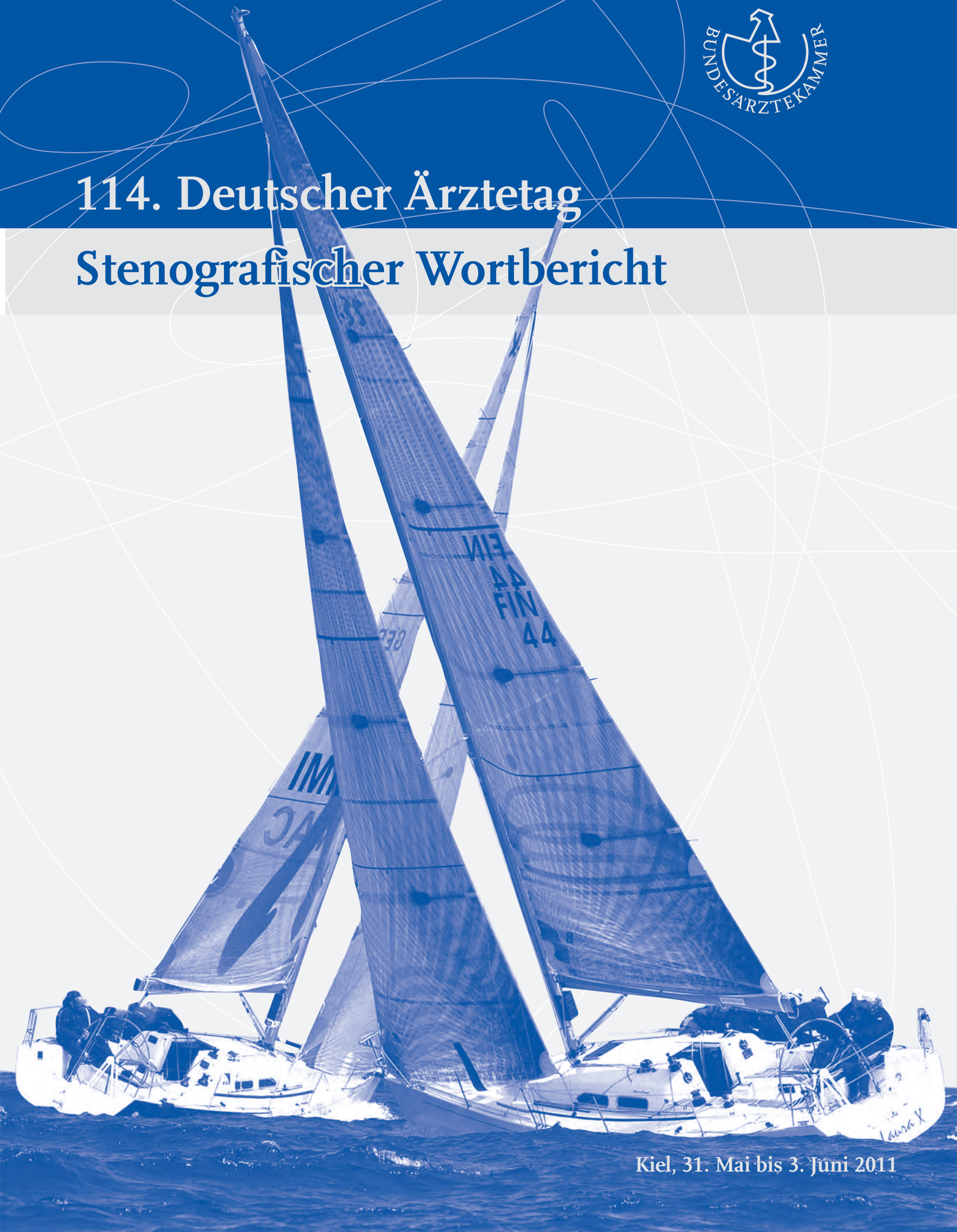
114. Deutscher Ärztetag

Stenografischer Wortbericht



Kiel, 31. Mai bis 3. Juni 2011

Stenografischer Wortbericht

114. Deutscher Ärztetag
Kiel, 31. Mai bis 3. Juni 2011

Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2011

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

Stenograf:
Rüdiger Weber, Berlin

Titelfoto:
© Landeshauptstadt Kiel/Peter Lühr

Titelgrafik:
André Meinardus, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

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
  Dr. Franz-Joseph Bartmann,
  Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein 4
- Grußwort
  Peter Harry Carstensen
  Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein 10
- Grußwort
  Torsten Albig
  Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Kiel 13
- Totenehrung 15
- Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 17

  Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Heinz Angstwurm 17
  Dr. med. Herbert Britz 20
  Univ. Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer 22
  Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein 25

  Dankesrede im Namen der Geehrten
  Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein 28
- Grußansprache
  Daniel Bahr, 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 42

II Arbeitstagungen des Plenums 51

1. Tag, Dienstag, 31. Mai, 2011, Nachmittagssitzung 51

2. Tag, Mittwoch, 1. Juni 2011, Vormittagssitzung 105

2. Tag, Mittwoch, 1. Juni 2011, Nachmittagssitzung 164

3. Tag, Donnerstag, 2. Juni 2011, Vormittagssitzung 227

4. Tag, Freitag, 3. Juni 2011, Vormittagssitzung 323

Eröffnungsveranstaltung

Dienstag, 31. Mai 2011, 10.00 Uhr
Kieler Schloss

(Musikalischer Auftakt: Darius Milhaud: Scaramouche: Suite für 2 Klaviere op. 165 b, Vif)

Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein: Wir hörten eingangs Scaramouche – frei übersetzt: Scharmützel –, eine der bekanntesten Klavierkompositionen von Darius Milhaud, interpretiert von Ninon Gloger und Mona Rössler, Absolventinnen der Meisterklasse der Musikhochschule in Lübeck, die übrigens in diesem Jahr ihren hundertsten Geburtstag feiert.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Verehrte Gäste! Im Namen der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der Bundesärztekammer heiße ich Sie ganz herzlich zum 114. Deutschen Ärztetag hier bei uns in der Landeshauptstadt Schleswig-Holsteins willkommen. Nach zweimal Lübeck und einmal Westerland auf Sylt ist es nach 26-jähriger Pause das vierte Mal in der 138-jährigen Geschichte Deutscher Ärztetage, dass wir die Ehre haben, Sie, das Parlament der deutschen Ärzteschaft, in unserem Bundesland willkommen heißen zu dürfen.

In erster Linie gilt mein Gruß natürlich Ihnen, den 250 Delegiertinnen und Delegierten und all denen, die aus dem privaten und aus dem Kammerumfeld mit Ihnen nach Kiel gereist sind.

Aber wie in jedem Jahr haben wir heute zur Eröffnung und zum Teil auch für den gesamten Verlauf der viertägigen Beratungen die Ehre zahlreicher Gäste, von denen ich einige ganz besonders begrüßen möchte. Das heißt natürlich nicht, dass diejenigen, die ich nicht erwähne, weniger herzlich willkommen sind.

An erster Stelle möchte ich natürlich nennen den Ministerpräsidenten des Landes Schleswig-Holstein, Herrn Peter Harry Carstensen.

(Beifall)

Ich habe die besondere Freude und Ehre, unseren neuen, sozusagen noch ganz frischen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr in unserer Mitte begrüßen zu dürfen.

(Beifall)

Wir freuen uns auf Ihre Debütantenrede vor diesem Auditorium.

Ferner begrüße ich den Oberbürgermeister der Stadt Kiel, Herrn Torsten Albig.

(Beifall)

Herr Albig wird gleich noch einige Grußworte an uns richten.

Ich begrüße alle anwesenden Abgeordneten und Mitglieder des Europäischen Parlaments, des Deutschen Bundestags, des Schleswig-Holsteinischen Landtags und der Landtage anderer Bundesländer.

(Beifall)

Ganz herzlich begrüße ich auch den Ehrenpräsidenten des 114. Deutschen Ärztetages und Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, Herrn Professor Dr. Fritz Beske. Herr Professor Beske, mit diesem Gruß möchte ich meinen Dank für alles verbinden, was Sie bislang schon für die deutsche Ärzteschaft getan haben. Sie können daraus schließen, dass wir wissen, dass Sie noch voller Pläne sind. Wir sind gespannt auf das, was Sie in Zukunft eventuell noch an Überraschungen für uns bereithalten werden.

(Beifall)

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, alle weiteren anwesenden Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft in unserer Mitte willkommen zu heißen. Ich schließe dabei die heute zu Ehrenden ausdrücklich mit ein.

(Beifall)

Ein herzliches Willkommen gilt natürlich auch dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Nordrhein, Herrn Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe.

(Lebhafter Beifall)

Lieber Jörg, ich weiß, dass dieser Ärztetag für Dich mit besonderen Emotionen verbunden ist, und ich drücke Dir für den Verlauf alle im Saal verfügbaren Daumen.

(Beifall)

Anwesend sind auch – und deshalb seien sie herzlich gegrüßt – als Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Herr Dr. Andreas Köhler und Herr Dr. Carl-Heinz Müller

(Beifall)

sowie von der Landesebene die Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Frau Ingeborg Kreuz, sowie der Vorsitzende der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Herr Dr. Christian Sellschopp.

(Beifall)

Ich heiße willkommen den Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe, Herrn Ulrich Oesingmann, sowie die Präsidenten der befreundeten Heilberufekammern ärztlicher und weiterer heilberuflicher Verbände. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Für die anwesenden Vertreter des Sanitätswesens der Bundeswehr begrüße ich stellvertretend den Inspekteur der 4. Teilstreitkraft, Herrn Generaloberstabsarzt Kurt-Bernhard Nakath, und den Leiter des Sanitätskommandos I, unser Kammermitglied Herrn Generalarzt Dr. Ulrich Pracht.

(Beifall)

Meine Herren, wir sehen mit hohem Respekt und Bewunderung, unter welch schweren Bedingungen Sie Ihre ärztliche Tätigkeit nicht nur während der vielen spektakulären Auslandseinsätze, sondern auch im normalen Routinebetrieb in der Heimat aus-

üben. Diese gehen weit über die allgemeinen Probleme des Gesundheitswesens, die ja auch nicht spurlos an Ihnen vorübergehen, hinaus. Dafür danken wir Ihnen.

(Beifall)

Verehrte Gäste, die deutsche Ärzteschaft engagiert sich seit jeher in internationalen Gremien. Sie nimmt so Einfluss auf die globalen Entwicklungen und Diskussionen, die unseren Beruf in Europa und weltweit prägen. Daher freut es mich ganz besonders, dass viele internationale Kolleginnen und Kollegen unserer Einladung gefolgt sind und den Deutschen Ärztetag hier in Kiel nutzen, um sich über den Stand der Diskussion in der deutschen Ärzteschaft zu informieren und so zu einem Austausch unserer gemeinsamen Anliegen beizutragen.

Ich freue mich, die Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft Herrn Dr. Francisc Jeszenszky aus Rumänien sowie Herrn Dr. Max Giger aus der Schweiz begrüßen zu dürfen.

(Beifall)

Ich begrüße den Präsidenten des Weltärztebundes, Dr. Wonchat Subhachaturas aus Thailand, sowie den Generalsekretär des Weltärztebundes, Dr. Otmar Kloiber.

(Beifall)

Einen sehr weiten Weg hat der Präsident der brasilianischen Ärzteorganisation hinter sich: Herzlich willkommen, Dr. José Luiz Gomes do Amaral.

(Beifall)

Wir freuen uns natürlich auch sehr über die Teilnahme des Präsidenten der American Medical Association, Dr. Peter Carmel.

(Beifall)

Besonders herzlich begrüße ich unsere Kolleginnen und Kollegen, die aus allen Teilen Europas angereist sind. Ich heiße Sie im Namen der Landesärztekammer Schleswig-Holstein willkommen. Erlauben Sie mir, dass ich aufgrund seines Amts und der Funktion aus diesem Kreis den Gesundheitsminister und ärztlichen Kollegen aus dem Kosovo, Herrn Professor Dr. Ferid Agani, hervorheben. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Und – last but in my mind not least – begrüße ich ganz besonders herzlich meine Kolleginnen und Kollegen aus dem Vorstand der Bundesärztekammer sowie dem Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

(Beifall)

Seien Sie mir, seien Sie uns allen noch einmal ganz herzlich willkommen.

Verehrte Gäste, es ist fast schon Tradition, dass der Präsident der gastgebenden Kammer die Grundzüge der geschichtlichen Entwicklung des jeweiligen Bundeslands darstellt, zumindest in Grundzügen. Im Falle Schleswig-Holsteins, als jahrhundertelang, eigentlich seit Karl dem Großen, umstrittene Grenzregion zu Skandinavien, möchte ich hierzu Lord Palmerston, einen der Väter des Friedensvertrags nach dem ersten Dänisch-Holsteinischen Krieg, den Treaarskrigen 1848 bis 1851, zitieren. Er soll in London gesagt haben – die Häufigkeit, mit der er zitiert wird, lässt keinen

Zweifel daran, dass es so oder so ähnlich gewesen ist –: Es gibt drei Menschen, die die dynastischen Verhältnisse in Schleswig-Holstein überschauen. Der erste ist Prinz Albert – er ist leider tot. Der zweite ist ein deutscher Professor, dessen Name mir entfallen ist. Der ist darüber verrückt geworden. Der dritte bin ich – und ich habe alles wieder vergessen.

Ich gestehe – Sie werden das nachvollziehen können –: Die Perspektive des bei Palmerston zitierten deutschen Professors erschien mir – Franz Bartmann – nicht unbedingt erstrebenswert.

Deshalb möchte ich mich beschränken auf eine Skizzierung der aktuellen Situation, in der ausschließlich territoriale, politische und kulturelle Aspekte und nicht mehr dynastische Verhältnisse, die zum Geschichtsverständnis eigentlich unverzichtbar sind, eine nicht ganz unwesentliche Rolle spielen.

Der heutige Grenzverlauf zwischen Deutschland und Dänemark ist das Ergebnis der Volksabstimmung im Jahre 1920 infolge der Versailler Verträge. Auch wenn deren Ausgang von beiden Seiten, vor allem natürlich bei den jeweils Unterlegenen, kritisch hinterfragt und teilweise auch angefochten wurde, bleibt doch die Feststellung, dass dabei das Zusammengehörigkeitsgefühl der jeweiligen Bevölkerungsmehrheit eine deutlich höhere Legitimation für eine Grenzziehung darstellt als eine, die am grünen Tisch stattfindet.

Gleichwohl war das Verhältnis zwischen beiden Nationen, nicht zuletzt auch durch die Besetzung Dänemarks durch die Wehrmacht während des Zweiten Weltkriegs, lange Zeit alles andere als harmonisch. Seit den 60er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts gehen wir aber sehr moderat – ich möchte sogar sagen: freundschaftlich – miteinander um, obwohl die soziokulturellen Unterschiede zwischen dem skandinavischen und dem deutschen Sprachraum unübersehbar sind.

Nördlich der Landesgrenze begegnet Ihnen auf Schritt und Tritt, ob auf dem einsamen Einzelgehöft oder innerhalb einer Großstadt, der Danebrog, die identitätsstiftende Staatsflagge Dänemarks. Von südlich der Grenze haben Sie da in der Regel lediglich vereinzelte HSV-Fahnen oder springende Ferrari-Gäule in Erinnerung – es sei denn, wir sind gerade Weltmeister oder Papst oder beides geworden. Das ist nämlich für ganz viele der Anlass, ihr persönliches Identifikationsobjekt gleich mehrfach mit den deutschen Nationalfarben auszustatten.

Das ist der äußere Ausdruck eines inneren Lebensgefühls. Auch in Dänemark gibt es Unzufriedenheit mit dem Staat und heftige politische Auseinandersetzungen. Das muss auch so sein. Trotzdem lebt eine Mehrheit in dem Bewusstsein: Ich gebe während meines aktiven Erwerbslebens dem Staat über Steuern – nicht zu knapp – das zurück, was ich während meiner Kindheit und Ausbildung von ihm als Vorschuss bekommen habe, und leiste einen Beitrag dafür, was ich im Alter noch erwarten kann.

Der Tatbestand der Steuerhinterziehung und der Steuerflucht ist auch in Dänemark kein Fremdwort, aber im Vergleich zu Deutschland spielt er doch eine vergleichsweise geringe Rolle. Da baut schon eher der Seniorchef eines großen international agierenden Konzerns für 70 Millionen Euro ein komplettes Gymnasium vom Allerfeinsten am Ufer der Schlei in Schleswig und schenkt es anschließend der dänischsprachigen Minderheit. Wenn Sie Gelegenheit hätten, das zu sehen, wären Sie gern noch einmal Schüler.

Und wer glaubt, dass die dänische Bevölkerung angesichts langer Wartezeiten, weiter Wege und hoher Eigenleistungen im Krankheitsfall neidvoll auf das Gesundheitswesen südlich der Grenze blickt, irrt gewaltig. Gerne nimmt man im unmittelbaren Grenzgebiet die boden- und luftgestützte Rettungskette der deutschen Seite in Anspruch. Der Rettungshubschrauber ist direkt an der Grenze stationiert. Das ist kein Zufall, sondern es gibt ein entsprechendes Abkommen. Dies und die Möglichkeit der wohnortnahen Strahlentherapie in Flensburg als Alternative zum Sammeltransport ins 150 Kilometer entfernte Odense auf der Insel Fünen wird aber eher als ein Entgegenkommen ihrer Regionalverwaltung, aber keineswegs als Defizit der Gesundheitsversorgung im eigenen Lande empfunden.

Ganz im Gegenteil: Man bedauert uns zutiefst wegen der scheinbar unlösbaren Probleme unseres Gesundheitswesens.

Was für die dänischen Bürger normal ist – Abholung von Labordaten, Verordnungen, Krankenhausinformation, Anmeldung und regelmäßige Mitteilungen über den Stand auf der Warteliste im Internetportal „medcom.dk“ –, das bildet für deutsche Staatsbürger, die den Zugang zum dortigen Gesundheitswesen sehr schwierig finden, Barrieren, die schon vor dem Versuch einer Behandlung im Gastland regelhaft zu panikartigen Fluchten nach diesseits der Grenze führen. Als in Flensburg tätiger Arzt weiß ich, worüber ich rede.

Patientenströme sind, wie in anderen Grenzregionen auch, fast einseitig zentripetal nach Deutschland ausgerichtet.

Genau umgekehrt sind dagegen die Wanderungsbewegungen deutscher Ärzte nach Dänemark. Ganze Krankenhausabteilungen in Anästhesie, Chirurgie und Radiologie sind nördlich der Grenze nicht nur mit deutschen Ärzten besetzt, sondern stehen teilweise auch unter deutscher Leitung. Wenn Sie diese Arbeitsemigranten, wie ich sie einmal nennen möchte, fragen, warum sie diesen Schritt gewählt haben, nach Dänemark zu gehen, hören Sie in aller Regel als Erstes: geregelte Arbeitszeiten, ein faires, kollegiales Arbeitsklima und fehlender oder deutlich geminderter Arbeitsdruck. Und da dabei auch das Einkommen mehr als auskömmlich ist, was übrigens auch für die ambulante hausärztliche Versorgung gilt, gibt es bei uns an der Grenze den stehenden Spruch: Ideal ist es, in Dänemark Arzt und in Deutschland Patient zu sein.

Meine eigene Patientendatei enthält Namen deutschsprachiger Ärztinnen und Ärzte aus allen Teilen Dänemarks.

In diesem einen Satz „Ideal ist es, in Dänemark Arzt und in Deutschland Patient zu sein“ steckt ein Großteil des gesamten Dilemmas des deutschen Gesundheitswesens. Die Arztdichte ist nach neuesten WHO-Angaben mit 3,42 respektive 3,50 Ärzten pro 1.000 Einwohner in Dänemark und Deutschland nicht sehr unterschiedlich, aber die vom einzelnen Arzt erwartete Leistung ist dagegen hoch diskrepant.

Das Primat der umfassenden zeit- und wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung auf höchstem Niveau ist ein herausragendes Charakteristikum unseres – und eigentlich nur unseres – Gesundheitswesens. Alle skandinavischen Staaten arbeiten dagegen seit Jahrzehnten nach dem Prinzip der Priorisierung, was nicht nur die gezielte Zuteilung von Leistungen, sondern auch die Inkaufnahme langer Wege und Wartezeiten beinhaltet.

Auf der einen Seite der Grenze – von hier aus gesehen auf der anderen Seite – ein Gesundheitswesen als Teil einer allumfassenden staatlichen Daseinsfürsorge auf erreichbarem und bezahlbarem Niveau, hier bei fast uneingeschränktem Leistungsversprechen ein ärgerlicher Kostenfaktor, den es durch Kostendiktat und Budgetierung auf der einen und Marktwirtschaft und Wettbewerb auf der anderen Seite so niedrig wie möglich zu halten gilt. Aber, meine Damen und Herren, beide Prinzipien vertragen sich nicht. Kostenbegrenzung und Wettbewerb vertragen sich gegenseitig nicht. Und der für Wettbewerber an sich implizit in Aussicht gestellte Profit – das ist die Triebfeder des Wettbewerbs – erinnert stark an das Esel-Möhre-Prinzip: der Esel, der einer vorgehaltenen Karotte hinterhertrabt, ohne diese jemals erreichen zu können.

Wer dieses Spiel einmal durchschaut hat, haut ab, wenn er kann. Aber was sollen wir daraus schließen? Häufig hört man: Die jungen Ärztinnen und Ärzte verlassen Deutschland wegen drohender Staatsmedizin. Aber warum zieht es sie denn ausschließlich in Länder mit Staatsmedizin? Kann der Staat es eventuell doch besser als die Selbstverwaltung? Das sind hochprovokante Fragen. Aber nur wer die richtigen Fragen stellt, kann auch die richtigen Antworten erwarten. Mit falschen Fragen kommt man nur zu vorschnellen Antworten – und an denen mangelt es weiß Gott nicht.

Noch einmal: Nur wenn wir die richtigen Fragen stellen und ehrliche Antworten akzeptieren, haben wir die Chance, von einer Verwaltung staatlich verordneten Mangels wieder mehr zur Selbstgestaltung unseres Berufsstands zu gelangen. Deshalb müssen wir bereit sein, Konflikte auszuhalten und Verantwortung für unser Handeln zu übernehmen. Denn nur wenn wir in Verantwortung handeln, können wir unsere Zukunft selbst gestalten.

Dabei meine ich nicht nur die öffentliche Auseinandersetzung mit der Politik, Herr Bahr, die zweifelsfrei notwendiger und unverzichtbarer Bestandteil unserer berufspolitischen Aktivitäten ist. Vielmehr müssen wir Zivilcourage auch nach innen beweisen. Das ist häufig sehr viel schwieriger, weil unpopulärer. Veränderungen machen gerade in einem beruflichen Umfeld, das aus guten Gründen Bewährtes favorisiert, immer Angst. Davon müssen wir ausgehen. Neues macht zunächst einmal Angst.

Gleichwohl führt die alleinige Bewahrung des Status quo bei einer permanenten Änderung der Umfeldbedingungen erst zum Stillstand und dann ins Defizit. Wenn wir etwas als richtig und notwendig erkannt haben, es aber aus Angst vor dem Vorwurf des vorauseilenden Gehorsams erst dann umsetzen, wenn der Druck aus Staat und

Gesellschaft keine Alternative mehr lässt, haben wir das Prinzip der Selbstverwaltung gründlich missverstanden und als Institution ein Stück weit versagt.

(Beifall)

Ich persönlich habe aus diesem Grunde den Ärztetag in Bremen 2004 mit der notwendigen und überfälligen Anpassung der Berufsordnung, bei der ich etwas mitmischen durfte, als eine Sternstunde der Selbstverwaltung in Erinnerung.

Wir erleben auf diesem Ärztetag die Fortschreibung dieses Prozesses. Wir bemühen uns um eine Fortentwicklung des Weiterbildungsrechts. Vor allem aber machen wir

uns Gedanken über diejenigen und mit denen, denen die Zukunft unseres Berufs gehört.

Und wenn ich als gastgebender Präsident dieses Ärztetages einen Wunsch äußern dürfte, wäre dieser, dass hier, vom 114. Deutschen Ärztetag in Kiel, das Signal ausginge: Der Arztberuf hat Zukunft – auch in Deutschland.

Damit wünsche ich dem 114. Deutschen Ärztetag einen guten harmonischen Verlauf und Ihnen, den Delegierten, gute Beratungen und kluge Entscheidungen.

(Beifall)

(Musikalisches Intermezzo: George Gershwin: Prelude Nr. 2)

Peter Harry Carstensen, Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrter Herr Bundesminister Bahr! Herzlich willkommen in Schleswig-Holstein. Es ist sicherlich nicht Ihr letzter Besuch hier. Der erste Eindruck, nämlich der Eindruck des guten Wetters, wird überwiegen. Wenn Sie wegfahren, wird es wieder regnen. Auch das kennen wir hier. Sie sind hier immer herzlich willkommen.

Sehr geehrter Herr Dr. Bartmann! Sehr geehrter Herr Professor Beske! Meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordneten! Herr Oberbürgermeister! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich wäre jetzt geneigt, noch ein bisschen über die schleswig-holsteinische Geschichte zu erzählen, Herr Bartmann. Immerhin sind wir hier an einem geschichtsträchtigen Ort. Dies ist wirklich ein Schloss, wir nennen es nicht nur so. Es muss aber früher einmal anders ausgesehen haben.

(Heiterkeit)

1711 wurde hier Zar Peter III. geboren. Da staunen Sie, aber Schleswig-Holstein war immer eine sehr internationale Brücke. Zar Peter III. war ein Gottorfer, der seine Frau Katharina in Eutin – das liegt auch in Schleswig-Holstein – kennenlernte. Sie war eine aus dem Geschlecht Anhalt-Zerbst. Zar Peter III. kam irgendwann auf den Thron, nach einem halben Jahr haben sie ihn getötet, weil er zu viele Kriege führen wollte. Katharina wurde dann Herrin über Schleswig und Holstein, bis die Kinder volljährig waren. Sie war also eine meiner Vorgängerinnen. Ich hatte nicht nur eine Vorgängerin, sondern ich hatte zwei, meine Damen und Herren.

(Heiterkeit)

Wir gucken, lieber Herr Bartmann, wirklich häufig nach Dänemark, weil wir die Funktion als Brücke zwischen Skandinavien und Mitteleuropa – Stichwort: Fehmarnbeltquerung – sehr gern wahrnehmen. Eine moderne Landespolitik guckt über Grenzen hinweg. Es ist vorbei, dass die Landespolitik an den Landesgrenzen aufhört.

Wir gucken in letzter Zeit sehr häufig nach Dänemark, wenn wir uns über die Themen Haushalt und Haushaltskonsolidierung unterhalten. In den letzten 30 Jahren, in denen Schleswig-Holstein und die meisten anderen Bundesländer ihre Schulden im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt verdreifacht haben – wir von 30 Prozent auf 90 Prozent –, hat Dänemark seine Schulden halbiert. Weil man Liquidität hat, mögen sich dort andere Möglichkeiten ergeben.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie hier ganz herzlich. Sie geben mir Gelegenheit, aus aktuellem Anlass ein wirklich herzliches Dankeschön an alle medizinischen und pflegerischen Kräfte in unserem Lande zu sagen, die sich um EHEC kümmern. Der EHEC-Erreger macht den Menschen in Norddeutschland derzeit große Angst. Mit großem persönlichen Einsatz rund um die Uhr kümmern sich Ärzte und Pfleger in unseren Krankenhäusern um die Erkrankten. Sie geben ihr Möglichstes, damit sich die Lage schnell bessert.

Ich möchte dafür an dieser Stelle – ich glaube, dies ist der richtige Ort dafür – ein ganz herzliches Dankeschön sagen.

(Beifall)

Herr Bartmann hat gesagt: Man muss die richtigen Fragen stellen, damit man richtige Antworten bekommt. Ich weiß nicht, ob es immer die richtigen Fragen sind, aber ich kann mich erinnern – ich bin kein Mediziner, ich bin Landwirt –: Als ich vor 15 Jahren Vorsitzender des Agrarausschusses im Deutschen Bundestag war, hatten wir eine EHEC-Epidemie, damals in Süddeutschland. In München starben mehrere Kindergartenkinder. Wir haben damals genauso wie heute gefragt: Woher kommt es? Ich bin kein Anhänger von schnellen monokausalen Zusammenhängen und Ergebnissen, weil einen diese schnellen Ergebnisse manchmal auch in die falsche Richtung führen können. Damals wurde über die Vorzugsmilch als Quelle gesprochen. Der Verbraucherverband in Hamburg empfahl, die Vorzugsmilch abzukochen. Außerdem kann man auch andere Milch kaufen. Alles konzentrierte sich auf die Vorzugsmilch. Nachher stellte sich als Quelle Aufschnitt heraus, der nicht richtig durchgekocht, nicht richtig zubereitet war.

