alle zustimmen. Er hat aber in diesem Zusammenhang die Selektivverträge als, wenn ich es richtig in Erinnerung habe, Spaltpilz bezeichnet. Nun sind diese Verträge aber nicht vom Himmel gefallen, sondern sie haben eine Vorgeschichte.

Sie sind das Ergebnis einer Gegenstrategie gegen den Vorwurf aus den Reihen der Politik hinsichtlich Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Am Anfang standen Strukturverträge, Modellvorhaben und IV-Verträge. Ich kann mich erinnern: Als wir den ersten Strukturvertrag Diabetes mellitus Typ II in Westfalen-Lippe unterzeichneten, war das so etwas wie ein Befreiungsschlag; der Deckel wurde durch diese Form der Versorgungsmöglichkeiten cribriform. Sie erinnern sich, dass wir noch immer unter einer gedeckelten Gesamtvergütung leben. Die Politik hat uns mit den Selektivverträgen – da schließe ich natürlich die IV-Verträge mit ein, von denen es inzwischen eine ganze Menge gibt; wir haben es also mit einer Vielzahl von „Spaltpilzen“ zu tun, was nicht sein kann – neue Gestaltungsmöglichkeiten zur wohnortnahen und auch sektorübergreifenden Versorgung an die Hand gegeben.

Ich erinnere daran: Die Teilnahme ist für Ärzte wie für Versicherte freiwillig. Die Selektivverträge, insbesondere die Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung, sind – davon bin ich fest überzeugt – ein Programm gegen den Hausarztmangel. Sie sind ein wichtiger Beitrag, eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung und Sicherung der ambulanten wohnortnahen Versorgung und damit zur Stützung des Systems überhaupt.

Die Entwicklung von darauf fußenden Versorgungsverträgen in enger Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten ist alles andere als ein Spaltpilz. Wir sollten sie begrüßen als willkommenen Beitrag zur Förderung der innerärztlichen Solidarität und für den Erhalt der Freiberuflichkeit.

Der Minister hat heute Morgen, wenn ich es richtig behalten habe, gesagt, dass sich die Freiberuflichkeit des Arztes daran zu orientieren hat, dass die medizinisch-therapeutische Entscheidung unabhängig zu sein hat von betriebswirtschaftlichen Überlegungen. Jetzt schauen Sie bitte einmal – da spreche ich ganz besonders die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen an –, nach welchen Kriterien Sie im Moment in diesem System, im Kollektivvertragssystem, Ihre medizinischen Entscheidungen treffen. Ich habe das Gefühl: Das sind durchaus auch betriebswirtschaftliche Überlegungen.

Im Übrigen würde ich es begrüßen, wenn der Entschließungsantrag des Vorstands einen Passus zur Sicherung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung enthielte. Mir ist nämlich aufgefallen, dass in dem Entschließungsantrag das Wort „Hausarzt“ kein einziges Mal vorkommt.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich würde ja gerne zustimmen, wenn ich höre, dass man durch Selektivverträge eine Optimierung betriebswirtschaftlicher Größen erkennen kann. Aber das kann ich überhaupt nicht erkennen. Selektivverträge selektieren, das heißt,

sie spalten, und zwar nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die Patienten. Insofern muss ich meinem Präsidenten Crusius durchaus zustimmen, wenn er sagt – Herr Massing hat ja darauf hingewiesen, dass das seit über 30 Jahren ein Thema auf Deutschen Ärztetagen ist –, dass sich die Ärzteschaft möglichst nicht spalten lassen sollte. Wenn wir gespalten sind, haben wir kaum noch eine Stimme, die gehört wird.

Aber deshalb habe ich mich eigentlich nicht zu Wort gemeldet, sondern ich möchte zum Ausdruck bringen, dass ich mit den Worten von Minister Rösler sehr gut übereinstimmen kann. Ich finde, er hat uns in vieler Hinsicht aus dem Herzen gesprochen. Nehmen Sie nur das Beispiel der Freiberuflichkeit. Wir haben doch immer gefordert, dass sich die Freiberuflichkeit nicht daran festmacht, ob man angestellt oder niedergelassen ist, sondern daran, dass man frei darüber entscheiden kann, wie man handelt, vor allen Dingen frei von betriebswirtschaftlichen Größen.

Das Entscheidende ist in meinen Augen: In vielen Krankenhäusern, aber auch in der Praxis wird der Patient mehr und mehr zu einer betriebswirtschaftlichen Größe. Das kann es ja nun wirklich nicht sein.

Gut gefallen hat mir auch, dass er die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht am Beitrag festmacht, sondern am Eintreten der Starken für die Schwachen. Ich kann überhaupt nicht begreifen, warum der Begriff „Kopfpauschale“ so verteufelt wird. Gut, es ist vielleicht ein ideologisch belasteter Begriff, genauso wie der Begriff „Feminisierung“, von dem Herr Rösler gesagt hat, dass er diesen Begriff doof findet. Auch ich finde ihn doof. Auch der Begriff der Priorisierung ist ideologisch belastet.

Das Risiko, krank zu werden, ist für jeden Menschen gleich. Es ist überhaupt keine Solidarität herzustellen, indem man das Einkommen besteuert oder gar den Unternehmer dazu zwingt, anhand der Lohnsumme in seinem Betrieb Geld ins System zu geben.

Es ist doch viel sinnvoller, das Ganze über Steuermittel zu regulieren. Man kann dafür durchaus auch die Unternehmer ins Boot holen, aber nicht anhand der Lohnsumme, denn das macht die Arbeit teuer, sondern eher anhand des Umsatzes, also einer steuerlich relevanten Größe. Hier eröffnen sich durchaus Wege, die man beschreiten kann. Man muss nur die ideologischen Barrieren einreißen, die vorhanden sind.

Schließlich eine Bemerkung zu den Dicken, die er durchaus als allegorisches Bild benutzt hat. Ich glaube, auch dieses Bild müssen wir uns gefallen lassen. Die Dicken sind nicht wir, die Ärzte, auch nicht die Patienten, sondern mit den Dicken ist das System des Gesundheitswesens gemeint. Diesem System fällt es durchaus schwer, auf Nahrung – sprich: auf Geld – zu verzichten. Auch das sollten wir hinterfragen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schimanke. – Als nächster Redner Herr Kollege Benninger aus Baden-Württemberg.

PD Dr. Benninger, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf einen kleinen Teilaspekt, der auch auf Seite 2 des Antrags I erwähnt ist, lenken. Es dreht sich um delegationsfähige ärztliche Leistungen der Praxisassistenten. Der Begriff der delegationsfähigen ärztlichen Leistung bedarf meiner Meinung nach einer weiteren Diskussion. Es muss geklärt werden, was damit gemeint ist. Der Minister hat sich explizit gegen eine Zweiteilung des Studiums Bachelor/Master ausgesprochen. Auf der anderen Seite haben wir in Baden-Württemberg jetzt einen Modellstudiengang. Er ist an der dualen Hochschule in Karlsruhe aus der Taufe gehoben worden. In einem dreijährigen Studiengang wird für Pflegekräfte ein Arztassistent aus der Taufe gehoben. Dieser Arztassistent soll den Arzt entlasten. Er soll unter anderem die Anamnese erheben, er soll Therapiepläne machen. Das sind ganz zentrale ärztliche und nur ärztlich zu erbringende Leistungen, die explizit nicht delegationsfähig sind. Hier wird sozusagen ein Arzt light, ein Bachelor aus der Taufe gehoben, auf einem ganz anderen Weg, mit dem – das unterstelle ich einmal – die Politik beabsichtigt, dem Arztmangel entgegenzuwirken.

Ich bitte Sie, Ihre Aufmerksamkeit diesem Problem zuzuwenden. Es kann nicht sein, dass zentrale ärztliche Leistungen in irgendeiner abgewandelten Form zu anderen Berufsgruppen verlagert werden, die beispielsweise zwischen Pflege und Arzt etabliert werden. Ich bitte Sie, sich hiermit noch einmal intensiv zu beschäftigen.

Danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt folgt Herr Kollege Dietsche aus Baden-Württemberg.

Dr. Dietsche, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Hausarztmangel ist ein Schlagwort, das in den letzten Wochen in aller Munde ist, das in den Presseveröffentlichungen ständig vorkommt und vom Ministerium entsprechend erkannt wird. Es ist sicher ein zentrales Problem. Mir wurde heute berichtet, im Frühstücksfernsehen sei gemeldet worden, der Deutsche Ärztetag befasse sich mit einer Verbesserung der hausärztlichen Honorierung. Das wäre ja schön, aber in dieser Richtung habe ich bisher noch nichts gehört.

Ich möchte auf den Vorstandsantrag eingehen. Dort heißt es im letzten Absatz auf Seite 1:

> *Die bereits jetzt schon bestehende Unterversorgung in ländlichen Regionen betrifft insbesondere ältere, chronisch und mehrfach erkrankte Patienten und wird sich in den kommenden Jahren dramatisch verschärfen …*

Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Es ist lediglich die Frage zu stellen: Wer versorgt dieses Patientenklientel in den ländlichen Regionen schwerpunktmäßig? Das sind wohl ohne Zweifel die Hausärztinnen und Hausärzte.

Es fällt auf, dass im Antrag I, das wurde vorhin bereits erwähnt, das Wort „Hausarzt“ nicht ein einziges Mal vorkommt. Ich denke also, dass es Sinn macht, da nachzubessern.

Die Frage, die in letzter Zeit überhaupt nicht gestellt wurde, auch in diesem Antrag nicht, lautet: Warum gibt es eigentlich einen Hausärztemangel? Warum gab es vor 20 Jahren genügend Hausärzte? Warum gibt es heute einen Hausärztemangel? Ich denke, das ist ein wichtiger Schlüssel, um für dieses Problem eine Lösung zu finden.

Da gibt es eine ganz einfache Antwort: Die Honorarpolitik des KV-Systems der letzten 20 Jahre hat dazu geführt, dass mittlerweile sich keine junge Kollegin und kein junger Kollege mehr auf dem Land niederlassen will. So einfach ist die Welt!

(Beifall)

Damit kommen wir zu der Frage: Wie können wir diesen drohenden Mangel zeitnah und attraktiv bekämpfen? Ich finde die in dem Antrag enthaltenen Vorschläge sehr gehaltvoll: Wir bekämpfen den Ärztemangel, indem wir die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und die Arbeitsbedingungen in der Praxis im Rahmen der Selektivverträge schnell, nachhaltig und sehr drastisch verbessern. Das ist einer der Lösungswege, um dem Hausarztmangel kurzfristig zu begegnen.

Schließlich noch ein Wort zu Herrn Crusius. Auch wenn er gestern bei der KBV brav mitgeschrieben hat, so sind die Behauptungen, die dort aufgestellt wurden, heute auch nicht wahrer.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Dietsche. – Als geladener Gast ist Herr David Herr vom bmvd zu uns gekommen. Ich darf ihm das Wort erteilen. Bitte schön, Herr Kollege Herr.

Herr, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Plenum! Ich möchte aus der Sicht der Medizinstudenten kurz zum zweiten Absatz im Entschließungsantrag des Vorstands unter der Überschrift „Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit“ Stellung nehmen. Dort heißt es:

> *Ein frühzeitigeres Heranführen der Medizinstudierenden an den Versorgungsalltag ist eine erfolgversprechendere Maßnahme gegen den Ärztemangel in Klinik und Praxis als die etwaige Abschaffung des Numerus clausus oder die Einführung einer „Landarztquote“.*

Das möchten wir als Medizinstudierende ganz entschieden unterstreichen. Wir bedanken uns für diesen Absatz. Ich möchte kurz darauf eingehen, warum.

Zunächst einmal ist es aus unserer Sicht genauso zentral, dieses Thema jetzt anzugehen. Wir bedanken uns und sind jederzeit an Bord, wenn es darum geht, dieses essentielle Thema der flächendeckenden Versorgung anzugehen.

Ich möchte hinzufügen, dass es gegen dieses Verquicken des Zulassungsverfahrens mit dem Ärztemangel und der Landarztquote jeweils einstimmige Voten aller Fachschaften in Deutschland gibt. Bei der Landarztquote sind alle Fachschaften der Meinung, dass es zu früh ist, sich elf Jahre zuvor festzulegen. Hinzu kommen Bedenken, ob es nicht doch möglich ist, dass, wie hier schon geäußert wurde, hinterher gesagt wird, doch nicht die landärztliche Tätigkeit wahrnehmen zu wollen.

Wir wissen, dass es Leute gibt, die sehr viel Geld investieren, um im Ausland studieren zu können. Das ist auch völlig in Ordnung. Die Frage lautet allerdings: Was ist, wenn diese Leute in Kauf nehmen, trotz einer Strafe in anderen Bereichen tätig zu werden? Wir hätten dann eine starke Differenzierung nach den finanziellen Möglichkeiten. Dann würde das gesteckte Ziel gar nicht erreicht.

Hinzu kommen Bedenken: Was ist mit anderen Fächern? Es gibt andere Bereiche der kurativen Medizin, bei denen ein Mangel existiert bzw. in absehbarer Zeit existieren wird. Wie gehen wir damit um? Wollen wir irgendwann das Medizinstudium komplett durchquotieren? Das liegt nicht im Interesse der Sache. Deswegen sind die Fachschaften gegen diese Maßnahme.

Ähnliches gilt für die bedarfsorientierte Umgestaltung des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium. Wir wissen, dass ein guter, menschlich integrer und kompetenter Arzt nicht durch die Schulnoten bestimmt wird. Hier besteht ein vollständiger Konsens. Die Frage lautet: Wie kann man dennoch gut selektieren? Alle Fachschaften sind der Meinung, das möglichst von der Debatte über Auswahlgespräche und Numerus clausus zu trennen, weil es große Vorbehalte gibt, ob man mit einem Assessment-System eine gute Selektion vornehmen kann.

Selbst wenn es attraktiv erscheint, über diese Verfahren gezielt einen Landarztnachwuchs zu akquirieren, muss bedacht werden, dass es bei Auswahlgesprächen häufig dazu kommt, dass es zu einer sozialen Selektion im Sinne einer Auswahl bestimmter Bevölkerungsschichten kommt. Zum anderen gibt es das Problem, dass diejenigen, die auswählen, sich gar nicht unbedingt mit dem Personenkreis decken, den wir nachher sozusagen akquirieren wollen, denn in den Kommissionen sitzen natürlich forschungsorientierte Professoren, die eine unglaublich wichtige Rolle für die Universitäten spielen. Es ist aber die Frage, ob Interessenkonflikte entstehen, wenn wir damit ein politisches Ziel verknüpfen.

Wir wollen dringend unterstützen, was im Vorstandsantrag steht, nämlich dass wir frühzeitige Maßnahmen zur Heranführung brauchen. Ebenso wie die Ärzteschaft immer auf Freiheit pocht, ist es uns wichtig, dass wir ein möglichst freiheitliches Medizinstudium haben, also möglichst ohne Pflichtmaßnahmen. Das bedeutet beispielsweise: bitte keine PJ-Pflichtquartale; das kommt schlecht an, ist eher schädlich für die Erreichung des Ziels, fürchten wir nach allen bisherigen Rücksprachen in dieser Beziehung.

(Vereinzelt Beifall)

Wir wollen stattdessen gute Angebote. Wir haben heute schon gute Vorschläge gehört im Sinne einer Akademisierung und einer Ausweitung der akademischen Allgemeinmedizin an den Universitäten. Das sind gute Ansätze.

Wir sind optimistisch: Wenn wir in diesem freiheitlichen Sinne ohne zusätzliche Pflichtmaßnahmen die Allgemeinmedizin und die Landarzttätigkeit in den Universitäten präsent machen, werden diese guten Angebote von alleine angenommen werden. Wir werden gemeinsam den Weg beschreiten können, gemeinsam einen Hebel zu entwickeln, wie wir dieses Gebiet wieder attraktiv machen können und dann das Ziel kooperativ erreichen, ohne das Medizinstudium weiter zu belasten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für Ihren Beitrag. – Das Wort hat jetzt Herr Kollege Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich am Anfang sagen: Ich bin dem Kollegen Möhrle für seine Worte während der Eröffnungsveranstaltung sehr dankbar, weil er auf einen ganz wichtigen Punkt hingewiesen hat. Darauf will ich noch zurückkommen.

Hohes Präsidium, ich habe die bisherige Diskussion sehr sorgfältig verfolgt und immer wieder im Vorstandsantrag nachgelesen. Ich habe dabei unter anderem dokumentiert: 35 Minuten nach Beginn dieses Ärztetages waren wir bei dem Thema angelangt, von dem viele gesagt haben, darüber wollten wir uns nicht unterhalten. Gemeint war das Geld. Wenn ich den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer lese, bin ich überrascht – das sage ich als Klinikarzt ganz deutlich –, dass der Begriff Krankenhaus oder gar Krankenhausärzte in diesem Antrag nur dreimal vorkommt.

Ich möchte Sie an Folgendes erinnern: Wenn Sie sich die Statistik der Bundesärztekammer anschauen, sehen Sie, dass immerhin 153 000 Ärzte im stationären Bereich arbeiten und 138 000 im ambulanten Bereich. Ich will hier keine Gegensätze aufbauen, will aber sagen, dass der Tagesordnungspunkt I „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ erschreckenderweise die Situation der Krankenhausärzte und der Krankenhäuser, in denen diese Ärzte arbeiten, nur am Rande behandelt.

(Vereinzelt Beifall)

Auf Seite 4 dieses sechsseitigen Antrags könnte man immerhin acht Zeilen unter dem Aspekt einer Steigerung der Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit subsumieren. Da könnte man vielleicht einen Bezug zur stationären Tätigkeit feststellen. Ansonsten finden unter dem Aspekt der ärztlichen Berufspolitik das Krankenhaus und die dort tätigen Ärzte erschreckend wenig Berücksichtigung.

Ich bin – das will ich noch einmal sagen – Herrn Möhrle für seine Ausführungen dankbar, weil ich seinen Beitrag so verstanden habe, dass wir eine ganz vorrangige

Aufgabe haben, die unabhängig ist von Markt, Ökonomie, Wettbewerb und Gewinnmaximierung: Wir haben Patienten zu versorgen.

Natürlich war die Charmeoffensive unseres Gesundheitsministers schön, gut, bezeichnend. Aber wir dürfen eines nicht vergessen: Für ihn und die Partei, die er vertritt, stehen Markt, Wettbewerb und Ökonomie ganz im Vordergrund. Das gilt auch für die Kliniken.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie uns auf diesem Ärztetag auch noch einen kurzen Blick auf die Kernaufgaben unserer Tätigkeit richten und nicht nur auf die landläufigen Begriffe von Markt, Ökonomie und Wettbewerb.

Unter diesem Aspekt, Herr Präsident, bin ich etwas enttäuscht über Ihren Antrag, auch wenn er sechs Seiten lang ist. Er hat wichtige Bestandteile unserer Tätigkeit schlicht und ergreifend nicht beachtet.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Aber für manches gibt es ja auch den Marburger Bund. – Jetzt bitte Herr Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auch noch einige Worte zum Vorstandsantrag zu Tagesordnungspunkt I sagen. Zum einen haben Kollegen kritisiert, dass nicht wie in der Vergangenheit der Vorstandsantrag einige Tage vorher zugeschickt wurde. Es bestand allerdings die Möglichkeit, ihn elektronisch einzusehen. Das war natürlich auch eine Innovation. Viele haben diesen Antrag erst heute zur Kenntnis genommen. Ich denke, für eine sachgerechte Vorbereitung auf einen sechsseitigen Antrag wäre es besser gewesen, den Antrag entsprechend früher zu kommunizieren.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte noch zu einzelnen Punkten Stellung nehmen. Ich habe eingangs ausgeführt, dass die Handschrift der KBV und entsprechende Planungsaktivitäten unverkennbar sind. Ich denke, der Deutsche Ärztetag sollte an dieser Stelle aufpassen, dass er sich nicht zum Instrument von Planungsexperten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung macht.

(Beifall)

Die Versorgung in ländlichen Regionen soll verbessert werden. Dabei ist zu ergänzen, dass wir heute sogar auch in Ballungsräumen und Großstädten große Probleme haben. In Essen gibt es Stadtteile mit 80 000 Einwohnern und einem einzigen Facharzt, beispielsweise einem Dermatologen. Ärztemangel und Unterversorgung sind also in nicht ländlichen Gebieten durchaus ein regionales Thema.

Es sollen nun Planungsbehörden auf Landesebene mit den Kommunen kooperieren, um die Versorgung zu verbessern. Jede Kommune möchte natürlich so viele Ärzte wie möglich haben. Ich frage mich, wie das gehen soll, dass die eine Kommune zugunsten der anderen verzichtet.

Die Unterversorgung soll auch durch eine bessere Vernetzung beseitigt werden. Das hören wir immer wieder gern. Durch eine bessere Vernetzung lässt sich am Ende der Ärztemangel auch nicht beheben.

Der Aktionsradius der niedergelassenen Ärzte soll vergrößert werden. Ich glaube, gerade die niedergelassenen Ärzte, gerade auch die Hausärzte im ländlichen Bereich, haben bereits heute ganz große Probleme, ihre Patienten zu versorgen. Von den Notdienstproblemen will ich an dieser Stelle gar nicht sprechen. Die Ausweitung des Aktionsradius durch Delegation ist sicherlich auch keine Möglichkeit, um den Ärztemangel zu beheben, Kolleginnen und Kollegen.

Es soll eine transsexuale populationsbezogene Betrachtungsweise bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eingeführt werden. Es sollen Regionalverbünde aus allen möglichen Körperschaften, Behörden und Verbänden geschaffen werden, einschließlich der Landesministerien.

An dieser Stelle frage ich mich: Wo bleibt da eigentlich die Freiberuflichkeit?

(Beifall)

Wir sollten uns auch nicht durch eine kritiklose Übernahme populationsbezogener Koordinaten der Versorgungsplanung und eine sektorenübergreifende morbiditätsorientierte Bedarfsanalyse zu Handlangern von Gesundheitsökonomen machen lassen. Ich denke, das ist ein Punkt, der ganz kritisch zu sehen ist.

Ich schlage deshalb vor – wir werden das auch beantragen –, diesen Antrag zur Überarbeitung an den Vorstand der Bundesärztekammer zurückzuüberweisen und den Antrag dann eventuell zu einem späteren Zeitpunkt zur Beschlussfassung vorzulegen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Frau Kollegin Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich sowohl auf die Reden unseres Präsidenten und von Herrn Rösler als auch auf den Antrag I-01 beziehen. Ich möchte einen Aspekt hervorheben, der aus psychosomatischer Sicht nicht unwidersprochen bleiben kann. Es geht um die sogenannte Eigenverantwortlichkeit der Patienten als Basis für die favorisierten Wahltarife und sozialverträgliche Selbstbehalttarife. Diese Idee der Eigenverantwortung basiert aus unserer Sicht auf einem vereinfachten ver-

haltenstherapeutischen Modell, das sowohl psychoanalytischem Grundwissen als auch neuen neurobiologischen Erkenntnissen widerspricht, wonach die Menschen ihr Verhalten nicht ausschließlich auf eine bewusste rationale Ebene gründen, sondern vielmehr andere Bereiche des unteren limbischen Systems eine große Rolle spielen, die auf diese Art und Weise nicht erreicht werden.

Ich möchte darauf hinweisen, dass es neben dieser bewussten Ebene andere Ebenen gibt, die sehr wohl im Rahmen der bereits erwähnten Wichtigkeit der Arzt-Patient-Beziehung Berücksichtigung finden müssen.

Ich habe mich sehr gefreut, Herr Hoppe, dass Sie heute Morgen darauf hingewiesen haben, dass es nicht sinnvoll ist, nur auf die vordergründigen Symptome, nämlich Suizidalität, hinzuweisen, sondern dass geschaut werden muss, was dahintersteckt, nämlich die Depressivität.

Ich möchte diesen Aspekt ein bisschen kritisieren und zu einer vertieften Betrachtungsweise anregen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Rothe-Kirchberger. – Jetzt noch einmal Herr Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich melde mich noch einmal zu Wort, weil ich es für wichtig halte, bezüglich der Patientenrechte noch etwas zu sagen. Im Koalitionsvertrag steht, dass die Selbstverwaltung gestärkt wird. Selbstverwaltung gibt es beispielsweise auch für die Krankenkassen. Durch die mögliche Einführung der Kopfpauschale wird die eine Seite ins Nebulöse gezogen. Möglicherweise werden die Folgen gar nicht so richtig bedacht.

Wenn wir als Ärzte dies ohne einen zumindest vorsichtigen Widerspruch hinnehmen, dann wird der Versichertenstatus der Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung verschlechtert. Über die Begriffe der Vollkaskoversicherung im Hinblick auf die Krankenversicherung und der Vollkaskomentalität haben wir über viele Jahre einiges gehört. Diese Begriffe sind eigentlich ein bisschen fahrlässig. Wollen wir, dass die Krankenversicherung so abläuft wie eine Mopedversicherung, während wir wissen, dass der Straßenbelag solidarisch finanziert wird, indem die Reichen mehr geben als die Armen?

Es kann einfach nicht sein, dass wir das an dieser Stelle aus unserer ärztlichen Verantwortung heraus nicht darstellen und uns einfach so neutral verhalten, als interessierte uns das überhaupt nicht. Ich bitte Sie, das bei Ihren Entscheidungen mit zu bedenken.

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden zurzeit gleichzeitig nach dem wirtschaftlichen Vermögen Werte umverteilt. Wenn man eine Kopfpauschale hat, übergibt man das dem Staat, aber der Staat hat sowieso nicht genug Geld und müsste dieses Geld dann zuschießen. Das gibt einen großen Verwaltungsaufwand und wir

sind noch mehr vom Staat abhängig. Wenn das kommt, bedeutet das eine Schwächung der Selbstverwaltung.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt noch einmal Herr Kollege Scholze aus Bayern.

Dr. Scholze, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Diskussion über den Redebeitrag von Herrn Rösler während der Eröffnungsveranstaltung war sehr, sehr unterschiedlich. Was ist Herr Rösler eigentlich: Ist er ein Träumer? Ist er ein Ideenspender? Ich hatte heute Vormittag den Eindruck, dass er ein Meister des Sich-Einlassens und des Auslassens zugleich ist. Er hat sich auf viele Dinge eingelassen. Er hat sich eingelassen auf den Bürokratieabbau, er hat sich eingelassen auf die Kultur des Vertrauens, auf Eigenverantwortung, auf Angestellte, Bachelor, MVZ.

Auf ein Kernproblem der momentanen Gesundheitspolitik ist er gar nicht eingegangen: Das ist die konkrete Erörterung der Unterfinanzierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Unter Philipp Rösler werden die Löcher im Gesundheitsfonds immer größer. Der Gesundheitsfonds weist in diesem Jahr ein Defizit von 7 Milliarden Euro auf. Für das kommende Jahr werden 11 bis 16 Milliarden Euro geschätzt. 17 Krankenkassen haben inzwischen Zusatzbeiträge beantragt, die ihnen auch bewilligt wurden. Birgit Fischer von der Barmer GEK sagt: Wenn das Defizit größer wird, muss jede Kasse einen Zusatzbeitrag erheben, auch die Barmer.

Auch das Thema Kopfpauschale ist nicht vom Tisch. Es wurde gesagt, wenn in Nordrhein-Westfalen die Wahl so ausgehe, dass es im Bundesrat keine Mehrheit mehr für die Kopfpauschale gebe, würde man davon ablassen. Nach meinem Kenntnisstand gibt es einen Plan B, der jetzt im Gesundheitsministerium ausgearbeitet werden soll, der darauf hinausläuft, dass man die Kopfpauschale auf eine Art und Weise ins Parlament bringen will, dass der Bundesrat nicht zustimmen muss. Wenn bei der Kopfpauschale die Prämie 145 Euro betragen soll, führt das dazu, dass etwa 35 Milliarden Euro im Jahr zusätzlich für den Sozialausgleich steuerfinanziert werden müssen.

Dieselbe Partei, die Steuersenkungen will, will, dass auf der anderen Seite zig Milliarden zusätzlich ins Gesundheitswesen gesteckt werden. Da kann ich nur sagen: Ich glaube nicht an den Weihnachtsmann.

Ich befürchte, dass die Unterfinanzierung im Bereich der GKV politisch gewollt ist, dass man bewusst diese Unterfinanzierung fortführt, um dann sozial unpopuläre Maßnahmen durchzudrücken. Dazu zählt auch die Kostenerstattung. Der vorjährige Deutsche Ärztetag hat sich gegen die Kostenerstattung ausgesprochen. Wir haben heute Vormittag gehört, dass nur 0,2 Prozent der Patienten die Kostenerstattung in Anspruch nehmen wollen, obwohl es jeder tun könnte. Ich sehe die Gefahr des Leistungsabbaus und der Rationierung. Herr Rösler hätte heute Vormittag zu der Frage Stellung beziehen sollen, wie er die zig Milliarden in Zukunft finanziert haben will. Ich glaube ihm nicht, dass es über Steuern gehen wird. Seine Kabinettskollegen glauben es ihm auch nicht. Er sollte endlich einmal offen sagen, wie es denn geschehen soll.

Danke.

(Beifall)

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

Dr. Windau, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie um Aufmerksamkeit für ein Thema, das sich in einem etwas sperrigen Antrag widerspiegeln wird, das für uns sehr wesentlich ist. Dieser Antrag wird noch umgedruckt.

Sie wissen, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss im September vergangenen Jahres gegen die Stimmen der Ärzteschaft beschlossen hat, Regelungen zur Über- und Unterversorgung, das heißt zur Schaffung entsprechender Zuschläge und Abschläge bei Über- oder Unterversorgung, zu treffen. Das hat folgende Konsequenzen: Den Buchstaben des Gesetzes ist zwar Rechnung getragen worden, aber die Realisierung würde bedeuten – meine Damen und Herren, das ist kein Rechenfehler; ich habe es mir heute noch einmal offiziell bestätigen lassen –, dass genau der beabsichtigte Zweck nicht erreicht wird. Es kämen nämlich reichlich 77 000 Ärzte in die Situation, dass sie Abschläge auf den Orientierungswert erhielten. Nur 55 Ärzte in ganz Deutschland würden gefördert. Das ist das völlig idiotische Ergebnis eines Gesetzes, das einmal dazu gedacht war, Über- und Unterversorgung zu regeln.

Wir haben hier den Antrag gestellt, der auch von unserer Landesregierung in Sachsen und von anderen Landesregierungen bereits in den Bundesrat eingebracht wurde, das Gesetz in dieser Form zu streichen. Das ist aber leider noch nicht geschehen.

Ich bitte Sie herzlich um Unterstützung dieses Antrags zu § 87. Wir stellen natürlich auch die Frage: Wie geht es denn weiter? Es gab bisher Regelungen, wonach in den Landesregionen beschlossen werden konnte, dass bestimmte Regionen gefördert werden, also Ärzte zusätzliches Geld bekommen haben, wenn sie sich in strukturschwachen Gebieten, die eindeutig als unterversorgt bekannt und definiert sind, niederließen. Diese Regelungen sind durch die Bundesregierung ausgesetzt worden. Es war nur bis zum 31. Dezember des vergangenen Jahres möglich, hier regional noch etwas zu tun.

Wir bitten herzlich darum, dass Sie nicht nur die Forderung unterstützen, dass das Gesetz gekippt wird, sondern dass wir wieder zu der alten Situation kommen, dass die Landesregionen, also der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen, regionale Unterstützungsmaßnahmen vereinbaren können. Wenn dies nicht geschieht, wenn der Gesetzgeber das nicht tut, haben wir gerade in Ostdeutschland und in vielen Regionen in Westdeutschland, die in die Unterversorgung laufen, die Situation, dass wir nicht mehr fördern können.

Ich bitte Sie, wenn der Antrag umgedruckt ist, diesem Änderungsantrag zuzustimmen. Das eine Gesetz muss weg, das andere muss zumindest vorübergehend reaktiviert werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Windau. – Jetzt freuen Sie sich auf Herrn Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Diesmal nur ganz kurz: Wir wurden ja in den letzten Jahren mit verschiedenen Vorstellungen aus ministerialem Munde geprügelt. Wir sollten entsprechend der Unschuldsvermutung Herrn Rösler zunächst einmal so akzeptieren, wie er sich gegeben hat. Ich hatte das Gefühl – das war nicht nur ein Bauchgefühl –, dass er es im Moment ehrlich mit uns meint. Dass es kleine Versatzstücke gibt, die uns hellhörig machen müssen, habe selbst ich gehört. Für die Arbeit ist es viel besser, wenn wir einerseits von ihm Vertrauen in uns erwarten, ihm aber auch Vertrauen entgegenbringen.

Das kann sich jederzeit ändern. Diesbezüglich sind wir ja sensibilisiert. Ich hatte von ihm erwartet, dass er sich als funktionierender Gesundheitsminister für das Ganze und nicht nur für die Ärzte darstellt. Ich denke, er hat einen Gutteil davon abgearbeitet. Wir sollten also noch nicht mit ihm ins Gericht gehen, sondern erst dann, wenn wir klare und darstellbare Schwierigkeiten sehen.

Vielleicht sind Sie mit mir der Meinung, dass der Vorstandsantrag I-01 auch einen Orientierungspunkt für den Herrn Minister darstellen könnte, damit er lesen kann, was wir Ärzte denken, und zwar von unserem Beruf und auch von unserer Versorgung. Es geht ja nicht immer nur um Geld, wie die ersten zehn Wortbeiträge hier gezeigt haben. Ich glaube, es ist ein homogenes Papier, das unsere Bedürfnisse, unsere Ängste und auch die notwendigen Entwicklungen aufzeigt. Bitte unterstützen Sie diesen Antrag. Machen Sie nach dem Schneeballsystem Gebrauch davon. Ich glaube, Herr Rösler nimmt dann wenigstens zur Kenntnis, dass wir einen einheitlichen Antrag haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Windhorst. – Jetzt kommt Herr Zimmermann aus Niedersachsen.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Saat von Ulla Schmidt geht nach wie vor noch auf. Sie hat uns in einen erheblichen, wie man sagen kann, Konfrontationswettkampf zwischen den verschiedenen Sektoren getrieben, also zwischen den Krankenhausärzten und den Vertragsärzten und innerhalb der Vertragsärzteschaft zwischen Hausärzten und Fachärzten. Der Ärztemangel, den wir erleben, betrifft alle Sektoren. Er ist ein gesamtärztliches Problem, nicht das Problem einer einzelnen Gruppierung. Wir müssen es gemeinsam lösen.

Deswegen bin ich ausgesprochen dankbar, dass der Vorstand der Bundesärztekammer seinen Leitantrag auch in diesem Punkt über alle Sektoren hinweg formuliert

hat und Lösungsmöglichkeiten darin sieht, dass man die Probleme in den Regionen gemeinsam löst, meinetwegen mit regionalen Arbeitsgemeinschaften, wie immer man es nennen will. Wir müssen uns gemeinsam an einen Tisch setzen und überlegen, wie wir diese Konfrontation und diese Konkurrenz, die wir in den Regionen durchaus haben, die unter zunehmendem Ärztemangel noch stärker werden wird, beseitigen können.

Es nutzt gar nichts, wenn Sie Ihre vertragsärztlichen Probleme auf der einen Seite lösen und im Krankenhaus die Kollegen fehlen bzw. andersherum. Wir müssen zusehen, wie wir diese Probleme gemeinsam vor Ort lösen. Es nutzt allerdings nichts, wenn wir dies nur in den ländlichen Regionen tun, denn das ganze System ist ein System der kommunizierenden Röhren. Wir müssen darauf achten, dass es eine Art Rahmenplanung gibt, die Sorge dafür trägt, dass die Probleme nicht nur in den ländlichen Regionen gelöst werden, die dann in den städtischen Regionen wieder aufgebohrt werden. Wir müssen das ganze System solidarisch im Auge haben, um die Probleme zu lösen.

Das setzt auch voraus, dass wir alle an einem Tisch sitzen. Das tun wir aber nicht. In dem Vorstandsantrag steht etwas über die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Sie ist bereits Realität. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sie schon beschlossen. Es gibt eine entsprechende Richtlinie, die sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich betrifft. Nur die Ärztekammern, also wir, sitzen nicht mit am Tisch. Wir haben innerhalb der Lenkungsgremien nur beratende Stimme. Wir müssen mit an den Tisch, denn nur in den Ärztekammern sind die gesamtärztlichen Interessen vertreten.

Deshalb bringe ich zu diesem Punkt einen Antrag ein, der den Vorstandsantrag ergänzen soll. Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen.

Lassen Sie uns diesen Antrag des Vorstands mit breiter Mehrheit auf den Weg bringen, denn er enthält diejenigen Ideen, die wir schon seit Langem brauchen und die wir nach vorne transportieren müssen, damit es in der Politik endlich weitergeht.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zimmermann. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Krombholz aus Bayern.

Dr. Krombholz, Bayern: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dieser Leitantrag beschreibt im Konjunktiv, was man alles tun könnte. Verehrte Damen und Herren des Präsidiums, haben Sie die Realitäten noch nicht wahrgenommen? Ich verrate Ihnen ein Geheimnis: Es gibt HZV-Verträge über § 73, ohne die es in Bayern so manche Hausarztpraxis weniger gäbe. Es gibt 5 500 den BKK-Verträgen beigetretene Ärzte, es gibt 7 500 den AOK-Verträgen beigetretene Ärzte.

Stellen Sie sich vor, Herr Crusius, das schaffen die Kollegen zu Tausenden! Wenn Sie meinen, Sie könnten das nicht schaffen, dann weiß ich nicht, warum – wobei ich mich überhaupt frage, was Sie von hausärztlicher Tätigkeit verstehen.

(Beifall – Widerspruch)

Ein Leitantrag, der die Realität schlicht ignoriert, ist kein Leitantrag. Diesen können wir nicht positiv bescheiden, liebe Kolleginnen und Kollegen. Wenigstens die Realitäten sollten sich in einem solchen Antrag widerspiegeln.

(Zuruf)

– Da steht nichts von § 73. Das muss drinstehen, das ist die Zukunft für die Kolleginnen und Kollegen, Direktverträge zu machen, ein Angebot an die Kassen zu machen und die Kassen sagen, ob sie das wollen oder nicht. Die Alternative ist die Regelversorgung, in der wir kaputtgehen. Das kennen Sie vielleicht nicht, weil Sie in der niedergelassenen Ärzteschaft nicht vertreten sind. Was reden Sie überhaupt von einem Gebiet, von dem Sie nichts verstehen, frage ich bisweilen!

(Widerspruch)

In § 75 Abs. 2 steht, dass die Kassenärztliche Vereinigung das Recht hat, die Niedergelassenen – ob Hausärzte oder Fachärzte – zu vertreten. Dieses Recht für die Hausärzteschaft steht in § 73 hinsichtlich der HZV-Verträge.

Klagen Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, doch nicht, wie es vorhin der Gynäkologe getan hat, dass Sie nicht bezahlt werden. Nehmen Sie doch § 73 c in Anspruch, gehen Sie mit uns gemeinsam diesen Weg. Dann können wir wieder im gemeinsamen Boot sitzen, Sie mit § 73 c und wir mit § 73 b.

Wenn man sich überlegt, was man für die Zukunft besser machen kann, gehört § 73 benannt. Das ist der entscheidende Paragraf. Hier sind keine Konjunktive und keine Fantasien für die Zukunft nötig, sondern das ist die Realität. Wenn so etwas beschrieben wird, dann gehört das hier in diesen Antrag hinein. Anderenfalls kann man ihn nicht positiv abstimmen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Krombholz. – Jetzt kommt Herr Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Wir sollten uns vielleicht zunächst auf das einzige Ziel besinnen, das hinter all diesen Bemühungen stehen sollte: Wir Ärzte wollen und sollen freie, unabhängige Berater unserer Patienten sein. Alle Vergütungssysteme der Welt müssen sich an dieser Tatsache messen lassen.

Ich widerspreche meinem Vorredner aufs Ärgste, denn diese Verträge, die zunächst eine Zuckerbrotsituation herstellen, sind doch nur zunächst Zuckerbrot und werden sich bald in eine Peitsche verwandeln.

(Beifall)

Erstens haben wir eine feste Einbindung in ganz bestimmte Vorgehensweisen. Sie können sich aus diesen Vorgehensweisen auch nicht herauskaufen. Wenn Sie dort nicht streamline sind, dann werden Sie gar nicht aufgenommen. Das heißt, es erfolgt auch eine Ausgrenzung von Kollegen.

Zum Zweiten liegt es in der Logik dieses Systems, dass die KV an der Abrechnung nicht mehr beteiligt ist. Es wird eine private Gesellschaft gegründet, bei der einer der wesentlichen Beteiligten der Inhaber des SAP-Imperiums ist. Jeder Patient, der sich einschreibt, muss unterschreiben, dass die gesamten Daten dort per elektronischer Gesundheitsakte abgelegt werden.

(Zurufe)

Ich weiß nicht, was das mit Datenschutz zu tun hat.

(Beifall)

Wir sollten uns darüber im Klaren sein, dass die Firma SAP damit ein gewisses Interesse verbindet: Für jeden Patienten, der eine elektronische Datenakte hat, bekommt diese Firma 5 Euro. Das sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik eine halbe Milliarde Euro. Es geht also schlichtweg um Geld. Ich finde, wir sollten uns als Ärzte nicht vor den Karren einer solchen Firma spannen lassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Handrock. – Jetzt Herr Kollege Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe einen Ergänzungsantrag zum Entschließungsantrag des Vorstands eingebracht. Ich lese ihn gerade einmal vor; es geht um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Danach möchte ich zu dem Stellung nehmen, was mein Vorredner gesagt hat.

Im Vorstandsantrag steht zwar etwas zur Sicherstellung, aber leider ist nicht speziell darauf abgehoben, dass es auch Hausärzte gibt. Wir möchten, dass eingefügt wird:

> *Dabei sind insbesondere Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu treffen.*

Das haben wir nicht deshalb so formuliert, weil wir das Wort „Hausarzt“ so gerne hören, sondern weil wir leider die Notwendigkeit dafür sehen.

Ich komme als Hausarzt aus der größten Stadt des größten Bundeslandes, nämlich aus Köln. Köln hat 1 Million Einwohner. Wir können in unserem Bezirk von 100 000 zu versorgenden Personen die Notdienstversorgung nicht mehr so sicherstellen, wie wir es bisher getan haben, weil uns schlicht die Ärzte fehlen. Nun mögen Sie sagen: Es fehlen ja insgesamt Ärzte. Das mag richtig sein, aber man sollte auch auf die Relation hinweisen. Fakt ist, dass im letzten Jahr in Nordrhein und in Westfalen – Herr Windhorst, Sie wissen es – auf einen weitergebildeten Hausarzt 100 Spezialisten kamen. Da stimmt das Zahlenverhältnis einfach nicht mehr. Natürlich brauchen wir Spezialisten. Wir als Hausärzte haben absolut nicht vor, die Spezialisten abzuschaffen. Es würde mich auch weiterhin freuen, im Sinne der Freiberuflichkeit diese Spezialisten nicht nur im Krankenhaus und nicht nur in medizinischen Versorgungszentren anzutreffen. Das hat was mit unserer Freiberuflichkeit zu tun, denn die Freiberuflichkeit im Angestelltenverhältnis in einem MVZ ist teilweise nur noch eine virtuelle. Dazu ist aktuell in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ ein Artikel erschienen.

Das sollten wir sehr ernst nehmen; sonst ist es irgendwann mit unserer gesamten Freiberuflichkeit am Ende, wenn wir diese Entwicklung weiter befördern.

Zu meinem Vorredner möchte ich Folgendes sagen. Die Wut über § 73 b kann ich nicht ganz verstehen. Es gibt dasselbe für die niedergelassenen Fachärzte, nämlich in § 73 c. Er gibt uns irgendwo die Möglichkeit, von einem Vertragsobjekt, das wir bisher im KBV-System leider sind, zum Subjekt zu werden, das heißt, zum Vertragsgestalter und Herrn in unserer Sache zu werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Marx. – Jetzt kommt Frau Lux aus Bayern.

Dr. Lux, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich zu Wort gemeldet, weil mich eine Bemerkung des Präsidenten erheblich gestört hat. Nach dem Wortbeitrag von Herrn Emminger kam der Hinweis: Um das Krankenhaus soll sich bitte der MB kümmern. Wenn ich diesen Antrag meinen Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus zeige, verstehen sie ihn nicht. Die jungen Kollegen werden im Krankenhaus sozialisiert und gehen dann vielleicht in die Praxis. Auch für diese sollte man ein Ohr haben.

Ich habe die Bundesärztekammer immer als Kammer für alle Ärzte angesehen und nicht nur für die Niedergelassenen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ist akzeptiert. – Jetzt kommt Herr Förster aus Westfalen-Lippe. Bitte.

Dr. Förster, Westfalen-Lippe: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es wurden heute schon mehrfach Vorschläge zur Rettung einer aussterbenden Art gemacht, nämlich der des Landarztes. Ich bin einer der Letzten dieser Zunft. Ich komme aus Westfalen, aus dem Sauerland. Für die Kollegen, die am Rande der Republik wohnen: Das ist dieses schöne Mittelgebirge mitten in Deutschland. Man könnte es auch als Zentralmassiv bezeichnen.

Die vorherige Gesundheitsministerin war zum Ende ihrer Amtszeit noch einmal dort und hat einige Vorschläge gemacht, wie man den von ihr bis kurz zuvor geleugneten Landarztmangel beheben kann. Man sollte junge Leute dort hinlocken, ihnen die Schönheit der Landschaft zeigen. Vielleicht würden sie dort die Liebe ihres Lebens finden und dann dort bleiben.

Das war der letzte Punkt in einer Reihe von Diffamierungen und Diskriminierungen, die den Weg dieser Frau gezeichnet haben. Sie hat acht Jahre lang diesen unseren so schönen Beruf systematisch durch Diffamierung, Diskriminierung und Kriminalisierung demontiert.

(Beifall)

Damit das anders wird – wir haben seit heute das Gefühl, dass es anders werden kann –, möchte ich den Ärztetag bitten, folgende Entschließung zu fassen:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, allen Bestrebungen einer Demontage und Deprofessionalisierung des Arztberufes entgegenzutreten. Wir Ärzte fordern die Unabhängigkeit ärztlicher Tätigkeit; dies beinhaltet wirtschaftliche Unabhängigkeit und Weisungsunabhängigkeit von Kostenträgern, Geschäftsführungen und Politik. Freiberufliche Ärzte sind nach dem Hippokratischen Eid ausschließlich ihren Patienten verpflichtet und tragen allein die Verantwortung für Diagnostik und Therapie.*

Ich bitte den Ärztetag, dem entsprechenden Entschließungsantrag zuzustimmen.

Anschließend möchte ich noch einen Vergleich ziehen zwischen dem Hausarzt und der Leichtathletik. Vielleicht kann man jungen Kollegen den Beruf auf diese Weise wieder schmackhaft machen. In der Leichtathletik gibt es viele Disziplinen, bei denen wir hoch spezialisierte Leistungen sehen. Dann gibt es die Gruppe der Zehnkämpfer. Das sind diejenigen, die zehn verschiedene Disziplinen absolvieren. Die eine Disziplin können sie besser, die andere weniger gut. Mit diesen Zehnkämpfern vergleiche ich uns Hausärzte, speziell diejenigen auf dem Lande. Bis zum nächsten Facharzt sind es manchmal 25 oder 30 Kilometer.

Für die Zehnkämpfer in der Leichtathletik gibt es einen schönen Begriff. Wenn wir es schaffen, diesen Begriff jungen Ärztinnen und Ärzten zu übermitteln, dann werden wir sicherlich keine großen Sorgen um die Zukunft haben müssen. Die Zehnkämpfer in der Leichtathletik werden nämlich auch als „Könige der Athleten“ bezeichnet.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt bitte noch einmal Herr Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Angesichts des wachsenden Stapels von Papieren und Änderungsanträgen auf den Tischen möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf den Antrag I-05 lenken. Antragstellerin ist Frau Haus als Delegierte der Ärztekammer Nordrhein. Ich möchte die Kritiker des Kostenerstattungsprinzips und diejenigen, die fragen, wie das alles finanziert werden soll, darauf hinweisen, dass dieses Konzept natürlich eine sozialverträgliche Selbstbeteiligung seitens des Patienten beinhaltet. Damit besteht die Möglichkeit, aus staatlich vorgegebenen oder von Kassenseite vorgegebenen Budgets Öffnungen zu generieren, damit die Morbidität entsprechend dem Wunsch der Bevölkerung von ärztlicher Seite versorgt werden kann.

Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen. Die Freie Ärzteschaft tut dies.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Fritz aus Nordrhein. Bitte.

Dr. Dr. Fritz, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrte Damen und Herren! Herr Professor Hoppe, ich möchte mich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie heute Morgen erwähnt haben, wie wichtig der Dialog ist, wie wichtig es ist, miteinander zu sprechen, sich gegenseitig zuzuhören und jetzt die Chance wahrzunehmen, dass wir einen Bundesminister für Gesundheit haben, mit dem, wie ich denke, der Dialog möglich ist. Wenn man das Gesundheitssystem als „professional agreement“ zwischen der Medizin in Deutschland, die ja kulturell gewachsen ist, und der Regierung als Vertreterin der Bevölkerung betrachtet, ist der Auffassung zuzustimmen, dass diese Beziehung zerstört wird, wenn Vereinbarungen nicht eingehalten werden und wenn man nicht miteinander redet.

Ich glaube, wir haben die sehr große Chance, mit Herrn Rösler reden zu können und diese Beziehung wieder neu aufzubauen. Ich glaube, dass die Beziehungen zwischen der Ärzteschaft und der Regierung verbessert werden können, wenn man einander zuhört und die Vereinbarungen, die getroffen wurden, einhält.

In allen Gesetzen steht, dass wir Ärzte eine bestmögliche Qualität liefern sollen, dass die Weiterbildung auf höchstem Niveau stattfinden soll, dass wir die flächendeckende Versorgung zu gewährleisten haben. Wir sind natürlich ethisch verpflichtet, das zu tun. Das tun wir auch; darauf sind wir stolz.

Auf der anderen Seite steht die Finanzierung des Systems, die vereinbart ist. Warum nimmt die Versorgung auf dem Lande ab, also dort, wo sowieso die geringste Arztdichte ist? Der Grund ist, dass die Vereinbarung von einer Seite nicht eingehalten wird. Deshalb ist das Gespräch notwendig, um wieder zu dieser Basis zurückzukommen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Fritz. – Nun Herr Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich habe mich relativ spontan zu Wort gemeldet. Um 17.45 Uhr habe ich den Antrag I-05 von Frau Haus erhalten, der sich mit der Kostenerstattung beschäftigt und eine Diskussion erneut aufgreift, die wir schon im vorigen Jahr hatten. Damals wurde es zuerst angenommen, dann kam es zu einer zweiten Lesung. Ich möchte Sie daran erinnern: Es war der Referent zum Tagesordnungspunkt „Geriatrische Versorgung“, der eindringlichst darauf hingewiesen hat, dass es sehr viele Patienten gibt, die nicht in der Lage sind, dieses Kostenerstattungsprinzip durchzuhalten. Er erinnerte an die Kranken, Alten, Dementen, die in Altersheimen leben. Dann kamen Hartz-IV-Empfänger dazu. Es gibt zig andere Bevölkerungsschichten, die nicht in der Lage sind, auf diese Kostenerstattung einzugehen und dem Arzt das Geld zu geben.

Ein anderes Argument, das auch im vorigen Jahr genannt wurde, war die zunehmende Bürokratie, die es geben sollte. Herr Rösler hat uns heute das Schlagwort geliefert. Er sagte: Die Praxisgebühr von 10 Euro hat die Moral der Ärzte verdorben. Damit hat er völlig recht. Das Geld gehört nicht zwischen Arzt und Patient.

Jetzt wollen Sie das Gegenteil, jetzt wollen Sie die Kostenerstattung. Das heißt, jeder Patient, der die Praxis verlässt, bekommt seine Rechnung mit, aus der hervorgeht, was er zu zahlen hat. Er soll auch noch beurteilen können, ob diese Rechnung berechtigt oder unberechtigt ist.

Meine Damen und Herren, ich habe eben die Uhrzeit genannt, weil ich glaube, die Diskussion darüber müsste viel intensiver geführt werden. Wir können nicht zwischen 17.45 Uhr und der Abstimmung um 18 Uhr über einen ganz wesentlichen Punkt der ärztlichen Honorierung diskutieren. Deshalb lautet mein Vorschlag, dass wir diesen Antrag an den Vorstand überweisen und man irgendwann eine geregelte, organisierte Diskussion mit einer entsprechenden Vorbereitung, mit entsprechenden Zahlen von Fachleuten führt. Dann können wir in Ruhe darüber entscheiden, wie unsere Patienten zur Kasse gebeten werden sollen. Aber bitte nicht auf die Schnelle, fünf Minuten vor Toresschluss.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Wir haben jetzt 18 Uhr und kommen heute sowieso nicht mehr zur Abstimmung, denn Sie haben noch gar nicht alle Anträge. Die Anträge sind Ihnen schriftlich vorzulegen oder zumindest auf der Leinwand zu zeigen. Das ist das Mindeste, was man für Sie tun muss. Das Vorlesen allein reicht nicht. Deswegen schlage ich vor, dass wir diesen Tagesordnungspunkt jetzt unterbrechen. Alle Anträge werden umgedruckt. Wenn Sie morgen wieder an Ihren Platz kommen, werden Sie die Anträge zur Kenntnis nehmen. Dann behandeln wir zunächst die Änderungsanträge zum Vorstandsantrag. Anschließend stimmen wir über den Vorstandsantrag ab und gehen dann einen Antrag nach dem anderen durch. Es kommen noch immer neue Anträge hinzu. Offensichtlich haben manche

den Vorstandsantrag erst in der Sitzung zur Kenntnis genommen und dabei Mängel festgestellt.

Die persönlichen Sachen auf Ihren Plätzen nehmen Sie bitte mit. Sie sollten nichts liegen lassen, weil hier ja umgebaut werden muss. Dabei kann es passieren, dass persönliche Dinge verlegt werden, sodass Sie sie morgen nicht wiederfinden. Deswegen nehmen Sie bitte alles mit, was Sie an persönlichen Dingen bei sich führen wollen.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend und eine erholsame Nacht. Morgen früh um 9 Uhr treffen wir uns hier wieder.

## 2. Tag: Mittwoch, 12. Mai 2010
## Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie heute Morgen sehr herzlich. Es ist kurz nach 9 Uhr. Ich hoffe, dass Sie Ihre neuen Plätze gefunden haben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hotels, dem auch dieser Versammlungsraum gehört, haben umgeräumt. Sie müssen sich jetzt bitte neu sortieren. Der Wunsch, den Sie gestern in Form eines Beschlusses geäußert haben, ist erfüllt. Wir hoffen, dass das gelungen ist. Ich hoffe, dass Sie gestern einen schönen Abend hatten, dass diejenigen, die im Orgelkonzert gewesen sind, zufrieden sind, und auch diejenigen, die sich nach dem Orgelkonzert oder statt des Orgelkonzerts getroffen haben, ebenfalls zufrieden sind.

Ich begrüße sehr herzlich unsere Gäste aus den befreundeten Ärzteorganisationen anderer Länder und kündige an, dass gleich der Präsident des Weltärztebundes, Herr Dr. Hanson aus Kanada, zu uns sprechen wird. Wenn die Grußadresse von Dr. Hanson vorbei ist, treten wir wieder in den Tagesordnungspunkt I ein. Dazu liegt der Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer vor. Es gibt insgesamt acht Änderungsanträge zu diesem Vorstandsantrag. Es gibt weitere Anträge, die sich unter anderem auch mit dem Kostenerstattungssystem, mit der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und mit den Problemen, die sich auf der Ausgabenseite ergeben, befassen.

Jetzt begrüße ich sehr herzlich den Herrn Ehrenpräsidenten dieses 113. Deutschen Ärztetages hier in Dresden, den Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Diettrich.

(Beifall)

Außerdem begrüße ich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Vilmar. Noch einmal herzlich willkommen! Wir bedanken uns für das große Interesse.

(Beifall)

Geburtstag hat heute Frau Dr. Christina Correns aus Niedersachsen. Herzlichen Glückwunsch von hier aus und vom gesamten Ärztetag!

(Beifall)

Ich hoffe, dass Ihnen Ihr Geburtstag gefällt, auch heute Abend noch.

Meine Damen und Herren, jetzt bitte ich um Ihre beiden Ohren und das, was dazwischen ist, um zu hören, was uns Herr Dr. Hanson, der Präsident des Weltärztebundes, zu sagen hat. Er hat uns dieses Jahres eingeladen, die Versammlung des Weltärztebundes in Vancouver durchzuführen. Darauf freuen wir uns.

Ich darf Herrn Dr. Hanson für seine Grußansprache ans Podium bitten. Es wird konsekutiv gedolmetscht. Bitte schön.

Dr. Hanson: Vielen Dank, Herr Professor Hoppe. – Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Es ist eine große Ehre für mich, am Deutschen Ärztetag teilzunehmen und Ihnen die Grüße des Weltärztebundes zu überbringen.

(Beifall)

Es ist für mich in der Tat eine große Ehre, hier bei diesem 113. Deutschen Ärztetag bei Ihnen zu sein. Der Weltärztebund vertritt 95 nationale Ärztekammern in der ganzen Welt und über 9 Millionen Ärzte. Es ist für uns sehr interessant, hier zu sein und Ihnen zuzuhören. Ich muss Ihnen sagen, dass unsere Ziele sehr viel mit Ihren Zielen gemeinsam haben. Wir sind daher sehr glücklich, hier zu sein, um unsere Erfahrungen mit Ihnen auszutauschen.

Unser oberstes Ziel ist natürlich, die Unabhängigkeit der Entscheidungsfindung von Ärzten zu gewährleisten.

(Beifall)

Es ist außerdem für uns äußerst wichtig, einen sehr hohen Standard in der Ethik zu gewährleisten, immer auf die Bedürfnisse der Patienten zu achten, die öffentliche Gesundheit zu fördern und stets die Rechte der Patienten zu wahren.

(Beifall)

Es gibt eine sehr große Bandbreite von Aktivitäten und Politikausrichtungen in unserem Weltärztebund. Wir behandeln eine große Reihe von medizinischen Themen. Ich möchte hier nur einige anführen und Ihnen aufzeigen, wie wichtig die Bundesärztekammer für unsere Organisation ist. Die Bundesärztekammer spielt bei uns eine sehr große Rolle, vor allem in Bezug auf ethische Fragen. Ein Thema, mit dem wir uns seit vielen Jahren beschäftigen und bei dem wir sehr große Unterstützung seitens der Bundesärztekammer erhalten haben, ist die Erklärung von Helsinki, bei der es um die Verantwortung den Patienten gegenüber und die Durchführung von klinischen Studien am Menschen geht. Im Zusammenhang mit diesen Aktivitäten wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit dem Einsatz von Placebos in der klinischen Forschung befasst. Das ist für uns von großer Wichtigkeit. Hier hat Herr Parsa-Parsi maßgeblich mitgearbeitet.

Ein Problem, mit dem wir uns gemeinsam mit Ihnen beschäftigen – dieses Thema wurde gestern und auch heute immer wieder angesprochen –, betrifft den Ärztemangel. Das wird auch in Zukunft ein großes Thema für uns sein. Wir freuen uns auf die Diskussion und die vorgeschlagenen Lösungsansätze.

Wir arbeiten gleichzeitig an vielen anderen Projekten, beispielsweise hinsichtlich der Tabakentwöhnung, des Alkoholmissbrauchs und der Tuberkulose. Wir möchten uns bei Ihnen für die wertvolle Zusammenarbeit bei diesen Projekten bedanken.

(Beifall)

Dies ist nur ein kleines Beispiel für unsere Gemeinsamkeiten, für unsere Erfahrungen, die wir miteinander teilen. Das zeigt auch, wie ähnlich unsere Erfahrungen und Herausforderungen im Bereich der medizinischen Versuche, der ärztlichen Unabhängigkeit und der Patientenversorgung sind.

Im Namen der anderen internationalen Gäste, die in großzügiger Weise von der Bundesärztekammer eingeladen wurden, möchte ich mich bei Ihnen bedanken. Wir sind hier, um zuzuhören, von Ihnen zu lernen und unsere Erfahrungen mit Ihnen auszutauschen und die großen Herausforderungen gemeinsam anzugehen.

(Beifall)

Ich möchte mich persönlich bei den Vertretern der Bundesärztekammer bedanken, die mit uns beim Weltärztebund zusammengearbeitet haben. Wir haben mit sehr fähigen Personen zusammengearbeitet: mit Herrn Professor Vilmar, mit Herrn Professor Hoppe und mit Herrn Dr. Montgomery. Wir sind für diese wertvolle Hilfe sehr dankbar.

Abschließend möchte ich mich noch einmal herzlich für die Einladung bedanken. Wir sind sehr froh, hier zu sein. Ich wünsche Ihnen viel Glück und einen sehr erfolgreichen Deutschen Ärztetag im Namen der 9 Millionen Ärzte in der ganzen Welt. Wir wünschen Ihnen alles Gute und vor allem viel Erfolg bei der Behandlung Ihrer Patienten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Thank you very much, Dr. Hanson, for your kind words. I am glad to know that we meet us next week in Geneva. Thank you very much.

Wir haben noch ein Geburtstagskind unter uns, nämlich Herrn Dr. Baumgärtner aus Baden-Württemberg. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Wir treten jetzt wieder in den Tagesordnungspunkt I ein. Wir haben noch eine kleine Rednerliste, die durchaus ausdehnbar sein kann, wenn dies gewünscht wird. Ich hoffe, dass Sie alle Anträge auf Ihren Plätzen haben. Zum Antrag I-01 gibt es neun Änderungsanträge. Außerdem gibt es zehn weitere Anträge, die sich auch mit Themen beschäftigen, die das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen.

Wir treten jetzt in die Diskussion ein. Der erste Redner ist Herr Mälzer aus Berlin. Bitte schön.

Mälzer, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich wollte ich gar nicht sprechen, aber die Ausführungen von Herrn Dietrich zum Schluss des gestrigen Tages hinsichtlich seiner Sorge um die Solidarität im Zusammenhang mit der Kostenerstattung haben mich dann doch bewogen, mich zu Wort zu melden. Ich teile seine Sorgen nicht, weil wir schon jetzt im Sozialgesetzbuch V eine entsprechende Abfederung für die sozial Schwachen haben. Wir brauchen also das Rad nicht neu

zu erfinden. Der Schutz von sozial Schwachen ist vorhanden. Ich hoffe, ich kann Sie beruhigen, Herr Dietrich: Wir brauchen hier keine zusätzlichen Regeln einzuziehen.

(Beifall)

Ich möchte auch noch kurz etwas zum Stichwort Solidarität sagen. „Solidarisch“ ist für mich auch ein Ausgleich über das Steuersystem, insbesondere dann, wenn die Höherverdienenden zu mehr Leistungen herangezogen werden. Auf der anderen Seite gehört für mich zur Solidarität auch Verantwortung. So wie Sie sich in Ihrer Freizeit dem Deutschen Ärztetag widmen, so gehört es beim solidarischen Geldtransfer zur Verantwortung, dass diejenigen, die das Geld entgegennehmen, ihrerseits Eigenverantwortung zeigen und einen kleinen Eigenbeitrag leisten, der natürlich sozialverträglich ausgestaltet sein muss. Ich finde, Eigenverantwortung ist ein Teil der Solidarität. Das kann keine Einbahnstraße sein, sondern das ist ein Geben und Nehmen beiderseits.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Mälzer. – Jetzt Herr Grauduszus aus Nordrhein.

Grauduszus, Nordrhein: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch von mir noch ein Wort zur Kostenerstattung. Die Kollegen – auch aus den Krankenhäusern –, die sehr skeptisch sind, denken, dass es vielleicht darum ginge, Geld mit den Patienten zu verdienen, in erster Linie also Profit zu machen. Verstehen Sie bitte, wenn wir als niedergelassene Ärzte eine starke Säule installieren wollen. Es geht um einen Befreiungsschlag, damit wir unsere Patienten weiterhin nicht gemaßregelt durch Institutionen, Krankenkassen, Kostenträger, Obrigkeit behandeln können. Das ist ein Ansatz, um unseren freien Beruf zu erhalten.

Wenn immer wieder gesagt wird, dass sich manche Patienten das nicht leisten können, so ist darauf hinzuweisen, dass in diesem Konzept ja nicht steht, dass der Patient mit Geld in die Praxis zu kommen hat. Das tun ja die Privatpatienten auch nicht. Normalerweise wird eine Rechnung an den Patienten erstellt oder aber – das wird sicherlich sehr häufig geschehen – der Patient unterschreibt eine Abdingung und der Betrag wird über eine Abrechnungsstelle bei den Krankenkassen eingefordert. Dem Argument, hier würden Patienten ausgegrenzt, die nicht mehr behandelt würden, ist entgegenzuhalten: Das ist gerade nicht unser Ziel, sondern wir wollen, dass wir weiterhin alle Patienten gut und entsprechend unserem Gewissen behandeln können.

Von diesem Ärztetag muss ein deutliches Signal an die Lobby der Gesundheitsindustrie ausgehen: Wir lassen uns die Butter nicht vom Brot nehmen, wir lassen uns nicht in die Rolle der Leistungserbringer hineinpressen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich erinnere mich daran, dass auf dem vorjährigen Ärztetag einstimmig der Beschluss gefasst wurde, dass der Begriff „Leistungserbringer“ in unseren Reihen nicht mehr benutzt werden soll. Ich bitte die Verwaltung, sich an diese Beschlusslage zu halten.

(Beifall)

Die Lobby der Gesundheitsindustrie ist ganz massiv dabei, dafür zu sorgen, dass Praxen vom Markt verschwinden. Das ist eine seit Jahren eingespielte Politik. Uns wird erzählt, wir könnten durch Vertragsmodelle und durch das Aushandeln von Geschäften unsere Profession weiter ausüben. Das wird aber nicht der Fall sein, sondern wir werden – das merken viele Kollegen, die jetzt in MVZs arbeiten – ins Angestelltenverhältnis geradezu gedrängt.

Daher glaube ich nicht, dass die Ankündigung, die ambulante Versorgung solle von Ärzten vorgenommen werden, ausreicht, sondern wir müssen zu dem zurückkehren, was ursprünglich war: Ursprünglich wurde die ambulante Versorgung nur von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – und zwar selbstständig – geleistet. Das lag in unserer Hand, alleinverantwortlich. Wir konnten nur in ganz seltenen Fällen angestellte Ärzte mit einbeziehen.

Das hat sich nun grundsätzlich geändert. Das ist der riesige Fehler. Wenn die ärztliche Behandlung in unseren Händen bleiben soll, muss es eine Regelung geben – das könnte man über die Berufsordnung machen –, dass, wenn ein MVZ oder eine Großpraxis betrieben wird, dies seitens der Ärzte geschehen muss. Diese Ärzte dürfen nicht mehr als drei Angestellte haben.

Dies würde bei einem medizinischen Versorgungszentrum mit 40 Ärzten bedeuten, dass mindestens zehn betreibende Ärzte und Besitzer dieses medizinische Versorgungszentrum kontrollieren und den Weg vorgeben, dass die ärztliche Ethik weiterhin die entscheidende Rolle spielt, nicht nur Profitgier und Geschäftemacherei.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Fresenius aus Bayern.

Dr. Fresenius, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Meine Damen und Herren! Auch ich möchte zum Antrag I-05 sprechen und zunächst zwei Vorbemerkungen machen. Die eine Vorbemerkung bezieht sich auf die Geschwindigkeit dieses Antrags. Gestern wurde der Vorwurf erhoben, hier würde mit heißer Nadel gestrickt. Dem möchte ich entgegenhalten, dass der erste Antrag zur Kostenerstattung von diesem Hohen Hause im Jahre 1997 diskutiert wurde. Wir diskutieren also seit 13 Jahren intensiv und ernsthaft über diesen Punkt.

Ich finde es schade, dass in dieser emotionalen Diskussion in Gut und Böse, sozial und unsozial, menschenfreundlich und menschenfeindlich unterschieden wird. Ich

glaube, beiden Gruppen muss man unterstellen, dass sie das Beste für die Ärzte, für ihre Patienten und für das Gesundheitswesen wollen.

(Beifall)

Jetzt zu einigen Argumenten. Zunächst: 5 bis 10 Prozent unserer Patienten sind in diesem System überfordert. Ja, das stimmt. Sie sind aber auch überfordert bei der Bezahlung ihrer Altenheimrechnung. Sie sind überfordert bei der Unterzeichnung ihrer Pflegedienstrechnungen. Diese Patienten brauchen Hilfe. Sie werden auch in Zukunft Hilfe brauchen von ihren Familien, von ihren Betreuern oder von Institutionen.

Zweiter Punkt: Die Rechnungen belasten das Arzt-Patient-System. Ja, das stimmt. Aber schauen wir doch in jene Nachbarländer, in denen dieses System funktioniert. Ich glaube, diese Nachbarländer, beispielsweise Frankreich, haben keine schlechteren Arzt-Patient-Beziehungen, als wir sie bei uns haben. Rechnungen sind einfach Realität. Auch die Kirche stellt Rechnungen für ihre Leistungen an ihre Gläubigen aus.

(Beifall)

Ich komme zum dritten Punkt. Die Selbstbeteiligung – das wurde mehrmals erwähnt – muss selbstverständlich einkommensgestaffelt sein. Das heißt, wir werden etwa 20 Prozent unserer Patienten ohne Selbstbeteiligung haben.

Der vierte Punkt ist: Die Rechnungen werden nicht bezahlt. Dieses Schicksal teilen wir mit Malern, Zahnärzten und anderen. Auch jetzt werden unsere Rechnungen erst ein halbes Jahr später bezahlt und dann auch nicht in vollem Umfang.

Schließlich das Argument: Der Verwaltungsaufwand ist zu hoch. Schauen Sie sich einmal an, in welch katastrophaler Lage wir uns befinden. Wir können den Dschungel der jetzigen Verwaltung praktisch nicht durchblicken. Morbiditätsbezogene Gesamtvergütung, Fremdkassenzulassungsausgleich, EBM-Währungsreform und qualitätsbezogenes Zusatzvolumen sind Unworte, die dringend einer Bereinigung bedürfen.

Nehmen wir bitte den Handschlag des Gesundheitsministeriums an, wagen wir einen Neuanfang in eine soziale, ehrliche und offene Lösung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fresenius. – Jetzt Herr Dr. Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Änderungsantrag I-01 b. In diesem Änderungsantrag geht es auch um die Kostenerstattung. Es soll ein Satz eingefügt werden, wonach Personen, die der besonderen Solidarität der Gesellschaft bedürfen,

von dieser Erprobung auszunehmen sind. Unter „Erprobung“ verstehe ich den Test auf Alltagstauglichkeit. Ein Test auf Alltagstauglichkeit soll testen, was geht, und nicht nur aufzeigen, was nicht geht, oder ausklammern, was nicht geht.

Ich möchte Sie jetzt mitnehmen in einen Alltagstest, eine Alltagserprobung. Es geht um die Frage, ob in Zukunft auf Landstraßen nur noch mit Tempo 30 gefahren werden soll. Ich mache den Test und möchte, dass als Testergebnis herauskommt, dass das sinnvoll, super und gut ist. Also muss ich die Bedingungen für den Test so gestalten, dass dieses Ergebnis herauskommt. Ich lasse also für den Test nur Autos zu, die ein kleines Nummernschild haben. Sie kennen die Mofa-Nummernschilder. Als Höchstgeschwindigkeit sind 25 Stundenkilometer angegeben.

Das Testergebnis lautet: Das Ergebnis ist wunderbar, denn es gab keine Unfälle, keine Staus, die Landschaft war so schön, man konnte endlich einmal genießen, in welch schöner Umgebung wir leben.

So wird es geschehen, wenn Sie diesem Antrag zustimmen. Sie nehmen nämlich diejenigen Menschen heraus, die eventuell Probleme mit dem Ganzen haben. Das ist dann „Alltagstest“. Ich habe kein Problem damit, dass Herr Henke als Mitverfasser aufgeführt ist. Politiker denken wahrscheinlich so und wollen Ergebnisse haben, die sie hinterher gut vermarkten können.

Ich bitte Sie, diesen Änderungsantrag abzulehnen, denn er bedeutet nur rausgeschmissenes Geld.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Herr Schang aus Schleswig-Holstein ist der nächste Redner. Bitte.

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich möchte einige Bemerkungen zum Leitantrag des Vorstands machen, verbunden mit einem Änderungsantrag. Der erste Punkt nimmt Stellung zum Problem der drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen. Dabei wird meines Erachtens völlig außer Acht gelassen, dass gerade in Großstädten soziale Brennpunkte eine sehr große Unterversorgung aufweisen. Der Antrag des Vorstands sollte hinsichtlich der Unterversorgung dringend um städtische soziale Brennpunkte ergänzt werden. Dort verbirgt sich ein viel größerer Sprengsatz als in sich entvölkernden ländlichen Regionen.

Die regionale Versorgungsplanung ist eine äußerst gute und richtige Idee. Allerdings sollte dies nicht, wie in dem Antrag vorgesehen, wieder einmal von oben nach unten durch neue behördenähnliche Strukturen geschehen, sondern dabei sollten unbedingt die circa 1 000 regionalen Ärztenetze, die es in unserem Lande gibt, von der Basis her einbezogen werden und von unten her an der regionalen Versorgungsplanung beteiligt werden. Sie sollen die Pläne vor allen Dingen auch konkret umsetzen.

Ansätze dazu gibt es an vielen Stellen des Landes. Sie sind sehr erfolgreich. Daran sollte man nicht vorübergehen.

Mein dritter Punkt betrifft die Honorarordnung. Wesentliches Element einer Honorarordnung muss eine leistungsgerechte Honorierung sein. „Leistungsgerecht“ heißt: Pauschalen sind einfach und bequem, aber nicht gerade leistungsfördernd. Einzelleistungsvergütungen sind leistungsfördernd, haben aber die fatale Tendenz zur Mengenausweitung. Das ist wahr. Wir brauchen daher Einzelleistungsvergütungen mit hoher Transparenz. Das bedeutet: Kontrolle durch die Patienten – das hat völlig zu Recht unser Minister angemahnt –, vor allen Dingen aber auch eine strukturelle Planung der Versorgung als Gegengewicht zu einer ungerechtfertigten Mengenausweitung. Dann wird ein Schuh daraus.

Ich komme zur Arzneimittelversorgung. Kosten-Nutzen-Relationen neu eingeführter Medikamente sind selbstverständlich äußerst wichtig. Dafür wird es auch höchste Zeit. Aber dies kann nicht zum Zeitpunkt der Markteinführung geschehen, sondern erst dann, wenn ein Medikament eingeführt ist, ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung möglich. Der entsprechende Satz sollte gestrichen werden. Es sollte stattdessen eingefügt werden:

> *Kosten und Nutzen neu eingeführter Medikamente sollen verpflichtend durch eine unabhängige Versorgungsforschung evaluiert werden.*

Dann macht es viel mehr Sinn.

Noch ein Wort zur Forderung nach einer Kapitaldeckung der Krankenkassen. Das hört sich sehr gut an, ist aber äußerst gefährlich. Wir befinden uns gerade in einer weltweiten Finanz- und Währungskrise. In diesen Zeiten eine Kapitaldeckung der Krankenversicherung und damit der Krankenversorgung zu fordern, ist äußerst mutig. Wer heute die Kapitaldeckung einer Krankenversicherung fordert, wird morgen beim nächsten Währungsschnitt für das Zusammenbrechen der Krankenversicherung mit verantwortlich gemacht. Ich finde, wir Ärzte sind keine Ökonomen und sollten uns aus solchen Forderungen sehr vorsichtig heraushalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Herr Dr. Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Leitantrag des Vorstands wird zum einen das Thema der Sicherstellung einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung angesprochen. Wer hätte dagegen etwas einzuwenden? Das ist ein wichtiges Thema. Weiterhin geht es um die Steigerung der Attraktivität des ärztlichen Berufs. In diesem Zusammenhang dürfen wir nicht nur an andere – den Minister, die Gesellschaft – Forderungen stellen, sondern wir müssen, denke ich, unsere eigenen Hausaufgaben machen.

Wir werden bald über die (Muster-)Weiterbildungsordnung diskutieren. Wir in Nordrhein haben die alte (Muster-)Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin und wir haben die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung für das Fachgebiet Innere und Allgemeinmedizin. Die ersten jungen Kolleginnen und Kollegen sind noch nicht fertig, aber wir werden über die Änderung der Änderung der Änderung diskutieren. Wir verlieren absolut jede Glaubwürdigkeit, wenn wir in dieser Weise vorgehen und nicht in der Lage sind, ein so wichtiges Gebiet einvernehmlich zu regeln. Deswegen die herzliche Bitte: Wir dürfen die Weiterbildungsordnung nicht zum berufspolitischen Kampfgebiet verkommen lassen.

Ich habe noch die herzliche Bitte, den Vorschlägen der Fachgesellschaft, also der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, zu folgen. Wir folgen ja auch ansonsten ziemlich selbstverständlich den Vorschlägen beispielsweise der Gesellschaft für Unfallchirurgie und Orthopädie, ein Fachgebiet zusammenzufügen, wo man als Außenstehender durchaus Fragen haben könnte. Da sind wir den Vorschlägen auch nahtlos gefolgt.

Wir müssen unsere Hausaufgaben machen. Wenn wir die Attraktivität des Berufsbilds beispielsweise für die künftigen Ärztinnen erhöhen wollen, von denen ja viele in den hausärztlichen Bereich gehen wollen, müssen wir den Kolleginnen sagen können, nach welcher Weiterbildungsordnung sie denn einmal fertig werden. Wenn man mich im Augenblick fragt, kann ich nur sagen: Ich weiß es nicht. Ich kann Ihnen zwar den gegenwärtigen Stand nennen, aber ich kann Ihnen nicht garantieren, dass Sie unter diesen Bedingungen fertig werden können. Ich kann Ihnen auch nicht garantieren, dass ohne Weiteres ein Wechsel in ein anderes Bundesland möglich ist.

Das ist ein Zustand, den wir beenden sollten. Deswegen die herzliche Bitte, dass wir uns an die eigene Nase fassen und unsere Aufgaben erledigen, die wir erledigen können. Wenn wir das nicht tun – das sollte uns klar sein –, dann wird es der Gesetzgeber für uns übernehmen. Wir haben hier im Prinzip unsere letzte Chance, anderenfalls erledigt es der Gesetzgeber.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Marx. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Lenhard aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren des Vorstands! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Sachleistungsprinzip hat in den letzten 15 Jahren viele Praxen in Deutschland an die Wand gefahren. Jetzt kommt Herr Kollege Dietrich daher und spricht davon, das sei alles nicht so, man solle es fortführen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben zum ersten Mal die Chance, auch mit dem Rückenwind der Politik, dass die Großwetterlage beim Sachleistungsprinzip bereinigt wird. Aber schon wieder wird es zerredet. Meine Vorgänger haben ganz klar argumentiert und erklärt: Die soziale Verträglichkeit existiert.

Herr Dietrich, ich bin es leid, von Ihnen Vorschläge zu hören, die meine Arbeit desavouieren, die die Wertigkeit meiner Arbeit im niedergelassenen Bereich und auch im stationären Bereich ad absurdum führen. Ich kann das nicht mehr hören!

(Beifall)

Ich beobachte das seit drei Ärztetagen. Es fällt mir auf, dass Ihre Ausführungen regelmäßig unser aller Arbeit desavouieren. Das muss ich hier einmal loswerden.

(Beifall)

Ich komme aus Rheinland-Pfalz. Ich möchte dem Kollegen, der nach mir spricht, eine Korrektur aufgeben. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hat genau diese Befragung durchgeführt und nachgefragt, welche Kollegen das Sachleistungsprinzip beibehalten möchten und wie viele Kollegen die Kostenerstattung haben möchten. Das Ergebnis war eindeutig: 76,9 Prozent aller Kollegen möchten die Kostenerstattung zumindest einmal ausprobieren dürfen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich wünsche mir, dass der Deutsche Ärztetag in Dresden ein solch klares Votum für die Kostenerstattung abgibt.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Nun noch einmal Herr Kollege Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Anwesende! Ich melde mich noch einmal zu Wort, weil ich ein strukturelles Problem erkennen kann, das mit den Finanzen zu tun hat. Wenn das Kostenerstattungsprinzip umgesetzt wird – nach meinem Bauchgefühl könnte das so kommen –, werden die KVen ihre Beiträge nicht erhalten. Das bedeutet, dass ein wesentlicher Partner bei der Vertretung ärztlicher Interessen verschwindet. Das führt mittelfristig zu einer Partikularisierung ärztlicher Interessen und zum Verschwinden ärztlichen Sachverstands auf höherer Ebene, die das Fachgebiet teilweise überschreitet. Ich möchte Sie auf diesen gravierenden und zumindest für mich nicht einsehbaren Strukturfehler hinweisen.

Wenn Sie die KVen ihrer wirtschaftlichen Basis berauben, verlieren Sie einen gravierenden Partner in der Auseinandersetzung mit der Politik und mit den Krankenkassen. Wer soll das übernehmen? Das können doch eigentlich nur die Krankenkassen tun.

Zur Frage des Sachleistungsprinzips, das wahrscheinlich der Schuldige sein soll: Das ist eigentlich völlig falsch. Der Minister sagt: Sie kriegen für eine bestimmte Sache genauso viel Geld wie bisher. Sie schreiben Rechnungen, in denen Eurobeträge

stehen. Sie meinen, Sie erhalten mehr Geld. Aber wenn er sagt, wir bekämen nicht mehr Geld, dann kann nicht das Sachleistungsprinzip die Ursache sein. So weit dürfen wir doch denken.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt Herr Funken aus Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Ich möchte mich zum Thema Vergütungsstrukturen äußern. Im Änderungsantrag I-01 h zum Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer geht es darum, dass in Krankenhäusern eine Verbesserung des Vergütungssystems erreicht werden soll, und das vor dem Hintergrund, dass man eine patientennahe Versorgungsgruppe besserstellen soll, um die Versorgung aufrechtzuerhalten und die Ausbildung der Kolleginnen und Kollegen an den Krankenhäusern zu verbessern. Entsprechend dem Antrag sollen „ähnliche Einrichtungen“ hinzugenommen werden.

Ich denke, meine Damen und Herren, so kann man den Antrag nicht formulieren. Es geht darum, dass wir in einem solidarischen System für unseren Nachwuchs ein einheitlich strukturiertes, leistungsbezogenes Vergütungs- und Anreizsystem schaffen, indem wir nicht nur die Krankenhäuser fördern, sondern auch im ambulanten Bereich, insbesondere in der Allgemeinmedizin, entsprechende Strukturen schaffen.

Ich bitte darum, den Änderungsantrag zurückzuziehen, weil der Vorstandsantrag in dieser Frage etwas offener gestaltet ist.

Als Hausärzte werden wir derzeit stark angegriffen, weil wir angeblich das System der Solidarität der gesamten Ärzteschaft verlassen. Das stimmt, aber vor welchem Hintergrund geschieht das denn? Wir haben gestern die Rede von Herrn Rösler gehört, ob wir sie verstanden haben, weiß ich nicht ganz genau. Ich glaube, es sind viele Worte gefallen, deren Inhalt nicht viel Brauchbares hergibt, um darauf solide aufzubauen. Deswegen ist es an uns, unsere Zukunft selbst in die Hand zu nehmen und zu gestalten und nicht mit Larmoyanz auf das bisherige System zu blicken. Wir sollten den Blick nach vorn richten, denn man kann die Probleme, die man mit den Werkzeugen der Gegenwart geschaffen hat, nicht mit denselben Werkzeugen wieder lösen. Wir müssen zu neuen Ufern aufbrechen, wir müssen neue Instrumentarien schaffen.

Der Gesetzgeber ist uns da einen Schritt voraus gewesen, denn er hat in § 73 b für den Hausarztbereich den Weg eröffnet, dass wir nicht aus der Solidarität der ärztlichen Verantwortung gegenüber den Patienten, aber aus der Solidarität einer substituierten Finanzierung des fachärztlichen Bereichs im ambulanten Bereich herauskommen. Deswegen haben wir als Hausärzte auch darum gekämpft, dass wir diese hausarztzentrierten Versorgungsverträge bekommen, die die Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten nicht beeinträchtigen, sondern nur sicherstellen, dass wir als Hausärzte an einer Stelle Geld bekommen, wo wir an der Grenze dessen sind, was für eine ärztliche Leistung erträglich ist.

Das, was die Krankenhausärzte fordern, wäre eigentlich für alle Ärzte sinnvoll: dass sie ihre Gebührenordnung an die Grundlohnsummenentwicklung mit einer Steigerung von 4 Prozent als Inflationsausgleich anpassen. Dann ginge es uns allen schon einmal besser.

Deshalb bitte ich darum, den Änderungsantrag I-01 h zurückzuziehen und auf den Vorstandsantrag zurückzukommen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Funken. – Jetzt Herr Kollege Bolten, ebenfalls aus Nordrhein.

Dr. Bolten, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Das ist ja quasi so, als hätten wir uns abgesprochen, als handelten wir nach einem Drehbuch. Ich bin selbst Antragsteller beim Antrag I-01 h. Es geht in diesem Antrag im Kern um die Arbeitsbedingungen und die Vergütungssysteme im Krankenhaus. Das ist ein Thema, das nach meinem Geschmack bisher hier viel zu wenig diskutiert wurde. Diese Problematik liegt mir persönlich als Krankenhausarzt und auch als Vertreter dieser Arztgruppe sehr am Herzen.

Wir wollen durch diesen Antrag eine minimale Ergänzung erreichen, einen minimalen Appell, der von diesem Gremium ausgesprochen wird, dass wir als Ärzteschaft gemeinsam fordern, dass auch die Vergütungssysteme und die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus verbessert werden und die Krankenhausträger und ihre Vertreter – man muss das so allgemein formulieren – aufgefordert werden sollen, dies konstruktiv umzusetzen.

Wir haben bewusst eine winzig kleine Änderung beantragt. Ich glaube, dem könnten Sie alle zustimmen. Wir haben versucht, es so offen zu formulieren, dass wir nirgendwo anecken. Es ist im Moment ein zentrales Thema, da wir im größten Krankenhausbereich, nämlich im Bereich der kommunalen Krankenhäuser, vor einem Streik stehen. Dort sieht es nicht so aus, als ginge es um ein paar Prozent, um ein paar Nachkommastellen, sondern als ginge es um das gesamte Bestehen des Tarifsystems, das wir im Moment haben. Da wir alle wollen, dass das Vergütungssystem und die Arbeitsbedingungen verbessert werden, bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen. Wir werden ihn nicht zurückziehen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Die nächste Rednerin ist Frau Haus, ebenfalls aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zunächst kurz zum Änderungsantrag I-01 b, in dem es zur Kostenerstattung heißt:

*Von dieser Erprobung*

– gemeint ist die Kostenerstattung –

*sind Menschen, die der besonderen Solidarität der Gesellschaft bedürfen, auszunehmen.*

Ich möchte die Antragsteller fragen, wie sie diese Menschen von vornherein ausmachen wollen. Wollen Sie die irgendwie kennzeichnen? Bleiben sie in dieser Gruppe oder dürfen sie wechseln?

Ich finde, das ist eine Diffamierung einer Gruppe von Menschen. Ich kann mir vorstellen – wir wollen ja versuchen, vertrauensvoll miteinander umzugehen –, dass Sie das gut gemeint haben. Aber ich glaube, dieser Gruppe tun Sie damit gar keinen Gefallen, dass Sie sie auf diese Weise herausnehmen. Man sollte den Bürgern doch etwas mehr Möglichkeit geben, für sich selber zu sprechen, auch in diesen Fällen.

(Beifall)

Ich sage Ihnen: Diese Gruppe braucht das gar nicht. Sie unterstellen immer, dass die Kostenerstattungsmodelle über diese Gruppe hinweggehen. Das ist ja nicht der Fall. Lesen Sie doch bitte alle Vorschläge zur Kostenerstattung durch. Alle Modelle berücksichtigen Sonderfälle. Sie berücksichtigen, dass jemand mit dem Prinzip der Kostenerstattung gewisse Schwierigkeiten hat, sei es in finanzieller Hinsicht, sei es hinsichtlich der Bewältigung. Für all das gibt es sehr einfache Lösungen. Diese werden auch dargeboten. Tun Sie doch nicht so, als hätten wir das alles nicht überlegt und würden nicht Sorge tragen hinsichtlich dessen, was wir vorschlagen.

In Frankreich und in Belgien geht es diesen Gruppierungen auch nicht schlechter. Das hat eben Kollege Fresenius richtigerweise schon gesagt.

Offensichtlich ist Folgendes nicht klar: Die Selbstbeteiligung soll nicht beim Arzt eingezogen werden. Wir wollen weg von der Praxisgebühr.

(Beifall)

Das ist etwas, worüber der Patient zwar informiert ist, aber die Krankenkasse soll es einziehen. Ob sie 1 Euro, 5 Euro oder 10 Euro einbehält, ist vollkommen egal. Das bedeutet jeweils denselben Aufwand. Das ist ein ganz einfaches Prinzip, wie es im Versicherungswesen üblich ist. Tun wir doch nicht so, als wären wir mit unserem Gesundheitswesen auf einem anderen Stern. Die Krankenkassen sollen hier viel mehr in Anspruch genommen werden in der Verhandlung mit ihren Patienten bzw. in der Einordnung. Wir Ärzte haben mit dieser sozialen Einordnung eigentlich nichts zu tun. Wir sollen uns um die Patienten und ihre Gesundheit kümmern.

Deswegen bitte ich Sie, dem Antrag I-05 zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. – Jetzt haben wir einen Antrag zur Geschäftsordnung von Herrn Kollegen Hülskamp aus Nordrhein. Herr Hülskamp, Sie sind gefordert.

Dr. Hülskamp, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich glaube, über dieses Thema wurde genug diskutiert. Ich meine, wir hören jetzt immer wieder das Gleiche. Wir sollten uns nunmehr auf andere Dinge konzentrieren können. Daher beantrage ich Schluss der Debatte.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es ist Schluss der Debatte zu Tagesordnungspunkt I beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist dagegen? – Das Erste war mehr.

(Beifall)

Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Damit ist Schluss der Debatte beschlossen. Dann können wir in die Abstimmung eintreten.

Ich bekomme gerade die Nachricht, dass noch weitere fünf Änderungsanträge zum Antrag 01 eingegangen sind. Das ist ein echtes Problem, denn der Antragstext muss auf die Leinwand projiziert oder wenigstens vorgelesen werden. Diese Anträge sind eingegangen, bevor die Abstimmung über den Schluss der Debatte stattfand.

(Zuruf: Wiederaufnahme!)

Deswegen müssen wir noch ein bisschen warten, bis wir in die Abstimmung zum Tagesordnungspunkt I und den Antrag 01 eintreten können.

Entweder machen wir jetzt ein paar Minuten Pause oder wir rufen den Tagesordnungspunkt „Patientenrechte“ auf.

(Beifall)

Referenten zu diesem Tagesordnungspunkt sind Herr Dr. Montgomery und Herr Dr. Liese, Mitglied des Europäischen Parlaments, der heute zu uns gekommen ist, um zu diesem Thema aus europäischer Sicht Stellung zu nehmen, und den ich sehr herzlich begrüße.

(Beifall)

Dann unterbrechen wir jetzt den Tagesordnungspunkt I, machen dort nach der Abwicklung des Tagesordnungspunkts IV allein mit der Abstimmung weiter und öffnen keine Rednerliste mehr. Wir stimmen dann ab. Notfalls müssen wir die Anträge, die noch gekommen sind, vorlesen. Aber vielleicht können die Anträge zwischendurch auch verteilt werden.

Sind Sie damit einverstanden?

(Beifall)

– Dann unterbrechen wir Punkt I der Tagesordnung. Ich rufe jetzt **Tagesordnungspunkt IV** auf:

## Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft

Wir haben zu dieser Thematik zwei Referenten: Herrn Dr. Montgomery für die deutsche Situation und Herrn Dr. Peter Liese, Mitglied des Europäischen Parlaments, für die Betrachtung aus europäischer Sicht.

Ich bitte zunächst Dr. Montgomery, sein Referat zu halten. Bitte sehr.

Dr. Montgomery, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich danke Ihnen dafür, dass ich in dieser Pause der Antragsberatung zu Ihnen sprechen darf. Wir wollen den Tagesordnungspunkt „Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft“ auf diesem Ärztetag diskutieren, weil wieder einmal eine intensive politische Debatte zu diesem Thema in der Bundesrepublik läuft. Die politische Debatte, die wir schon vor zehn Jahren erlebt haben, ist erneut eröffnet worden. Sie erinnern sich an den Wahlkampf vor der Bundestagswahl. Damals hat die Patientenbeauftragte der damaligen Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, vorgeschlagen, ein Patientenrechtegesetz zu verabschieden. Sie wurde im Wahlkampf getoppt von Annette Widmann-Mauz, die sogar forderte, ein Patientenschutzgesetz zu verabschieden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das war Wahlkampf. Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP finden wir die Aussage:

> *Die Patientenrechte wollen wir in einem eigenen Patientenschutzgesetz bündeln, das wir in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeiten werden.*

Folgerichtig hat der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, die Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz bis Ende dieses Jahres angekündigt. Die SPD-Fraktion hat im Deutschen Bundestag einen eigenen Antrag eingebracht, in dem die Bundesregierung aufgefordert wird, einen Gesetzentwurf zum Schutz der Patientenrechte einzubringen. In diesem Antrag gibt es Schwerpunkte, die eine Fülle von Änderungen am geltenden Recht bewirken würden, beispielsweise die gesetzliche Regelung des Behandlungsvertrags, Erleichterungen der Beweislast im Arzthaftungsprozess, im Patientenrechtegesetz festgelegte Regelungen zur Patientensicherheit, Patientenbeteiligung in Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern sowie alternative Entschädigungssysteme bei Behandlungsfehlern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Debatte führen wir in Europa und in Deutschland auf verschiedenen Ebenen seit vielen Jahren. Im Kern geht es dabei immer um zwei Dinge: einmal um individuelle Patientenrechte, zum anderen immer aber auch um die kollektiven Rechte der Patienten in gesundheitsrechtlichen und gesundheitspolitischen Fragen.

Auf der Grundlage eines Gutachtens aus dem Jahr 1998, welches die Bremer Rechtsprofessoren Francke und Hart im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz verfasst hatten, entwickelte eine Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz Anfang der ersten Dekade dieses Jahrhunderts in einem Diskussionsprozess ein Arbeitspapier. Dies geschah unter Beteiligung vieler Organisationen, wozu auch die Bundesärztekammer gehörte. Die Leitung dieser Gruppe hatte der Bremer Gesundheitsabteilungsleiter Matthias Gruhl.

Auf dieser Basis wurde dann eine weitere Arbeitsgruppe gemeinsam mit der Bundesministerin für Justiz, Herta Däubler-Gmelin, und der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, eingesetzt, der anzugehören ich die Ehre hatte, die die Kodifizierung eines Patientenrechtegesetzes vorantreiben sollte. Die Debatten wurden 2002 und 2003 geleitet vom ehemaligen Präsidenten des Bundesgerichtshofs, Karlmann Geiß, der mit souveräner richterlicher Präzision immer wieder zwei Kernfragen anging: Erstens. Kann man die in vielen Rechtsgebieten verstreuten, teilweise aus Richterrecht abgeleiteten Ansprüche und Rechte der Patienten gegenüber Leistungserbringern, Krankenkassen, Staat und Gesellschaft in einem „allumfassenden“ Gesetz zusammenführen? Zweitens. Kann man dies tun, ohne dabei in die Rechtsmaterien materiell einzugreifen, ohne etwas substanziell zum Nachteil oder Vorteil eines der Diskussionsteilnehmer zu verändern?

Es war nämlich damals – wie heute – klar zu erkennen, dass es vielen Teilnehmern an dieser Debatte überhaupt nicht um eine Kodifizierung des vorhandenen Rechts allein ging. Viele versuchten dabei vor allem eine Änderung des Rechts zu ihren Gunsten. So forderten Patientenverbände und Verbraucherschutzorganisationen immer wieder eine Beweislastumkehr im Haftungsverfahren, eine verschuldensunabhängige Haftungslösung oder weitgehende Beratungs- und Betreuungsfunktionen für sich selbst. Manchmal beschlich mich bei diesen Debatten das Gefühl, es ginge dabei weniger um „Patientenrechte“ als vielmehr um die materielle Zukunftssicherung selbst ernannter „Patientenrechtler“.

(Beifall)

Im Ergebnis kam nach zweijähriger Debatte mit großer Mehrheit – aber nicht einstimmig – klar heraus: Es ist nicht sinnvoll, ein allumfassendes Patientenrechtegesetz zu verfassen, und es ist nicht möglich, dieses zu tun, ohne dass im parlamentarischen Verfahren substanzielle Veränderungen am Recht vorgenommen werden. Man muss heute den Satz „Auf hoher See und vor Gericht ist man auf den lieben Gott angewiesen“ erweitern zu „Auf hoher See, vor Gericht und im parlamentarischen Verfahren ist man auf den lieben Gott angewiesen“. Aber solche substanziellen Veränderungen am Recht machen keinen Sinn.

Folgerichtig haben wir daher in der Kommission nicht den Entwurf eines Patientenrechtsgesetzes erarbeitet, sondern eine Informationsbroschüre mit dem Titel „Patientenrechte in Deutschland“ erstellt. Der Kerngrund ist, dass Deutschland nicht etwa über ein schlechtes Patientenrecht verfügt, sondern über ein stark ausgeprägtes Patientenrechteniveau, während die Patienten aber teilweise nicht wissen, woher sie die Informationen über ihre Rechte ungefärbt und unbeeinflusst erfahren können.

Die erwähnte Dokumentation ist eine Beschreibung des bestehenden Rechtszustands, keine neue normative Entwicklung. So heißt es in der Präambel dieses Dokuments:

*Das Dokument ist eine Bestandsaufnahme des geltenden Rechts, die weiteren Diskussionen nicht vorgreift. Es soll die Transparenz im Gesundheitswesen erhöhen und durch eine breite Unterstützung nachhaltige Wirkungen für alle Beteiligten entfalten.*

Meine Damen und Herren, auch heute gilt noch: Geht es eigentlich um das Zusammenfassen des bestehenden Rechts oder um die Schaffung neuer Tatbestände? Sollen dabei individuelle Patientenrechte ausgebaut werden? Oder soll die kollektive Beteiligung von Patienten an Gesetzgebung und Verwaltung, insbesondere in und gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, verstärkt werden? Oder besteht ein – für uns nachvollziehbares – Unbehagen darin, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung möglicherweise ein anderes Verständnis von Patientenrechten besteht, als es beispielsweise wir Ärzte selbst haben?

Ziel individueller Patientenrechte ist die Gewährleistung von

- angemessener Information und Beratung
- standardgemäßer Behandlung
- standardgemäßer Dokumentation
- Einsicht in die Behandlungsunterlagen
- Vertraulichkeit und Datenschutz

(Beifall)

Nehmen wir die Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte in die Hand, dann stellen wir fest, dass alle diese individuellen Patientenrechte in ärztlichen Pflichten sozusagen reziprok längst geregelt sind.

Schauen Sie sich beispielsweise § 7 der (Muster-)Berufsordnung an, wo Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln bestimmt werden. Dort heißt es:

*Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.*

Der Patientenrechtekonzeption unserer Berufsordnung liegt dabei ein partnerschaftliches Kooperationsmodell von Patient und Arzt zugrunde. Professor Katzenmeier aus Köln, der uns auf dem vorjährigen Ärztetag in Mainz mit seinem Vortrag sehr beeindruckt hat, spricht in seinem Buch „Arzthaftung“ von der Arzt-Patient-Beziehung als einem therapeutischen Arbeitsbündnis.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verlangt vom Arzt, den Kranken an den oft schwer zu vermittelnden Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Er hat sich mit dem Patienten über Krankheit und Behandlung zu verständigen. Diese Interaktion führt dazu, dass nicht ein von außen bestimmter Behandlungsstandard am Patienten vollzogen wird, sondern eine individuelle Behandlung stattfindet, bei der – wie Katzenmeier es ausdrückt – „die Wertewelt des Gegenüber Beachtung und Eingang findet“.

Aus echter Partnerschaft lassen sich aber nicht nur einseitig Pflichten des Arztes und Rechte des Patienten ableiten. Arzt und Patient sollten den Behandlungserfolg zu ihrem gemeinsamen Anliegen machen. Es ist vom Patienten zu erwarten, dass er Heilung nicht aus passiver Konsumhaltung heraus als vertraglich geschuldete Reparaturleistung des Arztes nach dem Motto „Ich bin hier Kunde“ betrachtet. Auch der Patient ist gefordert, Selbstverantwortung für seine Gesundheit und Gesundung zu übernehmen! Auch der Arzt hat ein Anrecht darauf, dass der Patient dies als seine Pflicht begreift!

(Beifall)

Im Rahmen ärztlicher Behandlung – und das sind Diagnose und Therapie – steht die Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund. Jedoch: Diese kann vom Arzt nicht garantiert werden.

Damit komme ich zum Arzthaftungsrecht. Es ist im Wesentlichen richterrechtlich geprägtes Recht. Im Mittelpunkt steht dabei immer wieder die Frage nach der Einhaltung des anerkannten medizinischen Standards. Darüber aber entscheidet die Medizin. Diese Standards können nur von Ärzten sachgerecht definiert werden.

Insbesondere in der retrospektiven Betrachtung eines Falles sind diese Fragen daher immer von der Expertise der Ärzte abhängig. Sie können als Einzige beurteilen, ob eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde. Deswegen haben wir ja bei den Ärztekammern Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, damit der Patient schnell zu seinem Recht kommt, damit aber auch der Arzt schnell Rechtssicherheit in diesem für jeden Beteiligten hochgradig belastenden Verfahren hat. Wir dienen hier Patienten- und Arztrechten gleichermaßen, ohne dass es jemals einer Kodifizierung in einem Patientenrechtegesetz bedurft hätte.

Unstreitig ist ein weiteres zentrales Element des Begriffspaars Arztpflichten/Patientenrechte die Information als Basis der Partnerschaft. Die sinnvolle Wahrnehmung dieses Rechts sicherzustellen, ist der Hauptzweck der Aufklärungspflicht des Arztes. Daraus ergibt sich aber auch umgekehrt, dass die Mitwirkung des Patienten an seiner Behandlung Grundvoraussetzung für einen rechtskonformen Heileingriff ist.

Der in Deutschland gültige „ärztliche“ oder „medizinische“ Behandlungsvertrag hat eine medizinische Leistung durch einen Arzt zum Gegenstand. Der medizinische Behandlungsvertrag ist auch nach der Schuldrechtsmodernisierung 2002 nicht als eigenständiger Vertragstyp ausgestaltet und besonders kodifiziert worden. Er wird von der herrschenden Lehre als Dienstvertrag höherer Art eingeordnet. Grund dafür ist zunächst, dass der Arzt aufgrund der Unberechenbarkeit des menschlichen Körpers den durch die Behandlung erhofften Heilungsverlauf nicht garantieren kann und daher auch für einen Behandlungserfolg nicht einstehen kann. Es kann – leider – kein Patientenrecht auf Heilung geben, nur eines auf bestmögliche Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst.

(Beifall)

Die Bundesärztekammer hat daher stets betont, dass der beste Patientenschutz von einer funktionierenden Berufsordnung ausgeht, und zwar einer Berufsordnung, wel-

che die Ärzteschaft auf der Grundlage des Auftrags aus den Kammer- und Heilberufegesetzen in Autonomie und diskursiver Selbstbestimmung ihres Arztbildes entwickelt hat, einer Berufsordnung, die nach intensiver Beratung in unseren Gremien öffentlich und ohne Vorbehalte hier auf dem Deutschen Ärztetag, dem höchsten Souverän unseres Berufs, diskutiert und verabschiedet wird, die dann noch einmal in den Länderparlamenten diskutiert und verabschiedet wird und schließlich von den Aufsichtsbehörden genehmigt wird.

Transparenter, nachvollziehbarer, gerechter und präziser kann man individuelle Patientenrechte überhaupt nicht verankern, als wir das tun!

(Beifall)

Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, es geht nicht nur um individuelle Patientenrechte, es geht in der Diskussion auch um die Rechte der Bürger, der Versicherten – sozusagen als potenzielle Kranke – und der Patienten gegenüber Staat und Gesellschaft.

Darin liegt auch der Grund für ein wachsendes Konfliktpotenzial zwischen Ärzteschaft und Politik im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Entwicklung. Wir alle – Patienten und Ärzte gemeinsam – leiden seit Jahrzehnten daran, dass die Aufgabe des Arztes gegenüber seinem Patienten, dessen individuellen Bedürfnissen entsprechend professionell vorzugehen, zunehmend bürokratisiert, administriert und reglementiert wird.

Und damit komme ich zu der eigentlichen Problematik der Patientenrechte, wie wir sie sehen, nämlich dem Problem der angemessenen Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und der mittelbaren Beeinflussung der Leistungserbringer, Ärzte und Krankenhäuser, durch entsprechende sozialrechtliche Vorgaben.

Patientenrechte sind heute weniger durch die Ärzteschaft gefährdet, die sie mittelbar durch ihre in der Berufsordnung festgeschriebenen Pflichten realisiert; Gefahr droht ihnen aber im Kontext staatlicher Gesundheitspolitik für die gesetzlich Krankenversicherten.

(Beifall)

Hier geht es um Versichertenrechte als Patientenrechte.

In eine ernsthafte Debatte um ein Patientenrechtegesetz, die auch diese Rechtsmaterie mit umfassen sollte, gehörten also zwangsläufig auch Teile des sich schnell wandelnden SGB V mit hinein. Ja, auch Teile der Sozialgesetzbücher IX und XI (Pflege und Rente) haben hier Wechselwirkungen. Das sind Leistungsansprüche des Patienten gegenüber den Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern, Ansprüche auf die Qualität der Leistungserbringung und der Verpflichtung des Systems, diese zur Verfügung zu stellen. Und schließlich geht es natürlich auch um Beteiligungs- und Mitspracherechte der Patienten und ihrer Organisationen.

Sie sehen: Man begibt sich in eine ganz gefährliche Diskussion, wenn diese über eine gesetzliche Regelung von individuellen Patientenrechten auch vor dem Hintergrund der Ressourcen- und Finanzierungsdiskussionen in unserem Gesundheitswe-

sen geführt wird. Mit Sicherheit ist sie durch ein einfaches Patientenrechtegesetz – mal so eben – nicht abschließend und nicht fair im Interesse der Patienten und der Leistungserbringer zu beenden. Sie wird dann erst richtig anfangen, wenn jede Änderung im SGB V, jede Änderung in den Sozialgesetzbüchern Pflege und Rente Auswirkungen auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hat, wenn Beteiligungsregelungen der Patienten zum Beispiel an den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses anstehen und wenn richterliche Rechtsprechung im Haftungsrecht neue Tatsachen schafft.

Ich bin mir nicht sicher, dass sich die Politik dieser Konsequenzen und der daraus erwachsenden Probleme überhaupt klar ist.

(Beifall)

Ist die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung in einem Patientenrechtegesetz daher womöglich nur die Reaktion auf ein Unbehagen der Patientenverbände und Verbraucherschutzverbände bezüglich einer mangelnden Beteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen?

Hier ist zunächst festzuhalten, dass alle letzten Reformgesetze eine Patientenbeteiligung institutionalisiert haben, und zwar insbesondere im Zusammenhang mit der Richtliniengebung im Gemeinsamen Bundesausschuss, aber auch in anderen Bereichen normativer oder informationeller Aufgaben. Davon wird auch, wie die Bundesärztekammer, die im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht beteiligt ist, feststellen kann, rege Gebrauch gemacht. Ob dies als ausreichend angesehen werden kann, ist zunächst eine Frage, die sich die Politik selbst stellen muss und die auch eine neuartige Diskussion vor allem für die gesetzliche Krankenversicherung bewirken würde. Das heißt, diese Debatte sollte innerhalb der Logik des SGB V geführt werden und nicht durch ein weiteres „Gesetzbuch Patientenrechte“ überlagert werden.

(Beifall)

Wir müssen uns nämlich fragen: Wie können oder sollten denn von Verbänden entsandte sogenannte professionelle „Patientenvertreter“ rechtlich verbindlich in Entscheidungen mit rationierender Wirkung für andere einbezogen werden?

Für die Bundesärztekammer möchte ich anmerken, dass wir einen Ausbau kollektiver Patientenbeteiligung im gesundheitspolitischen Kontext für bestimmte Bereiche immer befürwortet haben. Ich verweise beispielhaft darauf, dass das ärztliche Zentrum für Qualität der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei der Entwicklung nationaler Versorgungsleitlinien eine Patientenbeteiligung vorsieht.

Wir wünschten uns nur, dass es im politischen Prozess gelänge, klarer zu definieren, wer denn als Patientenvertreter infrage kommt: Sind es die Vertreter der Selbsthilfegruppen? Und wenn ja, von welchen? Sind es die vom Entscheidungsgegenstand Betroffenen? Oder sind es die Interessenorganisationen vermeintlich Medizingeschädigter? Ist es die „Unabhängige Patientenberatung Deutschlands“ oder sind es die professionellen Vertreter der Verbraucherzentralen, die in alle diese Institutionen vordringen und dort die Patientenvertreter dominieren? Diese Frage muss die Politik beantworten, meine sehr verehrten Damen und Herren. Wir sind bereit, mit allen zu reden. Wir wollen mit allen zusammenarbeiten, aber wir müssen dabei höllisch auf-

passen, dass nicht eine neue Beteiligungsbürokratie entsteht, die sich für die Fortentwicklung vor allem der medizinischen Professionalität eher hinderlich als förderlich auswirkt.

(Beifall)

Und damit komme ich zum aktuellen Debattenstand. Wolfgang Zöller, der schon erwähnte Patientenbeauftragte der Bundesregierung, hat in mehreren Interviews und Stellungnahmen darauf hingewiesen, er wolle bis zum Ende dieses Jahres die Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz vorgelegt haben. Ihm geht es – das hat er mir in einem Gespräch vor einigen Tagen bestätigt, das ich gesucht habe, weil er heute nicht hier sein kann – nicht darum, in die bestehenden Rechte einzugreifen und etwas zu ändern. Er lehnt übrigens den Begriff eines „Patientenschutzgesetzes“ genauso vehement ab wie wir. Patienten muss man in Deutschland nicht schützen – schon gar nicht vor ihren Ärzten.

(Beifall)

Patienten sind weder eine rare noch eine schlecht behandelte Spezies, die man wie im „Vogelschutzgesetz“ oder „Tierschutzgesetz“ schützen müsste. Vor allem aber darf man Patienten nicht unter angeblichem Schutz bevormunden, sondern man muss ihre Rechte aus ihrer Person heraus würdigen und wahren. Das muss unser Ziel in der Debatte sein.

(Beifall)

Zöller versicherte mir weiterhin, dass mit ihm insbesondere eine Beweislastumkehr im Haftungsprozess nicht zu machen sei. Sie führe nur zu einer starken Verrechtlichung und Bürokratisierung medizinischer Verfahren. Davon haben wir aber schon genug, davon brauchen wir fürwahr nicht mehr! Da ist ihm uneingeschränkt zuzustimmen.

Und er wünscht sich eine aktive Fehlerkultur, aber nicht auf Zwangsbasis. Ihm ist sehr wohl klar, dass alle funktionierenden Fehlermeldesysteme auf der Freiwilligkeit, der Sanktionsfreiheit und dem Willen, aus Fehlern zu lernen, aufbauen. „Für das Lernen aus unseren Fehlern werden unsere Fehler immer wertvoller“ – dieser Satz des Philosophen Karl Popper ist das Mantra der Fehlerkultur. Das scheint Zöller genauso zu sehen wie wir und darin stimmen wir ihm zu.

(Vereinzelt Beifall)

Ihm geht es aber, bildlich gesprochen, auch noch um etwas anderes, nämlich darum, „gleiche Augenhöhe“ zwischen Patienten und Ärzten herzustellen. Meine Damen und Herren, das begrüßen wir. Gleiche Augenhöhe ist Ausdruck von Partnerschaft im therapeutischen Arbeitsbündnis. Man muss sie auch, so meine Meinung, gar nicht erst herstellen, sie ist in einem funktionierenden Patient-Arzt-Verhältnis vorhanden.

Man darf dabei aber nicht verkennen – und das kann kein Patientenrecht dieser Erde ändern –, dass das Verhältnis von Patient und Arzt immer von einer Asymmetrie geprägt sein wird. Auch Herr Minister Rösler hat das gestern in seiner Rede noch einmal betont. Der eine ist nun mal gesund und kann helfen, der andere sucht Hilfe und Heilung. Der eine hat das Wissen des Arztes und kann es anwenden, der andere hat

das Wissen primär nicht und braucht daher Vertrauen und Verständnis. Er muss die Sicherheit und Gewissheit haben, dass sein Arzt alles medizinisch Sinnvolle, Nötige, Machbare auch in seinem Interesse anwendet. Er muss vor allem: Vertrauen haben!

Es geht also nicht nur um „Augenhöhe“; viel wichtiger scheint mir die „Wellenlänge“, meine Damen und Herren. Beide – Patient und Arzt – müssen in ihrer verbalen wie nonverbalen Kommunikation zu einem partnerschaftlichen Verhältnis finden, das von der gleichen Wellenlänge des Vertrauens und Verständnisses getragen ist. Der Arzt muss sicher sein, dass die für seinen Patienten individuell medizinisch erforderlichen Verfahren, Medikamente, Therapieansätze auch möglich und erbringbar sind. Und der Patient muss vertrauen können, dass der Arzt auch frei von rationierenden, entindividualisierenden Entscheidungen das Bestmögliche für seinen Patienten tun kann.

Vertrauen und Dialog sind nun einmal die Kernelemente einer partnerschaftlichen, erfolgversprechenden Beziehung zwischen Patient und Arzt. Sie müssen gestärkt werden.

Es nutzt nichts, Verwirrung und Unsicherheit durch eine Debatte über angeblich fehlende oder schlecht ausgestaltete Patientenrechte zu stiften. Wichtiger wäre es, die zentralen Fragen in unserem Gesundheitssystem aktiv anzugehen.

Und hier erinnern wir daran, dass wir uns auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag sehr intensiv mit den Fragen der Priorisierung und Rationierung auseinandergesetzt haben. Wir haben eine Diskussion begonnen, in der viel vordringlicher Patientenrecht gesichert wird als in einer rechtsdogmatischen Debatte, in der es um die Frage „Kodifizierung – ja oder nein“ geht. Zumal doch am Ende klar erkennbar ist, dass es vielen, die sich besonders aktiv an dieser Kodifizierungsdebatte beteiligen, nur um eine Veränderung der guten Rechtsposition in Deutschland geht. In dieser Veränderung aber steckt für die Patienten keine Verbesserung!

(Beifall)

Wer etwas zum Wohle der Patienten verbessern will, der sollte besser folgende acht Forderungen berücksichtigen:

Erstens. Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung.

(Beifall)

Das setzt die Therapiefreiheit des Arztes ebenso voraus wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel. Eine Rationierung medizinischer Leistungen oder auch der Weg in eine Checklistenmedizin führen jedoch zu einer schlechten medizinischen Versorgung.

Zweitens. Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl.

(Beifall)

Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben nur Phrasen, wenn dieses Recht auf freie Wahl und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird.

Drittens. Der Patient hat Anspruch auf Transparenz.

(Beifall)

Die Ärzteschaft setzt sich deshalb nachdrücklich für eine regelmäßige Information des Patienten über Art, Menge, Umfang und vor allem die Kosten der für ihn erbrachten Leistungen ein. Zugleich aber muss der Patient die Möglichkeit erhalten, zwischen Sachleistung und Kostenerstattung auf der Basis einer amtlichen Gebührenordnung frei zu wählen.

(Beifall)

Viertens. Der Patient hat Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses. Grundlage einer freien und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist deshalb die ärztliche Schweigepflicht. Gesetzliche Mitteilungspflichten müssen auf das medizinisch unerlässlich Notwendige begrenzt bleiben. Bei der Erfassung und Verwendung von Patientendaten ist in jedem Einzelfall die Zustimmung des Patienten unerlässlich.

(Beifall)

Fünftens. Der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Gesellschaft. Solidarität heißt, dass jeder entsprechend seinen finanziellen Möglichkeiten seinen Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu leisten hat und die Krankenversicherung auch nur nach Maßgabe des Notwendigen in Anspruch nimmt. Zugleich muss im Wettbewerb der Krankenversicherung Raum für die private Krankenversicherung bleiben. Eine Einheitsversicherung widerspricht den Prinzipien der Eigenverantwortung sowie der Patientenautonomie und wird deshalb von uns Ärzten abgelehnt.

(Beifall)

Sechstens. Der Patient hat Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung, die diesen Namen auch verdient.

(Beifall)

Siebtens. Der Patient hat Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen. Dies ist nur durch eine Selbstverwaltung der Beteiligten und Betroffenen zu gewährleisten. Wird die Selbstverwaltung jedoch abgeschafft oder wird den Krankenkassen die alleinige Steuerungsmacht über das Gesundheitswesen übertragen, dann sind Anonymisierung, Deprofessionalisierung und weitere Mangelverwaltung nicht mehr aufzuhalten. Dann ist die Rationierung als Strukturprinzip unausweichlich. Menschlichkeit und medizinischer Fortschritt werden dann Luxus in einer Mehrklassenmedizin.

Achtens. Der Patient erwartet Fürsorge und Zuwendung von den im Gesundheitswesen Tätigen. Doch die zunehmende Reglementierung im Gesundheitswesen, die zum Teil menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen und die überbordende Bürokratie führen zu wachsender Demotivation der Gesundheitsberufe. Die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müssen deshalb endlich so gestaltet werden, dass diese Berufe wieder an Attraktivität gewinnen.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, das sind die acht Prüfsteine einer echten Patientenrechtediskussion. Das ist die Messlatte, an der sich diejenigen messen lassen müssen, die hier ein neues Gesetzbuch schreiben wollen. Deswegen werden wir uns dann nicht gegen eine Eins-zu-Eins-Kodifizierung des geltenden Rechts sperren, wenn dies – trotz unserer rechtssystematischen Bedenken – ohne eingreifende Veränderungen möglich ist.

Wer aber, quasi durch das Hintertürchen, hierbei gravierende Verschlechterungen im Patient-Arzt-Verhältnis plant, der wird auf unseren erbitterten Widerstand stoßen!

(Beifall)

Ich möchte jetzt noch kurz auf einige in der Patientenrechtediskussion vorrangige Schwerpunktthemen eingehen. Ich meine Qualitätssicherung und Patientensicherheit. Wir setzen auf Qualitätssicherung und Patientensicherheit. Beide sind Modelle gelebten Patientenschutzes und dienen Ärzten und Patienten gleichermaßen. Versorgung nach den bestmöglich erreichbaren Standards ist ein Anrecht, das Patienten von Politik, Leistungsträgern und Ärzten in einer so reichen und hoch differenzierten Gesellschaft wie der unseren berechtigt einfordern. Wir liefern die Modelle, wir haben dazu schon Konzepte entwickelt, lange bevor andere dies überhaupt als Thema – und als Patientenrecht – begriffen hatten. Es waren Ärzte wie Friedrich Kolkmann aus Baden-Württemberg oder Günther Jonitz aus Berlin, die dies gegen alle Widerstände und oft auch aktive Torpedierungsversuche als einen Ausdruck gelebter Patientenrechte durchgesetzt haben. Für diese Sisyphusarbeit schulden wir ihnen viel Dank!

(Beifall)

Voraussetzung der Qualitätssicherung ist die Bereitschaft zur selbstkritischen Überprüfung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Qualitätssicherung führt zur Entdeckung von Qualitätsdefiziten bzw. Verbesserungspotenzialen. Dies kann aber nur funktionieren, wenn die Qualitätssicherung von den Betroffenen akzeptiert und von ihnen selbst ein- und durchgeführt sowie weiterentwickelt wird. Akzeptanz durch die Betroffenen ist die zentrale Voraussetzung und der Schlüssel zum Erfolg aller eingeleiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Als Beispiele institutioneller und mittelbarer Sicherung – durch die Bundesärztekammer initiiert oder mit initiiert – darf ich Folgendes erwähnen:

Als Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen betreibt die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das internetbasierte Berichts- und Lernsystem CIRSmedical Deutschland. Es erfasst kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin. Es ist in seinem Ansatz den Fehlerkultursystemen der Luftfahrt entlehnt. Und es ist letztlich das, was der Patientenbeauftragte fordert. Sie sehen: Auch in dieser Debatte ist die Ärzteschaft wieder einmal der Politik um Jahre voraus.

Das gilt auch für unser Medical Error Reporting System – MERS. Die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern wird seit 2006 EDV-gestützt bundesweit einheitlich erfasst und in einer Bundesstatistik zusammengeführt. Diese Daten geben nicht nur Auskunft über die Anzahl an Anträgen für eine außergerichtliche Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen und den entsprechenden Ergebnissen der Begutachtungsverfahren; sie informieren auch dif-

ferenziert über den Kontext von Fehlergeschehen, die betroffenen Fachgebiete, die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen etc. Erst diese Informationen aus vorliegenden Schadensfällen bzw. Fehlervorwürfen liefern wichtige Hinweise zur Fehlerprävention, die dann wiederum Eingang in ärztliche Fortbildungsmaßnahmen finden.

Im April 2005 hat sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. gegründet. Unter dem Dach des Aktionsbündnisses vernetzen sich über 120 Vertreter aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. Übergreifendes Ziel dieses Netzwerks ist es, die Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen zu fördern. Günther Jonitz ist gegenwärtig Vorsitzender dieses Bündnisses. Er leistet dort gute und wichtige Arbeit für die Patienten und für uns.

(Beifall)

Diese Maßnahmen sind aktive Bemühungen der Ärzteschaft, Patientenrechte in konkretes Handeln und in direkten Nutzen für Patienten umzusetzen. Damit kommt man weiter, liebe Kolleginnen und Kollegen, nicht mit rechtsdogmatischen Debatten über „Patientenrecht“ oder gar „Patientenschutz“. Nicht Paragrafen haben wir vor Augen, sondern Handlungen.

Lassen Sie mich abschließend ganz kurz folgende Thesen formulieren. Wichtiger als eine ausschweifende Debatte über den Sinn oder Unsinn eines Patientenrechtegesetzes mit dem Risiko erheblicher Rechtsveränderungen im parlamentarischen Verfahren wäre die Forderung:

- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standort entsprechend und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend – auch für den Notfall – ausgestattet sein. Dafür lohnt es zu streiten!

(Beifall)

- Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Hier müssen Patienten und Ärzte gemeinsam kämpfen!

- Qualitätsmanagement und Kompetenzförderung bringen eine stetige Entwicklung und Verbesserung der ärztlichen Behandlung. Sie nutzen Patienten und Ärzten gleichermaßen. Dabei kämpfen wir für unsere Überzeugung, dass Anreiz und Motivation erfolgversprechender sind als Zwang!

- Priorisierung und Rationierung stehen längst nicht nur als Debattenmodelle im Raum, sondern sind gegenwärtig in unseren Praxen, Kliniken und Krankenzimmern. Wir wollen nicht esoterisch über längst geregelte rechtsdogmatische Fragen diskutieren. Wir brauchen eine klare gesellschaftliche, lösungsorientierte, pragmatische und vor allem gerechte Debatte über die Priorisierung ärztlicher Leistungen in einer Zeit, in der die Schere zwischen Ressourcen und Möglichkeiten erkennbar immer weiter aufgehen wird. Dafür, liebe Kolleginnen und Kollegen, setzen wir uns ein, das verlangen wir für unsere Patienten!

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frank Ulrich Montgomery, für diesen präzisen Vortrag und vor allen Dingen auch für die starke politische Aussage, die darin steckt. Ich glaube, die Botschaft muss in Berlin ankommen. Dann wird man sich überlegen, ob man auf dem richtigen Weg ist.

Ich begrüße jetzt noch einmal Herrn Dr. med. Peter Liese, Mitglied des Europäischen Parlaments, Mitglied im Ausschuss für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments. Er wird uns aus europapolitischer Sicht darstellen, wie die Situation in den Mitgliedsländern der Europäischen Union aussieht. Bitte schön, Dr. Liese.

Dr. Liese, MdEP, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident Professor Hoppe! Herr Vizepräsident Dr. Montgomery! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung zum Deutschen Ärztetag. Ich möchte die Gelegenheit auch nutzen, mich für die gute Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren zu bedanken, insbesondere auch bei Herrn Professor Hoppe, bei Herrn Dr. Montgomery, der ja auch Vizepräsident des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte ist, und bei Herrn Dückers. Die Entscheidungen der Europäischen Union und damit fast immer auch die Entscheidungen des Europäischen Parlaments haben einen immer stärkeren Einfluss auf die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Deshalb ist es wichtig, dass Sie Ihren Sachverstand in die europäischen Entscheidungen mit einbringen.

Ich begrüße es sehr, dass die Bundesärztekammer ihre Vertretung in Brüssel ausgebaut hat. Sie haben dort jetzt zwei Vollzeitmitarbeiterinnen. Damit sind Sie immer noch wesentlich schwächer vertreten als viele andere „Lobbyisten“, vor allen Dingen aus der Industrie. Aber die Ärzteschaft hat eine hohe Glaubwürdigkeit. Deshalb haben wir gemeinsam auch schon einiges erreicht.

Ich möchte an alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland appellieren: Nutzen Sie diese Möglichkeit und die Informationen, die das Brüsseler Büro Ihnen gibt. Nutzen Sie auch die Möglichkeit, dort Anregungen für die europäische Politik einzubringen.

Wir haben schon einiges gemeinsam erreicht. Ich möchte einige Beispiele nennen. Der offensichtlichste Erfolg ist sicher das Engagement im Zusammenhang mit der Arbeitszeitrichtlinie. Ich weiß, dass es auch unter den Ärzten in Deutschland Nuancierungen in der Position gibt. Aber es gab die ganz klare Position – das war auch richtig –, dass der Beschluss der Arbeits- und Sozialminister, der sehr konkret die Rückkehr zu Marathondiensten bedeutet hätte, nicht akzeptabel war.

(Beifall)

In einer beispiellosen Mobilisierungsaktion – ich hatte in den Tagen der Entscheidung praktisch eine Standleitung mit Rudolf Henke – haben es deutsche Ärzte geschafft, diesen Gemeinsamen Standpunkt zu Fall zu bringen. Sie haben damit etwas für die deutschen Ärzte, aber, wie ich glaube, auch für die Patienten erreicht.

(Beifall)

Ich glaube, man kann es weitgefasst so sagen: Der Patient hat das Recht auf einen ausgeschlafenen Arzt, der seiner verantwortungsvollen Tätigkeit entsprechend nachgehen kann. Es wurde schon über die Frage der Attraktivität des Arztberufs und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesprochen. Dazu gehört sicherlich auch das Thema der Arbeitszeit.

Gemeinsam haben wir es auch geschafft, einen Anachronismus im europäischen Recht und in der europäischen Politik zu beseitigen. Bis vor Kurzem war die Arzneimittelpolitik in der Europäischen Union ein Bereich der Industriepolitik. Industriekommissar Verheugen hat Arzneimittelrecht gemacht. Die Bundesärztekammer und ich an den Stellen, an denen ich Einfluss hatte, haben darauf gedrängt, dass dies geändert wird. Es war ein Anachronismus. In keinem Staat der Welt, noch nicht einmal in den USA, ist die Industriepolitik, die Wirtschaftspolitik für das Arzneimittelrecht zuständig. Bei Arzneimitteln muss die Gesundheit im Vordergrund stehen. Deswegen ist es gut, dass wir hier eine Änderung herbeigeführt haben. Jetzt ist der Gesundheitskommissar zuständig, nicht mehr der Industriekommissar. Das haben wir gemeinsam erreicht, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Ganz aktuell haben wir erfolgreich beim Thema Organspende zusammengearbeitet. Die Vertreter des Europäischen Parlaments, der Kommission und des Ministerrats haben sich Ende April auf den Text einer Richtlinie über die Organspende geeinigt. Gegenüber dem ursprünglichen Entwurf der Europäischen Kommission gab es berechtigte Kritik von den Vertretern der Transplantationsmedizin, insbesondere in Deutschland, deshalb offiziell auch von der Bundesärztekammer.

Es gab den Vorschlag, in allen Mitgliedstaaten eine zentrale Behörde zur Überwachung der Organspende einzuführen. Dieser vielleicht gut gemeinte Vorschlag berücksichtigt jedoch nicht die unterschiedliche Praxis in den Mitgliedstaaten. Wir haben in Deutschland keine Behörde zur Überwachung der Organspende, sondern wir haben diese Aufgaben durch Gesetz an Organisationen delegiert, die etwas davon verstehen, beispielsweise an die Ständige Kommission „Organtransplantation“ bei der Bundesärztekammer, zum Teil auch an die DSO.

Wir brauchen keine neue Behörde in diesem Bereich, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Deswegen haben wir im Europäischen Parlament einen Vorschlag der Bundesärztekammer und des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte eingebracht. Der Ministerrat und die Europäische Kommission haben diesem Vorschlag zugestimmt. Die bewährten Formen der Zusammenarbeit, der Subsidiarität können erhalten bleiben, wenn das Ergebnis – Qualität und Sicherheit von Organen – auch so erreicht werden kann.

Meine Damen und Herren, nach so viel Lob für die gute Zusammenarbeit jetzt ein klein bisschen Kritik. Im Verfahren zu diesem neuen Richtlinientext hat es aus meiner Sicht ein Missverständnis gegeben. Ich habe gesagt: Wir haben die Forderungen der Bundesärztekammer aufgenommen, im Europäischen Parlament eingebracht und auch gegenüber den anderen Institutionen in Europa durchgesetzt. Bereits Anfang Januar lag ein Vorschlag des zuständigen Berichterstatters des Europäischen Parlaments, Miroslav Mikolášik, eines Intensivmediziners, auf dem Tisch. Der Berichterstatter hat auf meine Anregung hin diesen Vorschlag der Bundesärztekammer formell als Position des Europäischen Parlaments eingebracht.

Trotzdem erschien am 26. Januar 2010 eine Pressemitteilung der Bundesärztekammer mit der Überschrift „Brüsseler Zentralisierungspläne bei Organspenden lösen keine Probleme, sondern schaffen neue“. In sehr scharfer Form – aus meiner Sicht: in zu scharfer Form – wurde darin die geplante Richtlinie kritisiert. Man kündigte an, gemeinsam mit der Bundesregierung gegen den Vorschlag zu kämpfen.

In der Sache war die Kritik berechtigt. Wir haben sie uns zu eigen gemacht. Aber die Form war etwas zu scharf, weil sie die Differenzierung nicht berücksichtigt hat. Die Kritik war nicht auf der Höhe der Zeit. Es gab schon diesen Gegenvorschlag, aber er wurde mit keinem Satz erwähnt. Wenn man in Brüssel mit seiner Interessenvertretung erfolgreich sein will, muss man wissen, wie der Stand der Diskussion ist. Wenn man Bündnispartner hat, sollte man sie auch erwähnen und unterstützen und nicht Brüssel pauschal beschimpfen. So kommt man nämlich nicht zum Erfolg.

(Beifall)

Damit, meine Damen und Herren, komme ich zu den Patientenrechten im engeren Sinne. Dieses Thema ist in den Gremien der Europäischen Union zurzeit in zweierlei Hinsicht sehr aktuell. Zum Ersten ist am 1. Dezember 2009 der Vertrag von Lissabon in Kraft getreten. In diesem Vertrag steht auch, dass die Charta der Grundrechte, die es schon längere Zeit gibt, die bisher aber nicht rechtlich verbindlich war, für das Handeln der Europäischen Union rechtlich verbindlich ist. In dieser Charta der Grundrechte finden sich eine Reihe von Rechten, die natürlich auch die Patienten betreffen. An erster Stelle, in Artikel 1 der Charta, steht:

> *Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen.*

Das kommt uns in Deutschland bekannt vor: Das ist wörtlich aus dem deutschen Grundgesetz entnommen. Der Autor dieser Charta der Grundrechte des Konvents, der die Charta entwickelt hat, war unser früherer Bundespräsident Roman Herzog.

Viele Staaten in Europa kennen den Begriff der Menschenwürde in ihrer Rechtsordnung nicht. Jetzt ist er eingeführt.

Für unsere heutige Diskussion ist Artikel 3 sicherlich am Wichtigsten. Dort geht es um das Recht auf Unversehrtheit. Es heißt wörtlich:

> *Jede Person hat das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit. Im Rahmen der Medizin und der Biologie muss insbesondere Folgendes beachtet werden …*

Es werden sodann einige Prinzipien aufgezählt. An erster Stelle steht – das haben wir eben auch von Herrn Montgomery gehört – die freie Einwilligung der betroffenen Person nach vorheriger Aufklärung.

Artikel 35 behandelt speziell den Gesundheitsschutz. Dort heißt es:

> *Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.*

Die Charta der Grundrechte regelt nicht jedes Detail. Sie schafft auch keine neuen Kompetenzen für die Europäische Union, etwa dort, wo wir sie noch nicht haben. Im Gesundheitsbereich gibt es einige Kompetenzen, aber es gibt weiterhin auch viele Dinge, die national entschieden werden.

Wie die Prinzipien der Charta der Grundrechte konkret in die Praxis umgesetzt werden, wird sich in den nächsten Jahren noch zeigen müssen. Einen konkreten Punkt können wir aber heute schon feststellen: In die Richtlinie über Organtransplantation wurde das Prinzip der freiwilligen und unentgeltlichen Spende rechtlich verbindlich für alle Mitgliedstaaten aufgenommen. Das war nicht einfach. Ich glaube, das ist sehr im Sinne der deutschen Ärzteschaft. Wir haben immer das Prinzip verteidigt: Nicht derjenige darf ein Organ bekommen, egal wo in Europa, der das meiste Geld hat, sondern derjenige, der es medizinisch braucht.

(Beifall)

Beim Thema Patientenrechte in Europa denken wir natürlich vor allem an die geplante Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Das wird eine Richtlinie sein, die nach meiner Einschätzung in den nächsten Monaten angenommen wird, die ganz konkret Patientenrechte in der Europäischen Union kodifiziert und bestimmte Rechte festschreibt. Der Vorschlag stammt vom 2. Juli 2008. Wir im Europäischen Parlament haben im vergangenen Jahr den Vorschlag mit Änderungsanträgen angenommen. Wir entscheiden immer gemeinsam mit dem Ministerrat. Das ist wie in Deutschland bei zustimmungspflichtigen Gesetzen, dass Bundestag und Bundesrat entscheiden müssen. Der Ministerrat konnte sich bisher nicht einigen, obwohl kein einstimmiger Beschluss notwendig ist, sondern eine qualifizierte Mehrheit ausreicht. Diese ist bisher noch nicht zustande gekommen.

Es kann sein – deshalb sollten Sie sich als Bundesärztekammer aktiv einschalten –, dass sich in den nächsten Tagen der Europäische Ministerrat auf einen entsprechenden Text einigt. Bisher war Spanien ein Kritiker der Richtlinie. Aber die spanische Präsidentschaft hat einen entsprechenden Vorschlag vorgelegt.

Um was geht es? Die Richtlinie definiert Patientenrechte genauso wie der Titel des derzeitigen Tagesordnungspunkts und die Rede von Herrn Dr. Montgomery. Es geht um Rechte an Staat und Gesellschaft und nicht vor allem um Rechte des Patienten gegenüber dem Arzt allein oder vor allen Dingen gegenüber dem Arzt. Es geht um das Recht, eine geplante medizinische Behandlung im Ausland in Anspruch nehmen zu können und dies auch von der gesetzlichen Krankenversicherung im jeweiligen

Mitgliedstaat der Europäischen Union erstattet zu bekommen. Ich glaube, dies ist ganz im Sinne der deutschen Ärzteschaft. Es geht um die Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs in Einzelfällen. Es haben diesbezüglich schon viele Patienten vor dem Europäischen Gerichtshof geklagt und Recht bekommen, dass sie eine Behandlung im Ausland durchführen lassen können.

In Deutschland ist die entsprechende gesetzliche Regelung für alle Patienten umgesetzt. Jeder deutsche Patient hat das Recht auf Erstattung von geplanten Behandlungen, beispielsweise Operationen, im Ausland.

Andere Länder der Europäischen Union haben das nicht getan. Sie verweisen Patienten auf den Klageweg. Aus unserer Sicht im Europäischen Parlament ist es zynisch, einem Patienten zu sagen, dass er zwar das Recht hat, eine medizinische Behandlung im Ausland in Anspruch zu nehmen, dass er dies aber gegebenenfalls durch alle Instanzen einklagen muss. Die Patienten haben oft nicht die Mittel dazu und bei lebensbedrohlichen Erkrankungen schlicht nicht die Zeit, den ganzen Instanzenweg zu beschreiten. Auf Deutsch gesagt: Bis der Europäische Gerichtshof nach drei Jahren sein Urteil gesprochen hat, kann der Patient tot sein. Deswegen ist die Haltung dieser anderen Mitgliedstaaten zynisch, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Daher hat das Europäische Parlament die Richtlinie begrüßt. Wir erfahren dabei die Unterstützung der Ärzteschaft in der Europäischen Union. Ich habe in der vergangenen Woche mit dem Präsidenten des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte, dem polnischen Kollegen Dr. Konstanty Radziwill, über diese Frage gesprochen. Er setzt sich für die Annahme dieser Richtlinie ein. Das entspricht auch der Beschlussfassung des Ständigen Ausschusses. Er will versuchen, Polen, das noch ein bisschen zögert, auf den richtigen Weg zu bringen.

Natürlich brauchen wir auch hier Regeln und Grenzen. Hoch spezialisierte Behandlungen und Krankenhausbehandlungen sollen auch nach dieser Richtlinie nur nach vorheriger Genehmigung im Ausland möglich sein, damit beispielsweise die Krankenhausplanung nicht komplett unterlaufen wird.

Sehr wichtig ist uns außerdem, dass ethische Grenzen von Diagnostik und Behandlungsmethoden auch außerhalb der Europäischen Union respektiert werden. Dabei geht es nicht nur um gesetzliche Verbote, sondern auch um die Regeln des ärztlichen Standesrechts. Es kann nicht sein, dass ein deutscher Mediziner in Aachen, wo ich einen Teil meines Studiums absolviert habe, durch Standesrecht an bestimmte Regeln gebunden ist, während dies hinter der nahe gelegenen Grenze in den Niederlanden oder in Belgien nicht gilt. Dies würde nämlich dazu führen, dass der Gesetzgeber im Zweifel weniger Standesrecht zulässt, sondern alles durch den Bundestag gesetzlich oder gar strafrechtlich beschließen lässt.

Wir haben uns in Deutschland ganz gut darauf eingestellt – es hat sich bewährt –, dass nicht jedes Detail per Gesetz geregelt wird, sondern dass das Standesrecht eine wichtige Rolle spielt. Deshalb müssen wir genau an dieser Stelle aufpassen, dass uns die europäische Richtlinie nicht zwingt, alles gesetzlich zu regeln. Das würde die Selbstverwaltung aushöhlen und mehr Bürokratie mit sich bringen.

(Beifall)

Ich hoffe, dass mit diesen Einschränkungen die Richtlinie möglichst bald kommt. Ich glaube, sie ist eine Chance für die deutsche Ärzteschaft und die anderen – ich habe heute Morgen gehört, man solle dieses Wort nicht benutzen, aber mir fällt im Moment kein besseres ein – Leistungserbringer im Gesundheitswesen, denn allen Unkenrufen zum Trotz ist das deutsche Gesundheitswesen noch eines der besten in Europa.

(Beifall)

Manchmal meint man das nicht, weil wir uns natürlich mit den Schwachstellen beschäftigen. Aber ich möchte als Patient nicht mit dem britischen Gesundheitswesen tauschen.

In meiner Zeit in der Kinderklinik in Paderborn, wo ich gearbeitet habe, bevor ich ins Europäische Parlament gewählt wurde, hatte ich eine Schlüsselerfahrung. Wir haben auch die Kinder von britischen Militärangehörigen betreut. Das Schlimmste, das wir den Eltern sagen konnten, war: Es besteht kein akuter Behandlungsbedarf mehr, es ist kein Notfall, Sie müssen jetzt in eine britische Klinik oder in das ambulante britische Gesundheitssystem. Das war für die Eltern der britischen Kinder eine schlimme Drohung.

Ich glaube, gerade aus der Sicht der Patienten haben wir ein relativ gutes Gesundheitssystem. Wir müssen trotzdem an Verbesserungen arbeiten. Wir sollten aber nicht das Ganze schlechtreden. Die staatlich verwalteten Systeme wie beispielsweise in Großbritannien sind bestimmt auch für die Patienten nicht besser. Da nicht nur deutsche Patienten das Recht haben, ins europäische Ausland zu gehen und die Kosten erstattet zu bekommen, sondern auch die Patienten aus anderen Ländern, insbesondere aus Ländern mit langen Wartelisten für dringend notwendige Behandlungen, glaube ich, dass wir einen Nettotransfer von Patienten nach Deutschland bekommen werden. Das wird unser Gesundheitssystem nicht sanieren, aber dies kann ein Beitrag dazu sein, dass wir bestimmte Probleme zumindest abmildern können.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, Patientenrechte werden im Europäischen Parlament auch immer wieder als Schlagwort in andere Diskussionen eingebracht, beispielsweise bei der Diskussion über das Arzneimittelrecht. Es wird ein Recht des Patienten auf Information über verschreibungspflichtige Arzneimittel prosperiert. Ich glaube, der Patient hat ein Recht, informiert zu werden: Der Vorschlag, den uns noch Industriekommissar Verheugen im Jahr 2008 auf den Tisch gelegt hat, ist eher ein Vorschlag, der ein Recht der Pharmaindustrie auf Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel prosperiert. Das steht aus meiner Sicht im Vordergrund dieses Richtlinienvorschlags. Im Vordergrund sollte aber das Recht des Patienten auf unabhängige und sachgerechte Information stehen.

(Beifall)

Deswegen ist die Kritik, die von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und vielen anderen am Verheugen-Vorschlag geübt wird, richtig. Das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel muss bestehen bleiben, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Wir haben gemeinsam eine Reihe von Veranstaltungen durchgeführt, auch mit Patientenvertretern. Wir haben ganz bewusst deutsche Patientenvertreter nach Brüssel eingeladen, um ihre Position zu diesem Vorschlag zu hören. Wir haben sehr viel Verständnis für die Kritik der deutschen Ärzteschaft erfahren. Auch der neue Gesundheitskommissar teilt diese Kritik. Wir werden den Verheugen-Vorschlag so sicher nicht annehmen.

Wir werden Änderungen am bisherigen Recht anstreben. Dazu gibt es aus der Ärzteschaft den Vorschlag einer sogenannten Drug Fakt Box auf den Beipackzetteln. Das bedeutet, dass man auf den Beipackzetteln die wichtigsten Punkte zusammenfasst. Ich glaube, genehmigte und vor allem unabhängige Informationen sollten verstärkt beispielsweise über das Internet zur Verfügung gestellt werden.

Damit, meine Damen und Herren, komme ich zu dem Punkt, der in der Rede von Dr. Montgomery im Vordergrund stand, nämlich der Diskussion über ein Patientenrechtegesetz oder gar Patientenschutzgesetz. Wie sieht hier die Situation in anderen Ländern der Europäischen Union aus? Eine Reihe von europäischen Ländern haben spezielle Gesetze zu Patientenrechten, die auch diesen Titel tragen. Das gilt beispielsweise für Dänemark seit 1989, für Finnland seit 1992, für Ungarn seit 1997, für Frankreich seit 2002, für Litauen seit 2000 und für Slowenien seit 2008.

Deutschland ist natürlich nicht das einzige Land in Europa, das kein spezielles Patientenschutzgesetz hat. Andere Länder mit ebenfalls hoch entwickelten Gesundheitssystemen und in der Praxis durchaus guten Patientenrechten haben keine speziellen Gesetze. Länder wie Italien, Luxemburg, Portugal und Schweden haben kein spezielles Patientenrechtegesetz. Die Definitionen der Patientenrechte und ihre Ausgestaltung sind in den Ländern mit speziellen Gesetzen sehr unterschiedlich. Außer der geplanten Richtlinie, die in erster Linie Ansprüche an die Kostenträger begründet, wenn der Patient ins Ausland geht, ist keine Harmonisierung von Patientenrechten auf europäischer Ebene geplant.

Sehr spannend ist in dieser Hinsicht ein Vergleich der Patientenrechte in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union durch den European Health Consumer Index des Health Consumer Powerhouse. Patientenrechte sind ein wichtiger Untersuchungsschwerpunkt des seit 2005 durchgeführten patientenorientierten Vergleichs der Leistungsfähigkeit von 33 europäischen Gesundheitssystemen. In dem Ranking sind Länder mit speziellem Patientenrechtegesetz nicht unbedingt besser als Länder ohne spezielles Gesetz. Natürlich gibt es Pluspunkte; das muss man ganz offen sagen. Bei dieser Untersuchung bekommt man Bonuspunkte, wenn man entsprechende spezielle Gesetze hat.

In den letzten Jahren lag Deutschland immer auf den vorderen Plätzen. Von 33 untersuchten Ländern hat Deutschland einmal den dritten, einmal den fünften und in 2009 immerhin noch den sechsten Platz erreicht. Sechster unter 33 – das ist nicht schlecht. Wenn wir das beim Grand Prix erreichen, sind wir immer ganz zufrieden. Wir sind in Europa, was die Situation der Patienten angeht, nicht bei den Schlechtesten, sondern wir sind bei den Besten, auch ohne ein spezielles Gesetz.

Trotzdem möchte ich nicht – das ist auch nicht meine Aufgabe – dem Deutschen Bundestag vorschreiben, was er machen soll. Das entspricht dem Subsidiaritätsprinzip. Natürlich müssen sich die Bundestagsabgeordneten damit auseinandersetzen.

Man kann nicht sagen: Es ist eine zwingende Notwendigkeit in der Europäischen Union, ein solches Gesetz auf den Weg zu bringen.

Nun zur Frage der Beweislast. Dies ist das sensibelste und schwierigste Thema. Wir haben es auch in der Europäischen Union mehrfach diskutiert. Im Jahr 1990 gab es einen Gesetzgebungsvorschlag der Europäischen Kommission zur Umkehr der Beweislast. Dieser Vorschlag wurde seinerzeit von der Bundesärztekammer sehr heftig kritisiert. Sie war mit ihrer Kritik nicht allein. Es gab auch Kritik aus den Mitgliedstaaten. Die damalige Bundesregierung unter Helmut Kohl hat den Vorschlag ebenfalls abgelehnt. Genauso gab es Kritik im Europäischen Parlament. Der Vorschlag wurde zurückgezogen.

Als ich damals als junger Abgeordneter ins Europäische Parlament kam, hat man mir gesagt: Das kommt sicher irgendwann wieder. Es ist auch wiedergekommen. Es gab 2006 noch einmal eine Diskussion in diesem Bereich. Ein sozialdemokratischer Kollege aus Finnland hat sich auf den Vorschlag aus den 90er-Jahren bezogen und noch einmal das Thema der Haftung auf europäischer Ebene angesprochen.

Sein Vorschlag wurde jedoch nicht unterstützt. Das Europäische Parlament hat sich diese Idee einer Beweislastumkehr und einer harmonisierten europäischen Haftungsregelung nicht zu eigen gemacht.

Ich finde: Das geschah aus gutem Grund. Die Beweislastumkehr wird von Europa keineswegs vorgeschrieben. Es gibt gute Gründe, sie auch in Deutschland nicht einzuführen. Eine defensive Medizin nutzt dem Patienten nicht. Es kann nicht richtig sein, dass derjenige Arzt im Zweifel besser dasteht, der eine notwendige Operation oder einen anderen notwendigen Eingriff nicht durchführt und stattdessen zu einer konservativen Therapie rät und einfach abwartet. Auf Deutsch gesagt: Weiße Salbe statt notwendiger Eingriffe, weil man Angst vor Haftungsansprüchen hat, kann nicht die richtige Lösung sein.

(Beifall)

Nun ist man ein bisschen verunsichert. In den letzten Tagen wurde eine Studie bekannt, die ernsthaft herausgefunden hat, dass an Tagen, an denen Ärzte streiken, weniger Menschen versterben als an jenen Tagen, an denen die Ärzte ihre Tätigkeit normal verrichten. Da denken manche: Das ist so, weil die Ärzte so viele Fehler machen, so schlecht behandeln, so viele unnötige Operationen durchführen, dass an solchen Tagen die Patienten überleben.

Auch hier gilt: Wer nichts tut, kann auch keine Fehler machen. Ferner ist offensichtlich, dass auch bei einer sachgerecht durchgeführten Operation immer ein bestimmtes Risiko besteht. Wenn die Operation aber notwendig ist, würden die Patienten eben eine Woche oder einen Monat später versterben. Das ist zwar auf den ersten Blick eine skurrile Geschichte, aber sie bedeutet trotzdem, dass notwendige indizierte Eingriffe durchgeführt werden müssen. Eine Umkehr der Beweislast würde auch für die Patienten ein Riesenproblem mit sich bringen.

(Beifall)

In dem Antrag der SPD wird die Frage diskutiert – in den Niederlanden gibt es schon ein entsprechendes Gesetz –, ob man nicht bestimmte Beweislasterleichterungen und eine Umkehr der Beweislast in konkreten Fällen haben sollte. Es wird beispielsweise gefordert: Bei einer nicht vollständigen Dokumentation dreht sich die Beweislast um. Das hört sich vielleicht verständlich an, weil man ja auch weiß, dass der Patient manchmal Schwierigkeiten hat, zu seinem Recht zu kommen.

Wir müssen aber auch die negativen Folgen sehen. Was heißt „nicht vollständige Dokumentation“? Man kann, wenn man will, die Dokumentationspflichten ständig ausdehnen. Das widerspricht dem, was auf diesem Ärztetag ein zentrales Thema ist, nämlich den Arztberuf attraktiver zu machen. Bei diesem Thema allein auf Dokumentation zu setzen, bringt Bürokratie und macht den Arztberuf garantiert nicht attraktiver.

(Beifall)

Zum Schluss, meine Damen und Herren, ganz kurz ein paar Sätze zu den kollektiven Patientenrechten. Ich bin für die Beteiligung von Patientenselbsthilfegruppen an der Gesundheitspolitik. Das gilt für mich seit mindestens 20 Jahren. Im Zusammenhang mit meiner Doktorarbeit am humangenetischen Institut habe ich intensiv mit Patientenselbsthilfegruppen und Elternvereinigungen im Bereich der Humangenetik zusammengearbeitet. Ich glaube, Patientenselbsthilfegruppen sind eine große Bereicherung unserer Gesellschaft. Sie verdienen die Unterstützung der Solidargemeinschaft, sie verdienen auch die Kooperation von Ärztinnen und Ärzten.

In der Europäischen Union haben wir die Mitwirkung von Patientenvertretern institutionalisiert, mit vielen Gremien, die auch Entscheidungen treffen, beispielsweise bei der Europäischen Arzneimittelagentur. Dort sind Patientenvertreter von Rechts wegen beteiligt.

Ich glaube, das ist richtig. Ich begrüße auch die bessere Beteiligung von Patienten im deutschen Gesundheitssystem, auch die institutionalisierte Beteiligung.

Aber es ist ganz wichtig – darauf müssen wir viel stärker achten, in Deutschland und noch mehr in Europa –, dass diese Vertreter wirklich für die Patienten sprechen. Es gibt leider teilweise hauptamtliche Patientenvertreter, die nur wenige Betroffene hinter sich haben. Sie haben daraus einen Beruf gemacht. Noch schlimmer finde ich die Tatsache, dass es Organisationen gibt, die praktisch für die Pharmaindustrie und nur vordergründig für Patienten sprechen.

(Beifall)

Leider gibt es – das ist in Europa noch häufiger der Fall als in Deutschland – Organisationen, die zu 100 Prozent und noch mehr Organisationen, die zum überwiegenden Teil von der Industrie finanziert werden.

Selbst bei noch so gutem Willen – den man nicht allen unterstellen kann, ich will ihn aber auch nicht allen absprechen – gilt, wenn man 100 Prozent seines Budgets von einer bestimmten pharmazeutischen Firma erhält, der alte Spruch: Wes Brot ich ess’, des Lied ich sing’.

Wir müssen, wenn wir Patientenorganisationen in Deutschland und in Europa stärker beteiligen – dafür bin ich –, die unabhängigen Patientenorganisationen stärken und strenge Regeln für die Finanzierung dieser Organisationen durch die pharmazeutische Industrie schaffen.

(Beifall)

Der neue Gesundheitskommissar Dalli hat angekündigt, dass er sich intensiv um dieses Thema kümmern wird.

Meine Damen und Herren, ich komme zum Schluss: Unabhängige Patientenorganisationen leisten einen ganz wichtigen Beitrag. Wir sollten ihre Rolle stärken. Aber Tarnorganisationen der Industrie sollten nicht über die Gesundheitspolitik mit entscheiden.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für diese Informationen, lieber Herr Liese. Wir sind ganz erstaunt, dass wir hören müssen, dass Länder wie Schweden kein Patientenrechtegesetz haben. Das hätten wir anders vermutet, ich zumindest. Es ist schon bemerkenswert, dass diejenigen Länder, die Patientenrechtegesetze haben, im Wesentlichen solche Länder sind, die unterfinanzierte Systeme haben. Man könnte im Umkehrschluss überlegen, ob nicht die Diskussion über ein Patientenrechtegesetz in Deutschland darauf hindeutet, dass man unser System nicht finanziell besser ausstatten will und den Patienten suggeriert, dass sie Rechte bekommen sollen, die sie aber gar nicht erhalten können, weil sie nicht finanziert werden. Das wäre eine Vorspiegelung falscher Tatsachen. Darüber müssen wir intensiv diskutieren.

Noch einmal vielen Dank für diesen Überblick über die europäische Situation und das, was im Europäischen Parlament und bei der Europäischen Kommission geschieht.

Bevor wir in die Diskussion eintreten, möchte ich Herrn Dr. Egidio Cepulić von der kroatischen Ärztekammer, der uns schon seit mehreren Jahren bekannt ist, begrüßen. Herzlich willkommen, Herr Dr. Cepulić!

(Beifall)

Aus der Schweiz begrüße ich Herrn Dr. Jacques de Haller, Präsident der Verbindung Schweizer Ärzte. Das ist sozusagen die Parallelorganisation zur Bundesärztekammer. Herzlich willkommen, Herr Dr. de Haller!

(Beifall)

Wir treten in die Aussprache ein. Als Erster hat sich Professor Dietrich aus Bayern gemeldet. Bitte, Herr Dietrich.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin Kardioanästhesist, beschäftige mich seit Jahren aber auch mit der Transfusionsmedizin. Ich bin also auch Transfusionsmediziner. Ich beschäftige mich seit Jahren mit Leitlinien und Richtlinien in der Transfusionsmedizin. Dabei fällt mir immer wieder die enorme Diskrepanz zwischen dem, was wir in unserer Leitliniendiskussion besprechen, und dem, was in der täglichen Praxis stattfindet, auf. Ich denke, dass wir in der Transfusionsmedizin etwa 25 Prozent aller Bluttransfusionen, die in Deutschland stattfinden, unnötigerweise geben.

Weshalb sage ich das jetzt zu Ihnen, meine Damen und Herren? Ich finde durch das Referat von Herrn Montgomery bestätigt, dass eine enorme Diskrepanz zwischen der Theorie und der täglichen Praxis besteht. Wir haben – da gebe ich Herrn Montgomery ohne Weiteres recht – in der Berufsordnung für Ärzte sehr gute Paragrafen, die die Patientenrechte regeln. Wir haben auch mit der ÄZQ sehr gute Leitlinien entwickelt. Dort waren Patientenvertreter beteiligt.

Ich vermisse allerdings ehrliche Zahlen. Wem von Ihnen ist es in der täglichen Praxis noch nie passiert, dass irgendwo ein Fehler gemacht wurde? Ich kann von mir, der ich seit über 30 Jahren in der Kardioanästhesie, also einem relativ risikoreichen Gebiet, tätig bin, sagen, dass ich sehr viel Mist erlebt habe, dass ich sehr viele Fehler erlebt habe. Ich habe sehr oft erlebt, dass die Patienten nicht wussten, was mit ihnen passiert.

Ich habe das auch aus dem ambulanten Bereich erfahren, indem ich Arztbriefe gelesen habe, bei denen ich dachte: Das gibt es doch nicht, wie kann man so einen Schwachsinn machen, das hat mit Medizin nichts mehr zu tun!

Das mag meine subjektive Erfahrung sein. Aber jeder Kollege, den ich frage, sagt, dass er diese Erfahrung auch schon gemacht hat. Das ist mein Problem bei dieser ganzen Diskussion. Warum brauchen wir Patientenrechte? Wo fehlen diese Rechte? Was passiert mit den Patienten in unserem System? Es gibt Zahlen, die in der Presse veröffentlicht sind – ich weiß nicht, woher die wissenschaftliche Grundlage dafür kommt –, wonach 20 000 bis 40 000 Patienten pro Jahr in deutschen Krankenhäusern sterben, nicht obwohl sie behandelt werden, sondern weil sie behandelt wurden. Ich will nicht sagen, dass diese Zahlen stimmen. Ich will nur darauf hinweisen, dass wir überhaupt keine wissenschaftliche Grundlage dafür haben, was wir mit unseren Patienten anstellen und wo es einen wirklichen Regelungsbedarf zur Verbesserung der Rechte der Patienten gibt. Bessere Patientenrechte führen letztendlich auch zu einer besseren Behandlung der Patienten.

Ich sage Ihnen ganz offen, dass ich mir schon sehr oft überlegt habe: Wem sage ich eigentlich etwas, wenn Pfusch passiert ist? Ich war sehr oft sehr feige und habe es nicht gesagt. Ich habe mich an den Kopf gegriffen und versucht, bei diesem Patienten oder diesem Operateur die Anästhesie zu verweigern. Ich wusste nie eine Stelle, zu der ich gehen konnte, um zu sagen: Hört mal zu, so geht es doch nicht, das darf nicht sein, dem Patienten wird Schaden zugefügt bzw. der Patient weiß überhaupt nicht, was mit ihm gemacht wird! Das galt auch für den Fall, dass das Ergebnis der Operation positiv für den Patienten ausfiel.

Das heißt, die Patienten sind uns in einer ganz eklatanten Art und Weise ausgeliefert. Sie haben meiner Meinung nach sehr wenig Chancen, sich in realiter über das, was ihnen zusteht, zu informieren.

Ich kritisiere an dem Beitrag von Herrn Montgomery, dass wir überhaupt keine Zahlen über Patientenschäden, über Fehlbehandlung gehört haben. Er hat das CIRS erwähnt. Das CIRS ist eine sehr gute Sache. Ich kenne viele Kliniken, die es einrichten. Auch wir haben uns bemüht, so etwas einzurichten. Aber was hat es bisher genützt? Wir wissen es nicht. Es gibt nichts über die Fehlerkultur bei uns in Deutschland.

Es ist ja bezeichnend, dass bei der Evaluation der Weiterbildung herausgekommen ist: Der schlechteste Punkt, den die Weiterzubildenden angeführt haben, war, dass Leitlinien und Richtlinien in den Kliniken nicht eingehalten wurden. Es ist meiner Meinung nach eines der ersten Patientenrechte, dass die Patienten verlangen können, dass sie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft behandelt werden. Das werden sie zum Teil nicht. Das müssen wir offen sagen. Deswegen müssen wir uns überlegen, wie wir das verbessern können und wie wir da Fortschritte erzielen können.

Es nützt einfach nichts, wenn wir uns auf die Schultern klopfen und sagen: Wir sind so gut, wir haben die tollsten Paragrafen in unserer Berufsordnung, wir haben die tollsten Vorschläge für Patientenaufklärung, wenn in der täglichen Praxis nichts passiert. In der täglichen Praxis – das sehen wir immer wieder – passiert es gerade heutzutage unter dem ökonomischen Druck, unter dem wir stehen. Ich habe schon zig Patienten operiert, die ich nur vom Computer her kannte, wo ich überhaupt nicht wusste, wer es ist, einfach weil gewechselt wurde, irgendetwas passierte oder ich keine Zeit hatte, den Patienten anzuschauen. Das passiert täglich. Es passiert zunehmend.

Wir haben heute die Situation, dass wir beispielsweise fachübergreifende Bereitschaftsdienste in manchen Kliniken leisten müssen. Das ist Patientengefährdung. Ein Patient hat das Recht, dass ihm so etwas nicht widerfahren darf.

Da müssen wir ansetzen. Da geht es darum, dass wir den Patienten schützen. Es geht nicht darum, dass wir immer wieder sagen: Wir sind die Besten, wir sind so toll, wir haben die tollsten Paragrafen. Diese Paragrafen – das sage ich Ihnen hier ganz offen und ehrlich – werden bei uns genauso wenig wie die Leitlinien und Richtlinien zur Transfusionsmedizin eingehalten. Sie werden tagtäglich verletzt. Darüber sollten wir diskutieren. Da sollten wir Zahlen sammeln. Da sollten wir versuchen, eine Verbesserung des Patientenschutzes zu erreichen, nicht durch ein Patientenschutzgesetz, ein Patientenrechtegesetz oder die Kodifizierung bestehender Paragrafen.

Ich war immer der Meinung: Ein Patientenrechtegesetz ist gut. Nachdem ich gemerkt habe, wie wenig die Ärzteschaft bereit ist, darauf einzugehen, war ich sogar dafür, ein Patientenschutzgesetz zu schaffen. Ich habe klipp und klar gesagt: Die Patienten gehören geschützt vor manchen Ärzten.

Ich bin mir allerdings sicher: Weder ein Schutzgesetz noch ein Rechtegesetz werden irgendetwas an der täglichen Praxis ändern. Wir müssen unten anfangen, wir müssen die Fehlerkultur verbessern, wir müssen schauen, dass wir besser mit den Patienten ins Gespräch kommen, dass wir die Patienten besser durch ihre Erkrankung leiten können usw.

Das sind die wesentlichen Punkte, nicht irgendwelche Paragrafen oder irgendwelche Rechte, die wir in einem Gesetz kodifizieren oder neu formulieren.

Meine Kritik an dem Referat von Herrn Montgomery lautet: Dazu fehlte jegliche Information, keinerlei Selbstkritik oder Kritik an dem, wie die Situation bei uns ist, keinerlei Information über Fortschritte, die wir durch CIRS-Systeme, Qualitätssicherung oder Ähnliches gemacht haben. Es war nur das Beharren auf dem, was ist: Wir sind die Besten, wir sind gut, was will die Politik, was wollen die Patientenverbände!

Das ist ein Punkt, den ich kritisiere. Hier hätte ich erwartet, mehr ehrliche Informationen über das zu bekommen, was in unserem System mit unseren Patienten geschieht.

Diese acht Punkte, die Herr Montgomery vorgeschlagen hat, sind ja sehr gut. Ein besseres Gesundheitswesen ist gut für den Patienten. Wenn das der beste Patientenschutz ist, ist es gut. Aber es geht einfach an der täglichen Praxis vorbei.

Natürlich sind wir für eine solidarische Krankenversicherung und für Solidarität in der Gesellschaft. Die acht Punkte sind eigentlich nicht zu diskutieren. Aber was das mit dem direkten Patientenschutz zu tun hat, ist mir völlig unklar, meine Damen und Herren. Von daher bitte ich darum, in die Diskussion darüber einzusteigen, was in der täglichen Praxis geschieht, wo es einen Nachholbedarf gibt, wo wir die Patienten schädigen, wo die Patienten wirklich einen Anspruch auf ein besseres Recht haben.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Dietrich. – Der nächste Redner ist Herr Kajdi aus dem Saarland.

Dr. Kajdi, Saarland: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn Sie heute die Zeitung aufschlagen, werden Sie zum Ärztetag zwei Schlagzeilen lesen. Die erste lautet: Es gibt nicht mehr Geld. Die zweite Schlagzeile lautet: Es wird keine Rationierung geben. Ich finde, es ist wichtig, dass wir bei den Patientenrechten genau über dieses Thema reden; denn Priorisierung ist ja nichts anderes als Rationierung. Ich finde es interessant, Herr Montgomery, dass Sie in einem sehr weit gesteckten Referat sehr viele positive Dinge dargestellt haben, die wir brauchen, dass Sie aber letztlich alles dadurch zunichte machen, dass Sie die Priorisierung fordern. Das ist mir auch gestern bei der Eröffnungsveranstaltung aufgefallen, als der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer sprach. Es ist mir auch bei Herrn Hoppe aufgefallen.

Ich halte das für eine schreckliche Sache. Ich glaube, dass der Ärztetag hier Farbe bekennen muss, wie er zur Priorisierung steht. Der Ruf nach der Priorisierung kommt mit dem fadenscheinigen Argument daher, dass Rationierungsprozesse nicht verschleiert werden dürfen. Doch eigentlich steckt dahinter, dass die Rationierungsbefürworter beim Sparen mittlerweile unsicher geworden sind, weil es um richtige Menschenleben geht. Sie glauben, dass ihre Entscheidung darüber, wer durch Mangel an Therapie stirbt, legitimer und ethischer wird, wenn sie sich konsensfähiger Mehrheiten und der Unterstützung durch die Politik versichert haben.

Letzteres ist gestern dank eines jungen, klar denkenden Gesundheitsministers politisch erst einmal gescheitert und steht heute in allen Zeitungen. Die Verteidiger dieses Mängelsystems entrüsten sich darüber, dass Gesundheit doch keine Ware sei. Sie warnen vor jener Zweiklassenmedizin, die erst durch ihre Priorisierung entsteht und beispielsweise den Kassenpatienten gegenüber dem Privatpatienten immer schlechter stellt, weil Fortschritt und Demografie, die größten Preistreiber in der Medizin, nicht eingeplant, ja überhaupt nicht einplanbar sind.

Sie lehnen die Steuerungswirkung von Preisen in einem freien Marktsystem ab, weil ihnen das Belohnungssystem – sprich: das böse Profitemachen – zuwider ist und sie auf Leistungsbegrenzung – euphemistisch: Priorisierung – setzen.

Aber nur in einem System, in dem die Preise bekannt sind, kann man richtig sparen und Knappheit durch Leistungsausweitung, das heißt durch Belohnung, Konkurrenz und Preisanpassung, kostengünstig beheben. Das geht nie mit Planwirtschaft.

Dagegen schreiben beispielsweise Leistungsbegrenzungen oder Budgets unsinnige Leistungen fest und werden immer restlos ausgeschöpft.

Die Alternative zur unmoralischen Mangelmisswirtschaft heißt: freier Markt für freie Bürger, die in Fragen von Leben und Tod ohne Bevormundung selbst entscheiden können müssen, wofür die Gelder verwendet werden sollen, die sie einzahlen. Nur in einem funktionierenden, privatwirtschaftlich subsidiären Versicherungssystem mit Kostenerstattung gibt es eine ethisch saubere und organisatorisch effektive Lösung für das Knappheitsproblem im Gesundheitswesen.

Priorisierung ist nichts anderes als der Versuch, eine alte Idee, die Rationierung, mit einem gefälligeren Wort in die Diskussion zu bringen. Wer Priorisierung will, versündigt sich nicht nur an einem Grundrecht, nämlich dem Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Leben und die Gesundheit der Bürger in diesem demokratischen Land; er stellt sich dummerweise auch noch in die historische Reihe jener deutschen Ärzte, die Patienten in ganz dunklen Zeiten selektioniert haben.

(Buhrufe)

Und dann beklagen sie sich noch, dass sie öffentlich und zu Recht in den Medien verrissen werden.

Priorisierung ist ethischer und ökonomischer Unsinn. Nur derjenige, der die Marktwirtschaft nicht verstanden hat und planwirtschaftlich sozialisiert worden ist – man muss sagen: das sind alle Ärzte in Ost und West, denn auch das Gesundheitssystem im Westen war planwirtschaftlich –, kann solche Vorschläge machen.

Marktwirtschaft und nicht die planwirtschaftliche Mangel- und Misswirtschaft ist die einzige Methode, Ressourcenknappheit effizient, ganz individuell und human zu beheben. Sie ist die einzige sinnvolle Form der Allokation von Gesundheitsleistungen, wie wir Ärzte sie erbringen.

Ich werde einen entsprechenden Antrag einbringen und hoffe auf Unterstützung bei diesen Patientenrechten gegen die Priorisierung. Ich brauche noch ein paar Unterschriften.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kajdi. Wir verstehen unter Priorisierung etwas völlig Verschiedenes. Das müssen wir wohl sagen.

(Beifall)

Priorisierung und Rationierung in einen Topf zu werfen, das ist nicht zulässig.

Jetzt gibt es einen Antrag zur Geschäftsordnung. Bitte.

Dr. Handrock, Berlin: Ich bitte um Redezeitbegrenzung auf drei Minuten. Ich glaube, dass die Ausweitung der Beiträge nicht zu einer breiteren Klärung beiträgt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Es ist Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist für drei Minuten? – Ziemlich viele. Wer ist gegen drei Minuten? – Einige. Wer enthält sich? – Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Als Ersten trifft es Herrn Professor Frantz aus Brandenburg. Bitte.

Prof. Dr. Frantz, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin auch für drei Minuten. – Herr Montgomery, Ihren Beitrag will ich ganz anders bewerten als Kollege Dietrich aus Bayern. Ich fand ihn präzise, umfassend, bahnbrechend.

(Beifall)

Ich finde, das ist eine Zusammenfassung des Patient-Arzt-Verhältnisses, wie wir es positiv formulieren sollten. An dieser Stelle müssen wir nicht unser Hemd aufreißen und sagen: Wir sind so fehlsam, es passieren so viele Unglücke. Natürlich passiert das. Wir haben eine ganze Reihe von Regeln und Mechanismen, damit wir dieses zurückdrängen und transparent machen und damit umgehen. Wir müssen nicht an die erste Stelle setzen, wie viele Dinge passieren, die wir alle verhindern wollen.

Ich denke, es gibt einen Schwachpunkt in dem guten Leitantrag des Vorstands. Es ist ein reiner Abwehrantrag: Wir wollen, dass etwas nicht geregelt wird, weil wir mit dem jetzigen Zustand zufrieden sind. Ich denke, wir sollten die Materie positiv angehen: Was wollen wir an einer bestimmten Stelle anders geregelt haben?

Diesen Punkt gibt es. Seit dem 31. Mai 1894 ist gemäß ständiger Rechtsprechung des Reichsgerichts – vom Bundesgerichtshof übernommen –, entgegen der gesamten Rechtslehre, der ärztliche Heileingriff tatbestandsmäßig bis zum heutigen Tag in der Rechtsprechung Körperverletzung. Wenn wir das Patient-Arzt-Verhältnis mit rechtlichem Charakter neu regeln wollen, dann müssen wir diesen Punkt angehen. Es kann nicht wahr sein, dass wir Harakiri begehen, indem der ärztliche Heileingriff weiterhin eine Körperverletzung darstellt und wir beispielsweise eine Beweislastum-

kehr haben. Dann sind wir in einer Situation, wo man mit strafrechtlicher Konsequenz gegen uns vorgehen kann. Wir haben dann noch nicht einmal die Basisrechte eines normalen Angeklagten bzw. Beschuldigten im Strafprozess.

(Beifall)

Es hat seit dem Zweiten Weltkrieg drei Juristentage gegeben, die Resolutionen angenommen haben, dass das Strafgesetzbuch ergänzt werden soll, dass in den Körperverletzungstatbestand mit aufgenommen wird, dass der ärztliche Heileingriff eben keine Körperverletzung ist. Man muss dann positivrechtlich regeln, dass die Aufklärung des Patienten natürlich eine geschuldete Nebenpflicht des Arztes ist. Das Einholen der Einwilligungserklärung ist eine geschuldete Nebenpflicht des Arztes. Das muss positiv geregelt werden. Das ist auch zu regeln.

Deshalb sollten wir in dieser Diskussion in die Offensive gehen. Lassen Sie uns die Diskussion um die Patientenschutzrechte offensiv angehen, indem wir sagen: Wir wollen, dass der ärztliche Heileingriff tatbestandsmäßig nicht mehr als Körperverletzung gilt, sondern als ein sozial gewünschter Akt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Professor Frantz. – Als nächster Redner Herr Kollege Werner aus Rheinland-Pfalz.

Werner, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Für das Referat von Herrn Montgomery möchte ich mich sehr bedanken. In diesem Referat wurde alles zusammengefasst, was wir wissen müssen. Der sechste Punkt beinhaltete, dass der Patient Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung hat, die diesen Namen verdient. Das könnte missverständlich sein. Es könnte jemand meinen, dass damit bestimmte Formen der Finanzierung gemeint sind. Das ist also möglicherweise missverständlich. Die Solidarität taucht auch schon unter Punkt 5 auf. Ich denke, das Missverständnis wäre ausgeräumt, wenn der sechste Punkt gestrichen würde. So lautet mein Antrag.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das ist ein Änderungsantrag, der Ihnen durch Umdruck und Verteilung noch bekannt gegeben wird. – Herr Kollege Scholze aus Bayern ist der nächste Redner. Bitte schön.

Dr. Scholze, Bayern: Herr Montgomery, ich möchte Ihnen in dem einen Punkt recht geben, dass wir auf der untergesetzlichen Ebene eine Reihe von wunderbaren Kooperationen haben, was die Patientenrechte und die Patientenorientierung angeht. Man kann hier das Patientenforum nennen, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, CIRS und Ähnliches. Ich bin in Bayern bei einer ganzen Reihe von sehr guten Projekten involviert. Da ist in den letzten zehn Jahren eine sehr, sehr positive Entwicklung zu registrieren.

Ich sehe ein Problem darin, dass wir gewaltige Umsetzungsprobleme haben. Wir müssen schauen, dass das, was auf der Packung steht, auch drin ist. Das bezieht sich in erster Linie auf den ärztlichen Alltag, nicht auf die Meta-Ebene, sondern die Probleme bestehen im konkreten Arzt-Patienten-Kontakt.

Ich möchte dringend bitten, in diesem Sinne den Antrag des Vorstands durch einen Satz zu erweitern. Der erste Punkt unter den insgesamt acht Punkten lautet:

> *Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Das setzt die Therapiefreiheit des Arztes ebenso wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel voraus.*

Kolleginnen und Kollegen, ich finde, es setzt in erster Linie voraus, dass wir Ärzte darauf achten, dass zukünftig die Patienten besser informiert sind, dass sie wirklich besser aufgeklärt sind. Die Prinzipien der gemeinsamen Entscheidungsfindung – „shared decision making“ – und die Prinzipien des „informed consent“ müssen besser umgesetzt werden. Wenn der Satz so stehen bleibt, Herr Montgomery, reflektiert dies eigentlich das alte ärztliche Selbstverständnis, von dem wir abkommen wollen, nämlich das alte benevolente paternalistische Prinzip: Damit der Patient seine individuellen Bedürfnisse erhält, bedarf es nur der Therapiefreiheit des Arztes und der Mittel.

Ich finde, das kann man so nicht stehen lassen. Deswegen unsere Bitte, nach dem ersten Satz einzufügen:

> *Das setzt voraus, dass für den Patienten ausreichende Information und Aufklärung sowie die Nutzung der Prinzipien „gemeinsame Entscheidungsfindung“ und „informed consent“ gewährleistet sind.*

Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Scholze. – Jetzt Herr Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Montgomery hat sehr schön herausgearbeitet, wie schwierig es sein wird, die verschiedenen Schutzmaßnahmen aus dem bürgerlichen Recht, dem Zivilrecht, dem Strafrecht, dem Richterrecht, den Sozialgesetzbüchern – ich glaube, es sind elf – zusammenzu-

führen. Die Politik macht sich kein Bild davon, wie schwierig das sein wird. Da können wir ruhig einmal ein bisschen abwarten.

Etwas anderes ist – Herr Montgomery hat die Fehlersuche gefeiert –, dass wir bis vor drei Jahren auf diesem Hochfest der Kammern auch immer noch die freie Arztwahl gefeiert und unter Beifall verabschiedet haben, die ja in Wirklichkeit eine ungehemmte freie Ärztewahl ist, und zwar nicht nur im zeitlichen Nacheinander, sondern auch im zeitlichen Nebeneinander.

Auf der Leinwand sehen Sie ein Dokument, das zeigt, wie sich eine Kasse an der Brust eines Ärztevereinsvorsitzenden ausweint, der Patient habe 57 Ärzte aufgesucht. Das ist natürlich eine Fehlerquelle durch Informationsverschleiß. Der Vorsitzende des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen hat eine Sammlung von Richtersprüchen erstellt, wonach alle Ärzte alles richtig gemacht haben, aber dennoch völliger Unsinn herausgekommen ist, weil Informationsverschleiß, Informationslücken bestanden.

Eine der Fehlerquellen ist die ungehemmte freie Ärztewahl. Ein bisschen mehr Steuerung – vielleicht könnten Sie sich da den Hausärzten annähern – könnten wir vielleicht doch gebrauchen.

Danke.

(Beifall)

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

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Meine Erfahrung als Hausarzt – das sind immer Kasuistiken, keine Statistiken – ist, dass der schwerkranke Patient, wenn ein Fehler geschehen ist und er dadurch Schaden genommen hat, in der Regel wenig Bereitschaft zeigt, zu klagen oder sich etwas aus dem System herauszuholen. Meistens ist eine Klagebereitschaft dann vorhanden, wenn die Angehörigen drängen oder wenn irgendwelche Anwälte eine Rolle spielen. Dies zeigt: Wenn der Patient entsprechend informiert ist, wenn ein gewisses transparentes Vorgehen vorhanden ist, ist die Klagebereitschaft eher gering.

Damit komme ich zum Patientenschutz. Mir fehlt bei der ganzen Systematik und der Diskussion hinsichtlich des Patientenschutzes die Eigenverantwortung des Patienten. Lösen wir uns doch bitte einmal beim Patientenschutz von dem rein chirurgischen Defizit, das eventuell aufgetreten ist, das nachweisbar ist. Wir haben genügend andere Klinikbereiche, in denen dem Patienten ein Schaden zugefügt werden kann. Dort ist es aus meiner Sicht sehr häufig so, dass die Lebensweise des Patienten und die Compliance des Patienten den Therapieerfolg verhindern. Solange das nicht geklärt ist, solange ich also diesen ganzen Komplex der Compliance nicht mit in den Patientenschutz aufgenommen habe, wo ich nachweisen kann und vielleicht auch nachweisen muss, dass der Patient für das Nichtgelingen ärztlichen Handelns mit verantwortlich ist, ist es für mich unmöglich, dass eine Beweislastumkehr erfolgen

kann. Das geht nicht, denn wir können ja gar nicht die Compliance und die Lebensweise einplanen.

(Vereinzelt Beifall)

Für sehr viele Dinge, die beim Patienten nicht gut laufen, sind die Patienten selber verantwortlich.

Ich möchte kurz auf die Ausführungen von Herrn Kajdi eingehen, der vorhin etwas zur Priorisierung gesagt hat. Es tut mir leid, Herr Kollege, aber das, was Sie gesagt haben, ist ganz großer Unsinn.

(Vereinzelt Beifall)

In jedem Haushalt, bei jedem Einkauf, bei jedem Lernen für Prüfungen, im gesamten täglichen Leben findet Priorisierung statt. Es geht gar nicht anders. In jedem Gesundheitswesen der Welt, egal wie viel Milliarden Sie hineinpumpen, gibt es immer eine Priorisierung.

Der Unterschied ist nur, dass man es transparent machen muss, damit es keine Rationierung wird. Priorisierung heißt nicht in erster Linie, dass ich darüber entscheide, ob ein Patient etwas bekommt oder nicht – das ist das Gegenteil von Rationierung –, sondern das Charmante an der Priorisierung im Gegensatz zur Rationierung besteht für mich darin, dass ich mit der Priorisierung entscheiden kann: Jeder bekommt das, was er braucht, aber es wird festgelegt, wann er es braucht. Das ist für mich der entscheidende Unterschied zur Rationierung. Es geht kein Weg an der Rationierung vorbei. Diese Diskussion muss geführt werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lipp. – Jetzt kommt Frau Dr. Pfaffinger aus Bayern, die auch einen Antrag gestellt hat. Bitte.

Dr. Pfaffinger, Bayern: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihr Augenmerk kurz auf den Antrag IV-02 lenken. Hier geht es um ein verbessertes Informationsangebot gegenüber den Patienten. Ich bitte den Vorstand der Bundesärztekammer, sich da zu beteiligen, entsprechende Konzepte zu entwickeln, zusammen beispielsweise mit der KBV oder auch den Fachgesellschaften.

Es geht darum, dass wir einerseits keine zusätzliche Bürokratie und Informationen fordern, aber ich glaube dennoch, dass die Patienten früher generell schlecht informiert waren. Jetzt können sie sich beispielsweise über das Internet sehr vielfältig informieren. Ich glaube, wir alle wissen, dass die Patienten dort oft nicht die richtigen Informationen erhalten.

Es geht darum, das wieder zusammenzufassen und es nicht aus unserer ärztlichen Hand zu geben. Vielleicht ist das nicht für alle Fachgebiete notwendig, aber ich glaube, dass es im Sinne der Patienten für viele Fachgebiete sehr, sehr notwendig ist. Schriftliche Informationen beispielsweise sollen und dürfen uns nicht vom persönlichen Gespräch mit dem Patienten abhalten. Das ist ganz entscheidend. Aber es

könnte doch im Vorfeld eine objektive Information geben, die Vertrauen schafft. Sie darf uns aber nicht davon abhalten, aktiv zuzuhören und empathisch auf den Patienten einzugehen. Das sind alles Schlagworte, die der Herr Minister gestern auch benutzt hat, was mich sehr gefreut hat.

Wir brauchen eine komprimierte objektive Information für unsere Patienten, um dann gemeinsam mit ihnen eine gemeinsame Entscheidung zu finden. Herr Scholze, Sie haben das bereits angesprochen. Auf Neudeutsch geht es um „shared decision making“. Ich bitte Sie um Unterstützung der Forderung, dass sich die Bundesärztekammer daran beteiligt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Pfaffinger. – Als nächster Redner bitte Herr Professor Hahn aus Bayern. Bitte.

Prof. Dr. Dr. habil. Hahn, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vorab eine kleine semantische Bemerkung. Mich stört, dass viele – vorhin auch Herr Montgomery – von einer Demotivierung der Ärzteschaft sprechen. Das finde ich einen schlechten Ausdruck. Wir sollten vielleicht besser sagen: Wir können unsere hohe Motivierung unter diesen Umständen vielleicht nicht länger aufrechterhalten. Wir sind aber nicht demotiviert. Wir sind höchstgradig motiviert; deshalb sind wir auch hier.

(Beifall)

Dieses Wort „Demotivierung“ sollten wir in dieser ganzen Diskussion aus unserem Wortschatz streichen.

Ich möchte jetzt einen anderen Aspekt aufgreifen, nämlich die ärztlichen Schlichtungsstellen. Ich bin als Obergutachter im zweiten und dritten Verfahren sehr häufig in ganz Deutschland unterwegs. Da sind mir besonders die Schlichtungsstellen aufgefallen. Sie bekommen fast immer einen Widerspruch von den Versicherungen, wenn die Schlichtungsstelle etwas für den Patienten bewirkt hat. Der Patient bekommt also von der Schlichtungsstelle recht, aber dies wird nicht akzeptiert.

Ich glaube, es ist ein Mangel in unserer ganzen Diskussion, dass diese Schlichtungsstellen nicht adäquat anerkannt sind. Bei den Patienten herrscht auch ein Mangel an Kenntnis darüber, dass wir als Ärzte das gar nicht verursachen, dass wir vielleicht eine Schlichtung wollen, die Versicherung dies aber ablehnt. Ich glaube, da besteht für den Patienten Informationsbedarf.

Man sollte vielleicht darüber nachdenken, ob man die Schlichtungsstellen nicht stärken kann, dass deren Spruch besser anerkannt wird und nicht jede Versicherung, nur um zu verhindern, dass gezahlt werden muss, sagt: Ich gehe vor Gericht, mir ist völlig egal, was die Schlichtungsstelle entschieden hat.

Besten Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Wir haben mit der Gutachterkommission in Nordrhein andere Erfahrungen. Die Patienten erhalten ein Gutachten. Mit diesem Gutachten gehen sie zur Versicherung. Das klappt in aller Regel. Es wird keine Entscheidung getroffen, wie die Wiedergutmachung auszusehen hat, wenn ein Fehler geschehen ist. Es wird nur ein Gutachten herausgegeben. Dieses Gutachten ist eine Unterlage für den Patienten, der damit zum Versicherer des Arztes oder erst einmal zum Arzt selbst geht. Das ist eine ganz gute Lösung. Es gibt halt diese zwei Modelle.

Das Wort hat jetzt Frau Professor Henneberg aus Hessen.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielleicht sollte ich zuerst sagen: Ich gehöre hier zu der kleinen Gruppe der niedergelassenen Neurologen und Psychiater. Ich komme aus Frankfurt am Main.

Wenn ich mir meine Patienten mit Schwerpunkt Parkinson, Alzheimer, Epilepsie, Multiple Sklerose anschaue, komme ich zu der Auffassung, dass die Patientenrechte vor allen Dingen darin bestehen müssen, dass die Patienten die vielfältigen Medikamente, die sie benötigen, auch bekommen dürfen. Um dies zu sichern, gibt es auch Patientenorganisationen, die versuchen, Wissen über diese Medikamente zu vermitteln. Sie können sich vielleicht vorstellen, dass diese Patienten nicht gerade zu den gut betuchten Patienten dieses Landes gehören, deswegen sind die entsprechenden Patientenorganisationen ziemlich arm.

Deshalb plädiere ich unbedingt dafür, die Patientenorganisationen nicht zu verteufeln, wenn sie sich von der pharmazeutischen Industrie sponsern lassen. Solange die Vielfalt des Sponsorings aufrechterhalten wird, können die Patienten Informationen bekommen und wir haben eine Organisation, auf die wir als Ärzte einwirken können. Wir haben die Möglichkeit, dass wir uns, wenn wir hoch spezialisiert sind, für Vorträge zur Verfügung stellen und dann unsere Sicht der Dinge darstellen. Schaffen wir hier bitte keine künstliche Schranke, sondern lassen wir Information zu.

Ich bedanke mich.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Professor Henneberg. – Jetzt Herr Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zur personellen Klärung vorwegschicken, dass ich mit Herrn Professor Dietrich aus München weder verwandt noch verschwägert bin.

(Heiterkeit – Beifall)

Jetzt zur Sache: Unter Tagesordnungspunkt IV geht es um die Patientenrechte. Da gibt es das Sozialgesetzbuch V, das auf der Welt einmalig ist. Wir sind das einzige Land der Welt, das ein Sozialgesetzbuch V braucht, das über 500 Seiten umfasst. Dazu gibt es noch Tausende von Ausführungsbestimmungen. Dieses Sozialgesetzbuch V soll maßgeblich dem Zweck dienen, die Versorgung der Patienten, indirekte Patientenrechte, Qualität der Versorgung usw. zu gewährleisten. Wenn man sich anschaut, was in der Realität am Ende infolge des Sozialgesetzbuchs V, das über die Jahre immer wieder geändert wurde, herauskommt, muss man sich die Frage stellen, ob das SGB V tatsächlich den Patientenrechten dient oder ob es die Patientenversorgung in weiten Teilen eher behindert.

Die Budgetierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die im SGB V festgeschrieben ist, führt zur Leistungsbegrenzung und stellt die Qualität der Behandlung infrage, und zwar nicht nur dem Umfang nach. Die ausufernde Bürokratie durch die begleitenden Regelungen bedingt für den Patienten eine völlige Intransparenz, der gar nicht mehr in der Lage ist, seine Rechte zu erkennen. Es wird fast alles versprochen, aber in der Praxis ist am Ende immer weniger möglich. Ich halte diese Intransparenz für gar nicht vereinbar mit den Patientenrechten.

Ich darf an dieser Stelle Herrn Professor Hoppe zitieren, der neulich in Nordrhein gesagt hat:

> *Es war und ist daher richtig, die chronische Unterfinanzierung der ambulanten Medizin anzuprangern, im Interesse von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten.*

Wenn wir sagen, die Unterfinanzierung sei ein Problem und es liege im Interesse der Patientinnen und Patienten, daran etwas zu ändern, muss man sich natürlich an der Stelle auch für eine Öffnung des Systems stark machen. Wir brauchen den wirtschaftlich unabhängigen Arzt und eine Öffnung im Korsett des SGB V, das nicht der Stärkung, sondern der Schwächung von Patienteninteressen dient.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dietrich. – Jetzt Herr Clever aus Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin sehr für den Entschließungsantrag des Bundesärztekammervorstands. Ich fand auch, dass Dr. Montgomery die Problematik gut aufgedröselt hat. Vor allem hat mich gefreut, dass er das Wort „Patientenschutz" vermeidet. Es ist wichtig, dass wir uns in der Diskussion auf das Thema Patientenrechte konzentrieren.

Andererseits denke ich, die Bundesregierung wird nach Erfolgen lechzen müssen. Das heißt, sie wird ein Patientenrechtegesetz – ich hoffe, dass es nicht „Patientenschutzgesetz“ heißt – durchziehen wollen. Da, wie Herr Montgomery ausgeführt hat,

in der Öffentlichkeit nicht alles dargelegt werden kann, wird man es wahrscheinlich durchpowern, ob wir nun unsere acht Kriterien verabschieden oder nicht, ob wir uns gegen ein etwa nicht mehr notwendiges Gesetz positionieren oder nicht.

Ich möchte trotzdem etwas zu diesen acht Kriterien sagen, weil ich finde, dass die sozialrechtliche und die haftungsrechtliche Problematik bei Patientenrechten eine Rolle spielt und wir Ärzte dabei oft im Regen stehen gelassen werden. Die sechste Forderung von Herrn Dr. Montgomery lautet:

> *Der Patient hat Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung …*

Herr Kollege Werner wird den Antrag stellen, diesen Passus zu streichen. Dafür bin ich auch.

Ich möchte im Vorstandsantrag auf Seite 2 in Nummer 1 den letzten Satz gestrichen und wie folgt geändert haben:

> *Eine nach der Sozialgesetzgebung nicht mögliche oder nicht finanzierte Behandlung darf haftungsrechtlich zukünftig nicht zu Lasten Dritter, etwa dem Individualarzt im haftungsrechtlichen Verfahren, abgeladen werden.*

Ich halte es für ganz wichtig, dies in ein Patientenrechtegesetz zu schreiben. Ich denke, der erste Punkt ist der richtige Platz dafür. Ich werde einen entsprechenden Antrag noch formulieren.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Clever. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Lieber Kollege aus dem Saarland, das marktwirtschaftliche System mag ja segensreich sein. Dasjenige Gesundheitssystem, das sich schon immer marktwirtschaftlich organisiert hatte, ist das amerikanische. Die Pro-Kopf-Kosten in den USA sind etwa zweimal so hoch wie bei den teuren Ländern Europas, mit dem Nachteil, dass viele Millionen zwar bei der Pro-Kopf-Berechnung mitzählen, aber de facto nicht versichert sind.

Ich darf Ihnen sagen – das müssten Sie eigentlich wissen –, dass die Priorisierung im Rahmen der Managed-Care-Verträge in Amerika schon längst Realität ist. Dasselbe gilt für die Rationierung. Dies alles gibt es in dem von Ihnen so gelobten marktwirtschaftlichen System. Insofern, denke ich, haben Sie nicht recht.

Wenn Sie die Protagonisten der notwendigen Priorisierungsdebatte, namentlich den Vorstand der Bundesärztekammer, in einen Zusammenhang bringen mit den sogenannten dunkelsten Zeiten unserer Geschichte, dann ist das skandalös. Das muss ich Ihnen einfach sagen.

(Beifall)

Ich fand den Vortrag von Herrn Montgomery wunderbar. Ich fand vor allem seinen Hinweis, dass in der Berufsordnung die Patientenrechte gut kodifiziert sind, ebenfalls wunderbar. Allerdings geht meine Kritik dahin, dass die Änderung der ärztlichen Tätigkeit, vermutlich auch im ambulanten Bereich, sicher aber im stationären Bereich, in diesem Referat überhaupt keinen Niederschlag gefunden hat. Die Abschaffung von Dienstreihen im Krankenhaus, die Durchführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste auf breiter Front – das wird bei immer mehr Klinikträgern akzeptabel, wie es scheint – gefährden die von Ihnen betonten Patientenrechte, wie sie in der Berufsordnung stehen. Ich hätte mir gewünscht, dass das im Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer vorkommt, dass die an sich vorhandenen und auch von den Ärzten akzeptierten Rechte durch die Veränderungen im stationären Bereich, vermutlich auch im ambulanten Bereich, die ökonomisch diktiert werden, gefährdet sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Veelken. – Jetzt Herr Kollege Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr verehrtes Präsidium! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, wenn wir über Patientenrechte sprechen, müssen wir uns doch nicht dazu verleiten und dazu hinreißen lassen, so zu tun, als seien die Patienten völlig schutzlos. Ich bitte Sie ganz herzlich, in den Diskussionen nicht entsprechende Vokabeln zu benutzen. Anderenfalls erwecken wir in der Öffentlichkeit den Eindruck, dass erst recht solche Instrumente gebraucht werden, die schon längst in Gesetzen verankert sind. Das steht doch auch in der Berufsordnung. Es entspricht nicht der Realität, wenn wir so tun, als sei uns der Patient völlig schutzlos ausgeliefert.

Natürlich muss der Patient vor Behandlungsfehlern geschützt werden. Aber das Nichtstun wird immer häufiger ein Problem. In Gutachter- bzw. Schlichtungskommissionen taucht jetzt immer häufiger die Klage auf: Dieses und jenes ist gar nicht gemacht worden. Oder es heißt beispielsweise: Ich bin da nicht drangekommen. Hier ist die Politik in der Pflicht, die das sehr einfach abgewälzt und den Ärzten aufoktroyiert hat. Das ist sicher keine Entschuldigung dafür, dass man als Chefarzt auf der Intensivstation aus ökonomischen Gründen Wunden mit Zitronensaft behandelt.

Das Nichtstun aus lauter Angst stellt ein immer größer werdendes Problem dar. Hier spielt natürlich die Rationierung eine Rolle.

Es ist vorhin schon angesprochen worden: Es ist wunderbar, wenn sich das alles marktwirtschaftlich orientiert. Ich rate Ihnen davon ab, dem hinterherzulaufen. In Amerika kann man sehen, was der Markt bewirkt. In Louisiana hat man beispielsweise durch die hohen Prämien auf riesigen Flächen keinen einzigen Gynäkologen. Das müssen wir der Öffentlichkeit verdeutlichen. Die Ärzte werden sich von risikobehafteten Handlungen zurückziehen und den Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen. Wenn keine Ärzte zur Verfügung stehen, ist das ebenfalls ein schlimmer Fehler. Un-

ter der farbigen Bevölkerung in Louisiana haben Sie – entschuldigen Sie, wenn das wie Rassismus klingt – bei der Geburtensterblichkeit Raten wie inzwischen in Sri Lanka. Dahin möchte ich nicht kommen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Allenfalls zum Urlaub. – Jetzt bitte Herr Kollege Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der letzte Satz in Ziffer I des Vorstandsantrags lautet:

> *Rationierung führt zu einem System der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen.*

Ich möchte Ihnen folgendes Beispiel nennen. Wenn Sie in Berlin-Zehlendorf am U-Bahnhof Krumme Lanke in die U-Bahn steigen, sinkt die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung um die jeweiligen Bahnhöfe herum pro Bahnhof um vier Monate. Das hat nichts mit Rationierung zu tun. Das ist die gegenwärtige Realität; das haben wir auch schon einmal auf einem Deutschen Ärztetag diskutiert.

Wir wissen gar nicht genau, warum das so ist, aber mit Rationierung hat das nichts zu tun. Das Beispiel stammt von Ellis Huber. Ich finde, es ist ganz plastisch.

Unter Ziffer II fordert der Vorstand die verlässliche Sicherung von grundlegenden Patientenrechten. Als zweites Patientenrecht wird aufgeführt:

> *Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl.*

Gehen Sie einmal als Normalversicherter in eine ganz normale Klinik und sagen Sie: Ich habe freie Arztwahl. Man wird Sie auslachen. Sie haben keine freie Arztwahl. Es wäre schön, wenn es so etwas gäbe, vor allem wenn irgendeine Form von persönlicher Kommunikation zwischen den Ärzten und ihren Patienten überhaupt noch möglich wäre. Die Kommunikation läuft über Computerprogramme und nicht mehr über persönliche Gespräche.

Der vierte Punkt lautet:

> *Der Patient hat Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses.*

Wir alle kennen die Beispiele vom Intranet großer Klinikverbünde, wo fast jeder hineinkommt und jede Krankengeschichte eines jeden Patienten nachlesen kann. Herr Montgomery, hier gilt es wirklich, dafür zu sorgen, dass solche Dinge verhindert werden.

(Beifall)

Punkt 6 lautet:

> *Der Patient hat Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung …*

Jawohl, der Patient hat diesen Anspruch. Die Realität sieht aber anders aus. Wenn man den Äußerungen des Referenten zu diesem Punkt in den diversen Talkshows folgt, hat er sie noch weniger, weil Herr Montgomery ein vehementer Verfechter einer unsolidarischen Finanzierung des Systems durch eine Kopfpauschale ist. Das wollen wir nicht.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist der Präsident unserer gastgebenden Landesärztekammer, Herr Professor Schulze. Wir bedanken uns noch einmal für die fulminante Eröffnungsveranstaltung von gestern.

(Beifall)

Prof. Dr. med. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Als Vorstandsmitglieder stehen wir in voller Stärke und Schönheit hinter diesem Antrag von Herrn Montgomery. Wir haben ihn eingehend diskutiert. Ich finde es schön, dass noch einige Ziselierungen kommen, aber die Sache ist sehr klar.

Ich möchte noch etwas zu Herrn Kajdi sagen, weil er mich direkt angesprochen hat. Meine Damen und Herren, wer nicht sieht, dass wir seit Jahren eine offene Schere zwischen Leistungsanforderungen und deren Erfüllung schon jetzt im System haben, wer nicht sieht, dass die bisherigen Kostendämpfungsgesetze von Frau Schmidt – pro Jahr gab es ein oder zwei – nur in diese Richtung gingen, wer sich nicht erinnert, dass Rationalisierung eine weithin ausgepresste Zitrone darstellt, sollte doch gründlicher nachdenken, ob nicht die stille Rationierung, die uns als Ärzte sozusagen in der Bauernpyramide am Schluss im System diese Verpflichtung auferlegt, eigentlich nicht mehr zumutbar ist.

Deshalb lautet die Forderung des Tages, diese Politik, die sich alle vier Jahre der Wahl stellen muss, möge manches, was auch ein bisschen kritisch diskutiert werden kann, nicht realisieren. Die Forderung nach einem optimalen Einsatz verfügbarer Ressourcen, also die erwähnte Schere ein Stück weit zu schließen, ist das Gebot der Stunde.

Wer das nicht aus eigenem Erleben kennt und meint, wir könnten noch aus dem Vollen schöpfen, nehme die lesenswerte Analyse von Herrn Beske zur Hand, der mit klaren Fakten und Zahlen nach vorn extrapoliert und nachweist, dass 2030 die Versichertenbeiträge auf 26 Prozent und 2050 auf Mitte 40 Prozent steigen werden.

Meine Damen und Herren, das ist nicht mehr zu leisten, das wird aus dem verfügbaren Bruttosozialprodukt nicht mehr zu machen sein. Deshalb ist die Priorisierung das Gebot der Stunde, um mit den Ressourcen, die verfügbar sind, ein Optimum zu erreichen. Das ist ein dickes Brett, das gebohrt werden muss. Wir Ärzte müssen uns im vorgesetzlichen Raum in einem Gesundheitsrat engagieren und dort mit unserer Ex-

pertise und unserer Kompetenz qualifizierte Beiträge liefern und diese Problematik zu lösen versuchen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Schulze. – Jetzt kommt Herr Dr. Fabian aus Baden-Württemberg.

Dr. Fabian, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte Sie auf den Antrag IV-04 hinweisen und auf das vorletzte „Deutsche Ärzteblatt“, das Ihnen vorliegt. Hier hat die Bundesärztekammer zu einem hohen Patientenrecht eine Bekanntmachung herausgegeben, nämlich zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. Patientenverfügungen sind ein sehr hohes Gut, aber damit sie ihre Wirkung entfalten können, müssen sie verfügbar sein. Genau das ist derzeit das Problem. Es gibt Situationen, in denen Sie etwas Zeit haben, wo Sie sich Patientenverfügungen beschaffen können. Es gibt aber auch viele Situationen, wo Sie kurzfristig an die Patientenverfügungen kommen müssen. Dann sollten Sie Wege zur Verfügung haben, wie das den behandelnden Ärztinnen und Ärzten möglich ist.

Derzeit befindet sich der Vorstand der Bundesärztekammer in einer Prüfung, diese Patientenverfügungen bei der Bundesnotarkammer ablegen zu lassen, wobei hier nur der Ort, wo sich die Patientenverfügungen befinden, gemeint ist. Es wäre also keine Hilfe für den Arzt im Notfall und für den Patienten in diesem Falle natürlich auch nicht.

Deshalb möchte ich darum bitten, dass die Bundesärztekammer noch einmal sehr genau prüft, ob nicht wir Ärzte mit diesen sehr sensiblen Daten ein Angebot an die Patientinnen und Patienten machen sollten, diese Patientenverfügungen für sie vorzuhalten. Das kann natürlich nur in die Zukunft gerichtet sein, denn es fehlen uns an der einen oder anderen Stelle noch die Instrumente dazu.

Wir sollten das, wie wir das in anderen Zusammenhängen auch gesagt haben, nicht aus der Hand geben, sondern sollten es in Eigenregie machen und erklären, dass wir die Patienten nicht nur beraten, sondern auch mit diesen sensiblen Daten ordentlich umgehen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fabian. Wir begrüßen den Antrag und freuen uns über ihn. Wir sind mit der Bundesnotarkammer in engem Kontakt, was diese Fragen angeht. Wir wollen versuchen, das operationalisierbar zu machen. Das ist ein gewisses Problem, aber das werden wir lösen. – Jetzt kommt Dr. Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu demselben Antrag, aber aus einem ganz anderen Blickwinkel; denn nach allem, was wir in den vergangenen Jahren über eine zentrale Datenregistrierung diskutiert haben, bin ich über diesen Antrag erstaunt. Ich bin über diesen Antrag sogar ein bisschen erschrocken. Brauchen wir wirklich für diese Angelegenheit ein zentrales System? Gibt es keine anderen Möglichkeiten dafür? Die zentrale Datenregistrierung mit all ihren Zugriffsproblemen ist sehr problematisch; das wissen wir alle.

Was wir unbedingt vermeiden sollten und was keineswegs geschehen darf: Wir brauchen kein Facebook für die letzten Angelegenheiten.

Deshalb möchte ich Sie bitten, diesen Antrag abzulehnen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bolay. – Jetzt hat Herr Grauduszus das Wort. Bitte sehr.

Grauduszus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn ein Patientenschutzgesetz auf der Agenda der Politik steht, muss etwas Wichtiges geschehen. Warum müssen Patienten geschützt werden und vor wem? Wenn wir es hier diskutieren, denken wir: Müssen sie vor den Ärzten beschützt werden? Es mag ja sein, dass es in unseren Reihen gewisse Probleme gibt und dass man manchmal ungünstige Entwicklungen hat. Aber müssen wir nicht auch erst einmal über unseren Tellerrand schauen und fragen: Warum müssen die Patienten in Zukunft geschützt werden? Ist es nicht eigentlich nur ein Ablenkungsmanöver?

Ich möchte meine Patienten zunächst einmal vor den Kostenträgern schützen wollen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte sie natürlich auch vor einem Oligopol schützen. Einer meiner Vorredner hat gesagt: In Amerika herrscht nicht wirklich Marktwirtschaft, sondern das ist eine Monopol- und Oligopolgesellschaft, wo der Patient keine Rechte mehr hat. Genau das soll hier ja kommen. Ich glaube, niemand von uns, der sich für die Marktwirtschaft ausspricht, stellt sich Oligopole vor. Es geht vielmehr darum, gerade diese zu verhindern. Aber sie werden eben eingeführt.

Sie kennen die Vorstellungen der Gesundheitswirtschaft und der Politik. Es sollen in wenigen Jahren nicht mehr 250 Milliarden Euro umgesetzt werden, sondern durchaus doppelt so viel. Wer muss das bezahlen? Wer wird das bezahlen? Wir Ärzte? – Nein, wir können das nicht bezahlen. Der Bürger wird es bezahlen.

Ist es nicht so, dass man, wenn man heute ein Patientenschutzgesetz auf den Weg bringt, verschleiert, was wirklich passiert, nämlich dass man demnächst Kohle machen will, rücksichtslos auf den Schultern der Patienten und der Bürger? Das wird verschleiert. Das muss thematisiert werden.

Wenn wir glauben, durch ein Patientenschutzgesetz etwas erreichen zu können, auch dass die Versorgung vor Ort besser wird, sage ich: Das wird nicht der Fall sein. Ich nenne Ihnen ein Beispiel aus der Praxis. Eine Patientin wird operiert, es geschieht ein Zwischenfall, aber es wird alles nach den Regeln der Kunst gemacht. Diese Patientin hat in unserem System, obwohl sie nachher behindert ist, keinen Anspruch auf irgendeinen Ausgleich, weil nach den gutachtlichen Stellungnahmen alles richtig gelaufen ist. Das ist auch wirklich so. Viele von uns glauben, dass der Patient dann einen Anspruch auf Ausgleich hätte. Das ist aber nicht der Fall. Der Patient sitzt jahrelang im Rollstuhl, aber weil alles richtig gelaufen ist – es ist natürlich nicht alles richtig gelaufen –, weil die Regularien eingehalten wurden und die Situation unvorhersehbar war, es also ein Unglücksfall war, muss der Patient die Verantwortung tragen und ihm wird überhaupt nicht geholfen.

Es gibt Modelle, beispielsweise in Österreich, wonach Patienten, die in eine solche Situation geraten, einen wirtschaftlichen Ausgleich erhalten. Es müssen pro Tag etwa 70 Cent je Krankenhauspatient an einen bestimmten Fonds gezahlt werden. Wenn Patienten in Not geraten, wird aus diesem Fonds eine wirtschaftliche Hilfe gewährt.

Das ist echter Patientenschutz. Da wird etwas getan, da wird geholfen. Hier aber werden Gesetze geschaffen und letztlich wird der Bürger abgezockt.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das nennt man dann verschuldensunabhängige Haftung. Das gibt es auch in Schweden. – Jetzt hat Herr Mälzer aus Berlin das Wort.

Mälzer, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich sehr über den Beitrag von Herrn Liese zu Europa gefreut. Mich hätten zusätzlich die Patientenrechte in Europa interessiert, insbesondere was die Freizügigkeit des Zugangs zu ärztlichen Leistungen angeht. Die Notfälle sind geregelt. Aber im Regelfall ist es noch nicht möglich, dass die Totalendoprothese für einen Engländer gemacht wird. Das ist jedenfalls im Regelfall so. Hier wünsche ich mir eine wesentlich bessere Freizügigkeit im Sinne der Patienten, dass sie das Recht erhalten, den Regelfall in den anderen Ländern Europas abwickeln zu können.

Wir in Deutschland haben ein leistungsfähiges System und können durchaus wettbewerbsfähig den europäischen Mitbürgern Gutes tun. Hier wünsche ich mir einen entsprechenden Appell. Ich habe einen diesbezüglichen Antrag eingebracht:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Freizügigkeit in Europa für Patienten beim Zugang zu ärztlichen Leistungen im Regelfall (über den medizinischen Notfall hinaus). Deshalb fordert der 113. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung und die Europäische Kommission auf, die rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen.*

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Mälzer. – Jetzt Herr Kollege Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich stimme dem Kollegen Montgomery vollkommen zu, wenn er warnend darauf hinweist, dass das Sponsoring von Selbsthilfegruppen durch die Pharmaindustrie kritisch zu sehen ist. Das hat nichts mit Patientenrechten zu tun, sondern es geht dabei um eine direkte Einflussnahme. Das sind leider Dinge, die zunehmend in Form eines negativen Lobbyismus geschehen. Ich verstehe die Kollegin, die gesagt hat: Ich habe arme Patienten, die sich neue Medikamente nicht leisten können. Dann muss man sagen: So geht es nicht. Da werden letztendlich die Patienten von der Industrie instrumentalisiert im Sinne der Eigeninteressen der Industrie. Wir müssen zusehen, dass wir uns davon nicht vereinnahmen lassen.

Unsere ärztliche Glaubwürdigkeit wäre in solchen Fällen deutlich höher, wenn unsere eigenen Fortbildungen nicht so von der Pharmaindustrie gesponsert wären, wie das der Fall ist. Da ist Deutschland kein großes Vorbild. Da sind andere Länder wie die skandinavischen Länder oder die Niederlande und Großbritannien ein Vorbild. Wir wären sicherlich in einer besseren Position, wenn wir in Bezug auf das Sponsoring von sogenannten Selbsthilfegruppen mit eigenem Vorbild und einer pharmafreien Fortbildung vorangehen könnten.

Ich stimme dem Kollegen Montgomery absolut zu: Das ist eine Gefahr. Das sind Einflussnahmen auf sogenannte Patientenrechte. Da muss man schon sehr aufpassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Marx. – Jetzt kommt Rudolf Henke vom Vorstand.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich habe mich gemeldet, weil ich gern auf die Punkte 5 und 6 und auf die Frage der Solidarität eingehen möchte. Da ist eben ein bisschen Kritik geübt worden an dem Eintreten von Frank Ulrich Montgomery dafür, dass wir eine Erweiterung des Begriffs der Solidarität in der Gestaltung der gesetzlichen Krankenkasse brauchen. Wie weit das gehen soll und wie weit man auf einkommensunabhängige Beiträge setzt, da gibt es vielleicht auch zwischen uns beiden an der einen oder anderen Stelle immer noch ein wenig eine unterschiedliche Einschätzung.

Ich wehre mich aber dagegen, jede Änderung des Finanzierungssystems, das ein bisschen Abweichung von dem traditionellen System enthält, wie es einmal zu Bismarcks Zeiten eingeführt wurde, automatisch als Ausdruck fehlender Solidarität zu beschreiben.

(Beifall)

Das halte ich völlig wider intellektuelle Sauberkeit. Solidarität bedeutet doch, dass der Staat bereit sein muss, den Schwächeren zu helfen. Dieses System kommt doch auch in unserem eigenen Staat in ganz unterschiedlichen Finanzierungsformen zum Ausdruck. Das findet doch nicht in einer einzigen Finanzierungsform statt. Oder würden Sie etwa die allein steuerfinanzierte Sozialhilfe, also die Grundsicherung, die ausschließlich über Steuern und ohne jeden Beitrag finanziert wird, als ein unsolidarisches System bezeichnen? Nein, sie ist auch ein Ausdruck von Solidarität.

(Beifall)

Genauso ist es ein Ausdruck von Solidarität, wenn Menschen, die Geld für Stiftungen spenden, die anderen helfen, eine steuerliche Berücksichtigung ihrer Spenden erfahren. Auch das ist ein Stück Teilhabe der Gesellschaft an dieser Finanzierungsleistung.

Ich finde es falsch, ein System für sakrosankt zu erklären und zu sagen: Alle, die daran etwas im Sinne einer Anpassung an veränderte Anforderungen ändern wollen, verstoßen gegen das Prinzip der Solidarität. Das ist aus meiner Sicht unsinnig.

Ich will Sie daran erinnern, dass bei der Einführung des Systems der gesetzlichen Krankenkassen durch Bismarck damals der Beitrag zu einem Drittel von den Arbeitgebern und zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern bezahlt wurde. Auf dieses System beziehen wir uns heute, wenn wir sagen: Das ist ein solidarisches System.

Lassen Sie uns da also ein bisschen mehr Mut haben, lassen Sie uns ein Bekenntnis zum Begriff der Solidarität ablegen. Wir sollten aber nicht eine einseitige Interpretation der Solidarität zum Maßstab unserer Entscheidungen machen. Da muss mehr Offenheit her.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Es gibt von Frau Kollegin Mieke einen Antrag zur Geschäftsordnung. Den muss ich vorziehen.

Dr. Sudek, Hamburg: Ich finde, die Argumente sind alle ausgetauscht. Daher beantrage ich Schluss der Debatte.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gibt es eine Gegenrede? – Formal. Wer möchte Schluss der Debatte? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Das ist die Mehrheit. Dann diskutieren wir weiter. – Das Wort hat jetzt Frau Mieke. Bitte sehr.

Dr. Mieke, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag IV-04 sprechen. Ich denke, dieser Antrag beinhaltet durchaus richtige Dinge wie beispielsweise die Bewahrung der sensiblen Daten unserer Patienten. Ich finde es aber verfrüht, diesen Antrag jetzt zu stellen, da ja bestimmte Verhandlungen anstehen. Ich denke, der Antrag ist auch nicht völlig ausgereift, da die Logistik, wie wir diese Patientendaten bewahren sollen, für mich nicht ersichtlich ist. Ich plädiere daher für Nichtbefassung bzw. Überweisung an den Vorstand.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt noch einmal Herr Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Priorisierung und Rationierung sind natürlich ganz wichtige Themen im Patient-Arzt-Verhältnis. Von Herrn Montgomery habe ich gehört – das steht so nicht wörtlich in dem Antrag –, dass wir die bestmögliche Versorgung unserer Patienten fordern. Wörtlich heißt es:

> *Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung.*

Dem kann ich mich nur voll anschließen. Aber ist es nicht ein Widerspruch, wenn wir im gleichen Atemzug verlangen, dass rationiert wird? Das ist doch die Botschaft, wenn wir hier das Thema der Priorisierung behandeln. Die Öffentlichkeit versteht das so: Die Ärzte fordern für ihre Patienten eine Rationierung. Das ist die völlig falsche Botschaft.

(Beifall)

Wir haben gehört, dass die Mittel nicht ausreichen. Der Minister hat gestern gesagt: Es gibt für dieses System nicht mehr Geld. Aber die Hausärzte bekommen mehr Geld. Da frage ich mich: Was soll das?

Wir brauchen nicht nur Hausärzte – auch ich bin Hausarzt –, sondern wir brauchen auch spezialisierte Kolleginnen und Kollegen. Die sind bei einer älter werdenden Gesellschaft genauso wichtig. Wir müssen zusammenhalten und dürfen keine Keile zwischen uns treiben lassen.

(Beifall)

Ich als Hausarzt möchte, dass ich meine Patienten wirtschaftlich unabhängig mit einer hervorragenden Therapie versorgen kann. Das wird mir im Moment genommen, und zwar kontinuierlich.

Wenn es um Priorisierung geht, geht es auch um Allokation. Der eine Bereich wird sagen: Wir sind wichtig! Der andere Bereich wird hinten herunterfallen. Es ist unglaublich wichtig, dass wir die Rationierung öffentlich machen. Das haben wir als Freie Ärzteschaft über Jahre hinweg auch getan. Wir übernehmen aber nicht die Verantwortung. Wir fordern auch nicht die Rationierung, sondern wir sagen: Wir sind ein wohlhabendes Land und die Ausgaben im Krankenversicherungsbereich sind –

das hat Herr Dr. Hoppe gestern bestätigt – nicht gestiegen. Sie liegen konstant bei 6 Prozent des Bruttoinlandprodukts.

Warum also sollen wir sparen? Warum soll der Bürger nicht mehr bekommen, wenn er letztlich doch bereit ist, dafür auch mehr auszugeben? Die Wirtschaft hat es erkannt. Sie sieht den Gesundheitsmarkt als wachsenden Markt und will in wenigen Jahren den Umsatz dort verdoppeln, wie ich schon ausgeführt habe.

Ich kann im Zusammenhang mit der Rationierungsdiskussion nur raten: Schieben wir die Verantwortung auf diejenigen, die sie tragen müssen, nämlich die Politik. Wir fordern für unsere Patienten eine gute Behandlung und wollen nicht rationieren. Die Priorisierung ist Aufgabe der Politik.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Grauduszus. – Jetzt Herr Bodendieck aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebes Plenum! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich bin froh, dass die Diskussion nicht abgebrochen wurde. Ich möchte nämlich noch ein anderes Thema ansprechen, wozu ich einen Antrag umdrucken lasse, der Ihnen zur freundlichen Zustimmung vorgelegt werden wird. Es geht um das Telekommunikationsüberwachungsgesetz. Wir haben uns in den letzten Jahren sehr darüber aufgeregt, dass der Staat immer weiter in die Patient-Arzt-Beziehung eingegriffen hat. Insofern hat der Staat unter Vorspiegelung der Tatsache, dass gefährliche terroristische Angriffe gegen die Bundesrepublik Deutschland und ihre Bürger abzuwehren sind, das Telekommunikationsüberwachungsgesetz geschaffen und die Ärzte bei den besonders schützenswerten Informationsträgern mit niedrigem Rang versehen, nämlich beispielsweise auf einer Ebene mit den Journalisten.

Abgeordnete – hier frage ich mich, was da besonders schützenswert ist –, Strafverteidiger und Seelsorger genießen besonderen Schutz. In Sachsen ist es mittlerweile an der Tagesordnung, dass dieses Telekommunikationsüberwachungsgesetz nicht nur genutzt wird, um besondere terroristische Angriffe abzuwehren. Wir haben bereits ein Gespräch mit unserem Justizstaatssekretär geführt, aber fortgesetzt startet die Staatsanwaltschaft Telefonabhöraktionen. Ich selbst bin ebenso wie viele andere Kolleginnen und Kollegen davon betroffen, ohne dass ich die Personen, deretwegen das Abhören veranlasst wurde, überhaupt kenne, geschweige denn mit diesen jemals Kontakt hatte.

Das muss unterbunden werden. Aus diesem Grunde bitte ich Sie, meinem Antrag, der noch umgedruckt wird, zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gerne. Mit diesem Thema bin ich ja als Person vor dem Bundesverfassungsgericht. – Jetzt kommt Herr Dr. Fuchs aus Niedersachsen.

Dr. Fuchs, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Der Redebeitrag von Herrn Henke hat mir sehr gut gefallen. Ich habe allerdings eine kleine Berichtigung vorzutragen: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, so wie sie von Bismarck eingeführt wurde, resultierte aus den Kassen der Arbeitervereine und war rein von den Arbeitern getragen. Das war dem Staat gegen Ende des vorigen Jahrhunderts eine zu große Machtposition von Herrn Bebel. Daraufhin wurde die Teilfinanzierung durch die Arbeitgeber nachgereicht.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

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

Dr. Pilz, Bayern: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich melde mich zu Wort, weil der Begriff der Solidarität nicht nur hier, sondern heutzutage überall inflationär verwendet wird. Der Begriff der Solidarität ist keine Erfindung der Bismarck'schen Sozialreformen, sondern ist ein Begriff der Französischen Revolution. Die Väter der Französischen Revolution verbanden mit dem Gedanken der Solidarität zwei Dinge. Sie haben bei der Französischen Revolution grundsätzlich mit großen Verlusten im Kampf gegen die Aristokratie gerechnet. Daher sollte die Gemeinschaft das Individuum und seine Familie schützen. Im Umkehrschluss sollte aber auch das Individuum die Verantwortung für die Gemeinschaft übernehmen.

Heute wird die Solidarität als eine maßlose Anspruchshaltung weiter Teile der Bevölkerung betrachtet. Es wird aber nicht eingefordert, dass das Individuum seinerseits eine Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft hat.

Ich bin kein FDP-Mitglied und bin auch nicht der Meinung, dass die Kopfpauschale alle unsere Probleme lösen wird, schon gar nicht im Gesundheitswesen. Aber denjenigen, die meinen, dass jede Veränderung ein Problem und ein unsolidarisches Vorgehen darstellt, möchte ich ein konkretes Beispiel aus der täglichen Praxis entgegenhalten, weil ich das Gefühl habe, dass viele Leute mitdiskutieren, die von der täglichen Praxis nur bedingt Ahnung haben. Ich behandele ein Vorstandsmitglied eines großen Münchener Automobilunternehmens für 21 Euro im Regelleistungsvolumen genauso wie den jungen Polizeibeamten aus dem Bayerischen Wald, der nach München versetzt wird, in die teure Stadt, für den es durchaus ein beträchtliches Problem ist, eine GOÄ-Rechnung zu bezahlen. Wer meint, dass dieses System solidarisch und sozial gerecht sei und jegliche Veränderung unsozial wäre, erkennt meines Erachtens überhaupt nicht die Realitäten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Zum Schluss jetzt Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich muss noch ein Wort zum Thema Priorisierung sagen. Das ist eine Reaktion auf einen Beitrag, der vorhin geleistet wurde. Vielleicht fällt es mir als Kinderchirurgin leichter, mit dem Begriff umzugehen. Im Grunde genommen mache ich das jeden Tag. Wenn Notfälle oder Unfälle hereinkommen, muss ich nach medizinischen Gesichtspunkten festlegen, wer zuerst behandelt wird. Das ist auch in Ordnung. Es ist aber nicht mehr in Ordnung, wenn ich gezwungen bin, weil das Personal fehlt, weil ich keinen Anästhesisten habe, weil nicht an genügend vielen parallelen Tischen operiert werden kann oder wir nachts einfach nicht mehr können, Operationen zu verschieben, die an und für sich medizinisch notwendig sind.

Für diese Situation brauchen wir eine Lösung. Zumindest müssen wir die Problematik offen ansprechen. Das finde ich überhaupt nicht verwerflich. Das würde mir und meinen Kolleginnen und Kollegen sehr helfen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Damit ist die Aussprache beendet. Die beiden Herren Referenten haben ein Schlusswort. Zunächst Herr Dr. Liese aus dem europäischen Blickwinkel. Bitte.

Dr. Liese, Referent: Vielen Dank, Herr Professor Hoppe. – Ich kann es ganz kurz machen, weil sich, wenn ich es richtig sehe, nur fünf Redner auf meine Ausführungen bezogen haben. Frau Dr. Pfaffinger hat über die Information von Patienten gesprochen. Das halte ich in der Tat für einen Schlüssel, um unser Gesundheitswesen zukunftsfähig weiterzuentwickeln. Wir diskutieren das im Moment sehr stark beim Thema Arzneimittel. Wir wollen das System umkehren: vom Recht der Industrie, Werbung zu machen, hin zum Recht des Patienten, sich zu informieren. Natürlich muss der Arzt, gerade bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, im Mittelpunkt stehen. Er ist der wichtigste Ansprechpartner. Ich glaube, auch für Ärzte wäre es gut, wenn wir mehr unabhängige Datenbankinformationen bekämen, wo sich der Patient weiter informieren kann, wo er Fragen beantwortet bekommt, die man im Arzt-Patient-Gespräch aus Zeitgründen nicht so schnell beantworten kann. Wir arbeiten daran. Wir sind für jede Anregung dankbar. Das kann man dann auch ausweiten auf andere Fragen der Patienteninformation.

Frau Professor Dr. Henneberg und Herr Dr. Marx haben das Thema Patientenorganisationen und Finanzierung durch die pharmazeutische Industrie angesprochen.

Frau Professor Henneberg hat betont, man solle die Patientenorganisationen nicht verteufeln. Wenn jemand den Eindruck gehabt haben sollte, dass ich sie generell verteufele, dann ist dieser Eindruck sicherlich falsch. Ich habe mit vielen Patientenorganisationen gut zusammengearbeitet. Ich bin beispielsweise auch Schirmherr der Morbus Gaucher Gesellschaft. Ich weiß, dass es manchmal notwendig ist, bestimmte

Dinge von der Industrie finanzieren zu lassen. Das ist an sich nichts Schlechtes. Wenn es sich allerdings nur um eine einzige Firma handelt, wird das Abhängigkeitsverhältnis sehr groß. Es muss natürlich auch Transparenz gegeben sein.

Wir arbeiten gemeinsam mit Kommissar Dalli an einem Modell, mit dem wir versuchen wollen, die Patientenorganisationen in Europa besser zu unterstützen, und zwar durch eine zum Teil völlig unabhängige Finanzierung. Wenn die Industrie einen Beitrag leistet, soll die Industrie im Einzelfall aber nicht darüber entscheiden, was eine Organisation machen darf. Vielleicht schalten wir einen Pool vor, damit die Unabhängigkeit einer Organisation von einer einzigen Firma sichtbar wird. Anderenfalls ist es auch bei gutem Willen so, dass das zum Sprachrohr wird.

Herr Dr. Scholz hat die Gefahr des Nichtstuns vor lauter Angst gegenüber Haftungsansprüchen angesprochen. Das scheint mir ein zentraler Punkt zu sein, den wir in der Argumentation ganz deutlich unterstreichen müssen. Das hat in Europa dazu geführt, dass wir eben keine Umkehr der Beweislast im europäischen Recht haben wollen.

Es gibt einzelne Länder, die das ansatzweise versucht haben. Sie hatten dann aber auch die Probleme, die ich angesprochen habe. Ich möchte nochmals unterstreichen: Den Patienten ist nicht geholfen, wenn man durch eine zu starke Haftungsregelung am Ende dann der bessere Arzt ist, wenn man gar nicht handelt. Das ist sicherlich ein ganz wichtiger Punkt, der noch nicht in alle Köpfe Eingang gefunden hat.

Herr Dr. Mälzer hat das Thema Freizügigkeit angesprochen und gesagt: Im Moment gibt es die Finanzierung medizinischer Leistungen im Ausland bei Notfällen. Das ist richtig. Die Richtlinie, über die ich gesprochen habe, will genau das herbeiführen, was Herr Dr. Mälzer fordert, nämlich dass beispielsweise ein Patient, der in Großbritannien über ein Jahr lang auf einen notwendigen Eingriff, beispielsweise eine Hüftendoprothese, warten muss, dies demnächst in Deutschland oder in einem anderen europäischen Land erledigen lassen kann und das britische Gesundheitssystem dafür bezahlt. Das wurde von der Europäischen Kommission vorgeschlagen.

(Beifall)

Das ist vom Europäischen Parlament unterstützt worden. Nun brauchen wir die Zustimmung des Ministerrats. Deutschland ist dafür, die europäischen Ärzte sind dafür. Ich unterstütze deshalb den Antrag, den Herr Dr. Mälzer eingebracht hat. Allerdings bitte ich darum, ihn zu präzisieren. Wie beim Thema Organspende sollte man nicht generell die europäischen Gremien ansprechen, sondern diejenigen, die im Moment noch blockieren. Das sind diejenigen Mitgliedstaaten im Ministerrat, die das noch nicht unterstützt haben.

Ein Aufruf an das Europäische Parlament und die Europäische Kommission ist also nicht erforderlich. Hier kann man sagen: Es sind die richtigen Beschlüsse gefasst worden. Der Aufruf muss sich an die Mitgliedstaaten richten, die dieses im Moment blockieren.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Liese.

Meine Damen und Herren, wir haben nun 12.30 Uhr. Normalerweise steht jetzt die Mittagspause bis 14 Uhr an. Es sind ganz frische Anträge zum Thema eingetroffen. Ich habe mit Frank Ulrich Montgomery gesprochen und mache folgenden Vorschlag: Wir drucken diese Anträge noch um und legen sie Ihnen auf Ihren Platz. Herr Montgomery hält sein Schlusswort um 14 Uhr, wenn wir wieder zusammenkommen. Anschließend treten wir in die Abstimmung über die Anträge zum Tagesordnungspunkt IV ein. Anschließend schließen wir den Tagesordnungspunkt I ab. Daran anschließend rufen wir das Thema Versorgungsforschung auf.

Sind Sie damit einverstanden?

(Beifall)

– Vielen Dank. Dann machen wir jetzt eine Pause bis 14 Uhr.

**2. Tag: Mittwoch, 12. Mai 2010**
**Nachmittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Wir hatten ja vor der Mittagspause vereinbart, dass wir jetzt das Schlusswort von Frank Ulrich Montgomery hören. Er wird auch gleich auf die Anträge eingehen und sie Ihnen vorstellen. Anschließend werden wir in die Abstimmung eintreten. Bitte, Herr Montgomery.

Dr. Montgomery, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen herzlichen Dank, dass Sie mir die Möglichkeit geben, hier ein Schlusswort zu sprechen. Sehen Sie es mir bitte nach, dass ich bei den doch recht zahlreichen Wortmeldungen nicht auf jede Wortmeldung im Einzelnen eingehen kann. Herr Liese und ich können uns nur gemeinsam für die sehr konstruktive Debatte bedanken. Wir haben davon eine ganze Menge mitgenommen und auch gelernt, und zwar sowohl, wie ich für Herrn Liese sagen kann, für die Arbeit in Europa als auch für unsere Arbeit hier.

Gestatten Sie mir zu einer einzigen Wortmeldung ein paar Bemerkungen. Es war interessanterweise die allererste Wortmeldung bei diesem Tagesordnungspunkt, nämlich die Wortmeldung des Kollegen Dietrich aus Bayern. Herr Dietrich hat, wie Sie sich vielleicht noch erinnern, ausgeführt, dass er aus der Tätigkeit als Anästhesist im Bereich der Transfusionsmedizin bemerkt, wie mit den Leitlinien konkret umgegangen wird, dass die Leitlinien zwar auf dem Papier stehen, aber in Wirklichkeit nicht durchgehalten werden. Er hat sich dann unter anderem in der ihm eigenen, durchaus auch emotionalen Art zu dem Satz verstiegen, er habe schon so viel Mist erlebt und dann sei gar nichts passiert.

Lieber Herr Dietrich, es ist genau diese Einstellung und genau diese Art, das zu artikulieren, die uns eines der größten Probleme im Umgang mit den Patienten beschert, vor allem mit solchen, die vermuten, bei ihnen sei etwas nicht richtig gelaufen.

(Beifall)

Es ist nämlich der Kollege, der aus einem vielleicht wohlmeinenden Gefühl seinen Patienten gegenüber sehr schnell sagt: Mein Gott, was haben meine Kollegen da für einen Mist angestellt? Jetzt sind Sie bei mir völlig richtig, ich mache natürlich nie Mist, ich mache es richtig.

Wir Ärzte sind ja bekannt dafür, dass wir zwar dauernd von der Kollegialität reden, aber gleichzeitig fröhlich gegen die Prinzipien der Kollegialität verstoßen. So etwas bewirkt beim Patienten den Impuls, anzunehmen, bei ihm sei etwas nicht richtig gelaufen, bei ihm sei bei der Behandlung etwas falsch gemacht worden. Das setzt überhaupt erst eine ganze Kaskade von Entwicklungen in Gang, an deren Ende sehr oft ein verhärtetes Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten steht.

Deshalb bitte ich uns alle – nicht nur Sie, Herr Dietrich, sondern uns alle –, in Zukunft zu prüfen, ob wir nicht etwas vorsichtiger sein sollten mit dem ganz schnellen Urteil,

hier sei nur Mist passiert, alles sei schlecht gewesen. Damit sollten wir wirklich vorsichtiger umgehen.

(Beifall – Zuruf)

– Herr Pickerodt hat mir soeben zugerufen, ob ich noch nie Mist erlebt habe. Natürlich habe ich Mist erlebt, Herr Pickerodt, aber ich habe über diesen Mist dann ruhig mit dem Patienten gesprochen, ich habe vor allem auch mit dem Arzt ruhig darüber gesprochen. Wenn dieser Mist einen justiziablen Charakter hatte, habe ich meine Ärztekammer darüber informiert, damit sie mit dem Patienten und dem Arzt zu einem vernünftigen Ausgleichsverfahren kommen kann. Das ist doch der richtige Weg: Nicht einfach nur „Mist“ in den Raum stellen, sondern den Misthaufen beiseiteschieben. Herr Pickerodt, das ist die Aufgabe für die Zukunft.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie uns ganz kurz die acht Anträge und drei Änderungsanträge, die wir zu diesem Tagesordnungspunkt haben, durchgehen. Den Vorstandsantrag kennen wir ja. Der erste Änderungsantrag von Herrn Kollegen Scholze und anderen trägt die Nummer 01 a. Er wünscht, auf Seite 2 im ersten Absatz nach dem ersten Satz einzufügen:

> *Das setzt voraus, dass für den Patienten ausreichende Information und Aufklärung sowie die Nutzung der Prinzipien „gemeinsame Entscheidungsfindung“ und „informed consent“ gewährleistet sind.*

Ich halte dieses für ohne Weiteres einfügbar, ich halte es auch für richtig. Aus sprachlichen Gründen bitte ich Sie, es folgendermaßen zu formulieren, nämlich dass nach dem ersten Satz eingefügt wird:

> *Das setzt einerseits voraus …*

Der dann dritte Satz sollte lauten:

> *Darüber hinaus sind die Therapiefreiheit des Arztes ebenso wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel unabdingbar.*

Dann hat man sprachlich einen gemeinsamen Duktus. Das gehört, glaube ich, zusammen. Anderenfalls würden die beiden Sätze sprachlich überhaupt nicht mehr zusammenpassen.

Ich bitte Sie, dem Änderungsantrag 01 b nicht zu folgen. Ich glaube nämlich, dass man die Grundgedanken zur solidarischen Krankenversicherung, zur Kostenerstattung, zum Prämienmodell oder einem umlagefinanzierten Modell nicht einfach streichen darf. Ich kann mir eine solidarische Krankenversicherung auch mit steuerfinanzierten Subventionen vorstellen.

(Beifall)

Ich bitte Sie, den Antrag 01 b nicht anzunehmen.

Damit komme ich zum Antrag 01 c von Herrn Clever. Das kann man meines Erachtens ohne Weiteres so machen. Ich frage Herrn Clever, ob er damit einverstanden

ist, wenn der Begriff „Individualarzt“ durch „einzelner Arzt“ ersetzt wird. „Individualarzt“ finde ich sprachlich etwas schwierig. Ich weise Sie vorsichtshalber darauf hin, dass zumindest der Gedanke im vorletzten Absatz des Vorstandsantrags auftaucht. Er ist allerdings vielleicht so schwierig ausgedrückt, dass man es nicht gleich auf den ersten Blick merkt.

Der Antrag IV-02 zielt auf ein transparentes Informationsangebot gegenüber den Patienten ab. Ein identischer Antrag ist, wenn ich richtig informiert bin, auf der KBV-Vertreterversammlung gestellt worden. Dort hat er keine Zustimmung gefunden. Hier bei uns kann man ihn sicherlich behandeln, wenn man die Begründung weglässt. Aber die Begründung ist sowieso nicht Inhalt des Antragstextes. Ansonsten steht dieser Antrag ein kleines bisschen allein im Raum.

Antrag IV-03 kann in meinen Augen problemlos verabschiedet werden.

Zum Antrag IV-04 von Herrn Fabian und Herrn Schulze bin ich Ihnen eine kurze Information schuldig. Das, was in diesem Antrag gefordert wird, haben wir längst behandelt. Wir haben zusammen mit der Bundesnotarkammer die Möglichkeit eines solchen Patientenverfügungsregisters geprüft. Die Bundesnotarkammer hat ein solches Register mit inzwischen über 1 Million registrierten Patientenverfügungen und darüber hinaus auch registrierten Betreuungsverträgen und Vorsorgevollmachten. Man weiß also auch, wer die Ansprechperson ist, über die man beispielsweise an die Patientenverfügung herankommt.

Bis heute erlaubt der gesetzliche Auftrag der Bundesnotarkammer nur, dass allein Staatsanwälte, Richter, Familiengerichte und ähnliche Personen bzw. Institutionen auf dieses Register zurückgreifen dürfen. Ärzte dürfen das noch nicht. Wir stehen zurzeit mit der Bundesnotarkammer in Verhandlungen, um zu prüfen, ob wir daraus ein gemeinsames Register machen können und man den gesetzlichen Auftrag der Bundesnotarkammer entsprechend erweitert.

Wir sind nicht davon überzeugt, dass es klug ist, zwei Register zu haben. Ich glaube, es ist einfacher und liegt im Interesse der Patienten und anderer Personen, ein gemeinsames Register zu führen. Dem kommt man sehr gut nach, wenn der Antrag an den Vorstand überwiesen würde. Wir haben bereits einen Prüfauftrag an unsere Mitarbeiter erteilt.

Den Antrag IV-05 halte ich für problemlos.

Antrag IV-06 verstehe ich als einen dringenden Appell, die Probleme der Rechtsmedizin, vor allem in Bonn, zu lösen. Der Antrag steht aber ein bisschen allein in diesem Tagesordnungspunkt zu den Patientenrechten. Ich bin mir nicht sicher, ob das nicht ein klassischer Antrag für den Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ wäre. Das Petitum ist sicherlich richtig und vernünftig. Aber ob der Antrag hier beim Thema „Patientenrechte“ richtig untergebracht ist, da bin ich etwas skeptisch.

Die Anträge 07 und 08 halte ich für ausgesprochen richtig und vernünftig. Ich bitte Sie hier um ein positives Votum.

Damit bin ich am Ende mit der Behandlung der mir bis jetzt bekannten Anträge und danke Ihnen, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frank Ulrich Montgomery, für diese Handreichungen.

Wir treten jetzt in die Abstimmungen ein. Sind Sie damit einverstanden? – Gut. Wir kommen zunächst zum **Antrag IV-01 a.** In Nummer 1 auf Seite 2 soll nach dem ersten Satz ein neuer Satz eingefügt werden. Hier hat Herr Montgomery eine etwas veränderte Formulierung vorgetragen.

(Zuruf)

– Der Antragsteller akzeptiert diesen Text. Der einzufügende Satz lautet also:

> *Das setzt einerseits voraus, dass für den Patienten ausreichende Information und Aufklärung sowie die Nutzung der Prinzipien „gemeinsame Entscheidungsfindung“ und „informed consent“ gewährleistet sind.*

Dann soll es weiter heißen:

> *Darüber hinaus sind die Therapiefreiheit des Arztes ebenso wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel unabdingbar.*

Wer ist dafür, dass dieser Satz so eingefügt wird? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist das bei einigen Enthaltungen und einigen Gegenstimmen mit großer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag IV-01 c.** Da hat Herr Montgomery vorgeschlagen, den „Individualarzt“ „einzelnen Arzt“ zu nennen. Damit ist Herr Clever einverstanden. Meine Frage ist, ob man nicht diesen Satz hinter dem Satz, der dort steht und an sich gestrichen werden und ersetzt werden soll, additiv hinzufügen könnte; denn so schlimm ist der Satz ja eigentlich nicht. Es geht um folgenden Text:

> *Eine Rationierung medizinischer Leistungen oder auch der Weg in eine Checklistenmedizin führen jedoch zu einer schlechten medizinischen Versorgung.*

– Herr Clever ist einverstanden, seinen vorgeschlagenen Satz additiv hinzuzufügen. Vielen Dank. Dann entfällt jener Teil des Antrags, der auf eine Streichung des soeben verlesenen Satzes hinausläuft. Wer möchte dem Antrag IV-01 c zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag IV-01 b.** Danach soll auf Seite 2 des Vorstandsantrags Nummer 6 ersatzlos gestrichen werden. Wer möchte Nummer 6 ersatzlos streichen? – Wer möchte sie nicht streichen? – Das ist die Mehrheit. Damit ist der Antrag **abgelehnt.**

Weitere Änderungsanträge liegen nicht vor. Damit kommen wir zur Abstimmung zu dem so geänderten **Antrag IV-01.** Wer möchte dem so geänderten Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen, ganz wenige Gegenstimmen. Der Antrag ist mit überwiegender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag IV-02.** Ich muss darauf hinweisen, dass die Begründung bei der späteren Veröffentlichung nicht mehr auftaucht, sondern nur der reine Antragstext, der zum Beschlusstext wird, wenn Sie ihm zustimmen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Spricht jemand gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die klare Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag IV-03.** Muss ich ihn vorlesen? Sie haben ihn ja selber vorliegen. – Ich frage also: Wer möchte dem Antrag IV-03 zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag IV-04.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand der Bundesärztekammer überweisen? – Sehr viele. Wer möchte das nicht? – Einige. Wer möchte sich enthalten? – Auch einige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Dann kommen wir zum **Antrag IV-05** von Professor Schwantes als Delegierter der Landesärztekammer Brandenburg. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-06,** der nicht nur Bonn betrifft. Das ist eine Seuche, es ist allgemein verbreitet, dass man die rechtsmedizinischen Einrichtungen an den Universitäten aus Kostengründen reduziert.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Bitte, Herr Josten. Aber nur zur Geschäftsordnung.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte gegen den Antrag auf Vorstandsüberweisung sprechen. Wir brauchen jetzt eine Entscheidung. Seuchen hält man nicht dadurch auf, dass man sie an einen Ausschuss oder an einen Vorstand überweist, sondern nur durch Handlung. Bitte stimmen Sie dem Antrag zu.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Josten. – Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Das ist die klare Mehrheit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Das ist dieselbe Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit sehr großer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag IV-07** von Herrn Mälzer. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Schließlich der **Antrag IV-08** von Herrn Bodendieck. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Damit haben wir den Tagesordnungspunkt IV bewältigt. Ich bedanke mich noch einmal bei Herrn Dr. Liese, der eigens aus Brüssel zu uns nach Dresden gekommen ist und heute Nachmittag noch nach Spanien muss, weil er dort eine kleine europäische Versammlung hat.

(Beifall)

Wir wünschen ihm eine gute Reise. Hoffentlich macht der Vulkanstaub keine Schwierigkeiten.

Wir sagen natürlich auch Frank Ulrich Montgomery herzlichen Dank für die Präsentationen und die Empfehlungen.

(Beifall)

Wir kehren zurück zum Tagesordnungspunkt I. Dazu sind nach Schluss der Debatte noch Änderungsanträge eingegangen. Die Änderungsanträge stammen alle von demselben Antragsteller. Jetzt ist die Frage: Wollen wir dem Antragsteller noch Gelegenheit geben, seine Änderungsanträge zu begründen und im Zweifel dann auch eine Gegenrede gestatten, ähnlich wie wir es sonst beim Tätigkeitsbericht machen? Oder sind Sie im Bilde und können diese Abstimmungen auch ohne eine neue Eröffnung der Aussprache bewältigen?

(Beifall)

– Ich vermute, dass Letzteres der Fall sein soll.

(Zuruf)

– Bitte, Herr Dietrich, zur Geschäftsordnung.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht um den Vorstandsantrag zu Tagesordnungspunkt I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. Ich denke, der Antrag ist sehr kontrovers diskutiert worden. Es liegen 16 Änderungsanträge vor. Deshalb schlage ich vor, um eine bessere Transparenz und auch eine bessere Durchschaubarkeit für die Kollegenschaft zu erreichen, zunächst den Vorstand aufzufordern, den Antrag zu überarbeiten und später erneut vorzulegen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Die Änderungsanträge liegen aber vor. Wir müssen wissen, was gewollt wird. Sonst können wir das schlecht überarbeiten.

(Beifall)

Das ist ein Rücküberweisungsantrag. Möchte dem jemand zustimmen? – Wer ist dagegen, dass wir das rücküberweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte sich enthalten? – Dann machen wir das nicht, sondern gehen Schritt für Schritt durch den Antrag.

Wir kommen zunächst zum **Antrag I-01 a,** wonach im ersten Absatz nach den Worten „pluralistisch geprägten“ die Worte „solidarisch finanzierten“ eingefügt werden sollen, sodass es dann heißt:

> *… sowie zur Erhaltung eines pluralistisch geprägten, solidarisch finanzierten, gegliederten Krankenversicherungssystems bekannt hat.*

Wer möchte diesem Änderungsantrag zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag I-01 d.** Danach soll auf Seite 1 nach der Überschrift „Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen“ an das Ende des ersten Absatzes angefügt werden:

> *Dabei sind insbesondere Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu treffen.*

Wer möchte diesem Antrag zustimmen, dort auch noch die hausärztliche Versorgung aufzuführen? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Meine Nachbarn hier oben sagen, das Erste sei die Mehrheit gewesen. – Wir wiederholen die Abstimmung. Wer möchte an das Ende des ersten Absatzes folgenden Text anfügen:

> *Dabei sind insbesondere Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu treffen.*

Wer möchte das nicht? – Ich glaube, wir sollten das lieber zählen, damit keine Legendenbildungen entstehen. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Satz zustimmen? – Wer ist dagegen? – Möchte sich jemand enthalten? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit 118 gegen 77 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Damit kommen wir zum **Antrag I-01 k.** Danach soll im Antrag I-01 im letzten Absatz auf Seite 1 hinter den Worten

> *Die bereits jetzt schon bestehende Unterversorgung in ländlichen Regionen*

eingefügt werden:

> *und städtischen sozialen Brennpunkten*

Die Entwicklung ist diesbezüglich besonders gut in Berlin zu erkennen. Wer möchte zustimmen, dass die städtischen sozialen Brennpunkte auch noch aufgenommen

werden? – Das sind sehr viele. Da brauchen wir nicht zu zählen. Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.** Wir hätten auch selber daran denken können.

Wir kommen nunmehr zum **Antrag I-01 n.** Danach soll auf Seite 2 am Ende des vierten Absatzes eingefügt werden:

> *Dabei sollen die regionalen Ärztenetze in Planung und Umsetzung der regionalen Versorgung wesentlich einbezogen werden.*

Wer möchte zustimmen, dass die regionalen Netze einbezogen werden? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen damit zum **Antrag I-01 g.** Danach soll auf Seite 3 nach „Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit“ der Text folgendermaßen lauten:

> *Der Ärztemangel, besonders im hausärztlichen Bereich, ist nicht nur in ländlichen Regionen …*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte sich enthalten? – Einige. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-01 e.** Der vierte Absatz auf Seite 3 beginnt mit:

> *Die medizinischen Fakultäten sind dazu aufgefordert, im Rahmen der ihnen bei der Umsetzung der Approbationsordnung zur Verfügung stehenden Gestaltungsspielräume die Medizinstudierenden intensiver auf die Berufsrealität in der Patientenversorgung vorzubereiten …*

Hinter „Berufsrealität“ soll eingefügt werden: „insbesondere der hausärztlichen Tätigkeit“. Der Antrag ist an sich richtig. Die Universitäten sollen sich mehr auf die hausärztliche Tätigkeit kaprizieren und nicht nur spezialistisches Wissen beibringen. Das habe ich gestern bei meinem Referat während der Eröffnungsveranstaltung ebenfalls gesagt. Das finde ich sehr wichtig.

(Beifall)

Wer möchte zustimmen, dass wir die Universitäten auffordern, sich darum mehr zu kümmern? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** § 73 b spaltet doch ein bisschen. Aber wir werden das alles bewältigen.

Wir kommen nun zum **Antrag I-01 c.** Herr Peters hat beantragt – ich glaube, das wird ein Selbstgänger sein –, auf Seite 3 im vierten Absatz nach dem zweiten Satz einzufügen:

> *Dabei sind Patienten mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung besonders zu berücksichtigen.*

Wir haben ja voriges Jahr auf dem Ärztetag gehört, wie es diesen Patienten geht. – Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen, wenige Gegenstimmen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir wechseln jetzt auf die Seite 4 des Vorstandsantrags und kommen zum **Antrag I-01 f.** Danach soll auf der vierten Seite im zweiten Absatz der zweite Satz gestrichen werden:

> *Hierzu muss u. a. das Verhältnis zwischen Regelleistungsvolumina und einzelleistungsbasierten Honoraranteilen neu austariert werden.*

Die Begründung des Antragstellers lautet, dass das eine KV-Angelegenheit und keine Kammerangelegenheit ist.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Das nützt nichts, sondern wir müssen den Antrag gestalten. Wer möchte den Satz streichen? – Wer möchte ihn bestehen lassen? – Das ist schwierig. Wer möchte sich enthalten? – Das müssen wir zählen. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Satz:

> *Hierzu muss u. a. das Verhältnis zwischen Regelleistungsvolumina und einzelleistungsbasierten Honoraranteilen neu austariert werden*

streichen? – Wer ist dagegen, dass wir ihn streichen? – Wer möchte sich enthalten? – Zahlreiche. Dann ist der Antrag mit 112 : 71 Stimmen **angenommen.** Damit ist der Satz gestrichen.

(Beifall)

Wir kommen nunmehr zum **Antrag I-01 o.** Dort ist ein Fehler enthalten: Statt „Satz 4“ muss es heißen: „Seite 4“. An den zweiten Absatz Seite 4 soll folgender Satz angefügt werden:

> *Wesentliches Element einer Honorarordnung muss eine leistungsgerechte Honorierung sein.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen, dass wir das einfügen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag I-01 j.**

(Zuruf)

– Den Antrag auf zweite Lesung können wir erst behandeln, wenn alles abgestimmt ist. Wir behalten das im Gedächtnis.

(Zuruf: Ich möchte den Antrag auf Nichtbefassung im Sinne einer Abstimmung stellen! Der Inhalt mag ja richtig sein, aber ob Außenstehende das verstehen, ist eine andere Frage! – Beifall)

– Möchte jemand gegen den Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung sprechen? – Die Antragstellerin. Bitte schön.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Ich möchte gegen die abstimmungsmäßige Nichtbefassung sprechen. Ich finde, dass in diesem wichtigen Antrag die psychosomatische Kompetenz eine entscheidende Rolle spielt. Ich möchte unbedingt, dass sie aufgenommen wird. Ich hatte gestern bereits erwähnt, dass gerade im Hinblick auf Appelle an Eigenverantwortung, Lebensführung, Compliance bestimmte Konzepte zu kurz gegriffen sind. Aus meiner Sicht sollte unbedingt eine Erweiterung um die psychosomatische Kompetenz erfolgen, weil es nicht nur um die bewusste sprachlich-rationale Ebene geht, sondern weil im Rahmen einer tragenden Arzt-Patient-Beziehung wichtige grundlegende Motive angesprochen werden müssen, die über das hinausgehen, was die sprachliche Ebene angeht.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Dann stimmen wir jetzt ab: Wer möchte sich mit diesem Antrag abstimmungsmäßig nicht befassen, nur abstimmungsmäßig, inhaltlich natürlich immer? – Wer möchte sich mit dem Antrag befassen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Damit ist **Nichtbefassung** beschlossen. Frau Rothe-Kirchberger, Sie können den Antrag gern unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ erneut stellen. Da bringt er genauso viel.

(Heiterkeit – Beifall)

Vergessen Sie nie, dass wir in Würzburg unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ den Praktischen Arzt abgeschafft haben. Das war aus der Sicht mancher Leute – nicht aller – eine gute Tat.

Wir kommen nun zum **Antrag I-01 h.** Danach soll der letzte Satz des dritten Absatzes auf Seite 4 durch folgenden Text ersetzt werden:

> *Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Forderungen der in Krankenhäusern (und ähnlichen Einrichtungen) tätigen Ärztinnen und Ärzte auf Verbesserung der Vergütungssysteme …*

Wer möchte dem Antrag 01 h zustimmen? – Das sind sehr viele. Wer möchte das nicht? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen und einige Gegenstimmen. Der Antrag ist **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag I-01 i.** Danach soll auf Seite 4 nach dem dritten Absatz ein neuer Passus eingefügt werden. Wer möchte diesen Passus nach dem dritten Absatz einfügen? – Wer möchte das nicht? – Weniger. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag I-01 m.** Danach soll auf Seite 4 im fünften Absatz der Satz gestrichen werden, der mit den Worten „Zur Markteinführung sollen die pharmazeutischen Unternehmen“ beginnt und mit den Worten „bilden soll“ endet. Stattdessen soll es heißen:

> *Kosten und Nutzen neu eingeführter Medikamente sollen verpflichtend durch eine unabhängige Versorgungsforschung evaluiert werden.*

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.** Dann bleibt es so, wie es ist.