Ich habe damals dem Präsidenten des Robert-Koch-Instituts die Frage gestellt: Wieso sind es eigentlich immer Stadtkinder, die so schwer erkranken? Warum sind es nur in seltenen Fällen Bauernkinder, die auf dem Land hautnah mit der Milch und den Tieren in Berührung kommen? Ich kann darauf keine Antwort geben, aber vielleicht ist die Frage ganz interessant, meine Damen und Herren.

Zum 114. Mal findet in diesem Jahr der Deutsche Ärztetag statt. Ich freue mich, dass Sie sich in diesem Jahr für Kiel als Austragungsort entschieden haben. Wenn ich mir die Statistik anschaue, meine ich: Wir werden, damit das ausgewogen ist, in den nächsten Jahren sicherlich häufiger an der Reihe sein.

(Heiterkeit)

Schleswig-Holstein hat sich als Standort für Gesundheitswirtschaft und Medizintechnik einen Namen gemacht. Die Gesundheitswirtschaft bietet bei uns 178 000 Menschen Arbeit und Zukunft. Damit sind wir schon heute das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft. Das ist das erste Standbein des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein.

Das zweite Standbein ist zweifellos unsere exzellente Forschungslandschaft im Bereich Medizin, Medizintechnik und Lebenswissenschaften. Wir können in Schleswig-Holstein zu Recht stolz sein auf unsere Hochschulmedizin. Wir bilden an unseren beiden Hochschulstandorten Kiel und Lübeck überproportional viele Mediziner aus. Wir spielen in einigen Bereichen der medizinischen Forschung in der Weltliga mit.

Ich möchte Ihnen an dieser Stelle nur wenige Beispiele nennen, die sicherlich den meisten von Ihnen bekannt sind: das Exzellenzcluster „Entzündung an Grenzflächen“ oder die Graduiertenschulen „Human Development in Landscapes“ und „Computing in Medicine and Life Science“. Diese wissenschaftliche Leistungsfähigkeit wollen wir erhalten und wir wollen uns gleichzeitig als Gesundheitsstandort weiter profilieren.

Meine Damen und Herren, der 114. Deutsche Ärztetag hat es sich zum Ziel gesetzt, die gesellschaftliche und sozialpolitische Diskussion der medizinischen Versorgung der Zukunft zu bereichern. Ich meine, sowohl die Politik als auch die Gesellschaft kann Ihre Vorschläge gut gebrauchen, denn in der Tat: Die im Wandel befindliche Bevölkerungsstruktur wird stark im Gesundheitswesen und in der medizinischen Versorgung bemerkbar sein. Ich habe den Eindruck, dass wir, gerade was die demografische Entwicklung angeht, auch in der Politik öfter einmal den Kopf aus dem Sand ziehen müssen. Wenn wir im Jahre 2025 25 Prozent weniger junge Leute unter 20 Jahren haben werden, aber 68 Prozent mehr über 70-Jährige, dann hat sich da etwas geändert.

Wenn Sie auf diesem Ärztetag nach den beruflichen Perspektiven junger Ärzte fragen oder wenn Sie über die palliativmedizinische Versorgung sprechen, dann sind das Fragen, die unmittelbar mit dem demografischen Umbau unserer Gesellschaft verbunden sind. Es sind Fragen, die uns alle beschäftigen. Schleswig-Holstein muss sich auf diesen Wandel vorbereiten. Noch ist die ärztliche Versorgung in unserem Flächenland gesichert. Wir haben im Land mehr als 11.000 registrierte Ärzte. Mit 255 Einwohnern je Arzt können wir eine gute medizinische Versorgung unserer Bevölkerung leisten.

Aber schon zur Mitte dieses Jahrzehnts rechnen wir mit drastischen Wiederbesetzungsproblemen in vielen Hausarztpraxen. Aufgabe der Politik ist es also, eine flächendeckende Versorgung mit ambulanten und stationären medizinischen Leistungen zu sichern.

Was heißt das konkret? Wir müssen attraktivere Arbeitsbedingungen für junge Ärzte schaffen und wir müssen unsere Gesundheitsleistungen auf eine immer älter werdende Bevölkerung ausrichten. Wir haben erste Schritte getan. Wir haben ein Informationsportal für Ärzte eingerichtet: www.hausarzt-sh.de. Dort informieren wir umfassend über berufliche Perspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten. Wir haben ein Pflegeportal eingerichtet, das erste Informationen rund um das Thema Pflege im Alter bietet. Wir haben – auch das ist ein Thema Ihres Ärztetages – ein flächendeckendes Angebot zur spezialisierten Palliativversorgung inklusive der entsprechenden pädiatrischen Versorgung aufgebaut.

Klar ist: Noch viele weitere Schritte müssen und werden folgen. Es gibt unzählige Fragen, die zu klären sind. Wir, die Landesregierung, fühlen uns auf einem guten Weg. Wir sind wach für drängende Themen, die auf uns zukommen werden, etwa der Fachkräftemangel beim Pflegepersonal.

Gesundheit geht uns alle an. Hier muss gemeinsam nach Lösungen gesucht werden. Gut, dass Sie sich diesen Themen auf dem Ärztetag stellen. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, meine Damen und Herren, hier vor der versammelten Ärzteschaft unseres Landes auf eine ganz besondere Kooperation unserer Hochschulen hinzuweisen: Die renommierte Muthesius-Kunsthochschule und die Exzellenzcluster „Inflammation at Interfaces“ und „The Future Ocean“ gehen gemeinsam neue Kommu-

nikationswege. Künstlerisches und wissenschaftliches Know-how treffen in diesen Projekten zusammen. Es kommen ganz neue Präsentationskonzepte heraus. Die neueste Ausstellung „Körpersichten“ wurde extra für Sie, die Teilnehmer des Deutschen Ärztetages in Kiel, konzipiert. Ich würde mich freuen, wenn ich Ihr Interesse für diese besondere Ausstellung wecken könnte. Die Eröffnung ist heute um 19 Uhr im Lessing-Bad in Kiel.

Meine Damen und Herren, ich wünsche mir, dass Sie möglichst viele Eindrücke vom Gesundheitsland Schleswig-Holstein mit nach Hause nehmen, denn ich bin mir sicher: Gute Leistung spricht sich herum. Davon profitiert unser Land. Ich wünsche Ihnen eine erfolgreiche und interessante Tagung und eine angenehme Zeit bei uns in Schleswig-Holstein. Wenn Ihnen die Tagung zu wenig Zeit gibt, um das Land zu sehen: Kommen Sie ruhig mal wieder!

(Beifall)

Torsten Albig, Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Kiel: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrter Herr Bundesminister Bahr! Lieber Herr Ministerpräsident! Sehr geehrter Herr Dr. Bartmann! Verehrte Damen und Herren! Liebe Delegierte des Ärztetages! Sie sehen einen sehr stolzen Oberbürgermeister vor sich, der sehr stolz darauf ist, dass Sie nach 138 Jahren Deutscher Ärztetage nun auch den Weg in unsere schöne Stadt gefunden haben, in mein Kiel. Wir als Kieler schauen immer ein klein bisschen: Wie oft waren Sie denn in Lübeck? Dort waren Sie sogar dreimal, Herr Dr. Bartmann, nicht zweimal. Da ist es nur gut, dass wir als fünfte schleswig-holsteinische Station an der Reihe sind. Wir werden uns alle Mühe geben, dass Sie dies nicht bereuen werden. Wir wollen das Vertrauen, das Sie in uns setzen, erfüllen. Mit dem Wetter – der Herr Ministerpräsident hat es angesprochen – haben wir begonnen. Wir haben heute Nachmittag in der Tat für Sie eine kleine Erfrischungspause vorgesehen. Aber Sie sollen ja auch arbeiten und nicht nur spazieren gehen. In den nächsten Tagen aber ist in unserer Stadt im Wesentlichen Sonne.

Kiel ist eine Stadt, die sich auszeichnet durch ihre Frische, durch ihren Wind, durch ihren Hafen, durch ihre Offenheit. Wo kann man besser so große Themen beraten, wie sie auf Ihrer Tagesordnung stehen, als in einer solchen Stadt, in der gute Gedanken schon lange ein gutes Zuhause haben?

Meine Stadt ist eine sehr alte, eine alte holsteinische Stadt. Der Ministerpräsident hat bereits auf einige historische Besonderheiten hingewiesen, ebenso Herr Dr. Bartmann. Kiel ist eine alte Stadt des 13. Jahrhunderts, die in einem schrecklichen Krieg in die Knie gegangen ist. Dieser Krieg ist in unserer Stadt immer noch sichtbar, weil sie eben nach diesem Krieg ganz anders aussah. Sie ist auferstanden, sie ist neu erschaffen worden, mit Stolz neu erschaffen worden in den 50er- und 60er-Jahren unseres Jahrhunderts. Sie sieht aus wie eine Stadt ebendieser Zeit und nicht wie eine Stadt des Mittelalters.

Dennoch ist sie eine stolze und eine starke Stadt. Sie ist mit großem Stolz Landeshauptstadt und als diese Ihre Gastgeberin.

Aber mit ebenso großem Stolz ist sie die Heimat einer großen deutschen Universität, seit 1665. Wir sind stolz darauf, dass die Christian-Albrechts-Universität hier in unserer Stadt wirkt und seit 1665 Medizin und Medizinforschung in Kiel zu Hause sind.

Der Herr Ministerpräsident hat einige Bereiche angesprochen. Ich möchte das Nordeuropäische Radioonkologische Centrum erwähnen, das entsteht. Hier werden wir für ein Einzugsgebiet von vielen Millionen Menschen vor allem in Nordeuropa das Kompetenzzentrum für moderne Strahlen- und Partikeltherapie sein. Ich bin ganz sicher: Die Menschen werden dies nutzen. Sie werden hier in Kiel gesund oder gesünder werden. Sie werden hier einen Standort vorfinden, von dem sie wissen, dass man ihnen helfen kann dank der Exzellenz deutscher und immer stärker auch internationaler Medizin.

In unserer Stadt wird viel gedacht, in unserer Stadt wird viel für junge Menschen getan. Das ist ein Thema, das auch Sie umtreibt. Das ist etwas, was die Medizin insgesamt berührt – Ihre Tagung zeigt dies –: Wie gewinnen wir Nachwuchs? Das treibt natürlich jede Stadt um. Wie gehen wir eigentlich mit unseren jungen Leuten um? Wie fördern wir sie? Wie stecken wir sie mit Begeisterung an?

Wir hatten vor einigen Tagen zwei wunderbare Jugend- und Wissenschaftsereignisse. Der Bundeswettbewerb „Jugend forscht“ war in unserer Stadt mit seinem Finale. Wir sind die Stadt der jungen Forscher 2011 und konnten uns gerade der deutschen Öffentlichkeit präsentieren. Ich habe dort sehr viele junge Menschen kennengelernt, die so viel in ihren Herzen und Köpfen haben. Viele sind dabei, über ihre Zukunft nachzudenken und sich ihren Weg zu erkämpfen und darum zu ringen. Es ist in der Tat aller Mühen wert, sich für diese jungen Leute einzusetzen und um sie zu werben. Das tun Sie ja auch auf diesem Ärztetag.

Wir müssen aber auch in einer älter werdenden Gesellschaft sehen, wie wir Versorgungssicherheit organisieren. Das ist etwas, was den Oberbürgermeister originär betrifft. Unsere Städte verändern sich dramatisch, und zwar sowohl in ihrer Sozialstruktur als auch in ihren Altersstrukturen. Es ist zu fragen: Wie stelle ich sicher, dass meine Bürgerinnen und Bürger auch in den nächsten Jahrzehnten Ansprechpartner haben, die ihre Versorgung sicherstellen? Das ist ein Punkt, der nicht nur Sie als Gruppe betrifft, sondern die Entwicklung unserer gesamten Gesellschaft.

Für die kommunale Familie kann ich sagen: Wir sind sehr interessiert, mit Ihnen im Dialog diese Debatte zu führen: Wie stellen wir uns richtig auf?

Ich möchte eine Anmerkung ganz persönlicher Art machen, weil sie mir sehr am Herzen liegt. Ich habe noch nie die Gelegenheit gehabt, vor so vielen fachkundigen Ärztinnen und Ärzten dies sagen zu dürfen: Ich bin vor 19 Jahren Vater eines Sohnes geworden, mit dem wir oft bei Ärzten sein mussten. Ich war immer zutiefst dankbar, dass es in diesem Land passierte, weil wir in den ganzen Jahren immer auch als Familie von Ärztinnen und Ärzten begleitet wurden, die uns mit Liebe und mit Herzlichkeit Sicherheit gegeben haben, die uns gestärkt und gestützt haben, die uns auf diesem Weg begleitet haben.

Ich verstehe jede Debatte über die Verbesserung des Systems, ich verstehe jede Debatte, in der politisch gerungen wird. Aber als Bürger dieses Landes möchte ich Ihnen sagen: Ich war immer dankbar, Sie an meiner Seite zu haben, dass Sie auf uns aufgepasst haben. Lassen Sie sich von niemandem einreden, dass unser Gesundheitssystem kein gutes sei. Dank Ihnen ist es ein gutes System.

Deswegen freue ich mich ganz besonders, Sie heute als Oberbürgermeister in meiner Stadt begrüßen zu dürfen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

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

(Die Anwesenden erheben sich)

Stellvertretend für alle erinnern wir an:

Professor Dr. med. Rolf Bialas, Hamburg, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Hamburg, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Dr. med. Detlef Blumenberg, Osnabrück, langjähriger Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie des Klinikums Osnabrück und Vorsitzender der Bundesvereinigung der Notärzte Deutschlands;

Dr. med. Herbert Britz, Köln, erster und ehemaliger Vorsitzender des Marburger Bundes;

Professor Dr. med. Detlef Cabanis, Fronhausen, Arzt für Psychiatrie und Neurologie, ehemaliger Professor für medizinische Kriminologie und forensische Psychiatrie an der Freien Universität Berlin;

Jürgen Dreher, Stuttgart, ehemaliger Chefredakteur des „Ärzteblatts Baden-Württemberg“ und Leiter der Ärztlichen Pressestelle der Landesärztekammer;

Professor Dr. Karlheinz Engelhardt, Kiel, ehemaliger Leiter der 3. Medizinischen Klinik am Städtischen Krankenhaus Kiel, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette;

Dr. med. Hans Hellmut Koch, Fürth, ehemaliger Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette und der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Dr. med. Erich Liese, Leverkusen-Opladen, Mitbegründer des Marburger Bundes und erster Landesvorsitzender des Marburger Bundes Nordrhein-Westfalen;

Professor Dr. med. Markus von Lutterotti, Freiburg, ehemaliger Leiter der Inneren Abteilung des Lorettokrankenhauses in Freiburg und Pionier der modernen Hospizbewegung;

Dr. Friedrich Nienhaus, Köln, ehemaliger Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung;

Professor Dr. med. Nossrat Peseschkia, Wiesbaden, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette;

Professor Dr. med. habil. Otto Scholz, Stralsund, ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Stralsund, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Dachau, ehemaliger Präsident der Bayerischen Landesärztekammer sowie der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, ehemaliger Generalsekretär des Ständigen Ausschusses der Ärz-

te der Europäischen Gemeinschaft, langjähriges Ehrenmitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Träger zahlreicher nationaler Auszeichnungen, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Dr. h. c. Walter Siegenthaler, Zürich, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Träger zahlreicher Ehrungen, Preise und Auszeichnungen, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette;

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Karl Julius Ullrich, Frankfurt am Main, ehemaliger Direktor der Abteilung Physiologie des Max-Planck-Instituts für Biophysik in Frankfurt am Main;

Professor Dr. med. Hans Peter Wolff, Ainring, ehemaliger Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Träger zahlreicher nationaler und internationaler Auszeichnungen, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

PD Dr. med. Ruprecht Zwirner, Donaueschingen, ehemaliger Chefarzt des Kreiskrankenhauses Donaueschingen, Vizepräsident der Ärztekammer Süd-Baden, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Stellvertretend für alle Ärztinnen und Ärzte, die bei der Ausübung ihres Berufs oder durch Gewalteinwirkung ums Leben kamen, sei genannt: Frau Dr. Martina Mitterhusen, Machtlfing, Chirurgin im Klinikum Weilheim, die im Alter von 47 Jahren während der Ausübung ihres Dienstes tödlich verletzt wurde.

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

(Musikalisches Intermezzo: Wolfgang Amadeus Mozart,
Sonate für Klavier zu 4 Händen B-Dur KV 358: Adagio)

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 2010, auf dem 114. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille auszuzeichnen: Herrn Professor Dr. med. Dr. med. habil. Heinz Angstwurm, Herrn Dr. med. Herbert Britz, Frau Universitätsprofessorin Dr. med. Gisela Fischer und Herrn Professor Dr. med. Ulrich Gottstein.

Herr Dr. Herbert Britz ist, wie Sie erfahren haben, im Alter von 93 Jahren in Köln verstorben. Er hat sich aber über die Ehrung, von der er wusste, sehr gefreut, und wir hatten auch schon vereinbart, dass ich sie ihm in Köln übergebe. Leider ist es dazu nicht mehr gekommen. Ich begrüße seinen ältesten Sohn Herrn Jürgen Britz und seine Enkelin Frau Nicola Wieczorek. Frau Wieczorek ist Medizinstudentin und wird die Auszeichnung heute entgegennehmen.

Ich bitte die drei auszuzeichnenden Persönlichkeiten und Frau Wieczorek auf die Bühne.

(Beifall)

Die Verleihungsurkunden haben folgenden Wortlaut:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten **Heinz Angstwurm** in Gauting, Prof. Dr. med. Dr. med. habil., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*
>
> *Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Heinz Angstwurm einen Arzt, der sich in seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste erworben hat. Der Schwerpunkt seiner Arbeit war der Hirntod. Er ist Mitglied der „Ständigen Kommission Organtransplantation“ der Bundesärztekammer – und zwar bereits seit ihrer Gründung 1994. Er hat maßgeblich an den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes mitgewirkt. Mit seinem Einsatz hat er zu einer Versachlichung der Diskussion über die Organspende beigetragen und somit zu einer höheren Akzeptanz der Transplantationsmedizin. Darüber hinaus baute er ab Mitte der Siebzigerjahre an der Neurologischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München eine Rufbereitschaft als Hilfe zur Hirntoddiagnostik auf. Heinz Angstwurm hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in hervorragender Weise verdient gemacht.*
>
> *Heinz Angstwurm wurde am 29. Januar 1936 in München als ältester Sohn des praktischen Arztes Dr. med. Josef Angstwurm und seiner Ehefrau Martha, einer Lehrerin, geboren. Er wuchs gemeinsam mit drei Geschwistern in Kraiburg am Inn auf, dem Sitz der Landarztpraxis seines Vaters. Seine Abiturprüfung legte er 1954 am Humanistischen Gymnasium Ettal ab. Prägend für ihn war sicherlich der Beruf des Vaters. Und so schrieb er sich zum Wintersemester 1954/55 für das Fach Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) Mün-*

chen ein. 1960 legte er hier das Staatsexamen ab. Ein Jahr später wurde er zum Dr. med. promoviert. In seiner Dissertationsarbeit befasste er sich mit dem plastischen Dura-Ersatz. Sie entstand an der Chirurgischen Klinik der LMU unter Leitung von Professor Eduard Weber.

Schon während des vorklinischen Studienabschnittes war Angstwurms Interesse für das Gehirn und das Nervensystem entstanden. Entsprechend trat er 1962 seine erste Assistentenstelle an der Universitätsnervenklinik der LMU an. Zum Vorbild wurde für ihn in dieser Zeit Professor Ewald Frick, der damals sein Oberarzt war und sich insbesondere mit der Multiplen Sklerose befasste. Die Anerkennung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie erfolgte 1966. Nach der Trennung der Fächer und des Lehrstuhls blieb er an der Neurologischen Klinik. Im Jahr 1972 wurde er dort Oberarzt. Er war nicht nur am klinisch-praktischen Arbeiten, sondern auch an Forschung und Lehre interessiert. 1984 erhielt er die Venia Legendi für das Fach Neurologie. Seine Habilitationsschrift mit dem Titel „Zur Prognose somnolenter und komatöser Zustände infolge akuter extrazerebraler Erkrankungen“ erstellte er unter Professor Adolf Schrader an der Neurologischen Klinik der LMU.

Im gleichen Jahr übernahm er die Leitung des Neurologischen Konsiliardienstes, den die nach Großhadern umgezogene Klinik für die Innenstadtkliniken eingerichtet hatte. Bereits 1974/75 hatte er auch am Aufbau einer Rufbereitschaft mitgewirkt. Diese diente den Kollegen in den Münchner Krankenhäusern sowie auswärtigen Kliniken als Hilfestellung bei der Hirntoddiagnostik. 1988 wurde er zum Universitätsprofessor berufen. Als Hochschullehrer und Kliniker lag ihm der ärztliche Nachwuchs am Herzen. Und so war ihm die medizinische Aus- und Weiterbildung ein besonderes Anliegen. Zwischen 1984 und 2001 unterrichtete er die Studenten im Praktischen Jahr in der Neurologischen Klinik. Von 1963 bis 1985 war er als Dozent in der Ausbildung von Pflegekräften tätig – an der Krankenpflegeschule der LMU in Großhadern sowie an der Schule für Schwestern und Pfleger der Stadt München. Besondere Schwerpunkte seiner Arbeit waren Multiple Sklerose, Bewusstseinstrübungen und Koma. Bereits ab 1974 befasste er sich zudem mit allen grundsätzlichen und Detailfragen des Hirntods – angefangen von der Diagnostik über die Epidemiologie bis hin zu ethischen Aspekten. Im Jahr 2001 trat er in den Ruhestand. Über Drittmittel finanziert, war er noch bis 2004 als Leiter des Neurologischen Konsiliardienstes tätig.

Angstwurm hat sich intensiv mit dem Hirntod und den damit verbundenen anthropologischen, medizinischen und ärztlichen Fragen beschäftigt. Seine Fachkenntnis war an vielen Stellen gefragt. Er war Mitglied der „Kommission des Wissenschaftlichen Beirates“ der Bundesärztekammer (BÄK), die 1981 erstmals und dann in drei Fortschreibungen Empfehlungen zur Feststellung des Hirntodes vorlegte, mit dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes (TPG) dann 1997 die entsprechenden Richtlinien. Seit 1994 gehörte er der „Ständigen Kommission Organtransplantation“ der BÄK an. Auch bei den Vorbereitungen des Transplantationsgesetzes wirkte er mit: 1996 fungierte er als Sachverständiger in zwei Anhörungen des Gesundheitsausschusses des Bundestages. Mit dem TPG erhielt die BÄK unter anderem die Aufgabe, Richtlinien zur Hirntoddiagnostik zu erlassen, an denen Angstwurm maßgeblich beteiligt war. Ab 2001 war er Vorsitzender der Prüfungskommission, ab 2004 auch Vorsitzender der

Überwachungskommission. In beiden Fällen handelt es sich um Kommissionen, die gemäß TPG eingerichtet wurden. Die Gremien bestehen aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen (heute Spitzenverband Bund), der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Er hatte beide Ämter bis 2010 inne und erwarb sich mit seiner Arbeit bei allen Beteiligten hohes Ansehen.

Seine wissenschaftlichen und ethischen Verdienste um die Organtransplantation sind herausragend. Er verfolgte stets das Ziel, überzeugend zu begründen, dass der Hirntod ein sicheres Todeszeichen ist. Vielen hat er damit in schwierigen Entscheidungsprozessen eine Hilfestellung geleistet. Wichtig war ihm dabei immer auch der Umgang mit den Angehörigen, der seiner Meinung nach sachlich und empathisch zugleich sein sollte. Seine Publikationen und Vorträge hatten großen Einfluss auf die Entemotionalisierung der Diskussion über die schwierigen Grenzfragen an der Schwelle zwischen Leben und Tod. Dabei beschränkte er seine Überzeugungsarbeit keinesfalls auf ein Fachpublikum, sondern stellte die Thematik ebenso verständlich gegenüber Kirchen, Politik und der breiten Öffentlichkeit dar. Er war ein wichtiger Ansprechpartner sowohl für die Fach- als auch die Laienpresse.

Angstwurm war immer davon überzeugt, dass das Thema Hirntod nur interdisziplinär zu betrachten sei, also gemeinsam von Ärzten, Theologen und Philosophen bearbeitet werden müsse. Das schien ihm unabdingbar für einen breiten Konsens und die Akzeptanz. Aber auch seine christliche Grundüberzeugung dürfte einen Einfluss auf diese Herangehensweise gehabt haben. 1989 nahm er an einem Symposium der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften zum Hirntod teil und war einer der drei Herausgeber des Symposiumbandes.

Außerdem wirkte er an der Schrift „Organtransplantation“ der Deutschen Bischofskonferenz und des Rats der Evangelischen Kirche in Deutschland mit. Überall genoss er eine hohe Reputation. Darüber hinaus fungierte er von 1990 bis 1995 als Mitglied im Päpstlichen Rat für die Seelsorge im Krankenhaus. Für seine Verdienste erhielt Angstwurm zahlreiche Auszeichnungen und Ehrungen: das Bundesverdienstkreuz, die Franz-Kuhn-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Max-Lebsche-Medaille der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen und die goldene Nadel des Landesverbandes Bayern der Multiple Sklerose Gesellschaft.

Seit 1961 ist er mit der Architektin Brigitta Angstwurm verheiratet. Sie haben vier Kinder, alle Ärzte, und sechs Enkel. Heinz Angstwurm, mittlerweile 75 Jahre alt, kann auf ein erfülltes Berufsleben zurückblicken. Die Neurologie und die Transplantationsmedizin in Deutschland haben ihm viel zu verdanken. Heute gilt sein Interesse vor allem der Kultur. Dabei stehen Musik, Malerei und Literatur im Mittelpunkt. Aber auch mit historischen Themen befasst er sich ausführlich und gern.

114. Deutscher Ärztetag in Kiel, 31. Mai 2011, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Herbert Britz*** *in Köln, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin und Chirurgie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Herbert Britz einen Arzt, der sich in seiner ärztlichen Tätigkeit und mit seinem berufspolitischen Engagement herausragende Dienste erworben hat. Er ist eine zentrale Figur der Berufs- und Standespolitik der Nachkriegszeit. Maßgeblich war er an der Gründung des Marburger Bundes beteiligt und wurde 1948 zum ersten Vorsitzenden der Ärztegewerkschaft gewählt. Die Anliegen junger Krankenhausärzte, die damals unter unzumutbaren Bedingungen arbeiteten, hat er mit Nachdruck vertreten. Damit hat er die Weichen für eine eigenständige und tariffähige Interessenvertretung gestellt. Darüber hinaus engagierte er sich in Gremien der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Auch in der Kommunalpolitik war er viele Jahre als Mitglied des Kölner Stadtrates aktiv. Herbert Britz hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in hervorragender Weise verdient gemacht.

Herbert Britz wurde am 17. Dezember 1917 in Köln als einziger Sohn des Bankdirektors Wilhelm Britz und seiner Ehefrau Sanna, einer Postbeamtin, geboren. Seine Abiturprüfung legte er am Blücher-Gymnasium in Köln-Nippes ab. 1937 schrieb er sich für das Studium der Humanmedizin in Köln ein, wo er zwei Jahre später das Physikum absolvierte. Im August 1939 wurde er zur Luftwaffe einberufen, dann aber für das Weiterstudium in Köln und München beurlaubt. 1942 legte er das Staatsexamen ab und wurde an der Universität zu Köln zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertationsarbeit hatte den Titel „Das Hebammenwesen der Stadt Köln“ und entstand unter der Leitung von Professor Coerper. Seine ärztliche Tätigkeit begann Britz in der chirurgischen Abteilung der Städtischen Klinik in Köln-Mülheim. 1944 erfolgte die Einberufung zur Organisation Todt. Im Rahmen dieses Einsatzes war er als chirurgischer Chef eines Verbandsplatzes in Wassenberg nahe der niederländischen Grenze tätig.

Nach dem Krieg kehrte er nach Köln zurück. Im November 1945 trat er eine Stelle in der chirurgischen Abteilung des St.-Franziskus-Hospitals an. Dort war er zunächst als Assistenzarzt tätig, später als Oberarzt. Weitere berufliche Stationen waren die Tuberkulose-Klinik II an den Städtischen Krankenanstalten in Köln-Merheim sowie die chirurgische Poliklinik der Universität zu Köln. 1953 ließ er sich als Allgemeinarzt in Köln-Ehrenfeld nieder. Bis Ende 1986 war er als Kassenarzt tätig. In seiner langjährigen Tätigkeit hat er eine Vielzahl von Qualifikationen erlangt: Er ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirurgie und Arbeitsmedizin.