Wir kommen nun zum **Antrag I-01 p.** Danach sollen im dritten Absatz auf Seite 5 der dritte und der vierte Satz gestrichen werden, also beginnend von „Der Deutsche Ärztetag“ bis „Arzneimittelversorgung bei“. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen? – Der Antrag ist **abgelehnt.** Der Text bleibt also bestehen.

Wir kommen zum **Antrag I-01 b.** Auf Seite 6 soll im zweiten Absatz nach den Worten „auf Basis einer Kostenerstattung aus“ ergänzt werden:

> *Von dieser Erprobung sind Menschen, die der besonderen Solidarität der Gesellschaft bedürfen, auszunehmen.*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer möchte dem nicht zustimmen? – Das ist deutlich mehr. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Damit kommen wir zum letzten Änderungsantrag, nämlich dem **Antrag I-01 l.** Danach soll der letzte Satz des Vorstandsantrags gestrichen werden. Dieser Satz lautet:

> *Hierzu zählen u. a. eine schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und eine stufenweise Einführung von Kapitaldeckung und Bildung von Altersrückstellungen.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen, den letzten Satz zu streichen? – Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen? – Das sind deutlich mehr. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.**

Damit haben wir alle Änderungsanträge bewältigt. Jetzt geht es um die Abstimmung zum Leitantrag in der geänderten Fassung. Wer möchte dem **Antrag I-01** in der geänderten Fassung zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist der Vorstandsantrag mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Vielen Dank.

(Beifall)

Damit haben wir eine vernünftige Beschlussfassung für die öffentliche Diskussion.

Wir sind mit dem Tagesordnungspunkt I aber noch nicht fertig, denn wir müssen noch die Anträge, die additiv gestellt worden sind, abstimmen. Da kommen wir zuerst zum **Antrag I-07,** den Herr Grauduszus gestellt hat, der sich um die ärztliche Unabhängigkeit kümmert. Wer ist dafür, dass wir den Antrag annehmen? -- Wer möchte ihn nicht annehmen? – Wer möchte sich enthalten? – Viele Enthaltungen. Ich glaube, es war eine relativ geringe Beteiligung. Ich verlese den Antrag:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, allen Bestrebungen einer Demontage und Deprofessionalisierung des Arztberufes entgegenzutreten. Wir Ärzte fordern die Unabhängigkeit ärztlicher Tätigkeit; dies beinhaltet wirtschaftliche Unabhängigkeit und Weisungsunabhängigkeit von Kostenträgern, Geschäftsführungen und Politik. Freiberufliche Ärzte*

*sind nach dem hippokratischen Eid ausschließlich ihren Patienten verpflichtet.*

Für Ärztinnen gilt das natürlich auch. – Ich frage noch einmal: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag I-08,** der folgendermaßen lautet:

*Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vereinbarte Regelung, wonach die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an die Voraussetzungen zu knüpfen ist, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird, zeitnah umzusetzen.*

– Das macht Spaß. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag I-09** von Rudolf Henke und anderen:

*Angesichts der anhaltenden Forderungen insbesondere von Krankenkassenverbänden zur Einführung selektiver Vertragsstrukturen auch im stationären Bereich nimmt der 113. Deutsche Ärztetag eine ablehnende Haltung zu derartigen Verträgen ein …*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag I-04** von Frau Haus und anderen:

*Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die zunehmende Pauschalierung bei der Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen zu stoppen. Stattdessen sind die gesetzlichen Voraussetzungen für eine (Wieder-)Einführung einer an der individuellen Leistung des Vertragsarztes ausgerichteten Einzelleistungsvergütung als grundsätzlicher Honorierungsform zu schaffen.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen.**

(Zuruf: Zählen!)

– Möchten Sie zählen? Von hier aus war es eindeutig. Aber wir können zählen, wenn Sie möchten.

(Zurufe: Nein!)

Wer möchte zählen? – Keiner. Wer möchte nicht zählen? – Viele. Wir fahren also fort.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag I-05** von Frau Haus. Der Antrag trägt die Überschrift:

> *Einführung eines allgemeingültigen Kostenerstattungssystems mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung*

Der Antragstext lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das Kostenerstattungsprinzip als primäres Abrechnungs- und Vergütungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen …*

Wer möchte dem Antrag zustimmen?

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung? Das kommt ein bisschen spät. Wir stimmen ab. Vorstandsüberweisung hatten wir schon voriges Jahr. Dann liegt der Antrag wieder bis zum nächsten Jahr. Wir bilden uns jetzt eine Meinung. Wer möchte den Antrag befürworten? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit.

(Beifall)

Enthaltungen?

(Zurufe: Zählen!)

– Hören Sie mal, das war so eindeutig!

(Beifall)

Okay, wir zählen. Das ist ein so wichtiges Thema. Auch zehn Augenpaare können sich vertun.

Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag 01-5 befürworten? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Wer möchte sich enthalten? – Es gab 95 Jastimmen, 118 Neinstimmen und einige Enthaltungen.

(Beifall)

Es ist gut, dass wir gezählt haben. Vorhin war es noch deutlicher; einige haben sich umentschieden.

(Zuruf)

– Nein, jetzt ist Schluss. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Jetzt kommt der **Antrag I-06:**

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt alle Formen einer einkommensunabhängigen Finanzierung des Gesundheitswesens ab.*

Das heißt: Der Lohnbezug soll immer eine Rolle spielen. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das sind ein paar mehr. Wer möchte sich enthalten? – Einige. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Nun kommt der **Antrag I-10:**

> *Die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemeinsam durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist eine der Säulen des deutschen Sozialstaates …*

Das ist die Geschichte mit den 0,9 Prozent, die die Arbeitnehmer mehr bezahlen müssen als die Arbeitgeber. Das ist innerhalb des Systems, das wir im Moment haben. – Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer möchte sich enthalten? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Jetzt kommen drei Anträge, die identischen Inhalts sind, die sich aber nicht im Wege stehen. Wir können über alle drei Anträge abstimmen. Sie befassen sich mit Zu- und Abschlägen.

Wir kommen zunächst zum **Antrag I-11** von Herrn Windau, der sich sehr viel Mühe gegeben hat.

(Zuruf)

– Es wird Nichtbefassung gewünscht. Möchte jemand gegen Nichtbefassung sprechen? – Formal. Wer möchte sich mit dem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich befassen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist die Nichtbefassung abgelehnt und wir befassen uns mit diesem Antrag.

(Zurufe: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird jetzt Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede gegen Vorstandsüberweisung? – Formal. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer möchte das nicht? – Das zählen wir lieber. Das ist ein typischer Antrag, der früher bei der KBV gestellt worden wäre,

(Beifall)

wenn wir eine große Vertreterversammlung gehabt hätten wie früher einmal, als die Demokratie noch herrschte.

(Heiterkeit – Beifall)

Wer möchte die Überweisung des Antrags I-11 an den Vorstand befürworten? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Es sieht so aus, als würde der Antrag überwiesen. Dann nehmen wir den Antrag als Stoff für die nächste gemeinsame Besprechung mit der KBV-Führung. – Enthaltungen bitte. – Kaum. Dann ist der Antrag mit 118 : 100 Stimmen **an den Vorstand überwiesen.**

Eigentlich müssten Sie das dann auch für die jetzt folgenden Anträge 02 und 03 beschließen. Aber ich mache das ganz formal. Wir stimmen jetzt über den **Antrag I-02** ab.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Dann stimmen wir jetzt über die Vorstandsüberweisung ab.

(Zuruf)

– Sie möchten gegen die Vorstandsüberweisung sprechen?

(Zuruf: Abstimmen!)

– Das ist erlaubt. Wenn Vorstandsüberweisung beantragt wird, hat jemand das Recht, gegen die Vorstandsüberweisung das Wort zu ergreifen; nicht zur Sache, sondern nur zur Vorstandsüberweisung.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht hier um die Attraktivität des Arztberufs in bestimmten Gegenden. Das ist eine ganz vernünftige Forderung, die ein Deutscher Ärztetag stellen kann. Das sind simple und durchsichtige und sicherlich nicht greifende Methoden, die da vorgeschlagen werden. Wenn Sie bitte den ganzen Antragstext lesen. Ich glaube, wir täten gut daran, hierüber abzustimmen. Das hat nichts mit der KV zu tun.

Im Übrigen möchte ich sagen: Wir haben hier auch sehr oft über tarifliche Dinge im Angestelltenbereich geredet. Es dürfen die Interessen aller Gruppierungen beim Deutschen Ärztetag besprochen und vielleicht sogar abgestimmt werden. Bei diesem Antrag geht es, wie gesagt, um die Attraktivität des Berufs in besonderen Regionen. Ich glaube, es ist für uns ein Leichtes, darüber abzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Wo Frau Haus recht hat, hat sie recht. – Wir stimmen jetzt also über die Frage der Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Enthaltungen? – Einige. Damit ist der Vorstandsüberweisung nicht zugestimmt. Ich frage jetzt also: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen, einige Gegenstimmen. Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Dann kommt der **Antrag I-03** mit der Überschrift:

*Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten*

Der Antrag ist von Frau Dr. Pfaffinger und Herrn Dr. Scholze und lautet:

*Der Deutsche Ärztetag fordert die sofortige Abschaffung der Vergütungsabschläge in sogenannten „überversorgten Gebieten“ … Stattdessen werden alle Maßnahmen begrüßt, die zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten führen …*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.** Herr Windau braucht nicht traurig zu sein. Wir werden den Antrag als Stoff für die nächste Besprechung mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verwenden, auch weil er so schön ausdifferenziert ist.

Jetzt kommt der **Antrag I-12** von Herrn Dr. Zimmermann zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, in den Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die Ärztekammern zu stimmberechtigten Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaften zu machen …*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit sehr großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-13** zum Thema der Kooperation zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern. Der Antrag stammt von Herrn Mälzer und lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die im SGB V festgelegte Benachteiligung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei der Möglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen, zu beseitigen.*
>
> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, gleiche Wettbewerbsbedingungen und Chancengleichheit in der Vertragsgestaltung für diejenigen herzustellen, die der Patientenversorgung am Nächsten sind. Verträge zur integrierenden Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen auch ohne Beteiligung der Kassen möglich sein.*

Das würde bedeuten, dass die Kassen keine Führungsfunktion in diesem Problemkreis mehr hätten, wenn Sie dem Antrag zustimmen und der Gesetzgeber sich darauf einlässt.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Wer möchte überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das müssen wir zählen; das schaffen wir aber auch. Ich frage also noch einmal: Wer möchte überweisen? – Wer möchte den Antrag nicht überweisen? – Wer möchte sich enthalten? – Wir haben gut geguckt: 104 sind für Überweisung und 98 sind nicht für Überweisung. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wir werden den Antrag pfleglich behandeln.

Jetzt haben wir zwei Anträge auf Durchführung einer zweiten Lesung. Der erste Antrag kommt von Herrn Lipp. Ich darf ihn zum Rednerpult bitten.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Weisheit dieses Gremiums ist sicher nicht anzuzweifeln, aber manchmal sind die

Entscheidungen etwas inkongruent und man weiß nicht so richtig, ob eigentlich verstanden wird, worüber abgestimmt wird.

(Zurufe)

Antrag I-01 f ist vorhin abgelehnt worden, nachdem wir uns sehr lange darüber unterhalten haben und die Mehrzahl zugestimmt hat, dass eine Pauschalierung als solche nicht die Möglichkeit ist, die ärztliche Honorierung widerzuspiegeln. Wir haben gesagt: Wir brauchen ein Honorierungssystem, das die Leistungen widerspiegelt. Das waren alles konsensuale Dinge. Aber dann wird die Voraussetzung dafür abgelehnt.

Dasselbe gilt für die Anträge von Frau Haus und Herrn Windau. Das sind widersprüchliche Entscheidungen dieses Gremiums. Ich bin mir nicht immer sicher, dass die Langzeitwirkungen der Entscheidungen bewusst sind. Ich bitte darum, das, was hier abgestimmt wird, in der Fernwirkung etwas ernster zu nehmen. Sie können nicht das eine bestimmen und das andere ablehnen.

Deshalb möchte ich für den Antrag I-01 f eine zweite Lesung beantragen. Herr Professor Hoppe, vielleicht ist es Ihnen als Präsident möglich, bei manchen Dingen, über die wir entscheiden, mit auf die Fernwirkung hinzuweisen, damit wir etwas objektiver aufteilen können.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das wird etwas schwierig. Man weiß ja nie, was die Politik daraus macht. Wir können es uns bei möglichst vielen Fällen einmal überlegen.

Es geht darum, den Antrag I-01 f noch einmal aufzurufen. Eben ist folgender Satz gestrichen worden:

> *Hierzu muss u. a. das Verhältnis zwischen Regelleistungsvolumina und einzelleistungsbasierten Honoraranteilen neu austariert werden.*

Es wird beantragt, diesen Antrag noch einmal aufzurufen und erneut darüber nachzudenken, ob wir diesen Satz wirklich streichen wollen. Dazu brauchen wir ein Drittel der Delegierten.

(Zuruf)

– Herr Wagenknecht, Sie möchten doch nicht etwa, dass das nicht wieder auf die Tagesordnung kommt, oder doch? Sie wollen keine zweite Lesung? Dann müssen Sie das bitte begründen. Wir freuen uns auf Ihre Begründung.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Dieser Antrag ist ja angenommen worden. Der im Text folgende Satz war ebenfalls als zu streichen aufgenommen. Wir reden hier über Honorarverteilungsmechanismen eines an sich gescheiterten Honorarsystems. Einzelleistungsbasierte Hono-

raranteile und RLV, das fliegt uns doch allen um die Ohren. Wenn wir Ärzte abschrecken wollen, eine Tätigkeit in der Niederlassung aufzunehmen, dann müssen wir nur versuchen, ihnen das zu erklären. Dann sind die weg, dann gehen die nicht in die Niederlassung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt frage ich: Möchten Sie zu diesem Antrag 01 f eine zweite Lesung befürworten? Wer möchte das befürworten? – 27. Wer möchte dazu keine zweite Lesung? – Das müssen wir zählen. Es geht um ein Drittel der abgegebenen Stimmen. Eben konnten wir das von hier oben aus zählen; jetzt können wir das nicht mehr zählen. Ich frage noch einmal: Wer möchte keine zweite Lesung zum Antrag 01 f? – Das Drittel ist nicht zustande gekommen. Dann machen wir dazu keine zweite Lesung.

Der nächste Antrag auf eine zweite Lesung kommt von Herrn Windau, der damit den Antrag I-11 meint.

Dr. Windau, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte um eine zweite Lesung zum Antrag I-11. Ich möchte das kurz begründen. Ich muss unseren Präsidenten korrigieren: Der Antrag ist deutlich weiterführend als der Antrag von Frau Haus, weil hier nicht nur gefordert wird, diesen unsäglichen Paragrafen zur Über- und Unterversorgung in der jetzigen Form zu streichen, sondern weil im zweiten Absatz klar gefordert wird, dass die bisherige Regelung, die bis zum 31. Dezember 2009 galt und aus dem SGB V gestrichen wurde, wieder gilt. Die zweite Regelung soll es uns ermöglichen, dass wir über den Ausschluss der Ärzte und Krankenkassen gezielt in unterversorgten Gebieten Fördermaßnahmen durchführen können.

Meine Damen und Herren, wenn wir das nicht tun, werden uns sämtliche Instrumente genommen, in unterversorgten Regionen rechtssicher zu fördern. Das tut uns nicht weh, denn das zahlen die Krankenkassen und die KVen je zur Hälfte. Das muss sein.

Ich bitte Sie, Folgendes zu überlegen: Es gibt einen Beschluss des Bewertungsausschusses gegen die Ärzteschaft. Es geht ja gar nicht darum, die Tatsache der Über- oder Unterversorgung, die im Sozialgesetzbuch rechtlich verankert ist, wegzunehmen, sondern die Auswirkungen. Der Beschluss vom 2. September bedeutet, dass 77 228 Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten und Kinderärzte in diesem Lande Geld verlieren werden, und zwar über 1 Milliarde Euro. Das ist eine Zahl, die das Institut beim Bewertungsausschuss ausgerechnet hat. Es kommen 55 Ärzte – 55, nicht 55 000 – in den Genuss einer Förderung.

Ich glaube, wenn wir das als Signal nach außen geben, dass wir freiwillig 1 Milliarde Euro aus der gesamten ambulanten Vergütung für Haus- und Fachärzte herausgehen lassen, ohne dagegen zu protestieren, wird man uns ernstlich fragen, ob wir wissen, worüber wir entscheiden.

(Vereinzelt Beifall)

Deshalb bitte ich Sie ganz herzlich, eine zweite Lesung zuzulassen. Stimmen Sie den Dingen zu. Hier soll niemandem Geld weggenommen werden, sondern wir wollen, dass kein Geld aus der haus- und fachärztlichen Versorgung herausgezogen wird.

Meine Damen und Herren, gestatten Sie mir noch eine emotionale Bemerkung. Wenn dieses Gesetz so, wie es beschlossen ist, bestehen bleibt und nicht abgeschafft wird, haben wir in Sachsen von heute auf morgen 114 Kinderärzte, die unter die Überschrift „Überversorgung“ fallen. Wollen wir dieses Eigentor schießen? Ich bitte darum: Besinnen Sie sich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Windau. Ich habe Ihren Antrag doch gelobt. Ich habe gesagt, er sei viel ausdifferenzierter. Aber wie dem auch sei.

Möchte jemand Herrn Windau widersprechen, also gegen die zweite Lesung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für eine zweite Lesung? – Das brauchen wir nicht auszuzählen; das ist klar. Es findet eine **zweite Lesung** statt. Herr Windau hat eben eine Begründung vorgetragen. Möchte jemand gegen die Begründung von Herrn Windau, die er zu seinem Antrag abgegeben hat, sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den **Antrag I-11?** – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag jetzt mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Sehen Sie, so vernünftig sind wir.

Damit haben wir Tagesordnungspunkt I bewältigt. Vielen Dank. Es war eine erfolgreiche Arbeit.

(Beifall)

Ich glaube, wir sollten froh sein, dass wir jetzt ein Beschlusskonvolut haben, mit dem wir uns in der Öffentlichkeit sehen lassen können, auch wenn wir die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Bemühungen unterstützen, für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte etwas Erfolgreiches zu tun.

Wir kommen zu **Tagesordnungspunkt II:**

## Versorgungsforschung

Die Sitzungsleitung wird jetzt von unserer Vizepräsidentin Frau Dr. Cornelia Goesmann übernommen, die sich bei uns im Vorstand um das Thema Versorgungsforschung besonders kümmert. Dafür räume ich hier diesen Platz.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Nach einer kurzen Umbaupause treten wir in den Tagesordnungspunkt II ein. Ich danke

Herrn Professor Hoppe dafür, dass er mir die Leitung dieses Tagesordnungspunkts „Versorgungsforschung“ überlassen hat.

Es ist mir eine Ehre und Freude, die drei Referenten zu diesem Tagesordnungspunkt begrüßen zu dürfen. Ich darf herzlich begrüßen Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Peter Scriba aus München, Herrn Professor Dr. Thomas Mansky und Herrn Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann. Herzlich willkommen! Ich freue mich schon jetzt auf Ihre Referate.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, es geht heute um das Thema Versorgungsforschung. Es gilt, die Förderinitiative Versorgungsforschung, die der 108. Deutsche Ärztetag vor fünf Jahren auf den Weg gebracht hat, zu bilanzieren. Wir wollen schauen: Was ist aus unserem Forschungsprojekt geworden?

Dazu haben wir Ihnen inzwischen Unterlagen zur Verfügung gestellt. Sie haben zum einen die „Visitenkarten“, ein dickes Heft mit denjenigen Projekten, die inzwischen durchgeführt oder beantragt wurden, vorliegen. Ferner haben Sie ein Formular zur Anforderung der Reporte Versorgungsforschung erhalten. Darüber werden wir von Herrn Professor Scriba sicherlich noch mehr hören.

Ich freue mich, dass ich Sie durch diesen Tagesordnungspunkt führen darf. Es wurde bereits gesagt: Ich war Mitglied der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung, die in den letzten fünf Jahren dieses Projekt bearbeitet hat. Ich möchte an dieser Stelle herzlich für die außerordentlich gute Zusammenarbeit in dieser Koordinationsgruppe danken. Wir haben sehr einvernehmlich und sehr konstruktiv zusammengearbeitet und werden Ihnen die Ergebnisse heute vorlegen.

Was versteht man unter „Versorgungsforschung“? Wir haben damals eine Investitionsentscheidung getroffen zugunsten eines vernachlässigten Forschungszweiges. Versorgungsforschung steht unserer täglichen ärztlichen Arbeit besonders nahe, weil sie das Versorgungsgeschehen, das wir selber tagtäglich in die Hand nehmen und beeinflussen wollen, in den Mittelpunkt rückt. Nur wer die Realität der von vielen Determinanten geprägten medizinischen Versorgung vorbehaltlos untersucht und versteht, kann den Anspruch auf rationale Mitgestaltung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erheben. Dazu leistet unsere Versorgungsforschung einen wesentlichen Beitrag. Wir haben das 2005 verabschiedete Rahmenkonzept in folgende Worte gefasst:

*Es*

– gemeint ist das Rahmenkonzept –

*stellt eine notwendige und realistische Grundlage zur Fundierung wichtiger zukünftiger Positionsbestimmungen der Ärzteschaft dar, die darauf zielt, unter sich verändernden Rahmenbedingungen konkrete Lösungen für eine gute Patientenversorgung und somit auch für eine adäquate ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen.*

Wir wollen mit der Versorgungsforschung Dinge erarbeiten, die wir später zur Politikberatung anbieten können.

Seither sind mit den zur Verfügung gestellten Mitteln eine große Anzahl beeindruckender Projekte realisiert worden. Die Ihnen vorliegenden „Materialien“ zu den daraus hervorgegangenen Dokumenten und Publikationen sollen Ihnen einen ersten Eindruck vom Umfang und der Vielfalt der Themengegenstände geben.

Die drei Referenten zu diesem Tagesordnungspunkt werden uns gleich auf einen spannenden Rundgang durch relevante Themenfelder führen. Dazu begrüße ich an erster Stelle den Ihnen allen seit nunmehr sechs Jahren bekannten Referenten Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Scriba. Er ist Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer und der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung, des Steuerungsgremiums unserer Förderinitiative. Bitte, Herr Professor Scriba, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Frau Vizepräsidentin Dr. Goesmann! Hohes Präsidium! Meine Damen und Herren! Vor fünf Jahren fiel die bemerkenswerte und richtungsweisende Entscheidung des 108. Deutschen Ärztetages in Berlin, dass sich die Ärzteschaft aktiv mit einem eigenfinanzierten Programm an der Versorgungsforschung beteiligt.

Bevor wir die nun fällige Bilanz dieser fünf Jahre ziehen, möchte ich Sie kurz daran erinnern, womit Sie uns damals dankenswerterweise beauftragt haben. Es gibt zwei Materialien, die ausgeteilt wurden. Sie sind eben von der Frau Vizepräsidentin bereits angesprochen worden. Das sind zum einen die „Visitenkarten“; es sind ein bisschen unhandliche „Visitenkarten“, wie ich zugebe. Ferner haben Sie als Beratungsunterlage erhalten „Versorgungsforschung – Richtungsweisende Förderinitiative“. Dies ist aus meiner Sicht die kürzestmögliche Darstellung dessen, was von mir aus heute hier vorgetragen werden soll.

Das rote Logo „Versorgungsforschung“ finden Sie inzwischen bei sehr vielen Artikeln im „Deutschen Ärzteblatt“. Das gibt mir Gelegenheit, mich beim „Deutschen Ärzteblatt“ für die außerordentlich konstruktive Zusammenarbeit bei der Publikation der Berichte zu bedanken. In diesem Zusammenhang möchte ich ausdrücklich die Namen Stüwe und Baethge erwähnen.

Ich möchte Sie in aller Kürze an das erinnern, was wir vor fünf Jahren gesagt haben, was mit der Versorgungsforschung für die Ärzteschaft erreicht werden soll. Die wissenschaftliche Kompetenz und Verantwortung für die Versorgung in der Selbstverwaltung soll demonstriert werden. Ferner soll nachgewiesen werden, dass die Ärzteschaft in der Lage ist, auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse aktiv an der Gestaltung des Gesundheitswesens und der Optimierung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten mitzuwirken. Ferner sollte der zunehmenden Tendenz zur Fremdbestimmung durch den Ausbau der eigenen wissenschaftlichen Kompetenz entgegengewirkt werden.

Was ist mit Versorgungsforschung gemeint? Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Das ist die berühmte letzte Meile, die hier gemeint ist. Die wichtigste Aufgabe dieses

grundlagen- und anwendungsorientierten fachübergreifenden Forschungsgebiets ist, zu fragen, wie weit die Versorgung des Einzelnen im Krankenhaus oder in der Praxis vom möglichen Optimum abweicht.

Uneingeschränkt zur Versorgungsforschung zählen unter anderem Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit und zu den Arbeitsbedingungen der Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe und die Qualitätsforschung – beispielsweise Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement – zu Versorgungsleistungen. Zur Versorgungsforschung zählen ferner klinische Studien, Meta-Analysen und systematische Reviews zur „effectiveness“, also zur Wirksamkeit in der routinemäßigen Anwendung unter Alltagsbedingungen. Nicht zur Versorgungsforschung gehören klinische Studien zur „efficacy“, die unter Idealbedingungen durchgeführt werden.

Wie hat der beauftragte Wissenschaftliche Beirat den Auftrag des Deutschen Ärztetages umgesetzt? Die beiden wichtigsten Schritte waren erstens die Einrichtung der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV) und zweitens die Festlegung einer thematischen Ausrichtung der Förderung.

Die SKV ist paritätisch mit Vertragsärzten und Klinikärzten besetzt. Zugleich sind Vorstandsmitglieder von Landesärztekammern und Bundesärztekammer aktiv involviert. Diese werden ergänzt durch Sachverständige, die nicht (mehr) klinisch/praktisch tätig sind, und durch ständige Gäste.

Mit diesen Maßnahmen wird erreicht, dass die wissenschaftliche „Szene“ inzwischen von einer methodischen Solidität der Projekte ausgehen kann und die anerkannte Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Sachverständigen einen möglichen berufspolitischen Bias-Verdacht entkräftet.

Sie sehen auf der Leinwand die Zusammensetzung der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV). Sie sehen die Vertragsärzte und die Klinikärzte in einem ausgewogenen Verhältnis. Sie sehen die Sachverständigen, die nicht mehr klinisch oder praktisch tätig sind, sowie die Gäste. Ich darf darauf hinweisen, dass diese Zusammensetzung auf einer engen Absprache und engen Zusammenarbeit mit der AWMF beruht, darüber hinaus auch mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, der ÄZQ und der KBV, die in der Person von Herrn Dr. Köhler in der SKV vertreten ist. Professor Encke, Professor Gaebel und Professor Selbmann wurden von der AWMF benannt. Professor Encke hat ja gestern die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft erhalten.

Es ist mir ein Anliegen, den genannten Persönlichkeiten für ihr ehrenamtliches Engagement zu danken.

Wie wurde nun gefördert? Gefördert wurde zunächst einmal auf der Basis von Forschungsanträgen. Das sind die sogenannten Typ-I-Projekte. Sie laufen maximal drei Jahre und erfahren maximal 200 000 Euro Förderung. Das ist bei Forschungsprojekten, die ja den Zweck haben, neue Erkenntnis zu generieren, notwendig, dass man Zeit und nicht unerhebliche Mittel einsetzt. Anderenfalls kommt man nicht zu neuen Ergebnissen.

Zunächst einmal hat man Skizzen angefordert. Aus diesen Skizzen hat man Antragskandidaten ausgewählt. Dann wurden die Anträge gestellt. In beiden Schritten

wurden jeweils vier bis sechs schriftliche Gutachten angefordert. Für beide Schritte gab es eine zweitägige Auswahlklausur. Das ist vergleichsweise gründlich.

Der eigentliche Förderungsbeschluss erfolgte durch den Vorstand der Bundesärztekammer. Mehr als die Hälfte der Projekte hatten einen Bezug zum ambulanten Sektor. Jedes Projekt wird von einem „Projektpaten“ aus dem Kreis der SKV betreut. Er steht für eine methodische Beratung laufend zur Verfügung. Das ist eine Besonderheit unseres Verfahrens.

Einzigartig ist die Transparenz des Verfahrens; denn schon während des laufenden Projekts werden Informationen über das Forschungsvorhaben und die Projektnehmer bekannt gegeben in Form der Ihnen vorliegenden „Visitenkarten“, die jedes Jahr aktualisiert werden. Es gibt bei uns also keine „Geheimforschung“.

Jetzt noch ganz kurz zur Festlegung der thematischen Ausrichtung bei diesen normalen Typ-I-Förderprojekten. Themenfelder der ersten Förderphase waren erstens die Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag, zweitens der Einfluss der Ökonomisierung der stationär und ambulant erbrachten Leistungen auf die Patientenversorgung und die Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit sowie drittens die Wechselwirkung zwischen arztseitigen Faktoren und Versorgungsrealität, der sogenannte „Physician Factor“.

Neben diesen drei Themen wurde auch zu den Grundlagen der Versorgungsforschung gearbeitet, und zwar Grundlagen, die man für alle drei Themenbereiche, darüber hinaus aber auch in der gesamten Versorgungsforschung benötigt. Mit diesen Grundlagen befasst sich der Report Versorgungsforschung. Das sind diese blauen Bände, die nach einem eintägigen Symposium mit einer Reihe ausgewiesener Referenten, zusätzlichen Posterbeiträgen und angeforderten ergänzenden Beiträgen entstehen. In dem Report „Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland – Konzepte, Anforderungen, Datenquellen“ der von der heute leider verhinderten Professor Dr. Bärbel-Maria Kurth gestaltet wurde, findet sich auch ein Beitrag von Herrn Professor Mansky.

Das bringt mich zu dem Auftrag des 111. Deutschen Ärztetages 2008, wir sollten uns um Datentransparenz für ärztliche Körperschaften kümmern. Hierzu wurden zwei Aufträge für Expertisen – Typ-III-Projekte – vergeben. Einer dieser Aufträge ging an Herrn Professor Mansky, der heute freundlicherweise für Frau Professor Kurth eingesprungen ist. Er wird zum Thema „Routinedaten in der Versorgungsforschung“ referieren. Herr Professor Mansky ist inzwischen an der TU Berlin tätig und berichtet sozusagen über „work in progress“.

So viel zunächst von mir. Ich werde mich nach den beiden angekündigten Referaten noch einmal zu Wort melden, um die Referate abzurunden und Perspektiven aufzuzeigen.

Zunächst einmal danke ich Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herzlichen Dank, Herr Professor Scriba. – Ich glaube, meine Damen und Herren, Sie sehen sehr deutlich, dass die Zusammensetzung unserer SKV dafür bürgt, dass sowohl die theoretische Forschung als auch die tägli-

che Praxis gleichermaßen vertreten sind, um die vielen Anträge, die bei uns eingegangen sind, zu begutachten. Ich glaube, wir mussten weit über 200 Anträge begutachten. Wir haben dabei gut und viel zusammengearbeitet.

Als nächsten Referenten hören wir Herrn Professor Selbmann. Er erläutert uns das Themenfeld „Implementation von medizinischen Leitlinien“. Das entspricht einem Förderschwerpunkt, der mit dem Rahmenkonzept der Förderinitiative gesetzt wurde. Herr Professor Selbmann ist vielen von Ihnen als einer der Hauptverantwortlichen des Leitlinienprogramms der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) bekannt. Er gehört der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung der Bundesärztekammer an und hat in dieser Funktion unsere Förderinitiative sehr intensiv mitgestaltet. Herr Professor Selbmann, ich freue mich, dass Sie hier sind und zu uns sprechen.

Prof. Dr. Selbmann, Referent: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Hohes Präsidium! Sehr verehrte Damen und Herren! Es ist mir eine besondere Freude, hier zu sein, weil ich ein bisschen auch die AWMF mit vertrete. Ich bin Präsidiumsmitglied der AWMF. Die AWMF hat 156 medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften. Damit ist fast jeder von Ihnen auch Mitglied in der AWMF, wenn Sie nur in einer der gängigen Fachgesellschaften Mitglied sind. So gesehen spreche ich innerhalb der AWMF zu Ihnen.

Ich habe mir die Behandlung des Themas, das ja ein bisschen weiter gespannt ist als nur die Förderung der Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, so vorgestellt: Um zum Glanz und zu den Grenzen ärztlicher Behandlungsleitlinien zu kommen, muss man ein bisschen über die Details Bescheid wissen. Ich möchte Ihnen am Anfang kurz darstellen, wie diese Leitlinien entstehen und dass Leitlinie nicht gleich Leitlinie ist. Dann möchte ich zu einem der wichtigsten Punkte kommen, nämlich zur Implementierung der Leitlinien. Was nützt eine exzellente Leitlinie, wenn sie überhaupt nicht eingesetzt wird, also sozusagen l’art pour l’art ist? Zum Schluss möchte ich Ihnen als Resümee der Ausführungen über den Glanz und die Grenzen berichten.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat 1994 ausgeführt:

> *Leitlinien und Standards sind Instrumente, um vorhandene Defizite und Verschwendungen abzubauen.*

Mir hat dabei etwas gefehlt, nämlich: Leitlinien und Standards sind Instrumente, um die Versorgung für Patienten, Leistungserbringer und das Gesundheitssystem sicherzustellen und zu verbessern. Das ist im Wesentlichen das Hauptziel der Aktivitäten der AWMF.

Es ist mir ganz wichtig, dass wir unter dem Begriff „Leitlinie“ das Gleiche verstehen. Leitlinien sind Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten in einer bestimmten Entscheidungssituation. Es sind keine Richtlinien. Richtlinien haben einen Richter, der sagt: Das ist richtig bzw. das ist falsch; dafür gibt es eine Belohnung bzw. Sanktionen. Das ist bei Leitlinien nicht der Fall. Eine Leitlinie ist gedacht als Entscheidungshilfe für die eigene Entscheidungssituation und Arzt und Patient haben unterschiedli-

che Vorstellungen. Beide versuchen natürlich, von außen her externes Wissen heranzuziehen: Was hat man gelernt? Was ist irgendwo publiziert worden?

Da man ja nicht alle Studien lesen kann, die in unzähligen medizinisch-wissenschaftlichen Fachzeitschriften erscheinen, braucht man jemanden, der das Wissen vorsortiert und auf das abstrahiert, was man im Alltag braucht. Das externe Wissen muss in die Entscheidung einfließen.

Alles vollzieht sich natürlich in einem vorgegebenen ethisch-sozialen und ökonomischen Rahmen. Darüber will ich jetzt gar nicht reden.

Damit Sie sehen, dass eine Leitlinie kein Korridor ist, wie man ja oft lesen kann, bei dem man entscheiden darf, sich mal auf die linke, mal auf die rechte Seite fallen zu lassen, sehen Sie hier einen Ausschnitt aus der Leitlinie zur Prophylaxe der venösen Thromboembolie, die im September letzten Jahres erschienen ist und im Internet mittlerweile unglaublich oft abgerufen wird. Sie sehen zunächst einmal als Symbole zwei Pfeile nach oben, einen Pfeil nach oben oder ein querliegendes Pfeilpaar. Zwei Pfeile nach oben bedeuten, dass es sich um eine starke Empfehlung handelt. Bei Patienten mit mittlerem und hohem Thromboserisiko soll eine medikamentöse VTE-Prophylaxe durchgeführt werden. Für Patienten mit niedrigem VTE-Risiko sollten Basismaßnahmen regelmäßig angewendet werden. Eine optionale Empfehlung lautet: Die Basismaßnahmen können durch medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe ergänzt werden. Sie sehen: Die Leitlinie ist an manchen Stellen ganz eng, nämlich dort, wo es „soll“ heißt, aber an anderen Stellen auch ganz breit, wo es „kann“ heißt, wo man angesichts des individuellen Behandlungsfalles entscheiden muss: angebracht oder nicht angebracht.

Sie können schon daran erkennen, dass die Leitlinie gar keine Richtlinie sein kann, denn sie hat solche weiten Bereiche, in denen die Therapiefreiheit voll zum Zuge kommt.

Mittlerweile haben wir das Problem, dass solche Leitlinien der Fachgesellschaften auch juristisch eingesetzt werden. Ziemlich maßgebend ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs von 2008, in dem es heißt:

> *Leitlinien … können … nicht unbesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Sachverstand gleichgesetzt werden.*

Der Gutachter muss sagen, dass die Leitlinie in diesem Teil der Entscheidungsempfehlung eingesetzt werden müsste. Er muss auch sagen, ob die Leitlinie noch auf dem neuesten Stand ist. Es reicht nach meiner Information nicht aus, dass man sagt: Das ist nicht leitlinienkonform, also liegt eine schlechte Qualität vor. Man kann von den Leitlinien abweichen. Wenn man abweicht, muss man zum einen zeigen können, dass man sie gekannt hat, zweitens muss man begründen können, warum man abgewichen ist. Dann ist die Leitlinie auch in trockenen Tüchern.

Was macht eine gute Leitlinie aus? Es gibt Leitlinien, bei denen sich ein paar Kolleginnen und Kollegen zusammengesetzt und gesagt haben: Lasst uns einmal niederschreiben, wie wir Patienten in einer bestimmten Situation behandeln. Es gibt auch die hohe Schule der Leitlinien; das sind die sogenannten S3-Leitlinien, auf die ich noch zu sprechen kommen werde.

Damit komme ich zu der Frage: Was macht eine gute Leitlinie aus? Die vier wichtigsten Eigenschaften einer guten Leitlinie sind: eine repräsentative Entwicklergruppe, eine systematische Evidenzbasierung, die klinische Bewertung und eine strukturierte Konsensfindung. Aus diesen vier Punkten ergibt sich die Klassifikation von Leitlinien. Die höchste Klassifikation ist S3. Hier ist das Gremium repräsentativ. In ihm sitzen übrigens nicht nur die Experten, sondern auch Patienten und Anwender der Leitlinie. Das ist ein ganz wichtiger Gesichtspunkt. S3-Leitlinien weisen eine systematische Evidenzbasierung und eine strukturierte Konsensfindung auf. S1-Leitlinien sind Handlungsempfehlungen eines nicht repräsentativen Gremiums. Hier hat man nicht systematisch die Literatur gesichtet. Unter Umständen hat auch keine strukturierte Konsensfindung stattgefunden. Das, was auf einem Deutschen Ärztetag geschieht, wäre nach unserer Definition eine strukturierte Konsensfindung.

Die AWMF hat ein Leitlinienregister erstellt mit über 750 Leitlinien. 200 gehören zur großen Klasse der S2- und S3-Leitlinien. Im Laufe der Jahre ist diese Klasse der guten Leitlinien immer größer geworden.

Darüber hinaus gibt es ein AWMF-Anmelderegister. Man sagt uns: Wir möchten gern diese oder jene Leitlinie erstellen, lasst uns dabei sein. Zurzeit gibt es 242 Anmeldungen, also Projektgruppen, die Leitlinien entwickeln. Wenn man pro Leitliniengruppe zehn Mitglieder veranschlagt, kommt man spielend auf 2 500 Kolleginnen und Kollegen, die in Gruppen Leitlinien entwickeln. Das finde ich eine unglaublich große Zahl, insbesondere wenn man bedenkt, dass diese Leitlinienentwicklung ehrenamtlich erfolgt.

Ich glaube, auf diese Aktivitäten kann die deutsche Ärzteschaft durchaus stolz sein.

(Beifall)

Hier wird richtig hart gearbeitet. Ich werde Ihnen nachher auch zeigen, was man davon haben kann.

Es gibt sechs Nationale Versorgungsleitlinien, die einen Krankheitsfall von der Prävention bis zur Rehabilitation abdecken. Federführend bei dieser Arbeit ist das ÄZQ, beteiligt sind die AWMF, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie finanzieren hier auch.

Der zweite große Schwerpunkt, den es seit etwa zwei Jahren gibt, ist das Leitlinienprogramm Onkologie. Es wird finanziert von der Deutschen Krebshilfe in Kooperation mit der Deutschen Krebsgesellschaft und der AWMF. Man entwickelt nach und nach für die einzelnen Tumorentitäten Leitlinien.

Ich glaube, ich brauche Ihnen nicht zu sagen, dass an der Erarbeitung gerade des Leitlinienprogramms Onkologie und der Nationalen Versorgungsleitlinien 30 bis 35 Organisationen und Fachgesellschaften beteiligt sind. Die Arbeit dauert zugegebenermaßen etwas länger und kostet auch Geld. Die Erstellung der onkologischen Leitlinien dauert etwa zwei Jahre. Die Kosten liegen in der Größenordnung von etwa 200 000 Euro.

Ein ganz wichtiger Gesichtspunkt ist natürlich die Qualität der Leitlinien. Zur Bewertung der methodischen Leitlinienqualität gibt es ein bestimmtes Instrument, auf das ich jetzt nicht näher eingehen möchte. Ein Punkt innerhalb der Bewertungsskala ist

die redaktionelle Unabhängigkeit. Es ist klar, dass die Leitlinien neutral sein müssen und unabhängig entwickelt sein müssen. Nun gibt es aber keine unabhängigen Experten. Ich würde mich auch nicht als unabhängig betrachten. Wir sagen: Wenn jemand eine Abhängigkeit in Richtung Industrie aufweist, sollte er möglichst nicht an der Entwicklung der Leitlinien beteiligt werden. Ist die Abhängigkeit nur gering, müssen wir dafür sorgen, dass sich viele kleine Unabhängigkeiten gegenseitig im Diskurs eliminieren.

Der amerikanische Generalbundesanwalt hat in Zusammenhang mit einer Leitlinie zur Borreliose große wirtschaftliche Interessenkonflikte und eine Unterdrückung vorhandener wissenschaftlicher Evidenz festgestellt. Wir erleben mittlerweile in Deutschland ebenfalls diese Nachfrage: Wie unabhängig waren denn die Verfasser? Warum hat man unser Präparat, unser Medikament, unser Medizinprodukt abgelehnt? Gerade dieses Thema der Unabhängigkeit wird sozusagen ein Kampfplatz werden.

Ich möchte mich nunmehr dem Thema der Implementierung zuwenden. Das ist im Leben einer Leitlinie die Phase IV. Zunächst planen wir die Leitlinie, dann wird sie entwickelt, dann geht es um die Redaktion und die Verbreitung der Leitlinie. Es ist ja nicht damit getan, dass die Leitlinie irgendwo im Internet steht, sondern sie muss auch in die Ausbildung hineingebracht werden. Die Medizinstudenten müssen die entsprechenden Leitlinien, die den gegenwärtigen Stand des Wissens widerspiegeln, kennen. Sie müssen auch wissen, wie man mit diesen Leitlinien umgeht. Man kann nicht sagen: Ich folge ja der Leitlinie, also ist alles in Ordnung. Die Leitlinien sind nur Entscheidungshilfen.

Ich möchte darauf hinweisen, dass es seit dem vergangenen Jahr die Arztbibliothek gibt. Das ist ein Service der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Dort können Sie nach Leitlinien zu bestimmten Themen suchen. Im Prinzip ist der Weg zur Verbreitung schon über die Arztbibliothek, gemanagt vom ÄZQ, vorbereitet. Das reicht aber sicher noch längst nicht aus.

Ich kehre zurück zur Implementierung. Die Leitlinie Schenkelhalsfraktur aus dem Jahr 2008 besagt, dass Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur so schnell wie möglich innerhalb von 24 Stunden operiert werden sollten, wenn der Allgemeinzustand des Patienten dies zulässt. Andere Empfehlungen sprechen von 48 Stunden. Ich zeige Ihnen hier die Daten der BQS für ganz Deutschland. Sie sehen, wie langsam der Indikator erfüllt wird. Es ist nicht so, dass alle ihr Verhalten ändern, wenn die Leitlinie auf den Markt kommt. Die Veränderungen ergeben sich nur langsam. Dafür gibt es natürlich auch Gründe. Beispielsweise solche struktureller Art, beispielsweise im Zusammenhang mit der Frage: Wie schnell sind wir am Wochenende?

Wenn eine Leitlinie existiert, müssen wir schauen: Schlägt sie an in der Praxis? Ist die Leitlinie vielleicht gar nicht richtig? Vielleicht muss sie ja modifiziert werden?

Derartige Probleme haben andere Länder ebenfalls. Ich nenne als Beispiel die Extraktion von Weisheitszähnen in England und Schottland. Als die Leitlinie auf den Markt kam, hatten die Zahnärzte bereits damit begonnen, die Weisheitszähne nicht mehr zu extrahieren. Insofern hat die Leitlinie gar keine Veränderung bewirkt.

Ein weiteres Beispiel dafür, dass Leitlinien Veränderungen beschleunigen, ist die Einführung der Taxane bei verschiedenen Tumorarten. In England kamen sie ver-

hältnismäßig schnell auf den Markt. Sie können der Grafik entnehmen, wie schnell es dort umgesetzt wurde. So etwas würden wir gern auch in Deutschland beobachten.

Es gibt eine Reihe von Theorien zur Unterstützung der Umsetzung bzw. Gründe für das Nichtumsetzen von Leitlinien. Ich nenne beispielhaft die kognitive Theorie: Ich habe den Patienten anders behandelt, als es die Leitlinie vorsieht, dem Patienten ist dies gut bekommen, warum soll ich mich nach der Leitlinie richten? Ich nenne ferner die Organisationstheorie: Die Organisation gibt die Umsetzung der Leitlinie nicht her.

Untersuchungen der Bundesärztekammer zur Evaluation von Leitlinien haben ergeben, dass diejenigen Ärzte, die die Leitlinien kennen, die Patienten nicht anders behandeln als diejenigen Ärzte, die die Leitlinien nicht kennen. Wenn man nachfragt, erhält man die Gegenfrage: Wo sind die Anreize? Das kostet mich doch Geld. Ich meine, wenn das Geld nicht stimmt, liegt ein Strukturmangel vor. Das muss man ins Auge fassen und entsprechend agieren oder sagen: Ich kann es nicht ändern.

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Theorien, wie Leitlinien umzusetzen sind. Eine Reihe von Projekten unserer Versorgungsforschung hat sich mit dieser Frage beschäftigt. Es reicht nicht aus, dass man die Leitlinien publiziert oder frontale Vorträge hält. Es muss sich schon um eine interaktive Fortbildung handeln. Es müssen Erinnerungshilfen gegeben werden. Wir haben beispielsweise ein Projekt gefördert, das den Computer bei der Therapie chronischen Vorhofflimmerns dazu benutzt, sozusagen Hilfestellung zur Implementierung der Leitlinie zu geben. Ich muss sagen: Richtig erfolgreich war diese elektronische Realisierung noch nicht. Das liegt aber auch an der IT-Technik in der Praxis, die noch nicht optimal war.

Zur Erreichung einer dauerhaften Umsetzung von Leitlinien ist die interaktive Fortbildung generell effektiv, also keine frontale Fortbildung, sondern in Qualitätszirkeln, in Netzzirkeln, bei denen man vielleicht auch die Medizinischen Fachangestellten mit einbezieht. Wir haben gesehen: Überall dort, wo die Kommunikation gut funktioniert, ist die Leitlinienkonformität sehr viel höher als dort, wo diese Kommunikation keine Rolle spielt.

Insgesamt muss man sagen: Allein dadurch, dass wir ständig darüber reden, und zwar sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung, wird die Qualität ständig besser.

Wir erhalten ständig zusätzliche medizinorientierte Zertifikate. Die Zertifikate der Deutschen Krebsgesellschaft legen großen Wert darauf, dass eine leitliniengetreue Behandlung erfolgt. Dort schaut man also nach, ob die Leitlinien befolgt werden.

Sie ersehen aus der folgenden Grafik die Reduktion der Schmerzintensität durch Leitlinie und Zertifizierung. Hier hat sich die Qualität der Behandlung verbessert. Dies ist ja auch unser gemeinsames Ziel. Leitlinien sind also Instrumente, die man verwenden kann, um die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Ich komme zum Schluss. Ich hoffe, dass Sie schon erkannt haben, wo die Grenzen von Leitlinien sind. Allerdings muss man hinzufügen: Es sind die derzeitigen Grenzen. Gegen viele dieser Grenzen kann man etwas tun. Als ersten Punkt möchte ich die Gewährleistung der Unabhängigkeit von Finanziers und anderen nennen. Das wurde hier bereits diskutiert. Derjenige, der zahlt, würde gern mitreden, wie die Leitli-

nien anschließend aussehen. Das darf natürlich nicht sein. Eine neutrale Finanzierung ist notwendig.

Die Erstellung von Leitlinien ist ressourcenabhängig. Ich habe Ihnen vorhin die Zahlen genannt: zwei Jahre bei den großen Leitlinien, Kosten: 200 000 Euro.

Schwierigkeiten macht die erforderliche breite Akzeptanz. Wenn Sie 35 Fachgesellschaften, Berufsverbände, Patientenvertreter, Heilhilfsberufe haben, ist es oft sehr langwierig, zu einer Akzeptanz zu gelangen. Manche verlieren dabei die Geduld.

Natürlich müssen die Leitlinien aktuell gehalten werden. Sie dürfen kein Schnee von gestern sein. Die Leitlinien haben ein Verfallsdatum. Bis zu diesem Datum muss geprüft sein, ob die Leitlinie renovierungsbedürftig ist oder nicht.

Eine offene Priorisierung von Werten ist notwendig. Das beginnt mit der Frage: Wo messe ich die gute Qualität, an welchen Indikatoren?

Ich komme zur Verbreitung und Implementierung von Leitlinien. Wir sind schon der Meinung, dass in der Ausbildung gelehrt werden soll, dass Leitlinien existieren, worauf es bei ihnen ankommt und wie man mit ihnen umgeht. Leitlinien sind nur Entscheidungshilfen für den Arzt.

Über eine Reihe von psychologischen und wirtschaftlichen Barrieren haben wir bereits gesprochen. Es muss ferner untersucht werden, ab wann man sich einfacher tut, Leitlinien umzusetzen.

Der Zugang zu den Leitlinien müsste verbessert werden. Die Arztbibliothek ist ein erster Ansatz. Die Anreize für die Anwendung von Leitlinien sind auch nicht so stimmig.

Man muss auch den Umgang mit Leitlinien lernen. Die Anpassung der generellen Empfehlungen an individuelle Entscheidungssituationen ist eine ärztliche Aufgabe. Wir haben leider viel zu wenig Leitlinien, die die Multimorbidität berücksichtigen. Es ist aber nicht so, dass man sagen kann: Man hat einen multimorbiden Patienten, für den sieben verschiedene Leitlinien gelten, also muss man ihm 14 verschiedene Arzneimittel verschreiben. So geht es nicht, wenn die Leitlinie richtig verstanden wird, nämlich für den Patienten die richtige Entscheidung angesichts seiner individuellen Situation zu finden.

Wir sehen bei den Leitlinien durchaus das Problem, dass irgendjemand erklärt: Eure Leitlinie ist so schön, die mache ich jetzt zur Pflicht, ich schließe sogar entsprechende Versorgungsverträge ab.

Erwähnen möchte ich auch noch, dass die Leitlinien gerichtsfest sein müssen.

Jetzt komme ich zum Glanz von Leitlinien. Ich denke, es ist höchste Zeit, dass eine Arbeitsteilung bei der systematischen Aufbereitung des Wissens und der Erfahrungen erfolgt. Jemand hat einmal ausgerechnet: Ein Internist müsste 17 Arbeiten pro Tag lesen, um die aktuell erscheinenden internistischen Arbeiten zu kennen. Wer kann das? Dann hat man ja keine Zeit mehr für den Patienten.

Unglaublich beeindruckend ist das freiwillige Engagement der Vertreter von Fachgebieten, Berufsgruppen und Patienten. Zum Teil erleben wir, dass Fächer, die jahre-

lang nicht miteinander geredet haben, jetzt beginnen, miteinander darüber zu diskutieren, wie der Patient optimal versorgt werden kann.

Wichtig ist der Abbau von Fächeregoismen. Wir erkennen, wo die Medizin gar nichts weiß. Zu etwa 20 bis 30 Prozent dessen, was Sie im Alltag tun, gibt es gute Studien. Beim großen Teil der Medizin gibt es diese exzellenten Studien nicht.

Die Leitlinien bieten Unterstützung bei der partizipativen Entscheidungsfindung. Es gibt Leitlinien für die großen Volkskrankheiten.

Schließlich nenne ich das große Potenzial für die Sicherstellung und die Verbesserung der Versorgungsqualität.

Ich glaube, es gibt einen großen Glanz von Leitlinien. Aber durch die Grenzen, die wir zurzeit haben, wird er sehr schnell infrage gestellt.

Lassen Sie mich mit einem Foto schließen: Die Skyline von Tübingen – ich komme aus Tübingen – spiegelt sich im Neckar. Darunter sehen Sie den Hölderlinturm. Dort hat Hölderlin 34 Jahre seines Lebens in geistiger Umnachtung verbracht.

Ich möchte Ihnen herzlichen Dank sagen für die Förderung der Versorgungsforschung. Sie haben die Leitlinienentwicklung in Deutschland gewaltig vorangebracht.

Schließlich möchte ich mich bei Ihnen fürs Zuhören bedanken.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen, Herr Professor Selbmann. In unserem Programm haben wir festzustellen versucht, wie man die Leitlinien am besten implementiert und was in der Praxis geschieht, wo wir ja viel Leid mit den Leitlinien haben, wenn sie implementiert sind. Die Frage ist: Verbessern sie tatsächlich die Versorgung der Bevölkerung oder nicht? Wir haben zum Teil überraschende Ergebnisse erhalten. Es lohnt sich, liebe Kolleginnen und Kollegen, nachzulesen, welche neuen Informationen wir gewinnen konnten.

Ihnen, Herr Professor Selbmann, noch einmal herzlichen Dank für Ihre Darstellung.

Wir fahren fort mit dem Referat von Herrn Professor Mansky. Ursprünglich sollte Frau Professor Kurth, Mitherausgeberin unserer Reportbände zur Versorgungsforschung, referieren. Aus persönlichen Gründen hat sie leider abgesagt. Wir freuen uns, dass wir sehr kurzfristig Herrn Professor Mansky gewinnen konnten. Er ist an der Technischen Universität Berlin im Bereich Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen tätig. Er spricht heute zu uns über das Thema „Zugang zu Routinedaten für die Versorgungsforschung“. Bitte sehr.

Prof. Dr. Mansky, Referent: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Hohes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich kann Frau Kurth natürlich nicht ersetzen, aber versuchen, für mein Gebiet einen kurzen Abriss über den Stand der Dinge zu geben. Das Gutachten ist in Arbeit. Ich kann Ihnen also noch nichts über die Ergebnisse berichten, sondern über die Probleme, die wir bearbeiten.

Wenn Sie Versorgungsforschung aktiv mitgestalten wollen, wenn Sie überhaupt zu irgendwelchen Themen Stellung nehmen wollen, dann werden Sie auch Daten benötigen. Sie sind eigentlich das Essenzielle. Die Frage, die sich stellt, lautet: Sind Sie in dem Prozess Treiber oder Getriebene? Nur wenn Sie Daten haben, können Sie treiben. Anderenfalls nehmen andere die Auswertung vor, beispielsweise das WIdO. Sie können dann nur reagieren. Agieren können Sie nur, wenn Sie selber Daten haben bzw. Zugang zu Daten.

Deswegen gab es 2008 auf dem Deutschen Ärztetag einen Entschließungsantrag der Herren Dr. Jonitz, Dr. Koch, Dr. Kaplan, Professor Hessenauer und Dr. Crusius:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, durch geeignete Maßnahmen dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlichen Körperschaften zur Durchführung ihrer Aufgaben … ungehindert Zugang zu sozialen und krankheitsbezogenen Daten von Versicherten … erhalten.*

Der konkretisierte Gutachtenauftrag bezieht sich zum einen auf die Bestandsaufnahme: Welche Daten existieren in welcher Qualität und in welcher Aktualität? Wie lassen sich die Daten zusammenführen? Welche Datenmanagement- und Auswertungstechniken gibt es, um die Daten zusammenzuführen? Welche Fragestellungen kann man damit sinnvollerweise bearbeiten? Welche Möglichkeiten gibt es, mit den Daten zu arbeiten?

Schlussfolgerungen zu ziehen, das ist nachher Ihre Aufgabe. Wir können hierzu nur Vorschläge machen und nicht eigenständig Schlussfolgerungen ziehen. Wir alle – ich bin ja auch Arzt – sind derzeit weit hinter dem zurück, was möglich ist. Es gibt schon jetzt diverse Daten im Versicherungssystem, die es erlauben, die Ergebnisqualität und die Entwicklung des Leistungsgeschehens auch sektorübergreifend zu beurteilen. Diese Daten lagern überwiegend bei den Krankenkassen.

Aufgrund der Abrechnung, wie sie heute erfolgt, sind Diagnosen, Prozeduren, demografische Informationen, Informationen über Heil- und Hilfsmittelverbrauch, Arzneiverordnungen, Todeszeitpunkte, Pflegestufe und andere Informationen in den Rechnersystemen der Krankenkassen längst verfügbar und werden dort auch genutzt und zusammengeführt.

Daraus lassen sich schon jetzt auf verschiedenen Ebenen Indikatoren für die Versorgungsqualität und die Leistungsentwicklung ableiten. Dies werde ich Ihnen nachher an einigen Beispielen demonstrieren.

Es ist nicht ganz trivial, diese Daten zusammenzuführen. Die Kassen haben einen Know-how-Vorsprung. Wir haben bereits bei den Untersuchungen bemerkt, die pseudonymisierte Zusammenführung der Daten ist teilweise schwierig, da die Richtigkeit der Versicherteninformation nicht in allen Bereichen garantiert ist. Aber mit bestimmten Strategien kann man herangehen. Da gilt es, den Know-how-Vorsprung aufzuholen, den die Kassen inzwischen erarbeitet haben.

Sie können im Krankenhaus die Krankenhaussterblichkeit beim Herzinfarkt messen. Dies geschieht schon jetzt in vielen Krankenhäusern. Rund 400 Krankenhäuser in Deutschland nutzen solche stationären Qualitätsindikatoren. Das bezieht sich auf alle möglichen Trägergruppen. So will man Anhaltspunkte für die Qualität der Versorgung gewinnen.

Die Kassen sind hier wesentlich weiter, weil sie standardisiert die risikoadjustierten Sterblichkeiten auch nach der Entlassung verfolgen können. Das ist bei 30 Tagen, 90 Tagen oder einem Jahr kein Problem. Bei der AOK gibt es entsprechende Projekte. Die Daten sind vorhanden.

Ein weiteres Beispiel: Man kann den Anteil der Linksherzkatheterversorgung oder die Koronar-OPs beim Herzinfarkt nachuntersuchen. Man kann Informationen über Rezidive, Wiederaufnahmen und Rekatheterisierungen gewinnen.

Noch einmal: Die Frage ist nicht, ob so etwas gemacht werden kann oder gemacht wird, sondern die Frage lautet nur: Beteiligen Sie sich daran? Können Sie sich daran beteiligen? Oder ist dies ein Thema, das nur von den Kassen bearbeitet wird? Aus meiner Sicht kann es nicht sein, dass diese wesentlichen Versorgungsfragen monopolisiert von der anderen Seite bearbeitet werden und nicht von der Ärzteschaft.

(Beifall)

Ich komme zu einem weiteren Beispiel: den Hüft-TEPs. Im Krankenhaus kann man sich seltene Todesfälle – Sentinel-Ereignisse – anschauen. Es lohnt sich, sich auch damit auseinanderzusetzen. Auf Kassenebene kann man Wiederaufnahmen beispielsweise wegen Luxation, Revision, Embolien usw. verfolgen. Die AOK macht so etwas. Man kann die Langzeithaltbarkeit von Hüftgelenken anhand von Routinedaten verfolgen. Man könnte Kaplan-Meier-Kurven, also „Überlebenskurven“ der Hüftgelenke, schon jetzt berechnen. Mit geringen Erweiterungen ließe sich dies sogar produktspezifisch durchführen.

Dies alles ist ohne zusätzliche Datenerfassung möglich. Man braucht keine Register dafür; die Daten sind vorhanden.

Ein weiteres Beispiel, das wir auf dem letzten Kongress von der AOK vorgelegt bekommen haben: Bei der Prostataresektion könnte man sich beispielsweise die Frage stellen: Wie viele Fälle mit Inkontinenz gibt es nach einem Jahr? Man kann einwenden, das ginge nicht, weil die Inkontinenz als Sachverhalt nicht hinreichend kodiert ist. Die AOK ist hier recht kreativ und durchaus intelligent herangegangen und hat gesagt: Man kann ja schauen, wer nach einem Jahr welche Hilfsmittel verbraucht. Wer entsprechende Hilfsmittel verbraucht, muss dann wohl auch inkontinent sein. Man kann durch die Zusammenführung der OP-Daten bei der Prostataresektion und dem Heil- und Hilfsmittelverbrauch Rückschlüsse darauf ziehen, ob bestimmte Komplikationen vorliegen oder nicht.

Es ist recht weitreichend, was man schließen kann, wenn man Daten aus verschiedenen Quellen zusammenführt. Da gilt beispielsweise auch das, was Herr Professor Selbmann eben hinsichtlich der Anwendung bestimmter Chemotherapeutika bei bestimmten Tumoren gesagt hat. Die Kurven, die eben aus Großbritannien gezeigt wurden, könnten auch wir mit den entsprechenden Daten ohne Weiteres herleiten. Aber im Moment haben wir darauf keinen Zugriff.

Nicht alles, aber sehr vieles ist mit Routinedaten messbar. Die Erfassung zusätzlicher Sachverhalte ist möglich. Es gibt schon jetzt genügend zu tun, worauf Sie im Moment keinen Zugriff haben, aber haben sollten. Man kann mehr tun, wenn ICD oder OPS entsprechend angepasst werden.

Ich komme zur Verfügbarkeit. Die besten Datenbestände dieser Art lagern derzeit bei den Krankenkassen. Dort ist die personenbezogene Zusammenführung aus abrechnungstechnischen Gründen überwiegend ohnehin bereits erfolgt. Wenn Sie mit der Kasse abrechnen, kennt die Kasse die Versichertenidentität und führt die Daten natürlich zusammen. Das muss man nicht weiter erläutern. Die kassenübergreifende Zusammenführung ist bereits gesetzlich vorgesehen – dazu komme ich gleich noch –, aber bisher nicht erfolgt. Die Kassen machen das bisher nur intern.

Es ist kein Zufall, dass die AOK an diesem Thema arbeitet. Sie hat beispielsweise im stationären Bereich mit einem Marktanteil von 40 Prozent natürlich ganz andere Fallzahlen und kann eine größere Aussagekraft herstellen als beispielsweise die TK. Die Ersatzkassen denken darüber nach, auch ihre Daten zusammenzuführen, um zu einer vergleichbaren Datenmenge zu kommen.

Es gab das QSR-Projekt, ein gemeinsames Projekt des AOK-Bundesverbands, des WIdO, von Helios und Professor Robra aus Magdeburg. Der Begriff „QSR“ steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten“. Ich nenne folgendes Beispiel. Für jedes Krankenhaus kann die AOK einen sogenannten QSR-Bericht erstellen. Man hat diese Daten für alle Kliniken intern sowieso, ob der Bericht erstellt wird oder nicht. Sie sehen in der Grafik die standardisierte risikoadjustierte Sterblichkeitsrate für die Herzinsuffizienz bei deutschen Kliniken. Jeder der blauen Striche ist eine deutsche Klinik. Der rote Balken markiert beispielsweise Ihr Krankenhaus. Auf einer weiteren Grafik sehen Sie die Sterblichkeit bei der Herzinsuffizienz im Startfall, nach 30 Tagen, nach 90 Tagen und nach einem Jahr. Der rote Balken markiert das individuelle Krankenhaus, der blaue Balken die Bundesdaten plus/minus 95 Prozent Konfidenzintervall.

Es handelt sich nicht um Spieldaten, sondern um Echtdaten. Diese Informationen hat die AOK bereits jetzt für alle 2 000 deutschen Kliniken. Sie hat noch mehr als dieses; das sind nur Beispiele.

Die Wege dazu, dies zu erkunden, ist der Auftrag, den wir im Rahmen des Gutachtens haben. Ein Ergebnis kann ich Ihnen jetzt nicht vorstellen; ich denke, das wird nächstes Jahr möglich sein. Die Gesetzeslage ist nicht uninteressant. Eine Datenzusammenführung auf Bundesebene war nach § 303 SGB V bereits vorgesehen. Der mit dem GMG neu eingeführte § 303 regelt die Rahmenbedingungen für eine Zusammenführung der Versichertendaten aller gesetzlichen Krankenkassen. Gemäß § 303 a bilden der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung und die KBV eine Arbeitsgemeinschaft zur Durchführung der Datenzusammenführung. Diese hat die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauensstelle und einer Datenaufbereitungsstelle zu gewährleisten.

Das ist bisher nicht geschehen. Man kann sagen: Dieser § 303 hat eine Art „Zombie-Status“: Das Projekt schläft. Es ist nicht meine Aufgabe, die Gründe dafür zu analysieren. Es existiert ein Rechtsrahmen, den man nutzen könnte, um so etwas umzusetzen.

Die Nutzung der Daten ist in § 303 weitreichend geregelt: Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner, Verbesserung der Qualität der Versorgung, Planung von Leistungsressourcen, Längsschnittanalysen, Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse sowie Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen.

Dies alles sind Themen, die auch die Ärzteschaft – sprich: den Deutschen Ärztetag – interessieren sollten und müssten. Sie sind hier aber noch nicht als direkte Partner vorgesehen. Jetzt geht es darum, dort einen Fuß in die Tür zu bekommen. Die Bundesärztekammer wäre nach derzeitigem Gesetzesstand, wenn man dieses Verfahren wiederbeleben würde, nur indirekt durch die Förderinitiative Versorgungsforschung über hochschulangehörige Projektnehmer zugangsberechtigt. Das wäre der Weg, über den man an diese Daten herankäme, wenn sie denn existieren.

Ein weiterer Datenbestand entsteht zurzeit beim AQUA-Institut. Wie Sie wissen, ist es neu beauftragt. Die sekundäre Nutzung der Daten, die dort in Zukunft gesammelt werden sollen, wäre im Antragsverfahren möglich. Im Moment lautet die Regelung, dass die Daten dort das Haus nicht verlassen dürfen. Man müsste also Zugang zu den Daten an Ort und Stelle bekommen. Nach derzeitiger Lage würde der Gemeinsame Bundesausschuss entscheiden, wer Zugang erhält. Hier stellt sich die Frage: Wird die Bundesärztekammer Zugang zu diesen Daten erhalten? Wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Das Gutachten, das wir erstellen, ist auf den technischen Teil fokussiert. Die Expertise analysiert die technischen Möglichkeiten und Konzepte zur Umsetzung der Datenzusammenführung. Wir wollen außerdem anhand von Beispielen aufzeigen, in welcher Weise man die Daten nutzen kann. Es werden Beispiele sein, keine umfassende Analyse. Ich glaube, Sie ahnen, dass man mit diesen Daten eine große Menge an Fragestellungen wird bearbeiten können, die für Sie von Interesse sind.

Ziel ist es, die Bundesärztekammer in die Lage zu versetzen, nicht nur zu reagieren, sondern zu agieren. Dies ist das vornehmste Ziel des Auftrags.

Fazit: Eine Zusammenführung der Daten verschiedener Leistungserbringer – auch sektorenübergreifend; das ist technisch längst möglich, das findet bei den Kassen bereits statt – ist technisch möglich. Die Krankenkassen werden diese Daten früher oder später nutzen. Die AOK nutzt sie bereits im Krankenhausbereich zum Abschluss von speziellen Versorgungsverträgen.

Die Ärzteschaft steht aus meiner Sicht vor der Aufgabe, diesen Prozess aktiv mitzugestalten. Unser Gutachten soll das Realisierungspotenzial aufzeigen. Die faktische Nutzung ist insbesondere im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung sinnvoll und fachlich und sachlich möglich.

Soweit meine Darstellung des jetzigen Standes. Ich hoffe, dass wir im nächsten Jahr mehr vorstellen können. Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herzlichen Dank, Herr Professor Mansky. Aus der eigentlich trockenen Materie haben Sie einen spannenden Vortrag gemacht, der auch sehr ermutigend ist und uns bei unseren eigenen Vorhaben weiterhilft. Wir haben gesehen, welche Aufträge konkret ausgeschrieben sind. Eine Expertise, die auf unsere Ausschreibung hin erfolgt ist, haben Sie in Angriff genommen. Auch dafür herzlichen Dank.

Wir fahren fort mit weiteren konkreten Beispielen dessen, was im Rahmen unserer Förderinitiative erarbeitet worden ist. Herr Professor Scriba wird über weitere Projekte berichten.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Es geht um die Abrundung der Berichterstattung über das Geld, das wir für die Förderung der Versorgungsforschung in Ihrem Auftrag ausgegeben haben.

Wenn ich mir vorab zwei Kommentare zu den beiden Referaten meiner Kollegen erlauben darf: Ich glaube, Herr Selbmann hat gut aufgezeigt, wie der initiale Leitlinienoptimismus, der etwas euphorische, den auch ich durchaus geteilt habe, im Laufe der Jahre nach den Erfahrungen und auf der Basis der wissenschaftlichen Arbeit einer realistischen Betrachtung dieser Leitlinien und ihrer Grenzen gewichen ist. Jetzt kann man vielleicht von einem Leitlinienrealismus sprechen. Wobei die allgemeine Wertschätzung zweifellos zugenommen hat.

Zu dem Referat von Herrn Mansky möchte ich sagen: Ich denke, dass die anfängliche Skepsis gegenüber der Verwendung von Routinedaten für wissenschaftliche Fragestellungen einer pragmatischen Erprobung der Anwendung mit sehr guten Aussichten gewichen ist.

Nun zu dem, was noch aussteht. Ich komme zunächst zu den geförderten Typ-I-Projekten. Im Rahmen der ersten Förderphase wurden bzw. werden 17 und im Rahmen der zweiten Ausschreibung sechs Projekte gefördert. Ein Projekt wurde nachbewilligt. Fünf weitere Projekte wurden 2009 im Zuge einer begrenzten Ausschreibung vergeben. Das macht insgesamt 29 geförderte „große“ Forschungsprojekte, die alle dadurch ausgezeichnet sind, dass sie Neues an Informationen ergeben sollen.

Themenfelder der ersten Förderphase waren erstens die Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag, zweitens der Einfluss der Ökonomisierung der stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit, drittens die Wechselwirkung zwischen arztseitigen Faktoren und Versorgungsrealität, dem sogenannten Physician Factor.

Ich möchte beginnen mit dem Themenfeld Physician Factor. Begonnen haben wir mit einem Literaturreview zur Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Das war ein Typ-III-Projekt, eine kurzfristige Expertise, die Sie im „Deutschen Ärzteblatt“ 2007 publiziert sehen.

Danach kam der Report Versorgungsforschung, Band II, bearbeitet von Friedrich Wilhelm Schwartz und Herrn Angerer. Dieser zweite Band kann angefordert werden.

Ein Wort zum Report Versorgungsforschung, Band II: „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“. Der Inhalt verzeichnet 39 Beiträge auf 436 Seiten.

Dann gibt es ein Typ-I-Projekt unter dem Namen ÄsQuLAP von Angerer und anderen: „Ärzte steigern Qualität und Leistung durch Arbeitsfreude – Wechselwirkung zur Qualität der Patientenversorgung“. Hier einige Ergebnisse: Arbeitsmenge, Zeitdruck und Unterbrechungen sowie fehlende Informationen belasten Klinikärzte. 10 Prozent der Klinikärzte wiesen kritische Depressionswerte auf. Ich denke, das wird niemanden ernsthaft überraschen.

Neu herausgekommen ist, dass sich durch systematisches Vorgesetztenfeedback und eine Verringerung der Arbeitsunterbrechungen die Arbeitsfreude steigern lässt. Eine Verringerung der Arbeitsunterbrechungen lässt sich beispielsweise durch das Verbot von Telefonanrufen während der Visite erreichen.

Ein Ergebnis ist auch, dass eine gesteigerte Arbeitsfreude zu einer verbesserten Qualität der ärztlichen Arbeit führt, ablesbar an der gesteigerten Patientenzufriedenheit auf der Interventionsstation im Vergleich zur Kontrolle.

Ich möchte Ihnen ein weiteres Projekt vorstellen: Anreize für die Niederlassung von Ärzten. Bearbeitet wurde dieses Projekt von den Herren König und Günther aus Leipzig. Die Autoren haben die Anreizwirkungen von monetären und nicht monetären Merkmalen auf die Bereitschaft, sich in weniger beliebten ländlichen Gebieten niederzulassen, untersucht. Eingesetzt wurde die Methode des „discrete choice model“: Alle Merkmale werden zu Vergleichszwecken untereinander umgerechnet. Ein einflussreiches Merkmal ist natürlich das monatliche Nettoeinkommen. Wesentliche weitere Merkmale sind die Anzahl der zu leistenden Bereitschaftsdienste, Schul- und Betreuungsangebote für Kinder sowie Beschäftigungsmöglichkeiten für den Ehepartner bzw. die Ehepartnerin.

Das alles ist klar und erwartungsgemäß. Mit der Methode des „discrete choice model“ kann man die Anreize für die Niederlassung von Ärzten in vergleichbare Größenordnungen umrechnen und damit das quantitative Element, das bisher bei allen qualitativen Beurteilungen gefehlt hat, berücksichtigen. Untersucht wurden folgende Merkmale: Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder, Höhe des zu erzielenden Einkommens, die berufliche Zukunft des Partners, die berufliche Kooperation mit Kollegen, das Angebot an Freizeitmöglichkeiten und die Anzahl der Bereitschaftsdienste.

Das zweite Themenfeld, von dem ich hier kurz berichten möchte, ist der Einfluss der Ökonomisierung der stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit. Hier nenne ich zunächst das Themenfeld „Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demographischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern“. Das können Sie – wie bei allen Studien – in den „Visitenkarten“ nachlesen. Es geht um Prognosemodelle, die regional statt auf Landes- oder nationaler Ebene Voraussagen machen lassen. Sie berücksichtigen die demografische Entwicklung in diesem Gebiet, die Prävalenz und die Inzidenz von typischen wichtigen Krankheiten und als Drittes die Ärzteverteilung und die Ärztealterung.

Ich habe darüber auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag kurz berichtet; vielleicht erinnert sich der eine oder andere noch daran.

In der folgenden Grafik sehen Sie die Hochrechnung der Fallzahlen für Diabetes mellitus bei Männern. Verglichen werden die Jahre 2005 und 2020. Innerhalb der 15 Jahre wird von einer Zunahme von 25 Prozent ausgegangen.

Ich komme damit zur Veränderung der Fallzahlen für Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern 2005 bis 2020, und zwar in der regionalen Verteilung. Aufgezeigt werden Zahlen des Rostocker Zentrums, des Statistischen Amts Mecklenburg-Vorpommern und des Greifswalder Instituts für CM. Sie sehen, dass die Unterschiede zwischen genauer regionaler Analyse und globaler Analyse für das ganze Bun-

desland doch recht deutlich sind und dass im Übrigen zum Teil erschreckende Zunahmen bei den Fallzahlen zu beobachten sind.

Die dritte Größe, die hier berücksichtigt wird, ist der Wiederbesetzungsbedarf, zum einen errechnet nach der Bedarfsplanung, wie Sie sie alle kennen, zum anderen durch eine Hochrechnung, bei der erforderliche Arztkontakte mit eingerechnet wurden. Da sieht man Unterschiede bei der Bedarfsplanung in Größe des Faktors 2 und mehr.

Wichtig ist also die regionale Verschiedenheit. In diesem Zusammenhang möchte ich Sie auf die Veröffentlichung im „Deutschen Ärzteblatt“ Nr. 18/2010 hinweisen.

Wir haben den Antrag gestellt, ein Typ-III-Projekt durchführen zu können, bei dem die Risikofaktoren, die in dem jeweiligen untersuchten Gebiet prävalent sind, mit hereingerechnet werden. Dem dient unter anderem der PROCAM-Score. Ich habe mich bei dieser Gelegenheit sehr herzlich bei Herrn Professor Hoffmann aus Greifswald zu bedanken, der mir diese Daten zur Verfügung gestellt hat.

Berücksichtigt werden beispielsweise beim Myokardinfarkt folgende relevante Risikofaktoren: Alter, Geschlecht, Follow-up-Zeit, Diabetes mellitus, Hypertonus usw. Ähnliches gilt für den Anwendungsfall Schlaganfall.

Bei der Modellierung der Risikofaktoren zur Verbesserung von Fallzahlprognosen ist die Demografie natürlich der wichtigste Faktor. Relevant sind Risikofaktoren wie Rauchen, Blutdruck, Fettwerte usw.

Die Folgerung der Autoren lautet, dass die Analyse dieser Risikofaktoren für eine realistische Bedarfsplanung nicht uninteressant ist. Eine weitere, mindestens genauso wichtige Folgerung ist, dass gezeigt wird, welches Präventionspotenzial im Zusammenhang mit diesen Risikofaktoren vorhanden ist.

Allerdings ist eine weitere Verfeinerung notwendig. Eine bevölkerungsbezogene Risikofaktorenprävalenz ist noch nicht flächendeckend verfügbar.

Jetzt noch ein kurzer Blick auf die Typ-I-Projekte der zweiten Förderphase. Das sind Projekte, die jetzt noch laufen. Darüber kann und will ich nichts Genaueres berichten, und zwar deswegen, weil dies zu früh wäre. Wer wissen möchte, was in dieser Beziehung gefördert wird, möge im Internet nachschauen. Ich möchte hier dafür keine weitere Zeit in Anspruch nehmen.

Ich möchte Ihnen mit einigen Überblicksfolien zeigen, was von den Typ-I-Projekten inzwischen im „Deutschen Ärzteblatt“ publiziert wurde. Hendrik van den Bussche hat im „Deutschen Ärzteblatt“ publiziert:

> *Die Voraussetzungen und Zugangsbedingungen für die ärztliche Weiterbildung unterscheiden sich international erheblich. Auswanderungswillige Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland sollten sich sorgfältig informieren.*

Publiziert wurde auch die Sicht ärztlicher Direktoren, wonach die Beurteilung der Arbeits- und Organisationssituation erstaunlich negativ und selbstkritisch ausfällt.

Nachgewiesen wurde auch, dass die aktive Implementierung Wirkung zeigt. Es ist zwar ein gewisser Einfluss gegeben, aber es werden keine längeren Überlebenszeiten erreicht.

Herr Raspe hat zu den „Individuellen Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen“ publiziert.

Frau Kuhlmey aus Berlin hat zusammen mit anderen eine Studie zur Frage „Gehen oder bleiben?“ publiziert.

Über die Arbeit zu den versorgungsepidemiologischen Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern habe ich vorhin schon Ausführungen gemacht.

Mein Fazit zu den Typ-I-Projekten lautet folgendermaßen: Nur über originäre Forschungsförderung können neue Ergebnisse erzielt werden. Das ist vergleichsweise aufwändig und dauert vergleichsweise lang. Das sind die Nachteile. Auf der anderen Seite kann man sagen, dass die Mehrzahl der bei uns geförderten Projekte im klassisch-wissenschaftlichen Sinne die Anforderungen erfüllen, was von solchen Projekten erwartet wird.

Ich gehe jetzt über zu den Typ-II-Projekten. Ein eintägiges Symposium bildete die Grundlage für die Sammlung wichtiger Beiträge zu den jeweiligen Themen. Ein Beispiel ist der Report Versorgungsforschung „Versorgung psychisch kranker alter Menschen“, herausgegeben von Frau Professor Stoppe. Neben zentralen Themen wie der Demenz werden auch weniger diskutierte Themen wie die hohe Suizidrate älterer Menschen behandelt. Es werden Schwachstellen in der Gesamtversorgung sowie die weitgehend fehlende psychotherapeutische Versorgung im höheren Lebensalter behandelt. Der Handlungsbedarf im Sinne einer Empfehlung an die politischen Entscheidungsträger wird aufgezeigt.

Das Fazit zu den Typ-II-Projekten lautet: Sie sind eine gute Methode, das vorliegende wissenschaftliche Material zu aktuellen und auch für die Gesundheitspolitik wichtigen Themen umfassend zügig zusammenzutragen. Sie sind eine Basis für die Ärzteschaft, sich gerade auch zu politischen Themen fundiert zu äußern. Sie sind im Verhältnis zur originären Forschung kostengünstiger. Zu beachten ist die aktive Beteiligung ausgewiesener Experten mit eigenen Beiträgen. Diese Projekte finden eine breite Aufmerksamkeit bei den Adressaten und haben einen hohen Multiplikatoreffekt.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Die vorliegenden drei Bände sind eine gute Methode, die sich auch für zukünftige Fragestellungen anbietet.

Jetzt noch ganz kurz zu den Typ-III-Projekten. Hier lassen sich enger umschriebene konkrete Fragestellungen kurzfristig durch Literaturreviews und Expertisen bearbeiten. Die Fragestellungen kommen entweder vom Deutschen Ärztetag, vom Vorstand der Bundesärztekammer oder auch aus der SKV direkt. Bisher wurden insgesamt zehn Expertisen bzw. Literaturreviews u. a. zu folgenden Themen in Auftrag gegeben: internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“ und ein Bericht zu der Frage: Was können Ärzte – und Zahnärzte – in Deutschland zur Prävention und zur Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen?

Weitere Expertisen wurden beispielsweise zu folgenden Themen in Auftrag gegeben: Risikofaktorenadjustierung von Prognosemodellen zur Hochrechnung der Patienten-

anzahl bis zum Jahr 2020 und zur Notwendigkeit eines ungehinderten Datenzugangs für ärztliche Körperschaften.

Bereits publiziert sind die Arbeiten „Berufseinstieg bereitet vielen Absolventen Probleme“, „Häusliches Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz“, „Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten“.

Ein Auftrag des 110. Deutschen Ärztetages 2007 hat besondere Aufmerksamkeit in der Tagespresse erregt. Der Auftrag lautete, wir sollten uns um die Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen kümmern. Die Arbeit dazu ist im „Deutschen Ärzteblatt“ in den Nummern 16 und 17/2010 nachzulesen.

Es gibt ein Folgeprojekt, zu dem demnächst der Auftrag vergeben wird, das sich mit der Frage befassen soll: Gibt es Hinweise darauf, ob und gegebenenfalls wie diese Mechanismen zu veränderten, interessengeleiteten Inhalten medizinischer Leitlinien führen können?

Mein Fazit zu den Typ-III-Projekten lautet: Die Expertisen und Literaturreviews haben sich als sehr hilfreiches Instrument zur Klärung umschriebener, kurzfristig interessierender Fragen an die Versorgungsforschung erwiesen. Dieses Verfahren wird auch in Zukunft für die Bundesärztekammer hilfreich sein.

Zum Abschluss möchte ich mich mit der Frage nach den Wirkungen der Förderinitiative beschäftigen. Was haben das Engagement von Ärzten und Ärztekammern einerseits und der Fleiß der Wissenschaftler andererseits für die Ärzteschaft gebracht? Zunächst einmal kann man sagen: Die Versorgungsforschung hat grundsätzlich an Anerkennung und durch die Weiterentwicklung ihrer eigenen Methoden gewonnen. Eine grundlagennahe Versorgungswissenschaft hat bei der Begutachtung und der Durchführung der Projekte mitgewirkt. Dies hat zur wissenschaftlichen Anerkennung der Förderinitiative entscheidend beigetragen. Die Versorgungszusammenhänge wurden bereichsübergreifend erforscht.

Es gab ein großes Interesse von Antragstellern an den Ausschreibungen. Es wurden allein auf die Ausschreibung der ersten Förderphase hin 175 Antragsskizzen eingereicht. Es gab eine sehr enge Kooperation der AWMF und der Bundesärztekammer zum Themenkomplex „Leitlinienerstellung und -implementierung“. Die Bedeutung der Versorgungsforschung hat auch jenseits der Wissenschaft bei der klinisch-praktischen Ärzteschaft größeres Verständnis gefunden.

Wir hatten den Auftrag, uns um eine Kofinanzierung durch andere Geldgeber zu kümmern. Das war nicht so ganz einfach. Wir wollen so etwas wie eine „DFG-Forschergruppe“ zum Thema Versorgungsforschung ins Leben rufen. Es ist uns dagegen nicht gelungen, mit der vorherigen Bundesregierung trotz intensiver Bemühungen unsererseits zu erreichen, dass wir in die gemeinsame Trägerschaft von Ministerium, Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, dem Verband privater Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung in deren Kooperationsprojekt „Versorgungsnahe Forschung im Bereich chronischer Krankheiten und Patientenorientierung“ aufgenommen zu werden.

Wir müssen aber berücksichtigen: Wir haben in den ersten drei Jahren jeweils 1 Million Euro pro Jahr ausgegeben. Jetzt sind es 2 Millionen Euro pro Jahr. Das ist im Vergleich zu dem, was die Ärztekammer getan hat, eher beschämend.

Die neue Bundesregierung erkennt die Bedeutung der Versorgungsforschung an. Im Koalitionsvertrag kündigt sie an, dass sie diesen Forschungsbereich systematisch ausbauen will. Wörtlich heißt es im Koalitionsvertrag:

> *Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt.*

Die Versorgungsforschung findet unter der neuen Bundesregierung durch Ausschreibung des BMBF Zugang zu einer besseren Finanzierung. Man konnte in der Zeitung von einem entsprechenden Betrag in Höhe von 54 Millionen Euro lesen. Die Förderinitiative der Bundesärztekammer kann zu Recht als ein ganz wesentlicher Beitrag im Sinne einer „Initialzündung“ dieser positiven Entwicklung betrachtet werden.

Als Gesamtfazit und Perspektiven kann ich sagen: Die durch die Ärzteschaft selbst gesteckten Ziele der Förderung der Versorgungsforschung wurden zu großen Teilen bereits erreicht. Über die gegenwärtig noch laufenden Projekte wird – wie bisher – auf dem nächsten Deutschen Ärztetag berichtet.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Professor Scriba, wir danken Ihnen ganz herzlich für die Vorstellung der Ergebnisse und für die hoch engagierte Durchführung unseres Gesamtprojekts und die mehrjährige Betreuung unserer SKV.

Auch den beiden anderen Referenten noch einmal herzlichen Dank.

Meine Damen und Herren, wir sind ja hier zusammengekommen, um eine Bestandsaufnahme unserer Initiative zu machen und uns zu fragen: Was hat diese Initiative gebracht? Wie kann es weitergehen? Sie wissen, dass ich positiv voreingenommen bin. Mein persönliches Fazit nach den Referaten lautet, dass das von der Bundesärztekammer in die Hand genommene Fördervolumen gut ausgegebenes Geld war. Wir haben eine Menge an Daten und Antworten auf aktuelle gesundheitspolitische Fragestellungen erhalten, die wir für die Diskussion mit der Bevölkerung und der Politik gut gebrauchen können.

Ich eröffne nun die Diskussion. Es liegen schon eine Reihe von Wortmeldungen vor. Der erste Redner ist Herr Dr. Lenhard aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Referenten! Herzlichen Dank für diese doch sehr wissenschaftliche Darstellung Ihrer Ergebnisse. Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, aber ich fühle mich doch ein Stück weit erschlagen. Ich muss auch gestehen: Das Wort „Leitlinie“ – wohlgemerkt: das Wort, nicht den Inhalt – kann ich für die nächsten Tage nicht mehr hören, so oft kam es vor.

Gegenstand meines Wortbeitrags ist der Antrag II-03 von Delegierten der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, den anzunehmen ich Sie bitte. Was ist der Nutzen all dessen, was wir jetzt gehört haben, für uns Ärzte? Wir bezahlen das mit unseren Beiträgen, immerhin in einer Höhe von 7 Millionen Euro. Das ist ein ganz stolzer Betrag, der hier aufgewendet werden muss.

Es geht mir um die Frage: Wo bleibt die Analyse dieses ganzen Vorhabens? Wir haben in sehr vielen detaillierten Worten gehört, wie das ganze Projekt läuft. Ich beziehe mich ausdrücklich auf einen Antrag, den der Kollege Calles aus Bayern schon auf dem Ärztetag in Mainz gestellt hat. Da ging es auch um die Frage der Finanzierung. Ich zitiere wörtlich:

> *Das Projekt war vom Vorstand der Bundesärztekammer mit dem führenden Argument der unberechtigt schlechten Darstellung ärztlicher Berufsausübung vorgeschlagen worden.*

Ich zitiere weiter aus diesem Antrag, der an den Vorstand überwiesen wurde:

> *Dazu möge der Vorstand rechtzeitig eine Untersuchung über die qualitativen Ergebnisse in der Medienresonanz durch ein externes Institut erarbeiten lassen.*

So weit der Antrag des Kollegen Calles, den er in Mainz gestellt hat.

Wir haben als Delegierte der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz folgenden Antrag formuliert:

> *Der Deutsche Ärztetag beschließt, die Entscheidung über die Fortsetzung des Projektes Versorgungsforschung auszusetzen. Ein weiterer Beschluss wird erst gefasst, wenn der Vorstand der Bundesärztekammer in einem detaillierten Bericht dargelegt hat, welche Ergebnisse der Forschungsaufträge wie und mit welchem Erfolg in die Arbeit der Bundesärztekammer eingeflossen sind und welcher Nutzen den deutschen Ärztinnen und Ärzten hierdurch entstanden ist.*

Hier wird also nach der Kosten-Nutzen-Relation des ganzen Vorhabens gefragt.

Die Begründung des Antrags lautet:

> *Die Verwendung von etwa 7 Mio. Euro ist bei der heutigen wirtschaftlichen Situation der Ärztinnen und Ärzte nur dann gerechtfertigt, wenn ein Nutzen eindeutig nachgewiesen ist. Schließlich finanzieren die Ärztinnen und Ärzte dieses Projekt mit ihren Mitgliedsbeiträgen.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eben ist als Nutzen dargestellt worden, dass wir damit auch die Methodenevaluation der Versorgungsforschung bezahlen. Das ist doch nicht unsere Aufgabe. In diesem Sinne, meine Damen und Herren, bitte ich Sie, unseren Anträgen 02 und 03 zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Es folgt Herr Wagenknecht aus Niedersachsen.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrte Vizepräsidentin! Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Referenten! Ich möchte zu meinem Antrag 04, der gerade verteilt wird, sprechen. Zunächst einmal aber muss ich auf meinen Vorredner antworten, der zu seinem Antrag 03 gesprochen hat. Ich denke, wir haben gerade gehört, was uns die Versorgungsforschung bringt, was sie uns auch zukünftig in der Argumentation gegenüber Politikern und Kostenträgern bringen kann und wird.

Sie haben gehört, dass die Arbeitszufriedenheit bei Ärzten ein Problem ist, dass sie davon abhängt, wie viel Arzt-Patient-Kontakte man an einem Tag hat. Diese Zusammenhänge, die uns allen vielleicht gefühlt sowieso unter den Nägeln brennen und uns bekannt sind, kommen in der Versorgungsforschung sehr schön zum Tragen. Sie werden hier offensichtlich und sind eine Argumentationshilfe, um – –

(Die Anwesenden werden über Lautsprecher aufgefordert,
wegen einer technischen Störung das Gebäude zu ihrer
eigenen Sicherheit zügig zu verlassen –
Unterbrechung von 17.02 bis 17.23 Uhr)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Meine Damen und Herren! Ich sehe, dass wir nach dieser Übung fast vollständig wieder versammelt sind. Ich war überrascht, wie diszipliniert und angstfrei Ärzte einen solchen Riesensaal verlassen und auch wieder betreten. Es war eine erfreuliche Übung für unser Verhalten in derartigen Fällen.

Herr Bacher, der Direktor des Hotels, zu dem dieses Tagungsgebäude gehört, möchte uns erklären, warum wir den Saal räumen mussten. Herr Bacher, ich bitte Sie ans Mikrofon.

Bacher: Meine Damen und Herren! Im Namen der Maritim Hotelgesellschaft möchte ich mich für das, was gerade vorgefallen ist, entschuldigen. Laut Feuerwehr ist alles in bester Ordnung. Es wurde ein Handalarm ausgelöst. Warum das geschehen ist, prüft die Feuerwehr bzw. der technische Dienst.

Die Feuerwehr bedankt sich; ich bedanke mich dafür, dass Sie den Saal so schnell evakuiert haben. Das ist bei einer solchen Größe immer etwas problematisch. Dafür herzlichen Dank im Namen aller Mitarbeiter der Gesellschaft. Wir wünschen Ihnen weiterhin eine erfolgreiche und gute Tagung hier im Hause.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. Wir sind beruhigt, dass es im Ernstfall gut klappen würde.

Wir fahren in unserer Diskussion fort. Das Wort hat jetzt noch einmal Herr Wagenknecht, der mit seinen Ausführungen gerade begonnen hatte, als der Alarm kam. Bitte, Herr Wagenknecht.

Wagenknecht, Niedersachsen: Ich muss zugeben: Ich hatte anfangs auch ein bisschen Sorge, dass ich etwas falsch gemacht habe. Als Zweites beschleicht einen die Sorge, es könnte jemand daran gedreht haben, weil ich hier stehe und etwas sagen will. Das müssten dann die Antragsteller des Antrags 03 gewesen sein – aber diesen traue ich das eigentlich nicht zu.

Ich hatte versucht, für den Vorstandsantrag zu sprechen, der ja bedeutet: Fortführung der Versorgungsforschung und Vorlage eines vernünftigen Konzepts für diese Fortführung beim nächsten Ärztetag, inklusive des Finanzrahmens. Die Bedenken der Kollegen, dass das Geld gut ausgegeben sein muss, teilen wir hier alle. Da sind wir alle derselben Meinung. Ich denke, die Daten, die uns bereits heute vorgestellt worden sind, geben uns sehr viel Munition, gerade wenn wir an die gestrige Diskussion über den Ärztemangel, über Probleme bei der Motivation junger Kollegen, über Honorierungsfragen zurückdenken.

Sie wissen: Hinter allen Forschungsvorhaben steckt am Ende doch die Frage: Wie arbeitet der Arzt? Wo arbeitet er? Welche Ergebnisse erzielt er für seine Patienten? Welches sind die besten Versorgungsmodelle? Ich habe in der Erwartung, dass dieses Plenum den Antrag des Vorstands annimmt und damit schon ein bisschen die Initialzündung für die Fortführung der Versorgungsforschung gibt, einen Antrag 04 formuliert, der verteilt wurde. Dieser Antrag beinhaltet, dass die neue Konzeptionierung der Versorgungsforschung einen Schwerpunkt auf die Auswirkungen neuer Versorgungsformen legen sollte, also Versorgungsformen, die ambulant und stationär die Versorgungswelt ändern werden. Wir werden in zehn Jahren ein anders aussehendes Gesundheitswesen haben. Diese Änderungen soll die Versorgungsforschung engmaschig, zeitnah und vor allem – das ist für uns alle natürlich wichtig – unabhängig beurteilen.

In dem Antrag heißt es weiter:

> *Dazu sind insbesondere Projekte auszuwählen, die die Behandlungsergebnisse der Versorgung nach § 116 SGB V, die Veränderungen der ambulanten fachärztlichen Versorgung als Konsequenz daraus und die Auswirkungen von hausarztzentrierter Versorgung begutachten.*

All das soll beobachtet werden. Wir müssen zeitnah Ergebnisse haben. Dabei muss uns die Versorgungsforschung helfen.

Die hausarztzentrierte Versorgung, die ja auch hier in diesem Plenum ein sehr inniger Zankapfel ist, muss entsprechend begleitet werden. Wir haben von Herrn Scriba von diesem Buch über die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten gehört. Da sind alle Elemente vorhanden, die doch darauf hindeuten, dass es uns möglich sein muss, zukünftig die intensive Inanspruchnahme eines Arztes zu reduzieren. Wir müssen dahin kommen, dass der Arzt nicht als Fließbandtäter fluchtartig durch seine Praxis oder durch seine Klinikambulanz hetzen muss, um die Versorgung sicherzustellen. Es muss vielmehr so sein, dass die Inanspruchnahme des Arztes der Versorgungsnotwendigkeit unserer Patienten entspricht. In der Diskussion machen uns doch die Fehlversorgungsbegriffe Probleme. Sie alle wissen, dass eine Fehlversorgung teilweise etwas ist, was wir selber herbeiführen mussten, weil wir auf die finanziellen Auswirkungen unseres Handelns ärztlicherseits schauen müssen. Das müssen wir, wenn wir selbstständig sind, das müssen wir, wenn wir im Klinikum angestellt sind, wofür die Verwaltung schon sorgen wird.

Um diese Einflüsse beispielsweise der hausarztzentrierten Versorgung messen zu können, brauchen wir die Versorgungsforschung. Die Kritiker der hausarztzentrierten Versorgung, die es hier ja auch gibt, werden sagen: Das bringt ja nichts. Ich, der ich das gerne als eine Möglichkeit ansehe, die Inanspruchnahme besser zu steuern, als wir das im Moment tun können, glaube daran, dass das etwas bewirken wird.

Lassen wir uns doch von den Ergebnissen überraschen. Dann dürfen wir aber nicht dem Antrag 03 entsprechen und sagen: Wir wollen das erst einmal begutachten und zunächst schauen, ob uns das überhaupt etwas bringt. Entscheiden Sie sich gegen den Antrag 03 und stimmen Sie dem Vorstandsantrag zu.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Wagenknecht. – Es folgt Herr Kollege Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Wagenknecht, Sie werden nicht erstaunt sein, dass ich eine andere Position vertrete, weil ich nicht der Meinung bin, dass wir bestimmte Dinge in unserem Berufsleben nur fühlen, wie Sie das sagten, sondern weil ich der Meinung bin, dass man mit dem gesunden Menschenverstand viele Dinge in unserem Berufsleben erkennen kann und dafür keine schriftliche und wissenschaftliche Auswertung braucht. Warum, werde ich nachher noch ausführen.

Als für die Finanzen Mitverantwortlicher bin ich der Meinung, dass man Ihnen immer wieder einmal ins Gedächtnis rufen muss, dass wir die Mitgliedsbeiträge unserer Pflichtmitglieder – ich sage bewusst nicht: Zwangsmitglieder, sondern Pflichtmitglieder – sorgfältig treuhänderisch zu verwalten haben.

Ich habe bereits im Vorjahr gesagt, dass die Versorgungsforschung ein gesamtgesellschaftliches Problem ist und ich nicht der Meinung bin, dass man dafür wesentliche Gelder der Ärzteschaft verwenden darf. Im Koalitionsvertrag steht im Prinzip alles das, was wir angeleiert haben. Im Koalitionsvertrag steht aber nicht, dass die aufzubringenden Kosten von anderer Seite bezahlt werden. Ich habe eher das Gefühl, dass man denkt: Die Ärzteschaft hat angefangen, lasst die mal weitermachen, die machen das schon gut; Geld haben wir sowieso nicht.

Ich will aber auch deutlich sagen und schließe damit an meine Ausführungen vom Vorjahr an: Kein Mensch hat etwas dagegen, Einzelprojekte, die von wesentlicher Bedeutung für die Ärzteschaft sind, in der Versorgungsforschung auch vonseiten der Ärzteschaft zu bezahlen, aber ganz gezielt und nicht unbedingt in diesem Ausmaß und nach dem – ich sage es lapidar und drücke aus, wie ich es empfinde – Gießkannenprinzip.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte Ihnen sagen, wie ich darauf komme. Im Zusammenhang mit dem Physician Factor wird bei den Ergebnissen ausgeführt, dass das einflussreichste Merkmal für die Niederlassung von Ärzten das monatliche Nettoeinkommen, die Anzahl der zu leistenden Bereitschaftsdienste und das Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder sind. Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist nicht gefühlt. Fragen Sie jeden einzelnen niedergelassenen Arzt, insbesondere auf dem Land, ob der das fühlt oder ob der das weiß. Das hätte man von jedem Einzelnen erfragen können, weil es jeder einfach weiß.

Ich bin Landarzt. Ich kann hier lesen:

> *Neben der Höhe des Einkommens wäre eine familienfreundliche Planung der zu leistenden Bereitschaftsdienste für die Steuerung der Niederlassungsbereitschaft auf dem Land von größter Bedeutung.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das weiß ich auch. Es kommt aber niemand deshalb nicht aufs Land, weil er nicht unbedingt die vielen Bereitschaftsdienste leisten will, sondern weil schlicht und ergreifend keine Nachbarkollegen vorhanden sind. Da liegen die Probleme. Das ist doch nicht gefühlt, sondern das wissen wir.

Wenn wir diese Einzelprojekte finanzieren, sollte das in möglichst großem Konsens geschehen. Der Vorstand sollte uns entsprechende Vorschläge unterbreiten. Ich muss ganz ehrlich sagen: Ich kann Ihnen nicht empfehlen, den Beschlussantrag des Vorstands zu unterstützen, denn damit würden Sie „eine im Lichte der bisherigen Erfahrungen angepasste Fortsetzung der Förderinitiative“ befürworten. Damit würden Sie die Bundesärztekammer auffordern, „eine Konzeption zur Fortentwicklung der Förderinitiative einschließlich eines Finanzierungsrahmens zu erstellen“. Damit ist natürlich eine Fortsetzung des bisherigen Verfahrens gemeint, sodass wir weitere Millionen von Geldern, die die Kollegen aufbringen müssen, zur Verfügung stellen sollen. Die Kolleginnen und Kollegen lesen hier Selbstverständlichkeiten, nicht gefühlt, sondern gewusst und erfahren, über Jahre hinweg. Ich bin nicht der Meinung, dass wir da eine große Unterstützung vonseiten unserer Kolleginnen und Kollegen erhalten.

Es sollte geklärt werden, dass Einzelprojekte in größtmöglichem Konsens unterstützt werden können, aber ein „weiter so“ kann es nicht geben. Dafür bitte ich um Ihr Votum.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Calles. – Herr von Ascheraden hat jetzt einen Antrag zur Geschäftsordnung.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Frau Vizepräsidentin! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich beantrage Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Der Antrag auf Redezeitbegrenzung ist gestellt. Wer spricht dagegen?

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte gegen den Antrag sprechen, weil es hier um ein hochbrisantes Thema geht und der Ärztetag allseitig informiert werden soll. Inhaltlich darf ich noch nichts sagen, weil ich der nächste Redner bin. Ich bitte Sie, bei diesem brisanten Thema und den möglichen Konsequenzen – denken Sie nur an den Antrag 03 – nicht für eine Redezeitbegrenzung zu stimmen.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. – Wir stimmen über den Antrag ab. Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Etliche. Wer ist dagegen? – Das ist eindeutig die Minderheit. Enthaltungen? – Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Der nächste Redner ist Herr Crusius vom Vorstand der Bundesärztekammer.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Calles hat eben „gefühlt“ gesagt, dass eine Unmenge Geld ausgegeben wurde. Den Beweis dafür hat er nicht angetreten. Im Antrag 03 steht, dass 7 Millionen Euro ausgegeben wurden. Es waren aber nur 4,5 Millionen Euro. Schon das ist der Beweis, was der Antragsteller gefühlt, aber nicht belegt hat.

(Beifall)

Ich bin bei uns ins Ministerium gegangen und habe gesagt: Das und das sind die Faktoren. – Daraufhin hat man mir geantwortet: Beweisen Sie uns das! Wir konnten es dann beweisen mit der eben von Herrn Scriba dargestellten Studie.

Herrn Scriba und den anderen Referenten herzlichen Dank. Herr Scriba ist vom Ruhestand in den Unruhestand übergetreten, um diese Arbeit hier zu erledigen.

Ich bin im Vorstand der Bundesärztekammer Finanzbeauftragter und hinterfrage jede Kostenentscheidung. Wir haben das Ganze angeschoben. Was wir hier gehört haben, ist Faktenwissen, das wir wissenschaftlich belegen können, aus dem wir Schlussfolgerungen ziehen, beispielsweise bei uns in Mecklenburg-Vorpommern hinsichtlich der Landeskrankenhausplanung. Das Ministerium und die Krankenkassen trauen sich bei uns nicht mehr, eine Reduzierung von Betten und Abteilungen vorzunehmen, allein wegen des demografischen Effekts, allein wegen der gerontopsychiatrischen Bedingungen.

Wir nutzen dieses also schon. Wir nutzen es auch in der Planung mit der Kassenärztlichen Vereinigung hinsichtlich der Vertragsarztbereiche. Der Bericht wurde heute gegeben, damit sind die Beweise erbracht. Die Zahlen habe ich schon genannt. Mitte 2011 läuft diese Phase aus. Wenn Sie den Antrag 03 wörtlich befolgen, müssen Sie alles sofort stoppen. Das heißt, Sie würden angeschobenen Projekten ihre Realisierungsmöglichkeit nehmen. Das geht nicht, das ist nicht fair denjenigen gegenüber, die dort wissenschaftliche Arbeit eingebracht haben.

Ich bitte Sie, dem Antrag des Vorstands, dem Antrag von Herrn Wagenknecht und dem Antrag 02 zuzustimmen, weil wir Ihnen im nächsten Jahr ein Konzept vorlegen wollen. Dieses Konzept umfasst sowohl den Inhalt als auch die Finanzen. Das Hohe Haus hier hat zu bestimmen. Sie werden im nächsten Jahr entscheiden. Aber wenn wir den Antrag 03 annehmen, sind wir außen vor, dann wird nichts mehr für das nächste Jahr vorbereitet. Damit geht alles ins Leere. Ich bitte Sie also, dem Antrag II-03 nicht zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Crusius. – Der nächste Redner ist Herr Jonitz vom Vorstand der Bundesärztekammer.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die gesundheitspolitische Diskussion gewinnt derjenige, der glaubhaft Anwalt der Patientenversorgung ist. Um glaubhaft zu sein, brauchen wir mehr als persönliches Erleben und mehr als Anekdoten. Wäre das persönliche Erleben allein ausreichend, wäre der gesunde Menschenverstand – der, wie wir alle wissen, eigentlich gleich verteilt ist, in Wirklichkeit aber doch nicht – ausreichend, wäre die Gesundheitspolitik der Ärzteschaft eine Erfolgsstory. So ist es aber nicht. Um Glaubwürdigkeit herzustellen, brauchen wir Fakten. Um Fakten darzustellen, brauchen wir Daten. An diesen Umständen kommen wir leider nicht vorbei.

Dass wir das sehr, sehr gut können, hat vor fünf Jahren eine Gruppe von Fachleuten aus dem ambulanten Bereich, aus dem stationären Bereich, aus Theorie und Praxis wunderbar bewiesen. Deswegen möchte ich Sie bitten, den Anträgen 01, 02 und 04 zuzustimmen, dem Antrag 03 aber nicht zuzustimmen. Wenn wir dem Antrag 03 zustimmen, kegeln wir uns automatisch aus der Diskussion heraus.

Ich weiß nicht, ob Sie noch die gezeigte BMBF-Studie in Erinnerung haben. Da geht es um richtig viel Geld. Schauen Sie sich an, wer mit diesem Geld arbeitet: das Forschungsministerium, die gesetzlichen Krankenversicherungen und die PKV. Wir dürfen bis dato an diesem Projekt noch nicht teilnehmen. Glauben Sie etwa, dass dort Forschung stattfindet, die uns zugute kommt, wo wir die Themen bestimmen? Das ist definitiv nicht der Fall.

Wir brauchen als Kammern Routinedaten für ganz andere Bereiche. Wir brauchen Routinedaten für die Fragen der Bedarfsplanung. Wir werden die Weiterbildungsordnung neu auf die Füße stellen können, wenn wir wissen, welche Krankheiten, welche Eingriffe wo wie häufig sind. Auch die Fortbildung kann sehr stark von solchen Daten profitieren.

Das kostet selbstverständlich Geld. Auch wir arbeiten nicht umsonst. Warum sollten es diejenigen tun, die von uns beauftragt werden?

Um vielleicht noch ein paar Skeptiker zu überzeugen, lese ich aus einem Brief der Bundesministerin der Justiz, Frau Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, an den sehr geehrten Herrn Rösler vor:

> *… ist mir deutlich geworden, dass unser gemeinsames Anliegen zu einer qualitätsorientierten Verbesserung der Gesundheitsversorgung auch durch eine breitere Verwendung der sogenannten Routinedaten gefördert werden kann. Wie Sie wissen, werden diese Daten vor allem in der ambulanten und der stationären Versorgung erhoben, derzeit aber von den gesetzlichen Krankenkassen in erster Linie zu Wettbewerbszwecken verwendet. Bei einer qualitätsorientierten Leistungssteuerung, etwa durch eine gezielte Versorgungsforschung, stehen sie nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung. Bitte prüfen Sie auch, inwieweit die Ärztekammern in diese breitere Verwendung der Routinedaten einbezogen werden können.*

Ich fordere gleich lange Spieße für die Ärzteschaft. Ich möchte nicht keinen Zugang zu den Daten haben, die auch die Krankenkassen haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Jonitz. – Als nächster Redner Herr Botzlar aus Bayern.

Dr. Botzlar, Bayern: Frau Vizepräsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich muss zugeben: Ich tue mich mit diesem Thema wirklich schwer; nicht, dass es nicht wertvoll und wichtig wäre. Allein das, was wir mit unterstützt haben, hat bereits jetzt gesichert ungefähr 1 000 Seiten und wird, wenn es so weitergeführt wird wie geplant, gefühlt und auch bewiesen 2 000 Seiten beschriebenen Papiers hervorbringen. Wenn wir mit anderen nicht in einem Boot sitzen dürfen, dann doch wohl vor allem deshalb, weil andere die Datenlage für sich instrumentalisieren wollen. Wenn die

Bundesregierung dafür 54 Milliarden Euro ausgibt, dann sicherlich nicht in erster Linie, um wissenschaftliche Kompetenz zu beweisen, sondern um sich zu munitionieren.

Dieses Feld ist zwar wertvoll, es ist auch gut, wenn wir mit dabei sind; aber der Erfolg wird nicht allein daran erkennbar, dass sich beispielsweise in Phase I 175 Interessenten für den bereitgestellten Mitteltopf gemeldet haben, nach dem Motto: Wer möchte denn gerne mit unseren Mitteln das, was er eh schon gemacht hat, in der Öffentlichkeit positiv darstellen?

Wir wollten gern Trüffel auf dem Teller haben. Jetzt haben wir einen großen Wald, in dem die Trüffel irgendwo sein müssen. Bevor wir noch weiteren Wald kaufen, wäre irgendwann die Stunde des Trüffelschweins gekommen, das diese Trüffel aufspürt.

Die Schlussfolgerung, die wir in dem Referat von Herrn Professor Mansky in Klammern gesehen haben, muss aus den Klammern herausgearbeitet werden. Wir brauchen für uns und unsere Arbeit noch wesentlich griffiger, als es bisher gelungen ist, Aussagen, die sich aus der bisher geleisteten Arbeit ableiten lassen.

Deshalb mein dringender Appell, dass der Punkt 2, dass die Forschungsfragen besonders im Hinblick auf ärztlich relevante Versorgungsaspekte schärfer konturiert und konzipiert werden müssen, wesentliche Beachtung findet. Darum würde ich zumindest bitten wollen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Botzlar. – Als nächster Redner bitte Herr Professor Niebling aus Baden-Württemberg.

Prof. Dr. Niebling, Baden-Württemberg: Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe eben von Herrn Botzlar „Milliarden“ gehört. Ich weiß nicht, ob Sie das auch gehört haben. Das wäre schön, dann könnten wir hier die Diskussion beenden und sagen: Wir haben jetzt genügend Ressourcen.

So wie möglicherweise die Initialzündung für die Bereitstellung der Millionen des BMBF für die Versorgungsforschung der Beschluss des Deutschen Ärztetages 2005 war, wäre es ein fatales Signal, wenn dieses Kontinuum an Förderung jetzt einfach ausgesetzt würde. Es sind viele Argumente genannt worden. Ich möchte daran erinnern, dass gerade kleinere Abteilungen und Einrichtungen für Allgemeinmedizin in ganz besonderer Weise von dieser Förderung profitieren, indem sie nämlich an ihren Universitäten wahrgenommen werden. Auch bisher grundlagenorientierte Universitäten haben plötzlich ihr Interesse an der Versorgungsforschung entdeckt.

Wir haben in Freiburg in dem kleinen Lehrbereich Allgemeinmedizin 16 Doktoranden, die mit diesem Thema beschäftigt sind. Das alles sind Effekte, die aus dieser Initiative erwachsen sind. Ich bitte Sie, das sehr zu bedenken, wenn Sie sich nachher entscheiden, die Versorgungsforschung fortzusetzen oder auszusetzen.

Das, was Herr Mansky zu den Daten gesagt hat, war sehr interessant. Wir müssen in viel größerem Ausmaß versuchen, diese Daten für uns zu nutzen, um eine solide Datenbasis für unser ärztliches Tun zu schaffen. Es ist leider oft ein Hindernislauf: hin zum Sozialministerium, hin zu vielen einzelnen Kassen. Wenn es hier ein vereinfachtes Verfahren gäbe und wenn wir Einfluss hätten, so etwas zu erbringen, wäre viel gewonnen.

Ich möchte den Beschlussantrag des Vorstands der Bundesärztekammer unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Auch Ihnen vielen Dank, Herr Professor Niebling. – Jetzt kommt Herr Oberschelp aus Westfalen-Lippe.

Dr. Oberschelp, Westfalen-Lippe: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin Mitglied in der Gemeinsamen Leitlinienkommission des Berufsverbands BVOU – das sind die Orthopäden und die Unfallchirurgen – und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der DGOC. Deshalb habe ich täglich mit Leitlinien zu tun. Ich höre sehr häufig die Stimmen meiner Kolleginnen und Kollegen. Sehr kritische Kolleginnen und Kollegen behaupten: Leitlinien sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung schon wieder veraltet, weil sie den Wissensstand von vor mehreren Jahren darstellen und sich nicht zeitnah am wissenschaftlichen Fortschritt orientieren. Die nachfolgenden Updates sind schleppend und kostenintensiv.

Viele Kolleginnen und Kollegen meinen: Leitlinien sind nur etwas für Ärztinnen und Ärzte, die sich wissenschaftlich mit bestimmten Themen auseinandersetzen wollen.

Ich habe einmal vor zwei Jahren in meiner näheren Umgebung anlässlich eines Referats, das ich in Berlin auf dem Deutschen Orthopädenkongress über Leitlinien halten sollte, eine Schnellumfrage bei Ärzten in meiner Region durchgeführt. Das Ergebnis war erschreckend. 80 Prozent hatten noch nie eine Internetrecherche gemacht, 70 Prozent hatten keine Leitlinienbücher ihres eigenen Fachs und weitere 70 Prozent hatten noch nie in eine Leitlinie geschaut.

Die Schlussfolgerung der Ärzte war: Leitlinien sind etwas für klinische Anfänger; Leitlinien dienen uns nur als Hilfe bei außergewöhnlichen Fragestellungen; Leitlinien bringen uns in der Diagnostik nicht weiter, weil sie sich an Standards von gestern orientieren; Leitlinien bringen uns nicht mehr Honorar; die Umsetzung der Leitlinien kostet sehr viel Geld; sie sind oft unübersichtlich und richten sich an Standards aus, die in der vertragsärztlichen Praxis häufig nicht erfüllt werden können.

Ganz schwer ist es, zu erkennen: Welche Leitlinie ist die richtige für mein Fachgebiet? Ich darf daran erinnern, dass es allein für die Osteoporose mindestens sechs Fachgesellschaften, Berufsverbände oder Interessengemeinschaften gibt, die Leitlinienempfehlungen abgegeben haben. Das bedeutet für uns aber, dass wir die Leitli-

nien attraktiver machen müssen. Wir müssen sie vor allen Dingen besser an unsere Kolleginnen und Kollegen verkaufen.

In Deutschland – ich erinnere an das, was gerade gesagt wurde – kostet die Erstellung einer Leitlinie mindestens 200 000 Dollar. Für andere Länder wird teilweise bis zu 900 000 Dollar geschätzt. Fachgesellschaften lehnen das Sponsoring von Leitlinien durch die Industrie ab – das finde ich auch sehr richtig – wegen der Gefahr der Abhängigkeit.

Von staatlicher Seite – das verstehe ich nun überhaupt nicht – wird nichts bzw. gar nichts zu erwarten sein. Die Politik will die Leitlinien, sie will sie aber nicht bezahlen. Wir als Ärzte können die politischen Vorgaben finanziell nicht schultern. Das muss sich ändern, denn wer die Musik bestellt, soll sie schließlich auch bezahlen.

Deshalb bitte ich Sie um Unterstützung meines Antrags zur Finanzierung der Leitlinien.

Herzlichen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Oberschelp. – Der nächste Redner ist Herr Josten aus Nordrhein.

Dr. Josten, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren Kollegen! Ich gratuliere zu den hervorragenden Referaten und zur bisherigen Diskussion. Auch wenn heute nicht mein Geburtstag ist, habe ich doch die Freude und den Wunsch, eine Fragestellung aufzuwerfen. Sie betrifft die orale Kontrazeption. Die Datenlage zu dieser Präparategruppe ist ausgesprochen dürftig. Wir müssen uns in vielen Dingen auf die Daten beziehen, die der GKV vorliegen, wohlgemerkt: Routinedaten für junge Frauen zwischen 12 und 20 Jahren. Ein Viertel der Frauen nimmt diese Präparategruppe in unterschiedlicher gesundheitlicher Verfassung ein, etwa zwischen 12 und 52 Jahren.

Die Verordnung in den USA begann 1959 unter verdeckter Indikationsstellung. Hier wurden diese Präparate 1961 vorgestellt. Aber sehr viele Daten, die frei von pharmazeutischer Krängung sind, haben wir nicht zur Hand.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Josten. – Als nächster Redner folgt Herr Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Hohes Haus! Ich stehe absolut hinter der Versorgungsforschung, gar keine Frage. Aber ich möchte ein paar Befindlichkeiten kundtun mit der Bitte an den Vorstand, das mitzunehmen.

Die Mehrzahl der Kollegen, die nicht die Möglichkeit und die Zeit und den Nerv haben, sich intensiv damit zu befassen, sind etwas verunsichert, was die Leitlinien angeht. Sie erhalten Informationen beispielsweise vom „arzneitelegramm“ und anderen

vielleicht auch durchaus seriösen Blättern, in denen steht, dass 70 Prozent der Leitlinien weltweit industriegesteuert sind. Sie hören, dass in Gremien, in denen beispielsweise die Normwerte für Blutfettwerte festgelegt werden, die Industrie mit drinsteckt, die solche Medikamente verkauft.

Wenn das jemand hört, ist er erst einmal verunsichert. Ich bin auch verunsichert, wenn ich zu einem Krankheitsbild von verschiedenen Gruppen vier oder fünf Leitlinien erhalte. Dann ist der Sinn einer Leitlinie für mich erst einmal infrage gestellt. Man hat viel zu häufig das Gefühl, dass Leitlinien auch zur Abgrenzung, zum Protektionismus von Fachgruppen oder von Ordinarien einzelner Universitäten dienen. So kommt es zumindest an.

(Beifall)

Damit spreche ich überhaupt nicht gegen die Versorgungsforschung. Ich sage Ihnen nur: Wenn die Akzeptanz größer werden soll, müssen die Dinge aufgenommen werden. Ich bitte darum, auch einmal zu der Frage Stellung zu nehmen, ob das Wort „Leitlinie“ wirklich jede Gruppe benutzen kann, die einen Behandlungspfad propagiert, ob dieser Begriff nicht für das definiert sein muss, was beispielsweise die Bundesärztekammer macht, damit man den Wildwuchs ein wenig beschneidet.

Ich finde mich als Hausarzt in den Studien, die ich heute hier gesehen habe, zu wenig widergespiegelt. Damit kann ich nicht allzu viel anfangen. Die wichtigste Frage, die ich in diesem Zusammenhang habe, lautet – das muss hier auch besprochen werden –: Was mache ich mit einem multimorbiden Patienten, zu dem zehn Leitlinien auf mich niedergehen und ich zum Schluss 84 Tabletten verordnen muss? Hier brauchen wir eine gewisse Hilfestellung: Wie gehen wir damit um, Leitlinien auch einmal entsprechend zu ignorieren?

Präventionsprogramme sollten unbedingt hinterfragt werden. Ich bitte Sie in diesem Zusammenhang, meinen Antrag zu unterstützen. Ich verweise auf Professor Gigerenzer vom Max-Planck-Institut, der uns in den Kammern vorrechnet, dass das, was wir als Prävention machen, am Ende der Population mehr schadet als nützt.

Ich bitte Sie ferner, den diesbezüglichen Antrag zu unterstützen: Die Krankenkassen haben alle Daten. Ich weiß nicht, warum wir Ärzte einseitig Geld in die Hand nehmen müssen, da doch die Krankenkassen das Geld haben, das sie uns zur Verfügung stellen könnten. Damit könnten wir Geld sparen. Wir sollten die Krankenkassen verpflichten, die Daten, die sie haben, uns allen zur Verfügung zu stellen.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Lipp. – Jetzt kommt Herr Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Wertes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen eine Erfolgsgeschichte in der Versorgungsforschung vorstellen, die vor drei Jahren begann, als wir einen Antrag verabschiedeten, in dem wir ganz konkrete Vorgaben für eine Expertise niedergelegt haben. Die Expertise ist inzwischen gelaufen. Sie sollte die drei Punkte, die Sie auf der Leinwand projiziert sehen, berücksichtigen. Das wurde sehr erfolgreich gemacht. Die Expertise hat auch einige Konsequenzen

nach sich gezogen. Hier wurde ja auch gesagt, beispielsweise von Herrn Calles: viel Geld, aber es kam wenig dabei heraus.

Wir haben mit großer Mehrheit 2007 diese Expertise in Auftrag gegeben. Es war eine klare Entscheidung. Daraufhin lief die Forschung an. Wir haben 2008 eine Studie publiziert und in Mainz vorgestellt, die ganz klar belegen konnte: publizierte Arzneimittelstudien, die von pharmazeutischen Unternehmen finanziert werden oder bei denen ein Autor einen finanziellen Interessenskonflikt hat, haben häufig ein für das pharmazeutische Unternehmen günstiges Ergebnis gegenüber aus anderen Quellen finanzierten Studien.

Nun kann man sagen: Das war eh schon klar. Aber das ist zu wenig; wir müssen das belegen können. Das können wir jetzt. Jetzt beginnen die Konsequenzen. Die erste Konsequenz war, dass schon in den beiden letzten Ausgaben des Ärzteblatts genau diese Studien noch einmal ausführlich publiziert wurden und auch von den Medien wahrgenommen wurden. Entsprechende Kommentare gab es im Fernsehen, es gab Interviews. Das ist ein ganz großer Fortschritt.

Jetzt müssen wir als Ärzte weitermachen. Wir dürfen nicht bei der entsprechenden Analyse stehen bleiben. Wir sind immer ganz gut in der Diagnostik, aber wenn es um die politische Umsetzung geht, dann werden wir immer ein bisschen schwach. Die Frage lautet: Sind wir jetzt schon so weit, dass wir entsprechend meinem Antrag fordern können, dass das Geld in eine unabhängige Forschung geht, bei der die DFG dabei ist oder das Ministerium für Bildung und Forschung? Oder können wir nachhakend sagen, dass wir eine erneute Expertise brauchen, wie wir das jetzt Erkannte umsetzen können? Welche Möglichkeiten der neuen Finanzierung gibt es? Dann kommen wir hin zu der Aussage: Es geht in Richtung Priorisierung, in Richtung der Entwicklung der Ressourcen. Da ist ganz viel Geld drin, dass wir statt der Medikamente, die nicht wirksam sind, dieses Geld in eine andere effektive medizinische Therapie stecken.

Wir müssen dranbleiben und diese Versorgungsforschung weiterhin durchführen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich danke Ihnen. Auch wenn ich mich hier entsprechender Bemerkungen enthalten sollte, möchte ich sagen, dass ich es sehr wichtig finde, dass Sie noch einmal auf dieses ganz entscheidende Produkt unserer Versorgungsforschung hingewiesen haben. Vielen Dank.

Meine Damen und Herren, es ist 18 Uhr. Ich frage Sie: Möchten Sie die Zeit, die wir draußen im Freien verbringen durften, an unsere geplante Sitzungszeit anhängen, sodass wir bis 18.15 Uhr tagen? Oder möchten Sie jetzt Schluss machen? Wir haben geklärt, dass die drei Referenten morgen früh noch eine gewisse Zeit länger bleiben können, sodass wir mit ihnen morgen Vormittag eine Abschlussdebatte führen könnten.

Wer ist dafür, jetzt noch eine Viertelstunde länger zu machen? – Einige. Wer möchte jetzt Schluss machen? – Das ist die Mehrheit. Dann haben wir das demokratisch abgestimmt.

Morgen um 9 Uhr geht es weiter. Ich danke Ihnen für die konstruktive Diskussion. Ich freue mich auf morgen und wünsche Ihnen einen schönen Abend.

**3. Tag: Donnerstag, 13. Mai 2010**
**Vormittagssitzung**

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Einen schönen guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich hoffe, Sie hatten alle einen wunderbaren Abend. Ich hatte die Freude und die Ehre, mit den ausländischen Gästen zusammen sein zu dürfen. Das war sehr schön. Dafür noch einmal herzlichen Dank.