Britz gilt als „Mann der ersten Stunden“ in der ärztlichen Berufs- und Standespolitik der Nachkriegszeit. Angetrieben wurde er in seinem Engagement zunächst durch die völlig unzumutbaren Arbeitsbedingungen für Krankenhausärzte. Er zählt zu der Generation von Ärzten, die etwa in einem Alter um die 30 aus dem Krieg zurückkehrten und vor dem Nichts standen. An eine Niederlassung war für sie nicht zu denken, da vielfach die Kassenarztsitze für die älteren Kriegsheimkehrer freigehalten wurden. Die Jungärzte konnten nur auf Volontärstellen in den Krankenhäusern untergebracht werden. „Außer gelegentlicher

Verpflegung durch die Oberschwester gab es kein Entgelt“, schrieb Britz 2002 in einem Artikel für die Marburger-Bund-Zeitung. Zwar waren die jungen Ärzte froh, den Krieg überlebt zu haben, doch es fehlte ihnen an Perspektive. 1946 initiierte Britz die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft der Jungärzte innerhalb der Ärztekammer“, die gegenüber dem Vorstand der Ärztekammer Nordrhein die Interessen der jüngeren Kollegen vertrat. Der Zulauf zu der Initiative war enorm. 1.400 arbeitslose beziehungsweise unterbezahlte Jungärzte meldeten sich, nachdem ein entsprechender Aufruf einem Schreiben der Kammer beigelegen hatte.

Auch in anderen Regionen Deutschlands gründeten sich daraufhin Jungärztevereinigungen. Bei einem Treffen 1947 an der Marburger Universität entwarfen Britz und seine Mitstreiter das Gerüst einer Satzung für diese Arbeitsgemeinschaften. Diese „Marburger Satzung“ empfahlen sie den örtlichen Initiativen. Bei einer späteren Zusammenkunft erfolgte die Umbenennung in „Marburger Gemeinschaft – Vereinigung angestellter Ärzte“ und der Verband löste sich von den Kammern. Im Mai 1948 gaben sich die jungen Ärzte den Namen „Marburger Bund – Vereinigung angestellter Ärzte“. Damit war die Ärztegewerkschaft aus der Taufe gehoben. Der Marburger Bund (MB) fand bei den Kollegen großen Zuspruch, was sich schnell in einer fast achtzigprozentigen Organisationsdichte der Berufsgruppe zeigte. Britz wurde auf der ersten ordentlichen Hauptversammlung zum ersten MB-Bundesvorsitzenden gewählt. Dieses Amt hatte er bis 1952 inne. Mit Improvisations- und Organisationstalent steuerte er den MB durch seine schwierigen Aufbaujahre. In zahlreichen Artikeln und Verlautbarungen in der Fach- und Laienpresse hat er immer wieder auf die dringlichen Probleme junger Ärzte hingewiesen. Sein Name ist außerdem mit dem Begriff „gleitender Bettenschlüssel“ verknüpft, einer praktikablen Grundlage zur Arbeitsmaßbeschränkung in Krankenhäusern, die allerdings durch das moderne Tarifrecht heute keine Bedeutung mehr hat. Ohne Britz wäre der MB aber sicherlich nicht das, was er heute ist: Eine tariffähige Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte mit mehr als 100.000 Mitgliedern. Bemerkenswert ist, dass er auch Mitbegründer des Hartmannbundes ist. Dort war er unter anderem stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein.

Über viele Jahre engagierte er sich in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung und leistete hier nach dem Krieg Pionierarbeit. Er wurde in den Beratungsausschuss der westdeutschen Ärztekammern berufen, aus dem sich der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern – und später der Bundesärztekammer – entwickelte. Mit Unterbrechungen war er von 1946 bis 1977 sowie von 1981 bis 1985 Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein. Auch war er am Aufbau der kassenärztlichen Selbstverwaltung maßgeblich beteiligt. Seit 1964 fungierte er dann als Vorsitzender des Finanzausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein. Viele Jahre leitete er als Vorsitzender die Kölner Kreisstellen der KV und der Ärztekammer Nordrhein.

In seiner Tätigkeit als niedergelassener Arzt erkannte Britz frühzeitig, dass die Zukunft der ambulanten Medizin in der Kooperation liegt. Aus seiner Sicht machten die Fortschritte in der Medizin sowie veränderte Einstellungen in der Nachkriegsärztegeneration kooperative Formen der Berufsausübung notwendig. 1959 gründete er in Köln die erste deutsche Gruppenpraxis. Zunächst wa-

ren es 22 Kollegen, Allgemeinärzte und Internisten, die sich zu einer „Apparategemeinschaft“ (Laborgemeinschaft) zusammenschlossen. Damit konnten sie ihre diagnostischen Möglichkeiten und somit die Versorgung der Bevölkerung deutlich verbessern. Nachdem Britz 1967 zur Bildung der „Arbeitsgemeinschaft deutscher Gruppenpraxen“ aufgerufen hatte, initiierte er 1972 den „Verband deutscher Gruppenpraxen“, um die Idee der Kooperation mit mehr Nachdruck vertreten zu können. Zehn Jahre war er Vorsitzender des Verbandes.

Neben seinen berufspolitischen Aktivitäten engagierte sich Britz auch in vorbildlicher Art und Weise in der Kommunalpolitik. Von 1952 bis 1969 gehörte er als CDU-Abgeordneter dem Rat der Stadt Köln an. Als Mitglied des Gesundheitsausschusses brachte er seinen ärztlichen Sachverstand ein und trieb unter anderem den Wiederaufbau des städtischen Gesundheitswesens voran. Des Weiteren war er Mitglied in den Ausschüssen für Sport, für Grünanlagen und für Stadtplanung. Von 1953 bis 1963 gehörte er der Landschaftsversammlung Rheinland an, von 1953 bis 1968 dem Gesundheitsausschuss des Landschaftsverbandes. Außerdem war er viele Jahre stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaftsärztevereine, die später zum Bundesverband der Knappschaftsärzte wurde.

Für seine Verdienste erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, darunter den Ehrenreflexhammer des Marburger Bundes, die Hartmann-Thieding-Plakette des Hartmannbundes, das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse sowie das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Er ist Ehrenmitglied des Marburger Bundes.

Herbert Britz ist auch mit 93 Jahren den von ihm mitbegründeten Initiativen verbunden. So sprach er zuletzt im Juni 2010 auf einer Kundgebung des Marburger Bundes in Köln, auf der mehr als 1.000 Krankenhausärzte für bessere Arbeitsbedingungen demonstrierten. Darüber hinaus beschäftigt er sich aktuell vor allem mit religionsphilosophischen Fragestellungen. 57 Jahre war er mit der Kindergärtnerin Anneliese Britz verheiratet, die 2001 verstorben ist. Er hat sechs Kinder, acht Enkel und drei Urenkel.

114. Deutscher Ärztetag in Kiel, 31. Mai 2011, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde der um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Gisela Charlotte Fischer*** *in Hannover, Univ. Prof. Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Gisela Charlotte Fischer eine Ärztin, die sich in ihrer klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit ihrem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste erworben hat. Sie ist eine der ersten Medizinerinnen in Deutschland mit einer C4-Professur. Außerdem zählt sie zu den ersten Lehrstuhlinhabern für das Fach Allgemeinmedizin. Vierzehn Jahre leitete sie die Abteilung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Mit ihrer Arbeit hat sie wie kaum eine andere dazu beigetragen, die Allgemeinmedizin im akademischen Kontext aufzuwerten und zu stärken. Zudem

gilt sie als Pionierin auf dem Gebiet der hausärztlich-geriatrischen Versorgung. Maßgebliche Impulse hat sie ebenfalls als Mitglied des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ gesetzt. Gisela Charlotte Fischer hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in hervorragender Weise verdient gemacht.

Gisela Charlotte Fischer wurde am 1. März 1938 in Saarbrücken als einzige Tochter des Architekten Joachim Fink und seiner Ehefrau Renate, einer Pianistin und Musikpädagogin, geboren. Sie wuchs gemeinsam mit einem jüngeren Bruder und zwei älteren Vettern auf. Nach dem Krieg zog die Familie nach Wiesbaden, wo Fischer 1958 an der Helene-Lange-Schule ihre Abiturprüfung absolvierte. Das Medizinstudium begann sie in Köln, wechselte später an die Universität Freiburg, wo sie ihre Dissertationsarbeit mit dem Titel „Zur In-vitro-Aufnahme von J131-markiertem Trijodthyronin durch Erythrozyten“ an der Medizinischen Klinik unter Leitung von Professor Keiderling anfertigte. Ihr Staatsexamen legte sie 1964 in Köln ab.

Im Jahr 1970 trat sie eine wissenschaftliche Assistententätigkeit am Institut für Dokumentation und Informatik der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main an. Zwei Jahre später begann sie ihre Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, die sie überwiegend am Universitätsklinikum Frankfurt am Main absolvierte. Bereits ab 1975 war sie dann in einer eigenen Landarztpraxis in Zeppelinheim in der Nähe von Frankfurt tätig. Ihre Facharztanerkennung erlangte sie 1978. Neben ihrer praktischen ärztlichen Tätigkeit widmete sie sich mit großem Einsatz Aufgaben in Forschung und Lehre – als Lehrbeauftragte für das Fach Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt am Main. 1988 erhielt sie die Venia Legendi für das Fach Allgemeinmedizin. Ihre Habilitationsschrift hatte das Thema „Zur Betreuung älterer Patienten in der Allgemeinarztpraxis“. Da das Institut damals noch keinen Lehrstuhl hatte, wurde die Arbeit vom Leiter der Urologie, Professor Schöppe, in der Fakultät vertreten. 1989 erhielt sie den Ruf auf die C4-Professur für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Sie genügte optimal den Anforderungen, denn man suchte nicht nur jemanden mit Erfahrungen in der allgemeinmedizinischen Forschung und Lehre, sondern Bedingung war, dass der Bewerber selbst in einer hausärztlichen Praxis arbeitete. Bis zu ihrer Emeritierung 2003 leitete sie das Institut für Allgemeinmedizin der MHH. Während dieser Zeit war sie zusätzlich als niedergelassene Allgemeinärztin in Sehnde bei Hannover tätig. Ab 1992 gestaltete sie darüber hinaus den Aufbaustudiengang „Bevölkerungsmedizin – Public Health“ an der MHH mit. Zudem vertrat sie ab 1995 das Fach Medizinische Soziologie, das mit einer eigenen Dozentur in die Abteilung für Allgemeinmedizin integriert war.

Fischer ist eine „Frau der ersten Stunde“. Sie war eine der ersten Medizinerinnen, die sich im Fach Allgemeinmedizin habilitierten. Nach ihrem Ruf an die MHH baute sie dort eine der größten allgemeinmedizinischen Abteilungen in Deutschland auf und integrierte neue Ansätze wie die Qualitätsförderung, Leitlinien, Public Health und Versorgungsforschung in ihre Arbeit. Bereits 1996 entwickelte sie gemeinsam mit ihren Mitarbeitern ein regionales Versorgungsmodell, wie es später auch in ein Gutachten des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ einfloss und sich heute ent-

sprechend weiter entwickelt in einigen Modellregionen verwirklicht findet. Die Projekte ihrer Abteilung wurden regelmäßig mit Drittmitteln des Bundes und der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Die Modernisierung der Lehre und die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte waren ihr stets ein wichtiges Anliegen. Sehr am Herzen lagen ihr ebenfalls ihre wissenschaftlichen Mitarbeiter. Drei ihrer Schüler sind heute Lehrstuhlinhaber in Frankfurt am Main, Magdeburg und Leipzig.

Auch ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte sprechen für Fischers Weitblick. Die wachsende Bedeutung der hausärztlichen Versorgung alter Menschen hat sie schon früh erkannt. Sie engagierte sich für die Implementierung des geriatrischen Assessments in die allgemeinärztliche Sprechstunde zur rechtzeitigen Erkennung von Problemlagen.

Mit ihrer Arbeit hat sie dazu beigetragen, dass die Allgemeinmedizin als Fach in den vergangenen Jahren eine deutliche Aufwertung erlebt hat. Dieses Ziel verfolgte sie auch mit ihrem Engagement in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, wo sie unter anderem als Vizepräsidentin fungierte. Sie war Mitherausgeberin der Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Auf internationaler Ebene war sie Präsidentin des Research Committees der Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin (WONCA).

Im Vordergrund stand für sie die Frage, was von medizinischen Erkenntnissen in der Versorgungsrealität ankommt – und zwar lange bevor die Versorgungsforschung in aller Munde war. Dabei kam es ihr sicherlich zugute, dass sie durch ihre langjährige praktische Tätigkeit den Bezug zu den alltäglichen Problemen in der Arztpraxis nie verloren hat. Auch hatte sie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Blick und befasste sich beispielsweise mit dem Thema Armut im Alter. Insofern steht Fischer für ein modernes Verständnis von Medizin in einem ganzheitlich individualmedizinischen Modell. Ihre Sichtweise bezog sich auf den gesamten Behandlungsprozess. So stand für sie nicht nur die Akutversorgung im Fokus, sondern auch die Prävention und die sachgerechte Rehabilitation bei alten Menschen.

Der Patient im Mittelpunkt – das ist Fischers Motto. Und so war sie von 2002 bis 2010 Mitglied des Expertenkreises Patientensicherheit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Sie war Mitautorin des Fortbildungskonzeptes Patientensicherheit, das 2009 in der Reihe „Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung“ erschienen ist. Mit ihrer Pionierarbeit hat sie die Akzeptanz des Themas in der Ärzteschaft gefördert. Dazu passt auch ihre Tätigkeit als Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern. In der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) ist sie Beisitzerin für Patienten und Verbraucher.

Wegen ihres exzellenten Rufes und ihrer umfangreichen Sachkenntnis wurde Fischer 1999 in den „Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ berufen, aus dem später der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ wurde. Bis 2007 war sie Mitglied des Gremiums und Mitautorin zahlreicher, einflussreicher Gutachten. In diesen ging es unter anderem um Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität sowie Kooperation und Verant-

wortung. Für den Sachverständigenrat war sie Mitglied im Deutschen Gesundheitsforschungsrat, der beim Bundesforschungsministerium angesiedelt ist.

Fischer ist eine außergewöhnlich einsatzfreudige Frau, und daher ist die Liste ihrer weiteren ehrenamtlichen Aktivitäten lang. So engagierte sie sich als Vorstandsvorsitzende des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover. Als Vorstandsmitglied der GRPG war sie Mitherausgeberin der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Für ihre Verdienste erhielt sie zahlreiche Auszeichnungen, darunter die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer und die Ehrenplakette der Ärztekammer Niedersachsen.

Die Allgemeinmedizin hat Fischer viel zu verdanken. Doch auch die gesamte Medizin in Deutschland hat von den Impulsen profitiert, die sie gesetzt hat. Heute, mit 73 Jahren, kann sie auf ein umfangreiches Lebenswerk zurückblicken.

Aktuell leitet sie an der Leibniz Universität Hannover ein Projekt zur regionalen Strukturförderung, das mittelständische Unternehmen und die Region auf die Veränderungen in der Arbeitswelt durch den demografischen Wandel vorbereitet. Sie ist außerdem Mitglied des Dialogforums Pluralismus in der Medizin der Bundesärztekammer. Darüber hinaus beschäftigt sie sich gern und viel mit Literatur. Sie hat drei Söhne und sechs Enkel. Im Jahre 2007 ist sie verwitwet und seit Ende 2010 wieder verheiratet.

114. Deutscher Ärztetag in Kiel, 31. Mai 2011, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Ulrich Gottstein*** *in Frankfurt am Main, Prof. Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Ulrich Gottstein einen Arzt, der sich in seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem politischen und sozialen Engagement herausragende Verdienste erworben hat. Besonders hervorzuheben ist sein Einsatz für Frieden und Versöhnung. Er ist Initiator und Gründungsmitglied der deutschen Sektion der „Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“ (IPPNW). Für seine Überzeugung ist er stets mutig eingetreten – obwohl er dafür belächelt oder sogar beschimpft wurde. Ärztliche Humanität ist für ihn kein theoretischer Begriff, sondern immer konkret. Das zeigt sein Einsatz für Menschen in Krisengebieten, aber auch sein Engagement für die Palliativmedizin. Vorbildlich ist außerdem sein langjähriges Wirken in der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Ulrich Gottstein hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in hervorragender Weise verdient gemacht.

Ulrich Gottstein wurde am 28. November 1926 in Stettin, Pommern, als Sohn des Juristen Dr. Kurt Gottstein und seiner Ehefrau Christel geboren. Sein Vater war Direktor der Zellstoff- und Papierfabrik Feldmühle AG. Gemeinsam mit den Eltern und seinen beiden Geschwistern zog er 1938 nach Berlin-Dahlem. Diese Zeit sollte für ihn prägend werden: Sein älterer Bruder und er traten in den Jungenkreis der Evangelischen Kirchengemeinde St. Annen ein – und zwar nur

wenige Wochen, nachdem der Gemeindepfarrer Martin Niemöller von den Nationalsozialisten verhaftet und ins Konzentrationslager gebracht worden war. Gottstein war damals erst zwölf Jahre alt und gehörte von da an der Jungen Gemeinde der Bekennenden Kirche an. Ein Engagement, das alles andere als ungefährlich war, wurden die Mitglieder doch von der Gestapo beobachtet. Während des Zweiten Weltkrieges erlebte er die massiven Bombardierungen Berlins und war dann im Kriegseinsatz in Frankreich. Er geriet im September 1944 in britische Gefangenschaft, aus der er zwei Jahre später zurückkehrte.

Das Medizinstudium begann er 1947 an der Humboldt-Universität zu Berlin und setzte es nach dem Vorphysikum in Göttingen und Heidelberg fort. Im Dezember 1952 legte er das Staatsexamen ab und wurde zum Dr. med. promoviert. In seiner Dissertationsarbeit befasste er sich mit dem Einfluss der Blutverdünnung sowie verschiedener Substanzen auf die Muskelkontraktion. Sie entstand am Pharmakologischen Institut der Universität Heidelberg unter Leitung von Professor Fritz Eichholz.

Seine erste Stelle trat er 1953 für zwei Jahre als wissenschaftlicher Assistent am Physiologischen Institut der Universität Heidelberg an. Nach einer kurzen Station in der Universitätsaugenklinik begann er 1955 seine Weiterbildung in Innerer Medizin und Neurologie an der II. Medizinischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München unter Professor Gustav Bodechtel. Seine Facharztanerkennung für Innere Medizin erhielt er 1960, im gleichen Jahr auch die Venia Legendi. Seine Habilitationsschrift hatte den Titel „Möglichkeiten und Grenzen einer pharmakologischen Beeinflussung der Hirndurchblutung“. Zwei Jahre später wechselte er nach Kiel und wurde dort Leitender Oberarzt der I. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums, erhielt 1966 eine außerplanmäßige Professur. 1971 erfolgte die Umhabilitation an die Goethe-Universität Frankfurt am Main. Gottstein wurde dort Honorarprofessor und hielt regelmäßig Lehrveranstaltungen zu den Themen „Differenzialdiagnose in der Inneren Medizin“ und „Klinische Visite“. Später war er unter anderem an den Ringvorlesungen „Medizinische, psychosoziale und ökologische Aspekte einer nuklearen Katastrophe“ und „Ethik in der Medizin“ beteiligt. Von 1971 bis zu seiner Emeritierung 1991 war er Chefarzt der Medizinischen Klinik des Bürgerhospitals in Frankfurt am Main.

Geprägt durch seine Erlebnisse in der Nazizeit und im Zweiten Weltkrieg sowie durch eine tiefe christliche Grundüberzeugung, entstand Gottsteins Engagement für Frieden und Völkerverständigung. Mitmenschlichkeit endete für ihn nicht auf einer persönlich-privaten Ebene. Für ihn stand fest, dass gerade die Ärzte eine besondere Verantwortung angesichts des Kalten Krieges und der atomaren Bedrohung trugen. So wurde Gottstein Initiator der deutschen Bewegung der „Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“. 1981 war er Gründungsmitglied der deutschen IPPNW-Sektion. In der Frankfurter Erklärung verweigerten die unterzeichnenden Ärzte jede Form der kriegsmedizinischen Fortbildung. Sie sahen es als ihre Pflicht an, die Bevölkerung darüber aufzuklären, dass die Folgen einer nuklearen Katastrophe medizinisch nicht zu beherrschen seien. Dieses Engagement wurde in der Ärzteschaft kontrovers diskutiert. In eine parteipolitische Ecke ließ sich Gottstein dabei aber nicht drängen, denn ihm ging es stets um die Sache. Ein „Mann mit Rückgrat“ – so kann man ihn treffend beschreiben. 1987 wurde er als Ordentliches Mitglied in den

„Ausschuss Sanitätswesen im Katastrophen-, Zivilschutz und in der Bundeswehr“ berufen.

Als die IPPNW 1985 den Friedensnobelpreis erhielt, war auch Gottstein dabei. Er hielt unter anderem eine Dankesrede im Osloer Rathaus. Von 1987 bis 1993 war er Europäischer Vizepräsident der IPPNW, bis 1996 Mitglied des internationalen Direktoriums. In dieser Zeit führten ihn zahlreiche Reisen zu Gesprächen nach Moskau, Hiroshima und Nagasaki, später nach Ex-Jugoslawien und in den Irak. 1991 gründete er die „IPPNW-Kinderhilfe Irak“. Er selbst begleitete neunmal Transporte mit Nahrung und Medikamenten. Außerdem organisierte die Initiative die Unterbringung von dringend behandlungsbedürftigen irakischen Kindern in deutschen Kliniken.

Mit ärztlich-humanitärer Hilfe zum Frieden beitragen – dafür steht Gottstein wie kaum ein anderer in Deutschland. Dabei bezieht sich sein Anliegen nicht nur auf die Krisengebiete der Welt. Das belegt eindrucksvoll sein Einsatz für die Palliativmedizin und die Hospizarbeit. Auch hier war er ein Mann der ersten Stunde. Dank seiner Initiative wurde bereits 1996 in Frankfurt am Main das Evangelische Hospital für Palliativmedizin mit 20 Betten eröffnet, damals die erste Einrichtung dieser Art in Hessen und die dritte in Deutschland. 2009 wurde die Palliativstation in das St. Markus Krankenhaus überführt und in den Räumlichkeiten des Hospitals entstand ein Jahr später das Evangelische Hospiz. Gottstein engagiert sich weiterhin als Ehrenvorstandsmitglied im Förderverein. Darüber hinaus ist er Gründungs- und bis heute aktives Mitglied der „Arbeitsgruppe Palliativmedizin“ der Landesärztekammer Hessen, aus der 2006 die Ständige Konferenz Palliativmedizin hervorging.

Auch als Kliniker und Wissenschaftler fand Gottstein große Beachtung. Er ist Gründungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, war bis 1987 Vorstandsmitglied der Fachgesellschaft. Auf internationaler Ebene engagierte er sich ebenfalls für sein Fach, als Gründungsmitglied der International Society for Cerebral Circulation Research und der International Society for Cerebral Blood Flow and Metabolism. Sein Sachverstand wurde in der Ärzteschaft geschätzt. Von 1981 bis 1995 war er Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Zwanzig Jahre lang, von 1971 bis 1991, war er Fortbildungsbeauftragter der Bezirksärztekammer Frankfurt am Main und hielt alle vier Wochen sehr gut besuchte Veranstaltungen ab. Darüber hinaus sitzt er seit 1993 im Gesundheitsausschuss der Stadt Frankfurt am Main.

Für seine Verdienste erhielt Gottstein unzählige Auszeichnungen, darunter den Senckenberg-Wissenschaftspreis, die Ernst-von-Bergmann-Plakette, die Römerplakette in Silber der Stadt Frankfurt am Main, die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen, die Ehrenplakette der Stadt Frankfurt am Main, die Fachbereichsplakette Medizin der Universität Frankfurt am Main und das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse. In vielen Organisationen und Fachgesellschaften ist er aktives Mitglied, außerdem Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Angiologie und der Medizinischen Akademie Serbiens.

Ulrich Gottstein ist ein „Überzeugungstäter“ und so ist er auch mit 84 Jahren den von ihm mitbegründeten Einrichtungen und Initiativen mit großem Engagement verbunden. Der Einsatz für Humanität ist für ihn eine Herzensangelegenheit – sei es nun als IPPNW-Ehrenvorstandsmitglied oder als engagierter Ver-

fechter der Palliativmedizin. Darüber hinaus besucht er mit großem Interesse die Veranstaltungen der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft und den Internistenkongress. Für seine Hobbys – klassische Konzerte und Bergwandern – bleibt ihm bei seiner Vielzahl an ehrenamtlichen Aufgaben nur wenig Zeit. Seit nunmehr 57 Jahren steht ihm seine Ehefrau Dr. med. Monika Gottstein zur Seite. Er hat sechs Kinder, darunter ein Arzt und eine Ärztin, und zwölf Enkel.

114. Deutscher Ärztetag in Kiel, 31. Mai 2011, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Prof. Dr. Ulrich Gottstein: Sehr verehrter Herr Präsident, lieber Herr Kollege Hoppe! Meine sehr verehrten Damen und Herren des Vorstands der Bundesärztekammer! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Als – nachdem Kollege Britz leider verstorben ist – Senior von uns Empfängern der Paracelsus-Medaille möchte ich Ihnen in unser aller Namen sehr herzlich für die Zuerkennung dieser höchsten ärztlichen Auszeichnung danken. Wir erhielten sie für verschiedene Leistungen für die deutsche Ärzteschaft und das Gemeinwohl.

Mir wurde von Frau Kollegin Fischer und Herrn Kollegen Angstwurm gestattet, meine besonderen Gedanken und Sorgen an diesem für uns so wichtigen Tag zum Ausdruck zu bringen. Was bewegt mich besonders außer all dem, was die Vorredner schon gesagt haben, und sicher viele von Ihnen auch? Es sind die ständigen Kriege, der Terrorismus, die Klimakrise, die Zerstörung unserer Umwelt und die Risiken durch Atomwaffen und Atomstrahlung.

Ich gehöre der Generation des brutalen letzten Weltkriegs an und „erlebte“ den Schrecken der Atombombenabwürfe über Hiroshima und Nagasaki als junger Kriegsgefangener hinter Stacheldraht in England. Später erfuhren wir, dass diese aus heutiger Sicht zwei kleinen Bomben zur Zerstörung beider Städte und zum Tod von etwa 200 000 Menschen geführt hatten, darunter 75 bis 90 Prozent der Ärzte und Krankenschwestern, und wir lernten, dass es gegen die Verstrahlung keine ärztliche Hilfe gibt.

„Wir werden Euch nicht helfen können!“ ist die Aussage unserer ärztlichen antinuklearen Friedensbewegung IPPNW, die vor 30 Jahren in den USA gegründet wurde, dann in 60 Nationen Sektionen aufbaute, auch in Deutschland, dort durch meine und Horst-Eberhard Richters Initiative. 1985 erhielt die IPPNW den Friedensnobelpreis. Die Aussage „Wir werden Euch nicht helfen können!“ gilt bis zum heutigen Tag für alle Opfer von Atomwaffen, ob sie im Krieg oder durch Terroristen oder bei Testexplosionen verstrahlt werden oder Opfer radioaktiver Verstrahlung aus Kernkraftwerken werden, zum Beispiel vor 25 Jahren in Tschernobyl oder jetzt in Fukushima. Helfen tut nur eines: Verhütung, Prävention.

Seit den Zeiten von Hippokrates kümmern wir Ärzte uns um das Wohl der uns anvertrauten Kranken und fühlen uns an die Aussagen des Eides gebunden. Wir heilen und helfen und wir raten zur Prävention von insbesondere nicht heilbaren Krankheiten wie zum Beispiel Aids oder durch Rauchen verursachtes Bronchialkarzinom. Aber haben wir Ärzte, die immer wieder auch in den zerstörerischsten Krankheiten, nämlich den Kriegen, eingesetzt werden, nicht auch die Verpflichtung, die Regierun-

gen zu einer Friedenspolitik zu ermahnen, zu gewaltfreier Diplomatie, und die Prävention von Kriegen als besonders wichtige ärztliche Aufgabe zu erfüllen?

(Beifall)

Müssen wir nicht unser ärztliches Wissen, das wir von unseren Kollegen in der Dritten Welt haben sowie aus den täglichen Fernsehnachrichten, laut aussprechen, dass es weniger der Drang nach Demokratie und Freiheit ist, sondern Arbeitslosigkeit, Ausbeutung und Armut im Zeitalter der Globalisierung, die zur Hoffnungslosigkeit der Jugend, besonders in Ländern der Dritten Welt, führen und damit zur Gewaltbereitschaft und zu Kriegen?