Ich hoffe, dass Sie gut gestimmt in den heutigen Tag eintreten. Wir fahren fort mit dem Tagesordnungspunkt „Versorgungsforschung“. Bevor wir in der Diskussion fortfahren, haben zwei Gäste darum gebeten, das Wort an uns richten zu dürfen. Zunächst spricht zu uns Frau Dr. Luzhiana Abazaj. Sie ist die Tochter des Präsidenten der albanischen Ärztekammer und möchte für die albanische Ärzteschaft zu uns sprechen. Sie spricht in englischer Sprache zu uns. Wir haben nicht extra einen Dolmetscher besorgt; ich nehme an, dass Sie alle in der Lage sind, Englisch zu verstehen.

Frau Abazaj, ich darf Ihnen das Wort erteilen. Ich danke Ihnen, dass Sie zu uns gekommen sind.

Dr. Abazaj: I take the opportunity to say thank you for everything that the German Medical Association has done for the Albanian Medical Order. As you know the Albanians have done great steps to come into the European Community. So this year the Albanian Government and the European Community have to say to the Albanian people: welcome in Europe! These are important steps for Albania.

In the name of my father, the president of the Albanian Medical Order, I want to thank Professor Dr. Hoppe, who is a great supporter for the Albanian Medical Order, and Dr. Kloiber and Dr. Parsa-Parsi, who are supporting the development of the medical order so much. They help us and our patients, they help us in the progress steps for Albania and Europe.

Thank you for everything.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Thank you, Miss Abazaj. Ich war mit einer Delegation der Bundesärztekammer in Albanien. Es war eine Freude, dort zu sein und zu sehen, wie sich dort die Ärzteschaft selbst eine Verwaltung schafft. Noch einmal vielen Dank für Ihr Grußwort.

Ich darf jetzt das Wort an Herrn Professor Dr. Winn geben, den Bundesvorsitzenden des Hartmannbunds. Er möchte zu uns sprechen.

Prof. Dr. Winn, geladener Gast: Frau Vizepräsidentin! Herr Präsident Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben eine Bundesregierung, die uns durchweg wohlgesonnen ist. Das ist seit langer Zeit einmalig. Wir haben einen Bundesgesundheitsminister, der uns geradezu freundschaftlich die Hand zu einem gemeinsamen Dialog ausgestreckt hat. Wir haben ihn vorgestern bei der Eröffnung des Deutschen Ärztetages mit großem Applaus begrüßt und auch verabschiedet.

Deshalb frage ich, ob es wirklich klug ist, die ehrgeizigen Ziele, die er hat, nämlich eine Prämienfinanzierung und eine Kostenerstattung einzuführen, damit zu bescheiden, dass man den Antrag zur Einführung der Kostenerstattung ablehnt. Es ist deshalb zu überlegen, ob man die ausgestreckte Hand, die er uns gereicht hat, ergreift oder ihm stattdessen eine schallende Ohrfeige gibt.

(Zuruf)

Das würde durchaus das Klima zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und der Ärzteschaft belasten, was absolut unnötig ist.

Die Kostenerstattung, meine sehr verehrten Damen und Herren, tangiert den stationären Bereich überhaupt nicht. Auch die Verträge nach § 73 b tangiert sie überhaupt nicht. Von daher gesehen würde ich Sie wirklich bitten, darüber nachzudenken, ob es möglich ist, eine zweite Lesung herbeizuführen und diesen Antrag vielleicht anders zu bescheiden.

(Beifall – Widerspruch)

Diejenigen, die absolut dagegen sind, könnten sich ja vielleicht auch der Stimme enthalten. Diese Möglichkeit besteht.

Danke schön.

(Zurufe)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Winn. Wir nehmen das als persönliche Erklärung. Wir haben gestern abgestimmt. Es ist nicht möglich, jetzt in eine zweite Lesung einzutreten, wenn ein Gast das beantragt. Der Stimmung im Saal entnehme ich, dass die Mehrheit meint, wir sollten dabei bleiben. Sehe ich das richtig?

(Beifall – Vereinzelt Widerspruch)

Vielen Dank, Herr Winn. Wir werden die Worte überdenken.

Wir fahren nunmehr in der Tagesordnung fort. Ich freue mich, dass die Referenten des gestrigen Tages auch heute hier sein können. Herr Professor Scriba, Herr Professor Selbmann und Professor Mansky sind anwesend.

Der erste Redner in der Diskussion ist Herr Grundmann aus Bremen.

Dr. Grundmann, Bremen: Frau Vizepräsidentin! Verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Als seit Jahren niedergelassener hausärztlicher Internist stelle ich auch mir immer wieder die Frage: Welche Leitlinien lassen sich in meinen ärztlichen Alltag integrieren? Professor Selbmann hat gestern ausgeführt, dass allein der Internist 17 Arbeiten pro Tag lesen muss, um auf dem neuesten Stand der Leitlinien zu sein.

Zu diesem Thema haben gestern bereits die Kollegen Oberschelp und Lipp gesprochen. Wir haben erfahren, dass es für manche Erkrankungen bis zu zehn verschiedene Leitlinien gibt und dass sie unter anderem bei ihrem Erscheinen bereits überholt sind. Die Bundesärztekammer, Herr Professor Hoppe, hat uns gestern das Heft „‚Visitenkarten' und ‚Publikationshinweise zu den Förderprojekten'" verteilt. Als Beispiel für meine Fragestellung wird dort unter den Typ-I-Projekten in der ersten Förderphase (2006/2007 bis 2008/2009) folgendes Projekt genannt: „Messbarkeit der ‚de facto'-Compliance kardiovaskulärer Leitlinien und ihrer Determinanten". Diese Arbeit stammt von Herrn Professor Höpp und Frau Dr. Schubert aus Köln. Hier ist der „Hintergrund" interessant: mangelnde Leitlinienkenntnis, inadäquate Leitlinienumsetzung, der geringe Effekt konventioneller Implementierungsstrategien und das Fehlen evaluierter Messinstrumente zur Compliance-Analyse.

Solche Projekte sollte man meines Erachtens im Rahmen der Versorgungsforschung weiterführen. Da ist meines Erachtens die Bundesärztekammer auf dem richtigen Weg.

Meine Bitte an die Experten ist jedoch, uns Vorschläge zu machen, wie und welche Leitlinien wir eigentlich als niedergelassene Ärzte auch im täglichen Alltag umsetzen sollen.

Meine Damen und Herren, abschließend noch eine wichtige Bemerkung, die bisher noch gar nicht erwähnt wurde, die aber uns Niedergelassenen doch auf den Nägeln brennt. Als niedergelassener Arzt haben Sie ja häufiger Probleme mit der Medikamentenüberschreitung, also Regressen für Ihre Praxis. Kommt der Kollege vor den Beschwerdeausschuss der KV und verweist auf leitliniengerechte Behandlung, so bekommt er das Gegenargument: Leitlinien sind lediglich Empfehlungen und keine Verpflichtungen. Im niedergelassenen Bereich können Sie manche Erkrankung unter Budgetgesichtspunkten manchmal gar nicht leitliniengerecht therapieren. Hier besteht meines Erachtens auch im Zusammenhang mit der KBV für die Ärztekammer dringend Handlungsbedarf.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Grundmann. – Jetzt folgt Frau Professor Vittoria Braun aus Berlin.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Liebe Vizepräsidentin! Sehr verehrter Herr Hoppe! Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Versorgungsforschung ist nicht elitär und abgehoben. Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin bedeutet, dass immer Ärzte und Patienten einbezogen sind. Diese mitwirkenden Akteure haben einen Be-

nefit von der Forschungsarbeit durch wachsende Kenntnisse und Erfahrungen, wenn sie sich mit einem Krankheitsbild ganz besonders auseinandersetzen. Vorteile haben auch ihre Patienten.

Ein Beispiel: Wir haben in Berlin im Rahmen der geförderten Versorgungsforschung bei elf Niedergelassenen und zehn Allgemeinmedizinern aus einem MVZ evaluiert, wie sie 241 herzinsuffiziente Patienten behandeln, und herausgefunden, dass gewisse Defizite bestehen, die aber nicht so groß sind wie bei europäischen Kollegen.

In einer zweiten Forschungsphase haben wir mit leitliniengemäßen Erinnerungssystemen per PC Empfehlungen zur NYHA-Stadien-gerechten Therapie gegeben, was zu einer signifikanten Optimierung der Behandlung führte. Wir erreichten damit gerade das, was Herr Scriba anfangs in Aussicht stellte, nämlich dass die Versorgungsforschung hilft, die Versorgung der Patienten und die Arztzufriedenheit der beteiligten Ärzte zu verbessern. Und das macht Sinn.

Ein kurzes Wort noch, liebe Kolleginnen und Kollegen, zu den von Herrn Oberschelp und anderen kritisierten Leitlinien. Von ihm befragte Kollegen meinten unter anderem, die Leitlinien bestünden nur für Anfänger. Ich bin seit 1979 Allgemeinärztin und betreue seitdem einen großen Patientenstamm. Zusammen mit meinen Mitarbeitern des Allgemeinmedizinischen Instituts der Charité haben wir die Leitlinie „Akuter und chronischer Husten“ verfasst. Seitdem weiß ich alter Hase viel besser mit Diagnostik und Therapie des Hustens umzugehen. Ich beherrsche viel besser als in den 25 Jahren davor, welche Diagnostik und Therapie bei welchem Krankheitsbild sinnvoll ist.

Übrigens, meine Damen und Herren: Leitlinien funktionieren. Wenn ich meine eigene Mutter nicht nach der Leitlinie „Herzinsuffizienz“ behandelt hätte, wie es ein Kardiologe aus einem bekannten Berliner Klinikum nicht richtig gemacht hat, würde sie nach fünf Jahren nicht mehr leben. Sie hatte einen schweren Herzinfarkt und war klinisch tot. Sie bekam nur einen ACE-Hemmer. Ich habe sie ordentlich aufgeklärt und sie lebt immer noch.

Zum effizienten Arbeiten benötigen wir gewisse Algorithmen in unserer vollen Sprechstunde. Diese Algorithmen dürfen aber nicht beliebig sein. Sie sollten sich nach neuen Erkenntnissen der Wissenschaft richten. Ich denke, das sind wir unseren Patienten schuldig. Mir persönlich macht es die Arbeit einfacher und effizienter. Ich bin der festen Überzeugung, dass viele von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, das ähnlich sehen.

Ich bitte Sie daher, den Antrag der Bundesärztekammer zu befürworten.

Haben Sie vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, auch für die Unterstützung. – Es folgt jetzt Herr Funken.

Dr. Funken, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich hatte ich gedacht, dass das Thema der Versorgungsforschung in der Ärzteschaft schon so breit aufgegriffen worden ist, dass es ein Selbstgänger auf diesem Deutschen Ärztetag würde. Die Anträge 03 und 05 zeigen aber, dass wir doch noch ein bisschen daran arbeiten und in Bezug auf das aufklären müssen, was Versorgungsforschung leisten soll und leisten wird.

Die Versorgungsforschung leistet bereits jetzt, dass die gesetzlichen Krankenkassen Daten haben, die ihnen strategische Optionen geben, uns als Ärzteschaft wie kleine Hündchen auf Wege zu führen, die sie wollen, wobei dabei nicht die Versorgung der Patienten im Vordergrund steht, sondern, wie Sie natürlich alle wissen, die Versorgung der Krankenkassen mit Geldströmen im Rahmen einer sich liberalisierenden Marktwirtschaft.

Meine Damen und Herren, ich denke, es kann nicht Aufgabe der Ärzteschaft sein, sich einem solchen Feld nicht zu widmen. Deswegen möchte ich an die Verfasser der Anträge 03 und 05 appellieren, ihre Anträge zurückzuziehen. Ich glaube, hier gibt es einige Begriffsschwierigkeiten.

Ich möchte mich bei den Experten ausdrücklich für die guten Referate bedanken, in denen noch einmal klar gemacht wurde, dass die Leitlinienentwicklung ein erster Schritt bei der Versorgungsforschung ist, aber nicht der letzte Schritt sein kann. Wir müssen viel, viel weiter denken.

Ich möchte Ihnen folgendes Beispiel aus der Onkologie nennen. Wie Sie vielleicht wissen, habe ich eine Zeit meines Lebens damit zugebracht, Versorgungsforschung Onkologie zu betreiben. Vor ungefähr zehn Jahren wurde das Projekt eingestampft, nachdem Daten bekannt wurden, dass die regionalen Leitlinien nach der S2k-Leitlinie, also dem regionalen Expertenkonsens auf der Grundlage des vorhandenen Wissens, von den agierenden Persönlichkeiten der Ärzteschaft in ihren eigenen Kliniken und Praxen nur zu 50 Prozent umgesetzt wurden. Die Daten durften nicht veröffentlicht werden, weil man erst eine Fehleranalyse haben wollte. Die Fehleranalyse läuft immer noch.

Meine Damen und Herren, so sieht der Umgang mit der Versorgung in Deutschland aus. Gestern wurde der Begriff „gefühlte Versorgung“ genutzt. Auf diesem Niveau werde ich mich nicht mehr in die Diskussion einmischen. Ich will harte, klare Fakten haben. Bei der „gefühlten Versorgung“ geht es ja nicht um 5 Euro, sondern hier geht es um Millionen und Milliarden, die einer Fehlallokation unterliegen. Sie fehlen in der Versorgung.

Ich glaube auch nicht, dass wir langfristig darum herumkommen, das Thema so zu instrumentalisieren, dass wir damit klare Forderungen an die Politik stellen. Ich möchte zwei Beispiele anführen, die einen Großteil von Ihnen berühren. Zum einen geht es um das Thema Schlaganfall. Die Mittelallozierung im Bereich der Schlaganfallnachsorge ist so diffus, dass wir nicht wissen, wie viel Geld wir verlieren und wie viele Patienten davon tatsächlich profitieren können. Das ist ein Problem für die Versorgungsforschung.

Ein weiteres Beispiel – Ihnen bestens bekannt – ist die Katheterisierung von Herzpatienten: drug eluting stents gegen bare metal stents. Jetzt gibt es einen neuen drug eluting stent, der eingesetzt wird. Die Langzeitergebnisse sind allen nicht bekannt.

Wir fordern aber alle kräftig, die neue Technologie einzusetzen, ohne uns über die lang wirksamen Ergebnisse überhaupt bewusst zu sein.

Meine Damen und Herren, hier sind Aufgaben zu lösen. Ich begrüße ausdrücklich den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer und bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen, ergänzt durch die Anträge 02 und 04, die eine Bereicherung des Gesamtantrags darstellen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Auch Ihnen danke. – Es folgt jetzt Herr Professor Schulze vom Vorstand der Bundesärztekammer.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Vizepräsidentin! Hohes Präsidium! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Sie sehen vor sich einen ausgesprochenen Protagonisten für Versorgungsforschung. Das ist nicht nur ein verbales Bekenntnis, sondern wir haben hier in Sachsen für 300 000 Diabetiker mit Leitlinien, mit Vertragsgestaltung, mit Implementierung eines Systems einer verbesserten Diabetesbetreuung hohe Anerkennung schon vor fünf Jahren, bevor diese Initiative gestartet wurde, erhalten. Das war damals Gründungsarbeit. Heute müssen wir feststellen: Wir haben eine ausgezeichnete Grundlagenforschung, wir haben in Deutschland eine ausgezeichnete klinische Forschung. Wir haben aber noch immer ein Aschenbrödeldasein der Versorgungsforschung. So darf es nicht bleiben. Wenn wir Versorgung gestalten wollen und nicht gestaltet werden wollen, müssen wir die letzte Meile in der Versorgung in Augenschein nehmen, kritisch durchleuchten, alternativ gestalten, und zwar in der Richtung, wie es für die Patienten und uns Ärzte sinnvoll ist.

Ich möchte ausdrücklich der Gruppe, die um Professor Scriba herum bei der Bundesärztekammer diese Dinge so sorgfältig bearbeitet hat, gratulieren. Es gibt in der Bundesrepublik nichts Besseres als diese bahnbrechende Arbeit, die wir gestern vorgestellt bekommen haben.

Meine Damen und Herren, es ist auch Transparenz vorhanden. Wir haben jährlich die Ergebnisse dieser Förderinitiative mitgeteilt bekommen. Wir haben ärztlich relevante Themen wissenschaftlich aufbereitet erhalten. Wir haben die „Visitenkarten“ gesehen und haben drei exzellente Übersichtsreferate gehört. Sie konnten sich in Verfolg des gestrigen Tages detailliert informieren.

Es ist uns gelungen, von dieser Initiative aus eine Initiierung der Folgeförderung durch DFG und BMBF anzustoßen. 54 Millionen Euro hat Frau Schavan dieses Jahr für die Versorgungsforschung ausgelobt. Das ist sehr gut. Wir können es uns ein Stück weit auf die Fahne schreiben, dass uns dies gelungen ist. Die Versorgungsforschung auszusetzen, hieße, laufende Projekte und die konzeptionelle Weiterentwicklung zu stoppen. Das können wir uns, meine Damen und Herren, einfach nicht leisten. Da ist viel zu viel Vernünftiges geschehen und perspektivisch angedacht.

Schlussfolgerung: fortsetzen, nicht aussetzen, Förderinitiative konsolidieren und präzisieren. Deshalb bitte ich darum, den Leitantrag des Vorstands II-01 zu unterstützen und dem Antrag II-03 nicht Ihre Stimme zu geben.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herzlichen Dank, Herr Professor Schulze, auch noch einmal für die guten Worte für unsere Arbeitsgruppe. – Jetzt kommt Herr Windau aus Sachsen, der Mitglied in der SKV ist.

Dr. Windau, Sachsen: Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich ganz kurz fassen, weil Herr Professor Schulze schon vieles von dem ausgeführt hat, was ich sagen wollte. Ich bin damals in diese Arbeitsgruppe gewählt worden und war zunächst kritisch. Inzwischen bin ich aber sehr davon überzeugt, dass dort eine Arbeit geleistet wird, die eben nicht elitär ist.

Ich bin allerdings der Meinung, dass wir uns, was die Konzepte betrifft, etwas neu sortieren müssen. Die am meisten vorgetragene Kritik lautet: Ist das eigentlich unsere Aufgabe?

Ich denke, wir müssen unsere Aufgabe präzisieren. Natürlich kann es nicht unsere Aufgabe sein, die Wirkung neuer Medikamente usw. zu prüfen. Wir müssen genau sehen, was universitäre Aufgaben sind. Unsere Aufgabe war ja, wenn Sie so wollen, in einer Art Supervision zu schauen: Was bewirken bestimmte Dinge? Wie wirken Leitlinien in praxi? Ich glaube, es ist nicht so sehr unsere Aufgabe, Leitlinien zu entwickeln, sondern unsere Aufgabe besteht darin, zu schauen: Wie wird mit Leitlinien umgegangen? Ist das praxisrelevant? Ist das überhaupt durch Ärzte zu handeln? Macht das Sinn?

Wir haben in zunehmendem Maße den Physician Factor eingeführt, weil wir zu beurteilen versucht haben: Wie wirken die Dinge auf das ärztliche Alltagsleben? Wir können und sollen keine universitäre Forschung betreiben. Wir müssen aber mit Methoden der universitären Forschung prüfen, wie neue Versorgungsstrukturen angenommen werden, wie sie sich auf die Behandlung und das ärztliche Alltagsleben auswirken.

Ich denke, man kann einen Kritiker verstehen, der sagt: Ich möchte kein Geld für das bezahlen, was an jeder Universität sowieso zum Auftrag gehört. Wir sollten aber ein Konzept entwickeln, das genau das präzisiert, dass wir mit wissenschaftlichen Methoden das prüfen, was uns und unsere Patienten jeden Tag an Versorgungsrealität trifft. Dafür ist dieses Geld gut angelegt.

Ich bitte Sie, von großem emotionalem Interesse getragen, dass wir diese Arbeit weiterführen können. Es war gut investiertes Geld für die deutsche Ärzteschaft und für unsere Patienten. Es war ein gutes Nutzen-Aufwand-Verhältnis. Lassen Sie uns bitte ein modifiziertes Konzept entwickeln und auf der Basis dieses Konzepts später in Ruhe entscheiden, ob wir es durchführen und in welcher Form wir es finanzieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Windau. – Als Nächster spricht zu uns Herr Professor Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Guten Morgen, meine Damen und Herren! Ich glaube, es ist inzwischen ziemlich klar, dass Versorgungsforschung notwendig ist und dass wir sie bezahlen müssen. Deswegen möchte ich auf diesen Punkt gar nicht weiter eingehen. Ich möchte zu Beginn betonen: Ich unterstütze voll und ganz den Antrag des Vorstands.

Ich möchte aber zwei Punkte erwähnen, die mir noch kritisch erscheinen.

Der erste Punkt betrifft die Durchsetzung von Leitlinien. Wir haben sehr, sehr viele Leitlinien. Nur: Wie bringen wir sie an den Mann? Ein Beispiel aus meinem Fachgebiet: Wir haben eine S3-Leitlinie, die sich auf die postoperative intensivmedizinische Versorgung von kardiochirurgischen Patienten bezieht. Das ist eine sehr gute Leitlinie. Aber nachdem wir sie beschlossen hatten, war die Luft raus und keiner hat sich Gedanken darüber gemacht: Wie setzen wir das überhaupt um? Wie kommen wir an die Leute heran? Wie können wir kontrollieren, dass die Qualität dieser Leitlinie in der täglichen Praxis umgesetzt wird?

Es gibt ein riesengroßes Problem – ich habe das bereits gestern erwähnt – mit der Transfusionsleitlinie. Sie ist eine der ältesten Leitlinien, die wir haben. Sie wird in der täglichen Praxis nur sehr, sehr mangelhaft umgesetzt. Das ist ein Riesenproblem. Wir müssen uns Gedanken darüber machen: Wie bringen wir die Leitlinien an den Mann? Es geht nicht so sehr um die Frage, ob wir noch viel mehr neue Leitlinien brauchen.

Der zweite Punkt, der mir sehr am Herzen liegt, lautet: Wie gut sind die Leitlinien? „Gut“ bezieht sich dabei nicht auf die Evaluierung der Recherchen, sondern auf die Frage: Welches Wissen steckt in diesen Leitlinien? Da müssen wir etwas vorsichtig sein. Es gibt eine große Leitlinie, die von der amerikanischen herzchirurgischen Fachgesellschaft zusammen mit der amerikanischen kardioanästhesistischen Gesellschaft entwickelt wurde. Da geht es um Bluttransfusionen, post- oder perioperativ in der Herzchirurgie. Es wurden 800 Arbeiten gescreent, fast 60 Methoden wurden untersucht. Von diesen 60 Methoden, die sich mit der Sinnhaftigkeit bestimmter Methoden beschäftigten, hatten ganze sieben Methoden eine 1a-Empfehlung, das heißt, man sollte diese Methoden anwenden. Die restlichen 53 Methoden, diese gefühlten Methoden – „Das habe ich schon immer gemacht, das könnte man so machen“ – hatten eine Klasse-2- bzw. eine Klasse-3-Empfehlung. Elf hatten eine Klasse-3-Empfehlung, was bedeutet: Das soll man gar nicht machen.

Selbst wenn wir unser ganzes Wissen zusammenfassen, sehen wir auf einmal, dass wir gar nicht so viel wissen, wie wir immer denken. Die Frage ist nicht – vielleicht kann Herr Selbmann in seinem Schlusswort darauf eingehen –, wie gut wir diese Leitlinien zusammenfassen, sondern wie gut die Medizin ist, die wir in diesen Leitlinien zusammenfassen. Ich glaube, da haben wir einen zu großen Optimismus, dass wir ein absolutes Wissen über das haben, was richtig und falsch ist.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Professor Dietrich. – Jetzt kommt meine Kollegin Buckisch-Urbanke aus Niedersachsen.

Dr. Buckisch-Urbanke MPH, Niedersachsen: Sehr geehrte Frau Goesmann! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Immer wieder fordern wir als Ärzteschaft auch auf diesem Ärztetag wieder die Teilhabe an der Gestaltung im Gesundheitswesen. Die Versorgungsforschung kann uns hier unglaublich wichtige Grundlagen mitgeben. Auch wenn dieser Forschungsbereich zurzeit noch relativ jung ist, so haben wir doch gehört, dass andere Akteure wie beispielsweise die Krankenkassen dort enorme Summen investieren. Das tun sie ja nicht, weil ihnen nichts mehr an Werbemaßnahmen, an Präventionsprogrammen, zum Teil mit sehr fantasievollen Namen, einfällt. Nein, sie tun es deswegen, weil dort die Steuerungsinstrumente für die zukünftigen Entscheidungen im Gesundheitswesen vorbereitet werden, auch wieder mit durchaus fantasievollen Namen. „Pay for performance“ sei in diesem Zusammenhang nur am Rande erwähnt.

Wenn wir uns als Ärzteschaft aus diesem Bereich zurückziehen, dürfen wir uns nicht wundern, wenn uns die Grundlagen für unsere Argumentationen fehlen.

Wir wollen vor allen Dingen zwei Dinge wissen: Wir wollen wissen, was von unseren gut gemeinten Ideen und therapeutischen Vorschlägen wirklich beim Patienten ankommt. Wir wollen ferner wissen, wie unser Gesundheitswesen gestaltet werden muss, damit die Patienten davon profitieren und wir gute Arbeit leisten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, genau das ist Versorgungsforschung. Ich appelliere dringend an Sie, dass wir dieses Feld nicht einfach so den anderen Akteuren überlassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ganz herzlichen Dank. – Als nächster Redner folgt Herr Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Frau Kollegin Goesmann! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nun möchte ich kein Schorletrinker sein, aber ich finde, wenn wir uns die Versorgungsforschung anschauen: Ja, es ist ein wichtiges und interessantes Instrument, aber dann erwarte ich auch, hier die Kosten-Nutzen-Analyse klarer für uns dargestellt zu bekommen.

(Vereinzelt Beifall)

Wenn Sie sich die „Visitenkarten“ anschauen, werden Sie feststellen, dass im ambulanten Bereich die Kolleginnen und Kollegen in einem Projekt bescheinigt bekommen, dass sie zu 60 Prozent insuffiziente Kenntnisse über die Leitlinien haben. Wenn aber in demselben Projekt festgestellt wurde, dass die Patientinnen und Patienten

trotzdem angeblich entsprechend gut versorgt worden waren, unabhängig davon, ob Kenntnisse von den Leitlinien vorlagen oder nicht, dann frage ich mich langsam, ob es nicht Leidlinien gewesen sind.

Von daher erwarte ich von der Bundesärztekammer eine klarere Darstellung: Wo und wozu wurden diese Projekte in der Argumentation verwendet? Wir sollten nicht nur hören: Dort bei der Diskussion, da bei der Diskussion war es hilfreich. Wir wollen wissen: Wofür wurden unsere Beiträge verwendet? Wozu werden in der Zukunft unsere Beiträge verwendet?

Es ist eine sehr schwierige Situation, jetzt sofort alles abzubrechen, wenn Sie die Versorgungsforschung zugesagt haben. Für die Zukunft würde ich aber erwarten, dass wir mehr Qualität fordern, einen strengeren Review bei den Projekten machen und wir ganz klar sehen können, wofür unsere Gelder eingesetzt wurden.

Sie wissen: Ich war ein großer Fan, dass diese Forschungsförderung durch die DFG und entsprechende Gremien zusätzlich erfolgen soll, sodass es nicht allein auf unseren Beitragsschultern lastet. Ich bitte die Bundesärztekammer, diese Projekte und das, was hier angestoßen wurde, wieder dahin zu bringen zu versuchen, dass man wenigstens eine Teilfinanzierung erhält, sodass wir eine finanzielle Entlastung erfahren und so dafür gesorgt wird, dass aus den Leitlinien keine Leidlinien werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Scholz. – Als nächste Rednerin bitte Frau Bartels aus Nordrhein.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrte Vizepräsidentin! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich war ausgesprochen erfreut, bei diesem Thema der Versorgungsforschung nicht nur Leitlinien, sondern auch eine sehr umfangreiche Arbeit über die Arbeitsbedingungen und das Befinden von Ärzten zu sehen. Ich finde, dass ein Schwerpunkt der Aufgabe der Bundesärztekammer darin liegt, das Patient-Arzt-Verhältnis und die Beziehung zwischen Arzt und Gesundheit zu betrachten. Als Nervenärztin und Psychotherapeutin seit 30 Jahren sehe ich in den letzten Jahren zunehmend Kollegen, die krank sind, die einen Burn-out haben, die suizidal sind, um die ich mir Sorgen mache. Ich denke, dort ist ein weites Feld, wo wir uns für die Arztgesundheit einsetzen müssen.

(Beifall)

Erlauben Sie mir bitte kurz noch einen zweiten und dritten Punkt. Als engagierte Sprecherin für ein Ärztenetz am Eifelnordrand habe ich bezüglich der Versorgungsstruktur auch dort einen Schwerpunkt erlebt. Als mein Mann und ich vor 23 Jahren dorthin gezogen sind, hat uns die KV für bekloppt erklärt. Die Kassen wollten uns kein Geld dafür geben. Wir haben in den letzten gut 20 Jahren ein intaktes Ärztenetz mit zwölf Fachärzten und neun Allgemeinmedizinern etabliert. In den letzten zwei Jahren bekomme ich keine Kollegen mehr, die Praxissitze übernehmen wollen. Das

heißt, wenn ich in neun oder zehn Jahren aufhöre, habe ich die Befürchtung, dass es dann wieder genauso aussieht wie vor 25 Jahren. Dann gibt es keine intakte ärztliche Versorgung mehr, sondern nur einen Hausarzt, der in fünfter Generation dort sitzt.

(Vereinzelt Beifall)

Mein dritter Punkt betrifft dieses unglückliche Wort von der Feminisierung in der Medizin. Ich hätte mir eine Versorgungsforschung gewünscht, die außer den uns bekannten offensichtlichen Faktoren, warum die Männer das Medizinstudium nicht mehr aufnehmen, untersucht, wie denn die Frauen unter günstigen Bedingungen weiterarbeiten können. Ich kann es bald nicht mehr hören, dass Frauen in MVZs als angestellte Ärztinnen arbeiten wollen.

(Beifall)

Ich kenne viele Frauen, die in den letzten Jahrzehnten in eigener Praxis gearbeitet haben. Dafür brauchen wir eine neue Struktur, damit die Frauen so arbeiten können, dass sie zufrieden sind.

(Beifall)

Es kommt mir so vor, als seien wir die Trümmerfrauen des Gesundheitssystems. Und dazu wollen wir uns nicht hergeben!

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Bartels. Das machen wir nicht; das stimmt. Danke für Ihre Anregungen, die wir aufnehmen.

Es folgt jetzt Herr Professor Haubitz aus Niedersachsen.

Prof. Dr. Haubitz, Niedersachsen: Frau Vizepräsidentin! Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich habe eine Detailfrage vielleicht für das Schlusswort von Herrn Selbmann. Wenn ich beispielsweise die Leitlinien für Diabetes, eine große Volkskrankheit, betrachte, muss ich den Kollegen, die das verfasst haben, hohe Sachkompetenz und Bemühen unterstellen. Ich versuche auch, mich danach zu richten. Wir müssen aber zur Kenntnis nehmen, dass die Multimorbidität der alten Menschen die Problematik und die Versorgungsrealität darstellt. Meine Frage lautet: Wann bekommen wir endlich Leitlinien, die diese Multimorbiditätsrealität widerspiegeln?

Wir alle wissen aus unserer Erfahrung: Wenn Sie beim alten Menschen eine gerontopsychiatrische Komorbidität haben, ist die Situation hinsichtlich des Diabetes auf einmal völlig anders. Das findet sich aber in den Leitlinien nicht wieder. Ich denke, wir müssen fordern, dass diese Absurditäten, die der Kollege Lipp gestern bereits adressiert hat und die auch im letzten Bericht des Sachverständigenrats erwähnt sind, aufhören, so beispielsweise, dass eine 75-jährige Frau mit einem leichten Diabetes, einer leichten Polyarthrose, einer leichten koronaren Herzkrankheit während des Tages, wenn man die fünf Leitlinien zusammennimmt, 17 Tabletten nehmen und

4 Stunden des Tages investieren muss, um die Leitlinienvorgaben zu erfüllen, von den Arzneimittelunverträglichkeiten einmal völlig abgesehen.

Wir brauchen Leitlinien, die endlich die Versorgungsrealität und die Komorbidität widerspiegeln und nicht nur das Wissen über eine Volkskrankheit auf 30 oder 40 Seiten kodifizieren.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Professor Haubitz. – Als nächster Redner Herr Jonitz vom Vorstand.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr verehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte hier eindringlich darum bitten, das Thema „Versorgungsforschung“ nicht mit dem Thema „Leitlinien“ gleichzusetzen.

(Beifall)

Leitlinien sind eine Form der konkreten Anwendung von Versorgungsforschung, und zwar nicht nur hinsichtlich der Erstellung von Leitlinien, sondern auch bezüglich der Nutzanwendung, gerade auch im Hinblick auf die Frage: Hilft es dem Arzt oder löst es Verwirrung aus? Hilft es dem Patienten? Ist er damit besser behandelt als vorher?

Wir ringen hier um ein möglichst sauberes Wissen. Das ist primäre schulmedizinische ärztliche Tugend. Es gibt – darauf sind wir stolz – medizinische Verfahren, bei denen sich seit 3 000 Jahren nichts getan hat. Die Schulmedizin lebt davon, dass sie permanent um ein noch besseres Wissen und um eine noch bessere Therapie ringt. Diese Diskussion bekommen wir ja auch mit.

Einige Vorredner haben gesagt, was Leitlinien überhaupt sollen, ob das nicht zu kompliziert sei. Vielleicht besteht aufseiten der Gremien – insbesondere auch meiner Person – ein Problem der mangelnden Vermittlung. Die deutsche Ärzteschaft hat seit vielen Jahren durch die Bundesärztekammer und die KBV das Programm „Nationale Versorgungsleitlinien“. Unter „www.versorgungsleitlinien.de“ finden Sie einige der weltweit besten, sinnvollsten und am besten anwendbaren Leitlinien überhaupt, beispielsweise zu den Themen Asthma, unipolare Depression, Typ-II-Diabetes, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit. Wir haben also hervorragende Produkte, die jeder Arzt in seiner individuellen Verantwortung gegenüber dem einzelnen Patienten im Rahmen seiner ärztlichen Kunst zum Maßanzug machen darf. Er muss sich keiner Leitlinie unterwerfen, aber er kann aus diesen Zutaten für den Patienten das Beste machen.

Deswegen erhören Sie bitte mein Flehen: Stimmen Sie den Vorstandsanträgen zum Thema Versorgungsforschung zu. Lassen Sie uns über das Thema Leitlinien gegebenenfalls auf einem höheren Sachstandsniveau bei einer anderen Gelegenheit diskutieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Jonitz. – Der nächste Redner ist Herr Kaplan vom Vorstand.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte im Zusammenhang mit unserer Diskussion nochmals auf das Ziel hinweisen, das wir vor fünf Jahren definiert haben, warum wir die Versorgungsforschung dringend benötigen: um der Politik nachzuweisen und aufzuzeigen, zu welchen Versorgungsdefiziten ihre Politik führt und welche Möglichkeiten bestehen, die Versorgungsdefizite zu beseitigen. Wir haben in unserem Papier unter den Eckpunkten darauf hingewiesen, dass wir eine neue Schwerpunktbildung und eine neue Strukturierung der Versorgungsforschung fordern.

Des Weiteren sehe ich die Chance, dass wir aufgrund des Koalitionsvertrags, in dem ja die Versorgungsforschung steht, und wegen der Tatsache, dass bereits jetzt 54 Millionen Euro ausgelobt sind, die Möglichkeit haben, gemeinsam mit dem Bundesforschungsministerium bei Fortschreibung unserer Versorgungsforschung gemeinsame Projekte durchzuführen.

Deswegen plädiere auch ich an Sie: Heben Sie den Stopp der Versorgungsforschung auf, geben Sie uns die Chance, hier am Ball zu bleiben – sicherlich zeitlich und auch bezüglich der Ausgaben begrenzt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Max Kaplan. – Als nächster Redner spricht zu uns Professor Griebenow aus Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, fünf Jahre nach dem Start der Förderinitiative kann man zunächst einmal positiv festhalten, dass die Arbeit auf ein breites Echo gestoßen ist. Es ist gelungen, sämtliche Themenfelder zu besetzen. Das Echo kam insbesondere aus dem Bereich der Universitäten. Ich glaube, allein das ist schon ein sehr großer Erfolg, wenn man bedenkt, dass auch heute noch Lehrstühle eher mit einem Molekularforscher als mit einem Kliniker besetzt werden. Ich glaube, es ist sehr positiv, dass in den Universitätskliniken dieses Interesse an der Versorgungsforschung besteht.

So viel zur positiven strategischen Bewertung. Bei der inhaltlichen Bewertung sind aus meiner Sicht zwei Fragen zu klären: Erstens. Ist in diesen Vorhaben etwas reproduziert worden, was bereits an anderer Stelle bearbeitet und möglicherweise auch bereits beantwortet worden ist? Zweitens. Haben diese Untersuchungen wirklich die letzte Wurzel, die letzten Gründe freigelegt, warum Dinge sind, wie sie sind? Um in der Sprache von Herrn Botzlar zu sprechen: Sind dort weitere Haselnüsse von den vielen auf dem Boden des Waldes gefunden worden oder ist man zu den Trüffeln in der Tiefe der Erde vorgedrungen?

Ich möchte ein Beispiel nennen. Im Rahmen einer Studie sind 240 Patienten mit Herzinsuffizienz untersucht worden. Das ist sicherlich zunächst einmal eine Haselnuss und bleibt eine Haselnuss, weil beispielsweise das Würzburger Herzinsuffizienzregister bereits drei- bis viermal mehr Patienten untersucht hat. Wir in Nordrhein überschauen aus dem Disease-Management-Programm „Koronare Herzkrankheit“ etwa 15 000 herzinsuffiziente Patienten.

In dieser Untersuchung ist weiterhin geprüft worden, ob ein Remindersystem die Verordnungshäufigkeiten positiv beeinflusst hat. Das war der Fall. Das addiert einen weiteren positiven Befund zum Einsatz von Remindersystemen in einer insgesamt schon bekannten heterogenen Datenlage zum Einsatz solcher Systeme zwecks Steigerung der Therapieeffektivität.

Wie muss man sich nun vorstellen, wie der Trüffel an dieser Stelle aussehen könnte? Ich glaube, es wird keinen Trüffel geben, wenn wir ihn uns nicht selber züchten. Das Interessante ist: Gleichgültig ob Sie die erwähnten 240 Patienten nehmen oder die 15 000 Patienten aus Nordrhein, es bleiben immer 20 bis 30 Prozent übrig, die nicht leitliniengerecht therapiert werden. Die Frage stellt sich: Warum ist das so? Liegt es am Arzt? Hat er es vergessen? Weiß er es nicht? Liegt es am System, weil die Therapie vielleicht zu teuer ist? Oder liegt es am Patienten?

Ich glaube, nach der Phase der unspezifischen Einladung muss jetzt die Phase kommen, in der wir die Projekte mit konkreten Fragen behaften. Anderenfalls werden sie sozusagen nicht genehmigt. Dazu wird die integrierte Betrachtung unter Einschluss des wirtschaftlichen Aspekts und des Patienten, insbesondere der Patienten-Compliance, gehören.

Schönen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Griebenow. – Als nächster Redner Herr Professor Schwantes aus Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Versorgungsforschung ist unbestreitbar wichtig, aber viele von Ihnen haben Schwierigkeiten mit der Finanzierung der Versorgungsforschung aus unseren Beiträgen. Mir ist das zu inkonkret; ich hätte es gern ein bisschen fassbarer. Ich habe hier einen 5-Euro-Schein. Was glauben Sie, wie lange wir damit Versorgungsforschung finanzieren können? Ich habe es einmal durchgerechnet: drei Jahre lang. Es gibt 326 000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Wenn jeder 5 Euro bezahlt, haben wir für die nächsten drei Jahre die Versorgungsforschung laut Finanzbericht bezahlt.

Ich möchte gern meinen Beitrag dazu extra leisten und gebe diesen 5-Euro-Schein dem Herrn Präsidenten.

(Heiterkeit – Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. Vielleicht hat auch noch der eine oder andere 5 Euro dabei. – Jetzt kommt ganz passend der Finanzverantwortliche der Bundesärztekammer, Herrn Ensink aus Niedersachsen.

Dr. Ensink MBA, Niedersachsen: Sie dürfen die 5 Euro gleich an mich weitergeben. Ich kassiere sie in meiner Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission gern ein. Ich werde gleich auf diese Funktion zurückkommen.

Ich möchte meinen kurzen Redebeitrag in zwei Teile gliedern: Zunächst spreche ich als Delegierter, anschließend als Vorsitzender der Finanzkommission. Ich bitte Sie, beides getrennt zu bewerten.

Ich beginne mit dem ersten Teil und mache Ihnen mit einem ganz kurzen Exkurs über das, was ich in den letzten Jahren gemacht habe, deutlich, dass ich definitiv kein Gegner der Versorgungsforschung bin. 1995 habe ich im Auftrag der Ärztekammer Niedersachsen einen Antrag gestellt – seinerzeit gegen die Widerstände innerhalb der Universität, die das als unwissenschaftlich betrachtet hat – für ein langjähriges Versorgungsforschungsprojekt, das viele Auszeichnungen erhalten und Eingang in das Sozialgesetzbuch V gefunden hat. Sonst hätten wir heute keine flächendeckende Palliativversorgung.

So viel zu der Aussage, dass ich sehr wohl die Bedeutung der Versorgungsforschung sehr frühzeitig erkannt und mich mit aller Kraft für sie eingesetzt habe. Ich halte die Versorgungsforschung auch für etwas sehr Ärztliches.

Zu einem Zeitpunkt, als ich kein Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag war, ist ein Beschluss gefasst worden, den ich für visionär halte. Ich habe mir die entsprechenden Protokolle durchgelesen. Wir müssen erkennen, dass damals keineswegs eine absolut breite Mehrheit dafür war. Man könnte sagen: Es war eher relativ knapp. Trotzdem muss ich sagen: Diejenigen, die damals etwas getan haben, haben sich letztlich einer visionären Idee verschrieben und haben es politisch durchgesetzt. Darauf kann die Ärzteschaft durchaus stolz sein.

Allerdings ist damals ganz klar gesagt worden: Es geht um eine Anschubfinanzierung. Schon damals hat man letztendlich ein bisschen mit der Wurst gewedelt und gesagt: Wir hoffen, eine weitgehende Kofinanzierung durch Externe zu erreichen.

Seitdem ich Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag bin, ist mehrfach danach gefragt worden, welche Institutionen sich denn bislang beteiligt haben. Im vergangenen Jahr habe ich Ihnen über eine Offerte des Bundesministeriums berichtet, die beinhaltete, dass man uns sehr wohl als Partner beteiligen würde, allerdings mit einer sehr untergeordneten Bedeutung. Die Anschubfinanzierung hat das geleistet, was sie leisten sollte: Sie hat etwas angeschoben. Das Ministerium bewilligt jetzt 54 Millionen Euro. Wenn Sie in diesem Geschäft weiterhin eine ernsthafte Rolle spielen wollen, dürfen Sie Versorgungsforschung nicht weiter auf niedrigem Niveau durchführen. Sie müssen vielleicht nicht gerade 54 Millionen Euro bewilligen – dann kommen wir auch mit den 5 Euro des Kollegen nicht ganz klar –, aber es muss doch ein nennenswerter Beitrag sein.

Es ist die Frage, ob Sie das letztendlich bei Pflichtbeiträgen wirklich verantworten können. Ich habe den Antrag des Vorstands eigentlich im vorigen Jahr erwartet und

für dieses Jahr auch etwas konkreter, wie ich schon sagen muss. Wir brauchen die Maßgabe für das kommende Jahr, wie es weitergehen soll, denn Sie erwarten ja im kommenden Jahr, dass ich Ihnen einen Haushaltsvoranschlag auf den Tisch lege. Wenn Sie den Vorstandsantrag so, wie er jetzt gestellt ist, bewilligen, weiß ich nicht, was ich Ihnen im nächsten Jahr als Haushaltsvoranschlag vorlegen soll.

In meiner Position als Vorsitzender der Finanzkommission knüpfe ich an das an, was Herr Kaplan am Schluss seiner Rede gesagt hat. Er hat erklärt: Stimmen Sie diesem Antrag für eine befristete Zeit und für eine begrenzte Höhe zu. Das erkenne ich nicht. Das aber – ich will es völlig wertfrei sagen – erwarte ich konkretisiert von Ihnen: In welchem Umfang stellen Sie sich das vor? Soll weiterhin eine Summe bewilligt werden oder wollen Sie sich der Sache verpflichtet fühlen und weiterhin projektbezogen fördern und als Parlament letztendlich autonom darüber entscheiden?

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Ensink. Darauf wird in den Schlussbemerkungen sicherlich noch eingegangen. – Es folgt jetzt Herr Schang aus Schleswig-Holstein.

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Frau Vizepräsidentin! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte Sie uneingeschränkt bitten, für die Versorgungsforschung zu stimmen. Die Argumente, warum die Versorgungsforschung wichtig ist, sind, meine ich, ausreichend und aus berufenem Munde vorgetragen worden. Versorgungsforschung müssen wir haben. Es ist vor allen Dingen auch wichtig, dass wir als Ärzteschaft an dieser Versorgungsforschung aktiv teilnehmen, denn anderenfalls tun es andere für uns. Dann brauchen wir uns anschließend nicht zu beschweren.

Ein Wort zu der Frage: Soll die Leitlinienerstellung vom Staat mitfinanziert werden? Ich möchte zu bedenken geben: Wer die Musik bezahlt, bestimmt auch, was gespielt wird. Ich bin schon der Meinung, dass unsere Fachgesellschaften in der Lage sein sollten, eigene Leitlinien auch selbst zu finanzieren. Das traue ich uns als Ärzteschaft zu.

Herr Professor Schwantes, schade, den Gag mit dem 5-Euro-Schein haben Sie mir vorweggenommen. Ich hätte Herrn Professor Hoppe allerdings gern 20 Euro gegeben: 7 Millionen geteilt durch 350 000. Dass wir uns so lange um dieses Geld Gedanken machen, ist nicht wirklich sachgerecht.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Es folgt Herr Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mir scheint das doch eine reichlich abstrakte Debatte zu sein. Ohne grundsätzlich diese Versorgungsforschungsthematik zu kritisieren, muss man sich als Niedergelassener doch die Frage stellen: Wird von den entsprechenden Protagonisten die Realität der Versorgung gesehen?

Ich möchte die Frage von Herrn Professor Griebenow, warum vielleicht 30 Prozent der Patienten nicht leitliniengerecht behandelt werden, aus der Praxis beantworten. Mit einem Budget von 13 oder 23 Euro im Quartal ist die wirtschaftliche Grundlage nicht vorhanden. Wir werden zur Minutenmedizin gezwungen. Unter diesen Bedingungen bleiben dann auch Leitlinien auf der Strecke, die Zuwendung natürlich auch.

(Vereinzelt Beifall)

Zur leitliniengerechten Medikamentenverordnung ist zu sagen: Wir haben natürlich die Budgets im Nacken und die entsprechenden Regressrisiken. Bei den gegebenen Medikamentenbudgets ist eine antimykotische Therapie oder eine moderne Therapie bei Neurodermitis- oder Schuppenflechtepatienten überhaupt nicht darstellbar. Die Regressbedrohung zwingt die Ärzte einfach zur Rationierung. Das ist die tägliche Realität, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Es sind auch Verfahren in die Leitlinien aufgenommen worden, die nicht Gegenstand der GKV-Versorgung sind. Als Beispiel nenne ich die fotodynamische Therapie. Man könnte natürlich darüber diskutieren, ob es auf diesem Weg nicht gelingen könnte, diese Verfahren mit aufzunehmen. Wenn der Gesetzgeber präjudiziert, dass es nicht mehr Mittel im System gibt, um auch diese Dinge anzubieten, kommt man an dieser Stelle nicht weiter. Da fallen per se durch Restriktionen in der GKV entsprechende leitliniengerechte Therapien für den Patienten weg.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ebenfalls vielen Dank. – Als nächster Redner mein Kollege Voigt aus Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Am Schluss der langen und sehr intensiven Debatte über die Versorgungsforschung möchte ich bezüglich des Beitrags meines Kollegen Ensink nachhaken. Wir haben 2005 in Berlin sehr, sehr intensiv und lange um die Frage gerungen, ob wir die Versorgungsforschung überhaupt auf den Weg bringen sollen. Wir haben damals mit knappen Mehrheiten beschlossen: Wir machen es. Heute wissen wir, dass diese Entscheidung richtig war. Seinerzeit war völlig klar, dass dieses eine zeitlich befristete Maßnahme bleiben soll. Fünf Jahre später stehen wir jetzt vor der Situation, dass wir einem Antrag des Vorstands zustimmen sollen, der besagt: Wir führen das fort. Das kann man vielleicht für einen bestimmten Zeitraum tun, aber es

muss klar sein, welcher Zeitraum gemeint ist und welche Haushaltsmittel dafür in den kommenden Jahren bereitgestellt werden sollen.

Dem Vorstandsvorschlag kann man nicht zustimmen, wenn aus ihm nicht ersichtlich ist: In welchem Zeitraum soll weiterhin gefördert werden? Mit welcher Summe? Ich bitte darum, dass diese beiden Fragen präzisiert werden.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Voigt. – Als nächster Redner Herr Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich distanziere mich in aller Form von Kollegen, die hier mit Geldscheinen wedeln und sagen: Das ist doch alles kein Problem für uns. Ich habe täglich mit Kollegen im niedergelassenen Bereich zu tun, die nicht wissen, wie sie leitliniengerecht ihre Patienten versorgen sollen bei der vorgegebenen Budgetierung, bei Regelleistungsvolumina und Ähnlichem.

(Beifall)

Und dann kommen Kollegen hierher und sagen: Ist doch alles kein Problem, kostet 5 Euro! Das kann es doch nicht sein.

(Beifall)

Versorgungsforschung ist notwendig. Ich glaube, das hat hier niemand bestritten. Es geht um die Frage der Finanzierung und um die Frage: Wie viel dürfen wir von den Mitgliedsbeitragen der Kollegen dafür verwenden? Diese Frage ist für mich noch nicht beantwortet. Der Kollege Ensink hat recht mit dem, was er gesagt hat: Wir müssen als Verantwortliche für die Finanzen doch wissen, was in den nächsten Jahren auf uns zukommt, um das entsprechend einbringen zu können. Wenn Sie heute Entscheidungen treffen, dann müssen Sie das einfach im Hinterkopf haben.

Tut mir leid, ich kann das nicht verstehen. Natürlich sind Leitlinien notwendig und sollen weiterentwickelt werden. Das ist Sache der Versorgungsforschung und soll auch gemacht werden. Es ist ganz klar: Wenn es für die Ärzteschaft notwendig ist, soll es auch von uns bezahlt werden. Aber alles, was darüber hinausgeht, geht nicht. Hier wird gesagt: Versorgungsforschung machen wir, wir zahlen es auch, das ist alles unsere Sache, sonst machen es die anderen, die Politiker für uns. Es tut mir schrecklich leid, aber das sind doch alles keine Argumente. Das ist ein Niveau, da kann ich nicht mehr mitmachen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. – Jetzt noch einmal Herr Kaplan für den Vorstand.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf den Redebeitrag der Kollegen Calles und Ensink eingehen. Wir brauchen heute nur einen Beschluss von Ihnen, dass wir die Möglichkeit haben, die Versorgungsforschung weiterzuentwickeln und uns Gedanken zu machen, welche Schwerpunkte wir setzen und welche Inhalte wir bearbeiten. Wir brauchen nur eine Aufhebung des Stopps, sodass wir weiter am Ball bleiben können. Konkrete Vorschläge bezüglich des Umfangs und des finanziellen Aufwands werden wir Ihnen beim nächsten Deutschen Ärztetag präsentieren. Dann können wir konkret darüber abstimmen.

Ich bitte Sie, uns jetzt auf jeden Fall die Chance zu geben, den Stopp aufzuheben und in der Versorgungsforschung am Ball zu bleiben.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank für die Klarstellung. – Als letzte Diskussionsrednerin Frau Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Herr Calles, genau darum geht es doch: Wenn wir wirklich nachweisen wollen, dass beispielsweise Versorgungsdefizite bestehen, weil die Finanzierung nicht stimmt, dass nicht leitliniengerecht therapiert werden kann, weil die Finanzierung nicht stimmt, dann geht das nur, wenn wir die Sache in die Hand nehmen und auch ein bisschen Geld in die Hand nehmen und für die Politik Nachweise liefern können. Wir können uns nicht darauf verlassen, dass beim Gesetzgeber und bei den Krankenkassen der gute Wille vorhanden ist, unsere Wünsche zu erfüllen, ohne dass wir die Notwendigkeit dazu beweisen können. Immer wieder wird negiert, dass rationiert wird. Wir haben uns jahrelang damit herumgeschlagen, dass das in der Öffentlichkeit negiert wurde. Jetzt können wir es nachweisen. Wir können die Projekte steuern. Sie als Delegierte können Anregungen einfließen lassen.

Ich erinnere an die für mich sehr bahnbrechende Erfolgsstory hinsichtlich der Studie zur Arzneimittelforschung. Sie als Delegierte haben sie initiiert. Schauen Sie sich an, welche öffentliche Wirkung sie hat und auch noch entfalten wird.

Es gibt gar keinen anderen Weg: Wir als Ärzte müssen selber an der Initialzündung Versorgungsforschung dranbleiben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Frau Gitter. Das scheint das Schlusswort in der Debatte gewesen zu sein.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich danke Ihnen für diese sehr konstruktive und faire Aussprache, die uns allen, glaube ich, viel Freude gemacht hat. Ich darf jetzt die Referenten zu ihrem Schlusswort bitten. Anschließend kommen wir zur Abstimmung über die Anträge.

Zunächst bitte Herr Professor Selbmann.

Prof. Dr. Selbmann, Referent: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich darf mich bei Ihnen recht herzlich für die zustimmenden, aber auch für die kritischen Äußerungen bedanken. Sie werden wissen, dass ich aus dem Themenbereich Qualitätsmanagement komme. Da weiß man: Es gibt nichts, was nicht noch besser gemacht werden könnte. Das gilt auch für die Leitlinienentwicklung. Das ist der erste Punkt, den ich ansprechen möchte. Ich habe gehört: Leitlinien sind überholt, sie sind mehrfach vorhanden, sie sind korrumpiert und dergleichen mehr. Das mag alles für einzelne Leitlinien stimmen, aber nicht für die große Masse. Für die AWMF kann ich Ihnen nur sagen: Es gibt keine überholten Leitlinien in dem Register der 750. Sie haben alle ein Verfallsdatum. Nach dem Verfallsdatum existieren sie nicht mehr.

Es gibt ein ganz klares Regime, wie neue Leitlinien aufgenommen werden. Wenn sie sich mit anderen überschneiden, werden sie nicht weiter behandelt.

Die Abhängigkeit ist in der Tat ein Problem. Das wurde im Zusammenhang mit der Finanzierung von Arzneimittelstudien angesprochen. Wenn nur Studien publiziert werden, die positive Ergebnisse zeigen, können natürlich diejenigen, die die Leitlinien entwickeln, nur auf dieser Basis agieren. Was wir wirklich brauchen, sind neutral finanzierte Arzneimittelstudien. Da stimme ich völlig mit Ihnen überein.

(Beifall)

Wenn diese nicht existieren, können keine guten Leitlinien erstellt werden.

Die Finanzierung der Leitlinien ist ein Problem. Ich möchte Ihnen sagen, dass wir als AWMF natürlich zum BMG gegangen sind und gesagt haben: Wir produzieren etwas, was nachher der Versorgung zugute kommt, könnt ihr das nicht finanzieren? Das war vor anderthalb Jahren. Dann haben wir gehört – das hat ein Kollege von Ihnen vorhin auch schon gesagt –: Wissen Sie, wer zahlt, schafft an. Das war eine Situation, in der wir als wissenschaftliche Mediziner sofort zurückgeschreckt sind: Dann werden uns die Themen, das Verfahren und das, was herauskommen soll, diktiert.

Die Zeit kann anders geworden sein; ich glaube, es ist einen neuen Versuch wert.

Mehrfach ist gesagt worden: Leitlinien sind nicht alles. Es tut mir leid, dass ich mit meinem Referat die Diskussion so fokussiert habe. Leitlinien sind aber die Grundlage. Wir müssen ja wissen, was gute Versorgungsqualität ist, um messen zu können, ob wir sie erreichen, warum die Implementierung eventuell nicht funktioniert, beispielsweise aus systemischen Gründen.

Ich glaube, wir sind mittlerweile so weit – das haben Sie bei Ihrem ersten Beschluss vor fünf Jahren gesagt –, dass es nicht mehr ausreicht, dass man etwas fühlt oder etwas weiß, sondern man muss das heute auch belegen können. Das machen die

anderen Partner im Gesundheitswesen mittlerweile extensiv, indem sie die Daten auswerten, die zur Verfügung stehen, und daraus ihre gesundheitspolitischen Ziele ableiten. Wir brauchen eine Versorgungsforschung, weil wir überprüfen müssen, was die anderen uns vorlegen. Es reicht nicht, Zugriff auf die Daten zu haben. Man muss auch die entsprechende Brainware haben, man muss die Menschen haben, die mit diesen Daten umgehen können. Man muss Strukturen haben: Wie kann ich schnell reagieren, wenn ein neues Thema politisch brisant wird? Wie kann ich da meine Position herausarbeiten? Wir brauchen die Daten, wir brauchen einen breiten Zugang zu den Daten. Wir brauchen aber auch die Menschen, die mit diesen Daten arbeiten können, die sie neutral auswerten und bewerten können.

Dies betrifft aber nur das Reagieren. Ich glaube, wir müssen aber auch agieren, nämlich dort, wo es um spezifische medizinische Themen wie den Physician Factor oder – das hat mich als Gast sehr überzeugt – die berufliche Situation der Ärztinnen geht. Das ist doch ein klassisches Thema. Ich glaube nicht, dass wir dafür vom BMG oder von den Kassen Mittel bekommen, sondern das müssen wir, glaube ich, selber in die Hand nehmen.

So gesehen gehe ich sehr positiv gestimmt aus dieser Sitzung. Ich glaube, das Grundverständnis ist vorhanden. Über die Umsetzung habe ich nicht zu entscheiden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Professor Selbmann. – Jetzt bitte Herr Professor Mansky.

Prof. Dr. Mansky, Referent: Meine Damen und Herren! Ich arbeite seit über 20 Jahren immer wieder einmal mit dem WIdO zusammen, nicht weil ich von der AOK so begeistert wäre, sondern hauptsächlich deswegen, weil das WIdO einen unglaublichen Zugang zu Daten hat und enorme Fähigkeiten besitzt, diese zu analysieren. Auch das WIdO steht bei der AOK immer wieder einmal in der Schusslinie, und zwar aus ähnlichen Gründen, wie ich sie hier gehört habe. Die Argumentation kennt man also auch dort.

Wer die Politik der AOK in den letzten Jahren verfolgt hat, weiß, dass sie in den Verteilungskämpfen zwischen den Kassen – ich erinnere an den Morbi-RSA und die DRG-Einführung – erhebliche Vorteile herausarbeiten konnte. Das liegt unter anderem an den analytischen Fähigkeiten, die die AOK im WIdO vorhält. Die Hintergrundanalysen, die von dort kommen, helfen dem Vorstand der AOK in der politischen Auseinandersetzung enorm.

Das wird für Sie vielleicht nicht immer offensichtlich, aber es ist für andere offensichtlich. Die TK hat sich daraufhin entschieden, für sich ein ähnliches Institut einzurichten, weil sie sonst nicht mithalten kann.

Ich kann Ihnen keine Ratschläge geben; das steht mir nicht zu. Wenn die Ärzteschaft in dieser Auseinandersetzung mitdiskutieren will, und zwar nicht nur auf emotionaler

Basis und mit affektiv gefärbten Argumenten, die natürlich auch eine Wirkung entfalten können, wird sie fachlich begründete Analysen brauchen. Ich würde Ihnen nicht dazu raten, ein eigenes Institut aufzumachen. Das ist nicht der richtige Weg. Sie werden solche Analysen aber nur bekommen, wenn Sie, wie Professor Selbmann es gerade gesagt hat, kontinuierlich wissenschaftliche Expertisen finanzieren. Nur wenn Sie zahlen, bekommen Sie Analysen, die sich aus Ihrer Sicht mit Ihren Themen befassen. Das WIdO wird Ihnen diese Analyse sicher nicht liefern. Sie werden sie schon selber haben müssen.

Es wird Ihnen dann ähnlich gehen wie der AOK gelegentlich: Nicht jede Analyse wird auf Begeisterung stoßen. Nicht jede Analyse kann das bringen, was man sich vielleicht erhofft hat.

Das Entscheidende ist – da möchte ich Professor Selbmann unterstützen –: Wenn Sie im richtigen Moment die richtigen Analysen haben wollen, müssen Sie kontinuierlich eine gewisse Auswertungs- und Analysekapazität vorhalten. Ich denke, das Projekt der Versorgungsforschung ist dazu da, diese Basisleistung vorzuhalten, um im entscheidenden Moment die richtigen Analysen zu bekommen, die der Vorstand für die politischen Aktionen braucht. Ich kann Ihnen, wie gesagt, keinen Rat geben, aber mein Appell lautet: Lassen Sie sich dieses Instrument nicht aus der Hand schlagen, denn Sie werden es in der zukünftigen Diskussion brauchen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Auch Ihnen herzlichen Dank. – Jetzt bitte Herr Professor Scriba zu seinem Schlusswort.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Das letzte Schlusswort kann unmöglich – ich habe es genau mitgezählt – 30 Diskussionsbemerkungen aufgreifen und Antworten geben. Das funktioniert nicht. Ich möchte mich deswegen auf ganz wenige Punkte konzentrieren.

Zunächst einmal bin ich dankbar – ich bitte Sie, mir das abzunehmen – für die vielen konstruktiven, freundlichen, ja lobenden Worte, die all jenen zuteil geworden sind, die sich für dieses Projekt der Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer engagiert haben. Einige von ihnen sind hier im Raum, aber längst nicht alle. Im Namen dieser bedanke ich mich für die netten Worte.

Auf all diese lobenden und freundlichen Worte gehe ich jetzt nicht mehr ein. Ich möchte mich nur kurz auf die von mir als durchaus konstruktiv empfundenen kritischen Bemerkungen konzentrieren. Mehrfach kam das Argument: Wir brauchen eine klarere Herausarbeitung des Nutzens für Ärzte. Das wurde beispielsweise von Herrn Lenhard und Herrn Calles gesagt. Das ist völlig richtig. Das möchten wir gern. Das war auch von Anfang an Absicht dieser Initiative. Das ist schon in den ersten grundlegenden Äußerungen niedergelegt. Glauben Sie uns bitte, wir haben uns darum bemüht. Wenn Sie Forschungsarbeit betreiben, gelingt nicht alles hundertprozentig in dem Sinne, den Sie ansteuern. Das liegt in der Natur der Sache. Jeder, der jemals

Forschung betrieben hat, weiß, dass er niemals bei 100 Prozent des Ziels ankommen kann. Aber wir werden uns um genau diesen Punkt intensiv weiter bemühen.

Es ist klar – da greife ich die Ausführungen von Herrn Calles auf –: Es wird kein „weiter so“ geben. Das ist nicht beabsichtigt. Das kann man ganz logisch aus Folgendem ableiten. Wir haben es, wenn Sie so wollen, geschafft, die Bundesregierung dazu zu bringen, dass sie für einen Teil der Versorgungsforschung, der jetzt ausgeschrieben wurde, 54 Millionen Euro in die Hand nimmt. In einer solchen Situation wird man als Ärztekammer nicht in Konkurrenz zu all diesen Forschungsbemühungen auftreten wollen und sagen: Wir machen aber auch noch etwas besonders Tolles.

Es kann nicht so weitergehen, wie es gewesen ist, aber die Frage lautet, wie es weitergehen soll und ob wir, genauer gesagt, darüber nachdenken dürfen, wie es weitergehen könnte. Das ist die Frage, die jetzt mit Ja oder Nein beantwortet werden soll. So verstehe jedenfalls ich den Antrag des Vorstands.

Zum Schluss noch zu dem Bild mit den Trüffeln. Ich weiß nicht, wer von Ihnen Trüffelliebhaber ist. Auch diejenigen, die das nicht sind, wissen, dass Trüffel etwas sehr Teures sind. Insofern finde ich den Vergleich mit dem Trüffelschwein durchaus ehrenvoll oder geradezu sympathisch. Ich bin gern ein Trüffelschwein und werde mir große Mühe geben, diese wertvollen und übrigens zum Teil auch sehr kleinen Trüffel zu finden.

Auf der Leinwand sehen Sie einen Geldschein. Für diese Gabe bedanke ich mich. Der Besitzer dieses Scheins wird noch gesucht, weil wir nicht vorhaben, die direkte Finanzierung durch Herumgehen mit dem Hut zu praktizieren.

Ich danke Ihnen für die erfreuliche Diskussion und für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank an die Referenten. – Wir treten jetzt in die Abstimmung ein. Meine Damen und Herren, die Reihenfolge, in der über die Anträge abgestimmt werden soll, wird gleich auf die Leinwand projiziert. Wir beginnen mit dem **Antrag II-03,** der fordert:

> *Der Deutsche Ärztetag beschließt, die Entscheidung über die Fortsetzung des Projektes Versorgungsforschung auszusetzen. Ein weiterer Beschluss wird erst gefasst, wenn der Vorstand der Bundesärztekammer in einem detaillierten Bericht dargelegt hat, welche Ergebnisse der Forschungsaufträge wie und mit welchem Erfolg in die Arbeit der Bundesärztekammer eingeflossen sind und welcher Nutzen den deutschen Ärztinnen und Ärzten hierdurch entstanden ist.*

Das haben wir jetzt anderthalb Tage lang gehört. Wir haben viele Stunden darauf verwandt, diesen Bericht entgegenzunehmen. Ich bitte Sie, jetzt über diesen Antrag abzustimmen. Wer stimmt für den Antrag 03? – Das sind wenige. Wer ist gegen den Antrag 03? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag 03 **abgelehnt.** Wir nehmen das als Bestätigung dafür, dass wir ausreichend diskutiert haben.

(Beifall)

Es folgt der **Antrag II-01** vom Vorstand der Bundesärztekammer mit dem Inhalt, über den wir lange diskutiert haben. Es geht um den Wunsch, hier weiterzumachen und Ihnen im nächsten Jahr ein detailliertes Konzept vorzulegen. Wer ist für den Antrag 01? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Eine Gegenstimme. Wer enthält sich? – Einige. Der Antrag ist **angenommen.** Ich danke Ihnen für den Vertrauensbeweis und den Auftrag, die Arbeit weiterführen zu dürfen.

(Beifall)

Jetzt folgt **Antrag II-04** von Herrn Wagenknecht aus Niedersachsen. Es geht darum, neue Versorgungsformen der ambulanten und stationären Behandlung als Themen aufzugreifen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer spricht gegen die Vorstandsüberweisung? – Formal. Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Reichlich. Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wir werden uns damit befassen.

Jetzt kommt der **Antrag II-02** von Herrn Lipp und anderen aus verschiedenen Landesärztekammern. Es geht um die Abrechnungsdaten. Dazu hat Herr Professor Mansky etliches berichtet. Wer ist für den Antrag 02? – Fast alle. Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Auch wenige. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag II-05** von Herrn Oberschelp aus Westfalen-Lippe:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die erforderlichen Leitlinien der Fachgesellschaften finanziell zu fördern.*

Wer spricht sich dafür aus?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich höre: Vorstandsüberweisung. Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einige. Wer ist dagegen? – Die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann bilden wir uns dazu eine Meinung. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Das sind weniger. Das Erste war die Mehrheit, sagen wir hier oben alle. Enthaltungen? – Einige. Der Antrag ist **angenommen.**

Dann kommt noch der **Antrag II-06** von Herrn Joas und anderen aus Bayern:

> *Aufgrund der Ergebnisse der Expertisen zum Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien … fordert der Deutsche Ärztetag eine Arzneimittelforschung, die sich schrittweise befreit von den Einflüssen der pharmazeutischen Industrie. Dazu müssen die Forschungsmittel … aufgestockt werden.*

Wer kann dem zustimmen? – Ich sehe eine ganz breite Mehrheit. Das freut mich. Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Auch wenige. Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir sind damit am Ende der Beschlussfassung. Meine Damen und Herren, ich danke nochmals im Namen aller Beteiligten ganz ausdrücklich für diese hochkonzentrierte und sehr konstruktive Debatte. Ich danke auch dafür, dass wir den Auftrag erhalten haben, weitermachen zu dürfen. Ein Konzept wird dazu beim nächsten Ärztetag vorgelegt.

Ich darf an dieser Stelle meinen Dank allen Beteiligten aussprechen: Herrn Professor Scriba als dem Vorsitzenden unserer SKV, den Mitgliedern, die dort intensiv mitgearbeitet haben, aber ausdrücklich auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Dezernats 6 der Bundesärztekammer, die uns bei dieser Arbeit immer ganz intensiv und feurig unterstützen. Ich glaube, dass wir eine gute Arbeit geleistet haben und in diesem Sinne weitermachen werden.

(Beifall)

Herr Professor Hoppe wird jetzt wieder die Sitzungsleitung übernehmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal vielen Dank, Frau Vizepräsidentin Cornelia Goesmann, für die souveräne Sitzungsleitung. Das war ein Vergnügen.

(Beifall)

Nun kommen wir zu **Tagesordnungspunkt III a:**

## (Muster-)Weiterbildungsordnung

### a) Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Dazu haben wir mehr als 60 Anträge vorliegen. Vielleicht erlauben Sie mir, an dieser Stelle noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Weiterbildungsordnung eine Ordnung ist, in der steht, was nachrückende Ärztegenerationen können und wissen müssen, um die Berechtigung zu haben, eine Facharztbezeichnung oder eine Zusatzbezeichnung oder etwas Ähnliches zu führen, also ein Zeugnis von der Kammer darüber zu bekommen, dass sie diesen Weiterbildungsgang erfolgreich abgeschlossen haben.

Wenn Anträge gestellt werden, müssen wir immer daran denken: Es geht um diese jungen nachrückenden Ärztinnen und Ärzte und um sonst primär zunächst nichts.

(Beifall)

Wenn andere Einrichtungen wie Krankenkassen oder auch die Kassenärztlichen Vereinigungen dieses Werk, das ja als einziges Werk die Gesamtheit der ärztlichen Leistungen, Verrichtungen, Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten beschreibt, dafür benutzen, auch Geldverteilungsprobleme zu lösen, darf das nicht bei uns das führende Argument sein.

(Beifall)

Es geht um die nachrückende Ärztegeneration. Daran möchte ich Sie immer wieder erinnern. Manchmal gerät dies etwas aus dem Blick, weil die Weiterbildungsordnung, die von uns gestaltet worden ist, viele Funktionen hat, aber nicht deshalb, weil wir das so gewollt haben, sondern weil wir so gut sind, dass wir die gesamte Medizin auf diesem Wege beschreiben.

Referent zu diesem Tagesordnungspunkt ist, weil Herr Dr. Koch, der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, diesen Ärztetag nicht mitgestalten kann, Herr Dr. Franz-Joseph Bartmann aus Bad Segeberg, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Er ist stellvertretender Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer. Er wird uns jetzt in die Thematik der Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung einführen. Ich bitte Franz-Joseph Bartmann um sein Referat.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Herr Professor Fuchs hat zu Beginn des Ärztetages darauf hingewiesen, dass Herr Dr. Koch krankheitsbedingt kurzfristig leider absagen musste. Herr Koch hat mich als seinen Stellvertreter gebeten, zu diesem Thema der Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzutragen. Wir haben ja das Konstrukt, dass ich ihn in den Weiterbildungsgremien vertrete, er ist dafür mein Vertreter in den Fortbildungsgremien; wir wollen diese beiden Bereiche als eine Einheit verzahnt sehen. Herr Koch lässt Sie alle ganz herzlich grüßen. Er hatte noch bis vor wenigen Tagen die Hoffnung, dass er heute hier sein könnte. Das geht nun leider nicht.

Ich denke, Sie schließen sich an, wenn ich vorschlage, diese Grüße mit den besten Genesungswünschen nach Nürnberg zurückzubeamen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, gelegentlich habe ich in den letzten Tagen Stimmen gehört, die sinngemäß fragten: Wäre es nicht sinnvoller gewesen, die Evaluation der Weiterbildung an den Anfang zu stellen und darauf aufbauend die beabsichtigten Änderungen vorzutragen? Die Antwort darauf ist ganz einfach und eindeutig: Erstens. Die Zahlen zur Evaluation sind erst nach Abschluss der jahrelangen und mühsamen Gremienarbeit erhoben und veröffentlicht worden. Sie konnten überhaupt noch keinen Eingang finden.

Zweitens. Eine grundsätzliche Neufassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die erlauben würde, derartiges Zahlenmaterial einzubringen, ist in der Tat nicht vorgesehen. Wir diskutieren heute hier ausschließlich über eine Anpassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in ihrer Fassung von 2003 in einzelnen Punkten unter Beibehalt der damals beschlossenen Systematik.

Dies ist, wie ich Ihnen im Folgenden darstellen werde, bereits schwierig genug. Aber eine Novellierung ist da noch einmal von einer anderen Größenordnung und Tragweite. Von daher geht die Reihenfolge, wie sie im Programm steht, durchaus in Ordnung. Betrachtet man die Entwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in den letzten 30 Jahren, so zeigt sich, dass die zeitlichen Abstände zwischen den Novellierungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung konstant bei etwas mehr als zehn Jahren liegen. Das ist insofern konsequent, als bei einer Regelweiterbildungszeit von fünf bis sechs Jahren und der durchaus verzögerten Einführung in den einzelnen Landesärztekammern eine kürzere Haltbarkeitsdauer gleichbedeutend wäre mit einer erneuten Änderung, bevor überhaupt ein kompletter Weiterbildungsgang über alle Ärztekammern nach der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung abgeschlossen wäre. Die Folge wären ein unabsehbares Chaos und ein verständliches Unverständnis aufseiten aller Betroffenen.

Der sehr kurze Zeitraum zwischen 1987 und 1992 ist der Wiedervereinigung geschuldet, der uns damals auch eine Vielzahl neuer Bezeichnungen beschert hat.

Bei jeder Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, sowohl in der Vergangenheit als auch zukünftig, stellt sich die Frage nach der grundsätzlichen und/oder zeitgemäßen Systematik. Insbesondere wurden wiederholt die unter den Stichworten Bildungsordnung und Berufsausübungsordnung zusammenzufassenden Aspekte nicht zuletzt auch unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten durchaus kontrovers diskutiert.

Bei der letzten Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Jahre 2003 bestand Einigkeit darüber, dass die (Muster-)Weiterbildungsordnung eine Bildungsordnung darstellt und die Berufsausübung über die Berufsordnung geregelt wird. Dies ist grundsätzlich richtig, hat jedoch auch zur Folge, dass sich der Konflikt zwischen Sozialrecht und Berufsrecht, der im Keim bereits auf die Novellierung von 1992 zurückgeht, weiter verschärft hat.

Letztendlich hat sich im Laufe der Zeit ein paralleler Regelkreis entwickelt, dessen Inhalte von Trägern des Sozialrechts, insbesondere dem Gemeinsamen Bundesausschuss, aber auch von der KBV und mittelbar von den neu entstandenen Qualitätssicherungsabteilungen innerhalb der KVen bestimmt und überwacht werden.

Damit werden natürlich auch die Wünsche der Ärztinnen und Ärzte, meist durch Fachgesellschaften und Berufsverbände an uns herangetragen, völlig verständlich, die zurück möchten zur sehr kleinteiligen Aufzählung von Weiterbildungsinhalten in der Weiterbildungsordnung, wie zum Beispiel in der (Muster-)Weiterbildungsordnung 1992. Dies konterkariert andererseits dann wieder die Bemühungen, die Weiterbildung bis zur Facharztanerkennung glaubwürdig, praktikabel, transparent und reliabel zu gestalten.

(Vereinzelt Beifall)

Weitgehende Einigkeit bestand vor 2003 auch darüber, dass die inhaltliche Dimension Vorrang gewinnen sollte vor der zeitlichen. Sie wissen: Traditionell wird in Deutschland Weiterbildung als ein Produkt der täglichen ärztlichen Arbeit verstanden; ganz ursprünglich so, dass nach einer gewissen Zeit, die man bei einem Meister verbracht hat, die Facharztreife bescheinigt wurde. Das hat sich durch die Novellierung zunehmend fokussiert auf einen mehr inhaltlichen Bestandteil. Ein erstes Signal

hierzu war die Streichung einer kleinlichen Regelung im Hinblick auf Anerkennungs- bzw. Aberkennungszeiten zum Beispiel im Krankheitsfall.

Diese grundsätzlichen Fragen verlangen nach einer gründlichen Analyse vor allem auch im Hinblick auf beim ersten Hinsehen nicht erkennbare Implikationen und unerwünschte Nebenwirkungen. Das Ergebnis muss jedenfalls eine neue Systematik in der Weiterbildung sein, die den derzeitigen Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern und in den Praxen, vor allem aber auch der permanenten Weiterentwicklung medizinischer Behandlungsverfahren und -methoden gerecht wird.

Immer wieder hat sich in den Gremiendiskussionen der vergangenen Jahre gezeigt, dass ein modulares Weiterbildungssystem auch mit der Möglichkeit des berufsbegleitenden Erwerbs einzelner Bausteine am besten geeignet erschiene, viele der derzeitigen Probleme zu beheben.

Für die jetzt zur Abstimmung anstehende Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 konnten und sollten diese grundsätzlichen Fragen allerdings noch keine Rolle spielen. Das heißt, die jetzige Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist als Parallelprozess zur nächsten Novellierung zu sehen.

Was soll nun diese Überarbeitung erreichen? Die medizinische Entwicklung nimmt – Gott sei Dank, möchte ich sagen – keine Rücksicht auf eine bürokratische Ordnung. Zwangsläufig sind bereits während eines laufenden Entscheidungsprozesses einzelne Teilaspekte schon zum Zeitpunkt des Inkrafttretens wieder überholt. Spätestens 2007 wurde der daraus resultierende Druck aus den Fachverbänden und Fachgesellschaften, aber auch aus den Erfahrungen der mit der Umsetzung befassten Ärztekammern so groß, dass vom Vorstand der Entschluss zu einer Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung gefasst wurde.

Nach vorbereitender Beratung in den Weiterbildungsgremien erteilte der Vorstand deshalb den Auftrag, bundesweit relevanten Änderungsbedarf, welcher aufgrund der Erfahrungen bei der Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 gemacht wurde, auf Bundesebene zusammenzutragen, zu bündeln und für die Beratung auf dem Deutschen Ärztetag vorzusehen.

Für diese Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurde erstmals das zwischen der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern vereinbarte sogenannte zweistufige Normsetzungsverfahren angewendet, das dadurch erforderlich schien, weil es hochproblematisch war, dass die Emissäre der einzelnen Landesärztekammern in den Ständigen Konferenzen – das betrifft nicht nur die Weiterbildungsordnung – nicht immer die Diskussion bzw. das Votum in ihrer Kammer widerspiegelten. Dadurch, dass nicht einzelne Entscheider, sondern die gesamte Kammer redundant immer wieder in diesen Prozess eingebunden ist, sollte erreicht werden, dass am Ende dieses Beratungsverfahrens ein Entschluss steht, der von Ihnen getragen werden kann.

Das bedeutet natürlich nicht, dass in allen Punkten Konsens erzielt wird. Auch das zweistufige Normsetzungsverfahren setzt einen demokratischen Entscheidungsprozess voraus, der Mehrheitsentscheidungen akzeptieren muss.

Es gab eine einzige Ausnahme, auf die ich Sie ausdrücklich hinweisen möchte. Aus berufspolitischen Gründen und aufgrund der bekannten „Vorgeschichte“ hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Beratung der Allgemeinmedizin von diesem Verfahren ausdrücklich ausgenommen. Die entsprechenden Beschlüsse wurden zunächst im Vorstand der Bundesärztekammer gefasst. Aber auch dort ist die Entscheidung natürlich nicht am „grünen Tisch“ gefallen, sondern ist das Ergebnis der Beratungen der Auseinandersetzungen mit den beteiligten Berufs- und Fachverbänden in einem sehr, sehr hartnäckigen und bis zum Schluss spannenden Beratungs- und Verhandlungsprozess.

Das Ergebnis ist in den Ihnen vorliegenden Vorstandsantrag III-01 eingearbeitet. Nun einige Worte zum Ablauf der Überarbeitung. Sowohl die Landesärztekammern als auch 195 Berufsverbände und Fachgesellschaften wurden Ende 2007, also unmittelbar nach dem Vorstandsbeschluss, bzw. Anfang 2008 aufgefordert, bestehenden Änderungsbedarf in ihrem Bereich aus fachlicher oder berufspolitischer Sicht zunächst in ihren maßgeblichen Fachgremien zu beraten, dort möglichst zu einer Konsensentscheidung zu finden und diese dann als Änderungsvorschlag an uns weiterzuleiten. Das hat mehr oder weniger gut funktioniert. Wir haben aus einzelnen Fachgesellschaften und Berufsverbänden die Arbeitsergebnisse aus den Gremien erhalten, die den Gesamtumfang der (Muster-)Weiterbildungsordnung bei Weitem überstiegen. Das ging bis zu kurzen Kommentaren, die einfach nur bestimmte Punkte geändert haben wollten.

Es war nicht so, dass das zustande gekommene Votum bis zum Ende der Beratungen Gültigkeit hatte, sondern wir mussten trotz dieses Konsensprozesses innerhalb der Fachgesellschaften und Berufsverbände immer wieder einzelne Delegationen empfangen, die Sonderinteressen aus ihren Bereichen bei uns vertreten wollten.

Wir hatten ausdrücklich dazu aufgefordert, die schriftlichen Änderungsvorschläge sollten eine stichhaltige Begründung über den Versorgungs- bzw. Regelungsbedarf enthalten und es sollten je nach Art und Inhalt der Begründung für den Änderungsvorschlag die Weiterbildungskapazitäten aufgezeigt werden.

Für diesen Prozess standen fünf Monate zur Verfügung. Das scheint relativ wenig zu sein. Aber die Qualität der Beratungen wächst nicht unbedingt mit der Zeitdauer, die zur Verfügung steht. Fünf Monate waren aus unserer Sicht ein angemessener Zeitraum. Schon diese fünf Monate waren für das Dezernat turbulent, gekennzeichnet durch viele Anfragen und Rückfragen zum Verfahren, aber natürlich auch die Lobbyarbeit im Sinne eines „work in progress“.

Was danach kam, stellte allerdings alles bisher Dagewesene in den Schatten. Bis Ende Mai 2008 wurden zunächst alle Änderungswünsche in der Bundesärztekammer gesammelt, inhaltlich gesichtet und den entsprechenden Abschnitten der (Muster-)Weiterbildungsordnung zugeordnet.

Ende Mai standen somit alle sortierten Änderungswünsche in insgesamt 13 breiten A4-Ordnern zur Beratung in den Weiterbildungsgremien zur Verfügung.

Alle Änderungswünsche wurden in den folgenden 12 Monaten zunächst im Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“, teilweise in mehrtägigen Klausursitzungen, beraten. Während dieses Verfahrens schwoll der Umfang des Schriftverkehrs auf fast das Doppelte an.

Änderungswünsche, die nach dem Ende der Rückmeldungsfrist Ende Mai 2008 eingegangen sind, teilweise auch noch in diesem Jahr, konnten wir in diesem Beratungsprozess nicht berücksichtigen. Dies lässt sich anhand eines fiktiven Beispiels möglicherweise deutlich machen: Mitte 2009 kommt der Änderungswunsch, dass eine Zusatzweiterbildung X integraler Bestandteil eines Facharztes A werden soll. Die Facharztbezeichnung ist aber schon abschließend beraten worden. Die Beratung der Zusatzweiterbildung steht dagegen noch aus. Käme man diesem Änderungswunsch nun nach, wäre die Beratung des Facharztes A zu wiederholen und im Kontext zu anderen Gebieten, die diese Zusatzweiterbildung ebenfalls erwerben können, neu zu bewerten.

Damit wäre man in der Beratungsschleife wieder zurück auf Start geschickt worden. Das Ergebnis eines derartigen Vorgehens kann sich wohl jeder von Ihnen ausmalen.

Diese nachträglich eingereichten Änderungswünsche werden nicht vergessen, sondern wurden schon für weitere Beratungen nach dem Deutschen Ärztetag zusammengestellt. Dies gilt im Übrigen auch für die rechtzeitig eingegangenen Vorschläge. Nichts von dem, was virtuell aus den Regalen im Dezernat 2 verschwunden ist, ist im Schredder oder in einer ominösen Rundablage verschwunden.

Ich möchte dies exemplarisch einmal anhand eines realen Vorgangs zu erläutern versuchen. Die chirurgischen Weiterbildungsgremien hatten anfänglich eine komplette Verschmelzung der Facharztbezeichnungen Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie vorgeschlagen. Es gibt namhafte Zeugen hier im Saal, die bestätigen können, dass ich persönlich bei der Novellierung 2003 dem Facharzt für Allgemeinchirurgie keine lange Zukunft vorhergesagt habe. In der Zwischenzeit musste ich mich von der Realität eines Besseren belehren lassen. Abgesehen von der Notifikationsproblematik in Brüssel, die vielfach als Totschlagargument verdächtigt wird, was sie aber faktisch nicht ist, gibt es in der derzeitigen Versorgungslandschaft in Deutschland tatsächlich noch einen Bedarf an einem Chirurgen, der in der Grundversorgung sowohl viszeralchirurgische als auch unfallchirurgische Inhalte abdeckt. Das wird sich wohl auch in naher Zukunft nicht ändern.

Gleichwohl halte ich nach wie vor, auch als Chirurg, der selbst alle drei beteiligten Facharztbereiche abdeckt, die Forderung aus berufspolitischer Sicht für berechtigt und richtig, aber eben erst dann, wenn dies ohne Turbulenzen und Abstriche im Versorgungsgeschehen möglich ist.

Dies ist nur ein Beispiel von vielen und ich kann verstehen, dass ein Teil der Antragsteller mit der Entscheidung der Weiterbildungsgremien nicht einverstanden ist. Ich kann auch verstehen, dass man dann versucht, durch entsprechende Anträge hier vor dem Ärztetag das Anliegen doch noch durchzusetzen. Aber ich bitte Sie eindringlich, auch im Namen und im Sinne der Weiterbildungsgremien in Land und Bund, deren jahrelange engagierte Arbeit an der Vorlage nicht zu konterkarieren durch Beschlüsse, deren mittelbare und häufig sogar unmittelbare Folgen erst beim zweiten oder dritten Hinsehen erkennbar werden.

(Vereinzelt Beifall)

Dies gilt natürlich erst recht für Anträge, die heute neu gestellt werden, mit teilweise gravierenden Folgen für die Gesamtsystematik. Für derart weitreichende Änderungen sollte zwingend noch einmal die Chance zur vorherigen Konsentierung in den Gremien eröffnet werden.

Wenn ich mir in diesem Zusammenhang noch einen Insidertipp erlauben darf: Eine Vorstandsüberweisung ist der kürzeste Weg, auf dem Ihr Anliegen unmittelbar wieder in den Weiterbildungsgremien landet.

Die Beratungen des Arbeitsausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ wurden im Juni 2009 beendet und das umfangreiche Gesamtpaket inklusive der Dokumentation der bisherigen Beratungsschritte konnte den Landesärztekammern im Juli 2009 zur Beratung zur Verfügung gestellt werden. Dies entspricht dem zweistufigen Normsetzungsverfahren.

Die Landesärztekammern konnten sich nun in internen Beratungen ihre Meinung dazu bilden und ihre Vertreterinnen und Vertreter für die Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ entsprechend mandatieren.

Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ bereitete im Dezember 2009 in einer dreitägigen Sitzung die Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer vor.

Selbst in dem Zeitraum zwischen Dezember und dem Vorstandsbeschluss im Februar trafen immer noch Änderungswünsche ein. Der Vorstand der Bundesärztekammer sah sich dabei in dem Dilemma, im Einzelfall über Punkte entscheiden zu müssen, die nicht im zweistufigen Normsetzungsverfahren beraten worden waren, aber gleichwohl über einzelne Präsidenten als Voten der eigenen Kammer oder Initiativen einzelner Berufsgruppen transportiert worden waren. In einem Fall, nämlich der Zusatzbezeichnung Sozialpädiatrie, wurde dies durch Zurückstellung des Anliegens gelöst, nachdem die Antragsteller von sich aus noch einmal Bedenken hinsichtlich der Umsetzbarkeit deutlich gemacht hatten. Unkritische Änderungen wie beispielsweise die Aufnahme der Fluoreszensangiographie in die Augenheilkunde konnten übernommen werden, weil hierzu ein Prüfungsauftrag vorgelegen hatte und damit auch diese Entscheidung bereits vorab durch die Gremien legitimiert war.

Das Ergebnis der Vorstandsberatung ist der vorgelegte Antrag zur Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf Drucksache III-01.

Jetzt noch einige Hinweise. Wie in Ihren Delegiertenunterlagen ersichtlich und auch von Professor Fuchs schon erwähnt, stehen heute die Weiterbildungsinhalte nicht zur Abstimmung. Die Überarbeitung der Richtlinien wird unmittelbar nach Aufarbeitung der heutigen Beschlüsse in Angriff genommen.

Zu Anträgen, die im zweistufigen Normsetzungsverfahren abschlägig beraten wurden und nun hier auf dem Deutschen Ärztetag erneut gestellt wurden, habe ich mich bereits zuvor geäußert.

Gern nimmt das Weiterbildungsdezernat der Bundesärztekammer unabhängig von dem, was bereits vorliegt, Ihre Anregungen für eine nächste Überarbeitung oder Novelle von bundesweiter Relevanz entgegen. Neben den bereits angeführten Gesichtspunkten aus der ärztlichen Perspektive, insbesondere jener der Weiterzubildenden, sind weitere Gesichtspunkte zu berücksichtigen, und zwar zuallererst und an oberster Stelle die möglichen Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Hierbei

können und sollten wir auch auf Routinedaten aus der Versorgungsforschung, den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und Daten des Statistischen Bundesamts zurückgreifen.

Auch die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten und stationären Weiterbildung müssen bei einer sich ändernden Versorgungslandschaft ausgelotet werden.

Die schon angesprochenen Wechselwirkungen zwischen Weiterbildung und Berufsausübung gilt es nicht nur im rechtlichen Kontext durchzuspielen. Nicht zuletzt ist zu bedenken, dass die Weiterbildung als ureigene Aufgabe der Ärzteschaft nicht zur Disposition stehen darf.

(Beifall)

In diesem komplexen Prozess einer Novellierung, also nicht nur einer Überarbeitung, setzen wir selbstverständlich wiederum auf die konstruktive Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften, ohne die wir natürlich die fachliche Expertise gar nicht einbauen können. Darauf sind wir essenziell angewiesen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, den Vorstandsantrag auf Drucksache III-01 haben Sie rechtzeitig zugesandt bekommen. Den zahlreichen bereits jetzt vorliegenden Anträgen ist zu entnehmen, dass Sie sich sehr intensiv in die Materie eingearbeitet haben, sodass ich glaube, auf eine detaillierte Exegese der einzelnen Änderungen zugunsten der dadurch gewonnenen Diskussionszeit verzichten zu können. Aus 194 Seiten der alten (Muster-)Weiterbildungsordnung sind gemäß der Vorlage 201 Seiten geworden. Wenn Sie den Änderungen zustimmen, also die Streichungen entfallen, wird sich der Umfang der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung gar nicht so sehr ändern. Es könnte sogar sein, dass der Umfang unverändert bleibt.

Ich bitte Sie letztendlich nach der Diskussion und der Vorstellung Ihrer Anträge um Zustimmung zu der überarbeiteten Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2003.

Und noch einmal der Appell – man kann es nicht oft genug wiederholen –: Dies ist keine Novellierung, sondern lediglich eine Überarbeitung des bereits Existierenden. Eine Novellierung aber ist überfällig. Deren Ziel ist die Gestaltung der Zukunft. Weiterbildung braucht eine Perspektive!

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Franz Bartmann, für diese Einführung. Ich hoffe, dass wir jetzt gut durch dieses Konvolut von Anträgen kommen.

Zunächst aber darf ich Herrn Dr. Walter Vorhauer begrüßen, den Hauptgeschäftsführer der französischen Ärzteorganisation. Er spricht glänzend Deutsch. Herzlich willkommen, Herr Dr. Vorhauer!

(Beifall)

Jetzt gibt es einen Antrag von Dr. Peters aus Rheinland-Pfalz zur Geschäftsordnung. Bitte, Herr Peters.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Delegierte! Wir haben eine sehr lange Rednerliste. Deswegen schlage ich vor, von Anfang an eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten zu beschließen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Bitte schön.

Dr. Dreyer, Nordrhein: Wenn ich mir die Rednerliste anschaue, halte ich eine Redezeitbeschränkung auf zwei Minuten oder sogar noch weniger als weitergehenden Antrag für noch sinnvoller.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es ist Redezeitbeschränkung auf zwei Minuten beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist für zwei Minuten? – Wer ist gegen zwei Minuten? – Das müssen wir zählen. Ich frage also noch einmal: Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten? – Wer ist gegen zwei Minuten Redezeitbegrenzung? – Jetzt wird es doch deutlicher. Dann ist Redezeitbegrenzung auf zwei Minuten mit 128 : 67 Stimmen beschlossen. Das ist eine deutliche Veränderung gegenüber der ersten Abstimmung. Es gilt jetzt also eine Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten. Es liegen bereits jetzt 42 Wortmeldungen vor.

Der erste Redner ist Herr Dr. Pickerodt aus Berlin. Bitte.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Trotz der zwei Minuten möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich den Genesungswünschen für Herrn Dr. Koch von ganzem Herzen anzuschließen.

(Beifall)

Ich begrüße außerordentlich, dass sich so viele Kolleginnen und Kollegen zu diesem so eminent wichtigen Thema der Weiterbildung Gedanken machen. Das finde ich hervorragend. Das tun auch solche Kollegen, die sonst nicht in den Weiterbildungsgremien tätig sind. Das finde ich begrüßenswert.

Dennoch: Die große Anzahl der vorgelegten Änderungs- und Ergänzungsanträge wird es uns nicht ermöglichen, in der Sache endgültig über jeden einzelnen Antrag entscheiden zu können. Ich weiß, dass es nach der Geschäftsordnung nicht möglich ist, ein Konvolut von Anträgen an den Vorstand zu überweisen. Ich bitte die Antragsteller, damit einverstanden zu sein, wenn die konkreten Anträge auf Änderung oder Ergänzung oder Festlegung des Vorstands bei einer zukünftigen Novellierung der Weiterbildungsordnung an den Vorstand überwiesen werden, damit dann die sachkompetenten Gremien, auch die hochkompetente Dezernentin Frau Dr. Güntert, diese Anträge sachlich und in Ruhe beraten können.

Meinen zweiten Punkt habe ich schon oft vorgetragen. Ich appelliere an Sie, vor allem natürlich an die Präsidenten der Landesärztekammern: Wenn wir eine Veränderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen haben, sollte diese in den Landesärztekammern so gut es geht auch tatsächlich umgesetzt werden, damit im Interesse der Weiterzubildenden eine Einheitlichkeit in diesem Lande besteht und nicht eine Vielfalt, die es den Kolleginnen und Kollegen unmöglich macht, von einem Bundesland in ein anderes zu migrieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für diesen Beitrag. Das ist ein Ziel, das wir uns seit Jahrzehnten setzen. – Der nächste Redner ist Dr. Schröter aus Thüringen.

Dr. Schröter, Thüringen: Verehrte Damen und Herren! Die Delegierten der Landesärztekammer Thüringen haben mich bestimmt, unseren gemeinsamen Antrag III-29 zur Anrechenbarkeit ambulanter Weiterbildungszeiten für Internisten ohne Schwerpunkt hier zu vertreten. Das übernehme ich gern, weil ich als Internist in einem MVZ an der Schnittstelle ambulant/stationär sehr gut beurteilen kann, wie wichtig dieser Antrag für die Qualität der Weiterbildung in unserem Fach Innere Medizin ist. Viele andere Internisten in Deutschland haben in den vergangenen Jahren ihre Befugnis für die Weiterbildung in der Ambulanz verloren, darunter niedergelassene Kollegen, MVZ-Chefs und ermächtigte Internisten an Universitäts- und Krankenhausambulanzen.

Innere Medizin ist aber kein stationäres Fach, jedenfalls kein rein stationäres Fach. Zu meiner Weiterbildungszeit gab es für angehende Internisten noch ein halbes Pflichtjahr in der Krankenhausambulanz. Auch heute noch ist die Kenntnis der internistischen Symptomkonstellation in einer Fachsprechstunde von großem Wert für die stationäre Tätigkeit. Aber inzwischen sind nur noch wenige Weiterbildungsstätten in Deutschland zur ambulanten Weiterbildung befugt. Das ist bedenklich. Noch bis 2003 waren ambulante Weiterbildungsabschnitte auf die Weiterbildungszeit von Internisten anrechenbar, nicht verpflichtend, aber doch als Option.

Dass diese sinnvolle Regelung verlassen wurde, hing mit der damaligen Verschmelzung von Innerer Medizin und Allgemeinmedizin zusammen. Wer auf dem

106. Deutschen Ärztetag in Köln dabei war, weiß, dass diese Verschmelzung keine Liebesheirat war. Nun hat die Allgemeinmedizin im sprichwörtlich verflixten siebenten Jahr eine einvernehmliche Scheidung beantragt. Wenn der diesjährige Ärztetag der Scheidung der beiden Gebiete zustimmen wird – das ist ja zu erwarten –, dann sollten wir wie ein gutes Familiengericht eine gerechte Scheidungsfolgenregelung treffen. Einer verlassenen Braut kann man natürlich nicht die Jungfräulichkeit zurückgeben. Aber die Innere Medizin hat es nicht verdient, auf lange Sicht als einziges klinisches Fach auf die Möglichkeit ambulanter Weiterbildungsabschnitte verzichten zu sollen, weil der ehemalige Bräutigam bei der Hochzeit es so wollte. Beide Gebiete sollten sich zukünftig selbstbestimmt weiterentwickeln können.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall – Unruhe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das Wort hat jetzt Frau Privatdozentin Borelli aus Bayern. Bitte.

PD Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu zwei Anträgen sprechen, nämlich dem Antrag III-01-006 und III-01-003. Das sind die beiden ersten Anträge in der Abstimmungsfolge. Es geht mir um die Möglichkeit, in Teilzeit Weiterbildung zu machen und auch eine Weiterbildungsberechtigung auszuüben. Die Änderung des Vorstands, die uns hier in der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorgelegt wird, sieht vor, dass in der Regel gewährleistet ist, dass eine Teilzeittätigkeit von mindestens 50 Prozent der wöchentlichen Arbeitszeit möglich ist.

Ich möchte, dass es nicht „in der Regel“ heißt, sondern dass es auf jeden Fall gewährleistet wird. Es würde einen Rückschritt im Hinblick auf die vorhergehende Weiterbildungsordnung bedeuten, wenn wir ein Ermessen zulassen. Es muss im Jahr 2010 doch in Deutschland möglich sein, 50 Prozent Weiterbildung in Teilzeit zu leisten. Das heißt ja nicht, dass man jeden Tag halb arbeitet, sondern das heißt nur, dass man beispielsweise einen Turnus von einer Woche voll und einer Woche nicht arbeiten hat.

Wir müssen daran denken, dass wir mehr Frauen als Männer in der Weiterbildung haben. Diese müssen ihre Weiterbildung abschließen können. Deshalb bitte ich Sie, dem Antrag III-01-006 zuzustimmen.

(Beifall)

Der zweite Antrag beschäftigt sich mit der Weiterbildungsbefugnis. In der vorliegenden (Muster-)Weiterbildungsordnung ist neu eingeführt worden, dass der befugte Arzt die Weiterbildung persönlich zu leiten – das ist wie bisher – und grundsätzlich ganztägig durchzuführen hat. Das würde bedeuten, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, von der Kammer keine Weiterbildungsbefugnis erhalten können. Das kann es einfach nicht sein. Das ist nicht zeitgemäß.

(Beifall)

Es muss natürlich gewährleistet sein, dass die Weiterbildung ganztägig durchgeführt wird, aber das können sich auch zwei Kolleginnen und Kollegen teilen. Ich bitte Sie also, dem Antrag III-01-003 ebenfalls zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Kollegin Borelli. – Jetzt hat Herr Professor Haubitz aus Niedersachsen das Wort.

Prof. Dr. Haubitz, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Gestatten Sie mir als dem Vorsitzenden des Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Niedersachsen zum Vorgehen einige Bemerkungen als Betroffener und natürlich auch als Engagierter. Die 13 Ordner, die uns Herr Bartmann, für dessen sehr staatsmännische Initialrede ich von dieser Stelle aus danken möchte, vorgestellt hat, zu komprimieren auf ein handliches Konvolut von einem Ordner, das die Ärztekammern zur Verfügung gestellt bekommen haben als Konzentrat aller Wünsche, die sämtliche Fachgesellschaften und Berufsverbände haben einbringen können, ist in der Zeit eine erhebliche Leistung. Wir sollten dem Dezernat von Frau Güntert und ihren Mitarbeitern dafür danken, dass dies in der kurzen Zeit geleistet worden ist. Dies muss an dieser Stelle eindeutig gesagt werden.

(Beifall)

Damit hatten die Weiterbildungsgremien der Ärztekammern auf Länderebene eine Arbeitsgrundlage, mit der gearbeitet werden konnte. Ich möchte darauf hinweisen, dass in diesen Gremien Personen sitzen, die jahrelang – im Falle von Niedersachsen einmal im Monat sechs Stunden – gemeinsam tagen und in der Zeit, da sie nicht zusammensitzen, die gleichen Akten lesen. Dies verbindet und führt zur Bereitschaft zum Konsens.

Wir haben auf der Grundlage dieses Papiers eine Sondersitzung unseres Weiterbildungsausschusses von zwei Tagen durchgeführt. Zwei Tage, elf Personen und ein zünftiger Kameradschaftsabend – das war eine gute Synthese mit vielen Kompromissen. In unserem Weiterbildungsausschuss verträgt sich der Radiologe mit dem Orthopäden und der Internist mit dem Hausarzt. Das war schon vorher so.

Dann hatten wir eine Sondersitzung der Kammerversammlung. Wir haben das Ganze ratifizieren lassen, sind nach Berlin gereist und haben unser konsentiertes Ergebnis in die Ständige Konferenz eingebracht. Ein transparenteres Verfahren und eine demokratischere Konzentration von Meinungsbildung als dieses Verfahren kann man nicht haben, meine Damen und Herren.

Ich möchte Sie bitten, hier im Hohen Hause nicht durch einen emotionalen Vortrag von Partikularinteressen diejenigen zu desavouieren, die Tage und Nächte damit zugebracht haben, zu einer Synthese zu gelangen.

(Beifall)

Wenn wir die Synthese heute hier in diesem Hohen Hause nicht fortsetzen können, dann entgleitet uns die Weiterbildung und ist verloren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Haubitz. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Martin Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Hat diese Weiterbildungsordnung gehalten, was wir uns vor acht oder zehn Jahren von ihr versprochen haben oder was uns versprochen wurde? Ich glaube: nicht in allen Fällen. Sie ist auf unübersichtliche 200 Seiten angewachsen – Tendenz steigend – und sie ist inhaltlich überfrachtet mit vielen Detailregelungen. Der Schlingerkurs um die Allgemeine und Innere Medizin hat ein Übriges dazu getan, an einem geschlossenen Konzept zu zweifeln, und hat dazu die in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen erheblich verunsichert.

Es sei deshalb die Frage erlaubt: Für wen ist diese Weiterbildungsordnung eigentlich gedacht? Für die Weiterzubildenden? Ich befürchte: nein. Ich weiß, dass diese die Weiterbildungsordnung zum Teil nicht mehr verstehen. Hand aufs Herz, liebe Kolleginnen und Kollegen: Wer von Ihnen weiß den Unterschied zwischen angerechneten und abgeleisteten Weiterbildungszeiten?

Verhilft sie dem Weiterbildungsbefugten zu klarer Strukturbildung in der Vermittlung von Inhalten? Oder sind die Weiterbildungsbefugten in Anbetracht der Anforderungen eher verschreckt? Bietet sie den Patienten Orientierung, den richtigen Spezialisten für ihr Problem zu finden? Können Patienten unterscheiden zwischen diabetologischer Grundversorgung, Zusatzweiterbildung Diabetes und Schwerpunkt Diabetes?

Profitiert haben von der Weiterbildungsordnung allerdings die Fachgesellschaften. Diese haben sich selbst geadelt, indem sie oftmals überhöhte Anforderungen in der Weiterbildungsordnung unterbringen konnten.

Und noch eines: Es gibt in der Weiterbildungsordnung unerträgliche Asymmetrien. Das betrifft besonders die Zusatzweiterbildungen. Nehmen wir zwei Extreme: Die Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie erfordert drei Jahre harte Arbeit, für die Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung reicht ein Wochenkurs. Das kann es nicht sein! Die Beispiele ließen sich fortsetzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir werden heute neue Änderungen, Ergänzungen und neue Hürden diskutieren und wahrscheinlich auch beschließen. Aber wenn Sie nächste Woche zu Hause sind – das ist ein Appell, kein Antrag –, dann beginnen Sie in Ihren Kammern eine Diskussion darüber, wie diese Weiterbildungsordnung verschlankt, entrümpelt, direkter und anwenderfreundlich gestaltet werden kann. Sie muss machbar werden, versorgungsorientiert und sie muss die Weiterbildenden im Fokus haben, nicht die Interessen der Fachgesellschaften.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben und dass ich überziehen durfte.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Bolay. – Als nächster Redner Herr Dr. Hoffert aus Berlin.

Dr. Hoffert, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bitte Sie, dem Antrag des Vorstands zur (Muster-)Weiterbildungsordnung, hier speziell zur Wiedereinführung des Gebiets Allgemeinmedizin, zuzustimmen. In Rostock konnten wir noch hoffen, den Dualismus in der hausärztlichen Versorgung zu überwinden, also das Nebeneinander von Allgemeinmedizin und Hausarztinternisten zu erreichen. Sie wissen: Wir haben damals mit größten Bauchschmerzen einem Kompromiss zugestimmt.

Das Koch'sche Modell hatte etwas Überzeugendes, obwohl klar war, dass das gemeinsame Gebiet Innere und Allgemeinmedizin zwei ganz unterschiedliche sozialrechtliche Versorgungsebenen in einen Topf wirft, nämlich die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber hatte diese beiden Ebenen ja schon vor Jahren getrennt.

Auch die Frage der Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin" hätte gelöst werden können. Die Bezeichnung darf bis heute nicht geführt werden, weil sie in Brüssel für den Hausarzt nicht notifiziert ist. Das wäre aber kein Hindernis gewesen, wenn alle Landesärztekammern gleichzeitig den neuen Facharzt eingeführt hätten. Ja, wenn das Wörtchen „wenn" nicht wär!

Aber wir liefen dann in die Föderalismusfalle. Fünf Landesärztekammern haben den Kompromiss nicht getragen. Über Münster will ich erst gar nicht sprechen.

Die Frage, die sich nicht nur mir, sondern den Kollegen draußen in Deutschland stellt, lautet: Macht ein föderales System bezüglich der Weiterbildung von Ärzten Sinn? Müssen Menschen in Schleswig-Holstein anders behandelt werden als in Bayern? Gibt es in der Morbidität unterschiedliche Weiterbildungen der Ärzte, die das rechtfertigen? Von den unterschiedlichen Vergütungen für gleiche Behandlungen in Bayern oder in Schleswig-Holstein will ich gar nicht reden.

Ist es sinnvoll, unterschiedliche Weiterbildungsordnungen zu schaffen? Führen wir uns damit nicht selbst ad absurdum? Ist es nicht gerade die Aufgabe von Ärztetagen, die negativen Auswirkungen des Föderalismus zu verhindern?

Wir müssen Konsequenzen aus dem Scheitern von Rostock bezüglich der Hausarztmedizin ziehen: zunächst einmal ein geordneter Rückzug auf die Position vor Rostock, aber dann – noch wichtiger – müssen wir Verbindlichkeit bei der Umsetzung von beschlossenen (Muster-)Weiterbildungsordnungen schaffen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Hoffert. – Als nächster Redner Herr Kollege Dr. Nowak aus Hessen.

Dr. Nowak, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu meinem Antrag III-01-007, in dem es um die Flugmedizin geht. In der Flugmedizin befinden wir uns zurzeit in einem sehr steilen Sinkflug und stehen kurz vor der Bruchlandung, denn der ärztliche Nachwuchs ist weggebrochen. Warum? Wir haben mit der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung eine sechsmonatige vollzeitige Weiterbildung bei einem Befugten geschaffen. Aber wo ist sie leistbar? Die insgesamt fünf flugmedizinischen Zentren in der Bundesrepublik sind allenfalls in der Lage, ihren eigenen Nachwuchs weiterzubilden, aber keinen externen.

Auf der anderen Seite hat der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen verschärft. Es ist für bestimmte Klassen gefordert, dass die Inhaber der fliegerärztlichen Untersuchungsstellen die Zusatzbezeichnung Flugmedizin haben müssen. Wir haben vor fünf Jahren 800 fliegerärztliche Untersuchungsstellen gehabt. Bei einer neuen Abfrage musste ich feststellen, dass davon noch genau 402 übrig geblieben sind, bei weiter abnehmender Tendenz.

Die fünf flugmedizinischen Zentren sind nicht in der Lage, alle Piloten zu untersuchen, insbesondere die Privatpiloten. Auf der anderen Seite ist es keinem Kollegen möglich, eine sechsmonatige Weiterbildung an einem solchen Zentrum zu absolvieren, weil einerseits keine Stellen zur Verfügung stehen und weil andererseits der Kollege schwerlich die Möglichkeit hat, dort hinzukommen.

Wir haben in Hessen seit 2007 diese alternative Weiterbildung gewählt, und zwar mit positivem Erfolg. Insgesamt konnten wir bei dem alternativen Weiterbildungsgang acht Personen weiterbilden. Aber es war nicht möglich, einen Einzigen mit der sechsmonatigen Weiterbildung durchzuziehen.

Dieses Verfahren hat sich bewährt. Ich möchte Sie bitten, diesem Antrag zuzustimmen, damit wir keine Crashlandung machen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das ist ein sehr wichtiges Thema. Für diejenigen, die sich damit ein bisschen beschäftigen, ist das wirklich ein wichtiges Thema. Sonst müssten wir dort Schlangen erwarten. Der stellvertretende Vorsitzende des Hartmannbundes, Herr Dr. Quast, kann uns ein Lied davon singen, wie es dort aussieht. Dieses Thema muss bewältigt werden. – Jetzt ist Herr Dr. Lutz an der Reihe.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu den Anträgen 01-016 und 01-008 und einen weiteren Antrag von Frau Gitter zur Frage der Chirurgie, der gerade umgedruckt wird. Ich möchte mich bei Herrn Bartmann ganz besonders dafür bedanken, dass er deutlich gemacht hat, dass es mit dieser Weiterbildungsordnung um die Zukunft unserer jungen Kollegen geht, keineswegs um die Aufrechterhaltung oder gar die Reanimation einer Situation, wie sie jetzt besteht. Deshalb müssen wir genau daran denken: Was ist denn die Versorgungswirklichkeit von morgen? Wir dürfen uns nicht am Heute orientieren. Ich bitte

all jene Kollegen um Verständnis, die jetzt die Kompetenz errungen haben, sowohl die Unfallchirurgie als auch die Viszeralchirurgie zu vertreten. Die Klinikträger werden nur dann gezwungen, die Abteilungen zu trennen und in die Kompetenzen der einzelnen Gebiete zu überführen, wenn dies tatsächlich so erwartet wird. Ansonsten sagen sie immer: Wir kriegen schon einen, der alles kann. Diese Chirurgen, die alles auf allen Gebieten können, gehören zur Historie.

Ich möchte Sie fragen: Wohin gehen Sie denn, wenn es die Hüfte ist oder wenn es Ihre Gallenblase ist? Sie schauen doch auch: Wer macht die Viszeralchirurgie? Wer macht die andere Chirurgie?

Deshalb meine ich: Eine vernünftige Trennung auf dieser Ebene ist genau das, was unsere jungen Kollegen in die richtige Zukunft führt. Ich meine, der notwendige Zwang muss von uns ausgehen und muss sich letzten Endes in der Weiterbildungsordnung abbilden. Aus diesem Grunde sollte das große Gebiet der Chirurgie zum einen in Unfallchirurgie und Orthopädie und zum anderen in Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie aufgeteilt werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Lutz. – Der nächste Redner ist Herr Zimmeck aus Hessen.

Zimmeck, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Diese Weiterbildungsordnung mag sehr viel Hirnschmalz enthalten und sehr viele gute Ideen, aber ein wesentlicher Punkt ist vergessen worden: Unsere Weiterbildungsassistenten befinden sich in einer unglaublich schlechten Stellung. Diese Stellung wird durch diese Ordnung weiter geschwächt. Es ist zentrale Aufgabe der Ärzteschaft, dafür zu sorgen, dass die nachrückende Generation unser Wissen weiterentwickeln kann. Dafür sehe ich wesentliche Mankos in dieser Ordnung.

Meine Ausbildung wurde zu wesentlichen Teilen dadurch bestimmt: Der Assistent hält die Haken und die Schnauze. Das kennen die meisten von Ihnen. Ich wünsche mir, dass für die nachfolgenden Generationen der Weg zu einer guten Ausbildung leichter wird und nicht mit dieser übermächtigen Position von Lehrern und Ordinarien besetzt wird.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

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

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie erinnern sich, dass wir im vergangenen Jahr sehr intensiv darüber diskutiert haben, ob wir überhaupt schon eine Novellierung der Weiterbildungsordnung beschließen wollen. Es gab damals durchaus Stimmen, die gesagt haben: Das ist eigentlich zu früh, wir brauchen dafür mehr Zeit.

Wir haben jetzt nach einem Verfahren, das Herr Bartmann hier ausgezeichnet dargestellt hat, mit welchem Aufwand dieses betrieben wurde, einen Vorschlag vorliegen, der einen Minimalkonsens zwischen allen Landesärztekammern darstellt, der aber von allen getragen wird. Wir sehen uns jetzt mit der Situation konfrontiert, dass es wieder eine Vielzahl von Änderungs- und Ergänzungsanträgen gibt, zum Teil aus den Landesärztekammern heraus, die diese womöglich in Berlin in der Ständigen Konferenz beraten haben und hier erneut solche Anträge stellen, die in der Ständigen Konferenz nicht mehrheitsfähig waren.

Ich glaube, so können wir es nicht handeln. Dort, wo es definitiv Fehler gibt, sollten sie beseitigt werden. Das ist beispielsweise im Bereich der Akupunktur der Fall. Das ist ein Antrag, der allzu berechtigt ist und den man entsprechend einpflegen kann. Darüber hinaus sollten wir Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge, auch Vorschläge, die in die Zukunft reichen, an den Vorstand überweisen und uns die Möglichkeit eröffnen, in der Ständigen Konferenz „Weiterbildung“ erneut zu beraten, damit Ihnen anschließend ein zukunftsweisendes Konzept vorgelegt werden kann.

Wenn wir hier Schnellschüsse machen, haben wir neue Probleme in der Umsetzung. Damit wird womöglich die Tür für Abweichungen in einzelnen Ländern geöffnet. Das täte der Weiterbildung in Deutschland nicht gut.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Voigt. – Jetzt Herr Kollege Müller aus Berlin.

Dr. Müller, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie, dem Antrag zur Reintegration der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ in die Fachgebiete der Urologie, der Gynäkologie und der Dermatologie zuzustimmen. Dieser Antrag liegt als Drucksache III-12 vor. Die Behandlung von Tumorpatienten gehört zur Kernkompetenz der gesamten Fachgebiete. In den Gebieten der Urologie und der Gynäkologie werden zusammen mehr als 50 Prozent aller Tumorfälle behandelt. Eine Sicherstellung der flächendeckenden onkologischen Versorgung in den bezeichneten Fachgebieten kann nur bei einem Verbleib dieser Zusatzweiterbildung im jeweiligen Fachgebiet gewährleistet werden.

Ein weiteres generelles Problem der Zusatzweiterbildung ist die Verlängerung der Ausbildungszeiten. In diesen bezeichneten Fachgebieten ist es essenziell, mehrere Zusatzweiterbildungen zu erwerben. Das führt zu einer massiven Verlängerung der Weiterbildungszeiten, was diametral den Bestrebungen entgegensteht, einen kommenden Ärztemangel zu beherrschen.

Die Konsequenz daraus sollte die Reintegration der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ in die Fachgebiete Urologie, Gynäkologie und Dermatologie sein, zumal eine solche Lösung bereits in der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in den Fachbereichen Gastroenterologie und Strahlentherapie vergleichbar existiert und auch funktioniert. Aus diesem Grunde haben wir uns mit der Ebene der Landesärztekammer Berlin diesen Gedanken zu eigen gemacht und die Reintegration der medikamentösen Tumortherapie in die genannten Fachgebiete lokal umgesetzt. Wir sind der Meinung, dass es sich dabei um die richtige Verfahrensweise handelt, und beantragen eine gleichwertige Umsetzung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächster Redner Herr Dr. Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag III-018. Die bildgebenden Verfahren sind in der fachärztlichen Diagnostik ein unersetzlicher Baustein. Wenn eine sinnvolle ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung dauerhaft erhalten bleiben soll, dann müssen die Instrumente fachärztlicher Diagnostik dem Facharzt zur Verfügung stehen. Insbesondere die beim Facharzt angesiedelte direkte Möglichkeit der diagnostischen Klärung ist ein wesentlicher Baustein für eine effiziente patientenzentrierte Versorgungsstruktur.

Dies wird umso bedeutsamer, weil sich die fachärztliche Versorgung in den nächsten Jahren immer weiter ausdünnen wird und somit die Delegation von diagnostischen Prozessen zu grotesken Versorgungszuständen führen würde.

Wie sieht bisher die Versorgung aus, festgemacht an einem bildgebenden Verfahren, dem Röntgen? Zitat: In der ambulanten Versorgung wird bei gesetzlich Krankenversicherten nur etwa jede 40. Röntgenuntersuchung von Vollgebietsradiologen vorgenommen. Drei Viertel der Untersuchungen dagegen entfallen auf die sogenannten Teilgebietsradiologen. 32 Prozent der Untersuchungen machen Orthopäden, 13 Prozent aller Fälle Röntgenchirurgen, 7 Prozent der Untersuchungen nehmen Internisten vor. Die übrigen nehmen andere Facharztgruppen vor.

Die medizinische Entwicklung schreitet jedoch immer weiter, sodass die heutige Festlegung auf nur ein bildgebendes Verfahren dauerhaft die Realität der fachärztlichen Diagnostik kaum ausreichend erfassen kann. Daher, meine sehr verehrten Damen und Herren, sollten die notwendigen bildgebenden Verfahren in den jeweiligen Fachgebieten integraler Bestandteil des jeweiligen Facharztes sein und auch bleiben.

(Beifall)

Extrem wichtig wird die Etablierung dieses breit vorbereiteten Facharztes bei der sich immer weiter ausdünnenden Ärztedichte, die zwingend eine vollständige Diagnostik direkt beim Facharzt notwendig macht.

Daher, meine sehr verehrten Damen und Herren, bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Frau Borelli, es ist klar: Der Antrag III-01-003 muss Bestand haben. Wir fordern Teilzeitmöglichkeiten für Frauen und auch für Männer, die eine Arbeit neben ihrer Tätigkeit im Krankenhaus ausüben wollen. Deswegen ist das Wort „grundsätzlich“ enthalten. Unser Nachwuchs muss eine strukturierte Weiterbildung haben. Das muss klar und deutlich dargestellt sein. Wir sollten aufhören mit der Diskussion Frau oder Mann. Wir müssen das so strukturieren, dass sich alle Ärzte wiederfinden, regelhaft. Deswegen reicht der Begriff „grundsätzlich“. Ich denke, wir sollten es nicht weiter bürokratisieren. Ich empfehle Ihnen, es bei der Regelung „grundsätzlich“ zu belassen.

Bei der Allgemeinchirurgie haben wir verschiedene kleinste Kurven schon hinter uns. Der Nürburgring ist eine gerade Strecke dagegen. Ich bitte Sie, diesmal dem Gebiet Allgemeinchirurgie die Nummer eins in der Weiterbildungsordnung zuzugestehen. Nur ein Beispiel: Ich habe in der Diskussion um die Lehrstühle an den Universitäten in Nordrhein-Westfalen immer wieder eine Absage mit der Begründung erhalten, die Allgemeinchirurgie sei ja schon in der Allgemeinmedizin enthalten. Das kann es natürlich nicht sein. Wenn wir dem Nachwuchs eine Perspektive geben wollen, dass die Allgemeinmedizin eigenständig, souverän ist, muss es auch eine eigene Lehrstuhlinitiative geben.

Die Chirurgie muss neu geregelt werden. Wir wollen heute ja nicht auf die Inhalte eingehen. Wir müssen die allgemeine Chirurgie als grundsätzliche Versorgungsebene beibehalten. Wir sind uns alle klar: Wir brauchen eine neue Weiterbildungsordnung. Ich fordere Sie auf, in naher Zukunft einen Deutschen Ärztetag ausschließlich der Weiterbildung zu widmen. Wir sollten nicht aus der Hüfte schießen, keine Schnellschüsse machen. Wir brauchen eine homogene Regelung, damit wir unserem Nachwuchs eine nachhaltige, für jeden nachvollziehbare Ordnung präsentieren können.

Danke, dass Sie mir zugehört haben. Stimmen Sie richtig ab!

(Beifall)

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

Dr. Schröter, Thüringen: Einen geplanten kleinen Redebeitrag zu einem konkreten weiteren Antrag aus Thüringen stelle ich zurück, meine Damen und Herren, und möchte stattdessen zum Thema Föderalismus noch etwas sagen. Die insgesamt drei Thüringer Anträge zur Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sind in einem aufwendigen Konsentierungsprozess unserer regionalen Kammergremien erarbeitet worden. Sie werden bei uns vom Hausärzteverband, von den fachärztlichen Berufsverbänden, vom Marburger Bund und allen anderen wichtigen Verbänden der Ärzteschaft mitgetragen. Sie haben weder im Weiterbildungsausschuss noch im Kammervorstand einen Dissens hervorgerufen.

Die Antragstellung zielt auf das Verfahren, das von der Bundesärztekammer eingeführt wurde, also auf die Novellierung. Es geht nicht darum, sofort Schnellschüsse zu machen. Es sind keine Lobbyanträge, sondern es sind mühsam erarbeitete Konsensanträge. Das bitte ich zu beachten.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Schröter. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Dreyer aus Nordrhein.

Dr. Dreyer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Jetzt bin ich selber Opfer meines Antrags auf Beschränkung der Redezeit auf zwei Minuten. Ich werde zusehen, dass ich mit zwei Minuten auskomme.

Herr Bartmann, Ihre einleitenden Worte haben mir sehr gut gefallen, vor allen Dingen, dass Sie von dem Tagezählen wegkommen wollen. Wenn wir uns überlegen, dass der Deutsche Ärztetag, wenn man für ihn nicht seinen Tarifurlaub nimmt, quasi abgezogen werden müsste, muss man froh sein, dass nicht immer Erbsen gezählt werden.

Man kann nicht oft genug wiederholen, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir von einem zweistufigen Normsetzungsverfahren, das auch durch Europa getriggert wurde, sprechen, sodass wir uns wirklich nur mit den weitgehend redaktionellen Änderungen beschäftigen sollten. Sosehr ich Claudia Borelli auch schätze: „in der Regel“ ist quasi „in jedem Fall“. „In jedem Fall“ nimmt uns in den Kommissionen die Möglichkeit, eventuell einmal zugunsten der Weiterzubildenden und der Weiterbilder abzuweichen. Von daher plädiere ich für Vorstandsüberweisung.

Der Antrag III-01-003 zur ganztägigen Tätigkeit ist in seiner Begründung leider nicht ganz richtig. Wir wollen ja davon wegkommen, dass ein einzelner Chefarzt, der quasi zwei Zweigstellen hat, in beiden der Weiterbilder ist. Wir wollen ja, dass in diesem Fall ein zweiter von ihm genannter Oberarzt ganztägig vor Ort anwesend ist. Anderenfalls geraten wir in die Bredouille, dass der Chefarzt vor Ort sagt: Im Krankenhaus A bin ich von 8 bis 16 Uhr in der Weiterbildung, danach mache ich im Krankenhaus B von 16 bis 20 Uhr die Weiterbildung, also kann ich in zwei Weiterbildungsstätten tätig sein.

Davon müssen wir in meinen Augen wegkommen. Das ist sonst sehr universitär.

(Beifall)

Ich habe dankbar zur Kenntnis genommen, dass im Zusammenhang mit Antrag III-20 die Teilprüfungen zurückgenommen worden sind.

Lieber Herr Bartmann, eine Ihrer Folien hat mir nicht ganz so gefallen. Sie haben beim zeitlichen Ablauf der Novellierung der Weiterbildungsordnung geschrieben: 20??. 201? wäre besser gewesen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dreyer. – Jetzt bitte Frau Dr. Schuster aus Brandenburg.

Dr. Schuster, Brandenburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie, dem Antrag 01-002 zuzustimmen. Die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sieht eine Reduzierung der Weiterbildungsinhalte des Facharztes für Viszeralchirurgie vor. Damit wird der Realität Rechnung getragen. Die Implementierung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Viszeralchirurgie“ ist eine logische Konsequenz. Der Zugang zu dieser Zusatzweiterbildung besteht jedoch nur für den Facharzt für Viszeralchirurgie.

Die Weiterbildungsinhalte nach der Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wären jedoch nahezu identisch bis auf das eine Jahr Orthopädie und Unfallchirurgie in der Allgemeinchirurgie.

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung sollte es deshalb heißen:

> *Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung „Spezielle Viszeralchirurgie“: Facharzt für Allgemeinchirurgie, Facharzt für Viszeralchirurgie.*

Wir in Brandenburg haben das auf unserer Kammerversammlung so beschlossen. Ich bin autorisiert, diesen Antrag vorzubringen. Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Recht herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Schuster. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihr Augenmerk auf den Antrag III-01-009 lenken. Es geht darum, dass ein Facharzt für Neurologie fünf Jahre seine Weiterbildung gemacht hat und noch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie werden möchte. Er muss dann ein Jahr in dem Gebiet Neurologie tätig sein. Das kann man den Kollegen doch nicht zumuten. Man kann sagen: Ein halbes Jahr wird für den Facharzt für Neurologie für die neurologische Zeit anerkannt.

Ich hoffe, Sie werden sich ein Bild machen und mir zustimmen, gerade im Sinne der jungen Kollegen. Stimmen Sie dem Antrag 01-009 bitte zu und überweisen Sie ihn nicht an den Vorstand.

Ferner möchte ich zum Antrag 01-011 sprechen. Stellen Sie sich vor, Sie haben den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin gemacht, bewerben sich um einen Chefarztposten und werden abgelehnt, weil Sie in Ihrer Weiterbildung zu wenig Akutmedizin gelernt haben. Das kann nicht sein. Deshalb ist die Verlängerung der ambulant anrechenbaren Weiterbildungszeit auf 24 Monate abzulehnen. Sie sollte bei zwölf Monaten bleiben. Der Akutmedizin muss besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dies ist auch abgesprochen mit dem Bundesverband der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin.

Ich bitte Sie also, die Anträge 01-009 und 01-011 im Interesse der jungen Kollegen anzunehmen und nicht an den Vorstand zu überweisen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

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

Dr. Schulze, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Als Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses in Baden-Württemberg möchte ich mich selbst einmal sehr herzlich bei Frau Güntert und Herrn Bartmann für die Erstellung des Antrags III-01 bedanken. Für die Überarbeitung und erst recht für die Novelle der Weiterbildungsordnung ist eine intensive Sachdiskussion erforderlich. Das zweistufige Normsetzungsverfahren gibt erstmals die Sachdiskussion auf Länder- und Bundesebene frei. Diese Möglichkeit sollte von allen Landesärztekammern genutzt werden. Die Allgemeinmedizin mit ihrer speziellen Bedeutung muss zum heutigen Zeitpunkt sozusagen extraordinär behandelt werden.

Der Antrag 01-005, der die Akupunktur betrifft, stellt meiner Ansicht nach nur eine redaktionelle Korrektur des Vorstandsantrags dar.

Generell muss man sagen, dass ein Großteil der Änderungsanträge, die jetzt gestellt werden, von Ärztekammern oder Fachgesellschaften kommen, die sich nicht an diesem zweistufigen Normsetzungsverfahren beteiligt haben oder sich erst ganz spät daran beteiligen wollten. Deshalb konnten die Ergebnisse in der Ständigen Konferenz nicht berücksichtigt werden.

Ich bitte Sie, bei der ganzen Diskussion über die Weiterbildungsordnung zu berücksichtigen, dass wir die Ergebnisse der Evaluation bei der Novelle der Weiterbildungsordnung einarbeiten sollen. Also bitte keine Diskussion in der Sache zu den Änderungsanträgen, sondern Überweisung an den Vorstand. Der nächste Termin für die Ständige Konferenz ist bereits festgelegt: Es ist der 22. Juli dieses Jahres.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Schulze. – Jetzt freuen wir uns auf Frau Professor Braun.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Sehr verehrter Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vor acht Jahren begann in Rostock der gemeinsame Weg zweier Fachgebiete mit unterschiedlichem Arbeitsansatz: von hausärztlichen Internisten und Allgemeinärzten. Der Doppelfacharzt wurde geboren – weltweit ohne seinesgleichen. Es gab für beide Fachgebiete Einschnitte und Defizite, die die Internisten 2007 in Münster schließlich dazu bewogen, auszusteigen und den allgemeinen Internisten erfolgreich wieder einzuführen.

Folgerichtig sollte auch die Allgemeinmedizin diese Sackgasse verlassen dürfen. *Wir* sind also die vor drei Jahren verlassene Braut.

(Vereinzelt Beifall)

Ich bin froher Hoffnung, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir als großes Fach, die wir Patienten in Prävention, Kuration und Rehabilitation ein Leben lang betreuen, wieder unser eigenes Fach bekommen. So wie jeder Mensch einen eigenen Namen für seine Identität braucht, so benötigen auch wir ihn existenziell. An den Universitäten, um unser Selbstverständnis schon früh den Studierenden nahezubringen, und vor allem für unsere Patienten brauchen wir eine strukturierte Weiterbildung, die sich an den Beratungsanlässen ausrichtet. Die Hin- und Hertaktiererei muss endlich vorbei sein!

Wir haben die letzten Jahre genutzt, aus der Not der nicht mehr besetzbaren Arztsitze die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin effizienter zu machen. In nahezu allen Bundesländern gibt es inzwischen Verbünde, die eine Weiterbildung im Paket anbieten. Koordinierungsstellen für Allgemeinmedizin werden bei den Ärztekammern und den KVen installiert. Wir sorgen dafür, dass die Weiterbildung attraktiver wird. Dazu brauchen wir Selbstverständnis und Identität. Ich bitte Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, ganz eindringlich, dem Fach Allgemeinmedizin wieder einen eigenen Namen zu geben.

Haben Sie vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Braun. – Nunmehr Herr Deutschmann aus Niedersachsen.

Deutschmann, Niedersachsen: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich danke der übergeordneten Regie, die es mir ermöglicht hat, alsbald nach Herrn Ramm sprechen zu können. Ich möchte zu seinem Antrag Stellung nehmen und Sie bitten, diesen Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern ihn abzulehnen.

Herr Ramm hat ausgeführt, dass er eine Änderung der Weiterbildungsordnung herbeiführen möchte, um den Kollegen den Doppelfacharzt Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychotherapie zu ermöglichen. Ich kann mir zwar vorstellen, dass es im Interesse der Weiterbildungsassistenten ist, aber ich glaube nicht, dass es der Qualität dient – zumindest gilt das für mein Fachgebiet; ich bin Facharzt für Neurologie und leitender Oberarzt an einer großen neurologischen Klinik –, in der Weiterbildungsordnung die Zeiten für die Weiterbildung in der Neurologie ständig zu verkürzen. Es werden nur noch 24 Monate stationäre Neurologie als Mindestzeit gefordert. Es kommen sechs Monate Intensivmedizin hinzu. Ansonsten können Sie neben der Psychiatrie von zwölf Monaten, die Pflichtteil ist, noch zwölf Monate in der Allgemeinmedizin, in der Inneren Medizin, in der Anatomie, in der Neurochirurgie usw. zubringen. Für die eigentliche Weiterbildung beispielsweise in den neurophysiologischen Untersuchungsteilen bleibt überhaupt keine Zeit.

Wenn die psychiatrische Weiterbildungszeit erweitert wird, verschlechtert sich die Weiterbildungsmöglichkeit innerhalb der Neurologie.

Ich halte diesen Antrag des Kollegen Ramm für den Versuch, auf kaltem Wege den Nervenarzt wieder einzuführen. Vielleicht kommt im nächsten Jahr die Erweiterung auf zwei Jahre Psychiatrie. Dann haben wir genau das Konstrukt, das wir 2003 mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung verlassen haben. Die Nervenheilkunde ist bewusst aus der Weiterbildungsordnung entfernt worden. Dabei soll es auch bleiben.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Benninger aus Baden-Württemberg.

PD Dr. Benninger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zu einem Antrag, der noch umgedruckt und verteilt wird. Er beschäftigt sich mit einem Thema, das uns als Ärzte alle angehen muss, nämlich mit dem verbesserten Kinderschutz. Ich denke, hier brauchen wir Ärzte, insbesondere jene, die sich auch noch fachspezifisch mit Kindern beschäftigen, eine bessere Kompetenz gerade in der Weiterbildung. Ich spreche dafür, dass in die (Muster-)Weiterbildungsordnung für die Gebiete Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Allgemeinmedizin der Erwerb von Kenntnissen zum Kinderschutz – zur Diagnostik, zu unterstützenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, zur Prävention – als verpflichtender Inhalt mit aufgenommen wird.

Das wäre ein ganz wesentlicher Beitrag, um den Kinderschutz effektiv und gut zu verbessern. Ich bitte Sie, diesen Antrag nicht nur an den Vorstand zu überweisen, sondern er sollte in der (Muster-)Weiterbildungsordnung umgesetzt werden können.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Benninger. – Jetzt Frau Kollegin Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß M.A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu meinem Antrag 37, in dem beantragt wird, sämtliche Zusatzbezeichnungen dahin gehend zu überprüfen, ob eine Facharztqualifikation als Anerkennung der Zusatzbezeichnung zwingend erforderlich ist. Ich möchte damit die Möglichkeit schaffen, dem Ärztemangel etwas gegenzusteuern. Ich möchte mit diesem Antrag ärztlichen Beruf und Familie etwas besser miteinander vereinbaren, indem es jungen Ärzten möglich sein soll, eine Qualifikation auch nach außen hin zu demonstrieren.

Ich habe aber im Vorfeld so viele Gegenströme emotionaler Art erfahren – so wurde ich beispielsweise angegriffen, ich würde den Facharzt disqualifizieren, ich würde junge Frauen sozusagen mit minderen Qualifikationen in den Berufsalltag schicken –, dass ich mich entschlossen habe, diesen Antrag zurückzunehmen.

Ich hoffe aber, dass die Ständige Konferenz diese Anregung trotzdem aufnimmt und noch einmal überprüft, ob wirklich alle Zusatzbezeichnungen – außer den drei Zusatzbezeichnungen, die wir schon haben – mit dem Facharzt verbunden sein müssen. Ich denke, da gibt es andere Möglichkeiten.

Ich möchte nochmals betonen: Es ging mir nicht um Disqualifikation und auch nicht um eine Abqualifizierung der Ärztinnen.

Wie gesagt: Ich nehme den Antrag zurück. Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Groß. – Als nächster Redner Herr Professor Smektala aus Westfalen-Lippe.

Prof. Dr. Smektala, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu unserem Antrag III-01-016 sprechen. Es geht um die Allgemeinchirurgie. Wir haben die Versorgungssituation in unserem Teil von Nordrhein-Westfalen, dem größten Bundesland, analysiert und festgestellt, dass von den chirurgisch tätigen Abteilungen 50 Prozent in der Versorgungslandschaft ungeteilt arbeiten, also allgemeine Chirurgie im wahrsten Sinne des Wortes machen und dieses auch in ihrer Operationstätigkeit abbilden.

Wenn wir der allgemeinen Chirurgie die Zukunft entziehen, werden wir große Probleme in der Versorgungswirklichkeit in der Fläche haben. Aus diesem Grunde meinen wir, dass auf absehbare Zeit die allgemeine Chirurgie mit echten Inhalten sowohl aus der Viszeralchirurgie als auch aus dem Gebiet der Unfallchirurgie und der Orthopädie unverzichtbar ist.

(Beifall)

Wem dient die Weiterbildungsordnung? Wir haben gehört, dass Krankenhausträger mit der Weiterbildungsordnung gezwungen werden sollen. Die Weiterbildungsordnung, für die wir hier als Ärztinnen und Ärzte sitzen, dient den jungen Kolleginnen und Kollegen. Sie sollen einen berufsfähigen Abschluss bekommen. Es soll für sie attraktiv sein, im Fach zu arbeiten. Wenn wir hier bei der Hälfte der Kliniken sagen „Ihr dürft nicht mehr weiterbilden, denn das, was ihr tut, hat eigentlich keine Zukunft“, dann nehmen wir den jungen Kolleginnen und Kollegen ein Stück ihrer Zukunft. Das ist falsch. Wir dienen mit einer solchen Politik den falschen Herren.

Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, für die wir hier sitzen, sind unsere jungen Leute, um die wir uns kümmern. Wir haben zu wenig Nachwuchs. Es ist unsere Aufgabe, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt eine qualifizierende berufliche Zukunft zu eröffnen. Nehmen wir die Allgemeinchirurgie heraus, machen wir einen schweren Fehler, auch in dieser Hinsicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Die Internisten verteidigen ja auch mit Händen und Füßen ihr Mutterfach. Das kann man dann bei der Chirurgie genauso gut verstehen. – Der nächste Redner ist Herr Thomas Kajdi aus dem Saarland.

Dr. Kajdi, Saarland: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte etwas zum Weiterbildungsinhalt auf den Gebieten der Psychiatrie und der Psychotherapie und der Neurologie sagen. Das bezieht sich auf die Vorgabe von Gutachten. In den alten Weiterbildungsordnungen war es üblich, je zehn Gutachten vorzuschreiben. Das war nicht schlecht. Jetzt fehlt es. Vielleicht ist es auch deshalb dazu gekommen, dass mittlerweile psychiatrische Diagnosen bei Rentenverfahren im ersten Schritt etwa 30 Prozent ausmachen. Bei Revisionsverfahren ist die Quote noch sehr viel höher. Bei den Rentenverfahren geht es um sehr hohe Summen: von Ärzten, die Atteste ausstellen, von Ärzten, die Gutachten erstellen.

Auf Tagungen von Gutachtern oder Sozialrichtern wird beklagt, dass gerade in diesen Fächern zu wenig Wissen über Gutachten, über Sozialgerichtsbarkeit, über Strafrecht, über Zivilrecht vorhanden ist. Das hat Implikationen nicht nur für die gesetzlichen Rentenkassen, sondern auch für die Kassen unserer Versorgungswerke. Ich bin Mitglied der Kommission im Saarland, die mit den Renten für die Kollegen zu tun hat. Langsam werden wir, was die Diagnosen aus diesem Sektor angeht, überstrapaziert.

Es ist also, wie ich finde, einfach wichtig, dass wir die bewährte Regelung wieder einführen, dass feste Gutachtenzahlen vorgegeben sind. In der Neurologie waren es früher zehn Gutachten. Das sollte man wieder einführen. In der Psychiatrie ist nach dieser Weiterbildungsordnung nur provisorisch gesagt, dass man Gutachten machen soll, eine Zahl wird aber nicht genannt. Aber erst die Zahl macht es möglich, dass man eine konkrete Gutachtenerstellung am Patienten erlernen muss.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kajdi. – Der nächste Redner ist Herr Hans-Ulrich Schröder aus Westfalen-Lippe.

Dr. Schröder, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 01-016. Wir sind sicher alle der Überzeugung, dass wir im Rahmen der Weiterbildungsordnung einen qualifizierten Facharzt wollen, der für die Versorgungsrealität das bietet, was wir brauchen. Die Anforderungen an die Weiterbildungsordnung sind deshalb in gleicher Weise einfach. Es soll zielführend und praxisorientiert sein, sodass wir am Ende in der Chirurgie einen guten Allgemeinchirurgen, einen gute Viszeralchirurgen oder auch einen guten Unfallchirurgen und Orthopäden haben. Für die Spezialisten gilt dasselbe für ihr jeweiliges Gebiet.

Wir haben aber auch Probleme mit der Versorgungswirklichkeit. Die Ziele der Fachgesellschaften und die Ziele der Selbstverwaltung sind unserer Einschätzung nach nicht ganz deckungsgleich. Einerseits gibt es hohe Anforderungen an die Spezialisierung und die fachlichen Detailkenntnisse und ohne jede Rücksichtnahme auf die Versorgungsstruktur; auf der anderen Seite liegt es an uns in der Selbstverwaltung, die Schwerpunkte auf eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Fläche zu legen. Das ist ein wesentlicher Grund für unseren Antrag, da wir uns Sorgen machen, dass insbesondere auch in Nordrhein-Westfalen viel Versorgungssicherheit verloren geht, wenn wir nicht sicherstellen, dass in der Fläche eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten bleibt.

Hierzu ist es erforderlich, die breite Qualifikation des Allgemeinchirurgen zu erhalten, besser noch: zu stärken. Ich plädiere hiermit – und mit unserem Antrag – für die Versorgung in der Breite und gegen das überzogene Selbstverständnis einzelner Fachgesellschaften.

Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Schröder. – Der nächste Redner ist Herr Professor Köhler aus Sachsen.

Prof. Dr. Köhler, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion und auch der vielen vorliegenden Anträge und Änderungsvorschläge zur überarbeiteten Weiterbildungsordnung lassen Sie mich an dieser Stelle ganz einfach noch einmal einen Appell an uns alle richten: Nutzen wir nicht den Ärztetag, nutzen wir nicht die (Muster-)Weiterbildungsordnung, um berufs- oder auch fachpolitische Partialinteressen zu diskutieren und möglicherweise auch durchzusetzen.

(Beifall)

Herr Bartmann hat das zweistufige Normsetzungsverfahren angesprochen. Auf diesem Wege wurde letztlich die aktuelle Vorlage erarbeitet. Sie alle, alle Berufsverbände, alle Fachverbände haben die Möglichkeit, sich in dieses Verfahren zu integrieren,

ihre Vorschläge einzubringen. Diese werden umfangreich diskutiert und möglicherweise auch in die Weiterbildungsordnung integriert. Wir müssen uns ganz einfach gegen Schnellschüsse wenden. So etwas haben unsere jungen Kollegen nicht verdient.

Die Sachsen haben schon vor zwei Jahren einen Entschließungsantrag eingebracht, die (Muster-)Weiterbildungsordnung im Bundesgebiet insgesamt möglichst einheitlich umzusetzen. Föderalismus in der Weiterbildung ist aus meiner Sicht – das ist meine feste Überzeugung – ganz einfach nicht mehr zeitgemäß. Wir leben in einer größer werdenden Welt, hier müssen wir umdenken, hier müssen sich die einzelnen Landesärztekammern an die Nase fassen.

Wir haben jetzt die Chance, diese überarbeitete Form relativ einheitlich in allen Bundesländern umzusetzen. Stimmen Sie bitte zu, alle vorliegenden Anträge oder Ergänzungsvorschläge an den Vorstand zu überweisen, damit sie in den Diskussionsprozess eingebracht werden. Stimmen Sie der erarbeiteten (Muster-)Weiterbildungsordnung in der vorliegenden Form bitte zu.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Professor Köhler. – Jetzt kommt Herr Dr. Kaplan vom Vorstand.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich spreche zu drei Anträgen, und zwar zunächst zum Antrag III-28, bei dem es um die Verwendung sozialrechtlicher Begriffe geht. Um hier einer Legendenbildung vorzubeugen, möchte ich darauf hinweisen, dass es sich um die Begriffe Gebiet, Facharzt und Hausarzt handelt. Gerade wir Allgemeinärzte haben das Problem, dass wir als Fachärzte für Allgemeinmedizin eindeutig dem Facharztstandard entsprechen. Dass wir zum Facharzt immer abgegrenzt werden, ist für uns ein Problem und unerträglich.

(Beifall)

Der Grund hierfür liegt darin, dass hier Begrifflichkeiten aus zweierlei Bereichen verwendet werden, nämlich einmal aus dem Sozialgesetzbuch und einmal aus der Weiterbildungsordnung. Deswegen bitten wir in dem Antrag die Weiterbildungsgremien, bei einer Novellierung der Weiterbildungsordnung zu überprüfen, inwieweit die Weiterbildungsordnung von Begriffen des Sozialrechts befreit werden kann. Da dies eventuell Auswirkungen auf die Versorgungssituation haben könnte, bitte ich Sie, diesen Antrag an den Vorstand und somit an die Weiterbildungsgremien zu überweisen.

Genau deswegen unterstütze ich auch den Antrag 45 von Herrn Windhorst und anderen. In diesem Antrag geht es auch um die Präzisierung der Begriffe Gebiet und Fachkompetenz in der Weiterbildungsordnung.

Im Antrag III-01-012 von Herrn Kollegen Herrmann und anderen geht es um eine neue Definition des Gebiets Allgemeinmedizin. Diesen Antrag finde ich sehr gut. Mir gefällt auch die Gebietsdefinition sehr gut. Ich bitte Sie, auch diesen Antrag an den Vorstand und damit an die Weiterbildungsgremien zu überweisen, damit wir überprüfen können, ob diese neue Definition vollständig ist und ob wir die Möglichkeit haben, bei einer Novellierung eventuell diese Definition der novellierten Weiterbildungsordnung anpassen zu können.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Stagge aus der Kulturhauptstadt Europas, aus Essen.

Stagge, Nordrhein: Vielen Dank, Herr Professor Hoppe. Bei dem Begriff „Kulturhauptstadt“ denke ich ab und zu an Pécs, weil meine Tochter dort kurz studiert hat.

Als ich die Anträge las, war ich etwas traurig. Ich denke, wir sollten bei der Weiterbildungsordnung nicht an das Abstecken von Claims denken und daran, wie wir an der einzelnen Universitätsklinik unsere Positionen verteidigen, sondern daran, dass die jungen Leute eine vernünftige Weiterbildung absolvieren können, ohne dass da Hürden aufgebaut werden.

Ein Chirurg und Unfallchirurg ohne Röntgen ist für mich unvorstellbar.

(Beifall)

Ich bin Gefäßchirurg. Ich habe mich 1991 niedergelassen und Ende der 80er-Jahre versucht, meine Vorstellungen zu verwirklichen, dass man als Gefäßchirurg endoluminale Techniken erlernen sollte. Das war schier unmöglich. Ich durfte zwar ein paar Angiografien machen, die habe ich mir erbettelt; aber weiter ging es dann nicht. Ich glaube, der Weg, dass versucht werden sollte, irgendwo eine Teilradiologie zu bekommen, ist nicht der richtige. Das darf so nicht kommen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Stagge. – Jetzt aus Köln Herr Dr. Mitrenga.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Weiterbildung ist eine der Kernkompetenzen ärztlicher Selbstverwaltung. Ich glaube, darüber sind wir alle einig. Deswegen haben wir auch ein hohes Maß an Verantwortung für die Weiterbildung. Es gab genügend Vorredner, die den Partikularinteressen bereits widersprochen haben.

Den Dank an Herrn Bartmann, der in präzisester Weise in diesen Tagesordnungspunkt eingeführt hat, und an Frau Güntert, die mit ihrer Mannschaft fast Unmenschliches geleistet hat, will ich mir trotz knapper Redezeit nicht versagen.

Meine Damen und Herren, wir Ärzte sind privilegiert, weil wir unsere Bildungsordnung noch in eigener Verantwortung in Händen haben. Das müssen wir wissen, dessen müssen wir uns bewusst sein. Ich meine, das macht die Verantwortung größer. Deswegen muss vieles, was gut ist, trotzdem den Weg in die Novellierung gehen und kann heute nicht wirklich abgestimmt werden.

Ich möchte noch etwas zu den Anträgen III-01-001 und III-01-005 sagen. Dabei geht es um die Wiederbelebung der Akupunktur. Sie war kurzfristig tot, denn es sollten ja alle, die eine Weiterbildung in Akupunktur machen wollten, zwei Jahre zu einem zur Akupunktur befugten Weiterbilder gehen. Das wäre nicht möglich gewesen. Nun können Sie sagen: Aber das hat die Ständige Konferenz doch so beschlossen. Ja, meine Damen und Herren, sie hat es so beschlossen. So, wie es im Beschlussantrag steht, ist es richtig. Das ist kein Fehler.

Trotzdem hat sich insofern ein Fehler eingeschlichen, als wir – wir haben sehr lange über dieses Thema geredet – die 24 Monate vorne stehen gelassen haben. Die 60 Stunden praktische Akupunktur mussten aber erreicht werden. Dort sollte stehen: Man soll 24 Monate Zeit haben. Es wurde schon gesagt: Die 60 Stunden sollen nicht im Crashkurs absolviert werden können. Dazu soll man 24 Monate Zeit haben. Diese 60 Stunden sollen bei einem zur Weiterbildung Befugten für Akupunktur abgeleistet werden.

Wenn man sich die beiden Anträge anschaut, finde ich den Antrag III-01-005 deswegen besser, weil er in diesem Bereich den Weiterbildungsbefugten hinzuholt. Der Antrag 001 enthält an dieser Stelle den Befugten nicht.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich überlege, ob es nicht gut wäre, wenn mindestens ein halbes Jahr Weiterbildung für Akupunktur in China abgeleistet werden müsste.

(Beifall)

Der Sprachkurs müsste natürlich auf eigene Kosten absolviert werden. Das würde vielleicht noch mehr Kompetenz mit sich bringen. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Dehnst aus Westfalen-Lippe.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zur allgemeinen Chirurgie sprechen. Im Vorfeld des Ärztetages ist eine Initiative der chirurgischen Fachgesellschaften und des Berufsverbands gestartet worden, eine substanzielle Änderung in diesem großen chirurgischen Fach vorzunehmen. Es soll einerseits die Allgemeinchirurgie mit der Viszeral-

chirurgie verschmolzen werden, zum anderen sollen die unfallchirurgischen Inhalte aus der Allgemeinchirurgie entfernt werden. Man stützt sich dabei auf eine Untersuchung, die in Wirklichkeit nicht misst, was sie zu messen vorgibt. Es wird behauptet, dass die Versorgungsrealität so sei, dass bereits in 75 Prozent aller Krankenhäuser eine derartige Teilung vollzogen sei.

In Wirklichkeit ist es aber so, dass in dieser Untersuchung nur sehr schwammige Kriterien herangezogen worden sind. Insgesamt gibt es acht Kriterien, die feststellen sollten, ob eine Teilung in einem Krankenhaus vorliegt. Unter anderem wurde erfragt, ob die viszeralchirurgischen und die unfallchirurgischen Patienten in unterschiedlichen Stationen untergebracht sind. Dies kann doch nicht der Indikator dafür sein, dass man die Abteilungen geteilt hat!

Die Untersuchungen in Westfalen-Lippe haben gezeigt, dass die Versorgungsrealität ganz anders aussieht. Es gibt weit mehr allgemeinchirurgische Abteilungen, in denen sowohl die viszeralchirurgischen als auch die unfallchirurgischen Inhalte abgebildet sind.

Herrn Lutz möchte ich antworten: Die meisten Gallen werden immer noch in allgemeinchirurgischen Abteilungen operiert, es werden immer noch die meisten Hüften in allgemeinchirurgischen Abteilungen versorgt.

Wenn wir der Empfehlung der Berufsverbände folgten, würden wir die Situation noch verschärfen. Wir wissen: Wir haben einen Ärztemangel, der besonders die chirurgischen Fächer trifft. Nur noch 5 Prozent – oder eher weniger – der Studenten haben die Absicht, sich in die Chirurgie zu bewegen. In der Chirurgie selber haben wir ein rapides Gefälle weg von der Viszeralchirurgie hin zur Unfallchirurgie. Wenn wir die unfallchirurgischen Inhalte aus der Allgemeinchirurgie streichen, werden wir die Allgemeinchirurgie – oder wie sie dann heißen wird: Allgemein- und Viszeralchirurgie – vollkommen veröden lassen.

Deswegen appelliere ich an Sie, bei Ihren Abstimmungen das Fach der allgemeinen Chirurgie mit unfallchirurgischen Inhalten unbedingt im Interesse der Versorgung und unseres Nachwuchses zu erhalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Bilger aus Baden-Württemberg.

Dr. Bilger, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Sie haben eine Reihe von Anträgen vorliegen, die unter dem Stichwort der Flexibilisierung der Weiterbildung weitreichende Änderungen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorschlagen. Ich meine die Anträge der Kollegen Lipp, Reinhardt und anderer.

Ich möchte auf das Stichwort der Module mit Teilprüfung eingehen. Ich halte es für sehr problematisch. Es ist zwar eine durchaus berechtigte Frage, ob eine Facharztprüfung von 30 Minuten Dauer wirklich das adäquate Verfahren ist, um die Facharztqualifikation festzustellen, ob man nicht besser eine Portfoliolösung mit Nachweis bestimmter Qualifikationen, die im Laufe der Weiterbildung erworben wurden, favorisieren sollte. So etwas haben wir im Grunde genommen mit den Zeugnissen über die Weiterbildungsabschnitte.

Die Flexibilisierung, die hier vorgeschlagen wird, ist von so weitreichender Konsequenz für die einzelnen Fächer, dass gar nicht absehbar ist, was es bewirkt. Ich denke besonders an das Fach Allgemeinmedizin, das damit ein Stück weit seine Einheit und seine Geschlossenheit verliert.

Es spricht ja nichts dagegen, dass bestimmte Abschnitte im Einzelfall angerechnet werden können. Das ist immer möglich. Eine solche Regelung möchte ich aber nicht in der (Muster-)Weiterbildungsordnung haben. Auch die Tatsache, dass beispielsweise die bisherigen Monate durch Stunden ersetzt werden, halte ich für nicht praktikabel.

Daher bitte ich Sie, diese Anträge im Sinne einer klaren Gebietsdefinition zunächst einmal abzulehnen bzw. an den Vorstand zu überweisen.

(Vereinzelt Beifall)

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

Merchel, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag III-42. Das ist kein Änderungsantrag zum Vorstandsantrag. Dieser Antrag bezieht sich nicht auf die schwarz gedruckten Teile, sondern auf die grauen Spiegelstriche. Das wird heute nicht verabschiedet, soll aber den Vorschlag beinhalten, darüber nachzudenken, das später umzusetzen. Es handelt sich um einen Wunsch der Gynäkologen für die nächste Novellierung der Weiterbildungsordnung.

Der zytologische Abstrich definiert im Prinzip die Tätigkeit des Frauenarztes. Der gynäkologische Stuhl und das Instrumentarium sind dafür da, diesen Abstrich zu machen. Seit über 50 Jahren ist die zytologische Untersuchung praktisch die erste und gut bewiesene Früherkennung von Krebserkrankungen. Die Untersuchung wird von den Gynäkologen durchgeführt. Wenn der Befund da ist, ist es auch der Gynäkologe, der ihn bewertet und gegebenenfalls therapiert.

Der Abstrich selber wird heute immer mehr an Pathologen abgegeben oder auch an Automaten, an Fabriken, die einen maschinellen Befund erstellen. Das sollte im Prinzip nicht so weitergehen, sondern wir sollten den jungen Kolleginnen – bei uns sind es schon über 80 Prozent Frauen – und den Kollegen die Möglichkeit geben, diese Untersuchung kennenzulernen und die Faszination dieser Untersuchung zu erleben. Dann kann ich sie dazu bewegen, diese Untersuchung zu machen. Dann bleibt sie im Fachgebiet. Die Kolleginnen haben auch eine gute Möglichkeit, später im Bereich der Zytologie mit selbst eingeteilter Arbeitsweise zu arbeiten.

Das Problem „Bekomme ich das in der Weiterbildung unter? Ist das nicht ein Flaschenhals?“ stellt sich sicher, ist aber in meinen Augen zu lösen. Ich denke, es ist wichtig, die Zytologie in der Gynäkologie zu erhalten. Ich bitte Sie, den Antrag an den Vorstand zu überweisen. Ich hoffe, dass dort in unserem Sinne entschieden wird.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Merchel. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Scheiber aus Thüringen.

Dr. Scheiber, Thüringen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf die Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ und den Antrag 31 der Landesärztekammer Thüringen richten. Die Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ steht einigen Facharztqualifikationen offen. In der jetzt gültigen Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung besteht die Möglichkeit, dass sechs Monate für diese Zusatzweiterbildung auch in einem anderen Fachgebiet anerkannt werden können.

Wir schlagen vor, dass bei der zukünftigen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung dieser Zeitraum auf 12 Monate verlängert wird. Warum? Betrachtet man die Lerninhalte, die unter der Intensivmedizin aufgeführt sind, so sieht man, dass der weitaus größte Teil der dort aufgeführten Lerninhalte für alle Fachgebiete zusammengefasst ist. Es handelt sich dabei um intensivmedizinische Kenntnisse und Fertigkeiten, die unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung beherrscht werden müssen, nämlich Wiederherstellung der Vitalfunktionen, Ersatz von Organsystemen usw.

Der fachgebietsbezogene Anteil ist wesentlich geringer. Wir halten es für gerechtfertigt, dass man zwölf Monate auf einer interdisziplinären Station dies unabhängig vom Fachgebiet ableisten kann. Ich bitte Sie, unserem Antrag zuzustimmen. Wir sehen darin eine bessere Möglichkeit für die Weiterbildungswilligen, die Zusatzbezeichnung zu erlangen. Wir sehen darin aber auch eine Sicherung der Personalkonstanz auf den Intensivstationen und damit auch eine Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Andrae aus Thüringen.

Dr. Andrae, Thüringen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebes Plenum! Es ist nicht immer ganz einfach, den Geist der einzelnen Vorschläge hier zu begreifen. Dazu vielleicht eine kurze Anmerkung: Das ist nicht immer ohne Weiteres umzusetzen. Die Hinweise zur Vorstandsüberweisung der einzelnen Anträge halte ich in weiten Gebieten für sinnvoll.

Kurz zu zwei Anträgen. Die eine Bemerkung betrifft die Intensivmedizin. Ich glaube, dass der Antrag die inzwischen ganz gut akzeptierte Interdisziplinarität der Intensivmedizin betont und insofern sinnvoll ist.

Beim Antrag III-29 geht es um die Stärkung der ambulanten Weiterbildung. Ich glaube, es ist nicht ein Thema allein der Inneren Medizin, die ambulante Weiterbildung zu stärken. Wir haben in den letzten 20 Jahren viele Krankenhausbetten verloren oder auch ambulante Tätigkeiten für Ärzte gewonnen, indem viele Krankheitsbilder in den ambulanten Bereich abgewandert sind. Dort ist nicht nur die Versorgung hingegangen, dorthin ist auch die Expertise für diese Bereiche gegangen.

Ich glaube, wir sollten es den zukünftigen Ärztegenerationen ermöglichen, diese Expertise im Rahmen ihrer Weiterbildung zu erfahren und zu erlernen. Das betrifft nicht nur die Aufnahme in die Weiterbildungsordnung, sondern das gilt hinterher sicherlich auch dafür, dass diese Weiterbildungszeiten organisatorisch und finanziell zu regeln sind. Ich glaube, wir sollten das Wissen, das dort hingegangen ist, nicht verloren geben.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Andrae. – Als nächster Redner Herr Kollege Geis aus Bayern.

Dr. Geis, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zur Novellierung der Weiterbildungsordnung, betreffend Allgemeinmedizin und – bisher – Innere Medizin. Die Echternacher Springprozession um die Diskussion über dieses Gebiet muss endlich ein Ende haben. In Zeiten, in denen die hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend in Deutschland eingeführt wird, muss diese Diskussion endlich zielführend beendet werden.

Unsere jungen Kollegen, die sich jetzt in der Weiterbildung im Krankenhaus und in den Praxen befinden, haben einen Anspruch auf Planungssicherheit hinsichtlich ihres Ausbildungsberufs und ihrer späteren hausärztlichen Tätigkeit als Allgemeinärzte. Rotationsstellen müssen geschaffen werden, die Ausbildung muss forciert werden. Wir haben eine Sicherstellungspflicht gegenüber der Bevölkerung. Wir müssen endlich handeln und können nicht mit Diskussionen über Titel und Ausbildungsinhalte hinterherhinken.

Wir brauchen auch Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten. Es wird immer wieder vergessen, dies zu erwähnen.

Letztendlich haben unsere Patienten einen Anspruch auf eine umfassende hausärztliche Versorgung durch einen qualitativ gut und hoch weitergebildeten Allgemeinarzt. Ich bitte Sie darum, heute und hier mit großer Mehrheit der Novellierung des neuen Arztes für Allgemeinmedizin, wie ihn die Bundesärztekammer vorschlägt, zuzustimmen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Kollege Josten aus Nordrhein.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zu den Anträgen 23, 30 und 40. Sie befassen sich mit der Umstrukturierung der bisherigen Ordnung durch die Novellierung. Wir sind froh – ich hoffe: unsere Patienten auch –, dass sich die ärztliche Weiterbildung weiterhin in ärztlicher Verantwortung befindet und nicht durch staatliche Reglementierung im Sinne einer Verstaatlichung dieser Ordnung nach Bedarf erfolgt. Wir haben das bei den Banken erlebt: Die einen waren staatlich und sind pleite gegangen, die anderen wurden verstaatlicht, weil sie pleite waren. Das kann keine Zielsetzung sein.

Auf der anderen Seite befinden wir uns in einer Situation, dass man eine solche modulare Neuordnung nicht als Schnellschuss umsetzen kann. Das würde fast daran erinnern, als wollte man die Bundesländer neu ordnen. Das gibt Aufruhr.

Ich bitte Sie, diese drei Anträge 2013 zu behandeln.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Josten. – Als nächster Redner bitte Herr Professor Izbicki aus Hamburg.

Prof. Dr. Izbicki, Hamburg: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche für die Novellierung der Weiterbildungsordnung im Fach Chirurgie. Ich glaube, wir müssen uns alle bewusst sein, dass wir bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung den Nachwuchs beachten müssen. Wir müssen den Nachwuchs zufriedenstellen. Wir müssen uns aber auch der Realität der ärztlichen Versorgung und auch der Vision stellen.

Die Realität sieht so aus, dass 25 bis 50 Prozent der Häuser immer noch ungeteilte Abteilungen haben, unterschiedlich je nach Bundesland. Das heißt, mein erstes Plädoyer lautet, dass die Säule Allgemeine Chirurgie als solche erhalten bleibt.

Die Viszeralchirurgie spiegelt eigentlich die Realität der geteilten Kliniken wider. Der Laie kann aber mit dem Begriff „Viszeralchirurgie“ nichts anfangen. „Viszeral“ bedeutet „Eingeweide“. Sie alle wissen, dass der Weiterbildungsinhalt dieser sechsten Säule Viszeralchirurgie die klassischen Inhalte der Allgemeinchirurgie, nämlich endokrine Chirurgie, Weichteilchirurgie mit umfasst. Deshalb wird von uns sehr befürwortet, dass diese sechste Säule in Allgemein- und Viszeralchirurgie umbenannt wird.

Ein weiteres Argument dafür ist, dass es auf Vorschlag der UEMS seitens der EU-Kommission eine Revision der Direktive der Professional Qualification 2012 geben wird. Dabei heißt das jetzige Gebiet Viszeralchirurgie „General and Visceral Surgeon“. Es ist meines Erachtens wenig opportun, hier einen Facharzt für Viszeralchirurgie zu kreieren, der dem Weiterbildungsinhalt nicht entspricht, der daher Allgemein- und Viszeralchirurg heißen soll und unter dem Aspekt der Angleichung der EU Rechnung trägt. Es kann meines Erachtens nicht sein, dass wir uns in zwei Jahren hier auf dem Ärztetag wiedertreffen, weil wir erneut eine EU-konforme Bezeichnung verhandeln müssen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Professor Izbicki. – Jetzt kommt Herr Kollege Kaiser aus Westfalen-Lippe.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Verehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal vielen Dank für die erneute gute Vorarbeit der Bundesärztekammer, insbesondere unter Führung von Frau Güntert und der Ständigen Konferenz.

Ich spreche nunmehr zu den Anträgen III-43 und 44. Bitte unterstützen Sie den Wunsch der Deutschen Röntgengesellschaft und auch der Nuklearmediziner, eine Zusatzweiterbildung für beide Fächer zu schaffen: die Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie und die Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin. Das ist wichtig insbesondere im Hinblick auf die Zunahme der neuen Hybridverfahren, bei denen Computertomografie und Nuklearmedizin kombiniert werden. Dazu benötigen beide Fächer diese Zusatzqualifikationen. Mehr will ich dazu jetzt nicht sagen. Alles andere steht in der Begründung.

Als Nächstes spreche ich zum Antrag III-01-013 aus Thüringen zum Facharzt für Innere Medizin und Angiologie. Untersuchungen wie Arteriografie, Phlebografie und Lymphografie gibt es kaum noch. Ihre Zahl ist drastisch zurückgegangen. Invasive Untersuchungen, insbesondere invasive Arterienuntersuchungen mit Gefäßpunktionen, nur zur Diagnostik finden praktisch nicht mehr statt. Das ist alles abgelöst worden durch nicht invasive Verfahren wie die Computertomografie und kernspintomografische Angiografien. Hier eine Renaissance heraufzubeschwören, ist im Grunde ein Anachronismus. Ich bitte Sie, dies, wenn Sie es schon nicht ablehnen, an den Vorstand zu überweisen, damit es noch einmal präzise durchdacht und quantifiziert

werden kann. Es ist absolut überflüssig und vorbei, diese Verfahren noch einmal hochzupuschen.

Mein wesentlicher Beitrag gilt den Anträgen III-34, 35, 48 und 49. Im Antrag III-35 heißt es:

> *Diese Änderung ist bereits mit dem 8. Nachtrag der Weiterbildungsordnung (WBO) von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin verabschiedet.*

Vielen Dank für diesen Hinweis. Was bedeutet das? Wozu sitzen wir eigentlich hier? Wieso wird das nicht erst auf der Ebene der Bundesärztekammer in der Ständigen Konferenz und hier im Plenum behandelt und geht dann im zweistufigen Normsetzungsverfahren nochmals durch die Gremien und wird dann verabschiedet? Ich finde, ein solches Verfahren ist unzulässig. Das sollten wir ablehnen. Wenn Sie das schon nicht ablehnen, überweisen Sie es bitte an den Vorstand.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kaiser. – Jetzt Herr Zürner aus Hessen.

Dr. Zürner, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich primär zum Antrag 28 gemeldet. Dort geht es darum, dass wir versuchen, versorgungsrechtliche Begriffe konsequent zu entsorgen. Das ist natürlich als Aufforderung an die Gremien gedacht. Insoweit braucht das gar nicht an den Vorstand überwiesen zu werden.

Ich möchte mich aber noch zu zwei oder drei grundsätzlichen Themen äußern. Der erste Punkt ist, dass mehrere Kollegen meinten, der Föderalismus habe keinen Platz mehr. Ich möchte Sie ganz herzlich bitten, sich zu verdeutlichen, wie wertvoll unsere Landesärztekammern sind, wie wichtig es ist, dass wir keine zentrale Bundesärztekammer haben, sondern dass wir eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern haben.

(Vereinzelt Beifall)

Achten Sie bitte darauf, diesen kostbaren Zustand zu pflegen und zu erhalten.

Ich möchte zwei allgemeine Themen für die weitere Erarbeitung der Weiterbildungsordnung ansprechen. Wir sollten alle diese Teilanträge überweisen. Wir sollten hier nicht darüber entscheiden. Wir sollten uns aber gemeinsam noch mehr Gedanken darüber machen, wie wir die Weiterbildungsordnung an die neuen Arbeitsgegebenheiten der Kolleginnen und Kollegen anpassen müssen.

Ich bitte darum, dass wir hier Wege finden, Teilzeitarbeit noch besser anzuerkennen, dass wir Tätigkeitskataloge entrümpeln. Wir sollten sehen, dass wir auch die Min-

destzeiten noch mehr flexibilisieren. Wir sollten daran arbeiten, dass wir die Weiterzubildenden in die Beurteilung der Weiterbildung noch stärker einbeziehen.

Ich bedanke mich.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Warum die Bundesärztekammer eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern ist, ergibt sich aus dem Grundgesetz. Es lohnt sich ein Blick ins Grundgesetz. In Artikel 74 heißt es unter Nummer 19, dass die Berufsüberwachung von Ärztinnen und Ärzten Länderangelegenheit ist. Die Länder haben es an die Kammern weitergegeben. Insofern kann das nur eine Länderangelegenheit sein. Sonst müssten wir dafür plädieren, das Grundgesetz zu ändern. Das wollen wir aber nicht.

Das Wort hat jetzt Herr Gehle aus Westfalen-Lippe.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zur Evaluation und zur Weiterentwicklung der (Muster-)-Weiterbildungsordnung sprechen und damit quasi auch über viele grundlegende Anträge, die auch meinen Namen mit tragen. Zunächst einmal möchte ich, anders als das oft geschieht, mit der schlechten Nachricht beginnen. Die Arbeitsbedingungen, unter denen in Deutschland weitergebildet wird, sind für Weiterbildungsbefugte und Weiterzubildende weiterhin mit die schlechtesten in Europa und in der Welt. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist ein Ergebnis der Evaluation und eine Katastrophe.

(Beifall)

Die gute Nachricht ist allerdings – und das wundert uns alle nicht –: Der deutsche Facharzt ist international begehrt. Während Kollegen aus anderen Ländern durchaus nach einer Probezeit von sechs Monaten aus europäischen Ländern wieder nach Hause geschickt werden, passiert das mit deutschen Kollegen eigentlich nie. Wir bilden einen hochkompetenten guten Facharzt aus. Das ist den Deutschen Ärztetagen in der Vergangenheit, den vielen Gremien und allen, die dort gearbeitet haben, zu verdanken. Ich bedanke mich dafür ausdrücklich. Ich glaube, das wichtigste Signal, das von diesem Deutschen Ärztetag ausgehen sollte, ist, dass das auch weiterhin so bleibt.

(Beifall)

Anders als sonst in Europa kann sich jeder Weiterzubildende seine Weiterbildung aussuchen. Wir haben kein beschränktes System. Wir sagen jemandem, der Plastischer Chirurg werden will, nicht: Das darfst du nicht, weil wir nur 20 Weiterbildungsstellen haben. So ist das beispielsweise in Frankreich der Fall. Das haben wir alle gemeinsam geschafft. Das sollten wir weiter erhalten.

(Beifall)

Einzigartig in Deutschland ist auch Folgendes: Wir haben eine Evaluation durchgeführt, an der sich 18 000 Assistenten beteiligt haben. Das ist eine außerordentlich große Menge an Menschen, die hier etwas getan haben. Hinzu kommen Tausende Weiterbilder, die sich beteiligt haben.

Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist der richtige Weg. Wir müssen den Kollegen draußen sagen: Ihr müsst kritisch fortfahren. Deswegen brauchen wir eine Weiterentwicklung der Evaluation. Das habe ich in vielen Anträgen niedergelegt.

Wir haben auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag beschlossen, dass die Landesärztekammern die Ergebnisse der Evaluation umsetzen. Das müssen sie jetzt tun. Sie müssen in den Dialog vor Ort eintreten. Ich bitte herzlichst darum, dass wir ihnen das mit auf den Weg geben.

Schließlich brauchen wir dringend eine Weiterentwicklung und kritische Novellierung der Weiterbildungsordnung, wie es auch in vielen Anträgen gefordert wird. Vielleicht geht es in die modulare Richtung. Auf jeden Fall müssen wir den Weg weitergehen, um uns ein selbstbestimmtes Berufsbild zu erhalten.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Die Freiheit der Berufswahl ist in Artikel 12 des Grundgesetzes niedergelegt. – Das Wort hat jetzt Herr Professor Hahn aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Hahn, Bayern: Sehr geehrter Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu den momentan insgesamt 16 Anträgen sprechen, die die Radiologie in die Teilgebiete zurückgliedern wollen. Ich kann diese Begehrlichkeiten extrem gut verstehen, will sie hier aber nicht kommentieren.

Es ist zu fragen: Was wollen Sie damit erreichen? Wir alle wissen: Vor die Therapie haben die Götter die Diagnostik gesetzt. Jeder, nicht nur der Unfallchirurg, braucht eine gute Diagnostik. Auch der Pathologe will von uns Röntgenaufnahmen. Wollen Sie das alles wieder zurückdrehen, wie es vor knapp 200 Jahren war? Das kann es doch wirklich nicht sein. Sie müssen die klinische Realität sehen und auch Qualität und Ökonomie berücksichtigen.

Wir haben heute schon mehrfach gehört: Wir sollen eine einheitliche Weiterbildungsordnung für unsere jungen Kollegen schaffen. Wie stellen Sie sich das denn vor, wenn Sie die Chirurgie jetzt wieder zusammenfassen, Ultraschall, Röntgen usw. dazupacken wollen? Der Berliner Antrag beispielsweise will alle bildgebenden Verfahren dort mit hineinpacken. Wie lange soll denn solch eine Weiterbildung dauern? Zehn Jahre, 15 Jahre?

Das kann es doch nicht sein, wenn wir heute eine qualitativ hochwertige Medizin betreiben wollen. Deshalb meine ich: Das kann man so nicht verabschieden. Ich finde, das sind reine Partikularinteressen. Es gibt für jeden, der irgendwo seine eigene

Radiologie machen will, in der Weiterbildungsordnung eine Möglichkeit, die Röntgendiagnostik zu erwerben, die MR-Kunde zu erwerben. Er muss zwölf Monate Röntgen lernen. Wir wollen eine qualitativ hervorragende Radiologie und nicht eine dezentralisierte, die wieder in den einzelnen Teilgebieten ist.

Besten Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Verehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu unserem Antrag 001. Es geht um die Zusatzweiterbildung „Akupunktur“. Der Antrag ist eng abgestimmt mit den Gremien der Weiterbildungsordnung und auch mit der Akupunkturgesellschaft. Das gute Anliegen der Weiterbildungsordnung war, dass die Crashkurse für Akupunktur abgeschafft werden, dass sich die Weiterbildung vielmehr über zwei Jahre hinziehen soll. Es ist insofern eine Formulierungspanne geschehen, als gesagt wird, die zwei Jahre müssen bei einem Weiterbildungsbefugten abgeleistet werden. So viele Weiterbildungsbefugte gibt es überhaupt nicht. Der Konsens ist längst vorhanden: Die Weiterbildung läuft über zwei Jahre; in diesen zwei Jahren soll die gesamte Weiterbildungsordnung abgehandelt werden können.

Der Antrag 01 ist etwas weitergehend: In den zwei Jahren kann wirklich alles gemacht werden. Das ist der einzige kleine Unterschied gegenüber dem Antrag 05. Das Anliegen ist aber quasi identisch.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Joas. – Jetzt Herr Herrmann aus Schleswig-Holstein.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Ich bin froh, Zeuge eines historischen Ärztetages zu sein. Wir erleben eine neue Harmonie zwischen Bundesgesundheitsminister und Ärzteschaft. Wir erleben auch eine neue Harmonie zwischen Allgemeinmedizinern und Internisten. Um unseren Präsidenten zu zitieren: Dass ich das noch erleben darf!

Das Gebiet Allgemeinmedizin wird wieder losgelöst. Ich glaube, hier ist schon ein breiter Konsens dafür zu ersehen. Wir aus Schleswig-Holstein haben noch einen Ergänzungsantrag dazu eingereicht, was die Gebietsdefinition der Allgemeinmedizin angeht. Wir meinen, dass die vorgestellte Gebietsdefinition zu eng ist und der Haus-

arzt nicht nur betreut, sondern selbstverständlich auch behandelt. Er ist nicht nur der Zusammenführer aller Daten, sondern er übernimmt für seine Patienten viel mehr.

Ich hoffe allerdings auch, dass diese neue Harmonie für die Weiterbildungsordnung gilt. Aus eigener Überzeugung heraus sollten wir hier keine Beschlüsse fassen, die unsere Weiterbildungsordnung sprengen könnten und deren Folgen wir in der kurzen Diskussion vielleicht noch nicht überblicken können.

Viele Kleinigkeiten sind bereits angesprochen worden: Lymphografie, bildgebende Verfahren. Im Antrag III-29 wird gefordert, dass bis zu 18 Monate der Weiterbildungszeit für den Facharzt für Innere Medizin im ambulanten Bereich abgeleistet werden können. Das hat sehr weitreichende Folgen. Dieses sollte in Ruhe überlegt und diskutiert werden.

Die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die 201 Seiten umfasst, und die 16 Änderungsanträge sollten wir abstimmen. Die 46 weitergehenden Anträge – vielleicht sind es auch mehr – sollten wir an den Vorstand überweisen, damit wir in den Weiterbildungsgremien der Landesärztekammern und auf Bundesebene dazu Stellung nehmen können. Diese Diskussion muss in eine echte Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung einmünden, die zu einer ganz neuen Bildungssystematik führt. Dabei kommen wir nicht um einen modularen Aufbau herum, bei dem für jedes Gebiet Module erarbeitet werden, die dann obligatorisch und fakultativ von den Weiterzubildenden durchlaufen werden können. Dazu brauchen wir aber Zeit. Geben Sie uns diese Zeit!

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Herrmann. – Jetzt müssen wir die Mittagspause machen. Das mache ich auch deswegen, weil der Kollege Botzlar ideal geeignet ist, uns um 14 Uhr wieder in Schwung zu bringen. Er schafft das. Seien Sie bitte pünktlich wieder hier, damit Sie das nicht verpassen. Guten Appetit!

**3. Tag: Donnerstag, 13. Mai 2010**
**Nachmittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Ich hoffe, dass Sie eine schöne Mittagspause hatten.

Wir setzen, wie angekündigt, unsere Diskussion mit Herrn Botzlar von der Bayerischen Landesärztekammer fort. Ich bitte ihn, seine Anliegen vorzutragen.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ob ich die Erwartungen, Sie alle jetzt aus der postprandialen Phase zu holen, erfüllen kann, weiß ich nicht so genau, will ich doch zu dem sensiblen Thema sprechen, ob Allgemein- und Viszeralchirurgie in Zukunft unbedingt getrennt bleiben oder unbedingt zusammengefasst werden müssen. Ich glaube, es handelt sich vielleicht um eine Frage der Begriffsdefinition. Ich selber überblicke aus eigenem Erleben nur zwei Weiterbildungsordnungen. Als die gegenwärtige Weiterbildungsordnung kam, haben wir uns in Süddeutschland als Basis gefragt, warum Bauchchirurgie plötzlich zweimal vorhanden ist, nämlich einmal als Viszeralchirurgie und einmal als Allgemeinchirurgie; denn diese drei Begriffe, möglicherweise auch der Begriff Chirurgie, werden mehr oder weniger vollkommen synonym verwendet. Wenn Sie bei einem Allgemeinchirurgen mit einem gebrochenen Arm eintreffen, wird er sagen: Es tut mir zwar leid, dass Sie sich verletzt haben, aber ich kann Ihnen nicht helfen, ich bin nämlich der Allgemeinchirurg – meint: Viszeralchirurg, aber das versteht außerhalb der Ärzteschaft niemand.

Gelegentlich helfen Zahlen. Im Geschäftsbericht 2006/2007 der Bayerischen Landesärztekammer, die über 70 000 Ärzte organisiert, ist ausgewiesen, dass sich nach der alten Weiterbildungsordnung 101 Kollegen zum Chirurgen qualifiziert haben, 39 zum Unfallchirurgen als Schwerpunkt, 46 zum Orthopäden. Nach neuer Weiterbildungsordnung sind es 127 zum Unfallchirurgen und 1 – ich wiederhole: einer – zum Facharzt für Allgemeinchirurgie. Im Bericht 2008/2009 ist es nicht wesentlich anders.

Sie haben gesehen: Wir haben uns positioniert; Heidrun Gitter und ich beispielsweise mit dem Antrag 59 zu diesem Tagesordnungspunkt. Sie werden diese Anträge vermutlich alle an den Vorstand überweisen, damit sie Eingang in das Verfahren finden. Aber für die Zukunft muss die Botschaft lauten: Sieben Säulen für die Chirurgie sind genug.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Botzlar. – Jetzt Herr Kollege Krombholz aus Bayern.

Dr. Krombholz, Bayern: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche noch einmal zur Allgemeinmedizin. Ich habe mit meinem Assistenten telefoniert, der mit meinem Kollegen noch in der Gemeinschaftspraxis arbeitet. Er hat gesagt: Wenn du dort bist, dann sorge bitte dafür, dass ich weiß, wofür ich diese Ausbildung mache, dass ich in diesem System arbeiten kann.

Wir haben über die Definition, die in der Weiterbildungsordnung steht, gesprochen. Das Problem ist, dass wir dort das Wort „Behandlung“ nicht finden, dass von „Gesundheitsstörungen“ die Rede ist. Das ist schlicht ein bisschen an der Wahrheit vorbei. Es sind Krankheiten, die tagtäglich von uns behandelt werden, im Übrigen in einer Landarztpraxis. Die Kollegen hätten sich gern in dieser Definition wiedergefunden, damit sie wissen, worin überhaupt ihr Ziel besteht.

Deshalb bitte ich, den Antrag 29 zu unterstützen und an den Vorstand zu überweisen. Den Vorstand bitte ich, das Bild des Hausarztes einmal genauer zu betrachten und das, was dort gemacht wird, mit in die Definition zu übernehmen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich spreche zu drei Anträgen, die zum Paragrafenteil gehören. Ich möchte schon jetzt darum bitten, sie dort abzustimmen. Es handelt sich um die Anträge III-06, III-07 und III-01-004. Alle Anträge befassen sich im Grunde genommen damit, die Pflichten zu präzisieren. Es handelt sich zum einen um die Pflichten des Befugten hinsichtlich der Teilnahme an der Evaluation und anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern. Es gibt eine ähnliche Formulierung vom Vorstand. Ich wollte das ein bisschen präzisieren, dass man ausdrücklich die Evaluation so nennt, denn die Evaluation allein ist ja noch keine Qualitätssicherung. Erst das, was wir damit anfangen, ist Qualitätssicherung.

Leider ist beim Umdruck III-06 ein Fehler unterlaufen. Dieser Antrag nimmt die Weiterbildungsstätten, die eine Zulassung beantragen, in die Pflicht. Es macht wenig Sinn, dass wir uns als Befugte anstrengen, während die Rahmenbedingungen nicht stimmen. Wenn ein Träger die Zulassung beantragt, dann übernimmt er auch Pflichten. Diese hätte ich gern präzisiert. Das war in dem Antrag III-06 beschrieben. Nun gibt es aber Landesärztekammern, die selber zulassen dürfen, und es gibt Landesärztekammern, bei denen macht es die Behörde. Deshalb muss in der (Muster-)-Weiterbildungsordnung differenziert werden zwischen solchen Kammern, die selber zulassen – diese würden natürlich auch selber die Pflichten kontrollieren –, und solchen, wo die Behörde zulässt. Da ist es ratsam, dass die Kammer von Änderungen Mitteilung erhält und dann der Behörde eine Empfehlung gibt.

Dieses Sternchen, das dort steht und bedeutet „gegebenenfalls ist eine Empfehlung an die zulassende Behörde abzugeben“, gehört nicht dorthin. Dort gehört der Satz

hin: Dort, wo die Ärztekammer nicht selber zulässt, sondern die Behörde zulässt, muss der Bericht an die Kammer gehen und die Kammer muss empfehlen.

Ich bitte Sie, das zur Kenntnis zu nehmen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Gitter. – Der nächste Redner ist Herr Funken aus Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich darf zunächst meinen Glückwunsch an den Vorstand der Bundesärztekammer für diese Sisyphusarbeit aussprechen und für die Tatsache, dass man sich weiterhin dieser Arbeit stellt. Wir als Ärztetag haben insofern Herkulesarbeit zu leisten, als wir Papier zu wälzen und unsere Anträge zu bewältigen haben. Ich hoffe, dass hier niemand Tantalusqualen erleidet.

Bei der Menge der Arbeit kann es geschehen, dass doch der eine oder andere Fehler passiert. Einer der Fehler ist bereits angesprochen worden; Herr Mitrenga hat dazu Stellung genommen. Da ging es um die Akupunktur. Ich möchte zum Thema Allgemeinmedizin einen Spiegelstrich eingefügt wissen. In der vorliegenden Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist nicht mehr vorgesehen, dass wir in der Allgemeinmedizin eine strukturierte diabetische Schulung vornehmen. In der noch geltenden Version ist sie aber vorgesehen. Ich denke, hier handelt es sich um eine redaktionelle und keine inhaltliche Änderung. Es handelt sich wohl um ein Versehen. Ich bitte darum, dass das übernommen wird, damit wir uns nicht zu einem späteren Zeitpunkt irgendwelchen Tantalusqualen unterwerfen müssen, wenn wir in der Allgemeinmedizin feststellen, dass wir zwar Diabetiker in DMPs versorgen, aber leider keine strukturierte Schulung mehr durchführen können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt der Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herr Kollege Reinhardt.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche nicht zu einem bestimmten Antrag, sondern erlaube mir zwei kurze generelle Bemerkungen zum Thema (Muster-)Weiterbildungsordnung. Die Weiterbildungsordnung ist eine Dauerbaustelle des Deutschen Ärztetages. Das ist wahrscheinlich unvermeidlich. Es ist die genuine Kompetenz der Selbstverwaltungskörperschaften des freien Berufs, diese Weiterbildungsordnung und die damit zusammenhängenden Dinge selbst zu regeln. Ich sage an dieser Stelle: im Moment noch, wenn wir so weitermachen, wie wir das seit einigen Jahren tun.

Es gibt unterschiedlichste Umweltfaktoren, die Einfluss nehmen auf die Organisation und die Entwicklung der Weiterbildungsordnung. Da ist auf der einen Seite das föderale Prinzip der Landesärztekammern, die nach der Heilberufsgesetzgebung für die Weiterbildungsordnung in dem jeweiligen Land zuständig sind. Hier ergibt sich ein Spannungsfeld untereinander und auch in Bezug auf die Europäische Union. Das hat uns in den letzten Jahren an verschiedenen Stellen beschäftigt.

Auf der anderen Seite gibt es das berufs- oder verbandspolitische Interesse, das häufig anderen Interessen zuwiderläuft, bei dem sich das eine oder andere – das muss man selbstkritisch sagen dürfen – unter dem Stichwort Konkurrenzschutzklausel in die Weiterbildungsordnung geschlichen hat, was wahrscheinlich in dieser Form dort nicht hineingehört.

Das, was wir in den vergangenen zehn Jahren erreicht haben, ist auf die generelle Effizienz der Ständigen Konferenz und des zweistufigen Normsetzungsverfahrens, das wir in den vergangenen Jahren einzuführen versucht haben, zurückzuführen. Ich glaube, dass am Ende dieser Effizienzbewertung eine freiwillige Selbstbeschränkung des Ärztetages stehen muss, wenn es uns gelingen soll, einen Bürokratieabbau zustande zu bringen, der beispielsweise in einer vernünftigen Koordinierung und Synchronisierung des Weiterbildungsrechts mit dem Berufsausübungsrecht bestehen könnte.

Meine Damen und Herren, das sind Hausaufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung, die uns niemand abnimmt. Wenn wir diese Hausaufgaben nicht erledigen, könnte es uns am Ende so ergehen, dass die Weiterbildungsordnung ähnlich wie die Approbationsordnung vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen wird.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Reinhardt. Recht haben Sie. – Jetzt kommt Herr Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Fachgebiet Allgemeinmedizin, das jetzt wieder neu eingeführt wird. Aus dem vorher Bestehenden, bei dem man sagen konnte, es hatte seinen Sinn und Zweck, nämlich dem Fachgebiet Innere und Allgemeinmedizin, hätte durchaus etwas werden können. Frau Professor Braun, Lehrstuhlinhaberin für Allgemeinmedizin in Berlin, sagte so nett: Jetzt sind *wir* die verlassene Braut. Die verlassene Braut ist gleichzeitig alleinerziehende Mutter. Ich bitte Sie recht herzlich, den Antrag zur Allgemeinmedizin entsprechend abzustimmen, damit unser Kind nicht zum Waisen wird. Ich bitte Sie recht herzlich, dem Antrag des Vorstands zu folgen. Die kleinen Änderungen, die meine Kollegen genannt haben, die rein redaktioneller Art sind, sollten entsprechend an den Vorstand überwiesen werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Marx. – Jetzt Herr Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Franz Bartmann hat den Werdegang beschrieben, Herr Haubitz aus Niedersachsen ebenfalls. Damit ist Ihnen allen klar, dass das, was Herr Bolay gesagt hat, dass wir damit jetzt wieder in die Kammern gehen, eigentlich obsolet ist; denn die Kammern haben zu Hause ja schon im zweistufigen Normsetzungsverfahren entschieden.

Ich möchte noch gegen die Anträge von Herrn Handrock und Herrn Mälzer und Kollegen sprechen. Wir machen eine Weiterbildungsordnung. Überfrachten Sie nicht das, was die Assistenten tun müssen, mit zusätzlichen Qualifikationen wie Röntgen, MRT. Das schafft einen Flaschenhals, denn das kann man nur bei einem dazu qualifizierten Weiterbildungsbefugten lernen.

Es soll die Basis gelegt werden, aber es soll nicht jeder Facharzt der Spezialist für alles sein. Beschränken Sie sich bitte und machen Sie es den Kollegen nicht schwerer.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Herr Zimmer.

Zimmer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich versuche, in 120 Sekunden acht Anträge zu behandeln. Antrag 47 fordert die Aufnahme von Grundkenntnissen in der Sonografie in die allgemeinen Inhalte der Weiterbildung. Das halte ich für höchst entbehrlich. Dort ist grundsätzlich geregelt, dass die technischen Fertigkeiten im Fach sowieso zu erlernen sind. Für mich ist die Sonografie so etwas. Wenn ich das in den allgemeinen Teil packe, haben wir in kürzester Zeit einen neuen Ausbildungsgang „Spezielle Sonografie“. Damit machen wir es den Kollegen nicht leichter, wie es unser Ziel ist, sondern schwerer, indem wir es aufteilen.

Zu den Anträgen 23 und 20: Wenn ich ein Modul mit einer Teilprüfung ablege, darf sie – so verstehe ich die Antragsteller – nicht mehr Bestandteil der Facharztprüfung sein. Dann möchte ich aber einmal die armen Patienten sehen, denen gesagt wird: Ich habe das stückchenweise abgelegt, Sie können mir heute diesen Teil, morgen den nächsten Teil bringen. Ich glaube, ein Kollege hat den Anspruch, über das ganze Fach geprüft zu werden. Eine Zwischenprüfung kann nicht davon befreien, dass man am Ende ein Facharzt fürs Ganze ist und nicht ein Facharzt für Teilprüfungen. Wir müssen uns überlegen, ob wir so etwas wollen.

(Beifall)

Zum Antrag 14: Wenn ich Teilweiterbildungsabschnitte unter drei Monaten habe, dann kann ich das inhaltlich gut verstehen. Das ist für kleine Sachen bestimmt möglich. Dass wir den Kollegen eine EU-Kompatibilität damit vorenthalten, müssen wir in Kauf nehmen. Deswegen meine Bitte, das an den Vorstand zu überweisen, damit überlegt wird: Was bedeutet es, wenn jemand fleißig drei Jahre in drei Monaten absolviert hat und alle Abschnitte nicht mehr EU-kompatibel sind? Wohin will er dann migrieren? Auch das ist nicht günstig.

Zum Antrag 16: Wenn ich eine Beitragserhebung für den Arzt vorsehe, habe ich eine Vorstellung, welchen Arbeitsvertrag er hat. Wenn ich alle Arbeitsverträge einsammle, was die meisten Kammern für die Beitragserhebung sowieso tun, dann muss ich das nicht neu in der Weiterbildungsordnung vorsehen. Hier könnte man ein bisschen Bürokratiearmut praktizieren.

Zum Antrag 19: Unsere Kollegen in der Klinik haben so viel zu tun, lassen Sie sie bitte nicht noch 425, 3 400 oder 1 700 Stunden erfassen. Belassen wir es doch bei drei Monaten, einem halben Jahr oder ein bisschen mehr.

(Beifall)

Die Verpflichtung von Weiterbildern, sich aufgrund des Antrags 01-004 zu erkennen zu geben, halte ich ebenfalls für entbehrlich. Ich denke, eine gute Klinik macht das. Im Wettbewerb um gute Assistenten ist das ein Merkmal. Versuchen wir es einmal mit der Freiwilligkeit, bevor wir bürokratisch durchregeln.

Zum Schluss: Die Statuserhebung, wo sich jemand befindet, können wir auch ohne Beschluss des Ärztetages auf Kammerebene ganz locker regeln. Hier können wir die Bürokratie verschlanken.

In diesem Sinne: Helfen wir mit, den Kollegen das Leben leichter zu machen. Wir sollten den größten Teil der Anträge an den Vorstand überweisen. Er wird es für uns richten; er hat ja schon so viel Arbeit geleistet.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zimmer. – Jetzt kommt Herr Kollege Schulz aus Brandenburg.

Schulz, Brandenburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu den Anträgen III-32 und III-33. Der neue Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie hat einen Geburtsfehler, denn die diagnostische Radiologie des Faches gehört nicht mehr zu den Weiterbildungsinhalten dieses Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie. Als ich vor zwei Jahren diesen Facharzt erwarb, hätte ich korrekterweise die diagnostische Radiologie in meiner Praxis einstellen müssen. Da ich aber glücklicherweise 1982 gar nicht weit von hier, nämlich in Leipzig, meinen Facharzt für Orthopädie abgelegt habe, konnte ich die diagnostische Radiologie in meiner Praxis weiterbetreiben.

Vielleicht folgender Vergleich: Keinem Facharzt für Allgemeinmedizin wird zugemutet, nach erfolgter Facharztprüfung eine zwölfmonatige Zusatzweiterbildung zur Erlangung von EKG-Kenntnissen zu absolvieren. Kenntnisse in EKG und diagnostischer Radiologie sind für den Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. für den Facharzt für Unfallchirurgie unabdingbare Voraussetzung für eine gute freiberufliche Tätigkeit.

Die Landesärztekammern Berlin und Brandenburg, für die zu sprechen ich autorisiert bin, haben diesen Fehler bereits mit Beschlüssen ihrer Delegiertenversammlung korrigiert. Ich vertraue auf die Weisheit dieses Hauses, diesen Fehler in der (Muster-)-Weiterbildungsordnung zu korrigieren, und bitte um Zustimmung zu diesen Anträgen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schulz. – Jetzt bitte Frau Dr. Mieke aus Hessen.

Dr. Mieke, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag III-55. Frau Borelli hat in zwei Anträgen zum Ausdruck gebracht, dass sich die Weiterbildungsermächtigung ändern wird, dass beispielsweise aus sechs Monaten drei Monate werden. Das begrüße ich sehr. Aber ich denke, man sollte den Antrag noch viel weiter fassen, und zwar in der Richtung, dass wir uns alle Gedanken machen sollten, dass die Arbeitszeiten flexibler gestaltet werden, wie immer diese Möglichkeiten auch aussehen sollten. Ich denke, da sind wir alle gefordert.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Mieke. – Jetzt Herr Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zwei kurze Sätze zunächst zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Gebiet Chirurgie: Da gibt es in der gegenwärtigen Weiterbildungsordnung gefühlte Defizite, weil die Behandlung von Patienten im Alter von 1 bis 18 Jahren in Krankenhäusern der Maximalversorgung und in Universitätskliniken entsprechend der Weiterbildungsordnung erfolgt und deshalb Erfahrungen teilweise nur im geringen Umfang vorhanden sind. In den sechs Monaten Weiterbildungszeit in der Notfallambulanz im Rahmen des Common trunk werden Erfahrungen mit der entsprechenden Altersgruppe gesammelt.

Eine Regelung diesbezüglich sieht die Weiterbildungsordnung, soweit ich es erkennen kann, nicht vor. Ich möchte nur mündlich dieses gefühlte Defizit in der chirurgischen Weiterbildung mitteilen.

Zum Antrag III-45 möchte ich bemerken, dass ich ihn als peinlich und überregulatorisch empfinde. Wenn wir festlegen, dass Beschränkungen der ärztlichen Tätigkeit auf die tatsächlich erlernten Inhalte und Fertigkeiten administrativ festgeschrieben werden, wird die Individualität der Weiterbildung gefährdet. Damit wird praktisch gesagt: Wenn es nicht auf dem Zettel steht, darfst du es nicht mehr machen. Das machen wir als Kammer – und das auch noch freiwillig! In dieser Form kann ich das nur ablehnen. Ich möchte meine Bedenken zum Ausdruck bringen. Das wäre nicht gut für die Weiterbildung.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Michaelis. – Jetzt Herr Kollege Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag III-15. Ich möchte Herrn Crusius deutlich widersprechen. Die fachärztliche Versorgung vor allem im ambulanten Bereich setzt in Zukunft immer mehr eine breite Leistungspalette voraus, da sich die Versorgung nur mit hoch spezialisierten Subspezialisten dauerhaft nicht sinnvoll etablieren lässt. Die fachärztliche Basisversorgung setzt voraus, dass der vor Ort tätige fachärztliche Kollege den allergrößten Teil seiner Patienten umfassend versorgt. Eine umfassende Versorgung erfordert aber ein breites Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die dem jeweiligen Facharzt zur Verfügung stehen.

Die in den letzten Jahren immer weiterschreitende Auszehrung der Palette an fachärztlichen Leistungsinhalten ist hier völlig untauglich. Um dauerhaft die fachärztliche Versorgung auf einem guten Standard zu halten, müssen die Weiterbildungsinhalte des fachärztlichen Speziallabors fest in den Weiterbildungsinhalten integriert sein. In den Bereichen Urologie und Gynäkologie müssen auch die bewährten psychologischen Verfahren dem Facharzt zur Verfügung stehen.

Je weiter wir zulassen, dass die fachärztlichen Weiterbildungsinhalte verschlankt werden, desto mehr lassen wir zu, dass unsere zukünftigen jungen Kollegen mit der zunehmend eingeschränkten Kompetenz sich nur noch in abhängigen Arbeitsverhältnissen wiederfinden. Eine eigene, selbstverantwortlich geführte Arbeitsrealität bei dem dann schmalen Spektrum wird sodann nicht mehr möglich sein.

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, denken wir an die kommenden Kollegen, öffnen wir das Tor zur selbstverantwortlichen freien ärztlichen Tätigkeit und erhalten wir unseren Patienten eine gute fachärztliche Versorgung vor Ort!

Ich bitte um Zustimmung zu meinem Antrag.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag III-01-009. Dort geht es um die Pflichtweiterbildungszeit in Neurologie und Psychiatrie. Herr Dr. Ramm hat sich dazu bereits geäußert. In der Ausbildung gibt es schon eine wissenschaftliche Richtung, die sich Neurobiologie nennt. Dort werden viele Elemente dessen, was in der Neurologie und erkanntermaßen inzwischen auch in der Psychiatrie an biologischem Wissen vorhanden ist, mit einbezogen. Im Grunde genommen lässt sich von der Ursache her also ein Zusammenwachsen der beiden Fächer Neurologie und Psychiatrie erklären.

Auf der anderen Seite haben wir die Schwierigkeit, Kolleginnen und Kollegen in der Fläche zu finden, die unsere Praxen übernehmen und damit die Versorgung der Patienten gewährleisten. Ich denke, eine bessere Kenntnis in den jeweiligen Fächern würde zu einer besseren Versorgung führen.

Ich mache daher den Vorschlag, dass an den Beschlusstext das Wort „können“ angefügt wird, dass also im Gegenfach weitere sechs Monate abgeleistet und auf den jeweiligen Facharzt angerechnet werden können. Damit wird den Bedenken des neurologischen Kollegen aus der Klinik Rechnung getragen, dass eine neurologische Ausbildung zum Facharzt nicht so abgekürzt werden kann. Es kann aber angerechnet werden, wenn später der Doppelfacharzt angestrebt wird. Der Doppelfacharzt wäre aber sinnvoll, um die Kollegen eher an die Versorgung der Patienten heranzubringen. Doppelfachärzte werden wir auch in Zukunft in der Versorgung vor allem im niedergelassenen Bereich dringend brauchen, zumal auf der Basis dessen, was ich gerade über die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 15 Jahre gesagt habe.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. – Jetzt kommt Herr Mälzer aus Berlin.

(Zuruf: Zur Geschäftsordnung!)

– Jetzt habe ich Herrn Mälzer aufgerufen. Nach Herrn Mälzer können Sie Ihren Antrag vortragen. Jetzt zunächst also Herr Mälzer.

Mälzer, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Lassen Sie mich direkt auf Herrn Crusius antworten. Ich habe das als eine Steilvorlage empfunden. Es geht eben nicht um eine Verhinderungsverordnung, nicht um einen Flaschenhals, den ich mit den Anträgen 48 und 49 noch enger machen will. Wenn Sie die Anträge genau lesen, werden Sie feststellen, dass genau das Gegenteil der Fall ist. Diese Zusatzweiterbildung wird auf das realistische Maß gekürzt. Es wird nachher von denen weitergebildet werden können, die dieses fachgebietsbezogen beherrschen. Ich will also, dass es leichter wird. Ich will es während der Weiterbildungszeit möglich machen.

Was die andere Teilradiologie angeht, sage ich: Das ist eine Kernkompetenz. Die bisherige Idee der Zusatzqualifikation Fachgebietsröntgen war gut, hat sich aber in der Praxis nicht bewährt. Es wurde nicht angenommen. Damit haben wir hier einen Flaschenhals, den wir durch eine verbesserte Zusammenarbeit der Weiterbilder in der Klinik mit denen in der Praxis ausgleichen können, um die Kernkompetenz zu erhalten.

Was nützt es Ihnen, wenn jemand Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist und nicht die Kompetenz zum Röntgen hat? Die bisherige Regelung hat bewiesen, dass es nicht funktioniert, dass die künftigen Kollegen diese Kernqualifikation nicht mehr besitzen können. Deshalb besteht Handlungsbedarf. Wenn Sie mit einem Unfall in die Praxis kommen, möchten Sie, dass Sie kompetent diagnostiziert und versorgt werden. Sie wollen nicht, dass Sie weitergeleitet werden, sondern Sie wollen vor Ort versorgt werden.

Ich bitte Sie, den Handlungsbedarf zu erkennen und dem zuzustimmen. Ich bin gegen Flaschenhälse. Wenn Sie es genau lesen, erkennen Sie, dass es genau darum geht, einen solchen zu vermeiden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Mälzer. – Jetzt bitte die Wortmeldung zur Geschäftsordnung.

Dr. Roy, Thüringen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich sehe, das Plenum ist ermattet. Die Argumente sind ausgetauscht. Wir sollten den Worten langsam Taten folgen lassen. Ich beantrage hiermit das Ende der Debatte.

Falls das möglich ist, sollte der Vorschlag des Kollegen Gehle aufgegriffen werden. Falls der Antrag auf Schluss der Debatte positiv beschieden wird oder auch später das Ende der Debatte, sollte der Antrag des Vorstands mit den entsprechenden Änderungsanträgen zur Abstimmung gestellt werden. Da anklang, dass die meisten Anträge an den Vorstand zu überweisen sind, sollten geschlossen alle Anträge an den Vorstand überwiesen werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das gilt dann nur für den Tagesordnungspunkt III a. Der Tagesordnungspunkt III b kommt ja noch. Das ist ein eigener Untertagesordnungspunkt. – Möchte jemand gegen den Antrag auf Schluss der Debatte sprechen? – Nur formal. Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist dagegen? – Das sind viel weniger. Wer enthält sich dazu? – Dann ist Schluss der Debatte beschlossen. Sind wir uns hier oben einig? – Ja.

Dann bitte ich jetzt Herrn Dr. Bartmann um ein Schlusswort und eine Schlusseinschätzung.

Dr. Bartmann, Referent: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir haben eine wirklich große Anzahl von Beiträgen erlebt. Das ist bei der großen Zahl der Anträge natürlich nicht verwunderlich. Es würde eher verwundern, wenn jemand einen Antrag stellt und ihn nicht erklären will. Eine solch ausführliche Diskussion ist notwendig, damit jeder das Gefühl hat, dass er wahrgenommen worden ist.

(Vereinzelt Beifall)

Die meisten Änderungsanträge zum Leitantrag des Vorstands haben Aspekte aufgezeigt, die anderenfalls so intensiv gar nicht hätten eingebracht werden können. Von daher kann ich Ihnen versprechen, dass vieles von dem aufgegriffen wird und möglicherweise seinen Niederschlag in der weiteren Bearbeitung und Novellierung finden wird.

Folgendes muss ich grundsätzlich sagen. Ich war schon auf vielen Ärztetagen. Ich habe viele Diskussionen über die Weiterbildung verfolgt. Ich hatte aber hier das erste Mal das Gefühl, dass tatsächlich ein ganz breiter Konsens über die Funktion der Weiterbildungsordnung als Bildungsordnung herrscht.

(Beifall)

Manche Redner haben das explizit erwähnt; aus anderen Beiträgen hat man es sehr deutlich herausgehört.

Lassen Sie mich auch Folgendes sagen: Ich bin außerordentlich erleichtert, dass anders als noch vor zehn Jahren die Idee einer modularen Weiterbildung, die weder Herr Koch noch ich jemals zu den Akten gelegt haben, existiert. Viele von Ihnen erinnern sich, wie weit wir damals waren. Vor dem Abschluss 2003 waren wir bei 2 000 und hatten ein komplettes Konzept zur modularen Weiterbildung. Damals war die Zeit dafür einfach noch nicht reif. Jetzt scheint die Zeit gekommen zu sein, dass diese Idee umgesetzt werden kann. Das nehme ich natürlich außerordentlich gern auf und als eine Art Arbeitsauftrag mit nach Hause.

Ich glaube, es war Herr Professor Haubitz, der darauf hingewiesen hat, dass schon im Juli die nächste Sitzung der Ständigen Konferenz stattfindet. Normalerweise tagt in ruhigen Zeiten die Ständige Konferenz nicht so oft. Das Dezernat 2 wird, wie ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kenne, bis in die Nacht hinein das aufarbeiten, was hier besprochen wurde. Ich werde schon am Montag das Protokoll haben, Sie möglicherweise auch. Das will ich aber nicht versprechen.

Die nächsten Ausschusssitzungen werden am 16. Juni und am 21. Juli stattfinden, unmittelbar vor der nächsten Sitzung der Ständigen Konferenz.

Einige Kollegen haben es bereits gesagt: Man kann nicht ernsthaft davon ausgehen, dass wir bei dieser Vielzahl der Anträge – gestern waren es 60, jetzt werden es über 80 sein – bei einem so sensiblen Thema Stück für Stück so abstimmen können, dass nicht irgendwo plötzlich Turbulenzen entstehen und wir denken: Was haben wir da nur gesagt!

Wir haben gestern bis in die späte Nacht hinein die Anträge durchgearbeitet. Selbst mir ist es manchmal so gegangen, obwohl ich mich in der Materie einigermaßen zu Hause fühle, dass man nicht in jedem Fall hat entscheiden können, welches die Fol-

gen sein werden. Ich nehme einmal als Beispiel den Antrag 006, in dem es um die Teilzeittätigkeit geht. Ich habe sofort gesagt: Klasse, das ist eine Festlegung, die wir als Änderungsantrag aufnehmen sollten. Aber dann sagte die Justiziarin: Wenn das gemacht wird, bedeutet das eine Einschränkung; das ist keine Erweiterung der Flexibilität, sondern eine Einschränkung der Flexibilität. Da war ich wirklich überrascht, das war mir nicht so aufgegangen.

Es gibt im Grunde genommen nur zwei Anträge, bei denen ich sicher sagen kann, dass man sie so annehmen sollte: Das sind die Anträge zur Akupunktur. Da haben wir in der Tat einen Fehler gemacht. Das ist – Herr Mitrenga hat darauf hingewiesen – einfach in die falsche Spalte gerutscht. Das sollte man korrigieren.

(Vereinzelt Beifall)

Ein bisschen irritiert war ich bei der strukturierten Schulung in der Diabetologie. Niemand wusste so recht Bescheid: Ist das wirklich ein redaktioneller Fehler? Wir haben die Zeit genutzt, das zu recherchieren. Es ist kein redaktioneller Fehler, sondern das Ergebnis der Abstimmung in der Ständigen Konferenz. Mit 11 : 5 Stimmen wurde das damals herausgenommen. Wenn Sie mich fragen, warum es herausgenommen wurde, kann ich Ihnen diese Frage spontan nicht beantworten. Das muss also im Ausschuss komplett aufgegriffen werden. Wir müssen uns klar darüber werden: Was ist eigentlich passiert? Warum ist das gemacht worden? Jemand hat gesagt: Wir müssen erst einmal genau definieren, was mit dem Begriff der strukturierten Schulung gemeint ist. Das alles sind Dinge, die wir aufgreifen müssen. Das gilt für viele Anträge ebenso.

Im Zusammenhang mit den Änderungsanträgen zum Vorstandsantrag gibt es Fallstricke. Teilweise gibt es zu demselben Thema vier Anträge mit ganz unterschiedlicher Intention. Es gibt Anträge, wo die Fachgesellschaften teilweise konträr gegeneinanderstehen. Als Stichwort sage ich nur PPP.

Es gibt Anträge, die in der Ständigen Konferenz und im Ausschuss Stunde um Stunde beraten worden sind und jetzt wieder hier auftauchen.

Ich weiß, dass es sehr ungewöhnlich ist, aber ich bitte Sie, sehr großzügig von Ihrem Recht Gebrauch zu machen, einen Antrag im Zweifelsfall lieber an den Vorstand zu überweisen. Ich habe Ihnen gesagt: Das ist der kürzeste Weg zurück in die Gremien. Wir sollten hier nicht etwas beschließen, was wir vielleicht schon morgen bereuen. Ich weiß, das setzt eine Menge an Vertrauen voraus. Umso mehr würde ich Ihnen danken, wenn Sie dieses Vertrauen in uns setzen würden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Griebenow zur Geschäftsordnung.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Herr Bartmann, das, was Sie gerade beschrieben haben, hat zum einen deutlich gemacht, dass ein System, das sehr differenziert und sehr reguliert ist, offensichtlich irgendwo an seine Grenzen stößt. Andererseits haben wir vielleicht die zunehmende Wahrnehmung, dass es möglicherweise eine Art Grundrenovierung geben sollte, „Novellierung“ genannt. Ich könnte mir vorstellen, dass die Entscheidungen, die jetzt zu treffen sind, was so wichtig ist, dass es heute mit Ja oder Nein beschieden werden sollte, und was überwiesen, also bearbeitet werden sollte, leichter fällt, wenn klar ist, wie wir uns zu dieser Grundfrage stellen.

Deswegen möchte ich beantragen, dass wir zunächst die Anträge 45 und 45 a behandeln. Danach soll ein mit einem zeitlichen Rahmen versehenes neues Konzept für die Gestaltung der Weiterbildungsordnung erarbeitet werden. Anschließend sollten wir über den Antrag 30 befinden, der fordert, dass eine solche neue Ordnung bis 2013 existieren soll.

Ich glaube, dann ist klar, in welchem zeitlichen Rahmen sich das abspielt. Ich denke, so wird es der Weisheit dieser Versammlung leichterfallen, festzustellen, was heute entschieden werden muss, und was in ein festgelegtes Verfahren für eine größere Neufassung, für eine größere Novellierung eingebracht werden kann.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Herr Bartmann zur Gegenrede. Bitte.

Dr. Bartmann, Referent: Grundsätzlich, Herr Griebenow, rennen Sie bei mir damit offene Scheunentore ein. Wir haben der Politik in manchem Kontext vorgeworfen, dass sie zeitliche Rahmenbedingungen setzt, die einfach nicht einzuhalten sind. Ich fürchte, das wird in diesem Falle so sein. Ich möchte ungern in einem Jahr vor Ihnen stehen und sagen müssen: Sie haben das zwar vor einem Jahr beschlossen, aber wir konnten das in so kurzer Zeit nicht verbindlich leisten. Wir können Ihnen in einem Jahr möglicherweise vorstellen, wie der Aufbau einer modularen Ordnung aussehen könnte. Ich kann nur sagen: 2013 ist enorm knapp. Ich warne davor, Fristen zu setzen, die von vornherein kaum einzuhalten sind.

Wenn man die Befristung herausnehmen oder etwas großzügiger definieren würde, würde ich sagen: klar. Mir würde es helfen, wenn Sie hier entscheiden: Ja, wir wollen eine Novellierung, die in Richtung eines modularen Systems geht. Wir wollen das zeitnah und in einem Rahmen, der es erlaubt, dass wir in drei oder vier Jahren am Ziel sind.

Dann wäre das in Ordnung. Ursprünglich war der Antrag, dem Deutschen Ärztetag 2013 eine Novellierung der Weiterbildungsordnung vorzulegen, insbesondere unter Berücksichtigung eines modularen Aufbaus. Es ist schwierig, den Zeitrahmen 2013 einzuhalten.

Ein anderer Antrag fordert:

*Innerhalb eines Jahres sollen von den Weiterbildungs- und Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer Vorschläge für verbindliche Regelungen in (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) und/oder (Muster-)-Berufsordnung (MBO) zur Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf tatsächlich erlernte Inhalte und Fertigkeiten sowie die eigene Facharztkompetenz erarbeitet werden.*

Dieser Antrag enthält sehr viele Elemente. Man muss ganz genau lesen, wenn man Beschlüsse in dieser Richtung fasst.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt stimmen wir zunächst einmal über den Geschäftsordnungsantrag ab, ob diese beiden Anträge vorgezogen werden. Sind Sie einverstanden? – Dann frage ich: Wer möchte, dass die Anträge 45 und 30 vor der weiteren Abstimmung der Weiterbildungsanträge abgestimmt werden? Wer befürwortet das? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann tun wir das nicht, sondern diese Anträge bleiben Inhalt des Konvoluts, das nicht zu dem Block der Änderungsanträge zum Vorstandsantrag gehört.

Nun gibt es einen neuen Antrag zur Geschäftsordnung. Bitte schön.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Ich stelle den Antrag zur Geschäftsordnung, dass wir alle Anträge zu Tagesordnungspunkt III a, die die Novellierung der Weiterbildungsordnung zum Inhalt haben, an den Vorstand überweisen, damit diese später dem Deutschen Ärztetag vorgelegt wird, auch unter den Bedingungen einer neuen Systematik und eines modularen Aufbaus. Nur die Änderungsanträge zum Antrag 01 sollten heute hier abgestimmt werden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. – Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Ich habe das so verstanden, dass Herr Herrmann möchte, dass wir den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer mit den Änderungsanträgen heute abstimmen und dass die anderen Anträge, die die Weiterbildungsordnung betreffen, komplett überwiesen und im weiteren Verlauf von den Gremien gewürdigt werden sollen.

(Beifall)

Ich hoffe, dass ich Herrn Herrmann richtig interpretiert habe.

Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist dafür, dass wir so verfahren? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Dann ist das so beschlossen.

Dann können wir jetzt die Anträge durchgehen. Ich bitte Herrn Bartmann, im Zweifel bei jedem einzelnen Antrag noch einmal deutlich zu erklären, welche Konsequenz es hätte, wenn wir den Antrag annehmen, ablehnen oder überweisen. Bei einer Überweisung ist ja die Gefahr am geringsten, dass etwas Schlimmes passiert.

(Heiterkeit)

Wir beginnen mit dem **Antrag III-01-006.** Frau Privatdozentin Dr. Claudia Borelli möchte, dass der jetzige Text in § 4 Abs. 6 Satz 2, der lautet:

> *Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens 50 % der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt*

ersetzt wird durch:

> *Dies ist in jedem Fall gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens 50 % der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Dann frage ich: Wer möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Keiner. Nur formal. Wer möchte das an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Bei sehr zahlreichen Gegenstimmen ist Vorstandsüberweisung beschlossen.

(Widerspruch)

– Glaubt ihr nicht? Dann wiederholen wir die Abstimmung. – Herr Bartmann möchte dazu noch etwas sagen.

Dr. Bartmann, Referent: Dass ich dazu etwas sagen wollte, wusste ich bis eben noch gar nicht. Aber wenn ich dazu aufgefordert werde, mache ich das natürlich gern.

Ich habe mich ja eben in meinem kurzen Abgesang schon geoutet, dass ich diesen Vorschlag spontan gut fand und dass ich dem auch zugestimmt hätte, bis der Einwand der Justiziarin kam, dass damit eventuell der Ermessensspielraum eher eingeschränkt als erweitert wird.

Sie sehen das Problem, das ich habe, wenn ich hier wertend Stellung nehme. Das ist natürlich in gewisser Weise ein Präjudiz. Andererseits bewahrt es uns eventuell davor, falsche Beschlüsse zu fassen.

Die Intention des Antrags ist völlig richtig. Ich habe den Antrag so verstanden: Wir wollen eine Flexibilisierung. Das ist auch unser Interesse. Deswegen könnte ich mit der Vorstandsüberweisung sehr gut leben, weil wir uns dessen positiv annähmen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich habe mich gerade bei der Frau Juristin noch einmal erkundigt. Sie sagt, das wäre für die betroffenen Kolleginnen und Kollegen eher eine engere Fassung als die Fassung, die wir jetzt haben.

Ich frage noch einmal: Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Frau Dr. Borelli braucht sich nicht zu grämen. Wir werden dieses Thema sehr intensiv diskutieren, weil wir natürlich wissen, dass unser Nachwuchs im Wesentlichen aus Ärztinnen bestehen wird.

Wir kommen zum **Antrag III-01-003.** Danach soll folgende Ergänzung vorgenommen werden:

> *Eine Aufteilung auf mehrere teilzeitbeschäftigte Weiterbildungsbefugte ist jedoch möglich, wenn durch komplementäre Arbeitszeiten eine ganztägige Weiterbildung gewährleistet ist.*

Dazu Herr Bartmann. Bitte.

Dr. Bartmann, Referent: Das Anliegen ist klar. Auch dazu hat sich die Justizarin geäußert und gesagt, dass durch das Wort „grundsätzlich“ dem schon Folge geleistet wird. Wenn man das jetzt so ergänzen würde, wäre das letztendlich auch nicht schädlich. Es ist, wie gesagt, schon so auszulegen, dass der Intention Genüge getan wird.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich sehe es aber richtig, dass es den Leserinnen und Lesern, die sich nicht ständig damit beschäftigen und die Weiterbildungsordnung studieren, wenn sie in der Weiterbildung sind, hilft, es noch besser zu verstehen.

Dr. Bartmann, Referent: Ja.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es gibt keinen Überweisungsantrag. Ich frage also: Wer möchte dem Antrag 003 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag III-01-004.**

Dr. Bartmann, Referent: Der Antrag ist im Grunde genommen nur eine Variante dessen, was bereits im Antrag 003 vorgeschlagen wird. Nur ist es anders untergebracht. Darauf hat Heidrun Gitter bereits hingewiesen. In § 5 Abs. 3 haben wir es mit dem Zusatz zu tun, dass sich der Weiterbildungsbefugte an Qualitätssicherungsmaßnahmen im Sinne der Weiterbildung zu beteiligen hat. Frau Gitter möchte, dass man einen eigenständigen Satz anfügt, in dem die Evaluation ausdrücklich erwähnt ist.

Das Anliegen wird sowohl von dem einen als auch von dem anderen Antrag transportiert. Beim Antrag 4 handelt es sich um einen eigenen Satz und die Ergänzung durch den Begriff der Evaluation.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Auch das erleichtert wahrscheinlich die Verständlichkeit. Wer möchte dem Antrag 004 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-010.** In den allgemeinen Inhalten der Weiterbildung soll ergänzt werden:

*Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-012.** Danach soll die Gebietsdefinition durch einen neuen Text ersetzt werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier gibt es den Wunsch nach Vorstandsüberweisung. Möchte jemand dagegensprechen? – Nein. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Die Gremien werden sich mit dem Text intensiv beschäftigen.

Jetzt kommt der **Antrag III-01-016:**

*Der Facharzt für Allgemeinchirurgie bleibt, wie in der Ständigen Konferenz Weiterbildung beschlossen, in der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten. Die traumatologische Kompetenz dieses Facharztes ist zu stärken und an die Anforderungen der Notfall- und Grundversorgung anzupassen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-01-015.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier gibt es den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer möchte überweisen? – Wer nicht? – Einige. Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag III-01-008:**

*Der Titel der Facharztkompetenz „Facharzt für Viszeralchirurgie“ wird umbenannt in den „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Gibt es eine Gegenrede gegen die Vorstandsüberweisung? – Formal. 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.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-01-014:**

> *Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, auf die Umbenennung des „Facharztes für Allgemeine Chirurgie“ in den „Facharzt für Allgemeinchirurgie“ zu verzichten.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier Vorstandsüberweisung. Wer ist für die Überweisung an den Vorstand? – Wer ist nicht für die Überweisung? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-009:**

> *Innerhalb des „Facharztes für Neurologie“ sowie des „Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie“ sollen zusätzlich zur 12-monatigen Pflichtweiterbildungszeit im Gegenfach weitere 6 Monate im Gegenfach abgeleistet und auf den jeweiligen Facharzt angerechnet werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-011:**

> *Die geplante Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) mit dem Ziel einer Verlängerung der anerkannten Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich von 12 auf 24 Monate im Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin ist zurückzuweisen und die bisherige Regelung zu belassen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier Vorstandsüberweisung. Gibt es eine Gegenrede gegen die Vorstandsüberweisung? – Keine. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist auch dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag III-01-017:**

> *Die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Qualitätsmanagement sind anzupassen. Der Erwerb der Bezeichnung soll allen Ärztinnen und Ärzten möglich sein. Voraussetzung soll deshalb eine klinische Tätigkeit von mindestens 24 Monaten sein.*

Dazu bitte Franz Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Vorstandsüberweisung wäre hier gut. Das Anliegen ist nachvollziehbar. Aber ich würde das gern noch einmal durch die Gremien gehen lassen. Aus meiner Sicht wäre die Vorstandsüberweisung der klügste Weg.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte überweisen? – Wer nicht? – Auch dieser Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-01-001.** Hier ist das Wichtige:

> *Am Ende des Kapitels „Weiterbildungszeit" werden folgende Worte eingefügt: „Die Kurse, praktischen Akupunkturbehandlungen und die Fallseminare müssen sich über einen Zeitraum von mindestens 24 Monaten erstrecken".*

Dazu bitte Franz Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Wenn das angenommen wird, ist der nächste Antrag hinfällig, weil dies hier der weitergehende Antrag ist. Beide Anträge entsprechen der Intention, die falsch ausgedruckt worden ist. Wenn Sie diesen Antrag hier annehmen, ist damit der Antrag 005 hinfällig geworden. Wenn Sie den Antrag 001 ablehnen, aus welchem Grund auch immer, können Sie immer noch dem Antrag 005 zustimmen. Beide Anträge transportieren dasselbe Anliegen.

(Zuruf)

– Herr Scholz, Sie wissen ja, dass das beim Marburger Bund besprochen worden ist. Da ist eine Version erarbeitet worden, die dem Antrag 005 entspricht. Aber der Antrag 001 ist quasi von der Seite her eingebracht worden. Das wird in der Abstimmung zuerst behandelt, weil das weitergehend ist.

(Zuruf Dr. Mitrenga, Nordrhein)

– Kommen Sie bitte zum Rednerpult. Sie haben ja mit Herzblut an diesem Verfahren mitgearbeitet.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir haben allerdings Schluss der Debatte beschlossen.

Dr. Bartmann, Referent: Es ist gegen Vorstandsüberweisung, nehme ich einmal an.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann ist das eine Geschäftsordnungsdebatte. Sehr schön.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin gegen die Vorstandsüberweisung, denn letztlich kommt der Antrag ja vom Vorstand. Das ist ein Antrag der Ständigen Konferenz. Ich möchte erläutern, warum aus meiner Sicht der Antrag 005 hinsichtlich der Qualität der weitergehende Antrag ist. Dort steht ja, dass die 60 Stunden praktische Akupunkturbehandlung unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten für Akupunktur, verteilt auf 24 Monate, abzuleisten sind. Der qualitativ anspruchsvollere Antrag ist, Herr Präsident, der Antrag 005.

(Beifall)

Ich finde, wenn man die Akupunktur nur auf 24 Monate reduziert, mindert man die Qualität. Das kann nicht als ein Signal von diesem Ärztetag ausgehen.

Deshalb sollten Sie den Antrag 001 ablehnen. Eine Vorstandsüberweisung hilft nicht. Richtig ist der Antrag 005.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich verstehe das mal so, dass wir korrigiert werden: Der Antrag 005 ist der weitergehende Antrag. Wenn er angenommen wird, hat sich der Antrag 001 erledigt.

Dr. Bartmann, Referent: So kann man es auch sehen. Sie sehen, wie wichtig es ist, dass auch der Vorsitzende einmal Hilfestellung erhält, sozusagen die Stimme aus der Bevölkerung. Vielen Dank, Herr Mitrenga.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Die Rechtsabteilung sieht es anders.

Dr. Bartmann, Referent: Mein Votum entsprach dem der Rechtsabteilung. Ich habe aber auch Herrn Mitrenga verstanden.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Frau Güntert – da ist sie übrigens –

(Beifall)

sagt, der Antrag 001 sei der weitergehende Antrag, weil er sich auf die gesamte Weiterbildung zur Akupunktur bezieht, während sich der Antrag 005 nur auf den praktischen Teil bezieht.

(Dr. Mitrenga, Nordrhein: Aber der Befugte fällt weg!)

– Wir können ja auch beide Anträge annehmen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Dr. Bartmann, Referent: Darf ich jetzt einmal einen unkonventionellen Vorschlag machen? Wir haben einen Fehler gemacht. Wir haben das redaktionell an der falschen Stelle in den Text einfließen lassen. Sie geben uns den Auftrag, das zu korrigieren. Intendiert ist ja, dass die Crashkurse, die früher einmal angeboten wurden – 14 Tage Sylt, dann kann man Akupunktur –, abgeschafft werden. Es soll auf 24 Monate gestreckt werden. Wenn Sie uns vertrauen, werden wir die richtige Formulierung auch in der Beratung mit den Juristen finden. Es wird passieren, weil es passieren muss. Man kann redaktionelle Fehler nicht stehen lassen. Das wird kurzfristig geändert.

Wenn Sie abstimmen, beide Anträge an den Vorstand zu überweisen, dann werden wir während der nächsten Ausschusssitzung eine diesbezügliche Entscheidung treffen. Da möchte ich jetzt aber gar nichts präjudizieren. Die Intention der Spreizung auf 24 Monate würde ja durch beide Anträge erfüllt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wer ist denn dafür, dass das gespreizt wird? – Dann ist schon einmal alles klar, dann können wir es überweisen. Dann kann man sich Gedanken darüber machen, wie gespreizt wird. Wer ist dagegen, dass gespreizt wird? – Gut. Dann frage ich jetzt: Wer möchte diese **Anträge III-01-005 und III-01-001** an den Vorstand sozusagen als Beratungsunterlage überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann sind die beiden Anträge **an den Vorstand überwiesen.**

(Beifall)

Damit kommen wir jetzt klar.

Ich rufe damit den **Antrag III-01-007** auf. Dieser Antrag betrifft die Flugmedizin. Möchte Herr Bartmann dazu etwas sagen?

Dr. Bartmann, Referent: Die Flugmedizin steht nicht gerade im Zentrum des medizinischen Interesses.

(Widerspruch)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Für manche schon.

Dr. Bartmann, Referent: Entschuldigung, das mag sich geändert haben. Ich will damit nur sagen: Wenn wir über solche Gebiete zu entscheiden haben, sind wir natürlich auf Beratung angewiesen. Die Beratung, die wir hatten, hat dazu geführt, dass dieser Antrag im zweistufigen Normsetzungsverfahren abgelehnt wurde.

Zwischenzeitlich aber haben wir ganz unterschiedliche Positionierungen dazu gehört, sodass ich nicht traurig wäre, wenn Sie sagen würden „Das nehmen wir an“, weil ich eher den Eindruck habe, dass das Anliegen des Antragstellers eher gerechtfertigt als nicht gerechtfertigt ist.

Es ist auch für mich ganz schwer, hier die Wahrheit zu finden. Ich habe ja gesagt: Ich habe da ein bisschen ein schlechtes Gewissen, weil es nach dem, was wir nachher von anderen gehört haben, durchaus sein könnte, dass das Anliegen des Antragstellers gerechtfertigt ist.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich kann gut nachempfinden, was hier beantragt wird. Ich meine, man sollte dem Antragsteller helfen, dass dieses Thema so weiterbehandelt wird, damit die Flugmedizin weiterhin eine Chance hat und viele Ärztinnen und Ärzte eine entsprechende Chance haben. Früher musste man transkontinentale Flüge hinter sich bringen. Das ist alles vorbei. Herr Nowak, ich glaube, wir schaffen das auch so. Die Versammlung ist ganz Ihrer Meinung.

Dr. Nowak, Hessen: Dazu nur ganz kurz Folgendes. Das Ganze wurde im Vorfeld mit den entscheidenden Flugmedizinern abgesprochen. Der Deutsche Fliegerarztverband steht dahinter, auch der Leiter der europäischen und der deutschen Akademie für Flugmedizin. Auf der letzten Sitzung der Ständigen Konferenz waren diese Vertreter nicht anwesend, sodass es von der Bundeswehr falsch verstanden wurde. Aber es ist parallel noch einmal an Frau Güntert gegangen. Es stammt nicht allein von mir.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Okay, das hilft noch einmal weiter. Ich frage: Wer möchte dem Antrag 007 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-01-018:**

> *Die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Intensivmedizin“ sind zu modifizieren. Die Weiterbildung soll mindestens 12 Monate bei einem Befugten für die Zusatz-Weiterbildung abgeleistet werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer möchte überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Dann haben wir noch den **Antrag III-01-002:**

> *Der Zugang zur Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“ ist auch dem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zu gewähren.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier wird Vorstandsüberweisung beantragt. Das gehört zum Gesamtkonvolut; das ist logisch.

Dr. Bartmann, Referent: So ist es.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt frage ich: Wer möchte dem so modifizierten **Antrag III-01** zustimmen? – Wer ist dagegen? – Keine Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Ich glaube, wir sollten dieses Ergebnis Hellmut Koch ganz schnell mitteilen. Das hilft sicher zur schnellen Gesundung. Da freut er sich.

(Beifall)

Franz Bartmann, herzlichen Dank für Deine bisherige Arbeit.

Wer möchte die restlichen Anträge, die zum Tagesordnungspunkt III a gestellt worden sind, an den Vorstand überweisen? Möchte jemand eine Gegenrede halten? – Keiner. Dann frage ich: Wer möchte den Rest überweisen? – Wer möchte das nicht? – Einige. Wer enthält sich? – Dann ist das Stoff genug für die Weiterbildungsgremien, um das weiter auszudifferenzieren.

Noch einmal herzlichen Dank an Franz Bartmann. Er kommt ja noch einmal wieder.

Zuvor behandeln wir die Regularien. Das betrifft die Tagesordnungspunkte VI bis VIII. Ich habe mitgeteilt bekommen, dass zu diesen Tagesordnungspunkten keine Anträge vorliegen, sodass wir gleich in die Debatte eintreten können.

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 VI bis VIII „Finanzen“ öffentlich zu verhandeln.

Hat jemand etwas dagegen? – Das ist nicht der Fall. Das Einverständnis ist 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 soviel Stimmen wie die Zahl der seiner Ärztekammer nach § 4 Abs. 3 zustehenden Abgeordneten.*

Beachten Sie bitte, dass nach der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (§ 10) Anträge zum Haushaltsvoranschlag nur mit der Maßgabe zur Abstimmung zugelassen werden, dass ein zustimmendes Abstimmungsergebnis lediglich einen Vorschlag für die Entscheidung zur Abstimmung durch die Stimmführer darstellt.

Wird ein Änderungsantrag durch die 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 in Empfang genommen werden.

Wir treten jetzt in diese Prozedur ein. Ich rufe **Tagesordnungspunkt VI** auf:

## Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009)

### a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2008/2009

Referent ist der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herr Professor Dr. Fuchs. Bitte schön, Herr Professor Fuchs, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Für das am 30. Juni 2009 zu Ende gegangene Geschäftsjahr hatten Sie uns ein Haushaltsvolumen von 15 269 000 Euro bereitgestellt – Ressourcen, mit denen wir verantwortungsbewusst umgegangen sind, Geld, mit dem wir in schwierigen Zeiten für die Anliegen der Ärztinnen und Ärzte gekämpft haben.

Bei den vielfältigen – eigentlich unbegrenzten – Aufgaben haben wir wirtschaftlich und sparsam gehaushaltet, wie der Wirtschaftsprüfer bescheinigt.

Zu diesem Bericht, der – wie immer – im Auftrag der Finanzkommission erfolgte, wird deren Vorsitzender, Herr Dr. Ensink, gleich ausführen. Meine Aufgabe ist es, Sie auf wesentliche Abweichungen der Jahresrechnung zum Haushaltsplan hinzuweisen.

Als Erstes das positive Ergebnis: Die Jahresrechnung endet, auch wegen der erfreulich hohen Gewinnausschüttung des Deutschen Ärzte-Verlags, mit nicht verbrauchten Mitteln von 2 424 380,90 Euro.

Die Positionen Gehälter und die Positionen der sogenannten Gehaltsnebenkosten weisen wegen temporär nicht besetzter Stellen nicht verbrauchte Mittel in Höhe von rund 300 000 Euro aus. Die Position Pensionen musste nicht voll ausgenutzt werden, und zwar wegen eines geringeren Rückstellungsbedarfs laut aktuellem versicherungsmathematischen Gutachten. Andererseits wurden die Sonstigen Personalaufwendungen wegen vermehrter Personal-Akquisekosten um rund 35 000 Euro überschritten.

Die Position Fortbildungsaktivitäten wurde wegen einer zusätzlichen Veranstaltung um rund 19 000 Euro überschritten. Die Position Deutscher Ärztetag lag um 96 000

Euro über dem Voranschlag, insbesondere wegen der Tagungsräume und der notwendigen technischen Ausstattung. Die Position Ärztliches Zentrum Qualitätssicherung lag um 95 000 Euro unter dem Voranschlag wegen der Verrechnung nicht verbrauchter Mittel.

Beide Reisekostenpositionen lagen mit insgesamt 24 000 Euro unter dem Voranschlag. Insgesamt liegt der Aufwandblock um 69 000 Euro unter dem Haushaltsplan.

Nun zu den Erträgen: Analog zu den erhöhten Aufwendungen sind bei den Fortbildungsveranstaltungen erhöhte Erträge von rund 31 000 Euro zu verzeichnen.

Die Gewinnausschüttung des Deutschen Ärzte-Verlags wird von uns immer kaufmännisch vorsichtig in den Haushaltsplan eingestellt. Der für uns verfügbare Gewinnanteil beläuft sich auf 3 114 475 Euro aus dem Geschäftsjahr 2007 des Verlags. Wiederum hat der Verlag sich selbst getoppt. Von dieser Stelle aus ein Kompliment an die beiden Geschäftsführer, Herrn Weber und Herrn Führer.

(Beifall)

Wir alle wissen, dass dieses Niveau nicht zu halten sein wird. Herr Dr. Ensink hat verschiedentlich darauf hingewiesen.

Aber der nicht zuletzt im Verlagsgewinn begründete Überschuss erleichtert uns die Finanzierung des Erwerbs von Bauteil C-Süd; wir hatten letztes Jahr über dieses Vorhaben berichtet.

Die Jahresrechnung hat den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erhalten. Hierüber und über die Beratungen der Finanzkommission wird anschließend Dr. Ensink berichten.

Der Vorstand legt Ihnen, meine Damen und Herren Delegierte, die Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2008/2009 mit der Bitte um Zustimmung vor.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Fuchs. – Ich möchte noch bemerken, dass Tagesordnungspunkt III b – Bericht zur Evaluation der Weiterbildung – nach den Regularien aufgerufen wird. Diese Thematik wird also auch noch verhandelt; nicht dass Sie meinen, das wird geschlabbert. So etwas machen wir nicht.

Nun rufe ich **Tagesordnungspunkt VI b** auf:

## Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2008/2009

Referent ist Herr Dr. Ensink, der Vorsitzende der Finanzkommission der Bundesärztekammer. Bitte schön.

Dr. Ensink MBA, Referent: Herr Präsident! Herr Vizepräsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren Delegierte! Nahtlos kann und will ich an die Ausführungen von Herrn Professor Fuchs, Hauptgeschäftsführer unserer Bundesärztekammer, anknüpfen.

Satzungsgemäß wurde die Jahresrechnung für das am 30. Juni 2009 zu Ende gegangene Geschäftsjahr durch die Finanzkommission der Bundesärztekammer beraten – nach Vorbereitung dieser Beratungen durch die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“. Beide Gremien konnten sich bei ihren Beratungen auf den Prüfbericht stützen, der erstmals von der durch die Finanzkommission beauftragten Berliner Niederlassung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touche erstellt wurde.

Die verantwortliche Wirtschaftsprüferin hat in beiden Gremien ausführlich vorgetragen und stand für Fragen zur Verfügung. Der vollständige Prüfbericht befindet sich in Ihren Beratungsunterlagen. Dort finden Sie auch die beiden wichtigsten Feststellungen, die ich hier nochmals hervorheben möchte:

Erstens. Dem Jahresabschluss zum 30. Juni 2009 wurde ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt. Dazu führen die Prüfer in dem Ihnen vorliegenden Finanzbericht aus, dass die Prüfung zu keinen Einwendungen geführt hat.

Zweitens. Weiterhin haben die Prüfer als zusätzliches wichtiges Ergebnis ihrer Prüfungshandlungen auch eine wirtschaftliche und sparsame Verwendung der Mittel attestiert. Wie Sie der untersten Zeile der ersten Folie entnehmen können, beläuft sich die Bilanzsumme des Geschäftsjahres 2008/2009 auf 47 512 363,40 Euro. Zugleich zeigt Ihnen diese Übersicht die Aktivseite der Bilanz.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Bilanzsumme um rund 1 200 000 Euro erhöht. Auch die weitere Unterteilung von Anlage- und Umlaufvermögen können Sie dieser ersten Folie entnehmen.

In der zweiten Folie sehen Sie die Herkunft dieser Mittel. Das Eigenkapital umfasst auch Rücklagen zur Absicherung von Beteiligungen sowie die Betriebsmittel- und sonstigen Rücklagen, aus denen zum Beispiel die Abschreibungen für das Gebäude finanziert werden.

Davon zu unterscheiden sind die notwendigen Rückstellungen wie zum Beispiel für die bestehenden Pensionsverpflichtungen der Bundesärztekammer, auf die vorhin Professor Fuchs kurz eingegangen ist. Die diesen Pensionsverpflichtungen entsprechenden Summen sind selbstverständlich – darauf sei ausdrücklich hingewiesen – vollständig „bedient“.

Die nächste Tabelle zeigt Ihnen in aggregierter Form die von der Bundesärztekammer geleisteten Aufwendungen.

Sie erkennen, dass nahezu alle Positionen – teils ganz knapp, teils aber auch relativ deutlich – unter dem ursprünglichen Planansatz geblieben sind. Über die Hintergründe für die deutliche Unterschreitung der Personalaufwendungen – gegenüber dem Planansatz – hat Sie bereits Professor Fuchs informiert. Auch zu den weiteren Etatpositionen hat Ihnen Professor Fuchs bereits ergänzende Erläuterungen gegeben, sodass ich mich – um Wiederholungen zu vermeiden – hiermit nur auf seine Ausführungen beziehe.

Wir haben in der Finanzkommission ebenso wie in der vorbereitenden Arbeitsgruppe der Diskussion dieses Teils der Jahresrechnung breiten Raum gewidmet. Alle in diesem Zusammenhang gestellten Fragen wurden uns von der Wirtschaftsprüferin und von der Geschäftsführung umfassend und zufriedenstellend beantwortet. Ebenso hatten wir Gelegenheit, in der Finanzkommission auch im Zusammenhang stehende berufspolitische Fragestellungen zu erörtern.

Ausdrücklich aufmerksam machen möchte ich Sie – mithilfe dieser Grafik – darauf, dass allein die Personalaufwendungen der Bundesärztekammer mehr als die Hälfte der Aufwendungen ausmachen, während die allgemeinen Verwaltungskosten nur 14 Prozent betragen.

Insgesamt – und diese Bewertung durch die Prüfgesellschaft deckt sich auch mit unserer eigenen Einschätzung – ist die wirtschaftliche Situation der Bundesärztekammer als gut zu bezeichnen. Wir können also zufrieden und beruhigt sein. Es ist also auch nicht zu erwarten, dass sich – quasi über Nacht – die Bonität unserer Bundesärztekammer durch die Einschätzung einer obskuren Ratingagentur dramatisch verschlechtern könnte – ganz abgesehen davon, dass die Bundesärztekammer nicht als „Schuldner“ am Marktgeschehen teilnimmt.

(Beifall)

Hier sehen Sie nun die Zusammenstellung der Ertragsseite. Sie mögen es bitte nicht als Ausdruck einer bloßen Gewohnheit von mir auffassen, aber ich muss Sie auch dieses Jahr wieder ausdrücklich darauf hinweisen, dass die hier als Ertrag eingestellten Gewinne der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH keine auf Dauer „sichere Bank“ sind.

Die folgende Grafik verdeutlicht Ihnen, dass die Erträge aus Beteiligungen für die Deckung von nahezu einem Fünftel der Aufwendungen der Bundesärztekammer einstehen. So erfreulich sich diese Ausschüttungen aus Beteiligungen auch in diesem Geschäftsjahr wieder darstellen, sie können und werden langfristig nicht auf diesem hohen Niveau bleiben.

Dies müssen wir uns stets vergegenwärtigen, da bei Eintritt einer entsprechenden Entwicklung – ich freue mich über jedes Jahr, in dem dies nicht der Fall ist – und dem gleichzeitigen Wunsch nach Beibehaltung des aktuellen Aufgabenspektrums der Bundesärztekammer der angesprochene Umstand dann notwendigerweise – zumindest mittelfristig – zu einer deutlichen Umlagesteigerung führen wird. Ich habe im letzten Jahr ausführlich vorgetragen, dass wir natürlich Vorsorge getroffen haben, um kurzfristige Einbrüche auszugleichen.

Damit komme ich nochmals auf die nicht verbrauchten Mittel des abgeschlossenen Geschäftsjahrs zurück. Sie betragen 2 424 380,90 Euro und sollen einer zweckgebundenen Rücklage zugeführt werden, die der Finanzierung des sogenannten Bauteils C-Süd dienen soll. Hierzu gleich mehr.

Am Ende dieses Tagesordnungspunkts sind Sie aufgerufen, der Jahresrechnung 2008/2009 sowie dem angesprochenen Verwendungsvorschlag für die nicht verbrauchten Mittel zuzustimmen.

Vorher berichte ich Ihnen kurz über die weiteren Beratungen der Finanzkommission und der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“. Naturgemäß haben die Bera-

tungen in der Arbeitsgruppe im Zusammenhang mit der Kaufoption des Bauteils C-Süd in Berlin breiten Raum eingenommen. Sie erinnern sich an meine diesbezüglichen Ausführungen bereits auf dem Deutschen Ärztetag des vergangenen Jahres.

Die Verhandlungen wurden und werden mit der Apo-Vermietungsgesellschaft als Eigentümerin des derzeit von der KBV und dem Zentralinstitut genutzten Gebäudeteils, das unmittelbar an unser Haus anschließt, geführt. Abhängig von der Fertigstellung des sogenannten Gebäudes „KBV II“ könnte der Gebäudeteil C-Süd von der Bundesärztekammer im Verlauf des zweiten Jahresquartals 2011 übernommen werden. Hinsichtlich der Finanzierung haben Finanzkommission mit Arbeitsgruppe und Vorstand ein Konzept beraten, das erfreulicherweise auf eine Fremdfinanzierung und auf jegliche Sonderumlage komplett verzichten kann. Hierzu werden vorhandene Rücklagen umgewidmet, die Betriebsmittelrücklage wird vorübergehend auf Mindesthöhe gesenkt und nicht verbrauchte Mittel werden verwendet.

In diesem Zusammenhang sehen Sie bitte auch die vorgeschlagene Verwendung des Überschusses aus der Jahresrechnung 2008/2009, der in eine dafür zweckgebundene Finanzierungsrücklage eingestellt werden soll.

So erfreulich damit die sich abzeichnenden Modalitäten für die Abwicklung der Kaufoption auf der einen Seite sind, so wenig sei auf der anderen Seite verschwiegen, dass zusätzliche Flächen, die wir erwerben, aber auch dauerhaft zusätzliche Kosten verursachen.

Im Rahmen unserer Beratungen des Jahresvoranschlags für das Geschäftsjahr 2010/2011 beim übernächsten Tagesordnungspunkt werden Sie sehen, dass wir versucht haben, dies transparent zu machen und der vorhersehbaren zwangsläufigen Entwicklung adäquat Rechnung zu tragen. Ich erwähne es trotzdem bereits bei diesem Tagesordnungspunkt, um es ganz deutlich zu machen.

Damit komme ich langsam zum Schluss. Last, not least muss ich Ihnen noch eine traurige Nachricht übermitteln. Diejenigen, die bei der Eröffnungsveranstaltung dabei waren, wissen es bereits. Kurz nach Jahresbeginn verstarb – unerwartet während einer Australienreise – der stellvertretende Vorsitzende der Finanzkommission und Vertreter Schleswig-Holsteins, Herr Dr. Hans Köhler. Sie hatten sich bei der Eröffnungsveranstaltung zu seiner Ehre erhoben; das darf ich Ihnen an dieser Stelle ersparen.

Ich möchte Ihnen mitteilen, dass die Finanzkommission in ihrer Sitzung Ende Januar dieses Jahres als Nachfolger Herrn Dr. Klaus Reinhardt, Vertreter der Ärztekammer Westfalen-Lippe, zu meinem Stellvertreter bestimmt hat. Herr Reinhardt, herzlichen Dank, dass Sie bereit waren, dieses Amt in der laufenden Legislaturperiode zusätzlich zu Ihren anderen Verpflichtungen zu übernehmen. Ich freue mich auf unsere weitere Zusammenarbeit.

Meinen Bericht zum Jahresabschluss möchte ich nicht beenden, ohne vorher auch noch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für ihre auch im zurückliegenden Geschäftsjahr wiederum engagierte Tätigkeit zu danken.

(Beifall)

Ich bin mir sicher, ich spreche hier im Namen aller Delegierten dieses Ärztetages, wenn ich Sie, Herr Professor Fuchs, als Hauptgeschäftsführer unserer Bundesärztekammer und Sie, Herr Raabe, als Leiter des für Finanzangelegenheiten zuständigen Dezernats ausdrücklich bitte, diesen unseren Dank allen involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für deren Leistung gezielt zu übermitteln.

(Beifall)

Ausdrücklich danken möchte ich auch meinerseits Herrn Weber und Herrn Führer, den beiden hier im Raum anwesenden Geschäftsführern der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, für ihr weiterhin erfolgreiches Wirken. Die Früchte Ihrer Arbeit tragen wesentlich dazu bei, dass ich nachts – zumindest in aller Regel – trotz meiner Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission einigermaßen ruhig schlafen kann. Ich möchte auch Sie, Herr Weber und Herr Führer, bitten, den Dank aller Delegierten an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezielt weiterzugeben.

(Beifall)

Damit komme ich nun wirklich endgültig zum Schluss. Zusammen mit Delegierten aus anderen Landesärztekammern habe ich den Ihnen schriftlich vorliegenden Antrag gestellt, dem Vorstand der Bundesärztekammer für das abgelaufene Geschäftsjahr 2008/2009 Entlastung zu erteilen.

Ich darf Sie bitten, nach Abschluss unserer Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt diesem Antrag auf Entlastung des Vorstands ebenso wie dem vorgestellten Jahresabschluss und dem hier vorgetragenen Verwendungsvorschlag für die nicht verbrauchten Mittel zuzustimmen.

Vor Eintritt in die Diskussion bleibt mir somit nur noch, Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, für Ihre Aufmerksamkeit zu danken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Ensink. – Jetzt frage ich, ob jemand zu diesen Berichten sprechen möchte. – Keine Wortmeldung. Sollen wir jetzt erst noch die Tagesordnungspunkte VII und VIII anschließen und dann die Abstimmungsprozedur insgesamt vornehmen? Sind Sie damit einverstanden? – Gut. Dann rufe ich zunächst **Tagesordnungspunkt VII** auf:

## Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009)

Zunächst aber behandeln wir **Tagesordnungspunkt VIII:**

## Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011)

Dazu bitte wieder Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Wir legen Ihnen nach Beratungen im Vorstand und in der Finanzkommission den Haushaltsvoranschlag für das nächste Geschäftsjahr 2010/2011 vor. Sie finden den ausführlichen Entwurf in den gebundenen Finanzunterlagen. Es sind die auf blauem Papier gedruckten Seiten.

Das Haushaltsvolumen beläuft sich auf 17 971 000 Euro. Zum laufenden Haushaltsjahr entspricht dies einer Steigerung um 9,84 Prozent. Dieser Wert ist jedoch nur bedingt aussagefähig. Im Haushaltsvolumen ist eine Zuführung zu einer zweckgebundenen Rücklage für den Erwerb des Bauteils C-Süd in Höhe von 1 211 000 Euro enthalten. Ohne diese Sonderbewegung betrüge die Steigerung des Haushaltsvolumens nur 2,44 Prozent. Dabei berücksichtigt der Voranschlag die erwarteten Preissteigerungen von 2 Prozent sowie Tarifsteigerungen von 2,5 Prozent für diesen Zeitraum.

In der Konsequenz der vorstehenden Zahlen steigt die Umlage der Landesärztekammern um 445 000 Euro, was einer Steigerung um 3,63 Prozent entspricht.

Nun zu den Einzelpositionen des Haushaltsvoranschlags. Die Personalaufwendungen – das ist die Position 1 – umfassen die kalkulierten Gehaltszahlungen, Kosten für die an Unternehmen ausgelagerten Tätigkeiten, einige Aufwandsentschädigungen etc. An Änderungen im Stellenplan sind eine Sekretariatsstelle im Dezernat 4 und die Aufstockung einer vorhandenen Sekretariatsstelle von 20 auf 30 Wochenstunden vorgesehen. Die Aufwendungen für diese Stellen ziehen sich auch bei allen weiteren Personalkostenpositionen durch.