Jedes Jahr tobten auf unserer Erde seit Ende des Zweiten Weltkriegs 25 bis 50 Kriege – auch heute, da wir hier sitzen, toben Kriege und tobten in diesem Jahr bereits Kriege –, national-regionale sowie große Kriege aus machtpolitischen und ökonomischen Gründen, unter Beteiligung von Staaten, die ihre Atomwaffen auf Flugzeugen und Kriegsschiffen bereit zum Einsatz hatten.

Es ist ein Wunder, dass es seit der Verbreitung der Atomwaffen noch nicht zu einem Atomkrieg kam, in der Kuba-Krise nur um Haaresbreite. Das haben zahlreiche hohe US-amerikanische Politiker und führende Militärs mündlich und schriftlich geäußert.

Unsere Ärzteorganisation IPPNW fordert seit 30 Jahren das Verbot und die Zerstörung aller Atomwaffen und deren internationale Ächtung durch den Weltgerichtshof. Dankbar wären wir deutschen Ärzte, wenn unsere Forderung von der Bundesärztekammer und dem Deutschen Ärztetag mitgetragen würde.

(Beifall)

Vieles mehr liegt mir auf dem Herzen, wie die Aufrechterhaltung unseres ärztlichen Ethos bei der Lebens- und Sterbebegleitung unserer Patienten sowie die weitere Stärkung der stationären und ambulanten Palliativmedizin. Und es liegt mir auf dem Herzen, dass es für uns Ärzte bei der Betreuung Schwerstkranker und Leidender auch weiterhin darum gehe, „nicht das Sterben in die Hand zu nehmen, sondern das Leben loszulassen, wenn es an der Zeit ist“, wie dies vor wenigen Tagen auch Bischof Wolfgang Huber als Ethiker und aus christlichem Glauben geschrieben hat.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, Damen und Herren, wir neuen Träger der Paracelsus-Medaille danken Ihnen noch einmal sehr für die große Auszeichnung. Und ich selber möchte bescheiden hinzufügen, dass ich sehr dankbar dafür bin, dass Sie es waren, lieber Herr Professor Hoppe, aus dessen Hand ich die Auszeichnung entgegennehmen durfte.

Danke schön.

(Lebhafter Beifall)

(Musikalisches Intermezzo: Dave Brubeck:
Blue Rondo à la Turk (Arrangement: N. Gloger))

Daniel Bahr, MdB, Bundesminister für Gesundheit: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrter Herr Dr. Bartmann! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete des Deutschen Bundestages und des Landtages! Sehr geehrter Herr Ehrenpräsident Professor Beske! Sehr geehrter Herr Ministerpräsident und sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Von Ihnen beiden habe ich soeben gelernt, dass man als Politiker bei einer Rede hier in Schleswig-Holstein als Erstes über das Wetter redet. Sie haben den Angereisten gleich eine gute Perspektive gegeben, indem Sie sie herzlich mit Sonnenschein empfangen, aber die Perspektive des Regens gleich mitformuliert haben. Ich komme aus Münster. Dort gibt es den Spruch: Entweder es regnet oder es läuten die Glocken, es sei denn, es ist Sonntag – dann ist beides gleichzeitig.

(Heiterkeit – Beifall)

Insofern, Herr Carstensen und Herr Albig, kann uns auch Regen nicht schrecken. Sie haben richtigerweise gesagt: Wir sind ja zum Arbeiten hier. Was soll uns scheren, wie draußen das Wetter ist, da kommt man nur auf andere Gedanken.

Ich darf gleich zu Beginn – Herr Carstensen hat es auch getan – aus aktuellem Anlass etwas sagen, wo ich mich im Namen der Bundesregierung bedanken möchte. Es ist heute für mich Tag 19 als neuer Bundesminister für Gesundheit. Die ersten 19 Tage haben mir durchaus gezeigt, was die Vielfalt der Gesundheitspolitik so alles zu bieten hat. Ich möchte meinen großen Dank auch im Namen der Bundesregierung für das aussprechen, was Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal in diesen Tagen leisten. Sie schaffen es, eine Verunsicherung in der Bevölkerung nach den Nachrichten um EHEC-Erkrankungen durch ihren großen persönlichen Einsatz in den Krankenhäusern und in den Arztpraxen abzubauen und den Menschen damit ein Stück Stabilität, Sicherheit und Verlässlichkeit zu geben.

Dem persönlichen Einsatz der vielen Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern, im Gesundheitswesen ist es zu verdanken, dass wir zwar leider eine angespannte Lage haben, diese aber derzeit bewältigt bekommen. Es zeigt die große Solidarität auch der Kliniken untereinander, dass es dort, wo ein Engpass herrscht, wie es derzeit in Hamburg festzustellen ist, sofort und unmittelbar gelingt, dass Kliniken in der Region, die freie Kapazitäten haben – beispielsweise derzeit in Schleswig-Holstein –, ihre Kapazitäten zur Verfügung stellen, dass man sich unterhakt und untereinander hilft, damit wir die Situation bezüglich der EHEC-Erkrankungen bewältigt bekommen. Deswegen möchte ich Ihnen, meine Damen und Herren, stellvertretend für die vielen Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal, das derzeit mit dieser Situation kämpfen muss, ganz besonders danken. Das zeigt einmal mehr, wie stark die Leistungen des Gesundheitswesens von den Voraussetzungen abhängig ist, die die Politik schafft, aber vor allem von dem Einsatz, den die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, tagtäglich erbringen. Ohne diesen persönlichen Einsatz der Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, wäre die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland nicht auf dem Niveau, auf das wir mit Fug und Recht stolz sein können. Vielen Dank dafür.

(Beifall)

Als wir vor knapp 20 Monaten die Regierungsverantwortung übernommen haben und ich als Liberaler als Staatssekretär im Gesundheitsministerium Mitverantwortung

übernehmen durfte, haben wir uns vorgenommen, das Gesundheitswesen danach auszurichten, wie es den Patienten, den Menschen dient, und nicht zu glauben, dass der Staat alles besser regeln könne und alles zentral vorgeben könne, sondern dass gerade das Gesundheitswesen, das regional ja sehr unterschiedlich ist, die Freiheitsgrade für diejenigen braucht, die vor Ort im Gesundheitswesen arbeiten.

Wir haben leider ein baufälliges Haus übernommen, denn wir haben das größte Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung im Herbst 2009 für die Jahre 2010 und 2011 feststellen müssen, ein Milliardendefizit, wie wir es in der gesetzlichen Krankenversicherung so noch nicht kannten. Dazu bedarf es leider auch sehr kurzfristiger Entscheidungen; denn wir alle können uns vorstellen, da wir in den letzten Tagen erlebt haben, wie eine – relativ gesehen – kleine Krankenkasse geschlossen werden musste und was dies für die Versicherten bedeutet, was es bedeutet hätte, wenn ein solch großes Milliardendefizit dazu geführt hätte, dass zahlreiche Krankenkassen in die Insolvenz getrieben worden wären. Das hätte das Vertrauen der Menschen in die Stabilität und die Finanzierung des Gesundheitswesens zu Recht erschüttert. Das hätte zu Recht für die im Gesundheitswesen Tätigen zu großer Verunsicherung beigetragen.

Deswegen war es nötig, dass diese Bundesregierung kurzfristig gehandelt hat, die Finanzierung des Gesundheitswesens durch kurzfristige Maßnahmen stabilisiert hat. Den größten Batzen des drohenden Milliardendefizits leisten die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, indem wir das Beitragssatzniveau auf das Niveau der Zeit vor der Wirtschaftskrise angehoben haben. Es wurde damals im Zuge der Wirtschafts- und Finanzkrise kurzfristig und schuldenfinanziert gesenkt. Wir mussten es wieder auf das alte Niveau anheben, sodass das hohe Defizit in erster Linie von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern getragen würde.

Aber auch Sie als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, auch die Krankenhäuser und andere mehr haben ihren Beitrag geleistet, und zwar durch begrenzte Zuwächse, dass wir gemeinsam dieses Milliardendefizit kurzfristig bewältigt haben. Auch dafür gilt Ihnen – das sage ich stellvertretend für die Bundesregierung – mein Dank, dass wir das in einer gemeinsamen Kraftanstrengung geschafft haben. Wir alle wissen, was es bedeutet hätte, wenn wir kurzfristig dieses Finanzierungsdefizit nicht bewältigt hätten.

Aber wir haben es dabei nicht belassen. Mein Vorgänger, der ja auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag zu Ihnen gesprochen hat, sagte immer so schön: Wir müssen herauskommen aus der kurzfristigen Kostendämpfungsspirale. Wir müssen aus der Situation herauskommen, dass wir jedes Jahr immer nur schauen: Wie viel Geld brauchen wir denn im nächsten Jahr für das Gesundheitswesen? Welche Maßnahmen muss man kurzfristig ergreifen? Wenn das Geld nicht ausreicht, muss man wieder kurzfristig einsparen.

Wir brauchen vielmehr ein Finanzierungssystem, das Stabilität und Nachhaltigkeit bewirkt, damit man nicht jedes Jahr – erst recht nicht als Politik - nachsteuern muss.

Das hat diese Koalition nun auf den Weg gebracht, durchaus auch in einem politischen Streit, der aber auch produktiv sein kann, indem wir mit dem GKV-Finanzierungsgesetz für eine neue Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung gesorgt haben. Wir stärken die Solidarität, indem alle in der Gesellschaft – Privatpersonen wie Unternehmen – nach ihrer Leistungsfähigkeit über das Steuer-

und Transfersystem daran beteiligt werden. Diejenigen, die einkommensschwach sind und sich dies nicht leisten können, bekommen auch weiterhin die Unterstützung der Gesellschaft. Wir haben aber auch dafür gesorgt, dass die Krankenkassen wieder ihre Beitragsautonomie erhalten, damit die Krankenkassen selbst entscheiden können, wie hoch ihre Beiträge sind, um genügend Geld für die Versorgung ihrer Versicherten zu haben.

Bei einem Punkt möchte ich mit Fug und Recht behaupten, dass uns ein Paradigmenwechsel gelungen ist. Ich erinnere mich an viele Diskussionen, die ich mit Ihnen und bei anderen gesundheitspolitischen Veranstaltungen geführt habe. Dabei ging es um den Unmut der Ärztinnen und Ärzte gerade im niedergelassenen Bereich, die sich immer wieder ärgerten, dass neben dem großen Kostenblock – das ist naturgemäß der Kostenblock der Krankenhausausgaben – der zweithöchste Kostenblock im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die Arzneimittelausgaben, höher war als der Kostenblock für die Ausgaben für die ambulante Versorgung. Das hat sich, wenn ich mich recht erinnere, erstmals umgedreht in der Zeit von Horst Seehofer. Seitdem haben wir in Deutschland mehr Geld für die ambulante Versorgung als für die Arzneimittel ausgegeben. Ich kann heute mit Fug und Recht zu Ihnen kommen und behaupten, dass es uns gelungen ist, auch durch die Maßnahmen dieser Bundesregierung im Bereich des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes, durch die Maßnahmen im Bereich der Arzneimittelmarktpolitik, dieses umzudrehen, sodass wir heute feststellen, dass wir ein größeres Stück des Kuchens der gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Versorgung ausgeben als für die Arzneimittel.

Ich glaube, das ist ein Erfolg und zeigt, dass die Prioritäten für die Versorgung der Menschen durch diese Regierung richtig gesetzt werden.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, es gibt aber auch einen anderen Paradigmenwechsel. Wir wollen, dass hochwertige Arzneimittel, dass hochwertige Medizin und Innovationen schnell für die Versorgung aller Menschen in Deutschland zur Verfügung stehen. Unser Anspruch muss aber auch sein, bei den Innovationen darauf zu achten: Welche Innovation bringt uns wirklich weiter? Welche Innovation bringt uns vielleicht nur einen kleinen Schritt weiter? Einen höheren Preis rechtfertigt eine Innovation immer dann, wenn sie darstellt, was sie an Verbesserungen mit sich bringt. Nicht der verschreibende Arzt darf für den Preis eines Arzneimittels verantwortlich gemacht werden; die Preisfindung für ein Arzneimittel gehört nicht in die Hand des verschreibenden Arztes, sondern in die Hand der Krankenkassen und der Arzneimittelindustrie. Genau dafür haben wir gesorgt. Wir haben das Preismonopol der Arzneimittelindustrie gebrochen. Wir haben einen Beitrag zu fairen Verhandlungen geleistet, dass die Krankenkassen mit der Arzneimittelindustrie über den Preis verhandeln. Der verschreibende Arzt kann sich darauf verlassen, dass die Preisfindung nicht mehr ihn belasten wird, sondern in die Hände von Krankenkassen und Arzneimittelindustrie gehört.

(Vereinzelt Beifall)

Insofern sind wir auf einem guten Weg, die Prioritäten neu zu setzen. Für mich als neuen Gesundheitsminister wird es keine Inhalteverschiebung gegenüber meinem Vorgänger geben. Natürlich setzt jeder seine eigenen Akzente; das ist naturgemäß

so. Trotzdem können Sie sich auf eine Kontinuität verlassen, auf die Kontinuität der Dialogbereitschaft, auf die Kontinuität, das Beste für eine gesundheitliche Versorgung im Interesse der Patienten zu tun.

Mein Vorgänger ist nun Wirtschaftsminister. Ich habe ihm bei der Amtsübergabe etwas mit auf den Weg gegeben – so gehört es sich –, nämlich dass man als Wirtschaftsminister bei den gelegentlichen Diskussionen zwischen den Ressorts nicht vergessen darf, dass es das Gesundheitswesen ist, das in Deutschland der größte Arbeitgeber ist. Es gibt im Gesundheitswesen 4,3 Millionen direkt Beschäftigte. Keine andere Branche in Deutschland hat mehr Arbeitsplätze zu bieten. Das war gerade in den vergangenen Jahren und Monaten der Wirtschaftskrise ein Stabilitätsanker, weil diese Arbeitsplätze stabil und sicher sind. Sie geben immer mehr Menschen in Deutschland die Möglichkeit, dort ihr Geld zu verdienen und ihre Familien zu ernähren und mit viel Freude in diesem Bereich zu arbeiten. Wir sollten bei aller Ausrichtung in der Wirtschaftspolitik und bei allen Diskussionen über Kosten im Gesundheitswesen gelegentlich auch daran denken, dass es das Gesundheitswesen ist, das ein Jobmotor ist und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts eine Perspektive eröffnet, dass in Deutschland weitere Arbeitsplätze entstehen können.

Gesundheit ist aber nicht nur unter wirtschaftspolitischen Aspekten zu betrachten, sondern Gesundheitspolitik ist natürlich unter ethischen und sozialen Aspekten zu betrachten. Gesundheit ist ein Menschenrecht. Es gilt nicht nur, dieses Recht für uns zu sichern, sondern auch für die nachfolgenden Generationen. Jeder, der mich kennt und vergangene Veranstaltungen mit mir besucht hat, weiß, dass mir die Gesundheitspolitik seit Jahren ganz besonders am Herzen liegt und ich sie seit Jahren aus verschiedenen Positionen heraus begleite. Umso mehr habe ich mich gefreut, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, nun als Gesundheitsminister gemeinsam mit Ihnen den von Philipp Rösler eingeschlagenen Weg fortsetzen zu können, dass wir uns gemeinsam an die große Aufgabe begeben, für eine qualitativ hochwertige Versorgung in unserem Land zu sorgen und diese zukunftsfest zu machen.

Ärzte haben einen hohen ethischen Anspruch – über den Hippokratischen Eid wurde gerade gesprochen –, nämlich Menschen zu helfen. Für Sie steht der Mensch im Mittelpunkt Ihres Tuns. Meine Aufgabe wird es daher sein, Ihnen die richtigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den im Gesundheitswesen Tätigen ermöglichen, ihre ethischen Ansprüche umzusetzen.

Ich will als Gesundheitsminister nicht in alle Details hineinregieren. Wir brauchen weniger Zentralismus und weniger den Glauben, die Politik oder der Staat könnten alles im Detail regeln. Wir brauchen vielmehr einen gesetzlichen, einen politischen Rahmen, der natürlich Prioritäten setzt und eine gewisse Vorgabe enthält. Wir brauchen dazu eine Kultur des Vertrauens,

(Beifall)

die denjenigen im Gesundheitswesen die Anerkennung für das gibt, was sie tun, und die Freiheit lässt. Diejenigen, die ihre Perspektive in diesem Beruf sehen, ergreifen ihn nicht, um sich nachher mit Verwaltung und Regeln zu beschäftigen, sondern sie wollen in der Regel mit großer Begeisterung konkret etwas für die Verbesserung der

Situation der Menschen tun. Das dürfen wir bei aller gesundheitspolitischen Diskussion nicht vergessen.

(Beifall)

Deswegen hat es mich ganz besonders gefreut, als ich vor 19 Tagen den Anruf eines meiner besten Freunde erhalten habe, Emanuel aus Münster, der vor anderthalb Jahren Deutschland verlassen hat und nach Australien ging, um dort zu arbeiten. Er hat mir vor 19 Tagen zum Amt des Gesundheitsministers gratuliert. Er sagte mir, nun habe er ja einen guten Grund, im Sommer wieder nach Deutschland zurückzukommen. Leider fügte er den Absatz an, er müsse ja darauf aufpassen, dass ich das Richtige tue.

Der Grund, warum ich Ihnen dies sage, ist ein anderer; Herr Bartmann hat es in Teilen genauso angesprochen. Als mein Freund nämlich vor anderthalb Jahren anrief, nachdem er gerade in Australien im Gesundheitswesen angefangen hatte, und ich ihn fragte, wie es denn dort so sei, erzählte er mir: Das Gesundheitswesen ist deutlich schlechter als das, was wir in Deutschland gewohnt sind: freie Arztwahl, freie Krankenhauswahl, Therapiefreiheit, die geringste Eigenbeteiligung, Wartezeiten, die bei notwendigen Behandlungen so gut wie nicht vorhanden sind. Ein so leistungsfähiges Gesundheitswesen mit einem so breiten Leistungskatalog für die gesamte Bevölkerung, wie wir es in Deutschland haben, kennt Australien nicht. Es ist ein aus der Perspektive der Patienten gesehen deutlich schlechteres Gesundheitswesen.

Er sagte weiter: Aber als für mich in diesem Gesundheitswesen im Krankenhaus Tätiger sind die Arbeitsbedingungen deutlich besser als das, was ich in Deutschland erlebt habe.

Weil wir wissen, dass wir ein so leistungsfähiges Gesundheitswesen haben, weil wir sehen, dass es zwar immer noch die gleiche Anzahl von Medizinstudierenden gibt, aber leider immer weniger, die zwar das Medizinstudium mit großer Freude und Begeisterung aufnehmen, sich hinterher aber dagegen entscheiden, als Arzt tätig zu werden, ist es notwendig, dem drohenden Ärztemangel zu begegnen und die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität der Gesundheitsberufe wieder zu stärken.

(Beifall)

Die Diskussion, die derzeit geführt wird, nämlich ob wir zu viele oder zu wenige Ärzte haben, ist meiner Ansicht nach eine Phantomdiskussion. Wir wissen seit Jahren und nicht erst seit dem Gutachten des Sachverständigenrats, dass wir in Deutschland Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung festzustellen haben. Ich mache mir auch keine Sorgen um die medizinische Versorgung in Hamburg, München oder Berlin. Aber wir machen uns zunehmend Sorgen um die Versorgung an der niederländischen Grenze, in der Uckermark, in der Oberpfalz oder hier an der Schlei. Wir stellen fest, dass Krankenhäuser immer mehr Probleme haben, auf offene Stellen genügend Bewerber zu finden oder diese offenen Stellen sogar zu besetzen. Wir stellen fest, dass immer mehr Haus- und Fachärzte Probleme haben, in der Fläche Nachfolger für ihre Arztpraxis zu finden.

Deswegen teile ich nicht die Einschätzung, die ich in den Debatten immer wieder vonseiten der Opposition gehört habe, Deutschland kenne keinen Ärztemangel. Wortwörtlich wurde gesagt: Wir haben genügend Ärzte, wir müssen sie nur noch besser aufs Land verteilen.

Nein, meine Damen und Herren, mit Zwang und Planung werden wir diesem drohenden Ärztemangel in der Fläche in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nicht begegnen können, sondern nur dann, wenn wir die richtigen Anreize setzen, dass junge Menschen die Begeisterung haben, als Arzt auch in die Fläche zu gehen.

(Beifall)

Deswegen komme ich heute zu Ihnen mit etwas im Gepäck. Die Koalitionsfraktionen haben gestern mit dem Bundesministerium für Gesundheit den Arbeitsentwurf zu einem Versorgungsstrukturgesetz vereinbart. Damit sind wir einen guten Schritt weitergekommen, die Versorgungsstrukturen aus der Sicht der Patientinnen und Patienten in Deutschland deutlich zu verbessern und damit auch weiterhin eine hochwertige medizinische Versorgung in unserem Land zu gewährleisten. Dazu brauchen wir motivierte und engagierte Ärzte. Deswegen ist es wichtig, sich einmal anzuschauen, warum sich junge Mediziner nicht in der Fläche niederlassen. Die Umfragen zeigen, dass es sich in erster Linie um Dinge handelt, bei denen ich als Gesundheitsminister nur in einigen wenigen Fällen gegensteuern kann.

Die erste Frage der jungen Mediziner lautet: Hat mein Ehepartner/meine Ehepartnerin dort auch einen Job? Die zweite Frage lautet: Wie sieht es mit der Kinderbetreuung auf dem Lande aus? Die dritte Frage ist: Wie sieht es mit dem kulturellen Angebot aus? Erst dann kommen die Punkte leistungsgerechte Vergütung und Bürokratielast. Diese beiden Punkte gehen wir auch mit dem Versorgungsstrukturgesetz an. Bezüglich der anderen drei Punkte sind wir im Gespräch mit den Ländern und den Kommunen, was man tun kann, um jungen Medizinern in der Fläche mehr Perspektiven zu eröffnen.

Eines weiß ich aus vielen Gesprächen mit jungen angehenden Medizinern: dass sie eines ganz besonders zu schätzen wissen, wofür wir uns weiter einsetzen wollen, weshalb ich hier auch klar sage, dass der Satz, der einmal auf einem Ärztetag gefallen ist, nämlich es müsse Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit, ein Satz ist, dem ich nur entgegnen kann, dass es gerade der freie Beruf des Arztes ist, der aus meiner Sicht erhalten bleiben muss. Er ist meiner Meinung nach der Garant einer guten Versorgung. Er gibt gerade den jungen Medizinern die Perspektive, warum sie als Arzt tätig sein sollen, eben weil der Arztberuf ein freier Beruf ist.

(Beifall)

Deshalb wollen wir den freien Beruf stärken. Wir wollen die hohen Güter, die wir in Deutschland haben, um die uns andere Länder beneiden – freie Arztwahl, freie Krankenhauswahl, Therapiefreiheit, freie Krankenversicherung –, festhalten. Mit dem Versorgungsgesetz werden wir die Freiberuflichkeit, die Attraktivität der Gesundheitsberufe weiter steigern. Wir wollen den Vorrang der Freiberuflichkeit auch in den Strukturen stärken, beispielsweise bei den Medizinischen Versorgungszentren.

Unser Ziel ist es nicht, dass künftig die Versorgung nur noch in großen Zentren mit angestellten Ärzten erfolgt, sondern wir wissen, dass die freie Arztwahl etwas ist, was die Patientinnen und Patienten sehr hoch zu schätzen wissen. Es gibt eine Statistik, über die ich gern schmunzle, nämlich dass sich die Deutschen offensichtlich länger an ihren Haus- oder Facharzt binden, als eine durchschnittliche Ehe in Deutschland dauert. Das sagt sehr viel über das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt aus. Wir sollten uns dafür einsetzen, dass dies so erhalten bleibt.

Der Abbau von Bürokratie und eine leistungsgerechte Vergütung gehören dazu. Wir werden im Rahmen des Versorgungsgesetzes deshalb auch eine gezielte Nachwuchsgewinnung und die Förderung von Medizinstudierenden angehen. Wir werden die Anreize bei der Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten verstärken und die Vereinbarkeit von Familie und medizinischen Berufen fördern.

Die Bedarfsplanung soll neu geregelt werden. Es geht uns dabei nicht darum, die Planung, die offensichtlich in einigen Regionen ihrem Ziel nicht gerecht wird, noch detaillierter und noch reglementierter vorzusehen. Unsere Erfahrung ist nicht, dass wir durch mehr Planung oder durch mehr Zwang Leute in die Fläche bekommen, sondern wir brauchen eine Bedarfsplanung, die Flexibilität und Freiheitsgrade gewährt. Es soll vor Ort entschieden werden, wie die Bedarfsplanung aussieht. Wir können das nicht zentral vorgeben. Wir können nicht in Berlin entscheiden, in welcher Region die gesundheitliche Versorgung wie aussehen soll. Wir wollen diese Entscheidung bewusst in die Region verlagern, damit vor Ort, wo die Situation besser eingeschätzt werden kann, die richtigen Entscheidungen getroffen werden können.

Deswegen gehört für uns auch dazu, den jungen Menschen, die sich dafür entscheiden, Arzt in der Fläche zu sein, sich als Arzt niederzulassen, die Verlässlichkeit, die Perspektive und die Stabilität zu geben. Als ich im vergangenen Sommer einen ganzen Tag mit Medizinstudierenden an meiner Universität Münster zusammen war und mit ihnen gesprochen habe, haben sie mir gesagt, dass sie sich vor allem deswegen davon abhalten lassen, als Mediziner in die Fläche zu gehen, weil sie Sorge haben, dass sie dann immer mehr Patienten zu behandeln haben und dabei noch nicht einmal die finanzielle Anerkennung bekommen, weil sie wie im Hamsterrad bei immer mehr Patienten für den einzelnen Fall eigentlich immer weniger bekommen.

(Beifall)

Deswegen sorgen wir im Versorgungsgesetz dafür, dass in der Fläche, in unterversorgten Gebieten und in Gebieten, denen die Unterversorgung droht, die finanzielle Abstaffelung, die es bisher gibt, aufgehoben wird, sodass die Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Fläche niederlassen, die Perspektive haben, dass sie, wenn sie mehr Arbeit leisten, dafür auch die finanzielle Anerkennung bekommen. Das ist die finanzielle Stabilität und Verlässlichkeit, die junge Menschen brauchen.

(Beifall)

Es gibt zwei Trends, die uns in den nächsten Jahren ganz besonders beschäftigen werden. Das ist zum einen die demografische Entwicklung, dass wir immer mehr ältere Menschen haben werden und immer weniger jüngere, die ihnen gegenüberstehen. Es sind nun einmal die Älteren, die mehr Leistungen im Gesundheitswesen nachfragen, die auf ein leistungsfähiges Gesundheitswesen angewiesen sind. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt, der in der Regel – anders als in anderen Bereichen – kostensteigernd wirkt. Deswegen ist es unser Ehrgeiz und unser Ziel, die Versorgungsstrukturen so zu verbessern und die Finanzierung des Gesundheitswesens so nachhaltig zu gestalten, dass Debatten über Rationierung und auch Priorisierung unnötig werden. Meine Damen und Herren, es muss unser Ziel sein, dass wir für die nötige Finanzierung sorgen, für die nötigen Versorgungsstrukturen, damit genügend Menschen eine Perspektive für sich sehen, im Gesundheitswesen zu arbeiten, damit sich aber auch die Patienten darauf verlassen können, dass sie

das Notwendige an Behandlung bekommen. Dafür will ich mich als Gesundheitsminister mit großem Tatendrang und Ehrgeiz einsetzen.

Zu einem gerechten Gesundheitssystem, meine Damen und Herren, gehört aber auch, dass wir ein Umfeld schaffen, das Leistungen, die wir von Ihnen erwarten, auch zulässt. Dabei gehört zum Beispiel die Möglichkeit, den Arztberuf mit einer Familiengründung zu vereinbaren. Wenn ich hier in die Reihen schaue – ich will Ihnen nicht zu nahe treten; es handelt sich ja um das Parlament der Ärzteschaft, großer Respekt – und die Situation beispielsweise mit meiner Universität in Münster vergleiche, stelle ich fest, dass die Geschlechterverteilung dort anders ist als hier.

(Beifall)

In Münster sind 70 Prozent der Medizinstudierenden weiblich. Ich glaube, dort ändert sich etwas. Als ich letztens bei einer Veranstaltung sagte „Die Medizin wird weiblicher“, kam der Zwischenruf „Macho!“

(Zuruf)

– Das ist nur eine Analyse, gnädige Frau. Das hat übrigens nichts mit Frauen oder Männern zu tun. Glauben Sie mir als einem jungen Mann: Wenn ich in meinen Freundeskreis schaue, stelle ich fest, dass uns junge Männer das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf genauso betrifft.