Die Position Pensionen konnte im Voranschlag um 131 000 Euro verringert werden, da die Berechnungsumstellung mit Berücksichtigung künftiger Tarifsteigerungen im Voranschlag des jetzt laufenden Jahres zu einem überdurchschnittlichen Aufwand geführt hat.

Die Aufwendungen unter der Position 6 – Sonstige Personalaufwendungen – umfassen auch Akquisekosten, die aufgrund der speziellen Marktlage höher ausfallen.

Nun zu den Satzungsbedingten Aufwendungen. Die Position 7 – Fortbildungsaktivitäten – umfasst jetzt auch das Symposium „Medizin & Ökonomie“ als regelmäßige Veranstaltung.

Die Aufwendungen für den 114. Deutschen Ärztetag in Kiel sind aufgrund inzwischen vorliegender Verträge kalkuliert und führen zu – höheren – Aufwendungen von insgesamt 675 000 Euro.

Zur Position 14 – Versorgungsforschung – finden Sie hier den Ansatz wie in den Vorjahren. Sie haben den Bericht über den Verlauf dieses Projekts heute Vormittag gehört und dann auch eine Entscheidung für dieses wichtige Projekt getroffen.

Unter Position 16 – Bundesverband der Freien Berufe – ist eine Beitragserhöhung des BFB berücksichtigt, wie es sich aus dem gegenwärtigen Stand der Beratungen beim BFB errechnet.

Dazu ist zu sagen: Der BFB hatte zur Jahresmitte 2009 Vorstellungen von erheblichen Beitragssteigerungen, die von den Mitgliedsorganisationen jedoch infrage gestellt worden sind. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat wie andere ärztliche

Spitzenorganisationen – dazu zählen neben der Bundesärztekammer die KBV, der Hartmannbund und die PVS – fristgerecht und vorsorglich zum 31.12.2010 den Austritt erklärt. Diese Austrittserklärungen sollen dem BFB Gelegenheit geben, die Monita aufzugreifen und Lösungen hinsichtlich Satzung, Aufgaben und vor allem Beitragsgerechtigkeit anzubieten. Eine außerordentliche Mitgliederversammlung hat dafür Arbeitsgruppen eingerichtet, die bis zur nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung Ergebnisse vorlegen sollen. Diese ordentliche Mitgliederversammlung wird voraussichtlich im September/Oktober 2010 stattfinden. So kann der Vorstand rechtzeitig über eine Rücknahme des Austritts beraten oder den erklärten Austritt wirksam werden lassen.

Bei Position 18 – Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte – ist der zwischenzeitlich erfolgte Austritt von gegenwärtig drei größeren Mitgliedsorganisationen berücksichtigt. Das CPME hat daraufhin einen extremen Sparhaushalt aufgestellt, sodass der erwartete Beitragsmehraufwand für die Bundesärztekammer relativ moderat ausfällt.

Unter Position 22 - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – sind vom Verwaltungs- und Planungsrat des ÄZQ vorgesehene Projekte wie die Leitlinienaktualisierung eingeplant. Die relativ deutlichen Differenzen zu den Istzahlen ergeben sich dadurch, dass Rückzahlungen nicht verbrauchter Mittel eines Vorjahres von den Aufwendungen abgesetzt werden. Diese können naturgemäß jedoch nicht vorab geschätzt werden.

Nun zu den Verwaltungsaufwendungen. In diesem Aufgabenblock wurde bereits bei verschiedenen Positionen der geplante Erwerb des Bauteils C-Süd berücksichtigt. Planerisch gehen wir von einem wirtschaftlichen Übergang nach dem dritten Quartal des laufenden Geschäftsjahrs, also im Verlauf des Frühjahrs 2011, aus. Entsprechend fallen ab diesem Zeitpunkt dann auch anteilig die Bewirtschaftungskosten, Abschreibungen, Steuern usw. an.

Dies schlägt sich als Erstes in Position 29 – Gebäudekosten – nieder. Dort sind – als Schätzwert auf der Basis der Fläche – 35 000 Euro eingeplant. Gleiches gilt für die Reinigungskosten mit 15 000 Euro.

Die Sonstigen Aufwendungen umfassen im Wesentlichen die Abschreibungen mit Position 44 und somit auch hier mit 70 000 Euro erstmals anteilige Abschreibungen für das Bauteil C-Süd.

Auf Seite 29 beginnt der Block Erträge. Die Umlage der Landesärztekammern berücksichtigt, dass der Umlagesatz der beigetretenen Ärztekammern ab Beginn des kommenden Geschäftsjahrs 97 Prozent der vollen Umlage beträgt.

Unter Punkt 2 – Beteiligungen – ist nahezu ausschließlich der Gewinn der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH eingestellt, wie immer mit 75 Prozent der letzten erfolgten Ausschüttung. Die Differenz zwischen der veranschlagten Gewinnausschüttung des laufenden Geschäftsjahres und des Geschäftsjahres 2010/2011 wird in Höhe von 1 211 000 Euro für eine zweckgebundene Rücklage für den Erwerb des Bauteils C-Süd vorgesehen.

Die Ansätze der Wertpapiererträge wurden reduziert, da Rücklagen für den Erwerb des Bauteils verwendet werden sollen.

Da der bisherige Mieter, das Zentralinstitut, weiter Mieter bleibt, fallen auch Mieterträge in Höhe von 85 000 Euro an.

So weit, meine Damen und Herren, die Besonderheiten des Haushaltsvoranschlags 2010/2011.

Ich bedanke mich erneut für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Fuchs, für die Vorstellung dieses Haushaltsvoranschlags. – Aus dem Blickwinkel der Finanzkommission der Bundesärztekammer wird uns wieder Dr. Ensink berichten. Bitte schön.

Dr. Ensink MBA, Referent: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Wie jedes Jahr hat der Haushaltsvoranschlag, bevor er Ihnen auf dem Deutschen Ärztetag zur Beratung und Entscheidung vorgelegt wird, bereits eine ordentliche „Rüttelstrecke“ hinter sich. Dies trifft auch auf den Ihnen heute vorliegenden Haushaltsvoranschlag für das kommende Geschäftsjahr, also den Zeitraum vom 1. Juli 2010 bis zum 30. Juni 2011, zu.

Zunächst wurde der Voranschlag in der Dezernentenrunde der Bundesärztekammer vorberaten. Danach erfolgte eine erste Vorstellung im Vorstand, gefolgt von intensiven Beratungen in der Finanzkommission der Bundesärztekammer und deren Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“.

Der Haushaltsvoranschlag für das kommende Geschäftsjahr sieht ein Volumen von 17 971 000 Euro vor. Das Volumen steigt somit zu dem des jetzt laufenden Haushaltsjahrs um 9,84 Prozent. Herr Professor Fuchs hat bereits darauf hingewiesen, dass für diese auf den ersten Blick doch sehr kräftige Steigerungsrate Besonderheiten mitverantwortlich sind.

Der Haushalt berücksichtigt in einigen Positionen die mittlerweile relativ konkreten Pläne, das Bauteil C-Süd zu erwerben. Wir haben hierzu in der Vergangenheit bereits mehrfach ausgeführt.

So ist im Zusammenhang mit der Ertragsposition „Beteiligung Deutscher Ärzte-Verlag“ die Zuführung in eine zweckgebundene Rücklage in Höhe von 1 211 000 Euro vorgesehen, die der Finanzierung des Gebäudeteils dienen soll.

Ohne diese Sonderbewegung steigt das Haushaltsvolumen um sicher eher „nachvollziehbare“ 2,44 Prozent.

Die Steigerung der Umlage – eine Zahl, die naturgemäß für die Landesärztekammerhaushalte von besonderem Interesse ist – beläuft sich auf 3,63 Prozent.

Bei der Aufteilung der Umlage auf die einzelnen Landesärztekammern wurde berücksichtigt, dass – entsprechend der Beschlusslage des Deutschen Ärztetages – die Umlagenhöhe der beigetretenen Kammern im kommenden Haushaltsjahr die vorletz-

te Stufe der vollen Umlage beträgt, sprich: 97 Prozent. Ab dem übernächsten Haushaltsjahr wird sie ebenfalls 100 Prozent betragen.

Und trotz dieser Steigerungsrate, die aufseiten der Zahlenden vorhersehbar keine Begeisterung hervorrufen wird, fällt – wie Sie auf dieser Grafik unschwer erkennen können – der relative Anteil am Gesamthaushalt, der über die Umlage der Landesärztekammern gedeckt wird.

Ebenso deutlich wird der doch beachtliche Anteil, den die Gewinnausschüttung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH ausmacht. Da es sich hierbei nicht – zumindest nicht in dieser erfreulichen Höhe – um dauerhaft garantierte Zuflüsse handelt, erscheint es eigentlich nur naheliegend, dass diese quasi „außerordentlichen Erträge“ auch in ein außerordentliches Vorhaben fließen, wie dies der bereits mehrfach angesprochene Erwerb des Bauteils C-Süd in Berlin zweifelsohne darstellt.

Sie erinnern sich an meine entsprechenden Ausführungen im Zusammenhang mit dem Jahresabschluss. Anlässlich dieses Berichts habe ich bereits festgestellt, dass die Finanzkommission mit ihrer Arbeitsgruppe und dem Vorstand ein Konzept zur Realisierung dieses Erwerbs beraten hat, das erfreulicherweise ohne eine Fremdfinanzierung und ohne eine Sonderumlage auskommt.

Ihnen ist bewusst, dass diese höchst erfreuliche Perspektive vor allem mit der momentan hervorragenden Ertragssituation unserer 50-prozentigen Beteiligung an der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH zusammenhängt. Und wir sollten die zeitliche Koinzidenz zwischen diesen beiden Dingen – zwischen denen ansonsten keinerlei sachliche Beziehung besteht – als eine für unsere Interessen überaus glückliche Fügung ansehen!

Wesentliche Änderungen in einzelnen Etatpositionen hat der Hauptgeschäftsführer bereits konkret benannt; ich brauche sie an dieser Stelle nicht zu wiederholen, bestätige aber insofern ausdrücklich alle Ausführungen von Herrn Professor Fuchs.

Aufmerksam machen möchte ich Sie – mithilfe dieser letzten Grafik – darauf, dass die Personalaufwendungen der Bundesärztekammer nicht nur absolut, sondern auch relativ weiter steigen.

Im kommenden Geschäftsjahr werden diese Aufwendungen bereits 55 Prozent ausmachen, während der Anteil der allgemeinen Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben geringfügig auf dann noch 13 Prozent zurückgeht.

Alle Positionen sind in den Finanzberatungen der Gremien konstruktiv-kritisch behandelt worden. Die Geschäftsführung hat dazu, teilweise schon sehr frühzeitig im Vorfeld zur Vorbereitung der Sitzung der Finanzkommission, Stellung genommen. Der Finanzbeauftragte des Vorstands, Herr Dr. Crusius, und Herr Professor Fuchs als Hauptgeschäftsführer unserer Bundesärztekammer haben dabei ausführlich Rede und Antwort gestanden.

Intensiv wurde auch die Situation des Bundesverbands der Freien Berufe behandelt. Für die Bundesärztekammer nehme ich an den Beratungen der – laut Beschluss einer außerordentlichen Mitgliederversammlung des BFB eingerichteten – Arbeitsgruppe „Beiträge“ teil. Man kann mit Spannung erwarten, ob dieser Verband mit Transparenz und Beitragsgerechtigkeit wieder Vertrauen herstellen und mit Taten zu seiner alten Bedeutung zurückkehren wird.

Die Finanzkommission hat dem heute hier vorgestellten Voranschlag einstimmig zugestimmt. Auch Sie sind jetzt gebeten, „grünes Licht“ mit Ihrer grünen Karte zu geben.

Meinen Beitrag zu diesem Tagesordnungspunkt möchte ich nicht abschließen, ohne mich beim Präsidenten, Herrn Professor Hoppe, für die vertrauensvolle Zusammenarbeit zu bedanken, ebenso wie bei allen übrigen Damen und Herren Vorstandsmitgliedern sowie ganz besonders bei Herrn Dr. Crusius, dem Finanzbeauftragten des Vorstands, der die Arbeit der Finanzgremien intensiv begleitet und als Bindeglied zum Vorstand wirkt.

Zu danken habe ich auch den Mitgliedern, stellvertretenden Mitgliedern und Vertretern der Geschäftsführungen in der Finanzkommission sowie last, not least ganz besonders den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“, deren Beratung mir bei den vielen Fragen und Entscheidungen, die im Verlauf der letzten zwölf Monate angestanden haben, sehr weitergeholfen hat.

Auch bei Ihnen, sehr geehrter Herr Professor Fuchs und sehr geehrter Herr Raabe, bedanke ich mich an dieser Stelle für Ihre offene, stets zielorientierte sachliche Zusammenarbeit, mit der Sie mich erst zu der gebotenen konstruktiv-kritischen Mitarbeit bei den Finanzangelegenheiten der Bundesärztekammer in die Lage versetzen.

Bevor wir nun in die Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt einsteigen, möchte ich Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, wiederum für Ihre Aufmerksamkeit danken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Ensink. – Wortmeldungen liegen nicht vor. Ist ja auch alles so überzeugend, das kann ich gut verstehen.

Dann können wir gleich in die Abstimmung eintreten. Ich bitte die Stimmführer der Kammern, die jeweils gewünschte Karte zur Hand zu nehmen. Zunächst geht es um den **Antrag VI-01:**

> *Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009) und vom Ergebnis der Prüfung durch Deloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.*
>
> *Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009) wird gebilligt.*

Jetzt frage ich die Kammern einzeln ab. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.** Vielen Dank.

Dann kommt der **Antrag VII-01:**

> *Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009) Entlastung erteilt.*

Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

(Zuruf)

– Rheinland-Pfalz fühlt sich nicht aufgerufen?

Vizepräsident Dr. Montgomery: Wir haben das Grün gesehen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann frage ich Rheinland-Pfalz noch einmal extra. – Herr Peters hat zugestimmt, also Grün. Das macht Freude. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-01:**

> *Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011) in Höhe von EUR 17.971.000,00 wird genehmigt.*

Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün. Damit ist auch dieser Antrag einstimmig **angenommen.**

Damit sind alle drei Anträge einstimmig angenommen. Wir bedanken uns als Vorstand der Bundesärztekammer herzlich für dieses Vertrauen sowohl was die Vergangenheit als auch was die Zukunft angeht.

Nun gibt es einen **Antrag VIII-02,** der unter „Finanzen“ gestellt worden ist, weil etwas geprüft werden soll, was auch unter finanziellen Aspekten eine Rolle spielen könnte:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit der Einrichtung einer eigenen Rechtsabteilung zu prüfen und dem nächsten Deutschen Ärztetag darüber zu berichten. Bei der Prüfung sind neben finanziellen Gesichtspunkten insbesondere berufspolitische Gründe zu berücksichtigen, die für die Einrichtung einer eigenen Rechtsabteilung sprechen.*

Ich glaube, die meisten von Ihnen wissen, dass wir zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine gemeinsame Rechtsabteilung haben, dass diese Rechtsabteilung mit zwei Juristinnen bestückt ist, die ausschließlich für die Bundes-

ärztekammer zur Verfügung stehen, aber im Team der gemeinsamen Rechtsabteilung arbeiten und damit viel Kontakt unter den Juristinnen und Juristen, die dort tätig sind, ermöglichen und nicht so isoliert sind. Sie können sich gegenseitig befruchten. Es stimmt zwar, dass die beiden Einrichtungen unterschiedliche Schwerpunkte haben, aber auch das wird berücksichtigt. Der Chef der gemeinsamen Rechtsabteilung, Herr Rechtsanwalt Horst-Dieter Schirmer, ist für beide Einrichtungen zuständig und nimmt auch an den Vorstandssitzungen beider Einrichtungen teil.

Insofern haben wir eine über Jahrzehnte bewährte und im gegenwärtigen Zeitpunkt sogar sehr bewährte Zusammenarbeit in dieser gemeinsamen Rechtsabteilung für die Bundesärztekammer erreicht. Diese Konstruktion hat sich sehr bewährt. Insofern glaube ich, dass diese Prüfung eher so ausfiele, dass man sagen kann, man muss sie eigentlich überhaupt nicht durchführen. Aber Sie können das ja entscheiden, wie Sie möchten.

Ich frage, ob jemand das Wort zu diesem Thema ergreifen will. – Herr Tempel aus Niedersachsen, einer der Antragsteller.

Dr. Tempel, Niedersachsen: Herr Hoppe! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Als Erstes: Wir möchten nicht an den Grundfesten dieser Beziehung wackeln. Ich finde es absolut lobenswert für Herrn Schirmer, ein Lebenswerk auch so zu erleben, wie es über lange Zeit eine hervorragende Ambition in der juristischen Seite zwischen Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung war. Aber wir glauben in der heutigen Zeit, dass sich vieles ändert.

Unabhängig von der finanziellen Auswirkung gibt es aus unserer Sicht sehr gewichtige berufspolitische Gründe, warum diese beiden Sachen getrennt werden sollten.

Ich denke, Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten in ihren Aufgabenfeldern zu sehr unterschiedlichen Körperschaften des öffentlichen Rechts entwickelt. Die Verschiedenartigkeit ihrer Aufgaben und die Interessen ihrer auch verschiedenen Mitglieder erfordern zunehmend spezifische juristische Kompetenzen, die wir bisher immer sehr, sehr hoch schätzten. Während die Ärztekammern weitgehend ihren Status als Selbstverwaltungskörperschaften mit eigenen Gestaltungsmöglichkeiten erhalten konnten, wandelten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen unter dem Einfluss des Gesetzgebers immer mehr zu einer ausführenden Verwaltung. Das verträgt sich auf Dauer nicht.

Die Ärztekammern haben nach den Heilberufe- und Kammergesetzen die Gesamtinteressen aller Ärztinnen und Ärzte, also der im ambulanten und im stationären Bereich sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in anderen Behörden, wahrzunehmen.

Diese unterschiedliche Aufgabenwahrnehmung beider Körperschaften diversifiziert sich weiterhin und erfordert zudem zeitnähere Reaktionen als in der Vergangenheit häufig üblich. Deshalb wird es umso wichtiger, dass sich die Körperschaft KBV und die Arbeitsgemeinschaft Bundesärztekammer jeweils mit eigenem Profil auf Dauer und in Zukunft positionieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Kollege Werner aus Rheinland-Pfalz.

Werner, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Man meint immer, man würde Geld sparen, wenn man etwas gemeinsam betreibt. Ich kann dazu jetzt nur aus einer ganz kleinen Untergliederung etwas anmerken, nämlich aus der Bezirksärztekammer Pfalz. Da gab es teilweise eine Personalunion mit der KV. Nachdem das Ganze aufgelöst wurde, stellte man fest, dass man durch das Auflösen des gemeinsamen Personalpools erhebliche Gelder einsparen konnte.

Das nur als Anmerkung dazu.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Sollte der Ärztetag diesen Prüfauftrag beschließen, dann verstehe ich ihn so, dass Sie prüfen und uns die Weisheit dieser Prüfung beim nächsten Mal auch vorlegen, vielleicht in Form einer Beschlussempfehlung.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Weitere Wortmeldungen habe ich keine mehr. – Doch, Herr Wagenknecht, bitte schön.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dieser Gedanke, die Rechtsabteilung der Bundesärztekammer auf solide eigenständige Füße zu stellen, kommt doch vor allem aus berufspolitischen Gründen aus der Erfahrung, die wir hier in diesem Gremium machen. Wir sehen, dass die Bundesärztekammer für alle Ärzte zuständig sein muss. Sie muss damit auch diejenigen Kollegen vertreten, die beispielsweise im Rahmen des § 116 b an Krankenhäusern die Interessen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht repräsentieren, ganz einfach ausgedrückt, das heißt, diesen Interessen der KVen entgegenstehen.

Wir haben eine Rechtsabteilung, die das beurteilen muss. Sie hat zwei unterschiedliche Auftraggeber. Ich kann mir nicht vorstellen, dass man das im Kopf irgendwie trennen kann. Ich denke, wir müssen inhaltlich dafür sorgen, dass klarere Rechtsberatungsverhältnisse herrschen. Denken Sie an die Kollegen, die zukünftig in der hausarztzentrierten Versorgung einen Großteil ihres Einkommens erwirtschaften. Das widerspricht natürlich den Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ich frage mich, wie man ein Rechtsgutachten zu diesen Themen abgeben kann, wenn

man eine gemeinsame Rechtsabteilung hat. Ich glaube nicht, dass das noch zeitgemäß ist.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Dann frage ich: Wer möchte diesem Prüfauftrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Dann werden wir prüfen.

Damit sind die Tagesordnungspunkte „Regularien“ beendet.

Wir können jetzt den **Tagesordnungspunkt III b** aufrufen:

## Bericht zur Evaluation der Weiterbildung

Ich bitte Herrn Dr. Bartmann, das Referat zu diesem Thema zu halten.

Dr. Bartmann, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Jörg Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sind 50 Prozent eigentlich viel oder wenig? Richtig: Es kommt darauf an, wie man es sieht. Für die einen ist das Glas noch halb voll, für die anderen leider schon halb leer. Wenn bei einer Umfrage eine Rücklaufquote von 50 Prozent erreicht würde, würde bei vielen Demoskopen der Sekt schon kalt gestellt bzw. die Korken würden knallen, während der Auftraggeber eigentlich 100 Prozent oder gar mehr erwartet hat.

Ich kann Ihnen sagen: Ein Sektkorken ist im letzten Winter in Lübeck geknallt, denn dort wohnt die Mitarbeiterin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, die federführend für die Umsetzung der Evaluation in unserem Kammerbezirk verantwortlich war. Als die ersten Rücklaufzahlen von den Weiterbildungsbefugten einliefen, habe ich leichtsinnigerweise gesagt: Wenn mehr als 40 Prozent Rücklaufquote erreicht wird, gibt es Schampus. 40 Prozent wären für mich schon ein respektables Ergebnis gewesen.

Erreicht wurden dann fast 80 Prozent. Wir sind nur knapp an der 80-Prozent-Hürde gescheitert. Das ist ein Ergebnis, das eigentlich nicht mehr zu toppen ist. Es handelte sich ja um eine Umfrage, die Arbeit macht, von der man nichts hat, außer vielleicht ein paar Informationen für sich. Das geht eigentlich freiwillig schon an die Grenzen dessen, was man erwarten kann. Deshalb hat es obendrauf noch einen Blumenstrauß gegeben.

80 Prozent sind viel. Im Schnitt waren es 60 Prozent. Es ging herunter bis zu 30 Prozent. Wir sind so vorgegangen, dass wir alle registrierten Weiterbildungsbefugten und alle jungen Ärztinnen und Ärzte, vor allem solche, die keine Facharztbezeichnung haben, angeschrieben haben. Wir haben die Intentionen mitgeteilt, wir haben einen Zeitplan mitgeteilt. Wir haben beide Gruppen getrennt voneinander zu Informationsveranstaltungen eingeladen.

Das Schreiben an die Weiterbildungsbefugten hat zunächst einmal zu einer dramatischen Verschlankung unserer Statistik geführt, vor allem im niedergelassenen Be-

reich, weil gerade im niedergelassenen Bereich deutlich mehr als die Hälfte überhaupt nicht mehr aktiv weitergebildet wird. Damit hatten wir aber gerechnet.

Wir haben allerdings nicht damit gerechnet, dass ein Drittel aller Weiterbilder stationärer Einrichtungen zu einer Informationsveranstaltung im Vorfeld dieser Erhebung gekommen sind.

Genau umgekehrt sah die Reaktion bei den Weiterbildungsassistenten aus. Wir haben ungefähr 4 000 Einladungen verschickt. 2 400 wären betroffen gewesen, die tatsächlich in der Weiterbildung waren und hätten antworten können. Zu der Veranstaltung kamen aber nur 49 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – 49 von 2 400.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Man kann nicht sagen, dass sie kein Interesse hatten. Die Weiterbildungsbefugten haben natürlich eine viel engere Bindung an die Kammer, sie haben weniger Berührungsängste. Eines kann man, glaube ich, mit aller Vorsicht sagen: dass zumindest in Schleswig-Holstein der Leidensdruck bezüglich der Situation der Weiterbildung bei den Weiterbildungsbefugten nicht viel schwächer sein kann als bei den Weiterbildungsassistenten.

Ich habe in den vergangenen Tagen immer wieder von Fällen gehört, dass Befugte die Teilnahmecodes nicht an ihre Assistenten weitergegeben haben. Das sind sicherlich Fälle, die mehr als einmal vorgekommen sind. Das ist verwerflich, das kann man nicht schönreden. Ich kann aus eigenem Erleben von einem Fall berichten, wo der Weiterbildungsbefugte seinen Assistenten mehrfach um Teilnahme gebeten hat. Ich weiß von anderen Fällen, in denen es ähnlich war. Aber bei uns ist nichts eingegangen.

Ich warne davor, bei der Frage, warum so viele Weiterbildungsbefugte geantwortet haben, aber so wenige Weiterbildungsassistenten, eine verallgemeinernde Antwort zu geben und zu erklären: Ich habe es erlebt, also ist es so. Es bedarf bestimmt noch einer Menge Analysen, bis wir wissen, woran es gelegen hat und wie wir es besser machen können.

Lassen Sie uns die folgenden Zahlen zunächst einmal nüchtern als das nehmen, was sie sind und sein können: ein erstes Ergebnis eines ersten Versuches nach einer im Ausland erprobten und bewährten Methode, einen Überblick über die tatsächliche Situation der Weiterbildung in Deutschland zu gewinnen. Wenn wir das zur Kenntnis genommen haben, Kolleginnen und Kollegen, sollten wir gemeinsam überlegen – auch, aber nicht nur heute –, was man eventuell anders machen kann, damit die Ergebnisse noch repräsentativer werden, damit wir sie in ganz konkretes Handeln umsetzen können.

Diese kurze Vorrede war mir wichtig. Ich warne davor, zu rasch zu urteilen, warum es so gelaufen ist. Wir sollten zuerst schauen, was wir erreicht haben, und dann überlegen, was wir anschließend besser machen können.

Ich habe mein kurzes Referat gegliedert in: Hintergründe der Befragung, Methodik, Darstellung der Ergebnisse, Ergebnisse auf Bundesebene, Zusammenfassung, erste Schlussfolgerungen und weiterer Projektablauf.

Ich komme zu den Hintergründen der Befragung. Wir bekommen immer wieder vermittelt, dass die Qualität der Weiterbildung in Deutschland erhebliche Defizite im Vergleich zum Ausland aufweist. Gerade in Süddeutschland scheint es tatsächlich so

zu sein, dass viele Weiterbildungsassistenten in die Schweiz abwandern, weil sie dort eine bessere Weiterbildung erwarten. Bei uns im Norden ist es ganz anders: Bei uns im Norden gehen die fertigen Fachärzte ins Ausland, weil sie dort nach ihrer Weiterbildung bessere Arbeitsbedingungen finden.

Es ging uns darum, einzelne Weiterbildungsstätten zu beurteilen, diese einzelnen Weiterbildungsstätten dann aber auch im Kontext auf Landes- und Bundesebene zu betrachten. Wir wollten Stärken und Schwächen der Weiterbildung aufzeigen.

Wichtig war die Frage: Welches sind die Rahmenbedingungen, unter denen unsere jungen Assistentinnen und Assistenten ihre Weiterbildung erfahren? Gibt es da eventuell Verbindungen?

Wir wollten auch die Entwicklung von Verbesserungspotenzialen betrachten und Strukturkonzepte für die Weiterbildung entwickeln.

Wir haben die bundesweite Evaluation von Weiterbildungsassistenten und Weiterbildungsbefugten nach dem „Schweizer Modell“ durchgeführt. Die Evaluation in der Schweiz, die dort seit 13, 14 Jahren durchgeführt wird, hat einen „Vater“, nämlich Max Giger, der hier anwesend ist.

(Beifall)

Wenn ich von einem guten Weiterbildungsstandard in der Schweiz gesprochen habe, dann hat das vielleicht auch damit zu tun, dass die Schweiz mit Zahlen aufwarten kann. Der Bogen, der bei uns bei den Weiterbildungsassistenten benutzt worden ist, ist, glaube ich, in der Schweiz siebenmal zum Einsatz gekommen. Es ist also nicht so, dass wir ihn erstmals bei uns hatten. Er kam auch 2007 in Hamburg und in Bremen zum Einsatz.

Etwas anders als bei uns ist die Tatsache, dass die Schweiz nicht regelmäßig die Befragungen parallel zu den Weiterbildungsbefugten durchführt. Bis vor einer Woche hatte ich den Eindruck, dass das in der Schweiz überhaupt nicht der Fall ist; das ist aber nicht richtig, sondern gelegentlich wird es doch gemacht.

Die Methodik basierte auf einer Onlinebefragung. Der Zugangscode sollte von den Weiterbildungsbefugten an die Weiterbildungsassistenten weitergegeben werden. Das ist ein Schwachpunkt, der nachher zu diskutieren sein wird. Ich weiß, dass das von vielen als Schwachpunkt erkannt worden ist. Das ist in der Tat eine Schnittstelle, die problematisch ist, zumal beim ersten Mal, wenn die Assistenten das nicht unbedingt abfragen, weil sie nicht informiert wurden, dass so etwas stattfindet.

Es gab 59 Vergleichsgruppen, resultierend aus 51 Gebieten und Schwerpunkten, fünf Basisweiterbildungen, einer großen Gruppe Allgemeinmedizin und einer großen Gruppe niedergelassene Fachärzte. In der Schweiz werden niedergelassene Weiterbildungsstätten nicht beurteilt. Wir hatten uns aber dafür entschieden, weil wir die Weiterbildung im ambulanten Bereich als zukünftig immer wichtiger werdend ansehen, diese Weiterbildungsstätten in die Evaluation mit einzubeziehen.

Das Problem ist, dass dabei relativ kleine Zahlen zustande kommen, wenig Weiterbildungsbefugte bei einer überschaubaren Zahl von Weiterbildungsstätten.

Der Fragebogen enthielt für die Weiterbildungsassistenten 100 Fragen, für die Weiterbildungsbefugten 39 Fragen. Der Einfachheit halber haben wir das Schulnotensystem benutzt, also Noten von 1 bis 6.

Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom Juni bis zum September 2009. Wir haben den Zeitraum ein bisschen ausgedehnt, weil die Sommerferien doch eine gewisse Behinderung bedeutet haben.

Wissenschaftliche Begleitung und Datenauswertung erfolgten durch Professor Siegrist von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich, der diese Arbeiten auch für die Schweiz durchführt.

Wir haben Fragenkomplexe gebildet. Sie sehen hier die Fragenkomplexe, die sich nur mit der Weiterbildung befassen. Die übrigen Fragenkomplexe beschäftigen sich mit den Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit. 28 von 60 Fragen befassen sich mit der Bildung. Das andere sind mehr oder weniger Globalbeurteilungen.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zum einen in einem individuellen Befugtenbericht. Der Weiterbildungsbefugte, der teilgenommen hat, aus dessen Abteilung Rückläufe erfolgten, bekommt einen Bericht, der auf 14 Seiten sehr detailliert die Ergebnisse seiner eigenen Abteilung ins Verhältnis setzt zur Bundes- und Landesebene.

Eine weitere Möglichkeit der Darstellung der Ergebnisse ist die „dynamische Spinne“, auf die ich nachher noch zu sprechen komme. Es gibt 160 000 Möglichkeiten, diese „dynamische Spinne“ mit Daten zu beschicken.

Eine weitere Darstellung der Ergebnisse bietet sich durch die Länder- und Bundesrapporte, die Sie auch jetzt schon über die Homepage Ihrer Landesärztekammer oder der Bundesärztekammer abrufen können.

Von 38 706 registrierten Weiterbildungsbefugten waren zum Zeitpunkt der Befragung nur rund 16 000 aktiv. Mehr als die Hälfte gaben an, derzeit gar keinen Weiterbildungsassistenten zu haben, sei es weil tatsächlich eine Pause war oder weil die Weiterbildungsbefugnis nur einmalig beantragt worden war, um den Sohn oder die Tochter oder den Praxisnachfolger weiterzubilden.

Die Rücklaufquote bei den Weiterbildungsbefugten betrug 60,76 Prozent. Das ist im allgemeinen Vergleich, was man bei Demoskopen erwarten kann, sehr, sehr gut für eine erste Befragung.

Es waren rund 57 000 Weiterbildungsassistenten gemeldet. Knapp 19 000 Rückläufe waren zu verzeichnen. Das ist eine Rücklaufquote von rund 32 Prozent. Damit kann man nicht ganz zufrieden sein, aber ganz so schlecht, wie es vielleicht auf den ersten Blick erscheint, sind weder die absoluten Zahlen noch die Prozentzahlen. Man kommt auf 3,5 Weiterbildungsassistenten pro Weiterbildungsbefugten.

Wir haben aus 59 Vergleichsgruppen Fachrichtungsgruppen gebildet, die jeweils das Gebiet abbilden. Gesondert betrachtet haben wir die Fachärzte für Allgemeinmedizin und die Fachärzte in der ambulanten Versorgung. Das werde ich jetzt – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – relativ schnell abhandeln. Die Zahlen scheinen nämlich relativ homogen zu sein.

Die Fachrichtungsgruppe der Anästhesisten erreicht in dem Schaubild als Erste eine Rücklaufquote pro Weiterbildungsstätte von über 40 Prozent. Als Chirurg könnte ich flapsig sagen: Die Anästhesisten haben ja auch Zeit. Auch die Kinder- und Jugendmediziner sowie die Allgemeinmediziner nehmen eine Spitzenstellung ein, und zwar sowohl was die Beteiligung als auch was die Ergebnisse im Einzelnen angeht.

Differenziert man die Teilnahme der Weiterbildungsassistenten nach Geschlecht und Fachrichtungsgruppen, sieht man, dass es nur noch eine einzige Fachrichtungsgruppe gibt, bei der ein deutlicher Männerüberschuss herrscht: Das sind die Chirurgen. In allen anderen Fachrichtungsgruppen führen die Frauen mehr oder weniger stark. Es gibt eine Tendenz zu der Annahme, dass der Effekt dadurch zustande gekommen ist, dass mehr Frauen als Männer geantwortet haben.

Ich komme zu den bundesweiten Mittelwerten der acht Fragenkomplexe. Sie sehen, dass im Schnitt die Mittelwerte, die sich mit Weiterbildung befassen, relativ homogen sind. Sie reichen von einer schlechten 2 bis zu einer guten 3. Ausnahme ist der Fragenkomplex „Anwendung evidenzbasierter Medizin“. Daraus könnte man den Schluss ziehen, dass es in Deutschland an der Anwendung evidenzbasierter Medizin hapert. Dies kann man aber aus der Fragestellung nicht ableiten. Eine der vier Fragen lautete: Ich lerne wissenschaftliche Publikationen zu beurteilen. Das ist ein aktiver Prozess, der tatsächlich einen Lerninhalt hat. Dass das nicht vorkommt, verwundert kaum, weil dafür das Bewusstsein noch gar nicht so entwickelt ist.

Weiter: Suchstrategien, wie in der Literatur die beste Evidenz für oder gegen eine bestimmte Behandlung zu finden ist, werden an unserer Weiterbildungsstätte gelehrt. – Das sollte man sich auch ins Stammbuch schreiben. Es wundert eigentlich nicht, dass das nicht aktiv im Weiterbildungsplan enthalten ist.

Und: Ich lerne, die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie konkret bei der Behandlung eines Patienten anzuwenden. An unserer Weiterbildungsstätte wird gelehrt, wie man praktische Fragen formuliert und wie man diese aufgrund der Literatur beantwortet. – Wenn Sie einmal sehr in sich gehen, müssten Sie wahrscheinlich zu dem Ergebnis kommen, dass auch Sie dort eine Delle hätten. Das Erstaunliche ist: Nicht nur die Weiterbildungsassistenten sagen das, sondern die Delle ist bei den Weiterbildungsbefugten mindestens genauso groß, sogar noch etwas eindrucksvoller, weil sie sich nämlich in den übrigen Bereichen etwas besser darstellen.

Ich komme damit zur Globalbeurteilung. Die Allgemeinmediziner liegen zwischen 1 und 2. Die Weiterbildung in den Praxen, wo eine 1 : 1- oder 1 : 2-Situation herrscht, wird von den Weiterbildungsassistenten als sehr angenehm und sehr effektiv empfunden. Das zieht sich durch alle Globalbeurteilungen hindurch.

Bei der Vermittlung von Fachkompetenz finden wir sehr homogene Ergebnisse. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen konservativen und operativen Fächern. Die Situation hinsichtlich der Lernkultur ist gut, bezüglich der Führungskultur kann man sagen: geht so.

Die Ergebnisse bei der Kultur zur Fehlervermeidung könnten doch noch ein bisschen besser sein. Dort, wo die Musik spielt, gerade in der Chirurgie, gibt es eine deutliche Tendenz in Richtung 2, weg von der 3.

Zur Entscheidungskultur ist zu sagen: Das sind Fragen, die nicht so außerordentlich relevant sind. Daraus abzuleiten, man lerne nicht, zu entscheiden, ist nicht richtig. Das Heranführen an solche Positionen wird bei den kleinen Einrichtungen besonders intensiv praktiziert.

Man sagt immer: Die Betriebskultur ist schlecht. Das stimmt nicht. Die Antworten auf die Fragen, wie man sich im Team aufgehoben fühlt, wie gut die kollegiale Zusammenarbeit ist, sind durch die Bank positiv. In den kleinen Weiterbildungsstätten kommen wir auf Zahlen von knapp über 2 bis zu 1. Die Kollegen unterscheiden zwischen dem, was sie in ihrer Abteilung an interkollegialer Zusammenarbeit erleben, und den Rahmenbedingungen, unter denen alle in gleichem Maße leiden.

Zur evidenzbasierten Medizin möchte ich nicht weiter ausführen.

Damit komme ich zu den Ergebnissen zu weiteren Fragen. Dass der Chefarzt nicht der Aktivste bei der Weiterbildung ist, ist normal. Es ist nicht mehr so wie vor 30 Jahren, dass der Chefarzt von einer Horde Assistenten umgeben ist und der Einzige ist, der wirklich Bescheid weiß. Die Kompetenz ist heute breit verteilt und geht bis hinunter zu den Assistenten, die sich selbst noch in der Weiterbildung befinden.

Was mich stört, ist folgendes Ergebnis. Wir haben 2003 in die Weiterbildungsordnung geschrieben, dass parallel zur Führung eines Logbuchs in der Weiterbildung seitens der Weiterbildungsassistenten der Weiterbildungsbefugte bzw. die Weiterbildungsstätte einen curriculären Weiterbildungsplan vorzulegen hat. Aber was sehen wir hier als Ergebnis auf unsere diesbezügliche Frage? 48 Prozent geben an, keinen strukturierten Weiterbildungsplan zur Kenntnis bekommen zu haben. Die Erklärung dafür ist, dass wir bisher wenige Prüfungen nach durchlaufender Weiterbildung haben, wo wir die Möglichkeit der Nachfrage nach einem solchen Plan hätten. Wir müssen zusehen, dass wir nicht am Nasenring herumgeführt werden. Wenn wir das festlegen, dann müssen wir auch dafür sorgen, dass es befolgt wird.

Dasselbe gilt für die Vereinbarung von Lernzielen. Wenn hier 40 Prozent sagen, davon hätten sie noch nie etwas gehört, ist das beschämend.

Die Tatsache, dass Weiterbildungsassistenten in der Weiterbildung selbst aktiv sind, ist durchaus positiv zu bewerten.

Eine politisch hochinteressante Zahl ist, dass 83 Prozent angeben, dass sie sich regelmäßig darüber hinaus extern fortbilden. Das entspricht unserem Eindruck, dass in der Politik diese Fortbildung nicht richtig wahrgenommen wird.

Nicht besonders positiv ist die Antwort auf die Frage, ob in der vertraglich geregelten Arbeitszeit die Weiterbildung zur eigenen vollen Zufriedenheit erfüllt werden kann.

Es wundert uns nicht, dass 80 Prozent der Weiterbildungsassistenten die Frage bejahen, ob sie Bereitschaftsdienste ausüben. 30 Prozent der Weiterbildungsassistenten sagen, sie könnten nie bzw. sehr selten während des Bereitschaftsdienstes ihre Ruhezeiten einhalten. Wenn sie nach Beendigung ihres Bereitschaftsdienstes weiterarbeiten, üben sie ganz überwiegend ihre reguläre Tätigkeit aus. 90 Prozent machen Überstunden. Bei fast 14 Prozent werden diese Überstunden gar nicht vollständig dokumentiert. Bei 16 Prozent werden die Überstunden nicht ausgeglichen. Das kann man eigentlich nicht glauben, aber warum sollten wir daran zweifeln?

Im Median – das sind keine Prozentzahlen – wurde 2004 das Staatsexamen abgeschlossen. Wer bisher nur 35 Monate in der Weiterbildung tätig war, muss noch etwas anderes gemacht haben. Wahrscheinlich handelt es sich bereits um den zweiten Anlauf. Die Tatsache, dass man im Median 20 Monate an der jetzigen Weiterbildungsstätte tätig ist, bedeutet, dass die meisten bereits gewechselt haben. Wenn man es positiv beurteilt, kann man sagen: Man schaut über den eigenen Tellerrand hinaus.

Damit komme ich zur Anonymität. Die Tatsache, dass 50 Prozent sagen, ihre Antworten dürften auch für eine Rückmeldung an den Befugten der Weiterbildungsstätte und die zuständige Landesärztekammer herangezogen werden, wenn weniger als vier ausgefüllte Fragebögen aus der eigenen Weiterbildungsstätte vorliegen, wird oft als Misstrauensvotum gedeutet. Es ist aber nicht so, dass diese Option allen zur Verfügung stand. Wenn vier oder mehr Meldungen eingegangen sind, ist diese Anonymisierung gar nicht erforderlich. Wenn ich auf irgendeinem Formular gefragt werde, ob ich einverstanden bin, dass meine Daten auch für sonstige Zwecke benutzt werden dürfen, kreuze ich immer an, dass ich damit nicht einverstanden bin. Der Datenschutz ist inzwischen so sensibel, dass man reflexhaft sagt: Wenn schon gefragt wird, sagt man besser Nein. Das würde ich also nicht als generelles Misstrauensvotum gewertet wissen wollen. Wir wissen aus telefonischen Rückfragen bei uns, dass das im Hintergrund immer eine Rolle spielte.

Ich wiederhole: Das gilt nur für den Fall, dass weniger als vier ausgefüllte Fragebögen vorliegen. Wenn ich in der Weiterbildung wäre und eventuell in einem familiären oder wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis, wäre ich nicht sicher, selbst wenn ich ein gutes Verhältnis zu meinem Weiterbilder hätte, ob ich damit einverstanden wäre, dass mein Name offengelegt wird.

Ich komme zur Zusammenfassung. Als positive Ergebnisse sind zu nennen: hohe Beteiligung der Weiterbildungsbefugten; grundsätzliche Zufriedenheit der Weiterbildungsassistenten mit Weiterbildung; regelmäßige Teilnahme des Großteils der Weiterbildungsassistenten an Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen; keine auffälligen Unterschiede zwischen konservativen und operativen Facharztgruppen; bessere Bewertung ambulanter Weiterbildungsstätten; Bestnoten für die Allgemeinmedizin; homogene Resultate in allen Landesärztekammern.

Ich komme zu den kritischen Ergebnissen der Befragung. Eine Beteiligung der Weiterbildungsassistenten von 33 Prozent muss erhöht werden. Zu fragen ist, ob eine positive Vorselektion der Teilnehmer stattfindet. Die Vermutung, dass sich nur diejenigen beteiligen, die ohnehin positiv eingestellt sind, kann man genauso andersherum betrachten: Eigentlich melden sich bei solchen Befragungen diejenigen, die nicht zufrieden sind, alle anderen sehen keine Notwendigkeit dafür. Das ist alles Spekulation.

Ein weiteres kritisches Ergebnis sind die schlechten Durchschnittsnoten für die Kultur zur Fehlervermeidung und Anwendung evidenzbasierter Medizin.

Kritisch zu sehen ist auch die Unzufriedenheit der Weiterbildungsassistenten mit ihren Rahmenbedingungen, während die Lehrinhalte eine positive Beurteilung erfahren.

Ich komme zu den Empfehlungen für den Befugten. Als Erstes nenne ich die Besprechung des individuellen Berichts für die eigene Weiterbildungsstätte mit den Weiterbildungsassistenten. Gegebenenfalls kann auch eine Veröffentlichung erfolgen. Je nachdem kann ein solcher Bericht dazu dienen, Interessierte für die eigene Weiterbildungsstätte zu rekrutieren. Ich warne davor – Max Giger hat eine entsprechende Erfahrung gemacht –, die Ergebnisse als Werbemaßnahme für die eigene Klinik einzusetzen. Gute Weiterbildung ist nicht gleichbedeutend mit guter Medizin. Das muss in der richtigen Korrelation veröffentlicht werden.

Nun zu der Frage: Was werden die Ärztekammern tun? Da nenne ich zuerst das Einwirken auf die Weiterbildungsbefugten zur Besprechung der Ergebnisse mit den Weiterbildungsassistenten. Wir werden die Bewertungen einzelner Weiterbildungsstätten analysieren. Wenn es Auffälligkeiten gibt, werden wir nachfragen. Vielleicht fahren wir auch einmal vorbei und schauen nach, wie die Situation sich darstellt.

Bei den Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflichten des Weiterbildungsbefugten muss ich ein Fragezeichen machen. Da sind wir im Moment noch ein etwas zahnloser Tiger. Wenn wir die Bestimmung in der Weiterbildungsordnung haben, dass wir die Weiterbildungsbefugten verpflichten, dann können wir bei Nichteinhaltung sanktionierend tätig werden.

Die Ärztekammern werden auf eine verstärkte Beteiligung der Weiterbildungsassistenten und der Weiterbildungsbefugten an der nächsten Befragungsrunde 2011 hinwirken.

Über die Änderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung haben wir vorhin diskutiert und beschlossen.

Schließlich ist die Herstellung von Transparenz der Ergebnisse erforderlich. Wenn die Ergebnisse unter Verschluss gehalten werden und keine Auswirkungen haben können, kann man die ganze Aktion eigentlich auch sein lassen. Hier gilt dasselbe wie bei der Qualitätssicherung.

Was können wir zur Erhöhung der Beteiligung empfehlen? § 5 der (Muster-)Weiterbildungsordnung haben wir bereits beschlossen. Zu prüfen sind die Möglichkeiten einer direkten Vergabe der Zugangcodes an die Weiterbildungsassistenten. Diese Prüfung läuft bei uns mit Hochdruck.

Nach der Befragung 2011 ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse aller Weiterbildungsstätten geplant. Das war jetzt aus Datenschutzgründen und weil es nicht so vereinbart war, nicht möglich.

Wir müssen immer wieder den Hinweis geben: Eine gute Weiterbildung ist ein Wettbewerbsvorteil für die Weiterbildungsstätte. Dabei geht es um den Wettbewerb bei den Assistenten. Vielleicht können die Engpässe auf diese Weise gemildert werden.

Ich glaube, aus dem Marburger Bund kommt die Anregung, dass wir prüfen sollen, auf welchen Versorgungsstufen und unter welcher Trägerschaft die Weiterbildung stattfindet. Paradoxerweise sind hier die privaten Träger, die sonst im Fokus der Kritik stehen, vorbildlich. Die Helios-Kliniken haben eine exzellente curriculäre Weiterbildung. Das gilt im Übrigen auch für die Fortbildung. Dadurch ist eine enge Bindung der Assistenten an die Klinik gegeben. Dort hat man erkannt, dass es ein Wettbe-

werbsvorteil ist, eine gute Weiterbildung anzubieten. Vielleicht ist das ein Ansporn für andere, ebenso zu verfahren.

Im Frühjahr 2011 wird eine zweite Befragung stattfinden.

Informationen zum Projekt finden Sie unter www.evaluation-weiterbildung.de oder an unserem Informationsstand im Foyer.

Nun noch, wie angekündigt, zur „dynamischen Spinne“. Sie steht Ihnen seit Montag im Internet zur Verfügung. Sie können direkt oder auch über die Bundesärztekammer in die Spinne hineingehen. Ich nehme als Beispiel die Viszeralchirurgie. Durch entsprechendes Anklicken können Sie die Werte für Deutschland und beispielsweise Schleswig-Holstein abfragen. Als Ergebnis sehen Sie, dass die Viszeralchirurgie in Schleswig-Holstein besser ist als im Bundesdurchschnitt. Aber noch besser sind die Allgemeinmediziner in Schleswig-Holstein. Das sind interessante Ergebnisse, die man auf diese Weise eruieren kann.

Möchten Sie, dass ich Ihnen noch den Befugtenbericht erläutere? – Nein. Dann belasse ich es dabei und freue mich auf die folgende Diskussion.

Ich danke Ihnen, dass Sie mir so lange so geduldig zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank. Das war eine Premiere in Deutschland. Auch das hat – ich glaube, das sollte man deutlich erwähnen – Herr Koch, der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, initiiert und gestaltet. Wir haben ihn gerade angerufen und ihm mitgeteilt, dass Sie im Zusammenhang mit Tagesordnungspunkt III a eine große Bestätigung seiner Arbeit beschlossen haben. Er lässt Sie alle herzlich grüßen und hofft, dass er im nächsten Jahr wieder dabei ist.

Noch einmal vielen Dank, Franz Bartmann, für diese detaillierte Darstellung.

Der erste Diskussionsredner ist Frau Christine Hidas aus Hessen.

Hidas, Hessen: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich befinde mich in der Weiterbildung. Ich muss sagen, dass wir in unserem Hause – das gilt auch für andere Kolleginnen und Kollegen – an dieser Evaluation nicht teilnehmen konnten, weil wir davon schlicht nichts wussten, weil unsere Weiterbilder das gar nicht an uns weitergegeben haben. Ich glaube, wenn Sie die Assistenten nicht direkt ansprechen, wird die nächste Befragung genauso ausfallen. Das liegt nicht nur daran, dass die Weiterbildungsbeauftragten, in der Regel die Chefärzte, zum Teil vielleicht kein Interesse daran haben, sondern auch daran, dass sie die Zeit dazu einfach nicht haben, weil ihre tägliche Arbeit in DRGs, Fallzahlsteigerung und Bettenzahl besteht. Das geht im Allgemeingeschäft einfach unter.

Ich kann nur sagen: Die Assistenten und Assistentinnen an den Kliniken sind unglaublich engagiert. Sie möchten gerne etwas lernen, sie möchten gerne arbeiten, sie schaffen viel. Sie wollen etwas machen.

(Beifall)

Wenn man sie im Regen stehen lässt, sind sie spätestens im fünften Jahr demoralisiert, machen ihren Facharzt und verschwinden sonst wohin. Das fände ich sehr, sehr schade.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Hidas. – Jetzt kommt Frau Vizepräsidentin Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben heute auch darüber debattiert, wofür wir Geld ausgeben wollen und wofür nicht. Ich kann nur sagen: Die Summe, die Sie hier investiert haben, war richtig gut ausgegebenes Geld. Ich hoffe, dass wir diese Evaluation wie geplant weiterführen.

Ich habe – das sage ich jetzt als ehemalige Vorsitzende und jetzt stellvertretende Vorsitzende der Akademie für Allgemeinmedizin – mit großer Freude gesehen, wie die Bewertung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin ausgefallen ist. Es haben sich nicht nur deutlich mehr Weiterzubildende beteiligt, sondern die Noten, die verteilt wurden, liegen fast immer eine ganze Schulnote höher als in den anderen Fächern. Das hat mich, ehrlich gesagt, ausgesprochen gefreut.

Wir haben in der Akademie und auch hier wieder die Vorwürfe gehört, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sei schlecht bezahlt, qualitativ unzureichend und strukturell nicht gut gestaltet. Wir können diesen Vorwürfen mit der vorliegenden Evaluation entgegentreten.

Wir haben aber auch noch das Glück, dass das Förderprogramm für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin inzwischen geändert wurde und wir jetzt optimale Bedingungen haben, die Weiterbildung in Allgemeinmedizin zu verändern. Nach der neuen Vereinbarung ist es ja möglich, dass inzwischen von den KVen und den Kassen Gelder gegeben werden müssen, sodass in den Praxen dieselbe Gehaltsstufe bezahlt werden kann wie in den Kliniken. Wir werden die Weiterbildung strukturell verändern, indem überall Weiterbildungsverbünde gefördert werden. Die inhaltliche Gestaltung soll natürlich auch noch besser werden.

Wir haben mit diesem neuen Förderprogramm, das auch eine Evaluation beinhaltet, das auch beinhaltet, dass alle Weiterzubildenden erfasst werden, und wir haben mit unseren Evaluationsergebnissen eine sehr gute Ausgangslage, eine gute Werbung für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin zu machen. Wir können sagen: Die Weiterbildung in Allgemeinmedizin ist der Hit, ihr kriegt genug Geld, ihr habt gute Strukturen und die Weiterbilder machen richtig gute Arbeit für euch.

(Beifall)

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

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Ja, es ist gut, dass diese Umfrage und diese Befragung gemacht wurden. Ja, es ist auch gut, dass wir diese Ergebnisse hier einmal diskutieren. Aber, wie Kollege Bartmann richtig dargestellt hat: Die Beteiligung lässt zu wünschen übrig. Wir haben schon damals das Problem angesprochen, wie man den Weiterbildungsassistenten anspricht, ob die indirekte Weitergabe der Zugangscodes richtig ist. Ich will das nicht als Entschuldigung dafür anführen, dass wir in Hessen die Allerletzten waren, was die Beteiligung der Assistenten angeht. Sie sollten dieses Problem bei der zukünftigen Befragung berücksichtigen.

(Vereinzelt Beifall)

Damit komme ich zum Inhalt. Ja, es ist schon faszinierend zu beobachten – Kollege Bartmann hat das schon ausgeführt –, wie sich die Weiterbildungsberechtigten eine bessere Note zuschreiben, als dies durch diejenigen geschieht, die weitergebildet werden.

Das bringt mich zu einem Punkt, der in der Befragung ein wenig verborgen ist. Der Weiterbildungsberechtigte kann die Weitergabe seiner Daten verhindern. Wenn Sie ihn in der Auswertung nicht entsprechend berücksichtigen, sind die Ergebnisse natürlich besonders günstig. Das führt, wie ich glaube, zu der Diskrepanz, dass die Basis erklärt, man habe Probleme wegen des Ärztemangels, während bei der Befragung durch die Bundesärztekammer bescheinigt wird, dass die Situation doch gut bis befriedigend sei.

Um diesem Eindruck vorzubeugen, bitte ich Sie ganz herzlich, entsprechende Anträge für die zukünftige Befragung, die wir eingebracht haben, der Bundesärztekammer als Hilfestellung mitzugeben. Wenn die Kolleginnen und Kollegen draußen nicht sehen, dass Sie gewillt sind, etwas zu verbessern, werden sie sich beim nächsten Mal nicht mehr beteiligen.

Deshalb bitte ich Sie ganz herzlich: Unterstützen Sie diese Anträge, was die Befragungsart angeht, damit wir beim nächsten Mal eine höhere Beteiligung mit entsprechenden Aussagen erhalten, damit die Kollegen sehen, dass wir etwas für sie tun. Nichts ist schlimmer als der frustrierte Weiterzubildende, der nachher nicht mehr in der Praxis landet.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Scholz. – Als nächster Redner Herr Kollege Wyrwich aus Berlin.

Dr. Wyrwich, Berlin: Herr Professor Hoppe! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir haben auf dem Deutschen Ärztetag 2007 beschlossen, eine Evaluation durchzuführen. 2010 stehen wir mit Superergebnissen da. Ich möchte den Verantwortlichen, die dort agiert und die Kämpfe mit den jeweiligen Landesärztekammern und den Kritikern geführt haben, ganz herzlich dafür danken, dass sie so stringent in

der Umsetzung gewesen sind. Der Feind des Guten ist das Bessere. Ich glaube, dass hier einige Punkte angerissen wurden, bei denen wir sagen: Wir haben aus dieser ersten Evaluation etwas gelernt. Es war der Versuch, zunächst einmal den Fuß in die Tür zu bekommen, ein Gefühl für das Problem zu bekommen. Das ist sicherlich gelungen. Das ist von der Aufbereitung her, von der Art, wie es gestartet wurde, fantastisch gewesen.

Lassen Sie uns in der Zukunft bitte die hier schon 2007 geäußerten Kritikpunkte umzusetzen versuchen: direkte Beteiligung der Assistentinnen und Assistenten, klare Kommunikation, und zwar nicht über die Weiterbilder, sondern direkt über die Kammern an die jeweiligen Kolleginnen und Kollegen, die sich in der Weiterbildung befinden, und dann genauso stringent die Darstellung der jeweiligen Ergebnisse.

Ich habe aus den Gesprächen, die ich mit den Kolleginnen und Kollegen aus der Führung der Unternehmen, die ich kenne, erfahren, dass es dort überhaupt keine großen Ängste gibt. Man muss die Daten zunächst intern diskutieren, dann ist man durchaus in der Lage, klar zu sagen: Hier besteht Verbesserungsbedarf.

Bei Helios funktioniert das sehr gut. Ich kann mir gut vorstellen, dass es an anderen Kliniken genauso gut funktioniert.

Mein Appell an die Chefärztinnen und Chefärzte lautet: Seien Sie mutig genug, Kritik als Einstieg in einen Verbesserungsprozess zu betrachten. Führen Sie diese Kritik aktiv mit Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Wyrwich. – Der nächste Redner ist Herr Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Das Wichtigste an dieser Befragung ist bestimmt, dass sie stattgefunden hat, dass sich die Sache hoffentlich institutionalisieren wird. Ich denke, man soll die Ergebnisse, so positiv sie in mancher Hinsicht sind, derzeit nicht überbewerten, weder in die eine noch in die andere Richtung. Entscheidend ist, dass es wieder stattfindet und dass man es bis dahin hinbekommt, sowohl die Weiterbilder als auch die Ärzte in Weiterbildung dazu zu ermutigen. Bei den Weiterbildern ist es relativ einfach. Ich habe keine Zweifel: Wenn die Befragung regelmäßig stattfindet, werden gute Ergebnisse ein Vorteil bei der Besetzung von Weiterbildungsstellen sein. Ich kann mir vorstellen, dass die Noten, die vergeben werden, irgendwann auch in den Stellenanzeigen aufgeführt sind, zumindest dann, wenn sie gut sind. Die Weiterbildungsbefugten haben sicher ein Interesse daran, dass sie gute Bewertungen erhalten, indem sie gute Weiterbildung anbieten können.

Herr Bartmann sagte: Normalerweise beteiligen sich immer diejenigen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die unzufrieden sind. Das ist wahrscheinlich richtig. Allerdings war es in diesem Fall so, dass diejenigen, die unzufrieden sind, gar keinen Code be-

kommen haben. Ich weiß, dass es in manchen Abteilungen so war. Deshalb kann man nicht die Notwendigkeit überbewerten, dass die Weiterbildungsassistenten unbedingt angesprochen werden.

Viele Kammern haben die Schwierigkeit, dass sie gar nicht wissen, wie viele Ärzte sich in welchen Fächern in Weiterbildung befinden. Deshalb muss man sich fragen: Braucht man eine formale Anmeldung für die Weiterbildung? Im letzten „Deutschen Ärzteblatt“ ist ein schöner Leserbrief erschienen, in dem steht: Jede Ärztekammer schafft es, auch noch in der entferntesten Ecke der Kammer die Ärzte ausfindig zu machen, wenn es darum geht, die Beiträge zu erheben. Insofern kann man natürlich auch jeden Assistenten fragen, in welchem Fach und in welcher Klinik er sich derzeit in Weiterbildung befindet. Ich bitte dringend darum, dass das geschieht.

(Beifall)

Ein weiteres Problem ist die Frage, warum haben so wenige Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an der Befragung teilgenommen? Ich glaube, das Image der Ärztekammer gerade zu Beginn der Weiterbildung ist eher – wenn man überhaupt schon einmal etwas von der Ärztekammer gehört hat – das eines Prüfungsamts am Ende der Weiterbildung. Ich denke, alle Ärztekammern müssen eine Umarmungsaktion starten, dass sie dem Weiterzubildenden klar machen, dass sie ihn für die Dauer seiner Weiterbildung begleiten. So stelle ich mir das vor. Dieses Bewusstsein ist bei jüngeren Ärztinnen und Ärzten sicherlich überhaupt nicht vorhanden.

Mein Vorschlag ist neben der Erfassung, dass man sich in Weiterbildung befindet, sowohl dem Weiterzubildenden als auch dem Befugten nahezulegen, jeweils das Protokoll des jährlichen Weiterbildungsgesprächs, das nach der neuen Weiterbildungsordnung vorgeschrieben ist, an die Ärztekammer zu schicken. Das muss man gar nicht auswerten, sondern kann es dort abheften. Man muss es nur auswerten, wenn es Probleme gibt. So stelle ich mir das vor. Auf diese Weise können beide nachweisen, dass das Weiterbildungsgespräch tatsächlich stattgefunden hat. Das halte ich für extrem wichtig. Man kann, wenn es im Nachhinein Probleme gibt, nachweisen, dass ein solches Gespräch nicht stattgefunden hat. Ferner kann man dem Weiterzubildenden die Idee vermitteln, dass die Ärztekammer ihn bei seiner Weiterbildung tatsächlich begleitet. Das ist im Moment überhaupt nicht der Fall.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich bin fast versucht, jetzt einen eigenen Beitrag zu liefern. Aber das verkneife ich mir. – Jetzt bitte Herr Bertram zur Geschäftsordnung.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich beantrage Redezeitbegrenzung auf zwei Minuten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gibt es dazu eine Gegenrede? – Keine. Wer möchte zwei Minuten? – Wer ist gegen zwei Minuten? – Das Erste war deutlich die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist ab jetzt die Redezeit auf zwei Minuten begrenzt.

Der nächste Redner ist Herr Professor Dietrich aus Bayern. Bitte schön.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Bartmann, ich erspare mir jetzt die Lorbeeren für Sie; Sie haben schon genug bekommen. Sie haben alles sehr positiv dargestellt. Ein Mittelwert von 2,6 in der Benotung ist gerade in Anbetracht der Tatsache, dass der Zugangscode für die Weiterbildungsassistenten etwas beschränkt zugänglich war, meiner Ansicht nach keine so glanzvolle Note. Mit dieser Note können Sie heute nicht mehr Medizin studieren. Eigentlich sollte man zusehen, dass man auf eine bessere Note kommt.

(Vereinzelt Beifall)

Ich habe gerade Ihre Spinne für mein Fachgebiet ausprobiert. Da gibt es in einigen Bereichen für die evidenzbasierte Fortbildung eine Note von 4,5. Das ist meiner Ansicht nach eine extrem schlechte Note.

Zum anderen wäre es gut, wenn Sie in den Darstellungen auch einmal die Spreizung darstellen würden, entweder Konfidenzintervalle oder die Quartile oder auch Einzelfalldarstellungen. Bei einem Mittelwert von 2,5 weiß man nicht, wie die Verteilung aussieht. Wenn die eine Hälfte die Note 1 vergibt, die andere Hälfte die Note 5, dann liegt der Mittelwert bei 3. Insofern sagt der Mittelwert gar nicht so viel aus.

(Beifall)

Es wäre interessant, die Ergebnisse nach diesen Kriterien genauer auszuwerten.

Insgesamt finde ich es sehr gut, es ist lobenswert. Aber ich fand Ihre Darstellung ein bisschen sehr positiv in der Benotung. Ich finde die Benotung nicht gerade extrem gut, manchmal sogar mangelhaft.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Aber es ist ja das erste Mal. Ich glaube, wenn uns Herr Dr. Giger aus der Schweiz berichten würde, wie es beim ersten Umlauf in der Schweiz ausgesehen hat, würde er sagen: Wir sind nicht schlecht, was die Auswertung angeht, ebenso die Beteiligung. – Jetzt bitte Herr Bartmann als Referent.

Dr. Bartmann, Referent: Natürlich haben wir das so gesehen wie Sie. Wir sind ja auch ein bisschen Statistiker. Wir haben in Übereinstimmung mit Frau Orlow, die das Projekt in Zürich betreut, gesagt, dass sich zur Veröffentlichung gerade im Befugtenbericht aus verschiedenen Gründen die Mittelwerte besser eignen. Natürlich können wir das Zahlenmaterial auch in Medianen und anderen statistischen Größen evaluieren. Das geschieht auch. Aber für die öffentliche Darstellung ist bei diesem ersten Aufschlag der Mittelwert diejenige Größe, die man aus der Schweiz gewohnt war.

Es gibt Untersuchungsergebnisse, wonach die Darstellung im Median weniger aussagekräftig ist, wenn es darum geht, verschiedene Kliniken miteinander zu vergleichen. Für die einzelne Weiterbildungsstätte haben Sie völlig recht.

Es wurde gesagt, ich hätte das vielleicht ein bisschen zu gut dargestellt. Wir hatten mit schlechteren Werten gerechnet. Das steckt vielleicht dahinter. Wenn es um die Frage geht, was man gelernt hat, sind die Ergebnisse wesentlich besser als das, was man aufgrund der allgemeinen Stimmungslage erwarten konnte. Tut mir leid, wenn es so ausgesehen haben sollte, als sei alles in Ordnung. Gemeint war: Es ist besser, als wir es erwartet hatten.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Die Anträge, die hierzu gestellt sind, enthalten so viele Tipps, dass wir in den nächsten Runden vieles beherzigen können, auch das, was hier bereits ausgeführt wurde. – Als nächster Redner bitte Herr Spanholtz aus Nordrhein.

Dr. Spanholtz, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin als junger Kollege auf einem Deutschen Ärztetag sehr froh darüber, dass ein solches Thema auf der Tagesordnung steht. Ich finde ein solches Evaluationsmodell absolut begrüßenswert. Ich spreche hier für viele meiner jungen Kollegen, die auf solche Instrumente warten. Die Tatsache, dass dieses Instrument von der Kammer selber kommt, die sich, wie Kollege Veelken zu Recht gesagt hat, um solche Dinge naturgemäß nicht so sehr kümmert – so wird es jedenfalls wahrgenommen –, begrüßen wir als Assistenzärzte ausgesprochen.

In Nordrhein beschäftigt sich die Liste „Junge Ärzte“, zu der ich gehöre, in dem neu gegründeten Zukunftsausschuss mit den Themen, die hier angesprochen werden. Ich möchte quasi einen Impuls von Nordrhein hier nach Dresden geben. Wir haben uns überlegt, dass es sinnvoll sein kann, die Frage der Weiterbildung nicht nur auf den Weiterzubildenden zu beziehen, sondern auch auf den Weiterbilder. Das Konzept für die Weiterbildung kommt nicht von uns und muss auch nicht von uns kommen, sondern das Konzept sollte von dem kommen, der aktiv Weiterbildung betreibt.

Wir fragen uns im klinischen Alltag – ich arbeite selbst an einer Universitätsklinik in Nordrhein-Westfalen –: Wie ist es um die Konzepte der Weiterbilder bestellt? Wie lebhaft sind sie überarbeitet? Wie aktuell funktionieren diese Systeme? Evaluationsgespräche sind oftmals nicht mehr als eine Farce und beinhalten viel mehr die Frage „Was tue ich für den Staat?“ als die Frage „Was tut der Staat für mich?“.

Wir fragen uns auch: Wird denn mein Weiterbilder, mein Chefarzt auch durch die Kammer evaluiert? Wird denn geschaut, ob das Konzept tragfähig ist? Ich bitte Sie, einmal darüber nachzudenken, ob man die Diskussion bei diesem Punkt nicht erweitern sollte und sagen muss: Bei der Weiterbildung sind zwei Parteien beteiligt, wir müssen in diesem Fall auf beide Parteien schauen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Spanholtz. – Jetzt Herr Zürner aus Hessen.

Dr. Zürner, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann nahtlos an die Ausführungen meines Vorredners anschließen. Ich denke, wir sollten diesen guten ersten Schritt, den wir getan haben, schätzen und uns dafür bedanken. Es ist aber wirklich nur ein erster Schritt. Meines Erachtens ist es sehr wichtig, dass wir Strategien entwickeln, die Weiterzubildenden direkt anzusprechen, ihnen deutlich zu machen, dass die Kammer auch für sie da ist, den Dialog zu fördern zwischen Weiterbildern und Weiterzubildenden. Ich würde mir schon wünschen, dass die Weiterzubildenden direkt beteiligt werden. Idealerweise würde ich mir auch eine Website wünschen, auf der Bewertungen der Weiterzubildenden transparent werden.

Ich könnte mir gut vorstellen, dass man die Arztnummer nimmt, sich einloggen kann und doch anonym bleibt. So können den Weiterzubildenden Wege aufgezeigt werden, dass sie gehört und gesehen werden.

Das ist, nebenbei gesagt, auch deswegen besonders wichtig, weil wir deutlich machen müssen: Die Kammer ist keine Prüfungsbehörde, sondern wir versuchen, unseren Mitgliedern zu helfen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächster Redner bitte Herr Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ein Großteil der Argumente ist schon angesprochen worden. Ich weise allerdings darauf hin: Wer beim ersten Schritt zu viel will, fliegt auf die Schnauze. Wir haben das Modell in Bremen und Hamburg einmal erprobt. Es hat anschließend einiges an Überzeugungskraft gekostet, dieses Modell bundesweit durchzuführen.

Ich denke, die Bundesärztekammer, insbesondere der Vorstand, wird das, was hier angesprochen wurde, aufnehmen und in die Weiterentwicklung dieses Projekts mit einbringen.

So schön eine höhere Beteiligung der Weiterbildungsassistenten wäre, das Problem liegt schlichtweg in der Erfassung der Weiterbildungsassistenten. Wenn wir das wirklich erfassen wollen, bedeutet das eine Erfassung sämtlicher Weiterbildungsanstellungsverträge durch die Ärztekammer. Das ist ein erheblicher bürokratischer Aufwand. Die Frage, ob man das eventuell elektronisch machen kann, wird im persönlichen Gespräch plötzlich mit Datenschutzfragen usw. torpediert.

Hier geht es um etwas, was in aller Ruhe weiterentwickelt werden muss. Sicher ist es in unser aller Interesse, die Bewertung weiter auszubauen. Ich bin sicher: Das ist ganz gut, aber noch nicht abgeschlossen. Wir werden es ganz bestimmt im Interesse aller weiterentwickeln.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt ein Geschäftsordnungsantrag von Herrn Zimmeck aus Hessen.

Zimmeck, Hessen: Ich würde mich freuen, wenn wir uns nach diesen wichtigen Beiträgen jetzt zu der Entscheidung „Schluss der Debatte“ durchringen könnten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Also: Antrag auf Schluss der Debatte. Gibt es eine Gegenrede? – Formal. Wer möchte Schluss der Debatte beschließen? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Das ist wohl deutlich die Mehrheit.

Der nächste Redner ist Herr Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Bemerkungen sind mehr als Hinweis zu verstehen. Wir vertreten die Kolleginnen und Kollegen, die uns hierhin geschickt haben. Wir geben uns sehr viel Mühe, die Weiterbildungsordnung so zu gestalten, dass wir die Weiterbildung auf hohem Niveau weiter strukturieren können. Aber das System, das wir haben, implementiert auch, ohne dass wir das bewusst wollen, dass wir die Stellschrauben zum Erlangen bestimmter Abschnitte immer stärker anziehen.

Von den jungen Kollegen wird das häufig als Protektionismus empfunden, dass dieser Deutsche Ärztetag immer höhere Schranken aufbaut und die Nachfolgenden bestimmte Dinge immer schwerer erreichen können. Das hat durchaus auch einen erheblichen Einfluss bei den jungen Kollegen auf die Akzeptanz der Kammer als Körperschaft. Damit spreche ich überhaupt nicht gegen eine hohe Weiterbildung. Ich bitte den Vorstand der Bundesärztekammer, diesen Aspekt, nämlich den gefühlten Protektionismus, den die jungen Kollegen uns gegenüber empfinden, bei der vorgesehenen Neuordnung mit zu bedenken.

Ich glaube, dass durch die Module die Akzeptanz etwas höher wird. Ich bitte darum, bei der Evaluation nicht nur abzufragen, wie die Inhalte vermittelt werden und ob die Zeit ausreicht, sondern rein interessehalber auch zu fragen, ob der angebotene Inhalt aus der Sicht der Weiterzubildenden sinnvoll ist, ob der zeitliche Aufwand sinnvoll ist oder ob man es raffen bzw. strecken könnte und ob das Umfeld, wie man sein Ziel erreichen kann, gut ist.

Damit will ich nicht sagen, dass die Weiterzubildenden die Weiterbildung vorgeben sollen; das müssen wir schon tun. Es wird aber doch durchaus interessant sein, ein-

mal festzustellen, wie die anderen das, was wir uns ausdenken, empfinden, damit wir als Körperschaft und Gremium richtig wahrgenommen und akzeptiert werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lipp. – Jetzt kommt Herr Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich als Allgemeinmediziner natürlich besonders darüber gefreut, dass die Allgemeinmedizin trotz der schwierigen Bedingungen gut abgeschnitten hat. Das liegt vielleicht auch daran, dass eine solche Weiterbildung 1 : 1 erfolgt. Wenn Sie Assistent in der Klinik sind, sind Sie halt einer von vielen. In der Allgemeinmedizin ist es praktisch immer 1 : 1 und man ist sich da viel näher.

Ich habe bereits nachdrücklich darauf hingewiesen, dass wir Nachwuchs dringend brauchen, weil viel zu wenig junge Kollegen Allgemeinmedizin machen wollen, wenn man das in Relation zu denjenigen betrachtet, die aufhören. Deshalb meine Bitte, dieses Pflänzchen Allgemeinmedizin auch an den Universitäten zu pflegen. Wir haben nicht überall Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Wenn es in der Wahrnehmung der jungen Kollegen nicht als Fachgebiet existiert, macht man eben etwas anderes. Deswegen der Appell an dieses Gremium, sich weiterhin für die Errichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin einzusetzen. Anderenfalls kommen wir niemals zu weitergebildeten Hausärztinnen und Hausärzten. Umgekehrt werden wir uns natürlich mit Verbundweiterbildungen an die örtlichen Inneren Abteilungen wenden und mit ihnen zusammenarbeiten. Da dies eine sinnvolle Angelegenheit ist, tun wir das bereits.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Gehle aus Westfalen-Lippe.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Ich möchte es kurz und knapp machen. Einiges habe ich ja bereits ausgeführt. Ich finde, für die Assistenten draußen ist wichtig, dass wir ihnen sagen, dass wir aus dem, was passiert, auch Konsequenzen ziehen. Dazu gibt es den Beschluss des vorjährigen Ärztetages, dass wir in die Struktur vor Ort hineingehen wollen, dass wir ein nicht nur familienfreundliches, sondern auch ein ausbildungsfreudiges Krankenhaus haben wollen.

Ich fordere den Deutschen Ärztetag auf – es gibt auch einen entsprechenden Antrag –, das mit einem klaren Votum zu bestätigen und an die Landesärztekammern den Auftrag zu erteilen, dass sie sich um die Weiterbildung vor Ort kümmern.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Gehle. – Jetzt kommt Herr Professor Paravicini aus Westfalen-Lippe.

Prof. Dr. Paravicini, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich danke sehr dem Kollegen Spanholtz, der aus der Sicht der Weiterzubildenden sehr erfrischend dargelegt hat, wo die Probleme liegen und wie wir uns als Weiterbilder in der Zukunft vielleicht verbessern können. Ich selber bilde seit über 25 Jahren weiter und habe in ganz unterschiedlichen Bereichen und mit ganz unterschiedlichen Kolleginnen und Kollegen Erfahrungen gemacht. Die strukturierte Weiterbildung, wie wir sie heute praktizieren, ist sicher eine wesentliche Voraussetzung, um Qualität zu erzielen. Ich halte für sehr wichtig, was heute schon anklang: Es kann nicht sein, dass die Befragung über die Weiterbildungsbefugten auf die Weiterzubildenden übertragen wird, sondern hier müssen die Kammern in die Lage versetzt werden, eigenes Datenmaterial zu haben, um die in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen direkt ansprechen zu können.

In meiner Klinik sind immerhin von sieben in Weiterbildung befindlichen Assistenten sechs bereit gewesen, an der Befragung teilzunehmen. Wenn man aus der Sicht der Weiterbildungsbefugten ein bisschen nachhilft – das habe ich natürlich bei meiner Affinität zu unserer Kammer intensiv vorangetrieben –, kann man ganz gute Ergebnisse erzielen. Ich glaube, dass viele Chefärztinnen und Chefärzte nicht so motiviert sind, dass das von oben her unterstützt wird. Deswegen muss eine direkte Ansprache der Weiterzubildenden vonseiten der Kammern erfolgen.

(Vereinzelt Beifall)

Das Spannungsfeld, in dem wir als Weiterbilder leben müssen, ist auch zu berücksichtigen. Es ist häufig gar kein böser Wille, dass die Weiterbildungsbefugten nicht in der Lage oder willens sind, ihr Wissen weiterzugeben, sondern es sind die tagtäglichen Querelen in den Kliniken. Ich möchte nur die überbordende Bürokratie und vor allem den Personalmangel ansprechen. Wenn meine Oberärzte selber tagtäglich am OP-Tisch stehen und Narkose machen müssen, dann können sie nicht gleichzeitig den Jüngeren etwas zeigen. Sie brauchen dafür gewisse Freiräume, ich brauche sie auch.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Das Wort hat nun Rudolf Henke vom Vorstand.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Einer der Vorredner hat davon gesprochen, dass es nicht vom Himmel gefallen ist, dass die Ärzteschaft für die Gestaltung der Weiterbildung zuständig ist. Ich will Ihnen ein Beispiel nennen, das vor wenigen Wochen Frank Ulrich Montgomery auf die Palme getrieben hat, als nämlich die Hambur-

ger Krankenhausgesellschaft ein Positionspapier platziert hat, das breit gestreut wurde in der politischen Ebene in Berlin – alle Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages haben es erhalten –, in dem die Hamburger Krankenhausgesellschaft dafür plädiert, die Verantwortung für die ärztliche Weiterbildung den Krankenhausträgern zu übertragen.

Ich weiß aus Gesprächen, dass es an der Spitze der Krankenhausgesellschaft den einen oder anderen gibt, der diese Idee gern mit Gutachten untermauern möchte.

Wenn wir diese Kompetenz als Kompetenz der Selbstverwaltung haben wollen, müssen wir dafür auch etwas tun, was die eigentliche Stärke der Selbstverwaltung ausspielt. Die eigentliche Stärke liegt nicht in der Verwaltung, sondern die eigentliche Stärke liegt in dem „Selbst“. Wir sind in der Lage, Prozesse wie diese Selbstverwaltung selbst zu organisieren, wenn es uns gelingt, die Kolleginnen und Kollegen in den Prozess der Debatte, in die Feedbackkultur einzubeziehen und dazu zu bekommen, die Weiterbildung zu ihrer Sache in den Abteilungen werden zu lassen.

Dazu bieten die Evaluationsprojekte eine gute Gelegenheit, die bei Dieter Mitrenga in Nordrhein vor zehn Jahren begonnen haben, die dann in Westfalen liefen. Ich nenne das tolle Pilotprojekt in Hamburg und Bremen. Jetzt haben wir es zum ersten Mal bundesweit ausgerollt. Hier ist die Gelegenheit gegeben, in den Abteilungen darüber zu sprechen.

Es ist klar, dass wir dafür die Weiterzubildenden brauchen. Deshalb sprechen Sie sich bitte für eine Meldepflicht aus. Da muss man nicht viel Federlesens machen. Man kann einfach sagen: Mit der Beitragseinordnung wird ein Zettel verschickt, auf dem man angeben soll, wer was wo wann macht.

Votieren Sie bitte für den Antrag III-08, der dafür die Grundlage schafft.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt noch Herr Jonitz vom Vorstand.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Wenn man wissen will, wie man es besser machen kann: Auf der Homepage der Bundesärztekammer finden wir ein Curriculum Evidenzbasierte Medizin, wir finden ein Curriculum Patientensicherheit und ein Curriculum Ärztliche Führung. Die Munition, die wir brauchen, um die beschriebenen Probleme zu lösen, ist vorhanden. Wir müssen nur zusehen, dass wir das in schicke Fortbildungsangebote packen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank für diesen Hinweis auf diverse Gebrauchsanweisungen.

Wir treten in die Abstimmungen ein. Wir kommen zunächst zum **Antrag III-02.** Das ist der Vorstandsantrag. Der Antragstext lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Weiterbildung und die Fortsetzung des gemeinsamen Projektes von Bundesärztekammer und Landesärztekammern „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland".*

Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-03.** Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen und wenige Gegenstimmen. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-04.** Wer stimmt dem Antrag 04 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommen wir zum **Antrag III-05.** Wer stimmt dem Antrag 05 zu? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-08.** Wer stimmt dem Antrag zu?

(Zuruf)

– Wir sind jetzt in der Abstimmung. Jetzt gibt es nur noch Überweisung an den Vorstand oder etwas Ähnliches.

(Zuruf: Ich merke, dass viele Kollegen hektisch wühlen,
weil die Antragsreihenfolge nicht so ganz nachvollziehbar ist!
Dann geben die Abstimmungen nicht unbedingt den Willen
der Delegierten wider! Wenn Sie sagen würden, um was es sich
jeweils handelt, würde es uns die Sache sehr erleichtern!)

– Das ist kein Problem. Früher habe ich das gemacht, da wurde mir gesagt, das sei nicht nötig.

Wir sind also beim Antrag 08:

> *Die Ärztekammern werden aufgefordert, jährlich den Status der ärztlichen Weiterbildung ihrer Kammermitglieder abzufragen. Hierzu könnten die Landesärztekammern eine Meldepflicht der Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden einführen.*
>
> *Dadurch werden jährlich bundesweit die vier „W"s der Weiterbildung erhoben:*
>
> • *wer – ja/nein*
> • *was – Weiterbildungsgang*
> • *wo – bei welchem Befugten*
> • *wann – in welchem Weiterbildungsjahr*

*Die Meldung könnte z. B. einmal jährlich anlässlich der Beitragsveranlagung ohne Mehrkosten auf dem Meldebogen geschehen.*

Wer möchte dem die Zustimmung geben? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag III-10:**

*Der bei der Evaluation 2009 erhobene Datenpool zur Weiterbildung ist die größte in Deutschland durchgeführte Erhebung zur realen Situation der Weiterbildung.*

*Die Bundesärztekammer wird gebeten zu prüfen, inwieweit eine weitere gezielte Auswertung unter Berücksichtigung der realen Weiterbildungssituation in den Kliniken vor der Evaluation 2010 ohne zusätzliche finanzielle Mehraufwendungen möglich ist.*

*Aufgrund der erhobenen Daten ist dann für die Evaluation 2010 der Fragenkatalog zu verändern und die Möglichkeit der direkten Rohdatenanalyse durch die Landesärztekammern zu überprüfen.*

*Eine so gestaltende fortlaufende Evaluation wird die Weiterbildung in Deutschland in ihrer Strukturqualität deutlich verbessern und damit die Arztflucht aus Deutschland vermindern.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Formal. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die Mehrheit. Wer stimmt dem Antrag zu? – Die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-11:**

*Die Ärztekammern werden aufgefordert, die Ergebnisse der Evaluation in eine aufsuchende Förderung und Kontrolle der Weiterbildung vor Ort durch eine kontinuierliche Strukturqualitätssicherung umzusetzen.*

*Trotz „scheinbar“ guter Durchschnittswerte zeigt die reale Betrachtung der Weiterbildung vor Ort ein deutlich anderes Bild. Nur die Hälfte der Weiterzubildenden erhält einen Weiterbildungsplan, nur 60 % Weiterbildungsziele. Eine große Zahl der Weiterzubildenden verweigert die Aufnahme in den Befugtenbericht.*

*Ab der Evaluation 2010 ist den Weiterzubildenden der direkte Zugriff auf die Befugtenberichte zu gestatten.*

*Hierzu sind die vom 112. Deutschen Ärztetag beschlossenen Konzepte direkt in die Weiterbildung vor Ort umzusetzen.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Schließlich kommen wir noch zum **Antrag III-54:**

> *Die Bundesärztekammer wird gebeten, in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern zu prüfen, ob Rechtsgrundlagen geschaffen werden müssen, um die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung weiterbildungsstättenbezogen veröffentlichen zu können.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Das ist sowieso ein Prüfauftrag. Da können Sie ruhig zustimmen.

(Heiterkeit)

Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Vielen herzlichen Dank an alle Beteiligten, besonders an Dr. Bartmann, aber auch an Frau Dr. Güntert und natürlich an Hans Hellmut Koch für diese gelungene Premiere.

(Beifall)

Wir werden Dr. Koch Bericht erstatten, dass es auf diesem Ärztetag so gut angekommen ist und gleichzeitig gute Vorschläge für die weiteren Verfahren dieser Art gemacht wurden.

Wir haben jetzt noch ein bisschen Zeit. Daher rufe ich noch **Tagesordnungspunkt V** auf:

## Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär

Referentin ist Frau Dr. Martina Wenker aus Hannover, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vorsitzende der Deutschen Akademie der Gebietsärzte. Nach dem Referat schauen wir, ob wir die Sitzung für heute beenden.

Bitte, Frau Wenker.

Dr. Wenker, Referentin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vor einem Jahr hat der 112. Deutsche Ärztetag einen Beschluss unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ gefasst und an den Vorstand weitergeleitet: „Ambulante Versorgung am Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V“. Sie haben vor einem Jahr festgestellt, dass die bestehende Regelung zur ambulanten Versorgung am Krankenhaus nach § 116 b die Gefahr beinhaltet,

> *dass gewachsene und funktionierende Versorgungsstrukturen gefährdet werden, die sektorübergreifende Kooperation negativ beeinflusst wird und eine ruinöse Konkurrenzsituation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten entsteht.*

Sie haben die Bundesärztekammer aufgefordert,

> *ein Positionspapier zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung zu entwickeln, bei dem Qualität und Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung im Mittelpunkt stehen.*

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat diesen Beschluss an die Deutsche Akademie der Gebietsärzte weitergeleitet, deren Vorsitzende ich bin. Wir hatten den Auftrag, diesen Beschluss zusammen mit den Krankenhausgremien und mit dem Ausschuss „Ambulante Versorgung“ zu beraten und Ihnen auf diesem Ärztetag ein entsprechendes Positionspapier vorzulegen.

Welche Vorüberlegungen haben wir angestellt? Ich möchte Ihnen nunmehr einige Gedanken zur Situation der fachärztlichen Versorgung, wie sie sich in der Diskussion in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte dargestellt haben, präsentieren, ein Detail aus dem Auftrag des vorjährigen Deutschen Ärztetages und anschließend das Positionspapier, das Sie dem Antrag V-01 entnehmen können.

Wir haben uns in der Akademie überlegt: In welcher Situation befinden sich derzeit die Fachärztinnen und Fachärzte in Deutschland? Ganz obenan stehen das wirtschaftliche Risiko, die fehlende Planungssicherheit, insbesondere in der ambulanten fachärztlichen Tätigkeit, die Bedrohung durch einen Regress. Hinzu kommt die Honorarunsicherheit, Stichworte: Honorarreform, Regelleistungsvolumen, qualitätsbezogene Zusatzvolumina.

Immer wieder moniert wurden fehlende sektorenübergreifende Behandlungskonzepte. Beklagt wurden Kooperations- und Kommunikationsdefizite. Sehr ernst nehmen müssen wir auch in der niedergelassenen Tätigkeit die Klage über eine unausgewogene Work-Life-Balance, Stichworte: Bürokratie, 80- bis 100-Stunden-Woche, ohne dass man damit die Arbeit bewältigen kann.

Auf die Spitze getrieben wird die Situation durch einen, wie man sagen kann, politischen § 116 b SGB V, der nur darauf angelegt ist, in diese sowieso unsichere Situation noch eine Konkurrenzsituation hineinzutragen, die wenig sinnvoll ist.

(Beifall)

Sie sehen auf der folgenden Folie drei Szenarien als Vorüberlegungen. Links oben ist das Modell der KBV, das vielen bekannt sein wird. Hier wurden – das ist bis vor einem Jahr noch sehr intensiv diskutiert worden – fünf Versorgungsebenen unterschieden: die Primärversorgungsebene, die wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene, die spezialisierte fachärztliche krankenhausnahe Versorgungsebene, die stationäre Grund- und Regelversorgung sowie die stationäre spezialisierte Versorgungsebene. Dies ist ein sehr streng sektorales Modell. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Dezember vergangenen Jahres eine Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung überlegt: statt einer Bedarfsplanung eine sektorübergreifende Versorgungssteuerung, also weg von dem strengen Sektordenken hin zu einer sektorübergreifenden kleinräumigen Bedarfsplanung, gemeinsam im Regionalverbund mit den übrigen Beteiligten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine stärkere Kooperation zwischen KVen und Krankenhäusern durch Vermittlung von Vertragsärzten, die Einrichtung von MVZs und Arztstationen in strukturschwachen Regionen vorgeschlagen.

Völlig entgegengesetzte Vorstellungen hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht es so: Die Krankenhäuser müssen sich zu Gesundheitszentren weiterentwickeln, die auch ambulante Leistungen erbringen und mit den niedergelassenen Ärzten kooperieren. Man erklärt: Es ist in den meisten Industrienationen selbstverständlich, dass spezialisierte, ambulante fachärztliche Leistungen in Krankenhäusern erbracht werden. So steht es in einem Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. Das Zukunftskonzept des Sachverständigenrats aus dem Jahre 2009 stellt dem bisherigen traditionellen anbieter- und sektororientierten Modell ein Zukunftskonzept entgegen, ein populationsorientiertes und sektorübergreifendes Konzept einer Primärversorgung, Sekundärversorgung und stationären/teilstationären Versorgung.

Diese drei Szenarien sind recht unterschiedlich. Der Sachverständigenrat stellt zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung fest:

> *Das Problem liegt nicht primär in der zu hohen Zahl von ambulanten Fachärzten, sondern in der mangelnden Verzahnung der Behandlung insbesondere mit dem stationären Sektor sowie in dem unzureichenden Wettbewerb zwischen den Vertragsärzten und den Krankenhäusern bei ambulanten Leistungen.*

Ferner führt der Sachverständigenrat aus:

> *Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet das entscheidende medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial.*

Der 112. Deutsche Ärztetag hat festgestellt, dass die Verbesserung der sektorübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen eines der zentralen Anliegen der deutschen Ärzteschaft ist. Dazu kann in bestimmten Fällen natürlich auch eine ambulante Versorgung am Krankenhaus beitragen, die das bestehende regionale Leistungsangebot sinnvoll ergänzt. Voraussetzung dafür ist, dass die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus in eine effektive und kollegiale Kooperation mit den ambulant tätigen Hausärzten und Fachärzten eingebunden ist.

Der 112. Deutsche Ärztetag hat beschlossen, dass ein Positionspapier zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung entwickelt werden soll. Dieses haben Sie vorliegen. Ich will es nicht im Detail vorstellen. Ich möchte nur auf einige Kernaussagen hinweisen und Ihnen diese etwas näher erläutern.

Hinsichtlich der Zukunft der fachärztlichen Versorgung waren für uns vier Themenbereiche besonders wichtig. Der erste Bereich betrifft die konfliktvermeidende Neuregelung des § 116 b SGB V. § 116 b ist die Spitze eines Eisbergs und sicherlich nicht die Spitze eines umfassenden und sinnvollen Versorgungskonzepts. Wenn wir die fachärztliche Versorgung verbessern wollen, müssen wir diesen Paragrafen neu fassen. Wir sollten dazu kommen, dass die fachärztliche Versorgung gefördert und optimiert wird durch mehr Kooperation, durch mehr Vernetzung, durch eine verbesserte Koordination der Patientenversorgung und durch eine gemeinsame sektorübergreifende Versorgungsplanung. Damit ist ausdrücklich nicht nur die Versorgung in den unterversorgten Regionen gemeint, sondern auch in Metropolregionen, in Ballungszentren ist eine Absprache untereinander sinnvoll. Es wird sicherlich regional unterschiedliche Versorgungskonzepte geben.

Wie Sie wissen, ist § 116 b als Ergänzung der ambulanten Versorgung bei hoch spezialisierten Leistungen, bei seltenen Erkrankungen und bei Erkrankungen mit besonderem Verlauf gedacht. Dazu gibt es eine Tabelle. Sie enthält eine Fülle von seltenen Erkrankungen, beispielsweise Hämophilie, Mukoviszidose – darüber kann man streiten –, aber auch häufige Erkrankungen wie Onkologie, Herzinsuffizienz, NYHA III - IV, Anfallsleiden, Multiple Sklerose.

Eine Neuregelung des § 116 b muss – das ist zwingend zu fordern – eine Analyse der Versorgungssituation durch Planungsbehörden unter Einbindung der Selbstverwaltung und im Einvernehmen mit dem Zulassungsausschuss voraussetzen. Es hat der Vorrang der persönlichen Ermächtigung eines Krankenhausarztes vor der institutionellen Öffnung zu bestehen. Wenn wir von einer persönlichen Patient-Arzt-Beziehung sprechen, ist eine institutionelle Öffnung immer das letzte Mittel. Wir müssen sehen, dass, wenn wir überhaupt eine Ermächtigung brauchen, diese an einen Kollegen gebunden ist. Dieser muss eine ausreichende Planungssicherheit für seine Ermächtigungsambulanz haben. Hier besteht der Wunsch nach einer klaren und sicheren Ausgestaltung sowohl des Ermächtigungsumfangs als auch des Ermächtigungszeitraums.

Im Umkehrschluss müssen die Krankenhäuser ihre fachärztliche Qualifikation nun kontinuierlich nachweisen. Es kann nicht sein, dass ein großes Haus einen Antrag nach § 116 b hinsichtlich der Onkologie stellt und die beiden onkologischen Oberärzte nach einem Vierteljahr verschwunden sind, sodass kein onkologischer Facharzt am Hause mehr tätig ist, während das Krankenhaus unentwegt onkologische Patienten behandelt. Das kann nicht in unserem Sinne sein. Hier ist eine regelmäßige Meldepflicht der Krankenhäuser vonnöten, dass die Voraussetzungen für die fachärztliche Versorgung immer noch gegeben sind.

(Beifall)

Es muss also eine konsequente Überprüfung des Katalogs und auch eine Anpassung des Katalogs an die Intention des Gesetzestextes erfolgen. Der Vorrang der persönlichen Ermächtigung eines Krankenhausarztes vor der institutionellen Öffnung muss gegeben sein.

Die ambulante Versorgung wird eine zunehmende Bedeutung erlangen. In vielen Regionen gibt es immer mehr ältere Patienten, die nicht unbedingt wohnortnah jede Krankenhausabteilung vorfinden. Wir sind zutiefst davon überzeugt, dass dies durch eine kompetente ambulante Versorgung deutlich besser abgefedert werden kann. Die ambulante Versorgung entspricht auch bei älteren Patienten durchaus dem Patientenwunsch und gewährleistet dadurch eine kontinuierliche Patient-Arzt-Beziehung und einen niedrigschwelligen Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen.

Ich komme jetzt zu dem Aspekt, die fachärztliche Versorgung durch Kooperation und Vernetzung attraktiv und zukunftssicher zu machen. Wir sehen ein entscheidendes Optimierungspotenzial für die Versorgung der Zukunft in der Förderung von Kooperation und Vernetzung. In allen Bereichen verzeichnen wir inzwischen einen Ärztemangel. Dieser wird zunehmen. Die einzige Chance, dass wir innerärztlich vielleicht wieder etwas mehr aufeinander zugehen, besteht darin, dass wir versuchen, gemeinsam unsere ärztliche Kompetenz vor Ort zu bündeln und zu fragen, wie wir unseren regionalen Versorgungsauftrag am besten erfüllen können.

(Vereinzelt Beifall)

Wir können inzwischen viele Formen der Kooperation anbieten. Wir müssen unterstützend beraten und vielleicht fördernd tätig werden, damit sich die Kolleginnen und Kollegen trauen, sich in neuen Kooperationsformen zusammenzufinden. Wir müssen sie natürlich auch bei der Fortbildung in neuen Qualitätsmanagement-, Führungs- und Unternehmenssteuerungsaufgaben unterstützen.

Ein weiteres wichtiges Prinzip ist die Koordination statt der Einschränkung der freien Arztwahl. Hier möchte ich ein ganz klares Plädoyer abgeben für die Erhaltung der freien Arztwahl.

(Beifall)

Die Koordination hat nach patientenzentrierten medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen, mit einer Absage an ein verpflichtendes Primärarztsystem. Der Hausarzt übernimmt in der Regel die Rolle des Koordinators. Mit dem Begriff „Koordinator“ ist die Tatsache gemeint, dass der Hausarzt in der Regel der erste Ansprechpartner in der umfassenden Patientenbehandlung ist.

Eine fachärztliche Case-Manager-Funktion – das sage ich ausdrücklich für die Deutsche Akademie der Gebietsärzte – bei Patientenwunsch oder bei Erkrankungen, die eine enge fachärztliche Versorgung erfordern, muss grundsätzlich möglich sein. Wir wünschen uns eine kontinuierliche Begleitung des Patienten in einer nahtlosen haus- und fachärztlichen Versorgung.

Drei abschließende Aspekte. Erstens. Das Belegarztwesen ist zu erhalten und zu fördern. Das Belegarztwesen stellt traditionell die effektive Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Der Vorteil ist die nahtlose vorstationäre, stationäre, nachstationäre und ambulante Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärzte. Wir wollen das kooperative Belegarztwesen erhalten, weil es das ideale Bild einer freiberuflichen selbstständigen Tätigkeit ist.

Ich nenne zweitens die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Ein großes Problem ist, dass in den Krankenhäusern durch die Verweildauerverkürzung durch den Bettenabbau immer kleiner werdende Segmente von Erkrankungen behandelt werden. Die Weiterbildung im stationären Sektor bildet häufig viele Bereiche von Krankheitsverläufen und Patientenschicksalen nicht mehr vollständig ab. Es bietet sich die Verbundweiterbildung auch im fachärztlichen Bereich an. Wir sollten uns nachdrücklich für sie einsetzen.

Drittens. Wir brauchen, wenn es sich um ambulant erbringbare innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt, angemessene Zulassungskriterien auch für den ambulanten Bereich. Hier muss man sicherlich die Frage Verbotsvorbehalt, Erlaubnisvorbehalt übergeordnet diskutieren.

Wir sollten unter dem Eindruck des zunehmenden Facharzt-, Hausarzt- und Krankenhausarztmangels gemeinsam mit den Planungsbehörden der Länder überlegen, wie diesem Mangel in den unterschiedlichen Regionen abgeholfen werden kann. Hier müssen alle mit ins Boot geholt werden: Kammern, KVen, Landeskrankenhausgesellschaften, Landesverbände der Krankenkassen, Kommunen. Nur so kann eine bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgung gewährleistet werden. Natürlich

müssen auch die 17 Landesärztekammern stimmberechtigt an den Planungsprozessen beteiligt sein. Nur auf diese Weise kann der ärztliche Sachverstand mit eingebracht werden, wie eine vernünftige Patientenversorgung sicherzustellen ist.

(Beifall)

Im Mittelpunkt hat die umfassende Patientenversorgung zu stehen, nicht irgendwelche Sektorengrenzen. Wir stellen uns eine bevölkerungsnahe ambulante Grundversorgung, eine zentrumsnahe ambulante Spezialversorgung und eine stationäre Versorgung vor.

Unser Auftrag vom Vorjahr betraf zum Ersten die ambulante Versorgung am Krankenhaus gemäß § 116 b. Hier habe ich Ihnen die Position der Ärzteschaft zu einer konfliktvermeidenden Neuregelung präsentiert. Der zweite Auftrag betrifft die Frage, wie wir uns zukünftig eine fachärztliche Versorgung vorstellen können, bei der Qualität und Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung im Mittelpunkt stehen. Dieser Auftrag war nicht ganz so einfach zu erfüllen, weil wir nicht an den Grenzen der Sektoren stehen bleiben konnten, sondern gewissermaßen eine Ausweitung vornehmen mussten.

Der Diskussionsprozess der letzten Monate war so spannend, dass ich mich fast freuen würde, wenn wir uns irgendwann gemeinsam mit der Akademie für Allgemeinmedizin an die nächste Schnittstelle begeben und versuchen würden, auch dort weiterzukommen. Dann können wir vielleicht aus der Sicht der Ärzteschaft und der Ärztekammern, die ja nicht unmittelbar an der Geldverteilung beteiligt sind, eine Vision entwickeln, wie wir uns die zukünftige Patientenversorgung in Deutschland vorstellen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Frau Präsidentin Wenker, für diese Einführung. Wir diskutieren heute nicht mehr, sondern beenden die Sitzung, auch wenn es noch nicht ganz 18 Uhr ist. Heute Abend findet eine vergnügliche Veranstaltung – allerdings eine festliche, also bitte nicht mit Turnschuhen kommen – der Sächsischen Landesärztekammer unter dem Motto „Magische Momente“ im Zirkus Sarrasani statt. An Ihren Hotels stehen ab 18 Uhr Busse bereit, die Sie zum Zirkuszelt fahren und Sie ab 22 Uhr auch wieder zum Ausgangspunkt zurückbringen.

Schon jetzt ein herzliches Dankeschön an die Sächsische Landesärztekammer für die perfekte Organisation des heutigen Abends, aber auch für die gesamte Veranstaltung. Es klappt alles wunderbar.

(Beifall)

Ich wünsche Ihnen sehr viel Vergnügen bei der heutigen Veranstaltung „Magische Momente“.

**4.Tag: Freitag, 14. Mai 2010**
**Nur Vormittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie zu unserem letzten Beratungstag. Ich begrüße besonders herzlich Herrn Professor Diettrich und Herrn Professor Vilmar, die auch heute unsere Beratungen verfolgen.

(Beifall)

Sodann möchte ich mich – sicher in Ihrer aller Namen – für den gestrigen Abend im Zirkus Sarrasani bedanken, der fulminant war.

Ich weiß nicht, ob Sie es bemerkt haben: Der Clown – oder wie man diese Person nennen soll – ging mit Menschen um, wie es für jeden Kammerpräsidenten vorbildlich ist.

(Heiterkeit)

Da habe ich viel gelernt; vielleicht ein bisschen spät.

Dann habe ich einen Dank zu sagen an Herrn Professor Wysocki. Herr Professor Wysocki nimmt heute zum 40. Mal in Folge an einem Deutschen Ärztetag teil. Mir wurde mitgeteilt, dass er damit seine Karriere als Ärztetagsteilnehmer beendet. Wir bedanken uns sehr herzlich bei ihm für die jahrelange konstruktive Mitarbeit, insbesondere auch in Ausschüssen und Ständigen Konferenzen der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Herzlichen Dank, Professor Wysocki, alles Gute für die Zukunft!

(Beifall)

Dann noch die Frage: Wollen wir heute eine Mittagspause machen oder wollen wir durchtagen? Wer ist für durchtagen? – Wer möchte eine Pause machen wie üblich? – Das Erste war die Mehrheit. Dann tagen wir durch, aber nicht bis morgen früh.

Wir treten jetzt wieder in die Behandlung des Tagesordnungspunkts V ein. Sie haben das Referat von Frau Dr. Wenker noch im Ohr beziehungsweise im Gedächtnis gespeichert. Wir führen dazu jetzt die Aussprache durch und stimmen anschließend über die Anträge ab.

Der erste Redner ist Herr Dr. Thomas Schang aus Schleswig-Holstein.

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Sehr geehrte Frau Präsidentin Dr. Wenker, herzlichen Dank für Ihren ganz hervorragenden Vortrag, der eigentlich alle wesentlichen Punkte dieses Themas erschöpfend behandelt hat. Ich möchte keinen Änderungsantrag stellen, sondern den Akzent auf einige Punkte legen, die ich für wichtig halte.

Es ist einfach großartig, dass die Idee der Vernetzung in der Selbstverwaltung angekommen ist, denn das ist *die* Zukunftsaufgabe der medizinischen Versorgung. Daran

kann kein Zweifel bestehen. Die Frage ist nur: Wer macht das und wer managt das? Das ist alles längst im Gange. Wir haben eine zunehmende Aktivität im Rahmen solcher Vernetzungen. Das geht einerseits von Klinikkonzernen aus, die das mehr oder weniger erfolgreich machen, und es gibt einige Enthusiasten, die von der Basis her dies versuchen, und zwar mehr oder weniger erfolgreich. Es ist außerordentlich wichtig, dass die gemeinsame Selbstverwaltung diese Vernetzung als ihre originäre Aufgabe ansieht, damit wir nicht an den Punkt geraten, wo vernetzte Strukturen von Großkonzernen, die natürlich renditeorientiert arbeiten und nicht unbeträchtliche Mittel aus dem Gesundheitswesen in Form von Renditen abziehen, beherrscht werden.

Als zweiten Punkt nenne ich Managed Care. Es klingt in dem Antrag ein wenig so, als sei Managed Care grundsätzlich etwas Negatives. Wir alle kennen die Beispiele von Managern, die sich in Großkonzernen oder Banken auf absolut schamlose Weise bereichern, und zwar zulasten von Tausenden von Menschen. Deswegen käme niemand auf die Idee, das Management in Großkonzernen oder Banken komplett abzuschaffen. Genauso verhält es sich mit Managed Care. Managed Care ist eigentlich ein ganz wesentliches Prinzip. Ohne irgendeine Form von Managed Care ist diese Vernetzung, die wir alle zunehmend als wichtig betrachten, nicht möglich. Wenn Sie eine Vernetzung haben wollen, muss das irgendjemand managen. Managen ist mehr als die Lotsenfunktion des Hausarztes, die ich absolut befürworte, sondern managen ist sehr viel mehr, betrifft auch transsektorale Behandlungspfade und die elektronische Vernetzung. Management ist auch Controlling: Wo läuft etwas falsch? Wo läuft etwas richtig? Dazu braucht man eine Managementstruktur.

Ein weiterer Faktor beim Managed Care ist die Einheit von Kostenträger und Leistungserbringer. Das kann gut sein und das kann schlecht sein. Wir alle kennen das Beispiel von Kaiser Permanente. Dies wird immer gern als Negativbeispiel angeführt, wo ein Versicherungskonzern gleichzeitig Kliniken und Praxen betreibt. Das kann im schlechtesten Fall dazu führen, dass den Patienten aus Gründen der Profitmaximierung notwendige Leistungen vorenthalten werden. Das ist schlecht, das will keiner von uns in Deutschland. Aber es gibt auch Formen der Integration von Kostenträgern und Leistungserbringern in partieller Gestaltung, die durchaus positiv sein können. Wenn eine vernetzte Struktur an Einsparerfolgen aufgrund effizienterer und besserer Versorgung durch Verträge beteiligt wird, ist das auch eine partielle Integration von Kostenträgern und Leistungserbringern. Das ist eine sehr gute Sache.

Wir sollten darauf achten, den Begriff „Managed Care“ nicht zu verteufeln, nur weil es einige ganz krasse Negativbeispiele gibt. Wir sollten begreifen, welches Potenzial im Managed Care liegt. Wir alle kennen seit 120 Jahren in Deutschland Managed Care unter einem anderen Begriff, nämlich dem der Berufsgenossenschaften. Sie besitzen mit die besten Unfallkliniken im Land, sie haben 6 000 D-Ärzte unter Vertrag. Sie sind einerseits Leistungserbringer und andererseits Kostenträger. Über Berufsgenossenschaften kann man vieles sagen, aber eines ist ganz klar: Dort erfolgt die mit Abstand hervorragendste Versorgung von Unfallverletzten.

Managed Care kann also auch eine ganz hervorragende Versorgung bedeuten. Die Frage ist nur: Wer macht das? Wie wird es gemacht? Ich sage noch einmal: Das muss eine Aufgabe der Selbstverwaltung werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Zur Geschäftsordnung hat sich Herr Bertram aus Nordrhein gemeldet.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Wir haben noch über 100 Anträge vorliegen, über die wir heute abstimmen müssen. Ich plädiere für zwei Minuten Redezeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gibt es eine Gegenrede? – Bitte.

Dr. Funken, Nordrhein: Gegenrede aus zwei Gründen. Der erste Grund: Ich glaube, es müssen erst fünf Redner gesprochen haben, bevor die Redezeit begrenzt werden kann. Der zweite Punkt: Die Vielzahl der Anträge zeigt, dass es doch noch Diskussionsbedarf gibt. Diesen sollte man erfüllen. Deshalb wäre eine Redezeitbegrenzung auf fünf Minuten sinnvoll. Ich beantrage, dem eben gestellten Antrag nicht zuzustimmen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es hat einer dafür, einer dagegen gesprochen. Jetzt stimmen wir ab. Bitte möglichst mit der Stimmkarte, weil das besser zu sehen ist. Wer ist für Redezeitbegrenzung auf zwei Minuten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist die Redezeit auf zwei Minuten begrenzt.

Herr Dr. Schröter aus Thüringen ist der nächste Redner. Er wird sich innerhalb dieser Zeit ausdrücken können, wie ich sicher bin. Bitte schön, Herr Schröter.

Dr. Schröter, Thüringen: Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Auch ich möchte für das Positionspapier zur fachärztlichen Versorgung ganz herzlich Dank sagen: natürlich Ihnen, Frau Kollegin Wenker, für die große Arbeit bei der Redaktion des Textes und für die Koordination der Gremien,

(Beifall)

aber auch der Deutschen Akademie der Gebietsärzte und dem ganzen Vorstand der Bundesärztekammer. Aus der Beschlussvorlage V-01 ist ein zweifelsfreies Bekenntnis zur ambulanten fachärztlichen Versorgung neben der hausärztlichen, der psychotherapeutischen und der stationären klinischen Versorgung ablesbar. Diese klaren Positionen blieben aber ein folgenloses Papier, wenn sie nicht in einen politischen Handlungsauftrag mündeten. Deshalb haben wir, die Delegierten der Landesärztekammer Thüringen, den Antrag V-01 a gestellt. Der Vorstand der Bundesärztekammer soll damit in die Lage versetzt werden, sich für eine Legaldefinition der ambulanten fachärztlichen Versorgung im Sozialgesetzbuch V einzusetzen.

Durch diese sogenannte Legaldefinition erhalten juristisch unbestimmte Begriffe aus dem Alltag eine juristisch verbindliche Formulierung. Der Antrag bedeutet, in Analogie zur hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung im SGB V einen Fakt zu schaffen, auf den sich Verträge beispielsweise mit den Krankenkassen beziehen können.

Die Notwendigkeit einer solchen Legaldefinition wird dadurch unterstrichen, dass ungeachtet gegenteiliger Befunde gesundheitsökonomischer Begutachtung immer wieder versucht wird, das längst widerlegte Märchen von einer Unwirtschaftlichkeit einer sogenannten Facharztschiene aufzuwärmen, um letztlich die ambulante Facharztmedizin in Deutschland nach holländischem Vorbild abzuschaffen. Gegen solche Bestrebungen ist die Aufnahme der fachärztlichen Versorgung in das Gesetz eine Existenzsicherungsmaßnahme. Etwa 30 fachärztliche Berufsverbände, die in der GFB kooperieren, unterstützen dieses Anliegen. Ich bitte Sie, dem ebenfalls zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schröter. – Als Nächster Herr Krombholz aus Bayern.

Dr. Krombholz, Bayern: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das vorliegende Papier hat die fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär zum Thema. Dieses Papier ist umfangreich und verdient sicherlich die Fleißnote 1. Allerdings: Inhaltlich findet man Ausführungen, die zu diesem Thema schlichtweg nicht gehören. Es liegt also mindestens partiell eine Themaverfehlung vor. Die Problematik des § 116 ist Ihre Baustelle, liebe Kolleginnen und Kollegen. Facharzt zum Krankenhaus, das war der Inhalt dieses Auftrags. Aber Sie haben nebenbei gleich noch einen Entwurf für die gesamte ambulante Versorgung skizziert und damit Rollen verteilt, eine Rollenverteilung, die quasi als Symptomverschiebung das Problem vom Facharzt zum Krankenhaus und von den Fachärzten zu den Hausärzten verschiebt. Über die fachärztliche Grundversorgung für chronische Patienten werden Behauptungen wie die aufgestellt, dass der Steuerungseffekt bei den 10 Euro nicht vorhanden sei, dass das Primärarztsystem keinen Steuerungseffekt habe; in Holland sei das System deshalb so schlecht, weil die Fachärzte für die Patienten so schlecht erreichbar seien.

Wir brauchen Wochen, bis wir für die Patienten Termine beim Neurologen finden. In die Heime kommt kein Facharzt oder jedenfalls nur sehr beschränkt. Das ist die Realität. Das hätten Sie, wenn Sie dieses Thema schon aufgreifen, bearbeiten sollen.

Übergrifflichkeit, verehrte Kolleginnen und Kollegen, ist keine Basis für eine Partnerschaft. Es ist enttäuschend, dass der gesamte Vorstand als Absender über dieser Arbeit steht. Das zeichnet wieder ein Bild von der hausärztlichen Versorgung und von den Hausärzten als Koordinatoren. Von der Behandlung der Kranken ist nir-

gendwo etwas zu lesen, wenn man sich an dieser Stelle schon mit den Hausärzten befassen muss.

Der Hausarzt hat seine Rolle. Wir haben es definiert. Die hausarztzentrierte Versorgung ist die Realität. Dieses Papier ist ein Wunschpapier aus dem letzten Jahrtausend.

Ich danke Ihnen.

(Widerspruch – Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Herr Kollege König aus Hessen.

Dr. König, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal einen Dank an Frau Dr. Wenker. Ich kann nur sagen: Das Papier ist hervorragend.

(Beifall)

Es ist besonders wichtig, dass das Zusammenspiel der verschiedenen Kräfte abgewogen und betrachtet wird, wo die einzelnen Kräfte positioniert sind. Das, was wir von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgelegt bekommen haben, haben Sie einzuarbeiten versucht, um das Ganze in eine andere Ordnung zu bekommen. Ich kann das nur sehr begrüßen.

Wir können auf Dauer § 116 b nicht weiter ertragen, denn er lässt den Krankenhäusern für die ambulante Tätigkeit alles offen. Er ist berechtigt für einige spezielle Krankheiten, aber nicht für die gesamte Onkologie. Im Bereich der Onkologie sind alle Tätigkeiten möglich. Nach dem Katalog können sie auch ambulant tätig sein. Das Einzige, was nicht erlaubt ist, sind Früherkennungsuntersuchungen.

Es gibt keine Kontrolle darüber. Abgerechnet wird direkt mit den Krankenkassen. Hier gibt es keine KV, die kontrolliert, so wie wir kontrolliert werden.

Eine Überweisung geht für drei Jahre. Wir sehen die Patienten überhaupt nicht mehr. Sie kommen nicht wieder zu uns zurück, sondern sie bleiben ganz im Krankenhaus.

Im Augenblick haben wir noch die Möglichkeit der Absprache mit den Chefärzten bei den uns wohlgesonnenen Krankenhäusern. Aber wie lange noch? Die Krankenhausverwaltung wird drängen und erklären: Erbringt alle Leistungen, denn wir wollen Geld verdienen!

Deshalb die Bitte: Die Bundesärztekammer muss sich vehement dafür einsetzen, dass der Paragraf in dieser Form abgeschafft wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank. – Als nächster Redner Herr Kollege Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nach meiner Auffassung ist der Entschließungsantrag der Bundesärztekammer sehr zu begrüßen, weil er geeignet ist, die Autonomie niedergelassener Haus- und Fachärzte zu stärken. Hier steht allerdings die fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär im Vordergrund. Die Hausärzte finden ihren Platz. Allerdings ist vielen Hausärzten vielleicht gar nicht bewusst, wie sehr § 116 b in seiner jetzigen Form auch die hausärztlichen Kollegen betrifft.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte das kurz begründen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ja beauftragt und legitimiert, die Krankheitsbilder, die zunächst im Gesetz festgeschrieben sind, zu erweitern und aufzudehnen. Dazu fasst er Konkretisierungsbeschlüsse für verschiedene Krankheitsgebiete, beispielsweise die Onkologie. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beispielsweise im Januar 2008 in einer Konkretisierung zu den onkologischen Erkrankungen den Behandlungsauftrag der Kliniken beschlossen. Dort sieht man, dass außer Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen – das gilt für andere Krankheitsgebiete wie Rheumatologie, Immunologie, Kardiologie usw. ebenfalls – die Verlaufskontrolle, die Langzeittherapie, die Nachsorge, die Beratung und Information von Patientinnen und Patienten und Angehörigen, die psychosoziale und/oder psychotherapeutische und gegebenenfalls die palliative Behandlung ebenfalls mit in die Krankenhausbehandlung einbezogen werden können.

Hier wird doch ganz deutlich, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass auch die hausärztliche Versorgung durch § 116 b massiv infrage gestellt wird.

(Beifall)

Das geht so weit, dass Krankenhäuser legitimiert werden, häusliche Krankenpflegeverordnungen zu machen, den Patienten also sozusagen von der Wiege bis zur Bahre zu versorgen.

Ich denke nicht, dass das im Interesse der hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen sein kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächster Redner Herr Funken aus Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: § 116 b scheint ja das Problem des Papiers zu sein. Wir hatten schon in einigen Vorbesprechungen herausgearbeitet, dass wir Hausärzte ein

Problem mit § 116 b haben, wie er jetzt existiert. Das haben viele Kollegen zu spüren bekommen. Deswegen hat er ein bisschen ein Gschmäckle bekommen, das wir nicht gern mittragen würden.

In der nunmehr geänderten Version des Vorstands der Bundesärztekammer finden wir wieder Passagen, die das Jetzige zum Teil heilen, es aber nicht komplett in die richtige Richtung schieben, insbesondere das von meinen Vorrednern schon angesprochene Problem, dass die Formulierung bei der Versorgung chronisch Kranker, selbst wenn sie in ultraspezialisierten Bereichen sind – wir reden hier im Promillebereich der Patientenversorgung –, so gewählt ist, dass sie Öffnungsklauseln für andere Bereiche darstellen kann.

Dagegen müssen wir uns als Hausärzte wehren, weil wir letztendlich in der Versorgungsrealität die Flächenversorgung sicherstellen, auch wenn es anders gewünscht ist.

Deswegen unsere Bitte – wir werden gleich einen entsprechenden Änderungsantrag einbringen, der das Ganze etwas stringenter regelt und für die Hausärzte klarer definiert –, dass man klar abgrenzt, dass Hausärzte in der Flächenversorgung für alle Patienten der primäre Ansprechpartner sein müssen, weil sie die Patienten nicht nur als singuläres Wesen betrachten, sondern die ganze Familie im Blick haben, das heißt, bestimmte Komorbiditäten in Familien und auch bei chronischen Erkrankungen sind nur durch eine Berücksichtigung komplexer Familienstrukturen zu lösen.

Deswegen fordern wir als Hausärzte dieses primäre Versorgungsrecht ein, weil nur wir mit unserer breiten Ausbildung diesen komplexen Bereich letztendlich auch kostengünstig abdecken können. Das ist ja unser Job.

Das macht § 116 b in bestimmten Punkten auch. Das können wir nicht tolerieren. Deshalb bringen wir eine geänderte Formulierung ein, die ich noch vortragen werden. Ich bitte da um Ihre Unterstützung, den Teilbereich der primären Zugangsberechtigung des Patienten zum Versorgungssystem weiterhin beim Hausarzt zu belassen.

Die proaktive Schnittstelle vom fachärztlichen Bereich begrüßen wir sehr, weil nur durch Kooperation und Koordination der Fachgruppen untereinander eine tragfähige Zukunftsstruktur errichtet werden kann.

Deswegen meine recht herzliche Bitte, hinsichtlich der Situation des Hausarztes als primärer Ansprechpartner nachzubessern. Wir unterstützen ausdrücklich die Kooperation der ambulant und stationär tätigen Fachärzte in so einer proaktiven Kooperation.

Vielen Dank, meine Damen und Herren.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Funken. – Jetzt kommt Frau Dr. Pfannenstiel aus Bayern.

Dr. Pfannenstiel, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin niedergelassene Dermatologin in München. Unter den derzeitigen Bedingungen ist eine optimale fachärztliche Versorgung überhaupt nicht möglich.

(Beifall)

Man muss den Tatsachen ins Auge sehen. Ich erlebe es täglich, dass gesetzlich Versicherte wochenlang keine Termine bekommen, der Private aber sofort drankommt.

Unser geehrter Herr Munte sagt mir bei jeder Kritik, dass wir mit 15 Euro im Quartal keine gute Dermatologie machen können: Frau Pfannenstiel, was wollen Sie eigentlich, Sie haben die IGeL. Ohne IGeL ist in manchen Facharztbereichen ein Überleben nicht möglich.

Ich hätte gerne einmal eine Zahl gehört, wie viele Insolvenzen inzwischen angemeldet wurden. Ich kenne allein drei lange Zeit bestehende Facharztpraxen in München – ein Augenarzt und zwei HNO-Ärzte –, die trotz voller Praxen Insolvenz angemeldet haben, weil sie keine IGeL haben.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Kollege von Zastrow aus Niedersachsen.

Dr. von Zastrow, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte in Ergänzung der interessanten Ausführungen von Frau Wenker auf Folgendes hinweisen. § 116 b ist mit sehr heißer Nadel gestrickt und er ist sehr unausgegoren. Als Beispiel: Es ist völlig undefiniert, ob für eine Klinik, die nach § 116 b onkologische Patienten behandeln darf, Voraussetzung ist, dass das Tumorleiden nachgewiesen ist oder ob der bloße Verdacht reicht. Ebenfalls ist völlig ungeklärt, ob die Klinik nur das Tumorleiden behandeln darf oder auch eine Begleitkrankheit, die der Patient ebenfalls hat. Eine ganzheitliche Behandlung ist ja nicht möglich, wenn man die Begleiterkrankungen ausklammert.

Die entsprechende Leistung soll nach dem EBM abgerechnet werden, aber nicht über die KV. Die Krankenkassen haben bisher keine Abteilung, die Rechnungen nach dem EBM prüfen kann. Die Mitarbeiter sind dafür gar nicht geschult. Soll eine Parallelstruktur zur KV aufgebaut werden, die die Abrechnungsprüfung identisch macht?

Die Kliniken müssen anmelden, welche Leistungen sie abrechnen wollen. Solche Listen, die die Krankenkassen erhalten haben, enthalten beispielsweise über 2 000 Abrechnungspositionen. Wie das Ganze gehandhabt werden soll, hat sich vorher niemand überlegt. Wie es zu interpretieren ist, bleibt völlig offen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Zastrow. – Als nächster Redner Herr Kollege Zöllner aus Bayern.

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich finde den Antrag 01 des Vorstands der Bundesärztekammer sehr berechtigt und in wesentlichen Teilen auch sehr gut formuliert. Die Frage, die ich mir als Hausarzt stelle, lautet: Warum muss in solchen Anträgen den Hausärzten immer noch ein kleiner Tritt gegeben werden? Warum heißt es dort:

*Die Rolle des Koordinators übernimmt in der Regel der Hausarzt.*

– Vielen Dank für diese wunderbare umfassende Rolle! Ich persönlich verstehe mich nicht ausschließlich als Koordinator.

(Beifall)

Im Übrigen weiß ich auch nicht, warum diese Spitze gegen das Primärarztsystem dort stehen muss. Die Versorgungswirklichkeit eines Hausarztes ist die – ich denke, da können Sie nahezu jeden Hausarzt fragen –, dass es sinnvoll ist, dass der Hausarzt bestimmt, zu welchem Facharzt der Patient geht. Ich habe nicht den Eindruck, dass die Fachärzte im Moment damit ein Problem haben. In meiner Gegend jedenfalls haben alle Fachärzte Wartezeiten.

Wo also liegt das Problem? Warum muss noch immer ein kleiner Seitenhieb auf den Hausarzt erfolgen? Das ist mir ein Rätsel, tut mir leid. Ich wünsche mir für die Zukunft, dass das unterlassen wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielleicht müssen wir das aufklären. Wir wissen natürlich, dass 70 Prozent oder vielleicht sogar 80 Prozent aller Patienten nicht von mehreren Fachärzten behandelt werden, sondern durch die hausärztliche Betreuung komplett versorgt sind. Wir meinen ja nur diejenigen Patientinnen und Patienten, die zu mehreren Fachärzten gehen, weil sie multimorbide sind, weil sie Abklärungen brauchen. Dort hat der Hausarzt eine koordinierende Funktion. Ansonsten haben Hausärztinnen und Hausärzte natürlich eine primäre Funktion in der Patientenversorgung und werden damit auch völlig alleine fertig. Das wissen wir doch.

Hier ist nur diese Schnittstelle gemeint, nicht die gesamte ärztliche Versorgung. Insofern, glaube ich, sollte man das nicht missverstehen als einen Seitenhieb gegen die Hausärzte, sondern es ist eine Würdigung der hausärztlichen Tätigkeit.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Kollege Michael Hammer aus Nordrhein.

Dr. Hammer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Mir scheint, das Plenum ist auf der einen Seite relativ still. Auf der anderen Seite frage ich mich aufgrund Ihres Beifalls, ob Sie eventuell mit mir einer Meinung sind – das hat Herr Thomas Schröter im Namen fast aller gesagt –, dass die Verankerung der fachärztlichen Versorgung im SGB V erfolgen muss. Ich würde mich freuen, wenn ich davon ausgehen könnte, dass dies für uns, die wir fachärztlich, hausärztlich, klinisch zusammenarbeiten, das Normalste ist. Ich würde mich freuen, wenn ich aus dem Beifall schließen könnte, dass hinsichtlich des Antrags eine Zustimmung das Allernormalste wäre.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Kollege Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten ist von enormer Wichtigkeit, sondern auch die Verzahnung ambulant/stationär. Es gab in letzter Zeit verschiedene Eingriffe des Gesetzgebers, der uns daran hindert, zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten – gleichgültig ob Hausarzt oder Facharzt – sinnvoll zu kooperieren, während andere Verträge, bei denen die Kassen mit an Bord sind, gefördert werden.