(Beifall)

Die jungen Männer wie die jungen Frauen beschäftigt das Thema mehr als in den vergangenen Jahrzehnten. Es geht um familiengerechte Arbeitszeiten, um ein familiengerechtes Umfeld. Wir schauen immer mehr danach: Ist der Arbeitsplatz einer, mit dem ich es schaffe, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf herzustellen?

Wir müssen gemeinsam kritisch feststellen – ich glaube, wir sollten da nicht gegeneinander diskutieren, sondern gemeinsam an einer Lösung arbeiten –, dass die Strukturen des Gesundheitswesens für den niedergelassenen Arzt wie auch im Krankenhausbereich auf einem alten Familienbild fußen.

(Beifall)

Früher war der Arzt in der Regel männlich. Er hat sich in einer 60- oder 70-Stunden-Woche um die ärztliche Versorgung gekümmert, während sich die Frau um die Familie gekümmert hat. Man kann beklagen, dass das heute auch noch so ist. Ich beklage das im Übrigen nicht. Ich stelle nur fest: Wer glaubt, dass das wieder so käme oder dass es möglich wäre, dass wir künftig Mediziner haben, die bereit sind, so zu arbeiten, wie es in den vergangenen Jahrzehnten der Fall war, während sich jemand anderes – ohne einen Beruf – voll um die Familie kümmert, verkennt den Wandel, der mittlerweile voll im Gange ist.

(Beifall)

Wir müssen im niedergelassenen Bereich – ich denke an die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen –, aber auch im stationären Bereich – ich denke an die Strukturen der Krankenhäuser – diesen gesellschaftlichen Wandel sehen und darauf hinarbeiten, dass wir die richtigen Antworten darauf finden. Es wird den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander und übrigens auch den Wettbewerb der Regionen untereinander um niedergelassene Ärzte viel mehr entscheiden als vieles von dem,

was wir in Berlin in der Gesundheitspolitik entscheiden, ob Sie in einem Krankenhaus vor Ort einen familiengerechteren Arbeitsplatz anbieten als ein anderes Krankenhaus. Das wird im Wettbewerb entscheidender sein, ob sie für den Nachwuchs attraktiv sind. Umso mehr müssen wir gemeinsam daran arbeiten. Hier bin ich meiner Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, die hier anwesend ist, sehr dankbar; denn sie leitet die Arbeitsgruppe, die sich dieses Themas der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf annimmt. Wir wissen, dass die Strukturen der Gesundheitsberufe noch auf alten Bildern fußen. Wir müssen daran arbeiten, diese zu überwinden und familiengerechte Arbeitsmodelle zu finden. Wir müssen im niedergelassenen wie im stationären Bereich flexible Arbeitszeiten haben, Kinderbetreuungseinrichtungen. Es darf nicht die Devise gelten: Entscheide Dich, ob Du im Gesundheitswesen arbeitest und Dein Kind fremdbetreuen lässt oder ob Du lieber Elternteil sein möchtest und auf die Ausübung Deines Gesundheitsberufs verzichtest.

(Beifall)

Daran wollen wir arbeiten und hier sind wir alle gefordert.

Dazu gehört aber auch, dass diejenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sich auf das konzentrieren können, was sie im Studium gelernt haben. Vieles von dem, was man gemeinhin unter dem Schlagwort „Bürokratie“ hört, ist – das muss ich fairerweise auch für meinen Vorvorgänger und meinen Vorvorvorvorgänger in Anspruch nehmen – sicherlich auch politisch vorgegeben. Aber nicht alles, weil wir ja zu Recht, wie Herr Bartmann angemahnt hat, ein Gesundheitswesen haben, in dem auch die Selbstverwaltung gewisse Vorgaben macht, damit die Politik sie nicht machen muss. Wir sollten einen gemeinsamen Beitrag dazu leisten, dass Bürokratie abgebaut wird.

Ich will dazu folgende kleine Anekdote erzählen. Auf einer Veranstaltung sagte mein Vorgänger, der ja im Gegensatz zu mir Mediziner ist, dass er als junger Mediziner das Gefühl hatte, er müsse sich mehr mit Qualitätssicherungsbögen beschäftigen als mit dem Patienten. Er hat sich bekanntermaßen danach entschieden, nicht als Arzt tätig zu werden, sondern in die Politik zu gehen. Offensichtlich hat er sich nach anderthalb Jahren entschieden, doch lieber das Ressort zu wechseln. Interessant war nur, dass hinterher – ich nehme die anwesenden Medienvertreter aus – die Schlagzeile nicht etwa lautete, dass hier der Gesundheitsminister das Thema Bürokratieabbau angeht, sondern: Rösler will Qualität in der Medizin senken, Rösler will Qualität in der Medizin abbauen.

Meine Damen und Herren, wir müssen auch hier einen anderen Umgang pflegen, wenn wir nicht wollen, dass sich diejenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten – Pflegepersonal, Arzthelferinnen und Arzthelfer, Ärztinnen und Ärzte –, immer mehr darüber beschweren, dass sie mit verwaltenden Tätigkeiten überlastet werden. Wir dürfen die Dokumentation nicht gänzlich infrage stellen, wir brauchen die Dokumentation. Das ist ein Arbeitsmedium, das übrigens – das ist der Grundgedanke – die Arbeit erleichtern soll. Nur dann, wenn Dokumentation, Bürokratie und verwaltende

Tätigkeiten zum Selbstzweck verkommen, ist es ein Problem. Deswegen wollen wir einen gemeinsamen Beitrag dazu leisten, den im Gesundheitswesen Tätigen wieder mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit zu geben, nämlich für den Patienten da zu sein, und die Dokumentation, die verwaltende Tätigkeit als ein Arbeitsmedium zu verstehen.

Deshalb haben wir im Versorgungsstrukturgesetz, dessen Arbeitsentwurf wir gestern vereinbart haben, nach der vielen Kritik und nach den vielen Rückmeldungen, die wir von der Ärztebasis erhalten haben, vorgesehen, dass wir auf eine zwingende Vorgabe der Umsetzung der Ambulanten Kodierrichtlinien verzichten. Nach den Rückmeldungen, die wir haben, brauchen wir das nicht mehr zu machen.

(Beifall)

Ich will das nicht falsch verstanden wissen, denn ich will nicht in einem Jahr hierherkommen und Sie sagen: Es gibt ja noch immer Dokumentation und verwaltende Tätigkeiten. Wir brauchen das zur Qualitätssicherung als Arbeitsmedium. Aber wir müssen es gemeinsam schaffen, Selbstverwaltung wie Politik, uns zu beschränken, und dürfen nicht bei jedem Fall, der in der Öffentlichkeit ist, nach einer neuen Verordnung, nach einer neuen Regelung oder nach einer neuen Behörde schreien, die erneut etwas kontrollieren muss. Wir müssen uns vielmehr selbst zurücknehmen und nur den Rahmen vorgeben.

Dazu gehört im Übrigen auch, dass wir die starren Sektorengrenzen, die wir in Deutschland im Vergleich zu anderen Gesundheitswesen haben, zwischen den niedergelassenen Ärzten auf der einen Seite und dem stationären Sektor auf der anderen Seite überwinden. Die jungen Mediziner sagen mir übrigens auch, dass es für sie durchaus attraktiv ist, in beiden Bereichen zu arbeiten, die Kombination von beidem zu schaffen. Wir wissen, wie ich es eingangs sagte, dass es für die Versorgung der Patienten viel wichtiger ist, aus der Zusammenarbeit zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Sektor heraus, aus dem Behandlungspfad heraus, zu denken. Wir müssen die Denke überwinden: Das ist mein Geld, das ist meine Belastung, das ist mein Bereich – und das ist euer Bereich. Wir müssen vielmehr gemeinsam daran arbeiten, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Ich weiß, wie schwer das im Gesundheitswesen ist und wie berechtigt die Interessen der vielen Interessengruppen im Gesundheitswesen sind. Jeder kämpft für seinen Bereich; das gehört dazu. Wir werden im Versorgungsgesetz einen Beitrag dazu leisten, diese Kämpfe zu überwinden, sodass beide Bereiche zu gleichen und fairen Rahmenbedingungen den Wettbewerb um die bessere Versorgung suchen können. Da wird es in einer Region so sein, dass sich die Niedergelassenen durchsetzen, da wird es vielleicht in einer anderen Region so sein, dass das Krankenhaus, dass der stationäre Sektor der bessere Bereich ist. Das ist wohlverstandener und fairer Wettbewerb um die bessere Versorgung.

Wichtig ist mir dabei, dass es faire Bedingungen für beide Seiten gibt und nicht der eine Sektor für den anderen geöffnet wird und man mit unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen in den Wettbewerb geht. Es bedarf des Rahmens, damit sich im Sinne einer besseren Versorgung die Patientinnen und Patienten entscheiden können, wo sie versorgt werden wollen, ob durch den niedergelassenen Arzt im Wege der fachärztlichen Versorgung oder im Krankenhaus. Deswegen sorgen wir hier für faire und gleiche Rahmenbedingungen, damit sich über den Wettbewerb die bessere Versorgung herausstellen kann.

(Beifall)

Zur Debatte eines jeden Ärztetages gehört auch – ich habe das ja auch im Vorfeld gelesen – die Frage der Vergütung der Ärzte. Objektiv müssten wir feststellen, dass der Einkommensdurchschnitt der Ärztinnen und Ärzte auch im Vergleich zu anderen

akademischen Berufen gut ist. Aber wir stellen fest, dass es das Vergütungssystem offensichtlich nicht schafft, dem Prinzip gerecht zu werden, einfach, transparent und leistungsgerecht zu sein. Die jungen Mediziner sagen: Ich möchte nicht als Arzt tätig werden, weil ich nicht das Gefühl haben will, dass es nicht honoriert wird, wenn ich mich richtig anstrenge, wenn ich mehr tue als andere, wenn ich besser bin als andere. Wir wissen aus dem Sport, wir wissen aus der Ökonomie, dass Leistung sich lohnen muss, weil uns das immer wieder anspornt, uns anzustrengen, uns vielleicht fortzubilden, an uns zu arbeiten, mehr zu tun als andere. Wenn aber dieser Leistungsaspekt im Keim erstickt wird und man sich bei der Vergütung nur am Mittelmaß orientiert, brauchen wir uns nicht zu wundern, meine Damen und Herren, dass wir keine Spitzenleistung bekommen.

Es geht also nicht einfach nur um mehr Geld für die ärztliche Vergütung. Die Ressourcen werden immer begrenzt sein, es wird immer Verteilungskonflikte geben. Es kommt vielmehr darauf an, ein Vergütungssystem auf den Weg zu bringen, das Leistungsgerechtigkeit, Einfachheit und Transparenz miteinander verbindet, damit die Ärztinnen und Ärzte durch ein solches Vergütungssystem diejenige Anerkennung erhalten, die sie verdient haben. Dafür, meine Damen und Herren, brauchen wir weniger Zentralismus, sondern auch hier, weil das Gesundheitswesen regional ausgestaltet ist, mehr Freiheitsgrade vor Ort. Wir sehen im Versorgungsstrukturgesetz vor, dass keine zentrale Vorgabe erfolgt, sondern den Bezirken die Möglichkeit gegeben ist, die Vergütung so zu strukturieren, so zu wählen und so zu verhandeln, wie es den Regionen entsprechend gerechtfertigt ist. Ich glaube, das ist ein Schritt hin zu mehr Flexibilität, zu mehr Freiheitsgraden vor Ort, in der Region entsprechende Regelungen zu treffen.

Meine Damen und Herren, zur Vergütung gehört auch die Gebührenordnung für Ärzte. Auch darüber durfte ich auf dem Weg hierher einiges lesen. In meinen ersten 19 Tagen hat sich die ganze Vielfalt der Gesundheitspolitik gezeigt. Der Höhepunkt der ersten 19 Tage ist natürlich der Ärztetag, auf dem ich heute vor Ihnen rede. Sie erwarten, dass ich etwas zur Gebührenordnung für Ärzte sage. Dem will ich auch gar nicht ausweichen. Wir werden, wie wir es im Koalitionsvertrag vereinbart haben, die Gebührenordnung für Ärzte an den aktuellen Wissenschaftsstand anpassen. Das wird noch in dieser Legislaturperiode angegangen. Wir haben das im Koalitionsvertrag vorgesehen. Nachdem wir zunächst die Gebührenordnung für Zahnärzte auf den Weg gebracht haben, werden wir jetzt die Gebührenordnung für Ärzte angehen. Wir werden unser Möglichstes tun, damit das zügig vorankommt.

Aus den Erfahrungen mit der Gebührenordnung für Zahnärzte und nicht nur aus den Erfahrungen der letzten anderthalb Jahre dieser Regierung, sondern auch aus den Erfahrungen der Vorgängerregierung müssen wir sagen: Es liegt nicht allein in den Händen des Bundesministeriums für Gesundheit, wie der Zeitfaktor zu betrachten ist, sondern auch in den Händen der anderen Beteiligten. Bei der Gebührenordnung für Zahnärzte waren die Bundeszahnärztekammer, die private Krankenversicherung, die Beihilfeträger, die Länder, der Bund beteiligt.

Wir wollen als Bundesgesundheitsministerium unseren Beitrag dazu leisten, dass wir bei der Reform der Gebührenordnung für Ärzte vorankommen. Sie können Ihren Beitrag dazu leisten, dass wir gemeinsam zügig bei der Erarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte vorankommen. Die Vorarbeiten sind ja in Teilen schon geleistet.

Es geht nicht nur um die Vergütung, sondern wir wollen auch die Eigenverantwortung nicht nur der Versicherten, sondern auch in den Selbstverwaltungskörperschaften in den einzelnen Regionen stärken. Ich habe bereits etwas gesagt, was die Regionalisierung und die Deregulierungsbestrebungen angeht. Ich habe die Eigenverantwortung und das Stichwort Dokumentation genannt.

Ich will erwähnen, dass es auch in den Krankenhäusern Ärztinnen und Ärzte gibt, die im Zuge der Arbeitsbelastung große Anstrengungen unternehmen. Auch hier wollen wir dazu beitragen, was die Vorgängerregierung mit dem Pflegestellenförderprogramm gemacht hat, das erste Anreize gesetzt hat, dass eine Perspektive für mehr Stellen und eine Förderung im Krankenhausbereich eröffnet wird. Die Fallpauschalen sind eine verlässliche Planungsgröße. Auch hier werden wir unseren Beitrag leisten, was die Finanzierung im Krankenhausbereich angeht.

Lassen Sie mich zum Schluss, damit ich Ihre Zeit nicht zu lange in Anspruch nehme, noch einige wenige Punkte erwähnen. Ich möchte festhalten, dass es uns darauf ankommt, Entscheidungsspielräume und Wahlmöglichkeiten für die Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, vor allem aber auch für die Patientinnen und Patienten zu verstärken und ihnen Entscheidungsfreiheiten zu geben. Es gibt nicht den Einheitspatienten, es gibt auch nicht die Einheitsarztpraxis, es sollte auch nicht die Einheitskasse und ein staatliches Gesundheitssystem geben, sondern wir brauchen die Vielfalt. Wir brauchen die Wahlmöglichkeiten, damit jeder Mensch, der einzigartig ist, der auch mit seiner Gesundheit einzigartig ist, entsprechend behandelt wird und damit Zeit und Freiheit für die Behandelnden vorhanden ist, sich auf den individuellen Fall einstellen zu können. Deshalb umgibt uns als christlich-liberale Gesundheitspolitik der Gedanke, vom Menschen aus betrachtet, dem Individuum Entscheidungsspielräume zu lassen, ihm diese Wahlmöglichkeiten zu geben, ihm diesen Gestaltungsspielraum zu lassen.

Ich darf mir zum Schluss erlauben – vielleicht auch für meine Vorgänger –, Ihnen, lieber Herr Professor Hoppe, die wir in den letzten Jahren in verschiedenen Funktionen zusammengearbeitet haben – nicht erst in meinen 19 Tagen als Gesundheitsminister –, ein Wort des großen Dankes für eine Zusammenarbeit auszusprechen, die mit Vorvorgängern oder Vorvorgängerinnen sicherlich auch einmal kontrovers war. Das werden wir möglicherweise – ich bin auf Ihre Rede gespannt – nicht mehr schaffen, so kontrovers zu diskutieren, aber das gehört dazu. Natürlich kann ein Gesundheitsminister nie genau das machen, was der Präsident der Bundesärztekammer will. Das wird erwartungsgemäß so bleiben. Das heißt, dass es immer den einen oder anderen Interessenkonflikt gibt.

Ich darf Ihnen ganz persönlich sagen, lieber Herr Professor Hoppe: Ich habe in den letzten Jahren die Gespräche, die wir geführt haben, immer sehr geschätzt, weil sie von Offenheit und Sachlichkeit geprägt waren. Wenn man Meinungsverschiedenhei-

ten hat, ist das in einer Demokratie nichts Fehlerhaftes, nichts Falsches, sondern sogar etwas Produktives, wenn man sie in einer sachlichen und fairen Weise austrägt und darüber streitet und diskutiert, was die bessere Lösung ist.

Wir haben das in der Vergangenheit getan. Ich möchte Ihnen persönlich für Ihr Engagement in den letzten Jahren sehr besonders danken. Sie haben der Gesund-

heitspolitik und auch der Ärzteschaft einen großen Dienst erwiesen. Vielen Dank, Herr Professor Hoppe, dafür.

(Lebhafter Beifall)

Ich bin gespannt auf Ihre Beschlüsse, die ich lesen werde. Wir werden darüber diskutieren, wie wir diese alle umsetzen können. Ich bin natürlich auch auf die Wahlen gespannt. Ich habe in den letzten Monaten erlebt, dass nicht nur in Parteien Personalveränderungen spannend sein können. Ich will Ihnen gar nicht irgendwelche Tipps aus der FDP geben, wie man das löst. Wir haben das mittlerweile gelöst. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben entsprechende Erfahrungen.

Ich bin gespannt, welche Entscheidungen Sie treffen werden. Ich biete auf jeden Fall der Nachfolgerin bzw. dem Nachfolger von Herrn Professor Hoppe meine Dialogbereitschaft an. Ich biete eine faire Zusammenarbeit an.

Ich nehme mir vor – Herr Rösler war ja nur einmal auf Ihrem Ärztetag –, dass ich beim nächsten Mal wiederkomme, wenn Sie mich einladen.

Vielen Dank.

(Lebhafter Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Nordrhein: Sehr geehrter Herr Ministerpräsident! Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Sehr geehrter Herr Bundesminister Bahr! Ich bedanke mich herzlich für Ihre Grußworte und die Inhalte, die uns unter die Haut gegangen sind. Ich hoffe, dass wir hier in Kiel einen guten Ärztetag haben, der Geschichte schreiben wird.

Bevor ich zu meinem Referat komme, darf ich noch zwei Bemerkungen machen. Das Gesundheitswesen erwirtschaftet über 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Das ist nicht nur der größte Arbeitsmarkt, sondern auch ein gewichtiger Anteil an der Erwirtschaftung des Bruttoinlandsprodukts.

Die Dokumentationspflichten, die wir haben, sind nicht nur vom Gesundheitsministerium oder von der Selbstverwaltung abhängig, sondern auch vom Haftungsrecht. Das Sozialrecht und das Haftungsrecht klaffen mittlerweile weit auseinander. Das, was das Haftungsrecht fordert, bietet das Sozialrecht nicht mehr.

(Beifall)

Wir können nur mit Mühe und Not unsere Aufgaben in der Patientenbetreuung erledigen. Wir haben die Hoffnung, dass das irgendwann wieder besser wird.

Sie merken: Meine Stimme ist etwas brüchig. Das liegt aber an den Stimmbändern; meine Stimmung ist an sich gut.

(Heiterkeit)

Und glauben Sie mir: Auch nach zwölf Jahren Präsidentschaft der Bundesärztekammer bin ich zuversichtlich. Ich habe gelernt, dass man sehr beharrlich die großen Probleme angehen muss. Umso mehr wertschätze ich die Erfolge. Über einen Erfolg

bin ich auf diesem Ärztetag, meinem letzten Ärztetag als Präsident der Bundesärztekammer, besonders froh: die neue Dialogkultur mit dem Bundesministerium für Gesundheit, die Offenheit, mit der wir jetzt endlich über die Probleme reden können.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, das war nicht immer so. Wir hatten schon einmal schlechtere Zeiten. Jahrelang haben wir unter dem Vorwurf der Über-, Unter- und Fehlversorgung gelitten. Wenn Sie vielleicht eine andere Version finden könnten, um denselben Umstand zu beschreiben, wäre uns das auch recht.

(Heiterkeit)

Immer wieder wurde Programmmedizin als Lösung proklamiert. Es wurde budgetiert, durchökonomisiert und administriert, weit über die Schmerzgrenzen auch von uns Ärzten hinaus. Es gab per Regierungsdekret keinen Ärztemangel, keine Überstunden und keine Ressourcenbegrenzung. Der freiberufliche Arzt war erklärtes Feindbild staatsmedizinischer Doktrin. Wir sollten nur noch als Ärzte der Krankenkassen arbeiten dürfen. Stellen Sie sich das mal vor: Kassenarzt der City BKK.

(Heiterkeit – Beifall)

Aber wir haben uns gewehrt. Zehntausende von Ärztinnen und Ärzten haben demonstriert, protestiert und gestreikt – von den Niedergelassenen bis hin zu den Krankenhausärzten. Das hatte die Republik bis dahin noch nicht erlebt. Die Menschen fingen an zu fragen, was passiert war, dass ihre Ärzte auf die Straße gehen. Das gesundheitspolitische Versprechen „Jeder bekommt zu jeder Zeit alles“ verlor genauso an Glaubwürdigkeit wie seinerzeit das Versprechen „Die Rente ist sicher“. Es gibt eine aktuelle Umfrage des Sinus-Instituts im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung, in der festgestellt wurde, dass die Bevölkerung an die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im GKV-System nicht mehr glaubt.

Langsam, aber stetig wurden die politischen Versprechungen und Leerformeln hinterfragt. Und es gab auch kein Zurück mehr. Die unsäglichen Arbeitszeiten in den Kliniken wurden nun genauso thematisiert wie der Bürokratiewahn in den Praxen.

Aber auch etwas anderes, ganz Wesentliches, vollzog sich mit dieser Zeitenwende. Wir Ärzte waren aufgestanden und hatten der Politik die gelbe Karte gezeigt: Ein Weiter so – nicht mit uns! Mit dieser ärztlichen Solidarität über alle Sektorengrenzen hinweg haben wir uns gesellschaftspolitisch neu positioniert. Wir haben den Sprung vom Einzelkämpfer zum Teamplayer geschafft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bei allem, was uns jetzt noch bevorsteht, sollten wir diese Erfahrung nicht vergessen: Nur wenn wir einig sind, erstreiten wir uns das Recht

auf Freiheit und damit Freiberuflichkeit für unsere Patientenbetreuung.

(Beifall)

Wir haben einiges, aber bei Weitem noch nicht alles erreicht. Die Arbeitsbedingungen haben sich verbessert, aber nicht so, dass alle jungen Kolleginnen und Kollegen eine Perspektive in der kurativen Medizin sehen. Herr Bundesminister Bahr hat es gerade ausgeführt. Zu oft noch sind Familie und Beruf nicht miteinander vereinbar. Und immer noch treibt der Bürokratiewahn selbst hartgesottene Ärztinnen und Ärzte

frühzeitig aus der Niederlassung. Während selbst ernannte Ärztekritiker über zu hohe Arzteinkommen schwadronieren, gehen dem Gesundheitswesen die Ärzte aus. Und da hilft es auch nichts, wenn die Vertreter der Kostenträger, also der Krankenkassen, immer wieder auf die absolute Zahl der Ärztinnen und Ärzte hinweisen. Fakt ist: Die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Arztstunden sinkt.

(Beifall)

Fakt ist: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft verzeichnet 5 500 offene Stellen. Dabei sind diejenigen, die in Krankenhausabteilungen mit einem Chefarzt, der Deutscher ist, einem Oberarzt, der Deutsch kann, und einigen Assistenten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, arbeiten, nicht mitgezählt. Das ist unser großes Problem.

(Beifall)

Fakt ist auch, dass bis 2020 mehr als 50.000 Ärztinnen und Ärzte ersetzt werden müssen, ohne dass ausreichend Nachwuchs in Sicht ist. Es geht um nicht weniger als die Zukunftssicherung moderner medizinischer Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft. Deshalb muss das Motto lauten: „Die Wahrheit, und zwar die ganze Wahrheit“ und nicht wie in einer gesundheitspolitischen Castingshow „Lügen, aber richtig“.

(Beifall)

Wo wir schon bei unbequemen Themen sind, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, kommen wir noch einmal zum Thema Prioritätensetzung oder Priorisierung. Ich darf vorweg noch einmal eine Kennziffer in Erinnerung rufen. Wir geben in Deutschland für die gesetzliche Krankenversicherung – also ohne PKV und Reha – 6 Prozent unseres Bruttoinlandsprodukts aus. Soweit die Krankenkassen die Reha bezahlen, ist dieser Betrag bereits enthalten. Wir liegen damit weit hinter den Niederlanden, Frankreich oder den skandinavischen Ländern. Für meine Forderung, Priorisierung vor dem Hintergrund der Ressourcenbegrenzung und steigender Behandlungsbedürftigkeit der Menschen offen zu diskutieren, bin ich hart geprügelt worden – nicht nur von meinen Feinden. Viele haben mir dringend geraten, dieses Thema fallen zu lassen, zu heiß, zu viel Dissonanz. Aber, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, auch eine schwierige Symphonie will bis zum Ende gespielt werden. Und dafür ist doch der Dirigent da, oder?

(Beifall)

Ich bleibe also dabei und wiederhole hier und jetzt noch einmal: Bei begrenzten Ressourcen und steigender Morbidität ist die Diskussion um Priorisierung als Instrument der transparenten Verteilungsgerechtigkeit – das ist das Wesentliche – unabdingbar.

(Beifall)

Übrigens haben die Schweden, die 9 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheitsversorgung ausgeben, sich schon für die Priorisierung entschieden.

Ich bin zuversichtlich, dass diese in Deutschland schon seit Jahren auf wissenschaftlicher Ebene geführte Diskussion auch auf der politischen Ebene Platz greifen wird. Erst vor zwei Wochen hat die Partei „Bündnis 90/Die Grünen“ auf einem Grünen-Ärztetag genau dieses Thema ebenso sachlich wie eingehend mit Ärzten diskutiert. Meine Damen und Herren, Grün ist bekanntlich die Farbe der Hoffnung.

(Vereinzelt Beifall)

Aber auch die anderen haben ihre tibetanischen Gebetsmühlen hinter sich gelassen und stellen sich mehr und mehr den tatsächlichen Problemen. Keiner, der ernst genommen werden will, leugnet noch, dass es Rationierung in der Versorgung gibt und einen Mangel an Arztstunden. Ganz im Gegenteil, was noch vor wenigen Jahren undenkbar schien, ist heute Gebot der Stunde: der Wettbewerb um moderne Versorgungsformen. Ich will nicht so weit gehen, zu sagen, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Eckpunkte zum Versorgungsstrukturgesetz eine runde Sache sind. Aber wir finden Ideen wieder, die zukunftsfähig sind, sei es zum Berufsübergang vom Medizinstudium zur Niederlassung, zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder zur Sicherung der ärztlichen Freiberuflichkeit. Das alles möchte ich hier ausdrücklich begrüßen. Auch der Vorschlag in den Eckpunkten zur Optimierung der Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zum Bürokratieabbau ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings wünschen wir uns vor dem Hintergrund der Intransparenz der G-BA-Entscheidungen eine adäquate Beteiligung der Ärzteschaft.

(Beifall)

Da stellen wir uns eine stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer vor. Jetzt sind Mehrheitsentscheidungen in diesem Gremium möglich. Früher herrschte im Koordinierungsausschuss das Einstimmigkeitsprinzip. Da haben wir manchmal schwere Opfer bringen müssen. Das wollen wir nicht mehr. Jetzt gibt es Mehrheitsentscheidungen.

Und eine weitere ganz wesentliche Sache fehlt noch: Es kann keine wirkliche Modernisierung der Bedarfsplanung geben, wenn die Landesärztekammern bei den sektorübergreifenden Koordinierungsstellen nicht beteiligt werden.

(Beifall)

Nur die Ärztekammern bringen die notwendige sektorübergreifende Perspektive zur Bedarfsplanung ein. Nur sie verfügen über die übergeordnete Definitionskompetenz zu ärztlichen Weiterbildungsinhalten und nur sie verfügen über die Kompetenzen der Qualitätssicherung, mit denen das Versorgungsangebot maßgeblich gesteuert werden kann. Nur die Ärztekammern also können das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung bilden. Deshalb gilt hier in der Tat: Ohne Ärztekammer ist alles nichts.

(Beifall)

Sehr geehrter Herr Minister Bahr, ein weiteres Thema neben dem Versorgungsstrukturgesetz ist für uns von großer Bedeutung: Es ist die Reform der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte. Ich freue mich, dass Sie das angesprochen haben und auch über die Botschaft, die Sie gesendet haben. Ich betone „amtlich“. Die GOÄ ist eine Leistungsbeschreibungs- und Leistungsbewertungsordnung, also eine vom Gesetzgeber per Rechtsverordnung erlassene Verordnung zur Gebührentaxe der Freiberufler, hier der Ärztinnen und Ärzte. Warum betone ich das? Weil die Fondsmanager der PKV-Unternehmen daran arbeiten, diese amtliche Gebührenordnung durch verhandelbare Versicherungstarife zu ersetzen. Sie wollen die Rechtsverbindlichkeit der GOÄ auflösen, über die Öffnungsklausel die Ärzte gegeneinander ausspielen und so mit Dumpingpreisen für ärztliche Leistungen die Rendite ihrer Unternehmen steigern, also den Verordnungsgeber desavouieren.

(Beifall)

Sie haben Zweifel an dieser Aussage? Dann fragen Sie die Vertreter der PKV. Nach eigenem Bekunden befinden sich die PKV-Unternehmen auf einem stabilen Wachstumskurs. Und das, meine Damen und Herren, obwohl die PKV allein für Maklerprovisionen über 50 Prozent, nämlich 2,6 Milliarden Euro, dessen ausgibt, was sie für die ärztlichen Leistungen, nämlich 5 Milliarden Euro, insgesamt aufwendet.

(Zuruf: Hört! Hört!)

Der Wildwuchs und die Gier in dieser Branche sind mittlerweile so groß, dass die Unternehmen selbst das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde um Hilfe gebeten haben. Gleichwohl besitzen dieselben Leute die Unverfrorenheit, uns Ärzte täglich mit infamen Unterstellungen über Mehrausgaben an den Pranger zu stellen. Damit muss Schluss sein. Wir müssen endlich klarmachen, dass die PKV uns Ärztinnen und Ärzte mehr braucht als die Ärzte die PKV.

(Beifall)

Was wir daher dringend brauchen, ist endlich die lange angekündigte Reform der amtlichen Gebührenordnung. Zu lange schon müssen wir auf der Grundlage einer völlig überalterten Gebührenordnung arbeiten. Zu lange schon bietet die GOÄ keine wirkliche Rechtssicherheit mehr. Zu lange schon werden wir wegen der notwendigen Interpretationen und Analogbestimmungen in eine kriminelle Ecke gestellt.

(Beifall)

Wenn meine Retina geschichtet wird, bekomme ich eine Rechnung über eine Echokardiografie. Das erste Mal war ich auch bestürzt. Dann sah ich das Sternchen mit der Fußnote – für Sehbehinderte ein bisschen schwierig zu lesen –, dass das nur eine Analogbewertung ist.

Aufgabe der GOÄ aber ist es, die Möglichkeiten moderner Medizin in einer amtlichen Referenzordnung abzubilden und damit den Patienten vor überhöhten Honoraranforderungen und zugleich den Arzt vor Dumpingpreisen zu schützen. Die Bundesärztekammer – und hier möchte ich mich noch einmal ausdrücklich bei der stellvertretenden Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, Frau Dr. Klakow-Franck, bedanken – hat nach jahrelanger Vorarbeit einen betriebswirtschaftlich sauber durchkalkulierten Vorschlag gemacht. Es ist dies eine komplette Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums mit über 4 000 Positionen sowie ein methodisch ausdifferenziertes und empirisch abgestütztes Bewertungskonzept. Das ist und das kann nur der Maßstab für den Novellierungsprozess der GOÄ sein. Und deshalb sind wir dankbar, dass Gesundheitsminister a. D. Philipp Rösler nach einer gemeinsamen Sitzung mit der Bundesärztekammer im August 2010 erklärt hat, dass der Vorschlag der Bundesärztekammer Grundlage der GOÄ-Novellierung bilden soll.

(Beifall)

Jetzt erwarten wir allerdings auch Taten. Was wir nicht hinnehmen können, ist die Verschiebung über die Legislaturperiode hinaus. Wer weiß, welche Verhältnisse wir dann haben. Herr Bundesminister Bahr, wir brauchen die Reform der Gebührenordnung jetzt, in dieser Legislaturperiode, und auf der Basis des von der Bundesärztekammer vorgelegten Vorschlags und ohne Öffnungsklausel.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, so fordernd wir an die Politik herantreten, so müssen wir uns auch den eigenen Herausforderungen stellen. Und da nenne ich ganz bewusst nach dem Thema GOÄ das Thema IGeL, individuelle Gesundheitsleistungen. Denn auch hier geht es um den Anspruch, die Möglichkeiten der modernen Medizin medizinisch sinnvoll und nach dem individuellen Bedarf der Patientin und des Patienten einzusetzen. Ich weiß um die Not einiger Kollegen bei den sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen, weil es nicht immer so einfach ist, eine Grenze zu ziehen zwischen dem, was medizinisch notwendig ist, und dem, was von den Patienten als Wunschleistung gefordert und auch noch ärztlich empfehlenswert und vertretbar ist. Was bei aller Schwierigkeit der Differenzierung aber auf gar keinen Fall passieren darf, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist, dass der Eindruck entsteht, bei den individuellen Gesundheitsleistungen gehe es nur um zusätzliche Einnahmen.

(Vereinzelt Beifall)

Und deshalb kann und darf es nicht sein, dass Patienten solche Leistungen mit Nachdruck angeboten werden. Wir sind keine Kaufleute und Patienten sind keine Kunden.

(Beifall)

Unsere Patientinnen und Patienten müssen bedingungslos auf ärztliche Professionalität und Fürsorge vertrauen können. Das individuelle Patient-Arzt-Verhältnis prägt immer auch das Vertrauen in den ganzen Berufsstand. Und deshalb müssen wir merkantilen Irritationen in der Arztpraxis mit allem Nachdruck begegnen. Ich fordere alle meine Kolleginnen und Kollegen in den Ärztekammern auf, dies auf der Grundlage der 2006 vom Deutschen Ärztetag verabschiedeten Regeln für das Erbringen von individuellen Gesundheitsleistungen mit aller Konsequenz zu verfolgen. Die Einhaltung dieser zehn Punkte – und das gebe ich Ihnen als kleines Vermächtnis mit – wird maßgeblich das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in uns Ärzte bestimmen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, tempora mutantur et nos mutamur in illis. Das gilt auch für uns Ärzte. Und dennoch und gerade deshalb müssen wir dafür kämpfen, dass das ärztliche Ethos als unverbrüchlicher ethischer Wert unseres Berufsstandes sich wider dem Zeitgeist behauptet. Wie schwierig das selbst unter Kollegen ist, haben wir alle bei der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid gesehen. Umfragen, nicht zuletzt eine von der Bundesärztekammer initiierte, haben gezeigt, dass eine erhebliche Anzahl von Ärztinnen und Ärzten sich zwar nicht von dem ärztlichen Imperativ, wohl aber von der Nomenklatur als solche entfernt haben. Wir haben uns deshalb im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer redlich bemüht, zu den notwendigen inhaltlichen Anpassungen der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung aufgrund der aktuellen Rechtsprechung auch eine Formulierung zu finden, die es allen Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, dem ärztlich-ethischen Imperativ zu folgen. Es gab Irritationen, und zwar auch erhebliche. Manch einer meinte sogar, wir würden uns von den ärztlichen Grundwerten entfernen. Das Gegenteil aber ist der Fall. Wir haben zwar sprachlich modernisiert, aber die ethischen Grundwerte erhalten.

Und deshalb betone ich noch einmal aus den Grundsätzen: Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Die Grundaussage zur ärztlichen

Aufgabe, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode Beistand zu leisten, bleibt ebenso ungeschmälert erhalten wie die eindeutige Abgrenzung der ärztlichen Aufgaben bei der Sterbebegleitung von der Tötung auf Verlangen und von der Beihilfe zum Suizid. Ein Positionswandel der deutschen Ärzteschaft oder gar eine Revolution des ärztlichen Selbstverständnisses sind damit nicht verbunden – auch wenn manche Derartiges erhofft oder befürchtet haben.

Entsprechend lautet auch der Novellierungsvorschlag zu § 16 der (Muster-)Berufsordnung „Beistand für Sterbende“. Darin heißt es: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Mit dieser vorgeschlagenen Formulierung kann nicht mehr interpretiert werden. Es muss jetzt für jeden klar sein, dass Ärzte keinen Suizid unterstützen dürfen, denn Töten gehört nicht in das Handwerkszeug von Ärztinnen und Ärzten.

(Beifall)

Eine ebenso intensive Diskussion haben wir über den Anfang des Lebens geführt, insbesondere über die sogenannte Präimplantationsdiagnostik. Ich habe immer wieder gesagt, dass es mir am liebsten wäre, es gäbe weder die Pränataldiagnostik noch die Präimplantationsdiagnostik. Aber das eine bedingt das andere. Und so hat dann folgerichtig der Bundesgerichtshof die unlogische Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und denen der Präimplantationsdiagnostik aufgehoben – auch wenn er die geschlechtsspezifische Auswahl wie auch die unbegrenzte Selektion von Embryonen strikt untersagt hat. Der BGH hat zwar damit klargestellt, dass mittels Präimplantationsdiagnostik keine Designerbabys gezeugt werden dürfen, aber die Präimplantationsdiagnostik wird nun rechtlich zulässig in Deutschland. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, das Embryonenschutzgesetz entsprechend nachzubessern, tut sich aber schwer. In intensiven Diskussionen, jenseits von Fraktionszwang, müht sich der Gesetzgeber um eine Lösung. Auch die Bundesärztekammer hat sich intensiv mit der bevorstehenden Gesetzesentscheidung befasst. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Vorstand und Wissenschaftlichem Beirat der Bundesärztekammer hat in einem Memorandum Vorschläge zur Ausgestaltung einer möglichen gesetzlichen Regelung erarbeitet. Das Papier wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Februarsitzung verabschiedet. Im Kern zeigt das Memorandum medizinische, ethische sowie rechtliche Argumente für eine begrenzte Zulassung der Präimplantationsdiagnostik auf. Demnach sollte es Ziel des Indikationsmodells sein, Paaren mit hohem genetischen Risiko zu einer Schwangerschaft mit einem von dieser genetischen Erkrankung unbelasteten Embryo zu verhelfen. Die ethische Abwägung spricht für eine Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in bestimmten Grenzen und unter kontrollierten Voraussetzungen. Wir wollen mit diesem Papier der gesetzlichen Regelung nicht vorgreifen, aber wir wollen Verantwortung übernehmen, denn nur wer Verantwortung übernimmt, liebe Kolleginnen und Kollegen, hat auch die Freiheit, zu gestalten.

Unsere Aufgabe ist es, zu heilen und Schmerzen zu lindern. Wir sind Ärztinnen und Ärzte und Freiberufler, Anwälte unserer Patienten. Daraus erwächst das Recht, aber auch die Pflicht, die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung so zu gestalten, dass wir auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen können, dass Ärzte ihren Beruf als Berufung sehen, kurz: dass wir Therapiefreiheit und Freiberuflichkeit

von Ärztinnen und Ärzten bewahren. Diese Aufgabe können wir nur organisiert stemmen. Würde es die Bundesärztekammer nicht geben, man müsste sie erfinden. Aber Selbstverwaltung will gelebt sein. Wir brauchen die Akzeptanz und das Engagement unserer Kolleginnen und Kollegen. Und deshalb ist es so wichtig, wenn wir zukunftsfähig bleiben wollen, dass wir als gewählte Repräsentanten nicht nur sagen, wo es langgehen soll, sondern gerade bei den jungen Ärztinnen und Ärzten fragen, wo sie denn eigentlich hinwollen und was ihre persönlichen und beruflichen Perspektiven sind. Wir brauchen eine viel stärkere Integration, gerade dieser Generation.

(Beifall)

Wir müssen sie mehr interessieren, mehr motivieren; nur dann auch werden sie sich engagieren. Auch für uns gilt: Die Jugend ist unsere Zukunft.

Insofern habe ich meine berufspolitische Zukunft natürlich schon hinter mir. Vor zwölf Jahren haben Sie mich zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt – und das, obwohl ich eher selten stimmgewaltig auftrete. Aber wissen Sie: Wenn man etwas wirklich Wichtiges zu sagen hat, dann kommt es gar nicht so sehr auf die Lautstärke an. Man kann auch im Stillen Gutes tun.

(Beifall)

Es ist an der Zeit, mich bei allen Kolleginnen und Kollegen, besonders im Vorstand, und bei Freunden und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsführung unter Leitung von Professor Fuchs zu bedanken, die mir in diesen Jahren mit großem Engagement so hilfreich zur Seite standen. Vor allem aber möchte ich mich bei meiner Frau Erika bedanken, die so unendlich viele Entbehrungen auf sich nehmen musste, damit ich mich in der ärztlichen Berufspolitik engagieren konnte.

(Beifall)

Wir haben drei Kinder und mittlerweile acht Enkelkinder. Die Älteste wird im Juni 19 Jahre alt, der Jüngste ist gerade einen Monat alt geworden. Wir haben also eine große Bandbreite und noch viele Aufgaben innerhalb der Familie vor uns.

(Beifall)

Ich wünsche meinem Nachfolger im Amt Kraft und Beharrlichkeit, für all das zu streiten, was diesen Arztberuf so schön macht – und trotz der herausgehobenen Bedeutung dieses Amtes, Arzt zu bleiben.

Vielen Dank.

(Anhaltender lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

– Danke sehr. Bleiben Sie bitte gleich stehen, denn wir singen jetzt die Nationalhymne.

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Damit, meine Damen und Herren, ist der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel eröffnet. Ich bitte Sie, jedoch noch nicht den Saal zu verlassen. Wir erwarten noch einmal mit großer Freude die beiden Pianistinnen Ninon Gloger und Mona Rössler mit einem Musikstück von Darius Milhaud, Scaramouche: Suite für 2 Klaviere op. 165 b, Brasileira.

Anschließend können Sie dann beschwingt am Empfang der Ärztekammer Schleswig-Holstein, für den wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken, teilnehmen.

Nach dem Empfang können Sie zu Fuß durch die Kieler Innenstadt zur Sparkassen-Arena gehen. Das dauert etwa zehn Minuten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer werden an unterschiedlichen Stellen auf Sie warten, sodass Sie sich nicht verlaufen können. Für all jene, die ganz schnell zur Arena wollen oder nicht so gut zu Fuß sind, warten vor dem Haupteingang Busse, die zur Sparkassen-Arena fahren.

Und jetzt freuen wir uns auf Scaramouche.

(Musikalisches Finale: Darius Milhaud:
Scaramouche: Suite für 2 Klaviere op. 165 b, Brasileira)

(Lebhafter Beifall)

Ausführende des Musikprogramms:
Ninon Gloger und Mona Rössler

Arbeitstagungen des Plenums

1. Tag, Dienstag, 31. Mai 2011
Nur Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich begrüße Sie alle sehr herzlich, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, und hoffe, dass Sie einen guten Ärztetag haben, der geschichtliche Dimensionen erreicht, weil er sich mit Themen beschäftigt, die in die Zukunft weisen und die Berufsausübung vielleicht auch wieder erleichtern.

Jetzt möchte ich zunächst einmal einem Geburtstagskind gratulieren. Dieses Geburtstagskind ist kein Geringerer als unser Vizepräsident, Herr Dr. Montgomery.

(Beifall)

Dann darf ich besonders begrüßen den Herrn Ehrenpräsidenten dieses Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Beske.

(Beifall)

Herr Professor Vilmar muss aus privaten Gründen heute in Bremen sein. Wenn alles gut geht, kommt er morgen wieder zurück.

Dann begrüße ich den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. Köhler,

(Beifall)

und als Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Herrn Dr. Carl-Heinz Müller.

(Beifall)

Ich begrüße den Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KBV, Herrn Hans-Joachim Weidhaas. Er ist psychologischer Psychotherapeut.

(Beifall)

Ich begrüße ferner den Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe, Herrn Dr. Oesingmann.

(Beifall)

Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, die unsere Gäste sind. Das ist ja auch ein wichtiges Thema.

(Beifall)

Wir haben zahlreiche Ehrengäste aus dem In- und Ausland. Herr Professor Fuchs, unser Hauptgeschäftsführer, wird jetzt mitteilen, wer unter uns weilt.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Als Erstes darf ich begrüßen den Präsidenten des Weltärztebundes, Herrn Dr. Wonchat Subhachaturas aus Thailand.

(Beifall)

Dann begrüße ich den Generalsekretär des Weltärztebundes, Herrn Dr. Dr. h. c. Otmar Kloiber.

(Beifall)

Dann begrüße ich den President-Elect der American Medical Association, Dr. Peter Carmel.

(Beifall)

Ich begrüße den Präsidenten des brasilianischen Ärzteverbands, Herrn Dr. José Luiz Gomes do Amaral.

(Beifall)

Ich begrüße den Direktor des brasilianischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Florentino Cardoso Filho.

(Beifall)

Ich begrüße den Hauptgeschäftsführer des Nationalen Rats der Ärztekammern in Frankreich, Herrn Dr. Walter Vorhauer.

(Beifall)

Des Weiteren begrüße ich den Vizepräsidenten des Nationalen Rats der Ärztekammern in Frankreich, Herrn Dr. Xavier Deau.

(Beifall)

Zu begrüßen ist die Präsidentin des schwedischen Ärzteverbands, Dr. Marie Wedin.

(Beifall)

Ich begrüße den Präsidenten der polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer, Herrn Dr. Maciej Hamankiewicz.

(Beifall)

Ich begrüße den Vizepräsidenten des Nationalen Verbands der Ärzte- und Zahnärztekammern in Italien, Herrn Dr. Maurizio Benato.

(Beifall)

Ich begrüße den Vizepräsidenten der Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz Südtirol, Herrn Dr. Andreas von Lutterotti.

(Beifall)

Zu begrüßen ist das Mitglied der Abteilung für Internationales des Nationalen Verbands der Ärzte- und Zahnärztekammern in Italien, Herr Davide Martinelli.

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Präsident der ungarischen Ärztekammer, Herr Dr. Istvan Éger.

(Beifall)

Ich begrüße die Generalsekretärin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte, Frau Birgit Beger.

(Beifall)

Ich begrüße den Gesundheitsminister aus Kosovo, Herrn Professor Dr. Ferid Agani.

(Beifall)

Ich begrüße den Ersten Vizepräsidenten der österreichischen Ärztekammer, Herrn Dr. Artur Wechselberger.

(Beifall)

Aus der Schweiz ist zu uns gekommen Herr Dr. Max Giger, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft.

(Beifall)

Wir möchten unsere sehr geschätzte Kollegin aus Serbien, Frau Dr. Nada Radan Milovančev, begrüßen. Sie ist Vorsitzende des Ausschusses für internationale Zusammenarbeit der serbischen Ärztekammer, mit der wir in den letzten Jahren besonders eng zusammengearbeitet haben.

(Beifall)

Ich begrüße den Präsidenten des ukrainischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Oleg Musii.

(Beifall)

Ich begrüße den Präsidenten des Komitees für internationale Zusammenarbeit der kroatischen Ärztekammer, Herrn Dr. Hrvoje Šobat.

(Beifall)

Ich begrüße den Präsidenten der Ärztekammer des Kantons Zenica-Doboj in Bosnien und Herzegowina, Herrn Dr. Harun Drljević.

(Beifall)

Dann begrüße ich den Präsidenten der Ärztekammer des Kantons Sarajevo in Bosnien und Herzegowina, Herrn Dr. Fahrudin Kulenović.

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Präsident des Komitees für internationale Zusammenarbeit in Bosnien-Herzegowina, Herr Professor Aleksandar Lazarević.

(Beifall)

Begrüßen möchte ich den Vizepräsidenten der tschechischen Ärztekammer, Herrn Dr. Zdenek Mrozek.

(Beifall)

Ich begrüße den Vizepräsidenten des lettischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Maris Plavins.

(Beifall)

Ich begrüße den Vizepräsidenten des rumänischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Gheorge Borcean.

(Beifall)

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

(Beifall)

Ich begrüße das Vorstandsmitglied des bulgarischen Ärzteverbands, Professor Lilyana Havezova.

(Beifall)

Zu uns gekommen ist das Vorstandsmitglied des bulgarischen Ärzteverbands, Dr. Kiril Elenski.

(Beifall)

Bei uns ist die Vizepräsidentin für Zentraleuropa des Weltärztinnenbundes, Frau Dr. Waltraud Diekhaus. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Bei uns ist das Vorstandsmitglied der slowakischen Ärztekammer, Herr Dr. Jozef Weber. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Begrüßen können wir den Vorsitzenden des Komitees für medizinische Entwicklung der Nationalen Ärztekammer Russlands, Herrn Professor Dr. Evgenii Kostushov.

(Beifall)

Ich begrüße unseren russischen Kollegen, der in Deutschland lebt, Herrn Dr. David-Anatol Resnikov. Er ist Geschäftsführer der Euro-Asiatischen Medizinischen Gesellschaft.

(Beifall)

Ich begrüße den Vorstandsvorsitzenden der Russischen Medizinischen Gesellschaft, Herrn Dr. Mageli Hubutiya.

(Beifall)

Ich begrüße den Generalsekretär der Russischen Medizinischen Gesellschaft, Herrn Dr. Leonid Mikhaylov. Herzlich willkommen!

(Beifall)

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

Jetzt möchte der Präsident des Weltärztebundes, Herr Dr. Wonchat Subhachaturas, uns ein Grußwort entbieten. Seine Ausführungen erfolgen in Englisch, werden aber auch ins Deutsche übersetzt. Bitte schön.

Dr. Wonchat Subhachaturas (in der Übersetzung): Guten Tag! Sehr geehrter Herr Präsident der Bundesärztekammer! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich freue mich, dass ich zum 114. Deutschen Ärztetag eingeladen wurde. Die Bundesärztekammer ist eine der erfolgreichsten medizinischen Vereinigungen weltweit. Ich gratuliere Ihnen allen und auch den Ärztekammern und den Verwaltungen der Ärztekammern.

Ich bewundere Sie auch für Ihren Fortschritt, denn Sie sind ja führend im Bereich der medizinischen Standesvertretung. In Deutschland haben Sie ein wunderbares Modell der Gesundheitsversorgung. Im Oktober des vergangenen Jahres wurde ich in Vancouver als Präsident der World Medical Association des Weltärztebundes für die Zeit von 2010 bis 2011 gewählt. Das geschah natürlich auch mit Unterstützung der Bundesärztekammer.

Ich habe der Versammlung damals versprochen, dass ich mein Bestes gebe, um die Welt der Medizin zu vereinen, die Welt der Medizin ohne Grenzen, mit grenzüberschreitender medizinischer Versorgung.

Der Weltärztebund ist ein Kommunikationszentrum, wenn es um die Gesundheitsversorgung und die medizinische Information und deren Verbreitung weltweit geht.

Die Ärzte müssen Solidarität zeigen und geeint mit *einer* Stimme sprechen. Die Ärzte weltweit arbeiten hart und zeigen viel Verantwortungsbewusstsein für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die medizinische Ethik bedingt, dass wir versuchen, ohne Diskriminierung zu arbeiten. Es sollte auch keine Barrieren geben, und zwar Barrieren im Hinblick auf Nationalität, Rasse, Hautfarbe, Religion, Überzeugungen, wirtschaftlichen Status. Es darf keinen Unterschied geben aufgrund politischer Überzeugungen.

Leider war es in den vergangenen acht Monaten meiner Amtszeit so, dass es weltweit sehr viele politische Konflikte gab. Das hat sich auf unseren Berufsstand ausgewirkt. Viele unserer Freunde in den Gesundheitsberufen wurden unethisch behandelt. Viele unserer Berufskollegen wurden verhaftet, inhaftiert, gekidnappt und gefoltert, und zwar nur deswegen, weil sie die Patienten versorgt hatten.

Diese Situation ist natürlich nicht in Einklang zu bringen mit einem glücklichen Arbeitsplatz. Wir müssen diese Situation beseitigen.

Der Weltärztebund hat den Behörden in den betroffenen Ländern eine Erklärung zugesandt. Wir müssen ernsthafte Maßnahmen ergreifen, um die Angehörigen unseres Berufsstands zu schützen. Es ist auch die Pflicht der Regierungen, unsere Arbeit zu fördern. Wir hoffen, dass wir bei ihnen Gehör finden.

Ich muss aber auch darauf hinweisen, dass der medizinische Berufsstand neutral sein sollte und in politischen Konflikten nicht Partei ergreifen darf. Anfang dieses Monats fand die World Health Assembly in Genf statt. Dort wurde gemeinsam mit der

WMA eine Erklärung verabschiedet. Wir müssen die Fakten feststellen und dann Maßnahmen ergreifen, um in Zukunft unsere Mitglieder zu schützen.

Erwähnen möchte ich hier noch die Zusammenarbeit der Mitglieder unseres Berufsstands in Katastrophenfällen. In den vergangenen Monaten gab es in verschiedenen Ländern – unter anderem in Chile, in Christchurch, in Yunnan und auch im Osten Japans – sehr viele Katastrophen, bei denen mehrere Tausend Menschen ums Leben kamen. Katastrophen natürlichen Ursprungs oder Naturkatastrophen sind unvermeidbar, aber mithilfe moderner Technologien kann man sie früh erkennen und entdecken. Manchmal haben wir aber nicht ausreichend Zeit, um uns darauf vorzubereiten. Wir müssen gut vorbereitet und gut ausgebildet sein, damit wir mit derartigen Notfällen ständig umgehen können. Diese Notfälle können jederzeit eintreten.

Wir brauchen in jedem Land ein Programm, damit wir auf derartige Naturkatastrophen gut vorbereitet sind. Wir müssen auch anderen betroffenen Ländern helfen. Es tut mir leid, sagen zu müssen, dass es derzeit sehr viel mehr Katastrophen gibt, die von Menschen verursacht werden. Diese von Menschen verursachten Katastrophen haben auch sehr viele Menschen getötet, beispielsweise Kriege oder bewaffnete Auseinandersetzungen in politischen Konflikten. Diese Konflikte sind vermeidbar. Sie sollten nicht auftreten. Wir müssen uns der Liebe verschreiben.

Es gibt auch gute Nachrichten: Bei der letzten Sitzung des Weltärztebundes in Sydney ist ein Netzwerk von jungen Ärzten geschaffen worden. Es wurde auch vom Rat genehmigt. Wir hoffen, dass diese Einrichtung auch bei der Versammlung in Montevideo genehmigt wird.

Zu guter Letzt möchte ich alle medizinischen Berufe ermutigen, dass sie gemeinsam mit *einer* Stimme sprechen, dass sie geeint sind und gemeinsam zusammenarbeiten, und zwar zum Nutzen aller Menschen und der ganzen Menschheit.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Thank you very much for these words. Wir werden sie in guter Erinnerung behalten.

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

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

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident, vielen Dank. – Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Einladung zum 114. Deutschen Ärztetag ging Ihnen, den Delegierten, mit der Tagesordnung satzungsgemäß am 28. März 2011 zu. Gemäß der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage haben wir Ihnen am

20. April 2011 den Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2010/2011 und den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 zugeleitet.

Gleichzeitig haben wir Sie über die Veröffentlichung des Tätigkeitsberichts der Bundesärztekammer im Internet informiert.

Ich möchte an dieser Stelle dem Deutschen Ärzte-Verlag danken, dass wir auch in diesem Jahr rechtzeitig die Buchform des Tätigkeitsberichts vorliegen haben.

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

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

Sie haben mitbekommen, dass dieser 114. Deutsche Ärztetag insgesamt elf Tagesordnungspunkte behandelt. Zu der im Programmheft veröffentlichten Tagesordnung mit Stand vom 6. Mai 2011 muss ich Ihnen leider eine Änderung bekannt geben. Frau Dr. Vanessa Wennekes musste ihre Teilnahme am Ärztetag aufgrund einer akuten Erkrankung absagen, sodass sie nicht wie geplant ihren Vortrag zum Tagesordnungspunkt I, nämlich zum Thema „Berufliche Perspektiven von jungen Ärztinnen und Ärzten in der Patientenversorgung“ halten kann. Wir werden ihr aus Kiel einen Genesungswunsch übermitteln.