Unsere Frage, die wir an den Vorstand richten möchten, lautet, ob wir uns diese Einmischung der Krankenkassen in unsere ureigene Tätigkeit auf die Dauer gefallen lassen wollen, ob nur solche Verträge gültig sind, bei denen die Krankenkassen mitspielen und entscheiden, was wir zu tun und zu lassen haben, oder ob wir das als Ärzte nicht selber sollten bestimmen können.

Wir aus Berlin haben einen Antrag gestellt – ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen –, wonach wir die Bundesärztekammer beauftragen, einmal zusammenzustellen, welche Regelungen im SGB V oder anderswo uns Ärzte systematisch benachteiligen.

Gegebenenfalls sollen entsprechende Gesetzesinitiativen beim Bundesgesetzgeber angestoßen werden, damit wir endlich wieder frei ambulant und stationär zusammenarbeiten können, auch über Haus- und Facharztgrenzen hinweg. Es gibt einige sehr gute Verträge, die allerdings behindert werden.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dewitz. – Das Wort hat jetzt Frau Vizepräsidentin Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Meine Damen und Herren! Das Referat und der Antrag richten sich ja nicht gegen eine gute hausärztliche Versorgung, sondern der Plan war, klar zu skizzieren, wie sich die fachärztliche Versorgung im Spannungsfeld zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung in Zukunft darstellen könnte. So haben wir es im Vorstand verstanden und auch abgestimmt.

Es ist klar: Wir müssen von diesem einen Aspekt dahin kommen, für das gesamte Gesundheitssystem eine neue Bedarfsplanung zu entwickeln. Bedarfsplanung ist in meinen Augen das Wort der Zukunft, das von diesem Ärztetag ausgehen müsste, um zu verdeutlichen, was wir eigentlich wollen. Wir haben schon gesagt: Wir möchten sektorenübergreifend, morbiditätsorientiert und bevölkerungsbezogen die Bedarfsplanung der Zukunft angehen. Da ist dieser Aspekt des Papiers von Frau Wenker der eine. Frau Wenker hat schon angedeutet: Natürlich gehen wir von den beiden Akademien aufeinander zu. Wir haben auch noch die Ausschüsse für die ambulante Versorgung und für die Krankenhausversorgung.

Wir sollten jetzt gemeinsam ein Papier entwickeln: Wie sieht die Zukunft aus? Wie wird nicht nur strukturell, sondern auch inhaltlich festgelegt, wie der Bedarf der Bevölkerung an guten Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen aussieht? Wie ist das inhaltlich auszugestalten? Was könnten wir dazu sagen und wie sieht unsere Rolle als Ärztinnen und Ärzte dabei aus?

Ich glaube, wir werden da zu einer guten Zusammenarbeit kommen. Ich glaube, Frau Wenker hat nichts dagegen, wenn der Antrag 01 b, in dem die Rolle des Hausarztes ein klein wenig anders dargestellt wird, übernommen wird. In jedem Fall wäre damit ein guter Kompromiss geschaffen. Mein Wunsch ist, dass wir uns inhaltlich der Bedarfsplanung für das gesamte System widmen sollten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Dr. Goesmann. – Jetzt Herr Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Den Entschließungsantrag V-01 finde ich sehr gut, sehr gelungen. Trotzdem habe ich ein bisschen Bauchschmerzen, und zwar aus folgendem Grund. Der Patient richtet sich bei seiner Behandlung natürlich nicht nach Hausarzt oder Facharzt für Allgemeinmedizin, sondern es geht ihm um seine Erkrankung. Im normalen Ablauf ist es dem Patienten völlig egal, ob die Schnittstelle über die Hausarztschiene oder über die Facharztschiene überschritten wird.

Entscheidend ist, dass in diesem Papier die hausärztliche Problematik an der Schnittstelle scheinbar gar nicht existieren kann, weil sie auf die fachärztliche reduziert ist. Es gibt logistisch keine Probleme zwischen der Hausarzt- und der Krankenhausversorgung. Wenn der Hausarzt dem Patienten sagt, dass er ins Krankenhaus muss, dann geht er dorthin. Das Krankenhaus muss dann entscheiden, und zwar entsprechend den Gebieten, die am Krankenhaus vertreten sind.

Da liegt ein großes Problem, das auch unsere Weiterbildung betrifft. Die Patienten haben Erkrankungen, die Gebieten zugeordnet werden, die möglicherweise nicht vorgehalten werden. Je nach Differenzierungsgrad in der Erstversorgung gibt es Probleme mit der erneuten Zuweisung zu anderen Krankenhäusern.

Aus meiner Sicht ist das ein sehr gelungenes Papier. Die Finanzierungsprobleme können wir hier nicht lösen. Es gibt überall Defizite in der Präsenz, sowohl in der hausärztlichen Versorgung als auch in der fachärztlichen Versorgung. Das können wir nicht ignorieren.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Grauduszus aus Nordrhein.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin Hausarzt und war zunächst bei diesem Thema „Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär“ etwas irritiert. Aber nach kurzem Nachdenken wird klar, um was es gehen soll. Wir erleben ja quasi den Abbau der sogenannten zweiten Facharztschiene. Das ist die allgemeine Entwicklung; das ist auch gewollt. Da ist § 116 b der Einstieg der Krankenhäuser und der Krankenhausambulanzen in die fachärztliche Versorgung. Dass § 116 b nicht so gelebt wird, wie es im Gesetz steht, wissen wir alle. Ich habe gestern ein Gespräch geführt, in dem mir gesagt wurde, dass es normal ist, dass, wenn Patienten nach § 116 b behandelt werden, diese zum Hausarzt und auch zum Spezialisten zurückgeschickt werden, um eine Überweisung zum ermächtigten Arzt an derselben Klinik zu bekommen. Das ist ein Wildwuchs, den wir stoppen müssen.

Wenn wir als Hausärzte die Versorgung in der Krankenhausambulanz und die fachärztliche Versorgung organisieren, ist das keine Geringschätzung, sondern unser ureigenster Anspruch, dass der Patient in unseren Händen bleibt, wenn der Patient bei anderen Kollegen oder in Ambulanzen in Behandlung ist.

(Beifall)

Unabhängig davon müssen wir Hausärzte erkennen, dass auch die hausärztliche Versorgung nicht in der Fläche unbedingt bleiben soll. Es gibt ein Papier aus der CDU – von Herrn Henke und anderen –, in dem dazu aufgefordert wird, dass die Krankenhausambulanzen mit in die Bedarfsplanung aufgenommen werden. Die Bedarfsplanung betrifft aber die Fälle, die heute ambulant durch Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte behandelt werden. Wenn die Krankenhausambulanzen das mit übernehmen werden, ist das ein Generalangriff gegen die niedergelassenen Ärzte und die bisherige Versorgung, aber auch der Mechanismus, die Versorgung an Zentren zu verlagern.

Warum es unabhängig davon, dass eine zentralisierte Versorgung häufig anonym ist, wichtig ist, diese Entwicklung zu verhindern, ist die drohende Industrialisierung.

100 000 niedergelassene Ärzte können nicht industrialisiert und durch Kapitalgesellschaften betrieben werden, aber Zentren ganz schnell.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Grauduszus. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Nun wird Frau Wenker eine Schlussbemerkung machen und alles würdigen. Bitte schön.

Dr. Wenker, Referentin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herzlichen Dank dafür, dass Sie sich nach dem wunderschönen gestrigen Abend so schnell wieder in das Thema eingedacht haben. Ich bedanke mich bei allen sehr herzlich für die guten und klugen Redebeiträge.

Lassen Sie mich kurz auf einige Punkte eingehen. Unter der Überschrift „Ambulante Versorgung am Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V“ hat der 112. Deutsche Ärztetag 2009 folgenden Beschluss gefasst:

> *Die Verbesserung der sektorübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen ist eines der zentralen Anliegen der deutschen Ärzteschaft … Die bestehende Regelung zur ambulanten Versorgung am Krankenhaus nach § 116 b SGB V beinhaltet … die Gefahr, dass gewachsene und funktionierende Versorgungsstrukturen gefährdet werden, die sektorübergreifende Kooperation negativ beeinflusst wird und eine ruinöse Konkurrenzsituation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten entsteht … Vor diesem Hintergrund bittet der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer, ein Positionspapier zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung zu entwickeln, bei dem Qualität und Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung im Mittelpunkt stehen.*

So viel zu unserem Arbeitsauftrag. Wir haben ihn in zwei Themenschwerpunkten im Antrag V-01 abgearbeitet. Der eine Themenschwerpunkt trägt die Überschrift „Konfliktvermeidende Neuregelung des § 116 b SGB V“. Der zweite Themenschwerpunkt, nämlich Qualität und Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung, ist unter der Überschrift „Regionale Versorgungsengpässe gemeinsam bewältigen“ behandelt. Ich habe gestern bereits dargestellt: Die konfliktvermeidende Neuregelung des § 116 b SGB V darf nicht zu einer breiten undifferenzierten Öffnung der Krankenhäuser für alle möglichen Leistungen führen, sondern nur als Ergänzung für hoch spezialisierte Leistungen für seltene Erkrankungen, für Erkrankungen mit besonderem Verlauf.

(Beifall)

Ich habe ferner festgestellt – auch dies ist ein selbstverständliches Plädoyer für den Erhalt der freien Arztwahl –: Vorrang der persönlichen Ermächtigung vor der institutionellen Öffnung von Krankenhäusern. Nur bei der persönlichen Ermächtigung der Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können wir sicher sein, dass der Patient den Arzt seiner Wahl bekommt und von diesem Arzt auch langfristig weiter betreut wird.

(Beifall)

Dies bedeutet selbstverständlich ein beiderseitiges Aufeinanderzugehen der Krankenhausfachärzte, der ermächtigten Ärzte und der niedergelassenen Ärzte. Aus Sicht der ermächtigten Ärztinnen und Ärzte müssen wir unbedingt eine Planungssicherheit für diese persönliche Ermächtigung fordern. Planungssicherheit bedeutet eine deutliche Planungssicherheit auch was den Ermächtigungsumfang und den Ermächtigungszeitraum angeht. Gelegentlich ist, wenn man eine hoch spezialisierte Facharztambulanz aufgebaut hat, eine zweijährige Wiederholung der Ermächtigung etwas zu kurz. Wir sollten darüber nachdenken, wie wir dies verbessern können.

(Beifall)

Vice versa bedeutet natürlich die Ermächtigung eines Krankenhauses, sofern es den Antrag nach § 116 b gestellt hat, dass das Krankenhaus von sich aus kontinuierlich nachweisen muss, dass es immer noch sowohl die strukturellen als auch die personellen Voraussetzungen erfüllt. Der Facharzt muss kontinuierlich dort sein. Ein Krankenhaus kann nicht, wenn ihm seine beiden Onkologen abhanden gekommen sind, immer noch die onkologischen Behandlungen nach § 116 b fortführen, wie es zurzeit leider der Fall ist.

(Vereinzelt Beifall)

Der zweite Arbeitsauftrag lautete: Qualität und Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Wir haben gestern gemeinsam die Ausgestaltung einer zukünftigen medizinischen Versorgung erarbeitet, die lautet: Wir wünschen uns demnächst im Schulterschluss mit allen beteiligten Ärzten in regionaler Abstimmung eine wohnortnahe ambulante Grundversorgung, eine zentrumsnahe ambulante Spezialversorgung und eine stationäre Versorgung. Wir sollten das als Chance begreifen. Wir sollten zusammenrücken und sehen, wie wir in der jeweiligen Region im Schulterschluss mit allen Ärzten zukünftig eine gute Patientenversorgung sicherstellen.

(Beifall)

Gemäß Antrag V-01 a soll folgender Satz ergänzt werden:

> *Als gesetzliche Grundlage zur nachhaltigen Sicherung der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung in Deutschland ist es erforderlich, deren Legaldefinition im § 73 SGB V zu verankern …*

Diesen Antrag würden wir als Antragsteller gern übernehmen.

Der Antrag V-01 b liegt Ihnen noch nicht vor. Er lautet:

> *Die Rolle des ersten Ansprechpartners und Koordinators übernimmt in der Regel der Hausarzt. Die Übernahme der medizinischen Case-Manager-Funktion ist bei bestimmten, definierten Erkrankungen, die eine spezielle Versorgung erfordern, die regelmäßig nur von Gebietsärzten erbracht werden kann, grundsätzlich auch durch einen Gebietsarzt möglich.*

Hier habe ich gestern gesagt – ich habe das Papier zitiert –, dass wir festgestellt haben: Der Hausarzt übernimmt in der Regel die Rolle des Koordinators. Er ist also der erste Ansprechpartner in der umfassenden Patientenbehandlung.

In meinem Positionspapier heißt es:

*Fachärztliche Case-Manager-Funktion bei Patientenwunsch oder bei Erkrankungen, die eine enge fachärztliche Versorgung erfordern, grundsätzlich möglich und sinnvoll*

Insofern trifft der zweite Änderungsantrag nicht so sehr den Duktus des Papiers. Wir haben gestern Abend überlegt: Wir sollten uns vonseiten der Akademien zusammensetzen – Frau Dr. Goesmann sprach es auch schon an – und diese Schnittstelle sauber ausdiskutieren und dann auch an diesem Punkt weiterarbeiten.

Das waren meine Bemerkungen zu den beiden Anträgen. Jetzt bin ich gespannt, wie die Abstimmung ausgeht.

(Beifall)

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

Wir treten nun in die Abstimmungsprozedur ein. Ich hoffe, dass Sie alle den Antrag V-01 vorliegen haben, und bitte Sie, die Seite 3 aufzuschlagen. Dort heißt es in den beiden ersten Zeilen:

*All dies spricht dafür, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht aufzugeben, sondern vielmehr auszubauen.*

Der **Antrag V-01 a** möchte, dass dieser Text um folgenden Satz ergänzt wird:

*Als gesetzliche Grundlage zur nachhaltigen Sicherung der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung in Deutschland ist es erforderlich, deren Legaldefinition im § 73 SGB V zu verankern – analog zu § 73 Abs. 1 bis 1 c SGB V für die hausärztliche Versorgung.*

Wer möchte diesem Antrag 01 a zustimmen, das zu ergänzen? Frau Wenker hat es befürwortet. Das erleichtert die Abstimmung vielleicht ein bisschen. – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Schlagen Sie jetzt bitte Seite 4 des Antrags 01 auf. Ich schlage vor, die ersten beiden Sätze getrennt abzustimmen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ginge natürlich vor. Herr Bertram, möchten Sie eine Gegenrede halten? – Bitte.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich plädiere sehr dafür, dass das an den Vorstand überwiesen wird. Wir haben das in der Akademie der Gebietsärzte intensiv diskutiert. Es ist in allen Gremien diskutiert worden. Wir haben den Text soeben erst bekommen. Es konnte niemand in der Kürze der Zeit Bedenken äußern. Deshalb meine ich, bevor wir Schnellschüsse machen, sollten wir das an den Vorstand überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. – Gibt es jemanden, der gegen die Vorstandsüberweisung sprechen möchte? – Herr Funken, Sie möchten die Wahrheit wissen.

Dr. Funken, Nordrhein: Ich möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen, weil ausreichend Zeit war, im Plenum zu diskutieren. Jetzt wird als Argument für die Vorstandsüberweisung angeführt, es sei nicht genug Zeit gewesen. Herr Bertram, Sie haben vorhin selbst für die Redezeitbeschränkung gestimmt. Ich kann nicht verstehen, dass Sie das jetzt zurückziehen.

Im Übrigen ist ja nicht der richtige Weg, das mit den Gebietsärzten zu diskutieren. Es geht darum, das mit den Hausärzten und den Gebietsärzten zu diskutieren. Wir haben versprochen, dies zu tun. Ich kann nur ausdrücklich begrüßen, diesen Passus aufzunehmen. Das würde helfen, den Dialog und die vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Zukunft zu sichern.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Wir stimmen jetzt über die Vorstandsüberweisung ab. Wer möchte der Überweisung an den Vorstand zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. – Wer enthält sich? – Dann ist das überwiesen. Es ist ein schöner Stoff für die zukünftige Arbeit der beiden Akademien.

Damit steht der **Antrag V-01** in der so geänderten Fassung zur Abstimmung. Wer möchte dem Antrag V-01 in der geänderten Fassung zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Nur vereinzelte. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Vielen Dank und Gratulation an Frau Dr. Wenker.

(Beifall)

Jetzt kommen wir zu einem zweiten prickelnden Thema innerhalb des Tätigkeitsberichts der Bundesärztekammer:

## Aktuelle Diskussion zur Telematikinfrastruktur und Zukunft der Telemedizin in Deutschland

Referent ist Herr Dr. Bartmann, der auf diesem Ärztetag sehr viel zu tun hat. Er macht das souverän. Er ist Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender des Ausschusses „Telematik“ der Bundesärztekammer. Ich bedanke mich dafür, dass er auf diesem Ärztetag so viel Arbeit übernommen hat.

(Beifall)

Bitte, Franz Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Präsident, lieber Jörg! Vielen Dank für die nette Einführung. Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist schon gute Tradition, dass ich Ihnen im Rahmen des Deutschen Ärztetages einen Sachstandsbericht über die weitere Entwicklung im Projekt Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur gebe. Wir haben dieses Jahr eine gedrängte Tagesordnung. Ich habe im Vorstand der Bundesärztekammer dafür plädiert, dass wir diesen Punkt trotzdem aufnehmen, weil in dieser Entwicklung sehr viel Dynamik ist. Wir wollen Ihnen hier Rede und Antwort stehen und Sie sollen Gelegenheit haben, uns Hinweise zu geben, in welche Richtung wir unsere politischen Aktivitäten fokussiert weiterverfolgen sollen.

Warum beschäftigen Sie sich, warum engagieren wir uns als Bundesärztekammer so intensiv mit bzw. bei Fragen der Telematik im Gesundheitswesen? Ich denke, es ist die gemeinsame Erkenntnis über die Bedeutung des Themas für die Zukunft.

Das Ziel des Vorstands der Bundesärztekammer und natürlich auch mein persönliches Ziel ist es, einen Rahmen sicherzustellen, innerhalb dessen Ärzte zukünftig behandlungsrelevante Informationen über ihren Patienten sicher und zeitnah erhalten, und zwar dann, wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht und autorisiert.

Dies setzt zwei Dinge voraus:

Erstens. Der Arzt ist vom Nutzen, der Qualität, der Verlässlichkeit und der Sicherheit der Behandlungsinformationen überzeugt – ich betone: überzeugt. Dies beinhaltet natürlich die freie Entscheidung des Arztes, ob er medizinische Anwendungen der Telematikinfrastruktur nutzen möchte.

Zweitens. Der Patient hat sich aus eigenem Antrieb entschieden, eine elektronische Patientenakte für sich anlegen zu lassen, weil er sich in seiner spezifischen Situation Vorteile durch eine solche Einrichtung erhofft.

Er hat in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im weiteren Verlauf gestattet, Behandlungsinformationen in die Akte aufzunehmen, und er erlaubt einem weiteren mitbehandelnden Arzt – ich betone: Arzt, nicht etwa Angehörigen anderer Gesundheitsberufe oder gar Mitarbeitern von Krankenkassen – den Zugriff auf seine verschlüsselten Daten, also auf aktuelle Untersuchungsbefunde, Arztbriefe, die Medikation oder auch die Originalaufnahmen bildgebender Verfahren. Es ist eindrucksvoll, was diese Medien heute gestatten.

Sie merken, wir sind bei der zentralen Frage: Wer ist Herr der Daten? Es ist einzig und allein der Patient, wer auch sonst. Diese zentrale Frage wird zunehmend wichtiger, da es heute bereits auf dem Markt kommerziell orientierte Patientenakten mit teilweise intransparenten Geschäftsmodellen beispielsweise von Google oder Microsoft gibt, mit denen wir, also Sie, gleichwohl zukünftig noch viel stärker konfrontiert werden. Hier gilt es, genau hinzuschauen und unseren Kolleginnen und Kollegen gegebenenfalls orientierende Informationen und Wertungen an die Hand zu geben. Aus diesem Grund haben wir auch den Antrag V-02 vorgelegt.

Welche Rolle nehmen wir, die behandelnden Ärzte, ein? Jeder Arzt wird sich ein Urteil bilden müssen über die Tauglichkeit der Anwendungen im Wirkbetrieb. Anwendungen, die keine Akzeptanz finden, weil kein Nutzen erkennbar wird, werden sehr schnell wieder verkümmern oder gar nicht erst zum Einsatz kommen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, als Gesellschafterin der gematik haben wir, die Bundesärztekammer, das vergangene Jahr und die politisch verordnete Bestandsaufnahme des eGK-Projekts dazu genutzt, viele zentrale Forderungen der zurückliegenden Deutschen Ärztetage umzusetzen.

- Der Aufbau der Telematikinfrastruktur beginnt nach der jetzt vorliegenden Planung mit den drei Startanwendungen „elektronischer Arztbrief“, „Notfalldatenmanagement“ und „Online-Versichertenstammdatenmanagement“. Die Telematikinfrastruktur unterstützt damit bereits zu Beginn auch medizinische Anwendungen. Das war bisher so nicht vorgesehen.

- Die Forderung der Kostenträger, das Projekt alleine zu steuern, konnte abgewiesen werden.

- Zukünftig haben die Kostenträger bei der inhaltlichen Beschreibung medizinischer Anwendungen kein Mitbestimmungsrecht. Das ist das Ergebnis der letzten Gesellschafterversammlung vom 19. April, auf der nach dem sogenannten Kümmerermodell den einzelnen Institutionen, die als Gesellschafter an der gematik beteiligt sind, bestimmte Aufgaben verbindlich zugeordnet worden sind. Die Bundesärztekammer verantwortet zunächst die Konzeption und die Einführung des Notfalldatensatzes auf der eGK, die KBV den elektronischen Arztbrief.

- Anwendungen, die eine Speicherung von Patientendaten in einer Telematikinfrastruktur vorsehen, sind mit einem Moratorium belegt, bis alle damit in der Vergangenheit aufgeworfenen Fragen abschließend geklärt sind. Weiterhin müssen alle insbesondere haftungs- und berufsrechtlichen Fragen – beispielsweise der Erhalt der Schweigepflicht – geklärt sein. Die ergebnisoffene Testung dezentraler Speichermedien als Alternative zur Speicherung in der Telematikinfrastruktur – als Wahlrecht des Patienten – wird Bestandteil der weiteren Testung von Anwendungen wie beispielsweise der Patientenakte sein.

- Die Onlineanbindung der Praxisverwaltungssysteme ist und bleibt freiwillig. Alle medizinischen Anwendungen der eGK bleiben für Patient und Arzt freiwillig.

- Die Forderung der Kostenträger nach einer verpflichtenden Onlineanbindung wurde mit der kompletten Bank der Leistungserbringer – ich verwende diesen Begriff, obwohl ich weiß, dass er hier nicht gern gehört wird, aber man kann einen technischen Begriff, wie er in der gematik für die Bank derer, die dem Kostenträger gegenüberstehen, verwendet wird, nicht durch einen Ärztetagsbeschluss eliminieren – abgewehrt.

- Die Bildung von „Bewegungsprofilen“ der Patienten-Arzt-Kontakte ist aufgrund der technischen Ansätze unmöglich.

- Es ist gelungen, einen „Ärztlichen Beirat“ zu etablieren, der die Tests der Anwendungen der eGK unter Federführung der Ärztekammern vor Ort in den Testregionen begleiten wird.

Ich denke, liebe Kolleginnen und Kollegen, dies ist eine gute Bilanz. Diese Bilanz kann sich sehen lassen. Wir haben sie in Antrag V-04 zusammengefasst. Wir sitzen nicht am Katzentisch, wir mischen mit, wir können uns konstruktiv einbringen.

Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie mich nun auf eine Kernforderung im Besonderen eingehen: die Freiwilligkeit für Ärzte und Patienten.

Wir Ärztinnen und Ärzte fordern seit Jahren, dass die Nutzung medizinischer Anwendungen der Telematikinfrastruktur freiwillig sein muss. Dahinter steht zum einen die Überzeugung, dass wir in einem freiheitlichen Gesundheitswesen am besten beurteilen können, welche Anwendungen und Instrumente uns bei der Patientenbehandlung unterstützen und welche nicht.

Zum anderen steckt dahinter die Überzeugung, dass eben nur durch diese Freiwilligkeit sicherzustellen ist, dass sich Anwendungen entwickeln, die so gut sind, dass Ärzte sie von sich aus gerne in Anspruch nehmen und sie ihren Patienten empfehlen. Die Hersteller solcher Lösungen brauchen diesen Druck der Freiwilligkeit. Uns ist nicht damit gedient, dass man uns Produkte vorsetzt und dann sagt: Seht mal zu, was ihr damit machen könnt! Dieser Druck der Freiwilligkeit auf die Hersteller von Lösungen ist einfach unverzichtbar. Akzeptanz durch Nutzen und Akzeptanz durch Freiwilligkeit!

Der zweite Aspekt der Freiwilligkeit bezieht sich auf die Onlineanbindung der Praxis-IT an die Telematikinfrastruktur. Auch diese Freiwilligkeit, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, besteht und wird bestehen bleiben.

Alle Zeichen deuten darauf hin, dass der Gesetzgeber eine Regelung im SGB V schaffen wird, die eine Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen zu Anfang eines jeden Quartals vorsieht.

Was bedeutet dies konkret und wie ist unsere Position hierzu?

Im stationären Bereich ist die Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkasse ein üblicher Vorgang. Hier findet immer eine Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit der gesetzlichen Krankenversicherung des Patienten statt, die das Ziel hat, zu bestätigen, dass der stationär aufgenommene Patient versichert ist. Diese Prüfung erfolgt, um eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – sprich: Missbrauch – zu verhindern. Anderenfalls würde das Krankenhaus auf seinen Kosten sitzen bleiben. Dies soll nun auch für den ambulanten Bereich gelten. Die Abfrage soll über die Telematikinfrastruktur und damit natürlich über die elektronische Gesundheitskarte ablaufen. Onlineprüfung der Versichertenstammdaten ist das Stichwort – oder genauer: Onlineprüfung der Gültigkeit der Karte.

Beim ersten Praxisbesuch im Quartal soll die elektronische Gesundheitskarte in ein Lesegerät gesteckt werden. Dann erfolgt über ein komplexes Routersystem, welches keine Rückverfolgung zur abfragenden Stelle erlaubt, eine Anfrage bei der zuständigen Krankenkasse, ob ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht, das heißt, dass ein Anrecht zur Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Letzteres bedingt den Vergütungsanspruch für den behandelnden Arzt. Ist die Karte als verloren oder gestohlen gemeldet, wird ein Sperrvermerk auf der eGK eingetragen, der besagt, dass für diese Karte kein Versicherungsverhältnis vorliegt. Das sind die Fakten.

Das häufig vorgetragene Argument an dieser Stelle, dass die Überprüfung nicht in der Arztpraxis, sondern beispielsweise in der Filiale einer Krankenkasse stattfinden soll, unterstellt die Blödheit eines Diebes, die gestohlene Karte selbst für den angestrebten Zweck wertlos zu machen. Ich glaube, das entspricht nicht wirklich der Realität.

Der Gesetzgeber wird die Problematik der ungerechtfertigten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen angehen. Das ist sicher. Zukünftig soll es unmöglich werden, dass mit gestohlenen oder mit verloren gegangenen Krankenversicherungskarten Leistungen – ich formuliere es jetzt einmal so – „erschlichen“ werden.

Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da es auch einer Forderung der Ärzteschaft seit Einführung der Krankenversicherungskarte Mitte der 90er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts entspricht. Denn diese missbräuchliche Inanspruchnahme hat in Zeiten der Budgetierung immer nur den Ärzten geschadet, nämlich über einen sinkenden Punktwert oder unmittelbarer durch regelmäßig, vorwiegend im zeitlichen Umfeld von Budgetverhandlungen entfachte Skandalisierungen angeblicher Betrügereien, beispielsweise die Abrechnung von Leistungen bereits verstorbener ehemaliger Karteninhaber.

Dass bei diesem Vorgang der Gültigkeitsprüfung der jeweils bei der Kasse hinterlegte aktuelle Stammdatensatz übertragen wird, ist doch kein Service für die Kasse oder, wie ich gelesen habe, Arbeit, die wir für die Kasse erledigen. Es ist einzig und allein ein für Sie völlig schweißfreier Service für Ihren Patienten, denn dieser müsste anderenfalls jedes Mal, nachdem er das Management schriftlich, telefonisch oder elektronisch mit seiner Kasse ausgehandelt hat, irgendwohin gehen, um die Aktualisierung vornehmen zu lassen. Das wird wahrgenommen werden. Viele Patienten werden unmittelbar, wenn sie mit der Kasse einen neuen Status verhandelt haben oder wenn sie umgezogen sind, sicher sein wollen, dass das auf der Karte registriert ist, und gehen zur Kasse oder zum Kiosk, um die Karte aktualisieren zu lassen. Wenn Sie in der Praxis die Gültigkeitsprüfung machen, wird automatisch immer der aktuelle Datensatz dort hinterlegt.

Die Alternative wäre, dass man sagt, der Patient soll die Karte einschicken, damit sie aktualisiert wird. Das würde bedeuten, dass der Patient über mehrere Tage keinen Versichertenstatus nachweisen könnte.

Sie ersparen Ihren Patienten also erhebliche Unannehmlichkeiten, ohne dass es Sie zusätzlich belastet.

Wie ist nun unsere Position? Die Intention des Gesetzgebers ist klar, die Mehrheiten im Deutschen Bundestag sprechen dafür, dass diese Regelung so kommen wird. Das Ziel der Missbrauchsverhinderung entspricht, wie gesagt, auch einer unserer langjährigen Forderungen.

Um das Primat der Freiwilligkeit aufrechtzuerhalten, haben wir einen Vorschlag erarbeitet, der diese Abfrage mittels Onlineanbindung der Praxis ermöglicht, ohne mit dem Praxisverwaltungssystem online gehen zu müssen. Das ist zunächst einmal schwierig zu verstehen, ist aber ganz einfach. Wenn Sie die Karte stecken, um die Gültigkeit zu prüfen, müssen Sie nicht unbedingt am Praxisnetz sein, sondern Sie sind über das Lesegerät und den Router verbunden. Es wird die automatische Gültigkeitsprüfung vorgenommen, eventuell – falls erforderlich – der Stammdatenab-

gleich; erst dann gehen Sie mit der Karte an Ihr eigenes Praxissystem. Dort werden dann die aktualisierten Stammdaten eingelesen.

Das ist natürlich für diejenigen, die offline sind, ein zusätzlicher Steckvorgang. Wenn Sie aber, was später häufiger der Fall sein wird, von vornherein online sind, entfällt diese zusätzliche Aktion.

Niemand wird gezwungen, sein Praxisverwaltungssystem an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.

Ein Vorteil, den man durch diese Regelung zusätzlich hat, besteht darin, dass Sie dann, wenn Sie sich später entschließen, ebenfalls online zu gehen, bereits die komplette Technik, die dazu erforderlich ist, bei sich installiert haben.

Dieses Konzept bedingt also, dass das Recht auf Freiwilligkeit nicht angetastet wird. Trotzdem wird ein möglicher Missbrauch weitgehend unterbunden und dabei bereits eine sichere Technik installiert, die man für eine spätere Nutzung medizinischer Anwendungen benötigt, wenn man sich denn dafür entscheiden sollte.

Meine Kolleginnen und Kollegen, natürlich kenne ich seit Jahren den Ablauf der Diskussionen zum Thema Telematik. Es wird in der gleich anstehenden Diskussion wohl weniger um die positive Bilanz gehen als vielmehr um Fragen, die der fortbestehenden Skepsis und den tief verwurzelten Vorbehalten entspringen, die nun einmal vorhanden sind und die ich auch nicht wegreden kann. Was passiert zum Beispiel mit einem Totalverweigerer, also dem, der sich entgegen der gesetzlichen Vorgabe dafür entscheidet, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung eben nicht zu prüfen? Die Konsequenz wird sein, ähnlich wie im Krankenhaus, wenn man auf die Prüfung verzichtet und die Karte missbräuchlich eingesetzt hat, dass der Behandlungsfall – aber auch nur dieser – nicht vergütet wird. Weitergehende Sanktionen wird es nicht geben.

(Unruhe – Zurufe: Aufhören!)

– Nein, ich werde hier zu Ende reden. Sie werden nachher ja auch zu Wort kommen.

(Beifall)

Es ist natürlich unbequem, mit Tatsachen konfrontiert zu werden, die man vielleicht etwas anders darstellt, um es vorsichtig auszudrücken. Aber ich kann nicht anders, als die Position zu vertreten, die sich aus der jahrelangen Beschäftigung mit der Materie bei uns im Vorstand und bei mir persönlich zunehmend herausgebildet hat.

Ich möchte es zunächst bei diesem Überblick belassen und mich einer etwas anderen Fokussierung zuwenden. Vor zwei Jahren auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm hatten Sie uns beauftragt, einen E-Health-Report der Ärzteschaft zu erstellen. Ausgehend von einem Mangel an validen Daten über die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten gegenüber Telematik und Telemedizin, sollte Ziel des Reports sein, festzustellen,

> *welche Technologien und Einsatzgebiete von Telematik aus Sicht der in den verschiedenen Versorgungsbereichen tätigen Ärztinnen und Ärzten als besonders förderungswürdig erachtet werden.*

Die Befragung haben wir gemeinsam mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt. In einer repräsentativen Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten haben wir deren Einstellung erfragt. Die ersten Ergebnisse liegen vor und ich möchte sie Ihnen nicht vorenthalten:

- Neun von zehn Befragten gehen davon aus, dass Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen generell an Bedeutung gewinnen werden.
- Von den Vorteilen der Telematik und Telemedizin ist die überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft überzeugt; fast vier Fünftel der Befragten bestätigen das.
- Krankenhausärzte unterscheiden sich im Hinblick auf diese Frage deutlich von den niedergelassenen Ärzten. Aber auch bei den niedergelassenen Ärzten ist noch mehr als die Hälfte von den Vorteilen überzeugt.

Ich frage Sie: Welchen der folgenden Anwendungen wird von den befragten Ärztinnen und Ärzten der größte Nutzen zugemessen: Notfalldaten auf der eGK, AMTS, elektronischer Arztbrief, elektronische Patientenakte oder elektronisches Rezept? – Es sind die Notfalldaten. Zwei Drittel der Befragten sehen hierin den größten Nutzen, gefolgt von AMTS, elektronischem Arztbrief und elektronischer Patientenakte. Alle bisher genannten Anwendungen liegen relativ dicht beieinander. Weit abgeschlagen landet das elektronische Rezept, was uns alle wohl nicht wundert.

Wo aber liegen die größten Bedenken seitens unserer Kolleginnen und Kollegen?

- Mehr als die Hälfte der Niedergelassenen befürchtet, dass der Einsatz der Telematik für sie mit hohen Kosten verbunden sein wird.
- Beide – Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte – haben deutliche Zweifel, dass der Schutz der Patientendaten tatsächlich sichergestellt ist.

Auch die Anwendungsfelder der Telemedizin werden überwiegend positiv beurteilt: acht von zehn Ärzten versprechen sich einen großen Nutzen von den Möglichkeiten der Teleradiologie, gefolgt von Telekonsultationen und Telemonitoring.

Vielleicht hat der eine oder andere von Ihnen die Möglichkeit wahrgenommen, sich im Foyer über verschiedene arztgetriebene Telemedizinprojekte zu informieren. Es sind bei ungefähr 600 bestehenden Projekten in diesem Bereich circa 200 Projekte, die bundesweit von uns katalogisiert wurden. Wir haben neulich einen großen Workshop mit Beteiligten veranstaltet. Wir hatten einen Riesenerfolg auf dem Hauptstadtkongress mit unseren Präsentationen zur Telemedizin.

Das waren nur einige wenige Kernaussagen der Befragung. Wir werden uns noch genau mit den Detailergebnissen beschäftigen – Fachgruppen, Altersgruppen, ambulant oder stationär – und eine Analyse in den nächsten Wochen im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlichen. Ich bin mir schon heute sicher, dass wir damit eine belastbare Grundlage unserer weiteren Meinungsbildung und Politikgestaltung haben werden.

Zusammengefasst kann man sagen: Telemedizin und Telematik kommen, sie werden von unseren Kollegen begrüßt, die Befürchtungen hinsichtlich der Kosten und des Datenschutzes sind groß. Zu den Kosten möchte ich sagen, dass der Grundsatz aus § 291 a SGB V gilt: Telematikbedingte Aufwendungen sind von den Kostenträ-

gern zu übernehmen. Das ist sowohl von der früheren Bundesregierung als auch von der jetzigen Bundesregierung nicht infrage gestellt worden. Es ist uns immer wieder bestätigt worden: Ja, so ist es, das hat Bestand.

Geschieht dies nicht, wird auch nichts passieren. So einfach ist das!

Die Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes allerdings sind ernst zu nehmen. Die vorhin zitierte Befragung zeigt nämlich auch, dass selbst dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnologie und den Datenschutzbeauftragten von Bund und Ländern von vielen Ärzten nicht vertraut wird. Ich glaube, das hat weniger mit diesen beiden Institutionen zu tun, sondern ist vielmehr Ausdruck des Misstrauens großer Teile der Ärzteschaft und übrigens auch der Gesamtbevölkerung gegenüber der Politik. Hier ist die Politik gefordert, das in den letzten Jahren verloren gegangene Vertrauen Schritt für Schritt wieder zurückzugewinnen. Das geht nicht von heute auf morgen durch Sonntagsreden, sondern das muss durch gelebte Praxis bewiesen werden.

Kolleginnen und Kollegen, wir haben in der Bundesärztekammer die Kompetenz, zu beurteilen, ob die Telematikinfrastruktur und ihre Komponenten sicher sind. Das sage ich im Brustton der vollen Überzeugung. Wir müssen uns – das deute ich jetzt nur an – nicht vor dem Chaos Computer Club verstecken. Warum, verrate ich Ihnen nicht. Sie können sich darauf verlassen, dass wir mit Argusaugen darüber wachen, dass das heute geplante und in den Spezifikationen festgeschriebene hohe technische Sicherheitsniveau erhalten bleibt.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben zum Beispiel im Zuge der Bestandsaufnahme des eGK-Projekts unter dem sympathisch klingenden Motto „Komplexität reduzieren“ versucht, den hohen technischen Datenschutz zu reduzieren. Man muss redlicherweise auch sagen, dass sie dies nicht getan haben, um an Patientendaten heranzukommen, sondern aus finanziellen Gründen.

Das zu registrieren und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie, den Bundesdatenschutzbeauftragten und das Bundesministerium für Gesundheit einzuschalten, war uns eine Selbstverständlichkeit. Das Signal, dass die Bundesärztekammer ein solches Vorgehen keineswegs mittragen wird, hat maßgeblich dazu geführt, dass dem Ansinnen kein Erfolg beschieden war.

Eine ernüchternde Erfahrung aus der Arbeit in der gematik bis zum 19. April, dem Datum des neuen Beschlusses der Gesellschafterversammlung, ist die Erkenntnis, dass die Verbände der Krankenkassen ein – ich untertreibe mit dieser Formulierung – stark unterentwickeltes Interesse an medizinischen Anwendungen der Telematikinfrastruktur haben. Man muss den Eindruck gewinnen, dass es denen am liebsten wäre, wenn die Telematikinfrastruktur nur die Onlinegültigkeitsprüfung der eGK gerade so eben schafft, und das auf dem niedrigst denkbaren und damit auch billigsten Niveau, aber keine medizinischen Anwendungen unterstützt, die unsere Kollegen in der Umfrage eindrucksvoll befürwortet haben.

Auch ein Ergebnis der Befragung war, dass die Ausbreitung von Telemedizin Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung haben wird. Wir sind also gefordert, Rahmenbedingungen für gute Telemedizin in Deutschland zu definieren, damit sich diese im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung und der Steigerung der Attraktivität des Arztberufs weiterentwickeln kann.

Ich möchte abschließend kurz auf den Vorstandsantrag V-03 mit dem Titel „Voraussetzungen für gute Telemedizin“ verweisen. Telemedizin braucht eine sichere Telematikinfrastruktur. Diese muss diskriminierungsfrei sein, sie muss einheitliche Instrumente anbieten, damit Patientendaten verschlüsselt und sicher ausgetauscht werden können. Das Gegenteil wären technische und organisatorische Insellösungen, die nicht kompatibel sind. Das kann nicht unser Ziel sein. Die Instrumente sind da: eine Telematikinfrastruktur außerhalb des öffentlich zugänglichen Internets, eGK und elektronischer Arztausweis sowie der Konnektor als Werkzeuge für eine sichere Vernetzung der Ärzte.

Diese Instrumente stellt uns das eGK-Projekt mit seinen ersten Anwendungen – Notfalldaten auf der eGK, elektronischer Arztbrief und Versichertenstammdatenprüfung – zur Verfügung. Und die Ergebnisse des E-Health-Reports haben gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte diese medizinischen Anwendungen nutzen wollen. Sorgen wir für einen sicheren Rahmen und lassen die Kollegen frei entscheiden, wann und welche medizinischen Anwendungen sie nutzen möchten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie werden es mir kaum abnehmen, aber ich sage ganz ehrlich: Ich freue mich auf die nun folgende Diskussion. Wir alle sind in Verantwortung für die weitere Entwicklung der Telematik und der Telemedizin im Sinne einer effektiven und effizienten Patientenversorgung der Zukunft. Nur durch aktive und konstruktive Zusammen- und Mitarbeit können wir unsere ureigensten ärztlichen Ideen und Interessen dabei einbringen und vertreten. Verweigerung oder gar Fundamentalopposition führt zwangsläufig dazu, dass wir als Ärzteschaft auf der Tribüne sitzen, während das Spiel auf dem Feld entschieden wird.

Ich bitte Sie also: Lehnen Sie alle Anträge ab, mit denen wir uns selbst auf die Tribüne verdammen. Ansonsten sind wir froh über jeden Input, für jede Anregung, die uns wie in der Vergangenheit hilft, Ihre Vorstellungen in unsere politischen Aktivitäten zu integrieren.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Franz Bartmann, für diese Einführung und die klare Strukturierung. – Wir treten nun in die Diskussion ein. Es gilt nach wie vor die Redezeitbeschränkung von zwei Minuten. Als ersten Redner rufe ich Herrn Holzborn aus Nordrhein auf. Bitte schön.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Herr Bartmann, Sie haben richtigerweise gesagt: Es war ein langer Weg. Sie haben sich bewegt. Von einer relativ bequemen Position aus haben Sie sich dem angenähert, was wir schon seit Jahren sagen. Gegen den Leitantrag des Vorstands ist nichts einzuwenden. Ich empfehle Ihnen besonders den Antrag 56, der vom E-Health-Ausschuss der Landesärztekammer Nordrhein erarbeitet und vom dortigen Vorstand mitgetragen wird. Dort ist alles aufgelistet, was wir in der Vergangenheit beschlossen haben und was wir wollen. Zusätzlich spreche ich zum Antrag 121, der noch nicht

umgedruckt vorliegt, in dem die Situation noch etwas pointierter dargestellt wird. Es geht um die drei Anwendungen Versichertenstammdaten, elektronischer Arztbrief und Patientennotfalldatensatz. Wir ziehen es vor, nicht vom „Notfalldatensatz“ zu sprechen, sondern vom „Basisdatensatz“, weil es besser zum Ausdruck bringt, was wir wollen.

Herr Bartmann, bezüglich des Stammdatenabgleichs haben Sie nicht die Erfahrung, wie es in der Praxis aussieht. In der Praxis kann ein Terminal stehen, wie es auch in den Tankstellen steht, um die Maut zu bezahlen. Aber die Kosten sind von denen zu tragen, die das machen. Wenn ärztliche Hilfe dazukommt oder das ärztliche Personal Hilfestellung leisten soll, möchten wir das auch nicht umsonst tun. Nicht jeder ist clever; Oma Koslowski aus dem Ruhrgebiet kann das nicht. Ein Beispiel: Im Urlaub auf Neuseeland hatte ich Schwierigkeiten mit drei Bankkarten. Die holländische Karte funktionierte schließlich. Bei der Bank sagte man mir, ich sei selber schuld, ich hätte die Karten magnetisiert.

Kurz ein Wort zu den rechtlichen Aspekten: Wir wollen auch nicht durch die Nutzung von Daten im Arztbrief – elektronisch oder nicht – in Haftung genommen werden. Das muss gesetzlich korrigiert werden. Lesen Sie das bitte im Antrag nach.

Wir sollen mit den Mitteln sparsam umgehen. Das gilt auch für die Elektronik. Sie wird teuer. Nordrhein hat eine Menge an Rollout an Geräten gemacht, die bis jetzt keiner benutzen kann. Das muss aufhören. Es wird nur das eingeführt, was wirklich notwendig ist.

Herr Lipp, Ihre Anträge zur Verbesserung sind ja gut und schön. Warten wir erst einmal ab, ob das Ganze läuft; anschließend können wir uns darüber unterhalten.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Holzborn. – Als nächster Redner Herr Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn wir die Probleme des Systems elektronische Gesundheitskarte gelöst haben, die wir ohne dieses System nicht hätten, sind wir ein großes Stück weitergekommen. Herr Bartmann, Sie haben davon gesprochen, dass das Projekt enorme Potenziale bietet. Ich frage mich aber: für wen? Die Antwort mag sich jeder selbst überlegen. Natürlich gibt es eine Entwicklung, und wir sind auch nicht diejenigen, die sich einer solchen Entwicklung entgegenstellen. Ich bin aber dagegen, dass wir weiterhin als Zaungast zur Verfügung stehen, wenn das Projekt durchgeführt wird. Ihren Ausführungen habe ich entnommen, dass die zentrale Datenspeicherung auf jeden Fall weiterhin in diesem Projekt impliziert sein wird.

Wir haben in dem Telematikausschuss, von dem Herr Holzborn gesprochen hat, überlegt: Brauchen wir eigentlich die Telematikinfrastruktur? Brauchen wir das Pro-

jekt der elektronischen Gesundheitskarte zur Verbesserung der Versorgung unserer Patienten? Es war fast einhellige Meinung, dass wir das nicht benötigen.

Auf der anderen Seite wissen wir aber, dass die Mittel mit 170 Millionen Euro beschränkt sind. Es wird nicht mehr Geld geben. Es gibt im telemedizinischen Bereich einige lukrative Projekte für die Industrie, es gibt aber auch einen großen Quatsch, mit dem wir in der Praxis konfrontiert werden.

Wenn dort Ressourcen eingesetzt werden, wird die ärztliche Behandlung in den Krankenhäusern und auch in der ambulanten Medizin zerstört.

Deshalb bitte ich Sie um Zustimmung zum Antrag V-118, der zum Inhalt hat, dass das Projekt in der jetzigen und in der geplanten Form eingestellt werden muss.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Grauduszus. – Als nächster Redner Herr Brunngraber aus Niedersachsen.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist natürlich etwas schwierig – und mit dieser Bemerkung vergeude ich Sekunden meiner Redezeit –, mit einem Zwei-Minuten-Kontingent überhaupt etwas Inhaltliches zu präsentieren. Wir haben in den vergangenen Jahren für die Interessen der freien ärztlichen Tätigkeit und für die Interessen unserer Patienten wichtige Bollwerke geschaffen. Wir haben das Projekt der elektronischen Gesundheitskarte, wie es sich Frau Schmidt ausgedacht hatte, bisher auf Jahre hin gestoppt. Nicht erst das Moratorium des Ministers, sondern wir selber als Delegierte haben es inhaltlich hinbekommen, unsere ärztliche Freiheit zu sichern. Das werden wir auch weiterhin durchhalten.

(Beifall)

Lassen Sie sich bitte nicht davon blenden, dass uns hier eine abgespeckte und heruntergeschaltete E-Card als kleines Schmusekätzchen vorgelegt wird. Sie wissen, wie der kleine Eisbär im Berliner Zoo jetzt aussieht. Mit dem möchte ich jetzt nicht mehr schmusen und kuscheln.

Diese E-Card ist sozusagen auf Hochschaltung konzipiert. Ich möchte, da man hier sowieso keine umfassende inhaltliche Gegendarstellung bringen kann, sagen: Bei der Betrachtung der Türckischen Cammer hier in Dresden ist mir eingefallen: Wenn die Kollegen sagen, die E-Card kommt doch sowieso, die Politik hat das beschlossen, denken Sie bitte an das belagerte Wien mit 30, 60 und 80 Jahren türkischer Belagerung. Da gab es auch viele, die gesagt haben: Die Türken kommen sowieso! – Die Türken sind aber nie hereingekommen, sie haben sich letzten Endes frustriert zurückgezogen. Das müssen wir auch machen!

(Beifall)

Wir müssen unseren Stolz als Ärzte und unsere Würde hier bewahren. Es geht nicht darum, der Politik Vorgaben zu machen. Wir wollen den Dialog der Politik mit uns. Wir sind keine Unterinstanz der Politik. Wir sind nicht gegen die Politik, aber wir können nicht die Arbeit der Politik erledigen.

Deswegen sage ich Ihnen: Der Antrag V-112 ist richtig.

Herr Bartmann sagte, mit seinem Vortrag wolle er einen Ausblick auf die weitere Debatte geben. Herr Bartmann scheint nicht ein Fachmann für Telematik zu sein, sondern ein Fachmann für Telepathie. Deswegen finde ich es auch unkollegial, unsere Argumente schon wieder vorwegnehmen zu wollen. Es ist ihm auch nicht gelungen. Tut mir leid.

Danke schön, liebe Kollegen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner bitte Herr Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Brunngraber, das muss man Ihnen lassen: Sie unterhalten Ihre Zuhörer immer blendend. Ich rekurriere auf Äußerungen, die ich natürlich nicht nur kenne, sondern die ich auch wieder in diversen Flugblättern, die ausgeteilt worden sind, nachlesen kann. Ich weiß schon, welche Diskussion ich hier zu erwarten habe.

Es ist für mich ganz schwer, Ihnen ruhig zuzuhören. Diese Suggestivbilder, die Sie entstehen lassen in der Verquickung der großen und der kleinen Welt oder von Menschheitskatastrophen mit IT und eGK, entbehren so ziemlich jeglicher Rationalität.

(Beifall)

Ratio, Herr Brunngraber, ist eine der ärztlichen Grundtugenden, die das Vertrauen unserer Patienten verdient. Ich bin Arzt. Es hilft uns nicht, wenn wir Behauptungen in den Raum stellen, die wir letztendlich nicht tragen können.

Herr Brunngraber, nicht wir waren es, es war nicht der Ärztetag, der dieses Projekt behindert hat. Wir haben immer wieder unsere Bedenken geltend gemacht. Wir haben das Projekt in eine bestimmte Richtung gesteuert. Es waren ganz andere: Es waren technische Probleme, es waren Probleme innerhalb der gematik, die alle aufgearbeitet wurden, die dazu geführt haben, dass sich dieses Projekt so lange verzögert hat.

Ich bleibe dabei: Wenn wir tatsächlich sagen, wir wollten dort nicht mitarbeiten, dann kommt es nicht trotzdem, sondern es ist schon da. Ich habe meinen Ausführungen sonst nichts hinzuzufügen.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf die Bitte von Herrn Bartmann hin versuchen, rational zu sein. Das Hauptargument für die Einführung der Karte war ja der Missbrauch im Gesundheitswesen. Selbst nach Daten der Kassen sind maximal 350 Millionen Euro Schaden durch missbräuchliche Verwendung entstanden, davon der größte Teil kostenneutral zu unseren Lasten durch Mehrarbeit bei Patienten, die sich im Einzelfall mit falscher Identität vorgestellt haben. Die „Verax-Listen“, für die wir die E-Card nicht brauchen, die durchaus in der Lage sind, eine gewisse Sicherheit zu bieten, haben allein bei der Techniker Krankenkasse zu Einsparungen von 40 Millionen Euro im Jahr geführt.

Herr Bartmann, Sie sagen, dass ein hoher technischer Sicherheitsstandard gewährleistet sei. Warum hält dann die gematik ihre eigenen Sicherheitsspezifikationen nicht ein? Warum werde die Fotos nach wie vor nicht identitätsgeprüft, obwohl dies eine Vorgabe des Bundesdatenschutzbeauftragten ist und obwohl selbst Ulla Schmidt damals gesagt hat, darum müssten sich die Kassen kümmern?

(Beifall)

Faktisch ist es so, dass wir als Ärzte in unseren Praxen die Identitätsprüfung vornehmen sollen, mit Karten, auf denen sich Fotos befinden, die eben nicht geprüft, nicht authentifiziert worden sind. Wenn dort Fehler passieren, werden letztendlich wir, liebe Kolleginnen und Kollegen, zur Verantwortung gezogen. Das kann nicht sein!

(Beifall)

Da wird ein Projekt mit heißer Nadel gestrickt, dann wird versucht, es mit Gewalt durchzudrücken. Das können wir so nicht zulassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Frau Kollegin Bartels aus Nordrhein.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich bin der Auffassung: Der Mensch ist nicht nur rational, sondern auch emotional. Das sage ich Ihnen als Nervenärztin und Psychotherapeutin. Es mag sein, dass Leistungserbringer sehr rational sind. Aber zum Glück bin ich Arzt mit meinen Gefühlen und der sozialen Verantwortung den Patienten gegenüber.

(Beifall)

Was trägt und den Patienten hilft, ist die Arzt-Patient-Beziehung. Diese muss in einem sicheren Raum unter Vertrauen existieren. Das ist das zentrale Anliegen, das ich vermitteln möchte. Ich kann viele technische Daten bieten, aber das ist nicht mein Anliegen.

Die Frage ist: Mute ich mir selber auch zu, was ich meinen Patienten zumute? Viele Patienten, sowohl Kassenpatienten als auch Privatpatienten, fragen: Welche Diagnose steht denn bei mir? Was schreiben Sie denn auf? Was wird an Daten weitervermittelt?

Noch ein kurzes Beispiel, dann ist meine Redezeit abgelaufen: Freitagmittags ruft mich ein Kollege verzweifelt an: Du musst heute Nachmittag unbedingt meinen Sohn sehen. Der junge Mann ist 23 Jahre alt, BWL-Student. Der verpatzt jetzt die dritte Klausur, dann ist das Studium zu Ende. – Ich schaue mir den jungen Mann an: hoch intelligent, differenziert, furchtbare Prüfungsangst. Hinzu kommt eine posttraumatische Belastungsstörung; der Schwiegervater hat sich vor drei Wochen erhängt. Hinzu kommt Cannabiskonsum, was die jungen Leute so machen.

Glauben Sie, dass der Vater wollte, dass die Versichertenkarte bei mir eingelesen wird? – Nein, natürlich nicht.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Zöllner aus Bayern.

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst eine Bemerkung etwas allgemeinerer Natur. Für mein Gefühl gibt es zu viele Anträge, die sich nicht aus der Diskussion heraus ergeben haben, gleichwohl erst jetzt auf unseren Tischen landen. Wir sollten alle darauf achten – insbesondere der Vorstand –, dass die Anträge früher eingereicht werden, damit man nicht während der Diskussion schnell alles überfliegen muss, sondern sich schon länger darauf vorbereiten kann.

(Beifall)

Jetzt ein paar Anmerkungen zu der berühmten elektronischen Gesundheitskarte. Es gibt schon lange Konzepte, beispielsweise den Arztbrief elektronisch von Doktor zu Doktor zu übersenden. Das funktioniert tadellos. Ich mache das in meiner Praxis, aber die wenigsten Kollegen nutzen diese Möglichkeit. Weil es so wenige nutzen, muss man es jetzt zwangsweise einführen. Ich muss sagen: Das verstehe ich nicht ganz. Das ist nicht an die elektronische Gesundheitskarte gebunden, sondern dafür gibt es andere Strukturen. Man müsste das Ganze nur bündeln. Dazu ist die elektronische Gesundheitskarte mit ihren ganzen Kosten überhaupt nicht notwendig.

(Beifall)

Ich weiß nicht, ob Sie es glauben, aber ich glaube nicht, dass beispielsweise die Funktion der Speicherung von Versichertendaten nicht kommt. Ich glaube, wenn die Karte erst einmal ausgegeben ist, wird das kommen.

(Beifall)

Es gibt ja schon lange diese Konzepte. Es existiert das funktionsfähige Exemplar einer USB-Karte, auf der alle Versichertendaten gespeichert werden können, im Übrigen mehrsprachig. Das funktioniert wunderbar. Dafür bedarf es der Karte nicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zöllner. – Die nächste Rednerin ist Frau Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf eine, wie ich finde, wirklich gute Nachricht aus der Gesundheitstelematik lenken. Wir verfügen nämlich mittlerweile über den von der elektronischen Gesundheitskarte völlig unabhängig einsetzbaren elektronischen Heilberufsausweis mit einer qualifizierten elektronischen Signatur und einer Verschlüsselungsfunktion mit hohem Sicherheitsstandard, der einen sicheren, sektorenübergreifenden Transfer verschlüsselter Behandlungsdaten ermöglicht.

Dieses Instrument würde die sektorenübergreifende Zusammenarbeit wesentlich effektivieren, wenn wir es in allen diesen Bereichen der ärztlichen Tätigkeit zu integrieren beginnen würden. Dafür bietet sich die Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, die Kommunikation von Arzt zu Arzt, als Erstes an. Viele arbeiten damit in ihrer täglichen Praxis. Aber auch für die Onlineabrechnung mit der KV stellt der elektronische Heilberufsausweis einen Schlüssel dar, den wir nutzen sollten.

Dies fordert auch einer der Anträge, die Ihnen vorliegen. Es gibt mehrere gleichgerichtete Anträge dazu. Das bedeutet, dass es hierfür durchaus in vielen Bundesländern einen Konsens gäbe. Den Worten sollten nun Taten folgen, was die Anwendung des elektronischen Heilberufsausweises in der täglichen ärztlichen Arbeitswelt betrifft.

Danke für die Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 37. Er scheint banal zu sein, ist es aber nicht. Wir sprechen von Telemedizin, von Vernetzung, von einem großen Einzug der Technik in die Praxen. Wenn man das umsetzen will, merkt man, dass dies an ganz banalen Dingen scheitert. Es ist auch heute nicht möglich, beispielsweise Befunde, Faxe oder Nachrichten von dem einen Rechner an einen anderen Rechner zu verschicken. Warum ist das so? Das ist deshalb so, weil sich die CompuGroup mit MEDISTAR hinstellt und erklärt: Unsere Schnittstelle geben wir nicht frei. Das ist reiner Protektionismus. Es gibt genügend Kollegen und Universitäten, beispielsweise in Leipzig, die Computerprogramme zur Arbeit beispielsweise mit Kinderärzten haben, können das aber nicht einpflegen. Es geht bei der Schnittstellendiskussion nicht um die Schnittstelle der KBV, um den Datentransfer bei einem Wechsel des Praxissystems vorzunehmen. Das ist gesetzlich geregelt. Wir brauchen, um ein Stück auf einer ganz banalen Schiene weiterzukommen, endlich die Freigabe der Schnittstellen, damit der einfache Informationsfluss zwischen den Praxen und auch den Krankenhäusern möglich ist.

Deshalb bitte ich die Bundesärztekammer, schnell dafür zu sorgen, dass der Gesetzgeber diese Softwarehäuser zwingt, dies zu tun, damit wir ordentlich arbeiten können.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lipp. – Jetzt Herr Werner aus Rheinland-Pfalz.

Werner, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auf Kreisebene haben wir uns vor einem Jahr mit dieser Problematik beschäftigt und haben einige Pferdefüße gefunden, die meines Erachtens in dieser Diskussion hier nicht beseitigt werden konnten. Die Nutzung der E-Card zu kommerziellen Zwecken erklärt das gesteigerte Interesse der Industrie. Das ist ein Milliardenmarkt. Die Amerikaner verkaufen solche Datensätze zu erklecklichen Preisen. Es wurden Tausend Dollar oder ähnliche Summen genannt. Natürlich ist es für mögliche Lieferanten von Interesse, wie viele Patienten in einem gewissen Sprengel infrage kämen, die angesprochen werden könnten.

Auf einer Medica habe ich mir einmal die Mühe gemacht, die Stände von Anbietern der E-Card aufzusuchen. Alle erzählten mir – das wusste ich nicht –, dass sie planen, eine zweite Ebene für die Karte zu schaffen, die dazu dienen soll, dem Patienten durch den Kartenanbieter Angebote bezüglich seiner gesundheitlichen Probleme zu unterbreiten.

Auf meine Frage, woher sie denn wüssten, was sie gezielt anbieten sollen, wurde jeweils das Gesprächsthema gewechselt. Das geschah bei vier Anbietern, die ich angesprochen habe. Das hat mich sehr beeindruckt.

Die Onlineanbindung bedeutet immer eine Verseuchungsgefahr für den angeschlossenen Rechner, egal welche Verschlüsselung man wählt. Die einzige andere Lösung bestünde darin, eine Leitung zu legen, die man allein benutzt. Das gibt es nicht.

Es stellt sich auch die Frage der Haftung. Man könnte auf die Idee kommen, einen Einzelrechner zur Kommunikation zu nutzen. Diesen müsste man dann vorhalten. Man müsste seine Abrechnungsdaten erst auf einem Datenträger speichern und dann über einen solchen Rechner weiterleiten.

Eine weitere Frage lautet: Was geschieht bei unrichtigen Notfalldaten? Wer haftet, wenn ich mich auf sie verlasse? Was passiert, wenn mir ein Virus meinen Datenbestand vernichtet? Wer haftet dann? Wer bezahlt mir die tägliche Datensicherung, die Datenschutzmaßnahmen, die ich ergreifen muss? Die Lösung wäre vielleicht eine dezentrale Datenspeicherung beispielsweise in Form einer Stickkarte.

(Beifall)

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

Brock, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie uns bitte Begrifflichkeiten klären. Die elektronische Gesundheitskarte ist keine Gesundheitskarte, sondern eine elektronische Stammdatenverwaltungskarte.

(Beifall)

Wir alle wissen: Die elektronische Gesundheitskarte macht nicht gesund und hält nicht gesund. Was jetzt noch von der E-Card geblieben ist, ist im Wesentlichen eine elektronische Stammdatenverwaltungskarte. Dies ist ein Verwaltungsinstrument. Das Wort „Gesundheitskarte“ ist ein Werbeinstrument der damaligen Gesundheitsministerin Schmidt. Wir sollten uns dieser Nomenklatur nicht anschließen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Da gibt es viele Ausdrücke, die, wenn man sie wörtlich nimmt, nicht so ganz richtig sind. – Jetzt wird uns Herr Professor Griebenow seine Meinung vortragen. Er kommt aus Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Bartmann, ich denke, es kann sich sehen lassen – da bin ich ganz Ihrer Meinung –, was wir an Schlimmem verhindert haben und was wir an Gutem erreicht haben. Daran haben nicht nur die Delegierten dieses Ärztetages mitgewirkt, sondern wir alle draußen in den einzelnen Ärztekammern mit unseren Kontakten zur Politik. Das ist eine sehr positive Bilanz.

Gleichwohl sind wir vom Ziel noch weit entfernt. Ich möchte als ein Beispiel das nehmen, was Sie besonders hervorgehoben haben: Der Patient ist Herr seiner Daten und alles muss freiwillig sein. Es gibt ein Gebiet, bei dem das bereits nicht mehr so ist, wo der Super-GAU schon eingetreten ist: Das ist das Thema der Datensicherheit im Krankenhaus. Dort ist die Freiwilligkeit eine abgenötigte Freiwilligkeit. Der Patient muss mit allem einverstanden sein, was die Datenverarbeitung im Krankenhaus mit ihm treibt.

(Beifall)

Antrag 22 hat den Ansatz, zu definieren, was wir meinen, was zur Datensicherheit erfüllt sein muss. Ich denke, die Kriterien müssen für das Krankenhaus dieselben sein wie für die ambulante Medizin. Ich möchte Sie bitten, diesem Antrag zuzustimmen.

Gestatten Sie mir noch einige Worte zum Antrag 18. Sie haben gesagt: Telemedizin ist Sache der Kostenträger. Was wir dort erleben, ist auch eine Art Zweiklassenmedizin, und zwar insofern, als sinnhafte telemedizinische Projekte heute nicht als Regelleistungen zur Verfügung stehen. Ich denke, unsere Forderung muss lauten, dass dies über die üblichen Wege, wie Regelleistungen der Kassen definiert werden, hier ebenfalls vorgenommen wird, um allen die telemedizinischen Leistungen zur Verfügung zu stellen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Kollege Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Überschrift dieses Tagesordnungspunkts lautet: „Aktuelle Diskussion zur Telematikinfrastruktur und Zukunft der Telemedizin in Deutschland“. Für mich ist das leider immer noch so ein großer und undurchsichtiger Moloch, dass ich möchte, dass wir zunächst einmal wissen, worüber wir reden. Wir reden unter anderem über Telemedizin, wir reden über den elektronischen Datenaustausch von Punkt zu Punkt, wir reden manchmal auch über das elektronische Rezept.

Wir reden aber auch und ganz besonders über die Telematikinfrastruktur. Wir haben auf den vergangenen Ärztetagen immer wieder mehrheitlich entschieden: Wir wollen keine zentrale Serverlösung. Wir wollen zumindest die Prüfung von dezentralen Daten. In allen Anträgen, die vom Vorstand und von Herrn Bartmann kommen, ist immer noch die Serverlösung der zentrale Bestandteil. Ich denke, das muss man noch klären. Ich bitte Sie, alle Anträge abzulehnen, in denen die zentrale Serverlösung vorkommt.

(Beifall)

Der zweite Punkt sind die Patientendatensicherheit und der Patientendatenstammabgleich. In Antrag V-05 steht:

> *Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit liegt nunmehr das Signal vor, dass eine gesetzliche Verpflichtung des Arztes zur Gültigkeitsprüfung des Versicherungsverhältnisses eines Patienten in das SGB V aufgenommen wird.*

Wir haben im niedergelassenen Bereich als Kassenaußenstellen die 10 Euro einzuziehen. Damit mussten wir uns abfinden, denn wir konnten dagegen nicht früh genug etwas tun. Aber nur weil das Bundesministerium und der uns so wohlgesonnene Herr Rösler sagen, wir sollen in der Praxis den Patientendatenaustausch durchführen, dies als gegeben hinzunehmen, verstehe ich nicht. Dagegen würde ich mich von vornherein wehren. Ich möchte in meiner Praxis nicht weiter zu einer Kassenaußenstelle werden.

(Beifall)

Herr Bartmann, es ist ein großer Unterschied, ob ein Krankenhaus für eine mindestens vierstellige Summe den Datenabgleich durchführt oder ob der Gynäkologe oder Dermatologe in der Praxis für 12 Euro im Quartal diesen Verwaltungsaufwand hat.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Dazu bitte gleich Herr Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Ich möchte zwischendurch immer wieder einmal die Gelegenheit nutzen, ein paar Missverständnisse, die im Raum stehen, auszuräumen. Natürlich ist die elektronische Gesundheitskarte ein administratives Instrument. Daran gab es von Anfang an keinen Zweifel. § 291 regelt die Krankenversicherungsdaten. Der Gesetzgeber hat in § 291 a erklärt, dass die Kassen aufgefordert werden, die Krankenversicherungskarte durch eine elektronische Gesundheitskarte zu ersetzen. Dort ist definiert, was im Stammdatensatz erfasst werden soll. Dann ist aufgeführt, welche Funktionen die Karte unterstützen soll.

Das, was wir mit den medizinischen Anwendungen diskutieren, ist nicht das primäre Ziel der Kartenausgabe. Da hat der Diskussionsredner völlig recht. Welche Unterstützung soll die Karte denn leisten? Sie dient in Verbindung mit den Gesundheitsakten einem einzigen Ziel: Sie ist ein Datenschutzinstrument, keine Patientenakte.

Wenn vermisst wird, dass wir etwas zu den zentralen Speichermedien sagen, dann sind wir gedanklich vielleicht schon ein bisschen weiter, wenn wir das nicht immer wieder betonen. Der Bundesminister hat verschiedenen Fraunhofer-Instituten und Forschungsinstituten den Auftrag gegeben, eine Plattform zu schaffen, die alle jetzt vorhandenen Patienten- und Gesundheitsakten kommunizierbar werden lässt, das heißt, der Speicherort spielt überhaupt keine Rolle mehr. Ob Sie das auf dem Stick

haben, ob Sie das auf einem Server haben, wo immer dieser Server sich befindet, wer der Anbieter der Patientenakte ist, ob es um bestehende Patientenakten geht – alle sollen denselben Verschlüsselungsschutz der Gesundheitskarte bekommen. Nicht mehr und nicht weniger hat die Gesundheitskarte damit zu tun.

Sie hat nur einen einzigen Speicherort, nämlich den für die Notfalldaten. Dagegen kann man eigentlich nichts sagen, weil man die Sinnhaftigkeit dieser Anwendung kaum infrage stellen kann.

Damit wir uns klar darüber sind: Ja, das ist ein administratives Instrument. Da es einen Mikrochip hat, sollte es daraufhin geprüft werden, was es sonst noch alles kann. Wir sind jetzt dabei, die Anwendungen, die dabei unterstützt werden können, etwas klarer zu definieren, nicht mehr und nicht weniger.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß M.A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu unserem Antrag 56 sprechen. Dieser Antrag ist durch den Ausschuss E-Health der Ärztekammer Nordrhein erarbeitet worden, wie Herr Grauduszus bereits sagte, der als Gast in diesem Ausschuss war. Der Antrag ist dann in der Kammerversammlung mit großer Mehrheit angenommen worden. Anschließend hat der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein beschlossen, den Antrag eins zu eins in den Deutschen Ärztetag einzubringen.

Viele Dinge, die hier angesprochen wurden, sind in diesem Antrag aufgeführt. Wir wollen in der Testregion Bochum/Essen tatsächlich prüfen, wir wollen keine Pseudotests haben. Die Etablierung des ärztlichen Beirats steht kurz bevor. Die Mitglieder sind bereits benannt. Wir testen dort auch die mobilen Speichermedien.

Wir haben in diesen Antrag einen Zusatzpunkt aufgenommen, der hier überhaupt noch nicht angesprochen wurde. Wir fordern nämlich in dem Antrag auch für die anderen Patientenakten, die nicht unter § 291 a fallen, den gleichen Datenschutz. Die Gesundheitsakten nach § 68 SGB V schreien geradezu danach, den gleichen Datenschutz zu bekommen.

Wir haben in Nordrhein sehr, sehr viel erreicht. Es wäre fatal, wenn wir komplett wieder aussteigen müssten. Ich denke, wir sollten dort testen. Unsere Botschaft lautet: Lasst es uns testen. Im ärztlichen Beirat sind Kandidaten der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der KV, aus den Testregionen. Lasst es uns testen und uns danach noch einmal zusammensetzen und diskutieren, ob es sinnvoll ist oder nicht. Wenn es sinnvoll ist, ist es gut; wenn es nicht sinnvoll ist, werden wir es nicht haben wollen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Groß. – Jetzt Herr Kollege Spanholtz.

Dr. Spanholtz, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Meine liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin ein junger Delegierter. Ich verstehe wahrscheinlich viel weniger von diesem Thema als viele schlaue Köpfe in diesem Raum. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, eine grundsätzliche Bemerkung zu machen, wie ich eine solche Diskussion hier persönlich empfinde.

Es gibt einen Antrag, in dem steht: Wir fordern die Bundesregierung auf, das verfehlte Projekt endgültig niederzulegen. Ich habe vielleicht einen etwas frischeren Blick auf die Dinge und sehe drei Bundesregierungen, die sich nacheinander bemüht haben, dieses Projekt fortzusetzen. Dieses Projekt wird kommen, so wichtig wir uns hier auch fühlen mögen. Das wissen wir alle. Es stellt sich also die Frage, ob wir uns konstruktiv an einer solchen Diskussion beteiligen wollen oder blockierend.

Es liegen viele Anträge vor. Mir fehlt das Konzept dahinter, wenn Anträge rasch an den Vorstand überwiesen oder abgelehnt werden. Wir hier sind doch das Gremium, das versuchen sollte, die Anträge so zu formulieren, dass dabei etwas Konstruktives herauskommt. Ich bitte Sie – das gilt natürlich auch für meine Landesärztekammer und für mich persönlich –, die Anträge so zu formulieren, dass sie sinnvoll sind, einen Inhalt transportieren und überhaupt annahmefähig sind. Ich bitte Sie, sinnvolle Anträge auch anzunehmen.

Gestern lagen, glaube ich, 250 Anträge vor. Vielleicht sollten wir auch die Menge der Anträge reduzieren. Die Zahl der sinnarmen Anträge sollte man etwas reduzieren. Das gilt auch für das Thema Telematik, das ein sehr emotionales Thema zu sein scheint. Wir sollten uns etwas mehr auf die Inhalte konzentrieren und nicht so viel blockieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Kollege Lange aus Niedersachsen.

Lange, Niedersachsen: Verehrter Herr Präsident! Verehrter Herr Bartmann! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mir Gedanken machen über die Identitätskontrolle bei der E-Card und über die Realisierbarkeit in der Praxis. Ich habe ganz große Zweifel, dass die Identitätsprüfung der Versicherten in der Praxis richtig angesiedelt ist, weil sie mit Patientenrechten in Konflikt gerät und einen Priorisierungsprozess auslöst, der unter Umständen sehr zulasten der Patientenschaft ausgehen kann.

(Beifall)

Einer meiner Vorredner hat schon die Verax-Liste angesprochen, mit der die Techniker Krankenkasse bereits 40 Millionen Euro gemacht hat. Das ist der eine Kritikpunkt, den ich habe: Sie funktioniert bei mir regelmäßig dann, wenn ich Versichertenkarten einlese, und löst Fragestellungen aus, die eigentlich gar nicht zu beantworten sind. Mir wird beispielsweise signalisiert, der Patient sei gerade nicht versichert, aber ich weiß, dass der Patient versichert ist. Deshalb habe ich es bei mir blockiert.

Wir erleben das gerade in Niedersachsen mit Einführung der dortigen hausarztzentrierten Versorgung. Die Einschreibung erfolgt online mit einer tagesaktuell geführten Datenbank. Angeblich sind dort alle Versicherten enthalten. Wenn nicht, müssten sie zuerst zur Krankenkasse zurückgeschickt werden. Ich habe mindestens einmal pro Woche eine Fehlmeldung. Die Datensicherheit, die eigentlich vorhanden sein muss, um das überprüfen zu können, kann uns derjenige, der die Daten liefern muss, gar nicht garantieren. Das löst in der Praxis die Fragestellung aus, ob man den Patienten trotzdem behandelt oder ihn erst einmal zu seiner Krankenkasse zurückschickt.

Das alleine ist eine Priorisierungsentscheidung. Wo immer eine solche Entscheidung strukturell gefordert ist, wird sie irgendwann Fehler auslösen, die ausschließlich zulasten der Patienten gehen. Von daher gehört diese Anwendung aus meiner Sicht wirklich nicht in unsere Arztpraxen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Lange. – Der nächste Redner ist Herr Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Warum ist ein onlinegeführtes Konto bei der Bank billiger, als wenn Sie in die Filiale gehen und dauernd mit dem Bankangestellten reden? Die Krankenkassen werden denjenigen, die sich für eine E-Akte entscheiden, Rabatte geben. Es wird billiger werden, wenn man sich der Infrastruktur, die entwickelt wird, unterwirft. Trotz all der lobenswerten Maßnahmen, die durch die Ärztetage der letzten Jahre durchgedrückt worden sind, die aus meiner Sicht zu einer Entschärfung des E-Card-Projekts geführt haben, werden wir daran nicht vorbeikommen.

Die Freiwilligkeit ist also relativ. Ich denke, wir müssen unsere Patienten davor schützen, dass sie sich die Kontrolle über ihre Daten durch Krankenkassenrabatte abkaufen lassen. Dass die Krankenkassen das versuchen, ist gar nicht verwerflich. Das ist ihr Job; sie müssen zusehen, dass sie mit ihrem Geld auskommen.

Die Tendenz geht zur E-Akte. Es wird immer mehr Patienten geben, die eine elektronische Gesundheitsakte führen lassen. Ich bitte Sie erneut, sich zu überlegen, was das heißt. Selbst wenn wir alle datenschutzrechtlichen Probleme lösen können, wie es uns Herr Bartmann verspricht und sich berechtigterweise erhofft, ist die einzige Zugangsbeschränkung der elektronische Arztausweis. Dies ist eine Kollektivierung des Arzt-Patient-Verhältnisses, meine Damen und Herren.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte mir meinen Arzt aussuchen. Ich werde nicht jedem meiner Kollegen, die sich mit meiner Gesundheit befassen, gleich alles erzählen. Ich möchte auch nicht, dass jeder Arzt im Endeffekt, wenn sich die E-Akte durchgesetzt hat, alle meine Daten sehen kann. Das sehe ich persönlich überhaupt nicht ein.

Wir haben über die Jahre hinweg schon ziemlich erfolgreich gebremst. Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte lassen Sie uns weiterhin bremsen, so gut es geht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Dazu gleich Herr Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Es tut mir leid, aber ich muss zwischendurch immer wieder Stellung nehmen. Wir haben E-Akten, wir haben mittlerweile jede Menge E-Akten. Ich habe vor ein paar Minuten erklärt, dass alle diese E-Akten unter den Schutz der Gesundheitskarte gestellt werden sollen. Das bedeutet, dass diese Daten nicht kollektiviert werden. Eben wurde gesagt: In den USA werden die Daten verschoben. Das kann passieren, wenn man ungeschützte Daten hat. Aber hier entscheidet nicht der Arztausweis. Mit dem Arztausweis können Sie in keine einzige Gesundheitsakte schauen, egal wer der Anbieter ist. Hier entscheidet allein der Patient, der seine Karte steckt, der seine PIN weiß und in Zukunft wahrscheinlich zusätzlich ein biometrisches Merkmal hat. Nur der Patient kann auslösen, dass jemand in die Akte schaut.

Es ist ein großes Missverständnis, zu glauben, dass die Aufgabe der Akte darin besteht, dass dort die gesamte Dokumentation niedergelegt wird. Das wäre hirnrissig, das wäre doch Blödsinn. Wenn ich eine Akte hätte, die seit meiner Geburt geführt worden wäre, wäre sie leer, obwohl ich ganz normal krank werde wie jeder andere auch. Aber meine Kinderkrankheiten und die Impfungen dagegen interessieren den Geriater nicht mehr. Da bin ich selbstkritisch genug. Wenn Sie sich durchklicken würden zu operativen Eingriffen, würden Sie finden: 1969 Tonsillektomie, 2007 Leistenhernie rechts. Der einzige Befund, der wirklich interessant wäre, der mir, wenn ich eine solche Akte gehabt hätte, eine Nacht in Todesangst erspart hätte, ist, dass ich vermutlich seit meiner Kindheit einen Verdichtungsherd im rechten Lungenunterfeld habe. Das wurde vor zehn Jahren bei einer Routineuntersuchung beim Betriebsarzt festgestellt. Ich dachte, ich hätte einen Rundherd. Mir ist nachher eingefallen, nachdem aufgeklärt war, dass es kein Rundherd ist, dass ich als Kind der Einzige aus unserer Klasse war, der bei den Röntgenreihenuntersuchungen in dem grauen Röntgenbus, der auf dem Schulhof stand, immer wieder zur Nachkontrolle musste. Das war ein Befund, der für mich tatsächlich von Interesse gewesen wäre.

Man sucht ganz gezielt nach Daten. Man findet nur diejenigen Daten, die der Patient dort haben will, weil er sie gegebenenfalls wieder autorisiert freigeben möchte. Also bitte nicht immer so tun, als gebe es *die* Akte, auf die wir warten. Es gibt viele Akten, die unterstützt werden können. Sie können nicht so tun, als hätten Sie keine Praxisdokumentation mehr, als sei diese auf der elektronischen Akte. Das stimmt so einfach nicht.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte herzlich darum – wir sind doch Akademiker –, auf beiden Seiten rational zu bleiben und mit Sachargumenten zu arbeiten, statt uns gegenseitig auf der emotionalen Ebene zu schlagen. Bei einem solchen Thema besteht die große Versuchung, das zu tun. Es haben schon mehrere Redner sehr gute Sachargumente vorgetragen. Ich bitte beide Seiten darum, auf der Sachebene zu bleiben und keine entsprechenden emotionalen Angriffe zu starten, auch wenn, wie gesagt, die Versuchung groß ist, dies zu tun.

Nun zum Inhaltlichen. Ein Online-Versichertenstammdatenabgleich, der noch gesetzlich fixiert werden müsste – das klingt charmant. Man prüft, ob die Karte noch gültig ist – aber, meine Damen und Herren, ist das nicht eigentlich die Aufgabe einer Krankenkasse? Warum lassen Sie sich das in Ihrer Praxis aufhalsen?

(Beifall)

Dann haben Sie ein Monster vor Ort geschaffen. Es klingt wirklich faszinierend, dass man die Gültigkeit nachprüfen kann. Mir wurde berichtet, dass ein Kollege in Österreich bei der Prüfung in seiner Praxis die Meldung erhielt: nicht gültig. Später stellte sich beim Datentransfer heraus, dass die Arbeitslosigkeit verzögert gemeldet worden war. Es haben drei Tage gefehlt. Wollen Sie vor Ort solche Debatten mit dem Patienten führen? Das kann ich Ihnen nicht empfehlen.

(Beifall)

Einer der Vorredner beklagte die mangelnde Qualität der Anträge. Im Antrag 120 finden Sie eine fundierte Ablehnung dieses Verfahrens. Seien Sie mutig als Ärztetag, zeigen Sie, in welche Richtung Sie gehen wollen: Krankenkassenaufgaben bei der Krankenkasse!

(Beifall)

Jetzt noch einige Worte zur E-Card. Manchmal muss man die Ausführungen des Datenschutzbeauftragten im Bundesland Schleswig-Holstein lesen, der sich immer sehr positiv geäußert hat. Er fordert die informationelle Selbstbestimmung des Patienten und erklärt:

> *Dieser Ansatz … erfordert … eine gewisse intellektuelle Kompetenz bei der Nutzung der eGK: Der Patient muss zunächst in der Lage sein, die komplexen Vorgänge der elektronischen Verarbeitung seiner Medizindaten mit der eGK in Kombination mit der Telematik-Infrastruktur, also der Hintergrundsysteme in Form des Netzes, der Rechner und Systeme der medizinischen Leistungserbringer sowie der Dienstleister zu verstehen.*

Das sehe ich förmlich schon bei allen Patienten kommen!

> *Dann muss der Patient bewusst entscheiden können, welche Verarbeitungsoptionen er wünscht und welche nicht.*

Der Notfalldatensatz klingt auch sehr charmant. Aber dazu kann ich aus Zeitgründen jetzt nicht weiter Stellung nehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Scholz. – Jetzt kommt Herr Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Einführung der E-Card ist der Auftakt in den Verlust der informationellen Selbstbestimmung von Arzt und Patient.

(Beifall)

Warum? Nach meiner Kenntnis ist die E-Card eigentlich gedacht als Zugangsschlüssel für den Zugriff auf die zentrale Datenhaltung aller Patientendaten. Nach meiner Kenntnis aus der Kommission der KBV zur Erstellung von Qualitätsindikatoren ist es ein erklärtes Ziel, auf die Patientendaten direkten Zugriff zu haben, um äußerst differenzierte Abbildungen der Struktur von Praxisdaten zu bekommen. Mit diesen Daten sollen dann Qualitätsindikatoren erstellt werden, um angeblich eine Aussage über die Behandlungsqualität zu erlauben.

Das Ziel ist also zumindest von Kassenseite her, auf jeden Fall den Zugriff auf Patienten- und Praxisdaten unter Sprengung des Datenschutzes zu bekommen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich komme zum Einsatz der EDV. Die Arztbriefversendung ist, wie Kollege Zöllner schon erwähnte, heute ohne Weiteres und ohne irgendwelche Zusatzkosten möglich. Wenn es um den Datenaustausch zwischen Ärzten geht, so gibt es inzwischen eine dezentrale Speicherungsmöglichkeit auf einem Stick, den der Patient bei sich hat unter selbstbestimmter Verwaltung seiner Daten. Hinter dieser Lösung – sehr billig – steht natürlich nicht die Firma SAP. Kolleginnen und Kollegen, machen wir uns nicht zum Wasserträger der finanziellen Interessen der EDV-Industrie!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dazu Herr Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Entschuldigung, aber ich kann wirklich nicht anders, als mich jetzt zu Wort zu melden. Was hier gesagt worden ist, entbehrt jeglicher realen Grundlage.

(Beifall)

Die eGK ist das Mittel, damit genau dies nicht passieren kann, damit keiner Zugriff auf die Daten bekommt. Wo bei der KBV so was gesagt worden sein soll, bleibt mir schleierhaft, denn mit der KBV sind wir auch in Kontakt.

Das muss man einfach richtigstellen: Nichts von dem, was hier behauptet worden ist, entspricht der Realität.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Es wird signalisiert, dass es einen Geschäftsordnungsantrag geben soll.

(Zuruf: Ich denke, wir haben alle Argumente gehört,
und stelle den Antrag auf Schluss der Debatte! – Widerspruch)

– Wird Gegenrede gewünscht?

N. N.: Ich möchte einen anderen Antrag stellen. Diese Diskussion ist enorm wichtig. Deswegen möchte ich sie nicht abwürgen. Ich möchte aber die Diskussionskultur verbessern. Ich persönlich finde es unfair, dass Herr Kollege Bartmann ständig die Einlassungen der Delegierten kommentiert,

(Beifall)

und das auch noch in grob unsachlicher Weise. Denn zu behaupten, dass unsere Sorgen und Emotionen jeder Grundlage entbehren, empfinde ich als unkollegial.

(Beifall)

Ich bitte, dass sich Herr Kollege Bartmann genauso in die Rednerliste einträgt wie jeder andere Delegierte auch. Wir sind gleichberechtigt!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dazu müssen Sie aber bitte Satzung und Geschäftsordnung lesen. Der Referent darf jederzeit das Wort ergreifen.

N. N.: Dann appelliere ich an seine Kollegialität.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Okay. Also keine Gegenrede zu dem Antrag auf Schluss der Debatte. Dann stimmen wir darüber ab. Wer möchte Schluss der Debatte befürworten? – Wer möchte das nicht? – Das sind mehr.

(Zurufe: Zählen!)

– Sollen wir lieber zählen? – Gut, wir zählen. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag auf Schluss der Debatte zustimmen? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Wer enthält sich zu dem Thema? – Keiner. Dann haben wir 98 Jastimmen zu 79 Neinstimmen.

(Beifall)

Damit ist Schluss der Debatte beschlossen.

Wir treten in die Abstimmung ein, nachdem Herr Bartmann, wenn er möchte, ein Schlusswort gesprochen hat.

Dr. Bartmann, Referent: Ich möchte nur noch persönlich sagen: Die Sorgen und Nöte sehen wir durchaus. Es ist nicht so, dass wir die Sorgen und Nöte nicht achten. Nur: Sie müssen mich auch verstehen. Wenn ich hier oben sitze und es werden Argumente vorgetragen, die aus meiner Kenntnis des Projekts nur in die falsche Richtung gehen, hält es mich einfach nicht. Ich bitte diejenigen, die sich dadurch betroffen gefühlt haben, um Entschuldigung. Ich hätte mich jetzt auch zurückgehalten, aber da Sie Schluss der Debatte beschlossen haben, muss ich das nicht mehr tun.

Wenn die Anträge, die den kompletten Stopp des Programms und den Ausstieg aus dem Programm befürworten, angenommen werden – das sind die Anträge 118 und 89 für den einen Vorschlag, 120 und 187 für den anderen Vorschlag –, dann können wir tatsächlich keinen Einfluss mehr ausüben. Das täte mir persönlich leid, weil ich durchaus in dem Bewusstsein lebe, dass wir in den letzten Jahren in dem Projekt sehr konstruktiv zum Nutzen der Ärzte tätig geworden sind. Das könnten wir in dem Moment dann nicht mehr.

Deshalb bitte ich Sie, die Anträge, die uns die weitere konstruktive Arbeit unmöglich machen würden, nicht positiv zu bescheiden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Die Botschaft war klar: Wenn die Anträge 118 und 89 angenommen würden, würden wir die Anträge 04, 56, 121, 120, 87 und 05 mit 05 a nicht mehr behandeln, weil sie dann obsolet wären. Bei Annahme der Anträge 118 und 89 wäre die Bundesärztekammer auf der Zuschauertribüne.

Ich rufe den **Antrag V-118** auf:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert von der Bundesregierung, das verfehlte Projekt der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der weiter verfolgten Zielsetzung endgültig aufzugeben. Damit können bis zu 14 Milliarden Euro Versichertengelder eingespart werden. Insbesondere wenden wir uns entschieden gegen die Verwandlung der Arztpraxen in Außenstellen der Krankenkassen durch Verlagerung des Versichertendatenmana-*

*gements in die Praxen. In Zeiten drohenden Ärztemangels, vor allem in ländlichen Regionen, ist dieses Vorhaben kontraproduktiv.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen; das zählen wir lieber. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag 118 zustimmen? – Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen? – Der Antrag ist mit 105 : 86 **angenommen.**

(Beifall)

Dann stimmen wir auch noch über den **Antrag V-89** ab, der im Prinzip in dieselbe Richtung geht, aber etwas andere Schwerpunkte aufweist. Wer möchte dem Antrag 89 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war wohl die Mehrheit. Auch dieser Antrag ist **angenommen.**

(Beifall)

Dann müssen wir uns jetzt mit den von mir aufgezählten Anträgen nicht mehr befassen. Wir fahren fort mit den Anträgen zur elektronischen Patientenakte. Wir beginnen mit dem Antrag 02. Dazu gibt es drei Änderungsanträge. Haben Sie den Antrag 02 vorliegen? – Dann kommen wir zunächst zum **Antrag V-02 a.** Danach soll der letzte Satz im ersten Absatz des Antrags 02 gestrichen werden, der lautet:

*Perspektivisch wird es auch zu einer ePatientenakte gemäß § 291 a SGB V als Anwendung der Telematikinfrastruktur kommen.*

Wer möchte diesem Änderungsantrag zustimmen? – Wer möchte den Satz stehen lassen? – Die Beteiligung ist relativ gering. Ist es schwierig? Der erste Absatz des Antrags 02 lautet:

*In den letzten Jahren hat sich ein breites Angebot an elektronischen Patientenakten (ePatientenakten) etabliert. Neben kostenpflichtigen Angeboten von IT-Unternehmen … stehen kostenfreie Angebote von Internetdienstleistern (Google, Microsoft) sowie Angebote von gesetzlichen Krankenkassen (z. B. Barmer). Perspektivisch wird es auch zu einer ePatientenakte gemäß § 291 a SGB V als Anwendung der Telematikinfrastruktur kommen.*

Herr Stagge fordert, den letzten Satz zu streichen. Ich frage noch einmal: Wer möchte den Satz streichen? – Wer möchte ihn nicht streichen? – Das Erste war mehr. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Der Satz ist gestrichen.

Herr Grauduszus meldet sich zu Wort. Diese Wortmeldung kann sich aber nur auf die Abstimmung beziehen.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zum Thema elektronische Gesundheitskarte wurde dem weitestgehenden Antrag von Ihnen zugestimmt. Damit sind weitere Abstimmungen zu diesem Thema nicht mehr erforderlich. Sie weichen den ersten Antrag völlig auf. Das haben wir in der Vergangenheit schon häufiger erlebt. Warum wird nicht der weitestgehende Antrag zunächst

abgestimmt, damit man später nicht weiter abstimmen muss? Ich meine, wir können auf diese Abstimmung verzichten, wie es auch üblich ist.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich habe gerade extra darauf hingewiesen, dass wir von der elektronischen Gesundheitskarte zur elektronischen Patientenakte wechseln. Um Letztere geht es jetzt. Das ist ein anderes Thema.

(Beifall)

Die elektronische Gesundheitskarte ist mit den Anträgen 118 und 89 durch den Ärztetag entschieden. Jetzt geht es wohlgemerkt um die elektronische Patientenakte.

Vielen Dank für den Hinweis. Ich glaube, wir kommen jetzt klar.

Wir kommen zum **Antrag V-02 b.** Statt des Satzes, der gerade gestrichen wurde, würde formuliert:

> *Auch gibt es elektronische Patientenakten auf dezentralen Datenträgern wie z. B. USB-Speichermedien.*

Wer möchte diesem Antrag 02 b zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-02 c.** Es geht um den vierten Absatz des Antrags 02, der lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 bittet daher die Bundesärztekammer, einen entsprechenden „Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht“ zu erarbeiten.*

Stattdessen soll es nach dem Antrag 02 c heißen:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag bittet die Bundesärztekammer, einen „Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher, rechtlicher, organisatorischer und technischer Sicht“ zu erarbeiten.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte ihn nicht überweisen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt können wir über den **Antrag V-02** in der geänderten Fassung abstimmen. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-22:**

> *Es muss der Entscheidung des Patienten überlassen bleiben, ob er Personen und/oder Institutionen benennt, zwischen denen ein elektronischer*

*Datenaustausch stattfinden kann. Diese Entscheidung beinhaltet auch die Festlegung, ob der Datentransfer direkt und/oder über die elektronische Gesundheitskarte erfolgt …*

Haben Sie alle den Antrag auf den Tischen liegen?

(Zuruf)

– Der Antrag auf Nichtbefassung ist gestellt worden. Möchte jemand dagegensprechen? – Bitte, Herr Griebenow.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Vielleicht habe ich es vorhin nicht klar genug gesagt: Das, was Sie für Ihre Einzelpraxis abzuwenden versuchen, ist im Krankenhaus bereits passiert. Wir haben dort ein Datensicherheitsproblem. Wir würden Sie herzlich bitten, vollkommen unabhängig davon, wo Sie tätig sind, ob Sie in einer Einzelpraxis arbeiten oder in einer Gemeinschaftspraxis oder im Krankenhaus, zuzustimmen, dass dieser Wildwuchs aufhört. Wir müssen dies als Anwälte der Ärzte tun. Die Softwareindustrie und die Krankenhausträger kümmern sich nicht darum.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wer Probleme mit dem Begriff „elektronische Gesundheitskarte“ in diesem Antrag hat, könnte ja auch auf die Idee kommen, diesen ganzen Satz zu streichen. Da würde kein Zacken aus der Krone fallen. Wie sehen das die Antragsteller? – Sie übernehmen das. Das ist eine gute Lösung. Dann bleibt übrig:

*Es muss der Entscheidung des Patienten überlassen bleiben, ob er Personen und/oder Institutionen benennt, zwischen denen ein elektronischer Datenaustausch stattfinden kann …*

Es geht dann mit dem zweiten Absatz des Antrags weiter. Möchten Sie den Antrag auf Nichtbefassung aufrechterhalten, nachdem das gestrichen ist? – Nicht mehr. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag V-22 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-37:**

*Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme zu einer kompatiblen Schnittstelle zu verpflichten, die elektronische Datentransfers direkt in die jeweilig unterschiedlichen Praxisverwaltungssysteme möglich macht.*

Keine Änderungswünsche? – Dann stimmen wir ab. Wer möchte V-37 befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag V-55:**

> *Die zurückliegenden Deutschen Ärztetage haben mit ihren bestätigenden Beschlüssen zum eArztausweis eine verlässliche Grundlage für das Handeln der Ärztekammern geschaffen.*
>
> *Der 113. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass Anwendungsszenarien des eArztausweises z. Z. insbesondere im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) entstehen; zuallererst ist dies die elektronische Online-Abrechnung der KVen. Hierbei finden verschiedene Instrumente mit unterschiedlichem Sicherheitsniveau … für die Identifikation des abrechnenden Arztes Verwendung …*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Stimmt jemand gegen Vorstandsüberweisung? – Formal. Wer möchte überweisen? – Wer ist gegen Überweisung? – Das zählen wir lieber aus. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag V-55 überweisen? – Wer ist gegen Überweisung? – Enthaltungen? – Mit 112 : 69 Stimmen ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen nun zum elektronischen Heilberufsausweis. Dazu liegt der **Antrag V-123** vor:

> *Der Gesetzgeber, die gematik und die ärztlichen Körperschaften werden aufgefordert, die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen im Sinne von Patienten und Ärzteschaft so zu gestalten, dass der elektronische Heilberufsausweis mit seiner Signatur- und Verschlüsselungsfunktion in allen dafür geeigneten ärztlichen Arbeitsgebieten einschließlich ärztlicher Verwaltungstätigkeit zur rechtssicheren Anwendung genutzt wird. Dabei ist die Freiwilligkeit der Nutzung durch die Ärzte unbedingt zu wahren.*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Damit haben wir das Thema elektronische Vernetzung usw. abgehandelt und kommen jetzt zur Telemedizin. Dazu gibt es den Antrag 3 mit Änderungsanträgen. Wir kommen zunächst zum **Antrag V-03 a.** Er betrifft die Seite 5 des Vorstandsantrags. Dort lautet der Punkt 5:

> *Verlässliche Infrastruktur und einheitliche Datenformate*

Diese Überschrift soll geändert werden in:

> *Einheitliche Datenformate erleichtern Telemedizin*

Darunter soll folgender Zusatz stehen:

> *Telemedizinische Zusammenarbeit wird erleichtert durch die Verwendung einheitlicher Datenformate.*

Sind alle im Bilde?

Stagge, Nordrhein: Darf ich das erklären?

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: An sich haben wir Schluss der Debatte.

Stagge, Nordrhein: Als Antragsteller wollte ich es erklären, weil es möglicherweise so nicht zu verstehen ist.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Da haben Sie wohl recht.

(Heiterkeit)

Bitte.

Stagge, Nordrhein: Der Antrag enthält überall Hinweise auf die Telematikinfrastruktur. Das, was der Antrag will, außer der Telematikinfrastruktur, wird mit dieser Änderung ermöglicht. Der Hinweis auf die Notwendigkeit der Telematikinfrastruktur wird gestrichen. Das ist gewollt und wird damit erreicht.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Dann bitte ich Sie jetzt um die Entscheidung, ob Sie den Antrag 03 a annehmen wollen. Wer möchte das befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-03 e.** Danach soll auf Seite 5 Punkt 3 ganz gestrichen werden. Der jetzige Text lautet:

> *Akzeptanz und Unterstützung sinnvoller telemedizinischer Anwendungen durch die jeweiligen Fachgesellschaften*
>
> *Telemedizinische Anwendungen sollen von den Fachgesellschaften als Teil der medizinischen Innovation akzeptiert und bei der Evaluation und Überführung in die Regelversorgung unterstützt werden.*

Wer möchte das streichen? – Einige. Wer möchte es nicht streichen? – Das sind mehr. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Nun kommen wir zum **Antrag V-03 b.** Auf Seite 3 des Vorstandsantrags soll in Punkt 3 der Text hinter dem Aufzählungspunkt folgendermaßen lauten:

> *Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden aufgefordert, sich den Möglichkeiten der Telemedizin, wo sie sinnvoll und machbar erscheint, nicht zu verschließen.*
>
> *Insbesondere die Evaluation und die Überführung in die Regelversorgung ist nur mithilfe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sinnvoll und möglich.*

Wer möchte diesen Text statt des Textes, der jetzt dort steht? – Wer möchte den alten Text bestehen lassen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **abgelehnt.** Der alte Text bleibt bestehen.

Damit kommen wir zum **Antrag V-03 c.** Auf Seite 2 unter der Überschrift „Telematikinfrastruktur: Überwindung von Insellösungen“ soll der Schluss des ersten Absatzes ab „Zukünftige Telemedizin-Projekte werden …“ gestrichen werden. Der gesamte Text, der ersatzlos gestrichen werden soll, lautet:

> *Zukünftige Telemedizin-Projekte werden den gleichen mühsamen Weg gehen müssen, wenn nicht eine bundeseinheitliche, diskriminierungsfreie Telematikinfrastruktur als technische und datenschutzrechtliche Grundlage etabliert wird. Diese Infrastruktur soll den Anwendern von telemedizinischen Verfahren auch eine Unabhängigkeit gegenüber IT-Unternehmen gewährleisten, deren Geschäftsmodell in einer Nichtkompatibilität ihrer jeweiligen Lösungen gegenüber konkurrierenden Angeboten liegt.*

Das soll ersatzlos entfallen. Wer möchte dem zustimmen? – Wer möchte das lieber bestehen lassen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.** Der Text bleibt bestehen.

Damit kommen wir zum **Antrag V-03 d.** Danach ist auf Seite 1 der gesamte Text ab „Telemedizin: Mehrwert in der Patientenversorgung“ bis Seite 2, Satz 1 zu streichen und zu ersetzen durch:

> *Der telemedizinische Wert für die Patientenversorgung ist noch nicht nachgewiesen.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte dem nicht zustimmen? – Das ist die deutliche Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.** Der Text bleibt unverändert.

Nun kommen wir zum **Antrag V-03** in der geänderten Fassung. Wer möchte dem Antrag in der geänderten Fassung zustimmen? – Viele. Wer möchte nicht zustimmen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch Einzelne. Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Dann haben wir noch den **Antrag V-18:**

> *Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird aufgefordert, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Überprüfung zu beauftragen, für welche telemedizinischen Anwendungen ein Nutzen für die Patienten als nachgewiesen gelten kann. Die so positiv bewerteten Verfahren sollen in den Regelleistungskatalog der GKV aufgenommen werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das Erste war die Mehrheit. – Wenn so viele Augen unsicher sind, zählen wir das lieber aus. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag V-18 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überwei-

sen? – An sich ein schöner Antrag, aber er ist mit 103 : 95 an den Vorstand überwiesen. Wir werden etwas daraus machen.

Es geht weiter mit dem **Antrag V-39:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Stellen auf, telemedizinische Anwendungen als konkrete Leistungen und differenziert nach dem entsprechenden Apparateaufwand im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) abzubilden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch hier ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? Nur Mut.

Dr. Lipp, Sachsen: Ich bin mir nicht ganz sicher, wozu wir das an den Vorstand überweisen sollen. Das Gremium muss doch eine Meinung zu einer Entwicklung haben, die angestoßen ist und die wir entscheidend prägen müssen im Rahmen des Berufsrechts und der Honorierung. Ich weiß nicht, warum das hier herausgezogen und an den Vorstand überwiesen werden soll. Ich gehe zwar davon aus, dass der Vorstand damit entsprechend umgeht, aber wieso kommt bei einer ganz normalen Entscheidung immer wieder der Ruf nach einer Vorstandsüberweisung? Wollen wir uns denn nicht selber positionieren? Das ist etwas, was man draußen von uns erwartet.

(Beifall)

Wenn wir hier keine ordentlichen Regelungen bringen – – Den Rest können Sie sich denken.

(Heiterkeit – Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Die Botschaft ist angekommen. Dann frage ich: Wer möchte an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht an den Vorstand überweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte ihn nicht annehmen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt noch der **Antrag V-78:**

> *Die Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, eine Zusammenstellung von Entscheidungskriterien für telemedizinische Methoden zu erarbeiten. Die Interessen von Patienten und Ärzteschaft müssen bei Einführung und dauerhafter Etablierung gewahrt bleiben.*
>
> *Die Ärzteschaft muss die sehr dynamische Entwicklung in diesem Bereich ärztlicher Berufsausübung, in dem ureigene ärztliche Prinzipien berührt*

*werden, aktiv gestalten und darf diese Entwicklung nicht externen Kräften überlassen, die rein ökonomischen Interessen folgen.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Das finde ich sehr gut.

Jetzt ist von Herrn Brunngraber eine persönliche Erklärung gewünscht. Das ist zulässig; maximal zehn Minuten. Das steht in der Geschäftsordnung.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Ich möchte an dieser Stelle, nachdem sich der Staub um diese hochgeputschte Frage der elektronischen Gesundheitskarte und der gesamten Telematikinfrastruktur jetzt so langsam wieder legt, zwei Dinge sagen. Erst einmal möchte ich einen Dank äußern – ich möchte Sie bitten, per Akklamation diesen Dank nach Hamburg zu schicken – an einen großen Arztkollegen und humanistischen Denker, an denjenigen, der uns immer geholfen hat, dass wir auch an dieser Stelle die Patientenrechte verteidigt haben, an Herrn Professor Kahlke, der diesmal leider nicht dabei ist.

(Beifall)

Ich denke, dass wir es in der Pluralität unserer Meinungen gut vertragen können, wenn es Herrn Professor Kahlke und Herrn Bartmann gibt als zwei völlig integre Positionen. Zu letzterem Namen möchte ich nur sagen, dass ich das schon auch als in der Zukunft verbesserungsbedürftig ansehe, dass man nicht nach Delegiertenbeiträgen anfängt, diese Delegiertenbeiträge mit seiner unbegrenzten Redezeit zu zerpflücken und zu bewerten und zu benoten, insbesondere den Unterhaltungswert meiner Beiträge. Ich könnte das Kompliment allerdings nicht an Sie zurückgeben. Das ist ja gar nicht der Kern meiner Beiträge, sondern der Kern ist, dass wir das aus tiefer Sorge um die ärztliche Situation und die freie ärztliche Berufsausübung machen und dass wir uns wehren müssen.

Ich möchte als zweiten Teil meiner persönlichen Erklärung sagen: Die Technikbegeisterung, die wir und auch unsere Kinder erleben angesichts von Avataren, von iPods und Ähnlichem, das alles findet seine Grenzen nicht dort, wo George Clooneys „Emergency Room“ aufhört, es findet als Medizin- und Technikkram dort seine Grenze

(Zurufe)

– lassen Sie mich das bitte sagen –, dieser ganze Technikteil, wozu auch die E-Card gehört, wo wir Menschen als verletzliche und sterbliche Existenzen eine persönliche Bindung an einen Arzt brauchen und darauf bestehen dürfen.

(Unruhe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir wollen nicht die Debatte wieder aufnehmen, Herr Brunngraber, sondern eine persönliche Erklärung bedeutet, dass Sie beschwert sind und diese Beschwernis dem Ärztetag mitteilen möchten. Wenn das geschehen ist, ist die persönliche Erklärung zu Ende.

(Beifall)

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Gut, danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Frau Dr. Wenker möchte auch eine persönliche Erklärung abgeben.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte eine persönliche Erklärung abgeben und ganz ausdrücklich Herrn Kollegen Dr. Bartmann als Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Beauftragter des Vorstands der Bundesärztekammer für Telematik und die elektronische Gesundheitskarte für viele Jahre außergewöhnlich sachliche, faire und kollegiale Arbeit danken. Herzlichen Dank, Franz. Mach bitte weiter so!

(Anhaltender lebhafter Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie hat mir das Wort aus dem Mund genommen. Ich habe es ja schon am Anfang gesagt. Deswegen haben wir uns das geteilt. Wenn Du das sagst, ist das viel schöner.

(Heiterkeit)

Jetzt Frau Wahl.

Dr. Wahl, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Wahl möchte noch etwas dazu sagen, an das anschließend, was Frau Wenker schon gesagt hat, was zweifellos sehr richtig ist. Ich möchte meine persönliche Erklärung darauf konzentrieren, dass ich sage: Ich finde die Art und Weise, wie bei diesem Thema mit Herrn Bartmann umgegangen wurde, völlig daneben, völlig unärztlich, unsachlich. Es hat mich furchtbar geärgert. Das ist dem Gremium nicht angemessen. Wir sollten uns wirklich überlegen, ob wir uns nicht einen anderen Ton angewöhnen sollten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt bin ich wieder an der Reihe und bedanke mich ganz offiziell bei Franz Bartmann für die Gestaltung dieses Tagesordnungspunkts auf diesem Deutschen Ärztetag, auch wenn vielleicht die Beschlüsse nicht so ausgefallen sind, dass wir uns als Ärzteschaft damit in die vorderste Front derjenigen begeben haben, die mitgestalten. Das müssen wir wissen.

(Beifall)

Dann verlassen wir diese Thematik und fahren in den Anträgen zum Tätigkeitsbericht fort. Es geht jetzt um den **Antrag V-52.** Dazu hat sich Rudolf Henke zu Wort gemeldet.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gern als Vorsitzender des Marburger Bundes die Gelegenheit nutzen, Ihnen wegen dieses Antrags einfach den Stand der Dinge darzustellen. Zunächst will ich Folgendes sagen. Ich bin richtigerweise von verschiedenen Kollegen angesprochen worden, dass es im zweiten Absatz in der dritten Zeile natürlich heißen muss:

> *… während der Zeit des Arbeitskampfes keine elektiven Einweisungen in kommunale Krankenhäuser zu veranlassen.*

Das Wort „elektiven“ muss eingefügt werden, weil wir natürlich in allen Notfällen die Notwendigkeiten anerkennen müssen und es zu keiner unterlassenen Hilfeleistung kommen soll. Ich glaube, das ist für den einen oder anderen bei der Abstimmung wichtig.

Nun zum Stand der Dinge. Ich will Ihnen einfach nur noch einmal verständlich machen, warum der Marburger Bund es auch in schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen für vertretbar, für richtig und für erforderlich hält, jetzt in diesem Ärztestreik dafür einzutreten, dass sowohl die linearen Vergütungen als auch insbesondere die Vergütungen in den Bereitschaftsdiensten und Nachtdiensten verbessert werden. Wir sind aber auch dafür, dass wir eine Situation haben, in der sich die Karriereerwartungen der Kollegen im Krankenhaus verbessern. Es gibt in den Krankenhäuser 5 000 unbesetzte Stellen.

Es gab im Laufe des Jahres 2009 bei den Krankenhäusern Erlössteigerungen allein im GKV-Bereich von circa 6,4 Prozent. Wenn man sich klar macht, dass die Zahl der Häuser, die in einer Insolvenzbedrohung gesehen werden, von 16,4 Prozent in 2008 auf 8 Prozent in 2010 gesunken ist, muss man meiner Ansicht nach einfach sagen: Unsere Forderungen sind so maßvoll, dass das Geld, das gebraucht wird, um unsere jetzigen Forderungen zu erfüllen, in den Häusern vorhanden ist.

Wir sind völlig bei den Trägern, was die Stärkung der Finanzkraft für die Zukunft angeht. Aber das Geld, das gebraucht wird, um den Konflikt von mir aus noch vor dem 17. Mai zu beenden, ist in den Häusern vorhanden.

Mir ist es wichtig, noch einmal klar zu machen: Es geht uns einfach darum, dass die Kollegen nicht hinnehmen können, mit einem Tarifangebot von weniger als 1 Prozentpunkt pro Jahr für einen Zeitraum bis circa Ende 2012 abgefertigt zu werden. Wir könnten also erst 2013 erst wieder verhandeln.

Ich bitte Sie herzlichst darum, unser Anliegen zu unterstützen, und bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Genau zu diesem Punkt hat sich auch Kollege Funken gemeldet. Aber vorher gibt es einen Antrag zur Geschäftsordnung, den ich vorziehen muss. Frau Haus wird jetzt zur Geschäftsordnung sprechen.

(Haus, Nordrhein: Ich täte das gern nach Abschluss der Debatte zu diesem Antrag!)

– Wenn wir über den Antrag 52 abgestimmt haben, können Sie zur Geschäftsordnung reden. Gut. – Jetzt bitte Herr Funken.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wer würde sich der ärztlichen Solidarität entziehen wollen, wenn es darum geht, Kolleginnen und Kollegen in einem Arbeitskampf besserzustellen und damit auch Arbeitsbedingungen zu verbessern und finanzielle Nöte zu beseitigen? Wer würde ernsthaft dagegensprechen wollen? Keiner. Wir als Hausärzte unterstützen nachdrücklich die Bemühungen der Kollegen im Krankenhaus, ihre finanzielle Situation zu verbessern,

(Beifall)

haben aber eine kleine Bitte. Wir hatten ähnliche Probleme und hatten die Situation, dass wir das geltende Recht bei den Kostenträgern einfordern mussten. Wir hätten uns ein bisschen Solidarität seitens der Kollegen im Krankenhaus für die Umsetzung unserer hausarztzentrierten Versorgungsverträge gewünscht.

(Beifall)

Wir sind keine Spalter im System, sondern wir kämpfen wie alle Kollegen hier um eine bessere Versorgungssituation und finanzielle Sicherstellung aller Kollegen.

Deswegen unterstützen wir ausdrücklich den Wunsch und die Bedürfnisse des Marburger Bundes für die angestellten Ärzte im Krankenhaus, wünschen uns zukünftig aber auch die Geschlossenheit der gesamten Ärzteschaft bei der Umsetzung geltenden Rechts für alle.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Gibt es weitere Wortmeldungen zum Antrag 52? – Herr Stagge.

Stagge, Nordrhein: Herr Henke, ich gratuliere Ihnen zu dem Timing, dass der Streik nach dem Ärztetag liegt. Das finde ich sehr geschickt. Der Solidarität der niedergelassenen Ärzte dürfen Sie sicher sein. Meiner Solidarität – ich bin 20 Jahre niedergelassen und 20 Jahre im Marburger Bund – dürfen Sie ebenfalls sicher sein.

Eben haben wir über Stilfragen gesprochen. Ich glaube, es ist unmöglich, wenn der Vorsitzende des streikenden Verbands die Solidarität einfordert. Wir hätten den Antrag auch gestellt. Das hätte man anstoßen können. Das hätte ich schöner gefunden. Natürlich stimmen wir dem Antrag zu.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Noch eine Wortmeldung.

Dietrich, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte den Antrag von Herrn Henke unterstützen. Ich möchte allerdings mein Bedauern darüber zum Ausdruck bringen, dass wir bei dem neulich in der Ärztekammer Nordrhein eingebrachten Antrag zur Unterstützung und Stärkung von in Existenznot geratenen Praxen vonseiten des Marburger Bundes leider keine Unterstützung erfahren haben. Daran möchte ich Sie erinnern, Herr Henke. Vielleicht findet sich in Zukunft ein gemeinsamer Weg, um für die niedergelassenen Ärzte und die Klinikärzte etwas zu tun.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin Rudolf Henke ausgesprochen dankbar dafür, dass er noch einmal das Warum thematisiert hat. Es ist wichtig, dass wir kurz noch über Folgendes reden. Das Geld, das wir fordern – die Forderungen sind wirklich maßvoll –, ist ja vorhanden. Die Geschäftsführerin eines großen Klinikums hat gesagt: Ein solcher Streik kostet uns 3 Millionen Euro, aber wenn wir die Forderungen des Marburger Bundes erfüllen würden, wären es 1,5 Millionen Euro. Sie sagte ferner: Ich als Geschäftsführerin wünsche mir, dass man endlich mit dem Theater aufhört und den Forderungen entgegenkommt. Das ist rein politisch.

Wir alle sagen seit Jahren: Das System ist unterfinanziert, es muss neu sortiert werden. Da sind wir doch auch beieinander. Ich bitte darum, hier nicht über künstliche Gräben zu diskutieren, die nicht vorhanden sind. Wir sehen das ganz genauso wie Sie. Diejenigen, die bei uns organisiert sind, sind ja die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Zukunft.

Ich möchte noch einmal ganz deutlich sagen: Das Geld wäre da. Das ist ja das Perfide. Bei Ihnen in den niedergelassenen Praxen ist es ja manchmal ganz ähnlich: Das Geld ist vorhanden, aber es fließt nicht dorthin, wo es hingehört, sondern es wird woanders verschwendet.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Der Antrag wird vielleicht dafür sorgen, dass wir etwas näher zusammenrücken und uns gegenseitig unterstützen, wenn eine Gruppierung Forderungen erhebt. Ich glaube, dass das eine gute Startchance ist.

Jetzt frage ich: Wer möchte den Antrag V-52 befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen, keine Gegenstimmen. Mit riesiger Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Jetzt Frau Haus aus Nordrhein zur Geschäftsordnung.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben alle diesen Riesenberg von Anträgen auf Ihren Tischen liegen. Ich möchte zum weiteren Prozedere den Vorschlag machen, dass wir die Anträge nach der entsprechenden Reihenfolge durchgehen. Wenn sich jemand gegen einen Antrag wenden möchte, sollte eine Gegenrede dazu möglich sein. Wenn also zu einem Antrag gesprochen wird, dann einer dagegen und einer dafür. Ich hoffe, Sie sind mit diesem Prozedere einverstanden. Dann können wir sehr konzentriert die ganze Arbeit bewältigen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. Das ist ja eine Usance, die wir auch auf den vorhergehenden Ärztetagen praktiziert haben. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag von Frau Haus zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist das klar angenommen.

Wir kommen zum Antrag V-08, der sich mit der Allgemeinmedizin im Studium beschäftigt. Wenn Studierende im Raum sind – wir haben sie eingeladen –, dürfen sie im Zweifel, wenn sie sehr beschwert sind, das Wort ergreifen. Aber vielleicht haben sie ja gar keine Kritik an dem, was wir hier verhandeln.

Zum Antrag 8 gibt es drei Änderungsanträge. Wir kommen zunächst zum **Antrag V-08 b.** Danach soll im Vorstandsantrag der zweite Halbsatz des ersten Satzes im zweiten Absatz „…, durch geeignete Maßnahmen“ wie folgt ersetzt werden:

> *Insbesondere durch die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Hochschulen, …*

Das ist eine gute Ergänzung. Man kann nur empfehlen, den Antrag anzunehmen. Wer möchte dem Antrag 08 b zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-08 c.** Im zweiten Absatz soll in der dritten Zeile nach „positiv zu beeinflussen“ eingefügt werden:

> *Eine unabdingbare Voraussetzung ist die Einrichtung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen an allen medizinischen Fakultäten.*

Ich glaube, Herr Professor Niebling ist einverstanden, wenn wir das durch die gerade durchgeführte Abstimmung als inkludiert ansehen. Sieht er es auch so? – Gut.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-08 a.** In der dritten Zeile des vierten Absatzes soll der Begriff „Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin“ ersetzt werden durch:

> *Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA)*

Die Umbenennung erfolgte schon 2005 und wir haben das überhaupt nicht bemerkt. Der Vorstand übernimmt das und baut das so ein, weil wir ja korrekte Bezeichnungen verwenden wollen. Dann brauchen Sie darüber gar nicht abzustimmen.

Jetzt frage ich: Wer möchte den so geänderten **Antrag V-08** befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-09:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Approbationsordnung dahingehend zu ändern, dass der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr verlagert wird.*

Das sogenannte Hammerexamen soll abgeschafft werden. Dazu gibt es sicher nur Zustimmung. Das führt nämlich zu Fehlverhalten in Zeiten des Praktischen Jahrs. Wer möchte das befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag V-19:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert, dass die Ausbildung der Studierenden im Praktischen Jahr liberalisiert wird und die Studierenden größere Gestaltungsräume bei der Wahl des Ausbildungskrankenhauses erhalten. Die Beschränkung auf wenige bestimmte Lehrkrankenhäuser sollte aufgegeben werden. Der Studierende sollte frei wählen können, in welchem geeigneten Krankenhaus er das Praktische Jahr absolviert.*

Das hätte eine gewisse Ähnlichkeit mit der früheren Medizinalassistentenzeit. Das Praktische Jahr ist ja Teil des Studiums. Deswegen muss jedes Krankenhaus und jede Praxis, wo das Praktische Jahr absolviert wird, von der entsprechenden medizinischen Fakultät dafür auch beauftragt werden und ein Zertifikat bekommen. Das ist die Voraussetzung, sonst kann das nicht funktionieren, weil es ja noch Bestandteil des Studiums ist und nicht etwa wie die AiP-Phase früher nach dem Studium stattfindet.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer nicht? – Das sind mehr. Wer möchte den Antrag 19 annehmen? – Wer möchte ihn nicht annehmen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.** Die rechtlichen Grundlagen werden wir schon herrichten.

Wir kommen zum **Antrag V-64:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, zugunsten der Erhöhung der Attraktivität und Basisnähe des Praktischen Jahres (PJ) die Vorschriften in den §§ 3 und 4 Approbationsordnung für Ärzte … zu ändern.*
>
> *Der Einsatz der PJ-Studenten muss in allen qualifizierten Krankenhäusern auch ohne den Status Lehrkrankenhaus anerkannt werden.*

Das ist, glaube ich, dasselbe wie eben. Das können wir mit Einverständnis des Antragstellers als beschlossen betrachten.

(Zurufe: Nein!)

– Möchte der Antragsteller den Antrag aufrechterhalten? – Er stimmt zu. Dann ist der Antrag praktisch zurückgezogen. Wir klemmen ihn an den anderen Antrag an.

(Zuruf)

– Wir können ihn auch bescheiden. Doppelt gemoppelt hält besser. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag V-69:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Medizinischen Fakultäten auf, eine praxis- und patientennähere Ausbildung im Praktischen Jahr unter besonderer Einbindung der Krankenhäuser der Regelversorgung zu fördern.*

Das ist ein sehr guter Antrag. Da findet ja wirklich die Medizin statt, die auch mit der hausärztlichen Medizin am ehesten Ähnlichkeit hat. Wer möchte dem Antrag 69 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-20:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Approbationsordnung dahingehend zu ändern, dass der schriftliche Teil des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr verlagert wird.*

Rudolf, das ist wohl mit dem Antrag 9 erledigt. – Ist in Ordnung.

Dann kommt der **Antrag V-23:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, an § 3 Abs. 1 der Approbationsordnung für Ärzte … dahingehend festzuhalten, dass die aktuelle Struktur des Praktischen Jahres (PJ) mit drei Tertialen, von denen zwei Pflichtfächer und eines ein Wahlfach abdecken, weiterhin bestehen bleibt.*

Das wäre ein Beschluss, der sich mit dem eben gefassten Beschluss nicht vertrüge.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Das ist so blockweise. Ich glaube, wir müssen die Abstimmung wiederholen. Ich frage also noch einmal: Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Ich glaube, wir zählen lieber. Man kann ja auch die Liberalisierung in Tertialen machen. Mir wäre am liebsten, wenn Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin die drei Fächer wären.

Ich frage noch einmal: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? – Der Überweisungsantrag ist mit 108 : 77 Stimmen angenommen. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Professor Schulze wird sich mit seinem Ausschuss damit befassen.

Nunmehr kommt der **Antrag V-24:**

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt eine über das Zulassungsverfahren der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) hinausgehende Quotierung der Studienplätze in der Humanmedizin kategorisch ab. Eine Landarztquote darf bei der Zulassung zum Medizinstudium kein Auswahlkriterium werden. Die Zurückhaltung einer Anzahl von Studienplätzen für Abiturienten mit schlechterem Abiturschnitt oder Personen ohne Abitur, die sich nach Studium und der Weiterbildung auf dem Land niederlassen sollen, hält der Deutsche Ärztetag für ein ungeeignetes Kriterium bei der Auswahl der Studienplatzbewerber.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte das dem Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Viele. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die klare Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.** Das ist ja auch logisch.

Jetzt kommt der **Antrag V-25:**

> *Der Deutsche Ärztetag spricht sich für die Abiturnote als ein Kriterium zur Auswahl für die Zulassung zum Medizinstudium aus.*

Dazu gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede. Bitte.

Dr. von Zastrow, Niedersachsen: Ich spreche gegen den Antrag. Bis in die 60er-Jahre gab es keinen Numerus clausus. Die Ärzte, die bis zu diesem Zeitpunkt studiert hatten, hatten im Durchschnitt relativ „schlechte“ Abiturnoten, schlechter als bei anderen Fachgebieten. Dass die damals ausgebildeten Ärzte schlechter waren als die später ausgebildeten, bezweifele ich. Sicherlich korrelieren die Abiturnoten mit den Noten des Staatsexamens. Ziel des Studiums ist aber nicht das Staatsexamen, sondern das, was danach kommt.

Ich fände es sinnvoller, ein Experiment zu machen, indem man sagt: Wir lassen eine gewisse Quote – 100 oder 200 – rein nach Zufall zu und prüfen, ob das am Ergebnis irgendetwas ändert. Ich persönlich vermute: nein. Dann würde auch der Druck nachlassen, dass man aufgrund der guten Note meint, studieren zu müssen.

Viel wichtiger finde ich, dass das System der Abiturnoten die Jungen benachteiligt. In dem Bestreben, die Benachteiligung von Mädchen auszugleichen, ist es dazu gekommen, dass die Jungen an dem Vorbild der braven Mädchen gemessen werden; überwiegend weibliche Lehrer. Die Tatsache, dass die Quote an Jungen so gering ist, liegt an einer gewissen Chancenbenachteiligung.

(Beifall – Widerspruch)

Eventuell wäre eine Quotierung sinnvoll, indem man die Hälfte der Studienplätze an Jungen und die Hälfte an Mädchen vergibt.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Rudolf Henke möchte den Antrag verteidigen.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich habe Verständnis für diese Argumentation. Ich sehe hier im Saal etliche, die im persönlichen Gespräch gestehen, dass sie unter den heutigen Bedingungen mit ihrer Abiturnote nicht direkt zugelassen worden wären. Ich sehe übrigens auch drei oder vier, die nicht sicher sind, ob sie so lange hätten warten können, weil das auch ein existenzielles Problem ist, zumal man unter den heutigen Bedingungen ja auch daran gehindert ist, während der Wartezeit ein anderes, vielleicht sinnvolles Studium zu absolvieren. Man darf zwar eine Berufsausbildung absolvieren, aber wenn man während dieser Zeit studiert, wird das nicht auf die Wartezeit angerechnet.

Insofern habe ich dafür großes Verständnis. Aber in dem Antrag steht ja auch nicht, wir sollen uns dafür aussprechen, dass die Abiturnote das einzige Kriterium ist. Wir nennen sie als *ein* Kriterium. Daran werden wir auch nicht vorbeikommen, solange wir überhaupt einen Numerus clausus haben, denn für diesen Numerus clausus gilt in einer Leistungsgesellschaft, dass die zuvor in der Abiturnote dokumentierte Leistung beim Abitur schon eine Bedeutung haben muss. Anders ist dieser Numerus clausus überhaupt nicht zu vertreten. Man kann das meines Erachtens nicht an irgendwelche Zufallskriterien binden.