Der Vorstand hat sich am Sonntag darauf verständigt, Herrn Dr. Botzlar, den 2. Vorsitzenden des Marburger Bundes, zu bitten, mit einem Impulsreferat in die Thematik einzuführen.

Wir haben im Übrigen in Ihre Mappen organisatorische, technische und zeitliche Hinweise eingelegt. Die zeitlichen Hinweise sind vielleicht von besonderer Bedeutung, weil die Tagesordnung sehr ambitioniert ist, was den zeitlichen Ablauf anbelangt.

Zum Tagesordnungspunkt I möchte ich anmerken, dass wir uns in diesem Jahr neben dem Thema „Gesundheits- und Sozialpolitik“, das im Übrigen das Versorgungsgesetz inkludiert, mit einigen weiteren angekündigten Themenschwerpunkten befassen wollen. Ich möchte sie im Einzelnen nennen: Präimplantationsdiagnostik, Organspende mit dem Modell zur Selbstbestimmungslösung, Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung, IGeL-Leistungen und berufliche Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung.

Das sind die Themenblöcke, die heute Nachmittag zur Beratung anstehen.

Wir möchten Sie bitten, Ihre Wortmeldungen entsprechend zu kennzeichnen, sodass sie diesen Themenblöcken zugleich zugeordnet werden können.

Anträge zu allen anderen Themen bitten wir, wie gewohnt, unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ einzureichen, damit die gesundheitspolitischen Kernbotschaften, die von diesem Tagesordnungspunkt I heute ausgehen sollen, nicht „verwässert“ werden.

Ich möchte Sie auch aufmerksam machen auf die besonderen Erläuterungen des Tagesordnungspunkts III. Das muss ich hier nicht vorlesen; das finden Sie in Ihrer Mappe.

Zu guter Letzt möchte ich Sie noch auf die Möglichkeiten der elektronischen Antragserfassung hinweisen. Sowohl im Delegiertenzentrum als auch hier im Saal können Sie die Terminals zur elektronischen Antragserfassung nutzen.

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

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche gute inhaltliche Beratungen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Professor Fuchs. – Wir treten damit in den Tagesordnungspunkt „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ ein. Ich möchte bitten, sich zu diesem Themenkomplex auf die Bereiche Versorgungsgesetz, Präimplantationsdiagnostik – wozu ich Herrn Professor Hepp aus München sehr herzlich begrüße, den Leiter der Arbeitsgruppe, die das Memorandum erarbeitet hat –, Organspende mit dem Modell einer Selbstbestimmungslösung, Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung, IGeL und berufliche Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzten in der Patientenversorgung zu beschränken. Alles andere können wir unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ behandeln.

Die erste Wortmeldung stammt vom Präsidenten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Herrn Andreas Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, wir hatten heute Vormittag ein Highlight. Ich möchte diese erste Wortmeldung nutzen, um Herrn Kollegen Bartmann, lieber Franz, ganz herzlich für diese gelungene Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen Ärztetages in dieser wunderschönen Stadt am Meer zu danken, einschließlich der wunderschönen Auswahl der Musik und der Darbietung. Ich finde, das war ein Genuss. Ich denke, das ist einen Applaus wert.

(Beifall)

Ich möchte in diesen Dank die gesamte Mannschaft der Ärztekammer Schleswig-Holstein einschließen, denn ein Präsident ist nur so gut wie die Mannschaft hinter ihm. Insofern geht ein Dank an die Ärztekammer Schleswig-Holstein einschließlich des gesamten Vorstands.

(Beifall)

Jörg Hoppe, unserem Präsidenten, möchte ich für seine ermahnenden Worte zur ethischen Position der Ärzteschaft danken, insbesondere für das Vermächtnis, das er uns allen ins Stammbuch geschrieben hat, nämlich die zehn Punkte zum IGeL-Programm. Dafür ganz herzlichen Dank.

Danken möchte ich auch dafür, dass er mit leiser Stimme in seiner unnachahmlichen Art und Weise immer wieder auch in der Priorisierungsdebatte mahnend an die Politik herantritt. Vielen Dank dafür.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, heute Vormittag ist etwas ganz Wichtiges zur sektorübergreifenden Versorgungsplanung nach dem Versorgungsgesetz gesagt worden. In der Tat sind die Ärztekammern – ich glaube, da ist der Vorstand der KBV mit uns einig – eine der wenigen Institutionen, die aus ihrer Position heraus dort zwingend mit am Tisch sitzen müssen. Insofern bitte ich um Zustimmung zu dem entsprechenden Vorstandsantrag, der dieses noch einmal betont. Wer, wenn nicht wir, kann dort mit am Tisch sitzen und seine Stimme erheben, wenn die Entwicklung in eine falsche Richtung geht, nämlich in die Richtung, die wir alle nicht wollen, dass wir wirklich nur noch Angestellte der Krankenkassen sein sollen? Das darf nicht passieren. Insofern müssen wir uns dafür einsetzen, dass Ärztinnen und Ärzte wieder unter Bedingungen arbeiten können, dass der Beruf Spaß macht und man Zeit für den Patienten hat, weg von der überbordenden Bürokratie.

Zu guter Letzt noch einige Sätze zur GOÄ. Jörg Hoppe hat Frau Klakow-Franck bereits gedankt. Aber da gibt es noch einen Partner, der Hervorragendes in die Diskussion eingebracht hat und dem GOÄ-Ausschuss der Bundesärztekammer vorsteht: Das ist der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Theo Windhorst.

(Beifall)

Er hat dort mit steter Stimme bei den PKV-Vertretern gebohrt.

Meine Damen und Herren Delegierten, es handelt sich um eine amtliche Gebührenordnung; da hat die PKV eigentlich gar nichts zu sagen. Die haben zu bezahlen, was der Arzt dem Patienten nach Diagnostik und Therapie in Rechnung stellt. Wir im Osten haben nicht so sehr viel davon, denn wir haben nur 1 bis 3 Prozent Versicherte, die aus diesem Bereich kommen. Es können aber einmal mehr werden, nämlich dann, wenn die GKV nicht mehr bezahlt, was wirklich ärztliches Honorar darstellt. Stellen Sie sich einmal vor, die Rechtsanwälte bekämen von den Gerichten eine Gebührenordnung auferlegt oder die Architekten von den Bauunternehmen. Dort gibt es auch eine amtliche Gebührenordnung. Diese steht auch der Ärzteschaft zu. Insofern bitte ich auch um Zustimmung zu dem Vorstandsantrag, der sich mit der GOÄ befasst.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Rudolf Henke vom Vorstand.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Auch ich möchte mich natürlich dem Dank anschließen, aber ich möchte die Reden, die wir heute gehört haben, um einen, wie ich finde, wichtigen Aspekt ergänzen. Wenn wir über das Thema Patientenversorgung reden, hören wir heute oft: Da müssen wir eine Kosten-Nutzen-Abwägung vornehmen. Was wir brauchen – so hat es einmal die Vorvorgängerin des heutigen Ministers Bahr, Frau Schmidt, formuliert –, ist eine Bewertung vor allem neuer Diagnose- und Therapieverfahren hinsichtlich Kosten und Nutzen. Da kann es zum Ausschluss von Leistungen kommen, wenn sie nichts nutzen.

Wieso braucht man eine Bewertung von Gesundheitsleistungen nach Kosten und Nutzen, wenn man nur Leistungen ausschließen will, die nichts nutzen? Dann genügt ja eigentlich eine Nutzenbewertung. Wenn man Kosten und Nutzen bewertet, will man Kosten und Nutzen in ein Verhältnis zueinander stellen.

Deswegen glaube ich gar nicht, dass es Jörg Hoppe war, der als Erster das Thema Priorisierung in die Welt getragen hat. Ich glaube, dass er das Thema Prioritätensetzung nur klarer, transparenter und öffentlicher formuliert hat als andere. Denn wer anfängt, von der Abwägung zwischen Kosten und Nutzen zu sprechen, der orientiert sich ja nicht mehr allein am Nutzen.

Deshalb ist die Frage, wie man einen Kostenblock ermittelt, wertvoll. Ich will Sie nur dafür sensibilisieren, dass es eine bestimmte Form der Kosteninterpretation gibt, vor der wir uns hüten müssen. In den „Gesundheitsökonomischen Evaluationen“, herausgegeben von Schöffski und Schulenburg, zwei Autoren eines Standardwerks der Gesundheitsökonomie in Deutschland, heißt es:

> *Bei strenger Anwendung der Maßstäbe für eine effiziente Allokation müssen arbeitende Personen umso mehr bevorzugt werden, je höher ihr Einkommen ist.*

Die Autoren schließen sich dem nicht an, sondern sagen:

> *Diese Besserstellung infolge des individuellen Status bzw. der relativen Einkommenssituation ist allerdings kaum mit dem in der Gesundheitspolitik postulierten Grundsatz des für jeden Bürger gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen zu vereinbaren.*

Da haben sie recht. Aber in der Forderung, sich nach internationalen Maßstäben der Gesundheitsökonomie zu richten, wenn man Kosten einbezieht, steckt verklausuliert eben immer auch, wenn sie nicht ausgeschlossen wird, die Forderung, dabei das Einkommensniveau von Patienten zu berücksichtigen. Warum? Je schneller und vollständiger man Patienten wieder gesund macht, desto weniger von ihrer Arbeitskraft entgeht der Volkswirtschaft, vorausgesetzt, sie hatten Arbeit, genauer: Arbeitseinkommen, also Arbeit, deren Wert über das Bestehen einer Zahlungsbereitschaft nachgewiesen ist.

Bei Personen ohne in diesem Sinne nachgewiesene Produktivität – im Text werden konkret unter anderem Arbeitslose, Rentner und Hausfrauen genannt – kommen solche Kosten im Krankheitsfall nicht in Betracht. Deshalb wäre es unter sonst gleichen Umständen ineffizient, sie gleichrangig zu versorgen.

Die deutsche Philosophin Weyma Lübbe, die dem Deutschen Ethikrat angehört, hat durch ein Sondervotum zum Votum des Deutschen Ethikrats über Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen vor wenigen Tagen den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages auf diese Problematik aufmerksam gemacht. Es ist sehr dankenswert, dass der Deutsche Ethikrat dieses Votum in einer Kommunikation an den Gesundheitsausschuss des Bundestages mit seinem Votum den Abgeordneten zugeleitet hat.

Ich glaube, es ist wichtig, dass wir in der Diskussion über Prioritätensetzung und die Frage der Kriterien der Prioritätensitzung klar haben, was es heißt, wenn man sich dabei auf Kosten-Nutzen-Abwägungen einlässt, die diesen international gebräuchli-

chen Ansatz der Kostenermittlung mit einbeziehen. Deswegen wünsche ich mir für unsere Debatte den Akzent, den die Philosophin Weyma Lübbe so formuliert:

> *Wir möchten, dass Patienten versorgt werden, weil es gut für ihre Gesundheit ist, nicht weil ihre Gesundheit gut für die Gesellschaft ist.*

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Rudolf Henke. – Ich begrüße den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Herrn Dr. jur. Rainer Hess. Herzlich willkommen bei uns!

(Beifall)

Ich begrüße ferner den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Herrn Professor Scriba, sehr herzlich.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Dr. Breu aus Bayern.

MD Dr. Breu, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In unserer gelungenen Eröffnungsveranstaltung haben wir mehrmals etwas zum Thema Selbstverwaltung der Ärzteschaft gehört. Sie, Herr Präsident, haben gesagt: Selbstverwaltung will gelebt sein. Ich glaube, dem kann jeder von uns zustimmen. Es bedarf dazu allerdings auch bestimmter Umgangsformen.

Mit meinem Beitrag möchte ich die Diskussion über ein Problem anstoßen, dem wir einerseits durch eine Änderung der Satzung der Bundesärzteordnung bzw. der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage abhelfen können, andererseits glaube ich aber auch, dass das Problem durch eine Erklärung des Vorstands der Bundesärztekammer aus dem Weg geräumt werden kann.

In der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage sind viele wichtige Dinge geregelt. So sind in § 3 der Satzung die Organe der Bundesärztekammer beschrieben. § 4 regelt die Aufgaben des Deutschen Ärztetages, § 5 die Vorstandswahl, die ja noch ansteht. In unserer Geschäftsordnung wird der Zutritt zur Veranstaltung geregelt, die Ausweispflicht, die Wortmeldungen, Begrenzungen der Redezeit, die Reihenfolge der Abstimmungen und vieles mehr.

Was in beiden Rechtsnormen allerdings nicht geregelt wird, ist, wie bindend die Beschlüsse der Hauptversammlung, also des Ärztetages, für die Vorstandschaft der Bundesärztekammer sind. Ich werde Ihnen diese Problematik an einem Beispiel darstellen.

Beim letztjährigen Ärztetag in Dresden fand sich eine große Mehrheit für meinen Antrag zur Optimierung der Organspende. Neben der Intensivierung der bereits eingeleiteten strukturellen, organisatorischen und finanziellen Maßnahmen muss – so der Ärztetag – eine zeitnahe neue gesetzliche Regelung im Sinne der Widerspruchsregelung angestrebt werden.

Diesen Beschluss hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seinen Veröffentlichungen im letzten Jahr und auch in diesem Jahr negiert, bagatellisiert und mehr-

mals strikt abgelehnt. Unser Präsident, Herr Professor Hoppe, sprach nach dem Beschluss in Dresden bis zum Spätsommer immer wieder nur von den Beschlüssen des Ärztetages vom Jahr 2007. Erst nach mehrmaligen Hinweisen hat er sich einmal in der „Ärzte Zeitung“ am 31. August 2010 für eine Widerspruchsregelung ausgesprochen.

Frau Martina Wenker, deren Antrag auf Vorstandsüberweisung im letzten Jahr durch die Mehrheit der Ärzteschaft abgewiesen wurde, spricht von einer Drei-Minuten-Entscheidung und will – jetzt zitiere ich aus dem Newsletter des „Deutschen Ärzteblatts“ – auf dieser Basis eine Diskussion für den 114. Deutschen Ärztetag vorbereiten. Frau Wenker ist gegen die Widerspruchsregelung und meint, man darf die Menschen in diesem Bereich nicht zu etwas zwingen.

Nunmehr haben Sie einen Antrag auf Änderung dieser Abstimmung vorliegen, ohne dass sich die Bundesärztekammer bemüht hat, die Widerspruchsregelung überhaupt einzuführen. Regelmäßig und das ganze Jahr über – zuletzt in der „Ärzte Zeitung“ vom 3. April 2011 – spricht sich der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, klar gegen die Widerspruchsregelung aus. Ich zitiere: Sie würde das Problem der vergleichsweise geringen Zahl an Spendern in Deutschland nicht lösen. Schon allein die Debatte über die Widerspruchsregelung würde in der Bevölkerung große Unsicherheit erzeugen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, über dieses Verhalten des Vorstands war ich dermaßen verblüfft und verunsichert, dass ich die Rechtsabteilung der Bayerischen Landesärztekammer eingeschaltet habe. In seiner Antwort vom 24. Februar 2011 schreibt mir der Rechtsreferent, Herr Peter Kalb, dass ein Vorgehen nach § 9 der Geschäftsordnung – hier geht es um eine Änderung der Satzung – unter bestimmten Bedingungen möglich ist. Er führt dann aber weiter aus:

> *Eine entsprechende Vorschrift finden Sie übrigens aber ebenso wenig in der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer. Es ist an sich nämlich selbstverständlich, dass Mehrheitsbeschlüsse, die einen demokratischen Abstimmungsprozess durchlaufen haben, dann auch entsprechend umzusetzen sind. Ich kenne keine Satzungsvorschrift, die nochmals eigens betont, dass Abstimmungsergebnisse, die mit einem Mehrheitsbeschluss endeten, danach auch tatsächlich so durchgeführt werden müssen.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liegen Herr Kalb und ich falsch? Wenn nämlich unsere Beschlüsse vom Ärztetag vom Vorstand nicht umgesetzt werden, dann können wir unsere Koffer packen und nach Hause gehen.

(Beifall)

Ich bitte deshalb die Vorstandschaft, nein, ich fordere vom Präsidium eine Erklärung, dass sie die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages vertreten und auch umsetzen. Wir wählen ja in den nächsten Tagen. Vielleicht können sich die Kandidaten quasi als Wahlprüfstein in ihrer Vorstellung zu dieser Problematik äußern.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt ist am Wort Herr Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Gäste! Wir haben heute Morgen von Ihnen, Herr Professor Hoppe, überhaupt kein Vermächtnis – ich denke, dazu ist es viel zu früh; wir machen in Nordrhein ein bisschen weiter und wollen sehen, was daraus wird –, sondern ein paar Gedanken übermittelt bekommen, wie es weitergehen kann. Wir haben aber auch – und das erschreckt mich – immer wieder dieselben Aussagen erhalten, nicht nur von Politikern. Zehn Jahre hat Frau Schmidt immer wieder betont: Die Deutschen fahren zwar gern ins Ausland, aber wenn sie krank sind, kommen sie gern zurück. Heute haben wir gehört, und zwar aus dem Munde eines Landesärztekammerpräsidenten: Es ist wunderschön, Arzt in Dänemark und Patient in Deutschland zu sein. Aber niemand, auch nicht der anwesende Minister, hat eine Antwort auf die Frage gegeben, warum das so ist.

Heute Morgen wurde gefordert, Fragen zu stellen. Ich möchte die Frage stellen: Liegt es, dass es für die Patienten in Deutschland so schön ist, vielleicht daran, dass sich die Ärzte wie auch die Pfleger grenzenlos ausbeuten und bis an die Grenze des Möglichen versuchen, ihrem ärztlichen Ethos gerecht zu werden, unabhängig von den Arbeitsbedingungen?

(Beifall)

Es wird gesagt: Es muss sich lohnen, der Arztberuf hat Zukunft. Ich glaube, so ist es: Die Zukunft des Arztberufs sieht so gut aus wie noch nie. Ich bin seit 25 Jahren Hausarzt. Ich meine, der Hausarzt hat noch nie so eine gute Zukunft gehabt wie derzeit. Dieser Beruf sollte allerdings für die uns nachfolgenden Kolleginnen und Kollegen mit ein bisschen mehr Menschlichkeit verbunden sein. Aber so, wie wir heute von Klinikverwaltungen getrieben werden – erst kodieren, dann behandeln, dann aber, bitte schön, leitliniengesteuert, ICD-10-kodiert, DRG-optimiert –, können wir unsere Kollegen nicht auf die Zukunft vorbereiten.

Es wurde heute Morgen bemerkt: Die meisten von uns werden Opfer in dieser Zeit sein, denn wir werden irgendwann den Rollenwechsel vollziehen. Wir werden Patienten und nicht mehr hochrangige Funktionäre der Ärzteschaft sein. Dann brauchen wir Kollegen, die mit dieser Würde, Arzt sein zu können, an unser Bett treten. Ich bitte darum, dies, wenn wir heute und morgen Beschlüsse fassen, ein bisschen im Auge zu behalten.

Wir werden eine Menge Dinge zu sehen bekommen, unter anderem die in der Gesundheitspolitik sehr beliebte Möglichkeit, wenn wir zu wenige Ärzte haben, eine Heilkundeübertragungsrichtlinie zu machen. Herr Hess ist hier irgendwo im Saal. Ich kann nur sagen: Das wäre für mich ein Grund, langsam zu überlegen, ob ich weiter Hausarzt werden möchte. An dieser Stelle wird die Hausarzttätigkeit in die Beliebigkeit entlassen. Einige Facharztgruppen sollten sich das auch einmal anschauen. Auch dort werden Dinge auf Ausbildungsberufe verlagert, bei denen wir immerhin den Facharztstandard mit elf Jahren akademischer Ausbildung fordern.

Ich meine, wir müssen uns langsam überlegen: Wohin will dieser Beruf wirklich? Will er ein freier Beruf mit allen Verantwortlichkeiten bleiben? Ich denke, wir sind ge-

wöhnt, Verantwortung zu übernehmen. Dann müssen wir dafür auch streiten, auch falls es ein bisschen heftiger in die Politik hineingeht. Wir müssen uns melden. Was wir einmal an Terrain verloren haben, werden unsere Nachfolger nur mühsam zurückbekommen.

In diesem Sinne wünsche ich uns viele schöne Abstimmungen zu den Anträgen, die ich zum Teil schon kenne.

Danke schön für Ihre Geduld.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Der nächste Redner ist Herr Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Prinzip ist dem, was Herr Zimmer gerade ausgeführt hat, nichts weiter hinzuzufügen. Aber erlauben Sie mir, dass ich dennoch auf eines bei allem, was wir fordern und kritisieren, aufmerksam mache: dass wir erstmals seit langer Zeit, wenn überhaupt schon einmal, aus dem Munde von Politikern, Ministern, Ministerpräsidenten und Oberbürgermeistern Lob und Dank für die Tätigkeit unserer Kolleginnen und Kollegen gehört haben. Das ist eine ganz neue Tonart. Das ist auch Balsam für die geschundene Arztseele, die bis dahin oftmals immer nur gequält und beschimpft wurde.

Von den Krankenkassen würden wir das gern auch einmal hören. Die Patienten sind nach wie vor – und dies schon seit langer Zeit – auf unserer Seite; das wissen wir. Bei den Patienten stehen wir in der Liste der beliebtesten Berufe immer noch sehr weit oben.

Deswegen möchte ich Ihnen ans Herz legen: Wertschätzen Sie sich selbst, beklagen Sie sich nicht. Anderenfalls wird Ihnen niemand nachfolgen. Unsere jungen Kolleginnen und Kollegen müssen uns als Beispiel betrachten. Sie müssen letzten Endes wissen, dass unser Beruf es wert ist, ausgeübt zu werden, und dass er Freude macht. Auf diesem Weg müssen wir die Fehler und die schlechten Verhältnisse benennen, damit wir sie aus unserer Position heraus verändern können. Wir müssen klar unsere Forderungen benennen. Aber nicht aus einer Klageposition heraus, sondern indem wir uns selbst wertschätzen.

Stellen Sie sich vor, dass in der Zeitung eine Annonce steht: Ein Depressiver, ein sich selbst ständig Beklagender sucht einen Partner, der ihn rausholt. Ich glaube, darauf wird sich kaum jemand melden.

Wir müssen, damit wir Nachfolger finden, damit wir die Versorgung in der Zukunft sicherstellen können, damit wir auch weiterhin Freude am Beruf haben, uns selbst wertschätzen. Wir müssen diese Wertschätzung einfordern, wie wir sie heute erstmals offen von der Politik gehört haben.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

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

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich würde gern die beiden Hauptreden des heutigen Vormittags kommentieren, nämlich die Rede des Bundesgesundheitsministers und das Referat unseres Präsidenten. Der Bundesgesundheitsminister war freundlich. Fast könnte man sagen: Er hat um die Liebe der Ärzteschaft gebuhlt. So hat er uns angesprochen und gelobt. Dabei war er aber leider nicht sehr konkret. Er hat einen Tabubruch begangen: Er hat von Über-, Unter- und Fehlversorgung gesprochen. Herr Hoppe hat ihn freundlich darauf hingewiesen, dass er in Zukunft doch eine andere Wortwahl gebrauchen möge. Ich bin sicher: Der Bundesgesundheitsminister wird es lernen und wird es anders benennen können. Aber in der Sache bleibt das Problem natürlich bestehen.

Wenn wir von Unterversorgung reden, denken wir leichthin: Es geht um das flache Land, um irgendeinen mecklenburgischen Landkreis, wo der Hausarzt gestorben ist und kein Nachfolger bereitsteht. Das ist es aber nicht allein.

Herr Hoppe, Sie haben Ihre Enkelkinder erwähnt. Wenn Sie diese in Berlin zu einem Kinderarzt schicken wollen, dann werden Sie feststellen, dass Sie im Wedding keinen finden. Dort gibt es nur noch einen einzigen Kinderarzt. Aber in Wilmersdorf oder in Zehlendorf werden Sie Kinderärzte finden. Wenn Sie einen Orthopäden in Neukölln suchen, werden Sie keinen finden. Die Orthopäden sitzen alle in Zehlendorf. Es gibt die Unter- und die Überversorgung also auch in den Metropolen. Es geht nicht allein um das flache Land.

Wie können wir diese Probleme lösen? Ich denke, das ist natürlich eine Aufgabe der Selbstverwaltung, eine Aufgabe der KV. Ich denke, auch die Landesärztekammern müssen Einfluss darauf nehmen, dass es zu einer gerechteren Verteilung der Ärzte innerhalb der Region und auch innerhalb der Städte kommt. Es kann nicht sein, dass die Berliner KV erklärt: Wir werden nichts ändern, es ist gut so, dass es in Berlin so einen einheitlichen Zulassungsbezirk gibt. Ich glaube, da müssen wir etwas ändern. Es ist Aufgabe auch der Ärztekammern, dort Einfluss zu nehmen.

Zur Überversorgung: Wenn man liest, dass es in keinem Land der Welt so viele MRT-Untersuchungen gibt wie in Deutschland, dass es in vergleichbaren Ländern nur etwa ein Drittel der MRT-Untersuchungen gibt, dass Deutschland weltweit an der Spitze dieser Technik steht, dann muss man sich fragen, ob hier nicht eine Überversorgung existiert. Da hilft nicht Deregulierung, die der Bundesgesundheitsminister mehrfach erwähnt hat, oder – um ihn zu zitieren – eine Erhöhung der Freiheitsgrade. Da muss eingegriffen werden, damit dieses Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung gelöst werden kann.

Herr Hoppe hat – das fand ich eine sehr interessante Zahl – uns belehrt, dass in der PKV mehr als 50 Prozent der Ausgaben für Vertreter und Makler fließen. Ich hoffe, ich habe Sie da richtig verstanden. Weniger als 50 Prozent stehen für die Ärzte und die sonstigen Gesundheitsanbieter zur Verfügung. Aber, Herr Hoppe, das ist die Folge der Marktwirtschaft und des Wettbewerbs. Das führt zu Dumpingpreisen. Insofern ist die GOÄ ein, wie Sie sagen, ganz wichtiges Instrument, damit nicht alles dem Wettbewerb unterliegt und wir uns dann wundern, wenn die Versicherer kommen und

nicht mehr das bezahlen wollen, was in der GOÄ steht. Auch hier geht es um Regulierung und nicht um Deregulierung.

Schließlich noch zum Weg der Ärzteschaft; das sage ich auch im Hinblick auf die anstehenden Wahlen. Will die Ärzteschaft weiterhin in die Richtung einer neoliberalen Ökonomisierung gehen oder will sie das beherzigen, was Herr Hoppe gesagt hat – ich denke, die Kandidaten für die Nachfolge unseres jetzigen Präsidenten haben sicher Gelegenheit, sich dazu zu äußern –: Ist es weiterhin richtig – ich stimme Herrn Hoppe ausdrücklich zu –, dass wir, wie es im Ulmer Papier heißt, keine Kaufleute und die Patienten keine Kunden sind? Das ist die richtige Aussage. Zu dieser sollten wir stehen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Die PKV gibt für Maklerprovisionen die Hälfte dessen aus, was an Arztvergütungen ausgegeben wird. 5 Milliarden Euro stehen in den Büchern für Arztvergütungen und 2,6 Milliarden Euro für Makler. Das ist der Punkt.

Der andere Punkt ist folgender: Unser jüngstes Enkelkind ist ein Berliner. Die Situation der Kinderärzte in Berlin ist mir wohlbekannt. Meine Tochter wohnt nämlich ganz im Norden, in Frohnau. Da gibt es einen einzigen Kinderarzt.

Als nächster Redner bitte Herr Dietrich.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Pickerodt hat mir schon die Vorlage gegeben. Ich finde auch, es ist genug des Lobes gesagt worden. Wir haben uns genug auf die Schulter geklopft hinsichtlich dessen, was heute Vormittag war. Wir sollten etwas kritischer mit uns umgehen und versuchen, uns zu überlegen, dass wir mehr zustande bringen als nur ein Bukett an gesundheitspolitischen Allgemeinplätzen, um es einmal so auszudrücken.

Ich möchte dies an drei Beispielen festmachen. Das eine Beispiel ist die Überversorgung. Jeder redet von Überversorgung. Aber auf dem flachen Land gibt es zu wenige Ärzte. Ich kann das schon gar nicht mehr hören. Was ist die Lösung? Abstaffelung, sie können mehr verdienen. Das ist alles, was einem dazu eingefallen ist. Die integrierte Versorgung kommt dabei überhaupt nicht vor. Die MVZs werden in einem einzigen Abschnitt erwähnt. Das fehlt hier.