Die Formulierung „*ein* Kriterium“ lässt Raum für andere Kriterien, die man auch berücksichtigt. Aber ich glaube nicht, dass wir an der Abiturnote als *einem* Kriterium vorbeikommen. Das bringt der Satz zum Ausdruck.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Ich möchte nicht sagen, was aus mir geworden wäre, wenn ich – –

(Heiterkeit)

Wer möchte dem Antrag 25 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Es folgt der **Antrag V-34:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, zu prüfen, ob auch durch eine Erhöhung der Studienplätze in der Medizin*

– gemeint ist wohl eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Medizin –

> *mittelfristig dem Nachwuchsmangel begegnet werden kann. Zugleich müssen dann aber auch die Kapazitäten in der klinischen Ausbildung – am Krankenbett des Patienten also – erweitert werden. Vorher und auch kontinuierlich muss aber die Qualität der Lehre deutlich verbessert und*

*mehr Praxisbezug hergestellt werden. Außerdem müssen die Lehr- und Prüfungsinhalte überprüft und am Ausbildungsziel orientiert werden …*

Wer möchte dem Antrag 34 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Wenige. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-43:**

*Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, dass bei den Auswahlgesprächen für Studierende der Medizin an den jeweiligen Hochschulen Vertreter der Landesärztekammern hinzuzuziehen sind. Einhergehend damit sollen die Ärztekammern ihre Vorstellung über die Ausgestaltung dieser Gespräche und die Auswahlkriterien für die Einladung bei den Hochschulen einbringen …*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Die Universitäten haben sechs Jahre mit den Studierenden zu tun und wir als Kammern ein Berufsleben lang. Das ist ja auch wichtig.

Damit kommen wir zum **Antrag V-110:**

*Der Gesetzgeber wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass in den Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium die Ärztekammern aktiv beteiligt werden.*

Auch da wäre die Vorstandsüberweisung sinnvoll. Wer möchte den Antrag 110 überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen** und Professor Schulze wird sich damit befassen.

Es geht weiter mit dem **Antrag V-51:**

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Stellen erneut auf, die Rahmenbedingungen für die Studienordnungen dahingehend zu erweitern, dass die Medizinstudierenden die Lehrkrankenhäuser für ihre Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) deutschlandweit frei wählen können.*

„Deutschlandweit“ stand in dem anderen Antrag nicht. An sich müsste dort „weltweit“ stehen. Das kann man ja auch im Ausland machen. Wer möchte dem Antrag 51 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-73:**

*Der 113. Deutsche Ärztetag weist entschieden den Vorschlag des Gesundheitspolitikers Jens Spahn zurück, für den Studiengang Medizin den Bachelor-Master-Studiengang einzuführen …*

Das ist ein schöner Antrag. Wer möchte zustimmen, dass wir das nicht wollen? – Wer ist dagegen, dass wir das nicht wollen? – Wer enthält sich? – Dann ist das einstimmig **angenommen.** Sehr schön.

(Beifall)

Es geht weiter mit dem **Antrag V-109:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin ab. Er begrüßt in diesem Zusammenhang die klare Positionierung des Bundesgesundheitsministers Dr. Rösler gegen eine Umsetzung des Bologna-Prozesses für das Medizinstudium. Das einheitliche und hochwertige Medizinstudium mit dem Abschluss Staatsexamen muss erhalten bleiben …*

Das sollten wir ruhig auch noch abstimmen. Wer möchte dem Antrag 109 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Es geht weiter mit dem **Antrag V-81:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Bundes- und die Landesgesetzgeber auf, die Zugangskriterien für die Studienplatzvergabe an den medizinischen Fakultäten zu ändern. Eine besondere Berücksichtigung sollten in viel höherem Maße bereits vor Studienbeginn geleistete Praktika oder eine bereits abgeschlossene medizinische Berufsausbildung finden. In diesem Zusammenhang sollten vom 113. Deutschen Ärztetag die medizinischen Fakultäten aufgefordert werden, die Möglichkeiten der Bewerberauswahl durch Eignungsgespräche im jetzt schon möglichen vollen Umfang zu nutzen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Das ist doch an sich ein löbliches Vorhaben. Aber ich frage: Wer möchte das dem Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-85:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber und die Fakultäten auf, eine Lösung zu erarbeiten, wie die Mobilität im Praktischen Jahr des Medizinstudiums innerhalb Deutschlands ermöglicht werden kann.*
>
> *Den Studierenden muss die Möglichkeit gegeben werden, ihr Praktisches Jahr oder Teile davon im gesamten Bundesgebiet auch an Ausbildungsstätten gemäß der Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte … zu absolvieren, die nicht als Lehrkrankenhäuser an die eigene Fakultät angeschlossen sind.*

Das ist eine kleine Variante zu dem eigentlichen Ziel. Wir können durchaus darüber abstimmen. Wer möchte dem Antrag 85 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.** Wenn man mehreren Anträgen mit demselben Ziel zustimmt, ist die Wirkung noch größer.

Jetzt kommt der **Antrag V-100:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, sich bei den Universitäten dafür einzusetzen, dass geeignete Einrichtungen der betriebsärztlichen Betreuung den Einrichtungen der ambulanten ärztlichen*

*Krankenversorgung im Sinne der Approbationsordnung für Ärzte … gleichgestellt werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede gegen Vorstandsüberweisung? – Keine. Wer möchte das dem Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-111:**

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Approbationsordnung dahingehend zu ändern, dass das jetzige „Hammerexamen" abgeschafft und der zweite Teil der ärztlichen Prüfung in einen schriftlich-theoretischen Teil vor dem Praktischen Jahr (PJ) und ein mündliches klinisch-praktisches Examen mit Patientenvorstellung gegliedert wird.*

Das ist etwas differenzierter. Wer möchte dem Antrag 111 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit haben wir das Kapital „Studium" abgehandelt. Wir kommen zum Kapitel „Ausbildung". Ich rufe hier zunächst den **Antrag V-30** auf:

*Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den § 6 Absatz 2 der Approbationsordnung … um die krankenpflegerische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Rettungsassistenten zu ergänzen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Der Rettungsassistent soll also auch, wenn er das gemacht hat, positiv im Sinne der Zulassung zum Medizinstudium gewertet werden. Das ist offensichtlich bisher nicht der Fall.

Ist die Vorstandsüberweisung ernst gemeint? – Ja. Wer möchte Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag 30 zu? – Viele. Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag V-82:**

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Landesministerien auf, das Fach Hygiene als eigenständiges medizinisches Institut an den medizinischen Fakultäten zu erhalten.*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-83:**

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Landesministerien auf, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als Querschnittsbereich an den Medizinischen Fakultäten zu etablieren.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Darüber müssen wir noch einmal nachdenken; da haben Sie recht. Wer möchte überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag V-130:**

> *Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den Begriff „Arzt/Ärztin" bzw. „Weiterzubildende/r Arzt/Ärztin" statt „Assistenzarzt/Assistenzärztin" bzw. „Weiterbildungsassistent/Weiterbildungsassistentin". Mit der Approbation wird der Status Arzt/Ärztin erlangt.*

Es wird immer noch „Assistenzarzt" gesagt. Das sind alles Begriffe aus dem Militär. Wer stimmt dem Antrag 130 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Mit ganz klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommen wir noch zum **Antrag V-126:**

> *Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den Begriff „Arzt/Ärztin in Weiterbildung" statt „Assistenzarzt/Assistenzärztin" bzw. „Weiterbildungsassistent/Weiterbildungsassistentin", da dieser besser die Qualifikation, die mit der Approbation erlangt wurde, widerspiegelt.*

Ich glaube, das bestätigen wir noch einmal. Wer möchte dem Antrag 126 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum Thema „Zulassung/Bedarfsplanung". Da rufe ich zunächst den **Antrag V-14** auf:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Bildung und Forschung auf, im Rahmen der vorgesehenen Förderung der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen … auch Vorhaben zu fördern, die eine bessere Grundlage für die Ermittlung des Bedarfs an Gesundheitseinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich sowie für Rehabilitation und Pflege schaffen.*

Das ist ein Antrag vom Vorstand der Bundesärztekammer. – Gegenrede ist nicht gewünscht. Dann frage ich: Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Es geht weiter mit dem **Antrag V-32:**

> *Der Deutsche Ärztetag missbilligt die Bestrebungen zur Schwächung des ambulanten, fachärztlichen Bereiches in dem „Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung".*
>
> *Insbesondere die geforderte Ausdünnung der ambulanten fachärztlichen Leistungen und die Verlagerung des spezialisierten fachärztlichen Versorgungsbereichs an Zentren, Krankenhäuser und kooperierende Einrichtungen gefährdet den Erhalt einer wohnortnahen fachärztlichen Versorgung.*

Das hätten wir auch schon vorhin abstimmen können, aber auch hierhin passt es. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Es geht weiter mit dem **Antrag V-60:**

> *Die Delegiertenversammlung des 113. Deutschen Ärztetages möge beschließen: Der Ärztetag empfiehlt dem Gesetzgeber eine Änderung des § 103 SGB V, Abs. 4 und 4 a.*

Als Begründung wird angeführt – das finde ich sehr schön –:

> *Der Antrag soll erreichen, dass vertragsärztliche Zulassungen, die in Angestelltenverhältnisse umgewandelt wurden, entgegen der gültigen Rechtslage auch wieder in vertragsärztliche Zulassungen rückumgewandelt werden können.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Darf ich kurz Stellung nehmen?

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Nur wenn jemand dagegen ist. Ist jemand dagegen, dass wir das verabschieden?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Dann sagen Sie etwas dazu, warum das nicht an den Vorstand überwiesen werden soll.

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Ich denke, es wird ein zunehmend dringendes Problem, dass wir eine wachsende Zahl von medizinischen Versorgungszentren haben, gegen die ich per se nichts habe. Das kann im Prinzip eine gute Idee sein. Die medizinischen Versorgungszentren stellen zunehmend fest, dass sie defizitär sind. So manche Klinik würde ihr medizinisches Versorgungszentrum gern wieder los. Aber die haben jetzt Praxissitze aufgekauft und haben dort Angestellte auf diesen Positionen sitzen. Ich weiß, dass manche Klinik froh wäre, wenn sie das rückumwandeln könnte und echte Vertragsärzte in dieses Zentrum hineinbringen könnte.

Insofern ist das ein sehr wichtiger Antrag, der im Übrigen mit dem Vorstand unserer Ärztekammer, mit dem Strukturausschuss unserer Ärztekammer und auch mit der KV so abgestimmt ist.

(Beifall – Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön für die Erklärung. – Wer möchte den Antrag 60 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Der Vorstand der Bundesärztekammer mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Ausschüssen wird sich intensiv darum kümmern, denn das Anliegen ist ja ein bedeutendes.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir sollten vielleicht doch eine 15-minütige Mittagspause machen. Bei diesem Verfahren hier können wir nicht einmal mehr zum Pinkeln rausgehen. Wir sollten ganz kurz verschnaufen und dann konzentriert weiterarbeiten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir stimmen darüber ab. Damit wir in den entsprechenden Einrichtungen nicht alle übereinandersitzen: Wir könnten uns auch um 13.15 Uhr wiedertreffen. Dann schaffen wir das auch noch.

(Beifall)

Ich stelle das zur Abstimmung. Wer ist dafür, dass wir eine kleine Pause bis 13.15 Uhr machen? – Wer ist dagegen? – Das sind viel mehr. Es geht also jeder dann, wenn er muss, und nicht, wenn Pause ist.

(Heiterkeit)

Wir wenden uns nun dem **Antrag V-33** zu:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt die im Koalitionsvertrag festgehaltene Absicht der Fortsetzung einer besseren Verzahnung des stationären und des ambulanten Sektors.*
>
> *Dies betrifft insbesondere die kritische Überprüfung und eventuelle Präzisierung des Zulassungsverfahrens für Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.*
>
> *§ 116 b SGB V in der jetzigen Fassung sorgt eher für Konfrontation als für Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern, schürt den Konkurrenzkampf und sorgt für unnötige Rechtsstreitigkeiten …*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Dazu hat sich Herr Bertram gemeldet. Bitte schön.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Kurz und knapp: Wir haben den schönen Antrag von Frau Wenker aus der Akademie und den Gremien gehabt. Das beinhaltet fast dasselbe. Deswegen beantrage ich Vorstandsüberweisung, damit der Vorstand gegebenenfalls noch etwas ergänzen kann, falls es weitere Aspekte gibt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Möchte jemand gegen den Überweisungsantrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 33 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Dann kommt der **Antrag V-35:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Rettungsdienst mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport endlich eigenständig im SGB V zu regeln und als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V anzuerkennen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Wer möchte Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer möchte das nicht überweisen? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Das Anliegen ist durchaus gerechtfertigt. Ich denke, wir werden dem wohlwollend gegenüberstehen.

Wir kommen zum **Antrag V-40:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die aktuell im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthaltenen Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen auf ihre Wirtschaftlichkeit und medizinische Sinnhaftigkeit hin evaluieren zu lassen.*
>
> *Der Deutsche Ärztetag steht voll und ganz hinter dem Präventions- und Früherkennungsgedanken, sowohl aus medizinischen Gründen als auch mit Blick auf einen zielgerichteten Einsatz immer knapper werdender Mittel. Gerade aus diesem Grund ist dabei die Überprüfung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, bezogen auf den betreffenden Personenkreis, und ausgehend davon ggf. eine Neujustierung in inhaltlicher Hinsicht und im Hinblick auf die entsprechende Zielgruppe, besonders wichtig.*

Ich benutze den Ausdruck nicht mehr, aber das ist ein richtig schönes Beispiel für das Wort, das mit P anfängt. Das ist ein böses Wort in Deutschland geworden, nämlich Priorisierung. Wer möchte den Antrag 40 befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-50:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Selbstverwaltung in den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken dahingehend zu stärken, dass die Vertragsabschlusskompetenz von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen(verbänden) „vor Ort“ erweitert wird und so regionale Besonderheiten wieder stärker Berücksichtigung finden können.*

Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag V-57:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, aktiv dazu beizutragen, dass Rechtsmittel gegen das Urteil des Oberlan-*

*desgerichts Braunschweig … eingelegt werden, und alle Bemühungen einzelner Ärzte oder Verbände zu unterstützen, die das Ziel haben, dieses Urteil zu revidieren.*

Jetzt müsste man wissen, was in dem Urteil steht. In der Begründung des Antrags heißt es:

*Entgegen der bisher herrschenden juristischen Meinung hat dasOberlandesgericht Braunschweig entschieden, dass ein Arzt „zum Beauftragten der Krankenkassen“ wird, wenn er ein Rezept ausstellt. Von diesem „Gehilfenstatus“ ist es nicht mehr weit zum „Auftragnehmer“ der Krankenkassen.*

*Die Entscheidung ist nicht nur rechtsdogmatisch fragwürdig, sondern sie stellt die Krankenkassen anstelle des Patienten in den Mittelpunkt ärztlicher Entscheidungen. Dieser Tendenz muss auf allen Ebenen entgegengewirkt werden.*

(Beifall)

Damit haben Sie recht.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wer ist dafür, dass es an den Vorstand überwiesen wird? – Wer ist dagegen? – Dann frage ich: Wer ist für den Antrag 57? – Ist etwa jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Das ist ein komisches Urteil. Früher sprach man ja auch einmal vom „Kassenarztamt“.

Wir kommen zum **Antrag V-62.** Hier hat Herr Kaplan selbst im Antrag 62 a eine Änderung beantragt. Darüber müssen wir also nicht abstimmen. Danach soll der letzte Satz im vierten Absatz gestrichen werden:

*Des Weiteren appellieren wir an die Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages, dieses Anliegen ebenfalls zu unterstützen.*

Dann wird dieser Satz gestrichen. Der Rest wird jetzt zur Abstimmung gestellt:

*Nach dem Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 24. Juni 2009 … kann ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mehr als zwei Nebenbetriebsstätten unterhalten, da Normadressat der ärztlichen Berufsordnung ausschließlich der Arzt ist. Deshalb ist § 17 Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns „Über den Praxissitz hinaus ist es dem Arzt gestattet, in bis zu zwei weiteren Praxen selbstständig ärztlich tätig zu sein …“ auf ein MVZ selbst auch nicht entsprechend anwendbar. Das Sächsische Landessozialgericht hebt in dem Urteil hervor, dass die Berufsordnung insoweit keine Regelungslücke enthält. Da ein MVZ als ärztlich geleitete Einrichtung nach § 95 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) nicht Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer sein kann,*

*unterliegt ihre Tätigkeit somit nicht der Regelungskompetenz der Ärztekammer.*

*Wir appellieren an den Bundesgesetzgeber, die dadurch entstehende Ungleichbehandlung durch eine entsprechend korrespondierende Regelung im SGB V zu beseitigen …*

Das ist sinnvoll, denn die Ärzte, die dort arbeiten, unterliegen der Berufsordnung, aber die Einrichtung selber natürlich nicht, wenn sie nicht ärztlich betrieben wird. Insofern ist da eine Lücke.

Wer möchte dem Antrag 62 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir bewegen uns zum **Antrag V-72:**

*Die Gesetzlichen Krankenkassen werden gebeten, die im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativmedizinischen Versorgung (SAPV) notwendige Arzneimittelversorgung als Vertragsgegenstand außerhalb der Budgetierung in den Verträgen über die SAPV stets vorzusehen.*

Wer möchte dem Antrag 72 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-88:**

*Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Ausweitung von Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkostenregelungen als Instrument des Wettbewerbs in weiteren Bereichen zu prüfen. Erfahrungen im zahnmedizinischen Bereich haben gezeigt, dass die Patienten diese Möglichkeiten, die ihnen mehr Entscheidungsfreiraum lassen, gut annehmen. Den Krankenkassen müssen Möglichkeiten eingeräumt werden, entsprechende zusätzliche Versichertenpakete über Satzungsleistungen anzubieten.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Es geht weiter mit dem **Antrag V-97:**

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sich im Bewertungsausschuss dafür einzusetzen, die Honorierung der ärztlichen Psychotherapie innerhalb der somatischen Fächer der Honorierung in den psychotherapeutischen Fächern (wieder) gleichzustellen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wer möchte dem Überweisungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-106 (neu):**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die geplante Einführung der neuen Diagnose-Kodierrichtlinien umgehend zu stoppen.*
>
> *Hier werden Daten dazu missbraucht, um Honorarverteilung zu organisieren. Dabei geht man von der irrigen Meinung aus, den Wert und die Intensität der täglichen Arbeit in der Arztpraxis an den kodierten Diagnosen ablesen zu können ...*

Das stimmt. Es gibt ja auch Kranke. Es gibt nicht nur Diagnosen, es gibt sogar kranke Leute.

(Beifall)

Wer möchte dem Antrag 106 (neu) zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Dann muss die KBV den Gesetzgeber bitten, das Gesetz zu modifizieren. Sie steht da unter Handlungszwang, weil ihr der Gesetzgeber das vorschreibt. Aber das haben wir ja gestern bereits besprochen.

Dann kommen wir zum **Antrag V-112:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, neben dem Sachleistungssystem den Aufbau einer eigenständigen, funktionsfähigen Säule der ambulanten Versorgung auf der Grundlage des Kostenerstattungsprinzips zeitnah umzusetzen.*
>
> *Die Kostenerstattung beruht auf dem bilateralen Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient. Eine Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten muss sozial verträglich so gestaltet sein, dass der Zugang zur ärztlichen Behandlung für alle Bürger ungehindert möglich ist.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Das haben wir unter Tagesordnungspunkt I schon diskutiert und abgestimmt. Das wäre hier der zweite Versuch.

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Herr Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben am Dienstag die generelle Einführung eines Kostenerstattungsprinzips besprochen. Hier geht es darum, dass eine eigenständige Säule der Kostenerstattung, die funktioniert, eingeführt werden muss, und zwar zeitnah, damit wir als Ärzte unsere Unabhängigkeit in den Praxen erhalten und die Kollegen in den Krankenhäusern eine Perspektive haben, auch noch in der Zukunft unabhängig arbeiten zu können. Ich erinnere an das Urteil des Sozialgerichts, das festgestellt hat, wir seien wie Angestellte der Krankenkassen zu behandeln. Nur dann, wenn die Kostenerstattung, die auf der Grundlage eines direkten Vertragsverhältnisses zwischen Arzt und Patient beruht,

eingeführt wird, wird unser Arztberuf frei bleiben können. Deshalb bitte ich um Zustimmung zu diesem Antrag.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt ist auch noch eine Gegenrede gegen den Antrag selber gewünscht. Wir schauen erst einmal, was Sie bezüglich der Vorstandsüberweisung meinen. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? Dann brauchen wir keine weitere Aussprache. – Wer ist gegen die Überweisung? – Das ist die Mehrheit.

Dann ist jetzt Rudolf Henke zur Gegenrede berechtigt. Bitte schön.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Wir haben gestern durch den Leitantrag ein Erprobungsverfahren beschlossen. Da bin ich mit einem Änderungsantrag unterlegen. Wenn wir diese Erprobung für richtig gehalten haben, ist das etwas fundamental anderes als die generelle Einführung einer eigenständigen Säule.

(Beifall)

Eine eigenständige Säule bedeutet auf Deutsch, dass wir in Zukunft parallel zueinander zwei unterschiedliche Abrechnungssysteme haben werden. Wir werden ein Abrechnungssystem im Sachleistungsprinzip haben und ein zweites Abrechnungssystem im Kostenerstattungssystem.

Wenn wir das so machen, muss logischerweise das Recht der Ärzte entstehen, sich zu entscheiden, in welchem der Systeme sie tätig werden wollen. Wenn dieses Recht entsteht, bedeutet dies, dass sich die einen auf das Sachleistungssystem beziehen und die anderen sagen: Für uns kommt aber nur die Kostenerstattung infrage.

Jetzt ist die Frage, ob die Kostenerstattung wirklich ein Verfahren ist, von dem man sagen kann, dass es so sozial verträglich gestaltet wird, dass der Zugang für alle Bürger ungehindert möglich ist. Das ist ja das, was Herr Grauduszus fordert.

Liebe Leute, das wird für eine Menge von Menschen nicht so sein.

(Beifall)

Es wird viele Menschen geben, für die das Kostenerstattungsprinzip eine hohe Hürde bei der Inanspruchnahme darstellt. Das bedeutet eine Teilung der Kollegenschaft: in diejenigen, die bereit sind, sich mit dem Patienten auseinanderzusetzen, der das Kostenerstattungsprinzip nicht will, und solche, die dazu nicht bereit sind. Das halte ich für eine Attacke auf die innerärztliche Solidarität. Ich bin sehr dagegen, dass wir diesen Antrag beschließen.

(Beifall – Zurufe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt darf auch jemand den Antrag verteidigen. Herr Grauduszus, möchten Sie das selber machen? Herr Dr. Mitrenga legt Wert darauf, dass er diesen Antrag nicht mit gestellt hat. Er möchte gern von dieser Liste gestrichen werden.

Grauduszus, Nordrhein: Das wollte ich kurz erklären. Herr Mitrenga hat aus demokratischen Erwägungen diesen Antrag mit unterzeichnet, aber er ist nicht Mitantragsteller. Er wird dort irrtümlich aufgelistet.

Ich denke, die Argumente sind ausgetauscht. Deshalb sollte man zur Abstimmung kommen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist eine gute Idee. – Jetzt steht der Antrag 112 zur Abstimmung. Wer möchte dem Antrag 112 zustimmen? – Wer möchte ihn ablehnen? – Der Antrag ist **abgelehnt.**

(Beifall)

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-115:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, bis zur Einführung des Kostenerstattungsprinzips als primärem Abrechnungs- und Vergütungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die bestehenden Benachteiligungen für gesetzlich Krankenversicherte bei der Wahl der Kostenerstattung zu beseitigen und eine Gleichberechtigung von Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V und Sachleistungsprinzip in der GKV herzustellen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Frau Haus selbst.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich meine, dass wir diesen Antrag hier wirklich gut abstimmen können und nicht an den Vorstand überweisen müssen. Der Vorstand hat sich in seinem Leitantrag zu diesem Problem schon geäußert. Das hier ist etwas, was im Koalitionsvertrag steht und von dem wir überall auf Kammerversammlungen und KV-Vertreterversammlungen fordern, dass es wenigstens fair behandelt wird. Das Kostenerstattungsprinzip ist implementiert, aber es wird unfair behandelt. Es tut keinem weh, denke ich, wenn er hier dafür stimmt. Das ist, wie gesagt, Gegenstand des Koalitionsvertrags. Wir sollten von diesem Ärztetag her einen kleinen Output geben, dass wir im Prinzip die Richtung der Regierung unterstützen. Wenn wir dagegen wären, wüsste ich überhaupt nicht, was wir noch wollen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. – Ich frage: Wer möchte dem Antrag 115 zustimmen? – Wer möchte ihn nicht annehmen? – Das Erste war die Mehrheit.

(Beifall)

Wer enthält sich? – Die Beteiligung war nicht so riesig, aber es haben halt mehr dafür gestimmt. Der Antrag ist also **angenommen.**

Es geht weiter mit dem **Antrag V-129:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag empfiehlt die Umsetzung der Bezahlung der ambulanten ärztlichen Leistungen in ein Kostenerstattungsprinzip. Dies dient einer größeren Transparenz der Bezahlung der ärztlichen Leistungen …*
>
> *Dadurch kann auch das Kostenbewusstsein der Patienten geschärft werden …*

Ich glaube, das haben wir erledigt. Ich frage trotzdem: Wer ist für den Antrag 129? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag V-116** nebst **Antrag V-116 a.** Der Antrag 116 lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, in der gesetzlichen Krankenversicherung eine sozialverträgliche Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen einzuführen. Ziel ist, Anreize für ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen. Die Praxisgebühr ist abzuschaffen.*
>
> *Dabei ist sicherzustellen, dass niemand von notwendigen Arztbesuchen abgehalten wird. Die Selbstbehalte sind prozentual nach der Höhe der Arztrechnung mit negativer Progression zu staffeln. Die nach § 62 SGB V geltende Begrenzung der jährlichen Gesamtbelastung der Versicherten durch Zuzahlungen ist beizubehalten. Menschen mit geringem Einkommen (z. B. ALG-II-Empfänger) zahlen einen Euro je Arztbesuch.*

Der **Antrag V-116 a** fordert, im Antrag 116 einen neuen dritten Absatz mit folgendem Text einzufügen:

> *Zur Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten bzgl. der Medikamentenausgaben ist die Einführung einer prozentualen Medikamentenkostenbeteiligung sinnvoll, bei gleichzeitiger Festlegung einer Obergrenze der Eigenbeteiligung (soziale Abfederung, komplette Befreiung von der Medikamenten- und Selbstbeteiligung für sozial Schwache).*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Nicht. Wer möchte überweisen? – Wer nicht? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Dann ist **an den Vorstand überwiesen.** – Ich muss noch einmal fragen: Wird der Änderungsantrag 116 a befürwortet oder ist er an den Vorstand überwiesen? – Beides.

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-124:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, dafür zu sorgen, dass Richtgrößen und Budgets für Arzneimittel sowie Heilmittel unverzüglich abgeschafft werden.*

Wer möchte diesen Antrag befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-125:**

> *Die Bundesärztekammer wird beauftragt, eine Zusammenstellung aller gesetzlichen Normen zu erstellen, die eine sinnvolle und erwünschte Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern auch ohne Beteiligung von Krankenkassen systematisch verhindern.*
>
> *Die Bundesärztekammer wird weiterhin beauftragt, zu prüfen, welche Regelungen in der (Muster-)Berufsordnung zur Lösung der Problematik denkbar wären und welche weiteren Rechtsquellen angepasst werden müssten, und ggf. eine entsprechende Änderung gesetzlicher Regelungen beim Gesetzgeber anzumahnen.*

Das ist also ein Prüfauftrag. Wer möchte dem Antrag 125 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Zur Geschäftsordnung jetzt Herr Nowak.

Dr. Nowak, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Punkt GKV am Anfang lief sehr, sehr schnell. Die Leute haben eher an einen Toilettengang gedacht, als sich mit dem Antrag zu beschäftigen. Meinen Antrag 35 zur Verankerung des Rettungsdienstes und der Notfallmedizin im SGB V habe ich für einen Selbstläufer gehalten. Der Antrag wurde aber leider an den Vorstand weitergeleitet, weil das so schnell ging. Die Leute hatten keine Zeit, sich damit zu beschäftigen.

Es geht darum, ganz klar ins Gesetz zu schreiben, was schon heute angewendet wird. Es kostet die Ärzte kein Geld. Sie verlieren nichts. Dieser Antrag ist abgesprochen mit einzelnen Landesbehörden, die für den Rettungsdienst zuständig sind. Sie würden sich freuen, wenn sie vom Ärztetag eine Unterstützung bekämen.

Deswegen bitte ich um zweite Lesung und Sie um eine eindeutige Zustimmung.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Das machen wir, wenn der ganze Tagesordnungspunkt abgewickelt ist.

Jetzt muss ich mich möglichst vornehm ausdrücken: Ein paar Minütchen müssen wir unterbrechen. Wir haben kein Stenografenteam, sondern einen einzelnen Stenogra-

fen. Sie wissen schon, worum es geht. Sie brauchen sich nicht von Ihren Plätzen wegzubegeben; es geht gleich weiter.

(Unterbrechung)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir können uns jetzt Gedanken darüber machen, ob wir dem Antrag von Herrn Nowak entsprechen wollen, zum Antrag 35 betreffend den Rettungsdienst eine zweite Lesung durchzuführen. Dazu müssen wir zählen. Ich frage: Wer möchte zum Antrag 35, der an den Vorstand überwiesen worden ist, eine zweite Lesung befürworten, weil er ein Herz für die Ärzte, die im Rettungsdienst arbeiten, und für die Rettungssanitäter hat? – Wer möchte das nicht? – Wer möchte sich enthalten? – Niemand. Dann ist eine zweite Lesung beschlossen. Es geht um den **Antrag V-35:**

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Rettungsdienst mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport endlich eigenständig im SGB V zu regeln und als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V anzuerkennen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Das haben wir eben schon einmal gemacht.

(Zurufe)

– Jetzt wollen Sie es wieder? Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? Da muss er ziemlich gute Argumente haben.

Nowak, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, einige haben nicht verstanden, um was es geht.

(Widerspruch)

Es geht um die Bemühungen der Landesbehörden, die für den Rettungsdienst zuständig sind, endlich eine Regelung im Bundesgesetz zu haben. Es wird zwar praktiziert, führt aber bei den Krankenkassen dazu, dass man zu hören bekommt: Wir bezahlen das nicht, es steht nicht im SGB V. Es müssen Prozesse geführt werden, es laufen Schiedsstellenverfahren, bis es letztlich doch bezahlt wird.

Ich möchte, dass es hier endlich eine einheitliche Regelung gibt, dass wir ein Bundesgesetz und Landesgesetze haben, die kongruent sind. Um mehr geht es nicht. Deswegen bitte ich um Zustimmung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann frage ich noch einmal: Wer möchte überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das zählen wir aus. Also noch einmal die Frage: Wer möchte überweisen? – Wer möchte die Überweisung ablehnen, also

heute entscheiden? – 72 sind gegen die Überweisung, 65 sind für die Überweisung. Das sind sieben Stimmen Unterschied. Aber immerhin.

Dann können wir jetzt inhaltlich abstimmen. Wer ist für den Antrag 35? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

(Beifall)

Jetzt kommen wir zum **Antrag V-06,** der die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im GKV-System zu einer gemeinsamen Qualitätskultur betrifft. Heute ist alles „Kultur". Das ist ein schöner Antrag. Änderungsanträge gibt es nicht. Vorlesen kann ich den Antrag nicht, da er zu lang ist. Aber ich nehme an, Sie haben ihn kräftig studiert. Wer möchte dem Antrag V-06 vom Vorstand der Bundesärztekammer mit dem Betreff „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im GKV-System zu einer gemeinsamen Qualitätskultur" zustimmen? – Wer möchte ihn nicht akzeptieren? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum Thema „Krankenhaus". Da geht es zunächst um den **Antrag V-27:**

> *Der Deutsche Ärztetag begrüßt das im Rahmen des Bund-Länder-Spitzengesprächs am 6. Mai 2010 von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler erneut hervorgehobene Ziel, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch in den Gesundheitsberufen verbessern zu wollen.*
>
> *Bereits seit Jahren hat der Deutsche Ärztetag u. a. durch seine Kampagne „Für ein familienfreundliches Krankenhaus" aktiv dafür geworben, diesem Thema einen höheren Stellenwert einzuräumen …*

Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag V-46:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhäuser auf, familienfreundliche Arbeitsplätze zeitnah zu schaffen.*

Es folgt eine ausgiebige Begründung, wie man sich das vorstellen muss. Wer ist für den Antrag 46? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-36:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, in der Neufassung der Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus vom 19. März 2009 die Sätze 2 und 3 des § 2 (1) noch im Jahr 2010 rechtlich wirksam zu streichen. In diesen Sätzen wird geregelt, dass 60 % der Fortbildung fachspezifisch sein müssen. Da dies bei allen Krankenhausärzten schon aufgrund der internen Fortbildungen eine Selbstverständlichkeit ist, stellt diese Regelung nur eine zusätzliche Bürokratisierung dar.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Ist das ernst gemeint? – Wer ist dafür, dass wir das annehmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.** Auf den G-BA haben wir vielleicht ein bisschen mehr Einfluss als auf andere Dinge.

Damit kommen wir zum **Antrag V-41:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass stationär von Belegärzten erbrachte operative Leistungen adäquat zur Honorierung ärztlicher Leistungsanteile im Krankenhaus vergütet werden. Dazu ist die durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführte Regelung des § 18 Abs. 3 KHEntgG zu streichen und sicherzustellen, dass die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechneten Arztleistungsanteile für Hauptabteilungen für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen zur Verfügung gestellt werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Rudolf Henke hat gebeten, eine Gegenrede halten zu dürfen. Formal muss es als Gegenrede laufen.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich habe mich gemeldet, weil wir dieses Thema im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Krankenhaus“ ziemlich intensiv beraten haben. Wir haben es unter Beteiligung des Bundesverbands der Belegärzte und seines Vorsitzenden, des Kollegen Schalkhäuser, beraten. Ich finde, die Kollegen, die eine Veränderung in der Vergütungsstruktur der Belegärzte wollen, haben dafür gute Gründe. Man kann das so machen. Man muss aber wissen, dass man damit das Institut der Belegärzte komplett verändern würde. Heute richtet sich die Vergütung der Belegärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach den dort geltenden Honorarmaßstäben. Dafür, dass diese Leistungen aus dem KV-Bereich bezahlt werden, muss das Krankenhaus, das die DRGs abrechnet, eine Minderung bei der Höhe der DRGs dulden. Diese Minderung ist gesetzlich auf pauschal 20 Prozent festgelegt.

Der Antrag zielt darauf ab, diese Minderung zu beseitigen. Das hätte aber zur Folge, dass die Belegärzte nicht mehr aus der KV vergütet würden, sondern dass das Krankenhaus aus den 100 Prozent eine Summe x nähme, die es dann dazu benutzt, sowohl die Vertragsärzte, die als Belegärzte tätig sind, als auch die Leistungen des ärztlichen Dienstes, der hinzugezogen wird, wenn der Belegarzt nicht höchstpersönlich tätig wird, zu bezahlen.

Damit würden die Belegärzte zu einer Sorte von Honorarärzten mutieren. Das kann man wollen oder man kann es lassen. Der Bundesverband der Belegärzte in seiner Mehrheit signalisiert uns, dass er das nicht will. Dem haben sich die Krankenhausgremien angeschlossen.

Deswegen bin ich verpflichtet, Ihnen hier vorzuschlagen, solange das nicht ausdiskutiert ist, entweder Vorstandsüberweisung zu beschließen oder der Empfehlung des

Krankenhausausschusses zu folgen und diesen Antrag jedenfalls in der jetzigen Situation nicht anzunehmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herr Lutz möchte den Antrag verteidigen.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Was Herr Henke sagte, ist im Prinzip richtig. Auf der anderen Seite ist natürlich auch richtig, dass eine ganz massive Ungleichbehandlung zwischen den Belegärzten und den Ärzten am Krankenhaus durch die Honorierung über die Krankenhausverwaltung erfolgt.

(Beifall)

Genau dieser Unterschied muss aufgehoben werden. Herr Henke verschweigt beispielsweise auch, dass der Unterschied in der Honorierung der Belegärzte durch die Punktwerte natürlich permanent nach oben und unten geht, während die andere Honorierung gleich bleibt.

Ich meine, diese Ungleichbehandlung sollte aufgehoben werden. Deswegen bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Wir haben jetzt beide Standpunkte gehört. Wer möchte dem Antrag V-41 zustimmen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wer möchte überweisen? – Ziemlich viele. Wer nicht? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen** und Rudolf Henke kann sich zusammen mit anderen im Ausschuss Gedanken darüber machen.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-48:**

> *Der Deutsche Ärztetag setzt sich für den Ausbau moderner, kooperativer und ärztlich geprägter Führungsstrukturen der Krankenhäuser ein. Dies ermöglicht eine erfolgreiche fachübergreifende Steuerung und kontinuierliche, an medizinischer Evidenz orientierte Weiterentwicklung der Kliniken. Eine ärztliche Führung der Krankenhäuser stärkt die Qualität der Patientenversorgung auch gegenüber ökonomisch dominierten Interessen.*

Wer möchte dem Antrag 48 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-63:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Chefärzte auf, die Ärzte in den Kliniken in ihren Bemühungen um bessere Arbeitsbedingungen und adäquate Bezahlung zu unterstützen.*

Solange und so weit sie das noch können. Sie sind ja auch nicht mehr das, was sie früher einmal waren. – Wer möchte dem Antrag 63 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag V-119:**

> *Die ärztlichen Leiter in den Kliniken, insbesondere den Universitätskliniken, beeinflussen durch ihren Führungsstil in außerordentlicher Weise das Arbeitsklima in der stationären Krankenversorgung. Dort erfahren Medizinstudierende i. d. R. zuerst die Realität des Arbeitsalltags.*
>
> *Der Deutsche Ärztetag fordert, dass alle in diesen Positionen Verantwortlichen die dazu notwendigen Führungsqualitäten nachweisen.*

(Beifall)

Nicht mehr nur Forschung und Labor und Molekulargeschichten, sondern auch Führungsqualität. – Wer möchte dem Antrag 119 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt wechseln wir zu dem prickelnden Thema „Transplantationsmedizin“. Dazu liegt der **Antrag V-59** vor:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag befürwortet ein gleichzeitiges, zweigleisiges Vorgehen zur Optimierung der Organspende. Neben der Intensivierung der bereits eingeleiteten strukturellen, organisatorischen und finanziellen Maßnahmen muss eine zeitnahe neue gesetzliche Regelung im Sinne der Widerspruchslösung angestrebt werden.*

Widerspruchslösung bedeutet, dass man – wie in Österreich – nicht mehr gefragt wird, sondern sich von vornherein selbst erklären muss, dass man nicht Organspender sein möchte.

Gibt es eine Gegenrede? – Frau Dr. Wenker.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist eine rein formale Gegenrede. Ich bitte Sie, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen. Warum? Hinsichtlich des Ziels ist der Antrag uneingeschränkt zu begrüßen, nämlich bei einem eklatanten Organmangel eine Förderung der postmortalen Organspende herbeizuführen. Ich denke, das müssten wir alle wollen. Ob der Weg über die Zustimmungs- oder die Widerspruchslösung gehen soll, wird seit Jahren kontrovers diskutiert. Wir haben vor drei Jahren auf dem Deutschen Ärztetag in Münster einen Antrag an den Vorstand überwiesen, der lautet:

*Die Bundesärztekammer wird um Prüfung der Vor- und Nachteile einer gegebenenfalls modifizierten Widerspruchslösung zur Organspende gegenüber der geltenden erweiterten Widerspruchslösung gebeten.*

Antragsteller war unter anderem der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herr Dr. Windhorst. Herr Dr. Windhorst ist ad personam in der Ständigen Konferenz „Organtransplantation“ bei der Bundesärztekammer und ist dort in einer Arbeitsgruppe zur Förderung der postmortalen Organspende.

Das heißt, das Thema wird dort intensiv diskutiert. Es gibt naturgemäß bei dieser ethisch sehr schwierigen Situation einen längeren Abstimmungsprozess. Aber das Thema ist bereits dort, wohin es gehört. Insofern wäre es gut, wenn Sie diesen Antrag ebenfalls dorthin überweisen würden. Dann können wir damit weiter umgehen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist ein Überweisungsantrag. – Gibt es eine Verteidigungsrede zu diesem Antrag? – Bitte schön.

MD Dr. Breu, Bayern: Ich bin der Antragsteller. Ich spreche natürlich gegen die Vorstandsüberweisung. Sie haben gerade gehört: 2007 haben wir uns mit diesem Thema auseinandergesetzt. Damals hat der Nationale Ethikrat in seinem Zehnjahresresümee herausgefunden, dass es zwei Gründe gibt, warum wir so wenig Organspender haben. Der eine Grund sind rein organisatorische Gründe, der andere Grund ist ganz klar die derzeit bestehende strenge gesetzliche Regelung, nämlich die erweiterte Zustimmungsregelung.

Schauen Sie einmal, was in den letzten Jahren alles passiert ist. Es ist sehr viel Geld in das System gesteckt worden. Es gab Motivationskampagnen in den Krankenhäusern. Wir haben die Strukturen verbessert, aber trotzdem nahm die Zahl der Organspenden von 2007 mit 4 170 auf 3 890 in 2009 deutlich ab.

Es gibt Verlaufsstudien aus Österreich, Portugal und Singapur. Überall dort, wo die Widerspruchsregelung eingeführt wurde, sind die Organspenderzahlen deutlich gestiegen. In Europa gibt es fünf Länder, die sich eine erweiterte Zustimmungsregelung leisten so wie wir. Trotz aller Bestrebungen sind wir weit von den Spenderraten der elf weiteren europäischen Länder mit Widerspruchsregelung entfernt.

Wir beschäftigen uns intensiv damit. Das Bundesgesundheitsministerium hat zwei Jahre geprüft und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass kein Konsens besteht. Die Länder verhalten sich uneinheitlich. Selbst die DSO hat eine uneinheitliche Meinung. Auch unsere Ärztekammer prüft in der Ständigen Konferenz seit zwei Jahren, wie es weitergehen kann.

Jeden Tag sterben drei Menschen, weil wir nicht genügend Organspenderausweise haben. Ich glaube nicht, dass wir Ärzte es uns noch länger leisten können, hier zu warten. Deswegen bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kollege Breu. – Formal ist die Überweisung beantragt. Darüber stimmen wir ab. Wer möchte der Überweisung zustimmen? – Wer ist gegen Überweisung? – Das sind mehr. Ich frage: Wer ist für den Antrag 59? – Wer ist gegen den Antrag 59? – Das Erste war die deutliche Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen nun zum Themenbereich „Gendiagnostik". Dazu liegt der **Antrag V-107** vor:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt grundsätzlich die Intention des Gendiagnostik-Gesetzes (GenDG), das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und ihr Recht auf Nichtwissen ebenso gesetzlich zu verankern wie das Verbot der Diskriminierung aufgrund genetischer Eigenschaften. Prädiktive genetische Untersuchungen bedürfen unzweifelhaft eines besonderen Schutzniveaus. Dies trifft jedoch nicht gleichermaßen für andere diagnostische genetische Untersuchungen zu. Die mit dem GenDG vom 31. Juli 2009 geschaffenen bürokratischen Anforderungen bringen für diagnostische genetische Untersuchungen keinen Zugewinn an Qualität oder Sicherheit für die Betroffenen.*
>
> *Es ist z. B. absolut unpraktikabel, wenn bei der Anforderung von Labordiagnostik bei der Abklärung von Mutationen von Faktor-II-Prothrombin oder Faktor-V-Leiden dem Laborarzt eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten vorgelegt werden muss. Im Gegensatz zum von der Politik erst kürzlich zugesagten Abbau von Bürokratie in der Medizin ist mit dem GenDG ein neuer Bürokratieschub ausgelöst worden, der in dieser Form nicht akzeptabel ist.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. – Bitte Herr Clever.

Dr. U. M. Clever, Baden-Württemberg: Ich habe mich ganz spontan gemeldet, um gegen Vorstandsüberweisung zu plädieren. Ich habe mit dem Antrag zunächst einmal nichts zu tun gehabt, finde ihn aber absolut wichtig. Wir müssen jetzt ein Zeichen setzen, weil die Kolleginnen und Kollegen in der Vertragsärzteschaft und in den Kliniken mit diesem Problem in den nächsten Jahren viel Bürokratie bekommen.

(Beifall)

Es ist einfach noch nicht durchgedrungen, wie ich glaube: Das Gesetz gilt seit dem 1. Februar 2010. Die Intention des Gesetzes ist richtig und ich unterstütze sie ebenso wie die Antragsteller. Wir müssen aber auch die Bürokratie sehen, die da auf uns zukommt und die wir unbezahlt erledigen müssen. Im nächsten Jahr wird eine Kommission festlegen, wie wir das zu machen haben und wer das machen darf. Das wird

ein Riesenaufwand. Ich finde, wir müssen jetzt und nicht im nächsten oder übernächsten Jahr dazu Stellung nehmen. Der Antrag ist harmlos.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt frage ich: Wer möchte überweisen? – Das hält sich in Grenzen. Wer ist gegen Überweisung? – Viele. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Viele. Wer nicht? – Einzelne. Wer enthält sich? – Auch Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt macht Dr. Montgomery an diesem Platz weiter.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jörg. Das war wirklich Sisyphusarbeit.

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex „Arbeitszeit“. Ich rufe zunächst den **Antrag V-31** auf:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhäuser auf, sich strikt an die gesetzlichen Bestimmungen der Arbeitszeit zu halten und die arbeitszeitrechtlichen Höchstgrenzen nur in Ausnahmefällen auszureizen.*

Fühlen Sie sich in der Lage, dazu abzustimmen? – Ja. Dann bitte ich diejenigen, die dem Antrag zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Ich sehe niemanden. Enthaltungen? – Ebenfalls niemand. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag V-44:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf zu eruieren, inwieweit der subjektiv immer stärker wahrgenommene Ärztemangel durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, gesellschafts- und sozialpolitisch gewünschte Effekte, eine zunehmende Differenzierung der fachlichen Qualifikation oder ähnliche Effekte bedingt ist.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Wir haben ständig die Diskussion in der Öffentlichkeit und auch lokal mit den Krankenkassenvertretern und der KV, in der uns um die Ohren gehauen wird, wir seien zu viele Ärzte. Rein rechnerisch, rein formal mag das zum großen Teil stimmen. Das ist eine ganz wichtige Argumentationslinie, die wir nicht nur auf Bundesebene, sondern auch lokal brauchen. Wenn wir näm-

lich nachweisen können, dass allein durch die Ausdifferenzierung des Facharztsektors, dass allein durch die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, die wir ja alle wollen, ein relativer Mangel entsteht, haben wir eine deutlich bessere Argumentationsbasis.

Das ist ein ganz einfacher und schlichter Antrag, der die Basis unserer berufspolitischen Arbeit darstellt. Ich weiß nicht, warum wir so etwas an den Vorstand überweisen.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lipp. – Frau Gitter wünscht, für die Vorstandsüberweisung zu sprechen. Ich gebe Ihnen nur kurz zu bedenken: Der Antrag landet so oder so beim Vorstand. Er adressiert ja auch den Vorstand. Er ist finanzwirksam. Es wäre eigentlich eine Aufforderung an die Versorgungsforschung, ob das nicht eines Themas dort wert wäre. Ein Prüfauftrag mit Finanzwirksamkeit wird es so oder so. Da wäre eine Vorstandsüberweisung sicher nicht schlecht.

Dr. Gitter, Bremen: Das wäre der erste Teil meiner Argumentation gewesen. Bei der Versorgungsforschung muss man genau schauen, wie das Thema lauten soll. Dass wir, weil es jetzt ein neues Arbeitszeitgesetz gibt und weil es endlich eingehalten wird, allein schon deswegen limitierte ärztliche Arbeitszeiten haben und infolge dessen, wenn man so will, mehr Köpfe brauchen, ist klar. Das braucht man nur auszurechnen. Inwieweit die arbeitsteilige Tätigkeit der Ärzte in fachärztlicher Differenzierung noch eine Rolle spielt und welche Auswirkungen sie hat, ist eine hoch spannende Frage. Sie ist im Antragstext noch gar nicht austariert. Deswegen gehört der Antrag an den Vorstand überwiesen, damit man sich dort mit dieser Fragestellung, wie wir uns die ärztliche Arbeit aufteilen und wie man das in einen Arbeitsauftrag für die Versorgungsforschung ummünzen kann, beschäftigt.

Danke schön.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Wir haben die Plädoyers für und gegen eine Vorstandsüberweisung gehört. Ich bitte Sie um Abstimmung. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige Gegenstimmen, keine Enthaltungen. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-29:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, sich erneuten Änderungsversuchen der EU-Arbeitszeitrichtlinie zu widersetzen.*
>
> *Die EU-Arbeitszeitrichtlinie bezweckt den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Der zum wiederholten Male von der EU-Kommission vorgetragene Änderungsbedarf, insbesondere die Aufteilung des Bereitschaftsdienstes in einen aktiven und einen inaktiven Teil, dient ausschließlich ökonomischen Interessen der Krankenhausarbeitgeber und widerspricht dem Zweck der Arbeitszeitrichtlinie. Im Interesse der Ärztinnen und Ärzte und der Patienten darf der Zweck der EU-Arbeitszeitrichtlinie nicht relativiert werden.*

Das ist unser Streben und Handeln übrigens auch im Ständigen Ausschuss der EU, wo wir sehr aktiv sind, weitere Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen zu verhindern. Sehen Sie sich in der Lage, darüber abzustimmen? – Dann bitte ich diejenigen, die für den Antrag sind, um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einstimmig **angenommen.** Ich danke Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren.

Wir kommen zum **Antrag V-49:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Europäische Kommission auf, die bestehenden Arbeitszeitrichtlinien nicht zulasten der Arbeitnehmerschaft zu verändern und insbesondere den Bereitschaftsdienst auch weiterhin vollumfänglich als Arbeitszeit bestehen zu lassen und die Opt-Out-Regelungen nicht weiter zu begünstigen.*

Ein etwas anderer Touch, dasselbe Ziel. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Weitere Anträge zum Thema „Arbeitszeit“ liegen nicht vor. Wir steigen in das Thema „Menschenrechte“ ein. Dazu liegt zunächst der **Antrag V-12** vor. Die Überschrift lautet:

> *Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus – Einführung eines anonymen Krankenscheins*

Der Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer und ist etwas länger. Wünschen Sie, dass ich ihn vorlese? – Nein. Dann frage ich: Wünschen Sie, dagegenzusprechen? – Nein. Dann frage ich Sie: Wer dafür ist, den bitte ich jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag bei einer mutigen Gegenstimme mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-13 (neu)** mit der Überschrift:

> *Rücknahme der Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention durch die Bundesregierung*

Wünschen Sie, dass ich Ihnen den Antragstext vorlese? – Nein. Dann frage ich Sie: Wer ist für diesen Antrag? – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-17 a.** Danach soll im Antrag V-17 auf Seite 2 an den dritten Absatz, der mit dem Wort „auszutauschen“ endet, folgender Satz angefügt werden:

> *In Analogie zu den bewährten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die Behinderte bis zum 18. Lebensjahr versorgen, sollten medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) etabliert werden.*

Wünschen Sie, dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer dafür ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Die Gegenprobe! – Eine ganze Anzahl, aber weniger. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Damit steht der **Antrag V-17,** der ausführlich ist – ich glaube nicht, dass ich ihn vorlesen muss, weil Sie ihn ja schon länger auf dem Tisch haben –, mit der Änderung durch den Antrag 17 a, den wir eben beschlossen haben, in toto zur Abstimmung. Wer zustimmen möchte, den bitte ich, das auszudrücken. – Bitte die Gegenprobe! – Zwei Gegenstimmen. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Dann ist der Antrag bei zwei Gegenstimmen mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-93** mit der Überschrift:

> *Altersfestlegung bei minderjährigen Jugendlichen*

Der Antragstext lautet:

> *Aufgrund mehrfacher, weiterer Altersfeststellungen bei minderjährigen Flüchtlingen durch Röntgen der Handwurzelknochen wird nochmals an die Ärztetagsbeschlüsse von 1995 und 2007 erinnert.*
>
> *Danach ist die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten zur Feststellung des Alters mit aller Entschiedenheit abzulehnen.*

In der Begründung wird zum einen auf Vorgänge in Hamburg, die mir sehr gut bekannt sind, abgehoben, zum anderen wird an unsere Beschlüsse erinnert, wo wir mit überwältigenden Mehrheiten festgelegt haben, dass wir es für kritikwürdig halten, wenn sich Ärzte an der Feststellung des Korridors, der medizinisch festgestellt werden kann, beteiligen, wenn dies allein der Feststellung des Alters und der Einhaltung bzw. Nichteinhaltung von strengen justiziablen Stichtagsregelungen dient. Daran wird erinnert. Ich glaube, ich brauche Ihnen das nicht alles vorzulesen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einer Gegenstimme und einigen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen.**

Zur Abstimmung steht jetzt der **Antrag V-94.** Er betrifft Abschiebehaft und Abschiebung. Der Antragstext lautet:

> *Freiheitsentziehung und Abschiebehaft bedeuten eine hohe psychische Belastung, dies trifft insbesondere auf Flüchtlinge zu, die als Kinder und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nach Deutschland kommen und einen Asylantrag stellen.*
>
> *Flüchtlingskinder und unbegleitete minderjährige Jugendliche (UMF) haben als besondere schutzbedürftige Personen (EU-Richtlinien 1 und 2) und nach der UN-Kinderrechtskonvention (KRK) Anrecht auf Schutz und Betreuung, sie dürfen nicht in Abschiebungshaft genommen und abgeschoben werden.*
>
> *Die Psyche eines Kindes ist besonders verletzlich, da sein noch ungefestigtes Welt- und Selbstbild sich an der Traumaerfahrung orientiert und folglich geprägt ist von traumabezogenen Erwartungen …*

Ich glaube, Sie gestatten mir, Ihnen den Rest zum Lesen anheim zu geben. Die wesentlichen Punkte stehen ja am Anfang. Wünscht jemand, im Wege der Gegenrede dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer für den Antrag V-94 ist, möge die Hand heben. – Die Gegenprobe! –

Enthaltungen. – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-103.** Die Überschrift lautet:

> *Die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen behindert weiterhin die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus*

Der Antragstext lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Bundestag auf, die generelle Pflicht öffentlicher Stellen zur Meldung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde aufzuheben. Diese Verpflichtung trifft nach geltendem Recht auch Behörden im Bereich des Gesundheitswesen und der Sozialhilfe (Sozialämter).*
>
> *Der Deutsche Ärztetag schließt sich dabei der Forderung nach einer Gesetzesänderung an, nämlich die Übermittlungspflicht nur für solche öffentliche Stellen aufrechtzuerhalten, deren Aufgabe die Gefahrenabwehr und Strafrechtspflege sind, wie Polizei- und Ordnungsbehörden sowie öffentliche Stellen der Strafverfolgung und Strafvollstreckung.*

Meine Damen und Herren, dieser Antrag zielt auf eine Gesetzesänderung. Man muss aber sagen, dass in den Ausführungsvorschriften zum Gesetz bereits mindestens für die Sozialämter und die Abrechnungsabteilungen auch öffentlicher Krankenhäuser klar geregelt ist, dass die dort Tätigen im Rahmen ihrer Tätigkeit als Erfüllungsgehilfe als Arztes mit unter die medizinrechtlich gültige Schweigepflicht fallen. Der Antrag zielt also darauf ab, etwas gesetzlich zu regeln, was im Kern, im Prinzip längst geregelt ist. Das muss man hinzufügen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand, dagegenzusprechen? – Keine Widerrede. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen. – Eine. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit sind die Anträge zum Thema „Menschenrechte“ abgearbeitet. Wir kommen zum Punkt „Gebührenordnung für Ärzte“. Hier liegt Ihnen mit dem **Antrag V-07** ein ausführlicher Vorstandsantrag vor. Er trägt die Überschrift:

> *Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*

Sie ersparen mir das Vorlesen? – Ich danke Ihnen.

Herr Funken möchte gegen diesen Antrag sprechen. Oder wollen Sie mir das Vorlesen nicht ersparen?

Dr. Funken, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die GOÄ ist ja eine Dauerbaustelle. Wir haben folgendes Problem. Wir haben eine Währungsreform hinter uns, die uns die Kaufkraft über die GOÄ halbiert hat. Das war die Umstellung von der D-Mark auf den Euro. Voraussichtlich Ende des Jahres wird der Euro erneut abgewer-

tet. Das heißt, wir bekommen noch einmal eine Inflation. Die Gebührenordnung aber bleibt unverändert.

Ich denke, der Vorstand wäre gut beraten, einen Inflationsausgleich ab sofort einzufordern, weil wir ansonsten in der Gebührenordnung einen erneuten Dumpingansatz haben. Wir tragen wieder die Lasten einer Inflation, die wir nicht ausgeglichen bekommen, die zu einer weiteren Verwerfung des Systems führen wird. Deswegen lautet meine Bitte, den Vorstand zu bitten, die Ergänzung aufzunehmen, dass wir den Regelabrechnungssatz von 3,5 auf 4,8 erhöhen – das wäre ein reeller Ausgleich – oder entsprechende Verhandlungen mit der Privatversicherung aufnehmen, dass wir regelhaft für die Einzelleistung einen höheren Punktwert bekommen.

Wir müssen weiterdenken, was jetzt auf die Bundesregierung, die Bundesrepublik und den europäischen Raum durch Griechenland zukommt. Heute steht in der „Financial Times“, dass Griechenland trotz des Geldes nicht zu retten ist. Deswegen ist es ganz wichtig, dass wir das antizipieren und die Forderung sofort erheben. Anderenfalls sehe ich schwarz für viele Kolleginnen und Kollegen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Ich muss doch bitten, das Prozedere einzuhalten. Diesen Antrag hätte man als Änderungsantrag schriftlich formulieren und den Delegierten zum Lesen vorlegen müssen. Er greift ja nicht substanziell in diesen Antrag ein. Es ist im Kern ein weiterer Antrag zur GOÄ. Aber es war mindestens eine dramaturgisch hoch gelungene Chance, in der knappen Redezeitbegrenzung auch mal etwas loszuwerden. Insofern war das gut.

Das ist keine Änderung am Antrag V-07, da sie nicht schriftlich vorliegt und Ihnen nicht vorgelesen werden kann. Ich frage Sie also: Wer dem **Antrag V-07** zustimmen möchte, möge jetzt die Hand erheben. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-45** mit der Überschrift:

*Angleichung der GOÄ auf EBM-Niveau verhindern*

Der Antragstext lautet:

*Der Deutsche Ärztetag fordert die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter vollständiger Berücksichtigung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und der allgemeinen Kostenentwicklung. Die GOÄ muss eine leistungsgerechte Honorierung des Arztes unter den Prämissen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Honorargerechtigkeit und Rechtssicherheit gewährleisten. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, in den anstehenden Verhandlungen zur Novellierung der GOÄ alles dafür zu tun, die zu verzeichnende Kostenentwicklung vollumfänglich in die Bemessung der Kalkulationsgrundlagen einfließen zu lassen und die von verschiedenen Seiten angestrebte Öffnungsklausel unter Ausnutzung aller politischen und rechtlichen Möglichkeiten zu verhindern.*

*Es ist in jedem Falle auszuschließen, dass die GOÄ mit dem vorgeblichen Ziel einer Vereinheitlichung der ärztlichen Vergütungssysteme eine Anpassung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfährt, sowohl im Hinblick auf das Honorarniveau als auch im Hinblick auf strukturelle Änderungen.*

Ein Antrag, der weit offene Scheunentore einrennt, der in vielen Punkten bereits im Vorstandsantrag enthalten ist. Wünschen Sie, dazu abzustimmen? – Dann bitte ich jetzt diejenigen, die zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Eine. Dann ist der Antrag bei einer Gegenstimme und einer Enthaltung mit überwiegender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-79.** Er betrifft die Leichenschau und lautet folgendermaßen:

*Beratungsgespräche im Zusammenhang mit der Durchführung der ärztlichen Leichenschau sind dem Beratungsbegriff im Sinne der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gleichzusetzen. Die Bundesärztekammer hat diesen Standpunkt zu vertreten.*

(Zuruf)

– Ich nehme an, Sie sind der Antragsteller. Sie möchten den Begriff „Begründung“ nach dem verlesenen Antragstext gestrichen haben? Der Antragsteller, Herr Dr. Reichwein, beantragt die Streichung der Überschrift „Begründung“, sodass der nachfolgende Text Inhalt des Antrags wird.

*Nach aktueller Rechtsprechung ist für die Leichenschau lediglich die Gebührenordnungsposition (GOP) 100 GOÄ (28,50 € bei 2,3-fachem Satz) zuzüglich Wegegeld abrechenbar. Der obligat durchzuführende Hausbesuch zwecks Aufsuchen der Leiche nach GOP 50 (36,46 € bei 2,3-fachem Satz) ist nicht abrechenbar, da die GOP Nr. 50 bereits eine Beratung enthält und eine Leiche (!) könne nicht beraten werden. Anlässlich einer Leichenschau sind jedoch diverse Gespräche mit Dritten (Angehörige, Nachbarn, Polizei) regelhaft notwendig … Eine Pauschalierung der Abrechnung ist nicht zulässig.*

*Diese Regelungslücke muss geschlossen werden, um einer Kriminalisierung der durchführenden Kollegen entgegenzuwirken.*

(Beifall)

Sie wissen jetzt, meine Damen und Herren, worüber Sie abstimmen? – Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen aus dem GOÄ-Bereich in das Kapitel „Arzneimittel, Betäubungsmittel“. Der nächste Antrag, dem Sie sich zuwenden sollten, ist der **Antrag V-61** mit der Überschrift:

*Anzeigepflicht für Arzneimittelherstellung nach dem Arzneimittelgesetz (AMG)*

Der Antragstext lautet:

> *Mit Inkrafttreten der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist das Herstellen eines Arzneimittels durch einen Arzt und die unmittelbare Anwendung am Patienten anzeigepflichtig geworden … Der bisherige, im § 4 a Abs. 3 AMG geregelte Ausnahmetatbestand der Nichtanwendung dieses Gesetzes bei Herstellung des Arzneimittels durch den Arzt entfällt somit.*
>
> *Dies führt dazu, dass das Mischen zweier Fertigarzneimittel in einer Spritze oder das Zugeben eines Fertigarzneimittels in eine Infusionslösung als „Herstellung" im Sinne des Gesetzes gilt und damit eine Meldepflicht auslöst.*
>
> *Dieser sehr weit gefasste Begriff der „Herstellung" im AMG ist kontraproduktiv und führt sowohl bei Ärzten und Krankenhäusern als auch bei den Überwachungsbehörden zu einer eklatanten Zunahme des Bürokratieaufwandes.*

Ich höre keine Geschäftsordnungsanträge dazu. Dann frage ich Sie, wer möchte dem zustimmen? – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-70** mit der Überschrift:

> *Kennzeichnung von Fertigarzneimitteln*

Der Antragstext lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln in § 10 (Kennzeichnung) dahingehend zu ändern, dass der Wirkstoffnahme und die Darreichungsstärke in hervorgehobener und mindestens gleich großer Schrift wie der Handelsname des Fertigarzneimittels angegeben werden müssen.*

Es geht hier also um die Vermeidung von Irrtümern bei der Verabreichung von Generika. Sie wissen, worüber Sie abstimmen? – Wer möchte zustimmen? – Wer möchte das gerne ablehnen? – Niemand. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag V-74** mit der Überschrift:

> *Substitutionsgestützte Versorgung Opiatabhängiger weiterentwickeln*

Hier lautet der Text des Antrags:

> *Dem substituierenden Arzt soll in Zukunft gestattet werden, das Substitut an einen Patienten für einen Zeitraum von zwei Tagen mitzugeben. Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV) ist dementsprechend zu ändern.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Bitte, Herr Kollege Lorenzen.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Verehrter Vorstand! Meine Damen und Herren! Das Problem in diesem Fall ist folgendes: Wir haben doch sonst die Möglichkeit, Patienten Medikamente zu geben. In diesem Fall ist das Arzneimittelgesetz die Bremse für die Möglichkeit, dem Patienten das Medikament mitzugeben. Viele Kollegen sind auch schon verklagt worden, weil sie es aus der Praxis heraus getan haben. Sie dürfen es nur in der Praxis geben.

Es geht darum, ein Zeichen gegen die Dispensierung zu geben, die nur dem Apotheker gestattet ist. Deswegen bitte ich Sie, den Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern einfach nur ein Zeichen zu setzen.

Danke.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Lorenzen. – Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Die Gegenprobe! – Das Letztere war die Mehrheit. Damit ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt. Ich frage Sie jetzt: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Die Gegenprobe! – Einige Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-99.** Dieser Antrag trägt die Überschrift:

> *Anpassung der BUB-Richtlinien (MVV-RL) zur Substitution Opiatabhängiger an die novellierten Richtlinien der Bundesärztekammer*

Der Antragstext lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt die Verabschiedung der Novelle der Richtlinien zur Substitution Opiatabhängiger der Bundesärztekammer und fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf, die Richtlinien für die Behandlung gesetzlich Versicherter entsprechend anzupassen.*

Wer dem zustimmen möchte, den bitte ich, die Hand zu heben. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Bei einigen Enthaltungen einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-101** mit der Überschrift:

> *Angemessene personelle und finanzielle Rahmenbedingungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung*

Der Antragstext lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, insbesondere des § 10 „An-*

*forderungen an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin“ einzusetzen.*

*Nur so kann der dringend notwendige Aufbau von Diamorphinambulanzen gesichert werden.*

Herr Kunstmann, der inhaltlich federführend dafür zuständig ist, sagt, dass das im Kern bereits in der Stellungnahme der Bundesärztekammer steht. Wir können trotzdem darüber abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit bei einer Reihe von Enthaltungen **angenommen.**

Damit ist das Thema „Arzneimittel, Betäubungsmittel“ abgeschlossen. Wir kommen zum Themenkomplex „Berufsbezeichnung“. Ihnen liegt der **Antrag V-16** des Vorstands der Bundesärztekammer mit der Überschrift:

*Korrektur der Legaldefinition des Begriffes „Psychotherapeuten“ im Sozialgesetzbuch V*

vor. Ich gehe davon aus, dass Sie diesen Antrag gelesen haben. Wünschen Sie, dass ich ihn zusammenfasse oder vorlese? – Nein. Wünschen Sie eine geschäftsordnungsmäßige Behandlung? – Nein. Dann frage ich Sie: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-58:**

*Würde der ärztlichen Heilkunst*

Der Antragstext lautet:

*Der Deutsche Ärztetag möge erneut beschließen, dass die Ärzteschaft die Vokabel „Leistungserbringer“ nicht mehr verwendet.*

*Der Begriff ist mit der Würde der ärztlichen Heilkunst von Ärzten und Ärztinnen in Klinik und Praxis nicht vereinbar.*

*Die Vokabel wird von interessierter Seite benutzt, um die Deprofessionalisierung des Arztberufes voranzutreiben.*

(Beifall)

Ich habe vorhin in einem der Anträge gesehen, dass wir selber von „Leistungsanbietern“ sprachen. Das ist noch die Steigerung des Ganzen. – Ich sehe keine Wünsche nach geschäftsordnungsmäßiger Behandlung und stelle den Antrag zur Abstimmung. Dafür? – Dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Eigentlich kommen Erklärungen erst zum Schluss. Aber Sie gestatten, dass wir das direkt machen, weil der Kontext vorhanden ist.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Vielen Dank. – Nur ganz kurz: Warum habe ich gegen den Antrag gestimmt? Ich finde es durchaus schmeichelhaft, wenn wir als Ärztinnen und Ärzte die Leistungsträger sind. Denn wenn wir es sind: Was sind die anderen?

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Das war eine persönliche semantische Erklärung. – Damit kommen wir zum **Antrag V-76:**

*Beseitigung von Mobilitätshindernissen für deutsche Notfallmediziner*

Der Antragstext lautet folgendermaßen:

*Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um die Benachteiligung deutscher Notfallmediziner auf dem europäischen Arbeitsmarkt zu beenden. Hierzu sind Regelungen zu schaffen, die zu einer akkreditierungsfähigen Bezeichnung für Notfallmediziner führen, die z. B. dem „emergency physician" gleichwertig ist.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir jetzt über Vorstandsüberweisung des Antrags ab. – Bitte die Gegenprobe! – Ersteres war die große Mehrheit. Enthaltungen? – Kaum Enthaltungen. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zu dem Komplex „Gesundheitspolitik". Wir beginnen mit dem **Antrag V-10** des Vorstands der Bundesärztekammer:

*Gleichberechtigung universitärer und außeruniversitärer Forschungseinrichtungen im Rahmen der Nationalen Gesundheitsforschungsinitiative*

Ich glaube, der Antrag spricht für sich selber. Ich brauche ihn nicht vorzulesen. Diejenigen, die dafür sind, mögen die Hand heben. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-47:**

*Sicherstellung stationärer Versorgung*

Der Antragstext lautet:

*Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, die in Deutschland drohenden und bereits bestehenden Versorgungsengpässe sowie den bestehenden Ärztemangel mit aller Kraft und allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zu bekämpfen, um eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Die Ärzteschaft ist bereit, sich mit ihrer Kompetenz in die entsprechenden Konzepte einzubringen.*

Ich glaube, einen größeren Selbstläufer habe ich lange nicht mehr gesehen. Das ist es, was wir die ganze Zeit tun. Ich glaube, die Begründung brauche ich Ihnen nicht vorzulesen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Einer ist dagegen. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einer Gegenstimme und einigen Enthaltungen **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag V-92,** der den Ärztemangel thematisiert:

> *Schon seit Jahren spüren die Patienten in Deutschland den wachsenden Ärztemangel. Kliniken können vakante Stellen nicht mehr besetzen, niedergelassene Ärzte finden keine Nachfolger für ihre Praxen. Dies ist kein reines Verteilungsproblem, wie die Krankenkassen gerne behaupten, sondern Folge des Attraktivitätsverlustes des Arztberufes in Praxis und Klinik.*
>
> *Um den drohenden Ärztemangel abzuwenden, muss der Arztberuf wieder attraktiv werden. Mögliche Maßnahmen sind …*

Es folgen sechs Spiegelstriche. Ich glaube, ich brauche sie Ihnen nicht vorzulesen. Sind Sie damit einverstanden? – Ja. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag V-65:**

> *Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele*

Der Antragstext lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) auf, flankierend Konzepte, Strategien und Initiativen zu entwickeln, die die Umsetzung und Finanzierung von Gesundheitszielprogrammen vorantreiben.*

Wer dafür ist, möge die Hand heben. – Die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Nun kommt der **Antrag V-67:**

> *Finanzierung der nationalen Gesundheitsziele*

Der Text des Antrags lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Zielthemen aus Gesundheitszielprogrammen explizit in ihren Förderprogrammen zu berücksichtigen, um eine spätere Umsetzung und Finanzierung der darin vorgeschlagenen Maßnahmen zu gewährleisten.*

Ich bitte diejenigen, die dem zustimmen wollen, jetzt die Hand zu heben. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Bei einigen Enthaltungen ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Es folgt der **Antrag V-75:**

> *Stärkung des ärztlichen Berufsgeheimnisses*

Der Antragstext lautet:

> *Die Bundesärztekammer wird gebeten, sich dafür einzusetzen, dass in den vorliegenden Referentenentwurf zur Änderung der Strafprozessordnung (StPO) auch Ärzte neben Geistlichen, Verteidigern und Abgeordneten in den § 160 a Abs. 1 StPO aufgenommen werden und das absolute Erhebungs- und Verwertungsverbot auch im ärztlichen Bereich wieder garantiert wird.*
>
> *Diesbezüglich hat bereits die Anwaltschaft Anstrengungen unternommen und fordert die generelle Aufnahme aller ihrer Berufsangehöriger und nicht nur derjenigen, die Verteidiger sind.*
>
> *Oberstes Ziel muss es deshalb sein, neben den erwähnten drei Berufsgeheimnisträgern auch alle weiteren in § 53 Abs. 1 StPO genannten Berufsgeheimnisträger in die Vorschrift des § 160 a Abs. 1 StPO wieder aufzunehmen.*

(Beifall)

Ich meine, mich zu erinnern, dass wir bereits am Mittwochmorgen einen ähnlichen Antrag positiv beschieden haben. Das, was hier steht, ist Politik der Bundesärztekammer. Zur Vigilanzprüfung frage ich: Ist etwa jemand dagegen? – Zustimmung? – Enthaltungen? – Das hat hervorragend funktioniert. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-86:**

> *Priorisierung wird von der deutschen Ärzteschaft abgelehnt*

Der Antragsteller, Herr Kollege Kajdi, hat, wenn ich mich recht erinnere, ein engagiertes Plädoyer gehalten. Er möchte gern, dass der Begriff „Priorisierung“ abgelehnt wird. Der Antragstext lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, das Prinzip „Priorisierung“ im deutschen Gesundheitswesen abzulehnen.*

Wir sollen beschließen, das Prinzip abzulehnen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Müssen wir das an den Vorstand überweisen?

(Zuruf: Nichtbefassung!)

– Nichtbefassung ist der weitestgehende Antrag. Wünscht jemand, gegen Nichtbefassung zu sprechen? – Bitte, Herr Kajdi.

Dr. Kajdi, Saarland: Ich möchte gegen die Nichtbefassung sprechen. Bei meinem Antrag geht es um die Frage: Priorisierung, ja oder nein? Auf diese zentrale Frage des Ärztetages, die mittlerweile öffentlich diskutiert wird, erwarten die Kolleginnen und Kollegen draußen zu Recht eine direkte Stellungnahme von ihrer obersten de-

mokratischen Vertretung, nämlich von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Hier hilft kein taktisches Ausweichen, kein „zurück an den Vorstand“ oder „Nichtbefassung“. Hier können nur Sie entscheiden. Ihre Entscheidung „ja“ oder „nein“ ist gefragt.

Der Antrag ist bewusst als Aufforderung zur Ablehnung formuliert. „Ja“ heißt: Ablehnung der Priorisierung durch die deutsche Ärzteschaft; „nein“ heißt: Sie sind für Priorisierung. „Zurück zum Vorstand“ oder „Nichtbefassung“ heißt: Sie fühlen sich als Vertreter Ihrer Kolleginnen und Kollegen in dieser Frage nicht zuständig.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eine Frage, die so zentral für unsere Arztkolleginnen und -kollegen draußen ist, dass beispielsweise in einer repräsentativen Umfrage vom Februar dieses Jahres in Rheinland-Pfalz sich 80 Prozent der Niedergelassenen gegen eine Rationierung und für eine Kostenerstattung aussprechen, die eine ganze KV, nämlich die des Saarlands, dazu bringt, sich einstimmig über alle Gruppen hinweg für eine humane und das Individuum respektierende Ressourcenverteilung über Kostenerstattung auszusprechen, kann von einem Deutschen Ärztetag doch nicht mit Schweigen beantwortet werden!

(Vereinzelt Beifall)

Rationierung – das ist hier in den Diskussionen klar herausgekommen – will keiner von uns. Priorisierung ist ökonomisch dasselbe wie Rationierung. Aber einige unserer Taktiker meinen, weil sie die Rationierung ablehnen, sollten sie das Ganze lieber anders nennen und den Begriff der Priorisierung einfügen und versuchen, das der Politik an die Backe zu nähen. Aber „Priorisierung“ ist ökonomisch ein Synonym für „Rationierung“ und muss dann konsequenterweise von uns genauso abgelehnt werden, wie wir die Rationierung ablehnen.

Natürlich ist sie ethisch ebenso vehement abzulehnen wie die Rationierung, weil sie unzulässigerweise in das Grundrecht der Selbstbestimmung der Patienten eingreift. Politisch-faktisch ist die Forderung nach einer Priorisierung ein völliger Schuss in den Ofen,

(Zurufe)

weil die Politiker die menschlich verständliche Forderung einiger Ärzte nach Priorisierung durch die Politik selbst als genau das verstehen, als was sie gedacht ist:

(Erneute Zurufe)

als den Versuch, die Rationierung neu verpackt zu einer Aufgabe der Politik zu machen.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Kajdi, die Zeit ist leider um.

Dr. Kajdi, Saarland: Schade!

Vizepräsident Dr. Montgomery: Sie hatten Glück, dass mein Mikrofon eine Zeit lang nicht funktionierte. Ich danke Ihnen.

Bitte vergessen Sie nicht, liebe Kolleginnen und Kollegen: Wir haben auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag eine sehr intensive Diskussion zu dieser Problematik gehabt und haben den Begriff der Priorisierung dort nicht abgelehnt, sondern ihn geradezu beschlossen.

(Beifall)

Aber es ist ja gut, wenn Herrn Kajdi selber klar ist, dass er den Antrag zur Ablehnung formuliert hat, das macht es dann vielleicht leichter.

Herr Kollege Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern zur Geschäftsordnung.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Ich möchte kurz begründen, warum ich das Wort „Nichtbefassung“ in den Saal gerufen habe. Es ist so, dass die Debatte über Priorisierung längst im Fluss ist. Es sind ganz differenzierte Erklärungen abgegeben worden, vor allem von unserem Präsidenten, es ist aber letztlich auch vom Gesundheitsminister ein bisschen aufgenommen worden. Ich denke, dass dieser Antrag, der von uns ein klares Nein oder Ja fordert, gar nicht abstimmungsfähig ist. Deshalb tun wir am besten daran, uns damit nicht zu befassen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Schimanke. – Der weitestgehende Antrag ist der Antrag auf Nichtbefassung. Wer sich nicht mit diesem nun intensiv diskutierten Antrag befassen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Wir gehen weiter zum **Antrag V-91:**

*Debatte um Priorisierung*

Das ist jetzt genau die Gegenrichtung:

*Der Deutsche Ärztetag hält eine Debatte um Priorisierung, d. h. um die Abfolge von ärztlichen Leistungen entsprechend ihrer Erfordernis, für notwendig und richtig und fordert ihre sachliche Fortführung, da sich die Schere zwischen Beitragszahlungen und der Finanzierbarkeit des Leistungsgeschehens – bedingt durch den demographischen Wandel und die angespannte wirtschaftliche Lage – immer weiter öffnet.*

*Der 113. Deutsche Ärztetag hält sowohl das Thema „Priorisierung“ als auch die Definition eines Grundleistungskataloges für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und fordert die Bundesregierung deshalb auf, eine Systematik für die Beschreibung eines neuen Leistungskataloges zu entwickeln. Dies kann durch eine interdisziplinär besetzte Kommission unter*

*Zuhilfenahme der Versorgungsforschung geschehen. Die Debatte muss ergebnisoffen angelegt sein und sowohl wirtschaftliche als auch medizinische und soziale Gesichtspunkte berücksichtigen. Ziel ist ein nachhaltiges Konzept, das eine gute Gesundheitsversorgung für alle ermöglicht und die Lasten und Leistungen gerecht verteilt.*

(Zurufe: Vorstandsüberweisung! Nichtbefassung!)

– Vorstandsüberweisung wird beantragt. Wer möchte gegen Vorstandsüberweisung sprechen?

(Zurufe)

– Man kann nicht Vorstandsüberweisung beantragen und gleichzeitig dagegensprechen, Rudolf. Es ist Vorstandsüberweisung von Dir beantragt worden. Jetzt rufe ich die Vorstandsüberweisung auf.

(Zuruf: Nichtbefassung!)

– Nichtbefassung geht vor. Nichtbefassung ist beantragt. Wer möchte gegen Nichtbefassung sprechen? – Frau Gitter zur Geschäftsordnung.

Dr. Gitter, Bremen: Ich habe einen alternativen Vorschlag. Ich würde gerne getrennt über den ersten und den zweiten Absatz abstimmen. Für den zweiten Absatz möchte ich Vorstandsüberweisung beantragen, da er uns konkret auf ein Verfahren festlegt. Ich glaube, da sollte man sowohl uns als auch der Bundesregierung Gelegenheit zum Nachdenken geben. Der erste Absatz ist ja eigentlich konform mit dem, was wir schon einmal beschlossen haben.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Der weitestgehende Antrag ist – darin sind wir uns einig – der Antrag auf Nichtbefassung. Dieser Antrag geht allen anderen Anträgen vor. Es ist Nichtbefassung beantragt worden. – Sie möchten gegen Nichtbefassung sprechen, Herr Kajdi? – Das lassen wir noch zu, dann gehen wir in das Abstimmungsverfahren.

Dr. Kajdi, Saarland: Meine Ablehnung der Nichtbefassung begründe ich damit, dass das Thema so wichtig ist. Ich möchte darauf zurückkommen, dass wir eine eindeutige und ehrliche Antwort auf die Priorisierung von unserem Gesundheitsminister, der mit einem klaren Kopf ausgestattet ist, am Dienstag bekommen haben. Sie dürfen versichert sein, dass kein deutscher Gesundheitsminister, egal aus welcher Partei, in dieser Demokratie, in der die Bürger hohe Kassenbeiträge zahlen, sich je diesen Schuh der Priorisierung anziehen wird.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Kajdi, Sie können nicht jeden Geschäftsordnungsantrag dazu benutzen, noch einmal Ihre vorbereitete Rede zu halten.

(Beifall)

Dr. Kajdi, Saarland: Das ist der Grund, warum man sich damit befassen muss.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich glaube, Herr Kajdi, wir müssen jetzt unsere Zeit auch ein bisschen priorisieren.

Dr. Kajdi, Saarland: Ich finde es schon seltsam, dass man inhaltlich nicht argumentieren darf, obwohl der Inhalt sehr wohl einen Grund darstellt.

(Unruhe)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich danke Ihnen, Herr Kajdi. Wir haben selber dieses Verfahren so beschlossen. Wir sollten uns auch daran halten.

Der weitestgehende Antrag ist der Antrag auf Nichtbefassung mit dem gesamten Antrag. Wer dem zuzustimmen wünscht, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Ersteres war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Wir kommen damit zum **Antrag V-122:**

*Maßnahmen gegen den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen*

Der Antragstext lautet:

*Die verfasste Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber, insbesondere die Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern auf, eine stabile Finanzierung ärztlicher Tätigkeit sicherzustellen sowie gravierende regionale Defizite der Infrastruktur zu beseitigen, um einer weiteren drastischen Verschärfung des Ärztemangels in strukturschwachen Regionen entgegenzuwirken.*

Die Begründung brauche ich nicht vorzulesen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Bei einer sichtbaren Gegenstimme ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit, fast einstimmig, **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag V-127.** Es geht um die Weiterentwicklung des in Ulm verabschiedeten Papiers, Teil B. Der Antrag lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, Teil B des Ulmer Papiers zu überarbeiten und weiterzuentwickeln. Die dort gemachten Vorschläge zur systematischen Neugestaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems sollten dem aktuellen Stand der innerärztlichen Diskussion unter besonderer Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte angepasst werden:*

- *Erstellung eines verbindlichen Leistungskataloges für alle Versicherungspflichtigen*
- *allgemeine Versicherungspflicht für jeden Erwachsenen auf der Grundlage dieses Kataloges*

- *Einführung eines kalkulierten Krankenkassenbeitrags (Gesundheitsprämie)*
- *Entkopplung von Gesundheitsprämie und Arbeitslohn und Übernahme der jetzigen Arbeitgeberbeteiligung in die Tarifverträge*
- *Kostenerstattung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*
- *Zusatzversicherungsangebote der Krankenkassen als Wettbewerbsfaktor im Gesundheitswesen*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir die Vorstandsüberweisung zur Abstimmung stellen. Wer möchte diesen Antrag dem Vorstand überweisen? – Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit sind die Anträge zur Gesundheitspolitik erledigt. Wir kommen zur Thematik „Prävention“. Hier ist der erste zu behandelnde Antrag der **Antrag V-68:**

*Weißbuch zur gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention*

Der Antragstext lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, eine Zusammenstellung und Veröffentlichung eines Weißbuches zur gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Auftrag zu geben.*

Meine Damen und Herren, das ist eigentlich eine klassische Frage der Versorgungsforschung und mit Sicherheit hochgradig kostenrelevant.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich höre „Vorstandsüberweisung“. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu argumentieren? – Das ist nicht der Fall. Dann bitte ich Sie, über die Vorstandsüberweisung zu befinden. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Keine. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-71:**

*Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der zugeordneten medizinischen Landeseinrichtungen*

Der Text des Antrags lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Landesministerien auf, die Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und*

*der entsprechenden zugeordneten medizinischen Landeseinrichtungen des ÖGD in vollem Umfang zu gewährleisten.*

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-117.** Dabei geht es um die Tabakentwöhnung:

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den § 34 SGB V den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen. Medikamente, die die Erfolgschancen eines Tabakentzuges verbessern, sollten in die Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.*

Das haben wir schon einmal gefordert, meine sehr verehrten Damen und Herren. Das ist eine ältere Forderung.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich höre „Vorstandsüberweisung". Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu argumentieren? – Das sehe ich nicht. Dann müssen wir uns über die Vorstandsüberweisung eine Meinung bilden. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, möge die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Ersteres war die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-77:**

*Nikotinentwöhnung als Therapieoption*

Der Antragstext lautet:

*Der Deutsche Ärztetag fordert, dass den Ärzten in Deutschland eine qualifizierte und leitliniengerechte Tabakentwöhnung als Therapieoption im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung an die Hand gegeben wird. Diese umfasst die Verhaltenstherapie sowie die medikamentöse Unterstützung. Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber dazu auf, die unzutreffende Einordnung der medikamentösen Unterstützung im § 34 SGB V als „Lifestyle"-Angelegenheit für den therapeutischen Einsatz der medikamentösen Unterstützung in der Tabakentwöhnung zu beseitigen. Weiter sind die Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, eine qualitätsgesicherte verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnung in der Hand geschulter Ärzte adäquat zu vergüten.*

Dieser Antrag hat also eine andere Zielrichtung, hat aber genauso den Zweck, dass die Leute aufhören, zu rauchen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Dagegen spricht der Antragsteller.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Sehr geehrter Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Einordnung dieses Antrags unter dem Themenkomplex „Prä-

vention“ ist eigentlich schon bezeichnend. Es handelt sich ja nicht um die Prävention des Nikotinkonsums, sondern um die Behandlung einer Nikotinabhängigkeit. Es geht also darum, dass eine Krankheit behandelt wird. Es geht um nichts weiter, als dass die Nikotinabhängigkeit – man kann auch sagen: Nikotinsucht – mit anderen Süchten wie Alkoholsucht oder Heroinsucht gleichgestellt wird.

Ich bitte Sie, den Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern selber zu erklären: Das ist eine Krankheit und wir möchten, dass dies als Krankheit behandelt wird. Wenn wir diese Forderung nicht immer wieder neu stellen, wird auch in den kommenden Jahren und vielleicht auch in den kommenden Jahrzehnten nichts passieren.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Kollege Schwantes. – Das war ein Plädoyer gegen die Vorstandsüberweisung. Jetzt stimmen wir darüber ab. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Jetzt bitte ich diejenigen, die den Antrag nicht an den Vorstand überweisen wollen, die Hand zu heben. – Die Vorstandsüberweisung ist mit 74 : 65 Stimmen beschlossen. Der Antrag ist also **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-84:**

*Verbesserung der Hygiene in der Medizin*

Der Antragstext lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag empfiehlt allen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland, auf das Ritual des „Händeschüttelns“ im Arzt-Patient-Kontakt zu verzichten …*

(Heiterkeit)

– Sie wollen nicht, dass ich das weiter vorlese? Dann erspare ich Ihnen das.

(Zuruf: Nichtbefassung!)

– Nichtbefassung ist der weitestgehende Antrag. Wünscht jemand, gegen die Nichtbefassung mit dem Nichthändeschütteln zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wenn es keine Gegenrede gibt, stimmen wir über den Antrag auf Nichtbefassung ab. Wer möchte sich mit diesem Antrag nicht befassen? – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Keine. Dann ist **Nichtbefassung** beschlossen. Wir schütteln uns also weiterhin die Hände.

Damit kommen wir zum **Antrag V-108:**

*Suchtprävention und -therapie bei Ärztinnen und Ärzten*

Der Antragstext lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand auf, eine Untersuchung zum Thema Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch bei Ärztinnen und Ärzten zu initiieren.*

*Die vorliegenden, von den Suchtbeauftragten der Landesärztekammern erhobenen Daten reichen für eine fundierte Beurteilung der Situation nicht aus. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen der angemessenen Behandlung und einer gezielten Prävention dienen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag hat Kostenauswirkungen, meine Damen und Herren. Es geht hier eigentlich auch wieder um eine klassische Frage der Versorgungsforschung. Deswegen würde ich Ihnen auch zu einer Vorstandsüberweisung raten. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen?

(Zuruf: Nichtbefassung!)

– Ich habe „Nichtbefassung“ gehört. Wenn Sie es rufen, muss ich darüber abstimmen. Es bleibt bei der Nichtbefassung. Möchte jemand gegen die Nichtbefassung sprechen? – Bitte, Herr Kollege Lorenzen.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Das war die doppelte Verneinung, die mir etwas Schwierigkeiten macht.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das ist in der Suchtprävention mit der doppelten Verneinung manchmal schwierig.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Das ist ein ganz wesentliches Thema. Deswegen müssen wir uns damit beschäftigen. Die wesentliche Frage ist nicht, ob wir die Vorstandsüberweisung beschließen oder nicht. Wir müssen uns damit beschäftigen. Es gibt sehr viele Ärztinnen und Ärzte, die suchtkrank sind. Wir müssen uns mit ihrem Schicksal beschäftigen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Kollege Lorenzen. – Wer nach diesem engagierten Vortrag gegen die Nichtbefassung noch der Nichtbefassung das Wort reden will, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Ein Mutiger. Bitte die Gegenprobe! – Damit ist die Nichtbefassung abgelehnt. Enthaltungen? – Einige wenige. Dann befassen wir uns jetzt mit diesem Antrag.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung. Das ist aber hartnäckig! Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir jetzt über die Vorstandsüberweisung ab. – Die große Mehrheit ist für Vorstandsüberweisung. Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag V-113:**

*Entwicklung einer nationalen Strategie für Hepatitis C (HCV)*

Ich glaube, wir brauchen keine Strategie für Hepatitis C, sondern eine gegen Hepatitis C. Muss ich Ihnen den Antrag vorlesen? – Nein. Ich danke Ihnen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Herr Lorenzen.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Herr Vizepräsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, es geht nur um die Unterstützung. Wir haben den Erfolg einer HIV-Kampagne gesehen. Ich denke, bei der Ausbreitung von Hepatitis C und den Folgen ist es wichtig, dass man die Bevölkerung informiert und eine Kampagne in dieser Richtung startet. Es geht hier nur darum, dass der Deutsche Ärztetag diese Sache unterstützt.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lorenzen. – Jetzt stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Möchte jemand der Vorstandsüberweisung das Wort reden? – Einzelne. Wer ist gegen die Vorstandsüberweisung? – Viele. Damit ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt. Wir treten also in die Abstimmung über den Antrag selbst ein. Wer dem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-80:**

*Maßnahmenkatalog zum Bürokratieabbau*

Der Antragstext lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die Potentiale für einen Bürokratieabbau in der ärztlichen Selbstverwaltung systematisch zu untersuchen und auf dieser Basis einen Maßnahmenkatalog zum Bürokratieabbau dem 114. Deutschen Ärztetag vorzulegen.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie erinnern, dass wir auf dem Ärztetag in Bremen 2004 zu diesem Thema einen Tagesordnungspunkt hatten und viel Material dazu geliefert haben.

Sie wollen trotzdem darüber abstimmen. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-95:**

*Erfassung der Tätigkeit von Honorarärzten*

Der Antragstext lautet:

*Aufnahme von Angaben zur Tätigkeit als „Honorararzt“ in die Meldedaten nach technischer Richtlinie der Landesärztekammern.*

Das ist vielleicht etwas kryptisch für Sie. In den Datensatz, den jede Landesärztekammer erhebt, der in einem bestimmten Umfang zwischen allen Landesärztekammern harmonisiert ist, soll die Tatsache, dass sich jemand selbst als „Honorararzt“ bezeichnet, als ein Berufskriterium aufgenommen werden, damit wir eine statistische Übersicht darüber bekommen, wer in der Bundesrepublik als Honorararzt tätig ist.

(Zuruf)

– Zur Geschäftsordnung? Wollen Sie Vorstandsüberweisung beantragen?

(Zuruf)

– Sie wünschen eine Begriffserklärung?

(Zuruf: Ja!)

– Ich interpretiere das so, dass Sie jetzt die Vorstandsüberweisung beantragen, damit uns der Antragsteller den Begriff erklären kann.

(Heiterkeit)

Sie können hinterher die Vorstandsüberweisung wieder ablehnen. Das ist Ihr gutes Recht, denn Sie haben es ja dann begriffen. – Das Wort hat nun Herr Schimanke.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Das ist nicht meine primäre Intention. Ich wollte eigentlich begründen, warum man diesen Antrag an den Vorstand überweisen sollte. Ich sehe das Ganze als sehr viel komplexer an. Honorarärzte greifen jedenfalls in unserer Region fast seuchenartig um sich. Viele Aufgaben, die normalerweise durch angestellte Ärzte tarifvertraglich fundiert geregelt werden, werden von Honorarärzten erfüllt. Honorarärzte befinden sich nicht in einem festen Arbeitsverhältnis. Aus Kammersicht sind sie oftmals auch nicht als Kammermitglieder erfasst.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Doch!

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Bei uns nicht. Das Ganze ist so komplex, dass ich deshalb die Vorstandsüberweisung haben möchte.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank. – Vielleicht erklärt uns Theo Windhorst, was ein Honorararzt ist. Ich bitte Sie, lieber Herr Schimanke, „seuchenartig“ zu streichen. Es sind nämlich Kolleginnen und Kollegen. Diese sind nie eine Seuche.

(Beifall)

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Gemeint ist der Leiharzt auf Honorarbasis. Gemeint ist nicht der Honorararzt, den es als Belegarzt in den Kliniken nach der neuen Definition gibt. Gemeint ist der Leiharzt auf Honorarbasis.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Es geht also um Kollegen, die sehr oft über einen Facharztvermittlungsdienst Lücken in Kliniken auffüllen. Das war früher durchaus einmal vernünftig. Herr Schimanke hat darauf hingewiesen, dass dieses Recht inzwischen sehr vehement ausgenutzt wird.

Wir wissen jetzt, worüber wir abstimmen können. Wir stimmen zuerst über die Vorstandsüberweisung ab. Wünscht jemand, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Das sind relativ viele. Die Gegenprobe! – Nur einige wenige. Enthaltungen? – Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wenn Sie den Antrag angenommen hätten, wäre er ebenfalls dort angekommen.

Wir kommen nunmehr zum **Antrag V-96:**

> *Erfassung von Teilzeit-/Vollzeittätigkeit in den Meldedaten der Ärztekammern*

Der Antragstext lautet:

> *Aufnahme von Angaben zum Umfang der ärztlichen Tätigkeit (vollschichtig/Tätigkeit mit x Stunden etc.) in die Meldedaten gemäß technischer Richtlinie der Landesärztekammern.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt.

(Zuruf)

– Das war jetzt ein Zwischenruf und kein Antrag nach der Geschäftsordnung.

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns über die Vorstandsüberweisung eine Meinung bilden. – Wer ist nicht der Meinung, dass es in den Vorstand gehört? – Einer. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen dann noch zum **Antrag V-98:**

> *Absicherung des Deckungsstockes der Versorgungsanstalten unter ethischen Gesichtspunkten*

Der Antragstext lautet:

> *Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Versorgungsanstalten für Ärzte in den jeweiligen Ländern auf, Investitionen zur Absicherung des Deckungsstockes unter ethischen Gesichtspunkten vorzunehmen.*

Das wird in vielen Ärztekammern, beispielsweise in meiner eigenen, bereits so gehandhabt. Wir lassen uns sogar von einer Ratingagentur bestätigen, dass wir nur in ethisch einwandfreie nachhaltige Papiere investieren. Das führt aber nicht unbedingt zu einer erhöhten Zinsausbeute, wenn ich das einmal sagen darf.

Wer ist für den Antrag? – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Ersteres war eindeutig die Mehrheit. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Komplex „Gesundheitsberufe“. Dazu gibt es den Antrag V-11 mit dem **Änderungsantrag V-11 a.** Danach soll im Antrag V-11 der neunte Absatz ersatzlos gestrichen werden, der lautet:

> *Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Ausbildung in Arztpraxen ist im Vergleich zu anderen Betrieben besonders günstig …, wenn die Auszubildenden im Anschluss an die Ausbildung im gleichen Betrieb als Fachkräfte übernommen werden.*

Wer möchte den neunten Absatz streichen? – Die Gegenprobe! – Ersteres war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.** Der Absatz ist gestrichen.

Wir kommen zu dem jetzt geänderten **Antrag V-11.** Wer dem zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-15:**

> *Kooperation der Gesundheitsberufe rechtssicher weiterentwickeln*

Das ist ein Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Sie haben ihn sicher gelesen. Wer dem Vorstandsantrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Ich danke Ihnen für die überwältigende Zustimmung. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-105:**

> *Berufsschulunterricht für Medizinische Fachangestellte durch Ärzte und nicht durch Gesundheitslehrer*

Der Antragstext lautet:

> *Der Berufsschulunterricht für Medizinische Fachangestellte (MFA) im Bereich Behandlungsassistenz soll weiterhin von Ärzten und nicht von Gesundheitslehrern erteilt werden.*

*Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden aufgefordert, Konzepte zu entwickeln, um Ärztinnen und Ärzte für die Unterrichtstätigkeit zu gewinnen und durch Fortbildung zu unterstützen.*

Wer dem zustimmen möchte, der möge jetzt die Hand heben. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit bei wenigen Gegenstimmen **angenommen.**

Damit kommen wir zu dem Themenkomplex „Berufshaftpflichtversicherung“. Dazu liegt der **Antrag V-42** vor:

*Berufshaftpflichtbeiträge explodieren*

Wünschen Sie, dass ich Ihnen den Antrag vorlese? – Nein. Wissen Sie alle, worüber wir abstimmen? – Ja. Dann bitte ich jetzt diejenigen, die dem Antrag zustimmen möchten, um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-53:**

*Beschwerde beim Bundeskartellamt wegen Berufshaftpflichtprämien*

Der Text des Antrags lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag beauftragt die Bundesärztekammer, möglichst rasch eine Beschwerde bei dem Bundeskartellamt einzureichen bezüglich der enorm angestiegenen Berufshaftpflichtprämien, insbesondere in operativen Fächern wie der Gynäkologie …*

Ob das Bundeskartellamt der richtige Adressat ist, würde ich vielleicht unsere Rechtsabteilung überprüfen lassen. Das schreit nach Vorstandsüberweisung.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich danke Ihnen. – Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Der Antragsteller selbst.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, das können Sie hier entscheiden. Das Bundeskartellamt ist sehr wohl der richtige Adressat, wenn mehrere Versicherungen gleichzeitig die Prämien erhöhen. Ich erinnere Sie: Bei den Industrieversicherungen ist das auch geschehen, da haben die Versicherungen einen erheblich auf den Deckel bekommen durch das Bundeskartellamt. Ich finde, wenn Sie das hier entsprechend adressieren, bringen Sie zum Ausdruck, dass Sie nicht damit einverstanden sind, wie das jetzt von den Versicherungen gemacht wird.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich halte es für absolut wichtig, dass wir uns gegen diese Erhöhungen dort wehren, wo sie nicht begründet sind. Ich frage mich nur, ob

es nicht klüger wäre, wenn unsere Rechtsabteilung prüfen würde, wer der beste Adressat wäre. Das Bundesversicherungsamt muss ja derartige Prämien auch prüfen.

Vorstandsüberweisung steht im Raum. Wer gegen Vorstandsüberweisung ist, möge bitte die Hand heben. – Wer für Vorstandsüberweisung ist, möge die Hand heben. – Das müssen wir zählen.

(Zurufe)

– Gut, ich frage noch einmal: Wer für Vorstandsüberweisung ist, der möge die Hand heben. – Die Gegenprobe! – Das zählen wir aus. Also noch einmal: Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Ich bitte um Gegenprobe, wer gegen Vorstandsüberweisung ist. – Sie haben sich mit 62 : 66 gegen Vorstandsüberweisung entschieden.

Wir können also in die Abstimmung des Antrags selbst eintreten. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum Komplex „Ärztetag“. Wir beginnen mit dem **Antrag V-21:**

*Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages*

Diesen Antrag muss ich Ihnen vorlesen, damit Sie das in Ruhe inhalieren:

*In § 11 Absatz 1 der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:*

*„Anträge, die vor Beginn des Deutschen Ärztetages mit Unterstützung aller Delegierten einer Landesärztekammer und deren Präsidentin/deren Präsidenten eingereicht wurden, bedürfen keiner zusätzlichen Unterstützungsunterschriften zur Erreichung der Zahl von zehn stimmberechtigten Abgeordneten.“*

*Die Sätze 2 und 3 des Absatzes 1 werden zu Sätzen 3 und 4 …*

Was dann in dem Antragstext zu § 11 steht, brauchen wir nicht zu beschließen, denn es entspricht der gültigen Geschäftsordnung.

Es geht im Kern darum, dass diejenigen, die eine gesamte Landesärztekammer samt ihrem Präsidenten/ihrer Präsidentin hinter sich gebracht haben, nicht mehr die zehn Unterstützungsunterschriften brauchen. Relevant ist das sowieso nur in Landesärztekammern, die weniger als zehn Delegierte haben.

Darüber hinaus weist mich Professor Fuchs darauf hin, dass für satzungsändernde Anträge die Dreimonatsfrist eingehalten werden muss und zuvor die Verschickung an die einzelnen Landesärztekammern erfolgen muss, damit Sie sich damit zu Hause befassen können. Sie können also heute gar nicht endgültig über diesen Antrag entscheiden. Aber Sie können natürlich dem Vorstand einen Hinweis geben. Sie können heute nicht die Satzung ändern, Sie können allerhöchstens den Vorstand bitten, zu prüfen, ob er die Satzung ändern sollte. Dann würde er auf dem nächsten Ärztetag wieder mit dieser Änderung bei Ihnen auflaufen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. – Gegen den Antrag auf Vorstandsüberweisung möchte Herr Scheiber sprechen.

Dr. Scheiber, Thüringen: Sehr geehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben einen kleinen Fehler gemacht, dass wir das als Entschließungsantrag eingereicht haben. Wir waren uns ganz einig, dass wir das so nicht tun können. Ich bitte um Vorstandsüberweisung.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das war ein interessantes Plädoyer. Ich hatte zu Wortmeldungen gegen die Vorstandsüberweisung aufgerufen. Jetzt wurde für die Vorstandsüberweisung plädiert. Aber ich bin sehr damit einverstanden, Herr Scheiber.

Dann frage ich Sie, ob Sie ihm folgen wollen, und dies durch das Handzeichen zu bestätigen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag unter Billigung der Antragsteller **an den Vorstand überwiesen** worden.

Wir kommen zum **Antrag V-54:**

> *Bereitstellung der Anträge des Deutschen Ärztetages für die Delegierten über eine Intranet-/Internetplattform*

Der Antragstext lautet genauso. Das ist ein Petitum, das immer wieder vorkommt, das manchmal wegen der Freude der Kollegen, erst hier ihrem schöpferischen Drang durch viele Anträge Ausdruck zu verleihen, ein bisschen schwierig zu erfüllen ist.

Übrigens sagt mir Herr Fuchs gerade, dass die Prüfung ergibt, dass die Einrichtung einer solchen Internetplattform wahrscheinlich mit Kosten in der Dimension von 20 000 Euro verbunden wäre. Deswegen würde ich Ihnen dringlich raten, das wegen der Kostenrelevanz dem Vorstand anheimzustellen. – Herr Roy möchte gegen einen Antrag auf Vorstandsüberweisung sprechen.

Dr. Roy, Thüringen: Ich möchte gegen den Überweisungsantrag sprechen. Es besteht schon heute die Möglichkeit, über die Internetseite der Bundesärztekammer die Anträge über einen speziellen Link, der beispielsweise passwortgeschützt ist, bereitzustellen. Ich möchte auch darauf hinweisen, dass beispielsweise Pressemitteilungen tagesaktuell auf der Internetseite erscheinen, ebenso Filme über den Deutschen Ärztetag. Deswegen denke ich nicht, dass man das Kostenvolumen von 20 000 Euro erreicht. Die Sachen sind vorhanden. Man muss deshalb nicht unbedingt 20 000 Euro ausgeben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Jetzt spricht zu Ihnen der Finanzverantwortliche des Vorstands, Herr Crusius. Er ist unser Scharnier zur Finanzkommission.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte für Vorstandsüberweisung sprechen, da alle Beschlüsse, die kostenrelevant sind, wegen der Haushaltsberatungen, die in der Finanzkommission stattfinden, vorher auf ihre Machbarkeit hin zu prüfen sind. Sonst haben Sie im nächsten Jahr das Problem, dass Sie eine Haushaltssteigerung haben und dann möglicherweise die rote Karte ziehen müssen.

Es wurde von 20 000 Euro gesprochen. Vielleicht sind es aber auch 40 000 Euro oder nur 10 000 Euro. Also bitte: Prüfauftrag.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich höre noch von Frau Becker, dass es technisch nicht so einfach ist, wie es erscheint. Wenn wir den Sicherheitsstandard beibehalten wollen, den wir bei der Bundesärztekammer haben und den wir weiterhin einhalten wollen, wird es ausgesprochen aufwendig, wenn Sie das sofort haben wollen. Kein Problem wäre es, das jeweils abends oder nachts einzustellen. Dann hätten Sie es am nächsten Tag. Aber ich glaube, damit wäre Ihnen nicht gedient. Wenn wir die Sicherheitsstandards einhalten wollen, würde ich Ihnen dringlich raten, das an den Vorstand zu überweisen, damit dieser prüft, mit welchem Aufwand das zu machen ist.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Es ist gegen Vorstandsüberweisung gesprochen worden. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-90:**

> *Spannungsfeld Arztberuf Arztfamilie Arztgesundheit als Tagesordnungspunkt*

Der Antragstext lautet:

> *Auf einem der drei nächsten Deutschen Ärztetage soll in einem eigenen Tagesordnungspunkt das Thema: „Spannungsfeld Arztberuf, Arztfamilie und Arztgesundheit“ behandelt werden.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Da kommt er so oder so hin. Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-104,** der die Ärztetagsbeschilderung betrifft:

*Die Geschäftsführung der Bundesärztekammer wird gebeten, dafür zu sorgen, dass die Tagungsgebäude künftig wieder mit „xxx. Deutscher Ärztetag“ beschildert sind.*

(Beifall)

Als Begründung wird angeführt:

*Beschilderung am Kongresszentrum Dresden fehlt …*

Ich bin jetzt einmal vorlaut und sage, dass der Vorstand das als Antrag übernimmt. Ich weiß nicht, warum das hier unterblieben ist. Vielleicht gab es irgendein technisches Problem. Da der Vorstand den Antrag übernimmt, brauchen wir darüber nicht abzustimmen. Der Antragsteller hat recht.

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex „Sonstiges“. Wir beginnen mit dem **Antrag V-28:**

*Bewahrung der Freiberuflichkeit des Arztes unter den Bedingungen neuer Finanzierungskonzepte im Großgerätebereich*

Der Text des Antrags lautet:

*Der 113. Deutsche Ärztetag sieht mit großer Besorgnis, dass unter den Bedingungen neuer Finanzierungskonzepte im Großgerätebereich die Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten leiden könnte. Der 113. Deutsche Ärztetag bittet die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern, die Entwicklungen in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen wachsam zu prüfen und Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.*

Meine Damen und Herren, wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann haben Sie den Antrag einstimmig **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-102:**

*Europaweite Veröffentlichungspflicht klinischer Studien*

Der Antragstext lautet:

*Die Bundesärztekammer wird aufgerufen, gegenüber der Politik zu fordern, dass*

- *europaweit eine gesetzliche Regelung gefunden wird, für sämtliche klinische Studien eine Registrierungspflicht einzuführen.*
- *Die Angaben des bestehenden EU-Registers EudraCT müssen uneingeschränkt und allgemein zugänglich gemacht werden.*
- *Insbesondere müssen zeitnah die Ergebnisse aller klinischen Studien, incl. Studien zu medizinischen Produkten und Verfahren, transparent und öffentlich zugänglich gemacht werden.*

- *Schließlich müssen die Vertragsbedingungen zwischen den beauftragenden Unternehmen und den klinischen Prüfärzten offengelegt werden.*

Wenn nicht Vorstandsüberweisung beantragt wird, stimmen wir über den Antrag ab.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wer möchte dagegensprechen? – Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben uns in der Intention eigentlich schon dafür ausgesprochen, das so zu machen. Das ist letztendlich Ausfluss der Versorgungsforschung genau zu diesem Punkt. Es macht natürlich keinen Sinn, wenn man feststellt, dass Zusammenhänge bestehen zwischen dem Ergebnis von Arzneimittelstudien und den Auftraggebern, wenn man dann nicht den nächsten Schritt wagt, entsprechende Regelungen zu fordern. Das hat Herr Joas schon vor einigen Tagen getan. Das ist auf europäischer Ebene schon vorhanden. Man muss es jetzt in nationales Recht umsetzen. Es muss Transparenz hergestellt werden, damit man nachvollziehen kann, wo Zusammenhänge bestehen, damit man die Studien nachkontrollieren und Originalaufträge und Daten sehen kann. Da muss endlich etwas passieren. Deshalb sollten wir das abstimmen und nicht an den Vorstand abschieben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Endlich hat jemand dafür plädiert, wofür er plädieren sollte. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einige. Die Gegenprobe! – Letzteres ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt**.** Wir stimmen nun über den Antrag ab. Wer möchte den Antrag positiv bescheiden? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit bei wenigen Gegenstimmen **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-114:**

*2. Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten*

Der Antragstext lautet:

*Die psychosomatische Kompetenz der Ärzte in Aus-, Weiter- und Fortbildung (besonders in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung) muss gestärkt werden. Psychosomatische Komorbiditäten bei organischen Erkrankungen (Depression und Herzinfarkt) stellen neben psychosomatischen Leiden im engeren Sinn erhebliche Anforderungen an die Qualifizierung der behandelnden Ärzte dar. Unter Berücksichtigung der Wechselwirkung biologischer, seelischer und sozialer Faktoren auf Entstehung, Verlauf und Folgen von Krankheiten ist im Rahmen einer tragenden Arzt-Patient-Beziehung der Zugang zu ursächlichen Problemen auf der emotionalen Ebene möglich statt wenig wirksamer Appelle an den bewussten Verstand.*

(Zurufe: Vorstandsüberweisung! Nichtbefassung!)

– Nichtbefassung ist der weitestgehende Antrag. Spricht jemand gegen die Nichtbefassung? – Herr Lorenzen.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Vielen Dank für die Gelegenheit, dazu noch etwas zu sagen. Ich gebe zu: Der Antrag ist nicht ganz optimal formuliert.

(Beifall)

Es geht darum, die psychosomatische Kompetenz der Kolleginnen und Kollegen zu stärken und festzustellen, dass es nicht reicht, dem Patienten zu sagen: Mache dieses oder jenes. Die Patienten müssen entsprechend geführt werden. Das soll der Antrag zum Ausdruck bringen.

Ich möchte Sie bitten, den Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Lorenzen. – Jetzt stellen wir den Antrag auf Nichtbefassung zur Abstimmung. Wer möchte sich nicht damit befassen? – Die Gegenprobe! – Ersteres war die Mehrheit. Damit ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Wir kommen zum **Antrag V-128:**

*Verbot der „Ultimate-Fighting"-Veranstaltungen und ihrer TV-Übertragung*

Ich gehe davon aus, dass Sie diesen Antrag gelesen haben. Oder wünschen Sie Verlesung? – Nein.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Beim letzten Antrag müssen wir in den Ultimate Fight eintreten. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Der Antragsteller, Herr Professor Frantz.

Prof. Dr. Frantz, Brandenburg: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wollte darum bitten, dass der Ärztetag selbst Stellung nimmt. Das ist eine Sache, wo wir uns als Ärzte positionieren können.

(Beifall)

Es darf nicht sein, dass diese Verrohung fortschreitet. Wäre es nicht so paradox, würde ich sagen: Schauen Sie sich das einmal an. Aber ich will ja, dass man es sich nicht mehr anschauen kann. Es ist ganz furchtbar. Es ist ein Teil der organisierten Kriminalität. Wir sollten uns positionieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Das war ein engagiertes Plädoyer gegen die Vorstandsüberweisung. – Wer immer noch dafür ist, den bitte ich jetzt, die Hand zu heben. Ich habe Sie verklausuliert gefragt, wer für Vorstandsüberweisung ist. – Jetzt niemand mehr. Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Keine. Dann ist Vorstandsüberweisung abgelehnt. Wer dem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist **angenommen.**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, damit sind wir nach meiner Einschätzung mit dem Tagesordnungspunkt V fertig. Ich danke Ihnen und gebe die Sitzungsleitung wieder an Jörg Hoppe.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der sich herzlich bedankt für die souveräne Sitzungsleitung durch Frank Ulrich Montgomery. Herzlichen Dank!

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, der letzte Antrag erinnerte mich an spätrömische Zustände.

Ich rufe jetzt **Tagesordnungspunkt IX** auf:

## Wahl des Tagungsortes für den 115. Deutschen Ärztetag 2012

Bitte flüchten Sie noch nicht, denn Dr. Kaplan als Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer wird uns in die fränkische Metropole einladen. Ich gebe ihm jetzt das Wort und bin gespannt auf die Vorstellung.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrte Damen und Herren! Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im August 2009 die Geschäftsführung beauftragt, zu prüfen, ob der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg stattfinden kann.

Entsprechend dem Ergebnis der Prüfung hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 22. Januar 2010 beschlossen, den Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages als Tagungsort für den 115. Deutschen Ärztetag vom 22. bis zum 25. Mai 2012 Nürnberg vorzuschlagen. Ich habe hier heute also die Ehre, Sie 2012 zum 115. Deutschen Ärztetag nach Nürnberg einzuladen.

Nürnberg ist ein klassischer deutscher Versammlungsort, im Guten wie im Bösen. Schon nach der Verfassung des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation war jeder neu gewählte König dazu verpflichtet, die erste Versammlung nach der Reichstagswahl in Nürnberg abzuhalten. Da 2012 bekanntlich auf 2011 folgt, kann man hier nur Kaiser Franz zitieren: Schau'n mer mal!

Schon 1979 tagte der Deutsche Ärztetag – es war der 82. – in der Frankenmetropole. Themen waren damals wie heute die Finanzlage der Krankenversicherung, Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen, sinkende Qualität der ärztlichen Ausbildung, Gesundheitserziehung und Katastrophenschutz.

Wie schon damals werden wir auch 2012 in der Nürnberger Meistersingerhalle tagen. An Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wird es liegen, diese Halle mit Geist, Humor und Verstand zu füllen.

Ich lade Sie herzlich zum 115. Deutschen Ärztetag 2012 – das tue ich auch in Vertretung unseres Präsidenten, Herrn Koch – in die Frankenmetropole ein.

(Beifall)

Wir, die bayerischen Ärztinnen und Ärzte, freuen uns darauf, Ihre Gastgeber sein zu dürfen. Ich darf Sie schon jetzt herzlich willkommen heißen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Max Kaplan, für diese Einladung nach Nürnberg. Wir erinnern uns noch gern an Nürnberg 1979, zumindest diejenigen, die damals schon dabei waren. Das war ein Ärztetag der besonderen Art. Erstens hat uns Franz Josef Strauß begrüßt und eine, wie es bei ihm so üblich war, lange Rede gehalten. Er hat uns dabei mitgeteilt, dass die Zahl der Ärzte überhaupt nicht hoch genug sein kann. Deshalb hat er in seiner Rede jegliche Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium abgelehnt.

Der zweite Punkt war: Wir haben damals nicht beschlossen, dass die Approbation nur eine Voraussetzung für die anschließende verpflichtende Weiterbildung ist, sodass die Zulassung zur Ausübung des Arztberufs erst am Ende der Weiterbildung in Kraft tritt, sodass der Arztberuf in damals, glaube ich, 32 Unterberufe aufgeteilt worden wäre und man nicht mehr Ärztin oder Arzt war, sondern man war Ärztin für Chirurgie oder Arzt für Innere Medizin und konnte nur diesen Titel führen.

Das hat den damaligen Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Herrn Professor Häußler, der später auch KBV-Vorsitzender wurde, dazu bewogen, nachdem er dort eine Abstimmungsniederlage erlitten und wutentbrannt und mit drohenden Gebärden den Saal verlassen hatte, zu sagen: Ich komme über Brüssel wieder! Das hat er wirklich getan. Auf der Basis der entsprechenden Richtlinie entstand in der Bundesrepublik Deutschland der Euro-Doc, der mittlerweile längst durch den Facharzt für Allgemeinmedizin substituiert wurde, wenn ich so sagen darf.

Wir kommen gern nach Nürnberg zurück und freuen uns auf den Ärztetag 2012, jeder in der Position, in der er sich dann befindet.

Wer stimmt dem **Antrag IX-01** zu, den 115. Deutschen Ärztetag vom 22. bis zum 25. Mai 2012 in Nürnberg durchzuführen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann wird das so geschehen.

(Beifall)

Vielen Dank, Max Kaplan, und viele Grüße an den im Nachbarort Fürth wohnenden Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und nach wie vor gute Besserung.

Jetzt haben wir alle Tagesordnungspunkte erledigt. Ich habe noch einige Schlussbemerkungen. Zunächst Danke an die beiden Ehrenpräsidenten, dass sie mit uns gemeinsam so lange ausgehalten haben.

(Beifall)

Zur Geschäftsordnung?

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Ich würde gern eine persönliche Erklärung abgeben, wenn es noch möglich wäre.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wozu?

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Das würde ich dann gleich sagen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Persönliche Erklärungen sind natürlich immer möglich.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Das dachte ich mir, Herr Professor. – Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Meine Kolleginnen und Kollegen! Ich weiß, dass Sie alle nach Hause wollen. Ich will es auch. Ich fasse mich auch kurz; das verspreche ich.

Wir alle sind mit sehr hohen Erwartungen nach Dresden gekommen. Wir hatten Druck zu Hause, in der Praxis, wir hatten Nachtdienst und waren alle vielleicht ein bisschen überfordert. Mir ging es jedenfalls so; ich bin müde hierhergekommen.

Dann war die Eröffnungsveranstaltung und Herr Professor Schulze hat gesagt, wir sollen uns mitnehmen lassen von dieser Stadt. Ich kannte diese Stadt. Zu meinem 50. Geburtstag habe ich mir keine Riesenparty gewünscht, ich wollte nach Dresden. Ich kannte das Flair hier.

Als die Eröffnungsveranstaltung vorbei war, hatte ich schon das Gefühl: Ich bin jetzt ein bisschen angekommen, auch im Privatleben. Das liegt an dieser Stadt, das liegt auch an den Kollegen, die hier sind. Das liegt auch an dieser recht guten Atmosphäre, wenn wir einmal als Ärzte zusammen sind. Ich bin gern unter Ärzten. Ich bin gern allein in der Familie, aber ich bin auch gern hier. Ich bin auch gern einmal von zu Hause weg; das ist einfach so.

(Beifall)

– Die anderen auch; das ist ja toll.

Ich will Herrn Professor Schulze danken, ganz besonders ihm und seinem Team. Herr Professor Hoppe, Sie machen das viel besser als ich, Herr Kaplan auch; Sie machen das viel schöner. Ich sage aus freiem Herzen: Ich fand es wunderbar hier. Als wir gestern von Herrn Sarrasani aufgefordert wurden, nicht zu vergessen, ein bisschen zu träumen und ein bisschen zu leben, habe ich das sehr ernst genommen.

Wir als Mecklenburger waren – das will ich auch sagen – die Letzten, die da noch getanzt haben. Das liegt nicht daran, dass man uns einmal loslässt und wir dann tun, was wir wollen, sondern wir halten einfach viel länger durch als andere. Ich wollte Sie auffordern, halten Sie beim nächsten Mal auch ein bisschen länger durch. Nehmen Sie sich selber wahr und genießen Sie manchmal, dass wir neben unserem Beruf auch eine Privatperson sind und auch ein bisschen leben müssen. Dann brauchen wir keine Versorgungsforschung über die Qualität unseres Befindens. Dann können wir das Geld für eine andere Versorgungsforschung einsetzen.

Herr Professor Schulze, noch einmal meinen ganz besonderen Dank an Sie und Ihre Mannschaft.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wenn die Mecklenburg-Vorpommern am längsten aushalten: Schon Bismarck hat gesagt, wenn die Welt untergeht, dann dauert das in Mecklenburg-Vorpommern drei Monate länger.

(Heiterkeit – Beifall)

Ich möchte meinerseits ebenfalls Professor Schulze und allen anderen danken, die in der Sächsischen Landesärztekammer dazu beigetragen haben, dass wir einen wirklich sehr harmonischen, sehr ausgewogenen und durch Beratungen, aber auch durch das Rahmenprogramm gestalteten Ärztetag erlebt haben, der mich natürlich besonders angesprochen hat, weil ich mehr für Musik bin als für andere Dinge. Insofern habe ich mich hier doppelt wohlgefühlt.

Ich möchte die kaufmännische Geschäftsführerin Frau Keller und den Pressesprecher Herrn Köhler erwähnen, die maßgeblich an der Organisation dieses Ärztetages beteiligt waren. Sie sollten einen Beifall bekommen.

(Beifall)

Der Dank gilt auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesärztekammer und natürlich der Stadt Dresden.

(Beifall)

Dann darf ich Ihnen danken, meine Damen und Herren Delegierte, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass Sie bis jetzt ausgehalten und so konstruktiv mitgearbeitet haben. Es war einer der intelligentesten Ärztetage, die ich je erlebt habe. Das muss ich ganz ehrlich sagen.

(Beifall)

Vielen Dank vor allem dafür, dass Sie so umfangreich an der elektronischen Erstellung von Anträgen mitgearbeitet haben. Das beschleunigt den Ablauf auch sehr und vermindert die Fehlerquote bei der Übertragung vom handschriftlichen in gedruckten Text.

Jetzt hat Jan Schulze gebeten, eine kurze Schlusserklärung abgeben zu dürfen.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Das meiste ist gesagt. Sie möchten alle nach Hause; also nur ganz kurz. Es war für uns als die gastgebende Kammer ein ganz beglückendes Ereignis. Es war ein wunderschöner und kreativer Ärztetag. So haben wir es jedenfalls wahrgenommen. Die Rückkoppelung, die ich von Ihnen bekommen habe, war in diesem Tenor gehalten.

Es war auch eine arbeitsreiche Woche. Wir haben eine Menge Beschlüsse und Entschließungen gefasst und Entscheidungen getroffen.

Alle Gäste haben sich hoffentlich in unserer Stadt und im Land Sachsen wohlgefühlt. Das Rahmenprogramm bot eine kleine Auswahl an besonderen Sehenswürdigkeiten. Am Schluss dieses 113. Deutschen Ärztetages möchte ich mich mit unserem Team von Ihnen verabschieden, Ihnen eine sehr angenehme und unfallfreie Rückreise wünschen. Wir würden uns freuen, wenn Sie die Städte Sachsens bzw. unser schönes Kulturland Sachsen wieder besuchen würden.

Ich möchte auch nicht versäumen, die gute Zusammenarbeit zwischen der Bundesärztekammer – Frau Becker und Frau Thoms – und unseren Verantwortlichen – unsere kaufmännische Geschäftsführerin und unser Mann für Presse und Öffentlichkeitsarbeit – zu erwähnen. Das war ein Unterpfand dafür, dass hier alles so reibungslos ablaufen konnte.

Damit verabschieden wir uns. Auf Wiedersehen!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt noch Dankesworte an unseren Stenografen, Herrn Rüdiger Weber, für seine mühevolle Arbeit, die sicherstellt, dass die Beratungen und Diskussionen in einem Wortprotokoll zusammengefasst werden können.

(Beifall)

Manche Diskutanten werden sich wundern, was sie gesagt haben oder was sie am liebsten gesagt hätten.

(Heiterkeit)

Ich bedanke mich sehr herzlich bei der Technik und den Firmen evenco und Helliwood, die uns schon seit vielen Jahren technisch unterstützen und beispielsweise den ganzen Bühnenaufbau gestalten. Daran haben wir uns schon richtig gewöhnt; es ist fast wie zu Hause.

Ein besonderer Dank geht an die Geschäftsführung der Bundesärztekammer mit Professor Fuchs an der Spitze, aber ganz besonders an Frau Becker und Frau Thoms, die sich um die Gestaltung des Ärztetages besonders verdient gemacht haben. Sie bekommen jetzt einen Blumenstrauß von Professor Fuchs überreicht.

(Beifall)

Wir bedanken uns dafür, dass sie so erfolgreich waren. Das ist ja immer wieder eine neue Herausforderung, zumal auch technische und ablaufmäßige Veränderungen vorkommen.

Meine Damen und Herren, ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise. Auf Wiedersehen beim 114. Deutschen Ärztetag vom 31. Mai bis zum 3. Juni 2011 in Kiel. Das ist kurz nach Montis Geburtstag.

Damit schließe ich den 113. Deutschen Ärztetag in Dresden und wünsche Ihnen allen eine gesunde und unfallfreie Heimreise.

(Beifall)