Es fehlt vor allen Dingen die Frage der Finanzierung. Wenn abgestaffelt wird, wer soll das denn bezahlen? Sollen es die Krankenkassen bezahlen? Sollen es die Niedergelassenen zahlen, die in überversorgten Regionen tätig sind? Wer zahlt das? Da müssen wir uns einmal festlegen. Meiner Ansicht nach ist ganz klar: Wenn auf der einen Seite abgestaffelt werden muss, dann muss auf der anderen Seite weiter gestaffelt werden. Das heißt, diejenigen, die in überversorgten Regionen tätig sind, werden damit rechnen müssen, dass sie weniger verdienen. Da hört die Freundschaft schon wieder auf. Da hört der gemeinsame Gedanke an eine flächendeckende Versorgung auf dem Lande auf, weil dann natürlich sehr viele unserer Kollegen

sagen werden: Nein, das nicht! Die sollen zwar bezahlt werden, aber ich möchte keinen Pfennig von dem, was ich hier verdiene, abgeben.

Das ist ein ganz kritischer Punkt, den wir diskutieren müssen. Wir können nicht einfach über ihn hinweggehen und sagen: Die Abstaffelung ist gut, mehr Geld aufs Land, dann kommen sie auch schon. So kann man mit diesem Problem der angeblichen Unterversorgung nicht umgehen.

Der zweite Punkt betrifft die spezialärztliche Versorgung. Es wurde ja schon ein paar Mal von der Ärzteschaft gefordert, dass man eine solche dritte Versorgungsstufe einführt. Aber, meine Damen und Herren, wer fragt denn, wer das bezahlen soll? Es ist außerhalb des Budgets. Sollen es die Krankenkassen bezahlen? Soll es der Staat durch vermehrte Subventionen zahlen? Sollen es die Kollegen im niedergelassenen Bereich zahlen, indem sie abgestaffelt werden? Das müssen wir diskutieren und dürfen nicht einfach sagen: Eine neue Versorgungsstufe ist gut.

Wer regelt die Zusammenarbeit bzw. das Gegeneinander – je nachdem, was es ist – zwischen der ambulanten Versorgung und der stationären Versorgung? Es sollen ja auch die Spezialärzte an den Kliniken an dieser Versorgung teilnehmen. Ein neutrales Gremium soll regeln, wer zugelassen wird und wer nicht. Neutrales Gremium? Wir wollen aber doch weniger Bürokratie haben! Das höre ich immer wieder. Aber wer regelt das? Wer sagt denn etwas dazu? Das fehlte mir heute Morgen in Ihren Vorträgen, das fehlte natürlich auch in dem Vortrag von Herrn Bahr, denn schließlich wollte er es sich ja nicht mit uns verderben. Er wollte sich Liebkind mit uns machen.

Das sind die wesentlichen Punkte. Einfach nur zu sagen „Wir wollen diese zusätzliche Versorgungsebene haben“, das bringt es überhaupt nicht. Meine Damen und Herren, vielleicht haben Sie es gelesen: Die Berufsverbände stehen schon Schlange. Der Onkologenverband war der erste Verband, der sich zu Wort gemeldet und gleich einen Pflock eingeschlagen hat, indem erklärt wurde: Unsere Versorgung ist spezialärztlich, wir wollen außerhalb des Budgets vergütet werden. Der nächste Schritt ist natürlich, dass es für die spezialärztliche Versorgung die Kostenerstattung gibt. So machen wir das System teurer, ohne dass es in irgendeiner Art und Weise besser wird. Auf jeden Fall gibt es keine Hinweise darauf, dass es besser werden würde.

Genau an dem Punkt haben wir doch das Problem in der spezialärztlichen Versorgung: Wir haben so viele sogenannte Innovationen, die auf den Markt kommen, die durchgeführt werden, aber kein Mensch weiß, ob das überhaupt etwas bringt. Ich erinnere nur an die transfemuralen Aortenklappenersätze, die bei uns aus dem Boden sprießen wie sonst kaum etwas. Inzwischen werden pro Jahr circa 2.000 dieser Eingriffe durchgeführt. Sie werden aber nicht durchgeführt, meine Damen und Herren, weil das für den Patienten besser ist, sondern sie werden durchgeführt, weil die DRG inzwischen bei 37.000 Euro für diesen Eingriff liegt. Man zahlt für eine solche Klappe vielleicht 12.000 bis 15.000 Euro. Das heißt, das ist eine enorme Einnahmequelle, die in diesem spezialärztlichen Bereich vor uns liegt. Das wird gemacht, weil es Geld bringt, weil es – auf Deutsch gesagt – Kohle bringt, nicht weil es die Patienten brauchen.

Da würde ich mir eine Stellungnahme von uns Ärzten erwarten, in der erklärt wird: Wir untersuchen erst einmal, was sinnvoll ist, welche Innovationen wir überhaupt brauchen. Kann es der G-BA leisten? Kann es das IQWiG leisten? Kann es die Bun-

desärztekammer leisten? Können es alle zusammen machen? Wer ist dafür zuständig?

Das wären wirkliche Fragen und Probleme, die Sie hätten beantworten sollen, und nicht diese Beliebigkeiten, dass man einfach sagt: Wir wollen mehr Zusammenarbeit, wir wollen mehr – darf man das hier sagen? – Kollektiv. Das reicht einfach nicht aus, um wirklich einen gesundheitspolitischen Fortschritt zu erzielen.

Ich erinnere mich daran, dass sich der Vizepräsident der Bundesärztekammer am Wochenende zum Versorgungsgesetz geäußert hat. Ich glaube, das war in der „Rheinischen Post“. Er erklärte: Wir brauchen innovativere Ansätze. Gut, aber was kam dann? Dann hieß es: Wir brauchen mehr Geld. Das war alles, was unser Vizepräsident an innovativen Vorschlägen zum Versorgungsgesetz vorgetragen hat: mehr Geld ins System. Das ist ein uralter Ruf. Seit 100 Jahren erklärt die Ärzteschaft: Wir brauchen mehr Geld. Es mag ja sein, dass es so ist, aber ob das unbedingt innovativ ist, das wage ich zu bezweifeln.

Noch ein letzter Punkt. Die stationäre Versorgung geht völlig unter. Wir reden immer nur über die Hausärzte, wir reden über die Versorgung auf dem flachen Land. Die stationäre Versorgung kommt immer erst ganz, ganz hinten. Dabei vergessen wir, dass es große Mängel in der stationären Versorgung gibt. Viele Bereiche beispielsweise in meinem Fachbereich, der Anästhesie, sind überhaupt nicht mehr mit Personen zu führen, die der deutschen Sprache mächtig sind. Es ist einfach eine Katastrophe. Wenn wir bedenken, dass die niedergelassenen Ärzte schließlich aus der Klinik kommen und wir es sind, die in der Klinik den jungen Ärzten den Spaß an der Medizin versauen, dann müssen wir uns wirklich überlegen, welche anderen Strukturen wir erst einmal in der stationären Versorgung einführen können, damit die jungen Mediziner Spaß an der Medizin haben und damit sie später überhaupt erst einmal Hausarzt werden können. Wir dürfen nicht einfach immer nur daran denken: Wie können wir den Hausärzten mehr Geld zuschaufeln? Wie können wir mehr verdienen?

Ich glaube, das wären wesentliche Punkte. Da gäbe es Streit, sehr viel Streit zwischen uns, Ihnen, dem Marburger Bund und anderen. Dann würde endlich diese Pseudoeinigkeit, die wir haben, auf dieser platten Ebene, auf dieser Ebene der Allgemeinplätze aufhören. Wir würden dann über wirkliche Fortschritte, über Innovationen reden und uns überlegen: Wie können wir Vorschläge an die Politik geben? Wie können wir es erreichen, dass wir nicht immer nur hinterherlaufen und sagen, dieses ist gut, jenes ist schlecht, ein bisschen mehr Geld wird es schon richten. Wir sollten wirklich innovativ werden und der Politik Vorgaben machen, indem wir erklären: So kann es gehen, so wird es besser, so wird es kostengünstiger, so haben wir zufriedenere Patienten, so haben wir zufriedenere Kolleginnen und Kollegen. Ich meine, das wäre eine wirkliche Innovation.

In dem Entschließungsantrag ist mir Folgendes aufgestoßen – Herr Henke hat schon darauf hingewiesen –: Dort wird erklärt, Nutzenbewertung und Kosten-Nutzen-Bewertungen sind grundsätzlich sinnvoll. Herr Henke hat darauf hingewiesen: Nutzenbewertung und Kosten-Nutzen-Bewertung sind etwas völlig Unterschiedliches. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung bedeutet: Ich bewerte eine bestimmte Innovation, einen Eingriff, eine Behandlung und sage: Mehr als 50.000 Euro darf ein quality adjusted life year nicht kosten. Wenn es mehr kostet, dürfen wir es nicht machen, selbst wenn es einen Nutzen hat.

Die Philosophin, auf die Herr Henke hingewiesen hat, hat immer wieder erklärt: Das dürfen wir eigentlich nicht machen. Deshalb wundert es mich, dass in einem Antrag der Bundesärztekammer Nutzenbewertung und Kosten-Nutzen-Bewertung lapidar nebeneinanderstehen und erklärt wird, beides seien sinnvolle Instrumente, es sei ja fast das Gleiche; dass Kosten und Nutzen aufgeführt werden, mache überhaupt nichts.

Ich glaube, da sollten wir etwas präziser in unseren Ausdrücken sein. Wir sollten uns überlegen: Was heißt Kostenbewertung? Was heißt Kosten-Nutzen-Bewertung? Wie soll das ermittelt werden? Wir sollten es wirklich nicht einfach so hinschreiben. Ich wundere mich: Herr Henke, warum stellen Sie eigentlich nicht den Antrag, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung gestrichen wird? Ich finde, das wäre konsequent. Dieser Begriff gehört überhaupt nicht in den Antrag hinein. Das wäre einmal ein Schritt, etwas präziser zu sein und vielleicht etwas konkretere Anträge zu stellen.

Insgesamt lautet meine Kritik: Wir sind zu unverbindlich, wir sind nicht konkret, wir sind nicht bereit, uns einmal auseinanderzusetzen, zu streiten und über gegenteilige Ansichten zu diskutieren. Wir bewegen uns vielmehr im Bereich des Unverbindlichen und fühlen uns alle wohl dabei.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Die nächste Rednerin ist Frau Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Gäste! Ich möchte zunächst ein paar Worte zu meinem Vorredner sagen. Entweder habe ich das alles gar nicht richtig verstanden oder er hat in Punkt 2 oder Punkt 3 genau das gefordert, was er in Punkt 4 nicht mehr wollte. Er wollte eine sinnvolle Bewertung von neuen Leistungen: Sind sie wirklich innovativ? Bringen sie nur mehr Geld? Aber zum Schluss erklärte er: Das wollen wir eigentlich doch nicht, wir müssen das viel differenzierter sehen.

Ich möchte generell etwas zu diesem Stil sagen. Statt konkrete Vorschläge zu machen, erklären Sie nur: Hätten Sie doch hier, hätten Sie doch dort, wir müssten dort, würden wir denn nicht. Sagen Sie doch ganz konkret, was Sie anders haben wollen, wo Sie sehen, dass etwas wirklich innovativ ist, wo Sie Schwierigkeiten sehen.

Ich höre mit Vergnügen, dass sich die Ärzte nicht streiten. Eigentlich stehen wir damit in der Presse, dass wir uns ständig streiten. Ich finde, das ist nicht das schlechteste Image, dass wir in manchen Dingen auch gemeinsamer Meinung sind.

Ich mache Ihnen einen ganz konkreten Vorschlag; er wird hier sicherlich sehr differenziert aufgenommen werden – bei diesem Vorschlag habe ich den Hartmannbund hinter mir –: Wir heben die Bedarfsplanung ganz auf. Die Bedarfsplanung ist einmal eingeführt worden, um die Ärzteschwemme zu beseitigen bzw. ihre Zunahme zu verringern. Das wurde von unseren Kollegen in den Krankenhäusern – daran erinnere ich mich noch gut – als Niederlassungsverhinderungsgesetz eingeführt.

Wir geraten – darüber sind wir uns alle einig – in den nächsten fünf bis zehn Jahren in einen zunehmenden Ärztemangel, sodass eine Bedarfsplanung nicht mehr unbedingt nötig ist. Ich finde, die Planwirtschaft ist keine geeignete Maßnahme – hier schließe ich mich nahtlos an Herrn Minister Bahr an, der das heute Morgen auch gesagt hat –, um junge Menschen in diesen Beruf zu bekommen, diesen Beruf attraktiv zu machen. Ich glaube, die Flexibilisierung, die Herr Minister Bahr ankündigte, und das Aufheben der Bedarfsplanung bieten einen viel größeren Anreiz. Ich denke, wir können uns das erlauben.

Ich habe mich zu einer Zeit niedergelassen, als es keine Bedarfsplanung gab. Es gab durchaus noch leere Bereiche. Wir haben uns als Assistenten die Landkarten und die Stadtpläne angeschaut: Wo gibt es noch Versorgungsbedarf? Dort werde ich meine Praxis eröffnen und versuche, mich dort niederzulassen. Das war ein ganz anderes Denken.

Wir müssten auch jetzt umdenken. Wenn wir die Bedarfsplanung fallen ließen, müssten wir dafür sorgen, dass nicht gewinnorientierte Organisationen in die entsprechenden Regionen eindringen, subventioniert Praxen eröffnen und damit den Markt in Beschlag nehmen. Es gibt sicherlich geeignetere Methoden, das zu schaffen. Ich denke, mehr Freiheit und weniger Einschränkung wären ein guter Schritt. Auch eine Öffnung für unsere Kollegen in den Kliniken in Richtung Niederlassung wäre etwas, was ich sehr begrüßen könnte. Die Konkurrenz wird es, wie ich meine, richten.

Zum Begriff Überversorgung möchte ich sagen: Die Patienten strömen ja in die Praxen. Wie definieren wir Überversorgung? Bedeutet Überversorgung, dass die Ärzte in ihren Praxen sitzen, aber nichts zu tun haben? Es gibt Praxen, die übervoll sind. Ich weiß nicht, wer von Ihnen mir etwas anderes erzählen will. Hier geht es um die Frage, welchen Anspruch eine Gesellschaft an die ärztliche Versorgung, an die gesundheitliche Versorgung hat. Darüber können wir reden. Wir können auch sagen: Das geht nicht unbegrenzt. Vielleicht müssen sich die Patienten auch in anderer Weise um ihre Gesundheit bemühen, subsidiär, nicht allein auf Krankenschein. Aber darauf will ich jetzt nicht weiter eingehen.

Wenn die Bedarfsplanung entfiele, würden einige Möglichkeiten eröffnet, wieder zu einer viel natürlicheren Beziehung und zu einer natürlicheren Ausrichtung der Versorgung zu kommen.

Ich habe einen Antrag dazu gestellt und würde mich freuen, wenn die Ärzteschaft aus ihrer Sicht einmal sagen würde: Wir wollen diese ganzen planwirtschaftlichen Grenzen nicht; wir trauen uns zu, die Versorgung auch ohne dies in Gang zu bekommen bzw. aufrechtzuerhalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Haus. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Jörg! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bedanke mich bei Herrn Zimmer dafür, dass er den Horizont aufgemacht hat im Ländervergleich: Ideal ist es, Arzt in Dänemark und Patient in Deutschland zu sein. Wo liegen denn die Unterschiede? Wir haben in Deutschland halt den Umstand, dass sich unsere Patienten nach wie vor in der Regel darauf verlassen können, dass wir in der unmittelbaren Ebene der Patientenversorgung allen negativen Einfluss von Politik und Krankenkassen von der Patientenbehandlungsebene fernhalten. Wir schützen idealerweise den Patienten vor einer Fehlbehandlung durch eine Fehlsteuerung der Anreize durch die Politik. Von einigen haben wir schon gehört.

Wir haben mit dieser Rolle des Schutzes der individuellen Ebene auch generell eine neue Rolle eingenommen. In den 80er-Jahren war das Thema Arzt sein noch richtig klasse, da waren wir alleinverantwortlich, da konnten wir bestimmen, was wir für den Patienten machen wollten. Es wurde bezahlt, die Gesellschaft war happy, dass es Ärztinnen und Ärzte gab, die rund um die Uhr die Patienten entsprechend versorgt haben.

Dann sind wir Opfer unseres eigenen Erfolgs geworden, nämlich mit einer sehr aufwendigen und sehr ausgefeilten Medizin, auch entsprechend teuer. Nach der Phase der Kostendämpfung kam die Phase der Fremdbestimmung durch Krankenkassen, durch Einrichtungen. Aus dem alleinverantwortlichen Arzt ist inzwischen der letztverantwortliche Arzt geworden.

Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, aber ich hätte wenig Lust, permanent mit persönlicher Haftung für das geradezustehen, was sich andere Leute am grünen Tisch ausgedacht und uns eingebrockt haben. Wir haben viele Konflikte zwischen der Ebene der Politik und unserer Ebene. Auf der Ebene der Politik geht es um Geld, um Kosten, um Beitragssätze der Krankenkassen, um mögliche Mehrkosten durch eine Reform der Gebührenordnung. Auf unserer Ebene geht es um Nutzen, es geht um Werte. Der Patient möchte, dass wir sein Problem lösen. Beide Ebenen sind nur schwer miteinander in Einklang zu bringen.

Ich möchte einen kleinen Exkurs zur Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses machen. Um diese Diskrepanz zwischen Kostenorientierung auf der einen Seite und Werteorientierung auf der anderen Seite irgendwie auszugleichen, hat der Gesetzgeber in seiner erhabenen Weisheit einen Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet, in dem partizipativ Entscheidungen getroffen werden sollen über bestimmte Strukturvorgaben: Welche Qualifikation muss ein Arzt aufweisen? Welche Voraussetzungen muss ein Krankenhaus haben? In diesem Gemeinsamen Bundesausschuss sitzen sehr viele, nur nicht gleichberechtigt die Bundesärztekammer. Dieser Gemeinsame Bundesausschuss reguliert, indem er Vorgaben macht. Diese Vorgaben werden sehr aufwendig gemessen. Wenn sie nicht eingehalten werden, wird man bestraft.

Das ist ein sehr autoritäres Weltbild, von dem wir uns im Krankenhaus mittlerweile ausreichend erfolgreich verabschiedet haben. Es ist vor allen Dingen ein mechanistisches Weltbild, das nicht dazu führt, dass diese Verfahren akzeptiert werden. Was der Gemeinsame Bundesausschuss macht oder machen muss, ist – jetzt kommt ein vielleicht hartes Wort – eine Art Veterinärmedizin. Der G-BA interessiert sich für die Gesundheit der Herde. Er muss sich also anschauen: Wie geht es den Patienten mit der Krankheit X, wie geht es bei dem Verfahren Y?

Das ist alles in gegebenen Grenzen notwendig, um entsprechend sorgfältig mit den Geldern der Versicherten umzugehen. Gleichwohl ist entscheidend die Endstrecke gegenüber den Patienten. Da sind wir gefragt. Deshalb appelliere ich an Sie, den Antrag 1 des Vorstands zu unterstützen. Das dürfe eine relativ klare Sache sein. Dort steht auch, die Bundesärztekammer möge im Gemeinsamen Bundesausschuss ärztlichen Sachverstand zur Geltung bringen. Ob das gelingt, ist die zweite Frage.

Ich möchte davor warnen, die Freundlichkeit der Politik, wie wir sie heute Vormittag gehört haben, allzu ernst zu nehmen. Warum sind die Politiker zurzeit freundlich zu uns? Das ist relativ klar zu erklären: Wir sind mittlerweile eine Mangelware. Die Versicherten steigen den Politikern aufs Dach, weil der Arzt nicht mehr da ist. Wenn in einem Dorf der Arzt geht, dann kann in der Regel auch der Bürgermeister gehen, weil das Dorf mittelfristig nicht mehr lebensfähig ist.

Bitte nicht einlullen lassen von der Freundlichkeit der Politiker. Das System regelt sich über Angebot und Nachfrage. Meine persönliche Überzeugung ist, dass wir in Deutschland jetzt noch eine gewisse Zeitspanne von Jahren haben, innerhalb derer wir eine einzige zentrale Frage beantworten müssen. Wenn das System sich derzeit wie auch immer neu justiert, müssen wir entscheiden, welche Rolle wir einnehmen wollen: Möchten wir Koch sein oder möchten wir Kellner sein? Beides ist möglich. Wir können uns auf einen Zustand einstellen, in dem wir Hausärzte, Fachärzte, spezialärztliche Kolleginnen und Kollegen auf Abruf als – Entschuldigung – Leistungserbringer herangezogen werden, um Patienten zu versorgen. Dann bestellt einen einmal die AOK, dann die Techniker Krankenkasse, dann ein Patientenverband, damit entsprechende fachliche Tätigkeiten ausgeübt werden. Die andere Möglichkeit ist, dass wir diesen Veränderungsprozess selber aktiv steuern. Wenn wir ein besseres Gesundheitswesen wollen, müssen wir uns auch an Werten orientieren. Nur wer die Werte kennt, kann auch über die Preise verhandeln. Um Werte zu definieren, bedarf es des ärztlichen Sachverstands.

Diese Führungsrolle in einer werteorientierten Gesundheitspolitik müssen wir einnehmen. Ich bitte um Ihre Unterstützung und freue mich auf die Diskussion.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Jonitz. – Der nächste Redner ist Herr Vizepräsident Dr. Montgomery.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Lieber Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich melde mich – auch im Namen von Jörg Hoppe – auf die Intervention von Herrn Dr. Breu aus Bayern, weil ich glaube, Herr Breu und Sie verdienen eine Erklärung. Herr Breu, Sie haben im Ansatz recht, dass es uns nicht gelungen ist, den Inhalt Ihres Antrags, nämlich die Implementierung einer Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz, durchzusetzen. Das ist richtig.

Wir sind, nachdem wir im vorigen Jahr von Ihnen diesen Ärztetagsbeschluss vorgelegt bekommen haben, in die Novelle des Transplantationsgesetzes und in die Debatten dazu eingestiegen und haben sowohl von der Politik als auch von den Kirchen

und der Ethik die Ablehnung dieses Modells bekommen: Das ist in der Novelle des Transplantationsgesetzes nicht umsetzbar. Dann besteht für einen Vorstand, für eine Organisation wie die Bundesärztekammer die Frage: Wie können wir gleichwohl eine Verbesserung der Situation in der Novelle des Transplantationsgesetzes umsetzen? Wir haben es uns alles andere als leicht gemacht. Es gab eine Klausurtagung der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer im Ostseebad Dierhagen, die längere Zeit mit Vertretern der Deutschen Transplantationsgesellschaft und mit Vertretern der Deutschen Stiftung Organtransplantation diskutiert hat. Die Frage lautete: Welches Modell, das uns hilft, eine Verbesserung zu erreichen, ist durchsetzbar? Dort ist das Modell entwickelt worden, das etwas plakativ den Namen Selbstbestimmungslösung mit Informations- und Erklärungspflicht trägt.

Lieber Herr Breu, ich weiß nicht, ob Sie, als Sie sprachen – Sie waren ja einer der ersten Redner –, bereits den Antrag I-03 gelesen hatten. Dort ist dieser Prozess genau erklärt. Dort ist auch unser Skrupel im Umgang mit diesem Problem genau erklärt. Ich kann Sie nur bitten, die politische Notwendigkeit zu sehen. Die Widerspruchslösung, sosehr ich sie als Arzt teile und verstehe, ist im Moment ethisch im Transplantationsgesetz nicht umsetzbar. Wir haben das unter Mitwirkung von Theo Windhorst, Martina Wenker, Günther Jonitz und Karsten Vilmar erarbeitet. Es ist ein guter Versuch, einen Schritt voranzugehen. Leider ist es noch nicht der große Sprung, den Sie gern hätten. Nehmen Sie das bitte als Erklärung. Hätten Sie den Antrag I-03 vorher gelesen, hätte sich Ihre Intervention vielleicht erübrigt. Ich halte sie trotzdem für wichtig. Sie haben recht, dass wir das Grundsatzproblem ansprechen müssen.

Wir können manchmal im Laufe eines Jahres einen Beschluss, den Sie uns aufgeben, nicht eins zu eins im politischen Prozess umsetzen. Wir müssen dann handeln können. Vielleicht müssen wir uns auch die Frage stellen, ob wir in Zukunft nicht öfter tagen müssen, um eine Rückkopplung in ein Gremium zu geben, was uns dann legitimiert, derartige Änderungen vorzunehmen.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und hoffe, dass Ihnen, Herr Breu, das persönlich als Erklärung genügt.

(Beifall)

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

Grauduszus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich bin froh, heute Morgen die Worte von Herrn Professor Hoppe gehört zu haben, mit denen er die letzten Jahre charakterisiert hat. Er hat sie folgendermaßen charakterisiert: Sie waren geprägt durch Empörung, Empörung der Ärzteschaft. Die Ärzteschaft hat sich formuliert, wir haben gewartet und geschaut, was die Politik macht. Unter der Decke sage ich aber: Es gibt weiterhin Empörung. Das hat sich heute Morgen auch formuliert.

Ich habe volles Verständnis für den neuen Minister, der heute nicht mit großen Versprechungen zu uns kommen konnte. Aber es wird sich auch nichts tun, wenn nicht die entsprechenden Impulse von der Ärzteschaft ausgehen, von uns, der verfassten

Ärzteschaft, insbesondere der Bundesärztekammer. Es gibt viele Player in der sogenannten Gesundheitswirtschaft. Das hieß einmal Gesundheitswesen oder auch Gesundheitsversorgung. Früher sprach man vom Arzt, heute vom Leistungserbringer.

Wir werden uns weiter formulieren müssen, wir werden uns empören müssen. Nach dem, was wir heute gehört haben und was sich auch im Versorgungsgesetz niederschlägt, ist es so, dass aus dem Arzt ein angestellter Arzt wird. Aus dem freien und unabhängigen Arzt wird der Leistungserbringer in einer Wertschöpfungskette von Konzernen. Es droht uns ein Monopol in der Gesundheitsversorgung, und zwar sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Dabei bleiben unser Beruf und unsere Berufung auf der Strecke.

Deshalb ist es wichtig, dass wir Klartext reden, beispielsweise auch im Zusammenhang mit dem Versorgungsgesetz. Dort heißt es: Es gibt eine neue Versorgungsebene. Wir haben in der Ärztekammer Nordrhein – insbesondere die hauptamtlichen Kollegen haben es unterstützt – die Initiative ergriffen gegen die Ausuferung der Umsetzung des § 116 b. Da wurde der Zellnävus auf einmal zum Verdacht auf ein Melanom. So waren es alles schwere Erkrankungen.

Diese Situation hat sich etwas geändert. Was erleben wir? Was im Kleinen versucht wird und dann moderat umgesetzt wird – auch zur Verbesserung der Versorgung –, kommt über die Hintertür in die spezialärztliche Versorgung. Es wird eingeführt. Heute wurde bereits gefragt: Wer soll das bezahlen? Die Versorgungssituation in der niedergelassenen Medizin, in der ambulanten Versorgung vor Ort, wohnortnah, durch Hausärzte und auch Fachärzte realisiert, wird dezimiert. Das erleben wir, weil im Moment keine neuen Kollegen in diese Situation geraten wollen. Die Kollegen geben ihre Praxen ab, die Praxissitze werden nicht wieder besetzt.

Ein anderes Problem ist das Bestreben, den Arzt in ein Angestelltenverhältnis zu bringen. MVZs sollen auch von Krankenhäusern betrieben werden dürfen. Die Mehrheitsanteile haben natürlich die Ärzte, aber wie viele Ärzte werden die Mehrheitsanteile besitzen? Wenn ein einziger Arzt die Mehrheitsanteile besitzt und eine einzige Bank hat, die ihm den Rücken stärkt, dann ist doch die Bank diejenige Institution, die nachher sagt, wo es langgeht.

Deshalb müssen wir uns auch gegen MVZs in der Hand von Krankenhäusern wehren. Dahinter stehen sehr schnell Konzerne. Die MVZs gehören in die Hände von uns Ärzten, wenn sie denn nötig sind. Sie müssen partnerschaftlich oder genossenschaftlich organisiert werden. Die Anzahl der angestellten Ärzte muss begrenzt sein.

Das Versorgungsgesetz bringt uns durch die Hintertür das, was wir verhindern wollen, nämlich die totale Ökonomisierung und Industrialisierung der Gesundheitsversorgung, bei der unser Beruf auf der Strecke bleibt.

Vielen Dank, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Grauduszus. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Marx, ebenfalls aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte das Thema Freiberuflichkeit aufgreifen. Darüber haben wir im letzten Jahr diskutiert. Die Entscheidung, ob ein Arzt Beauftragter einer Krankenkasse ist, wird demnächst vom Ersten Senat des Bundesgerichtshofs entschieden werden. Ich halte das für eine sehr wichtige Entscheidung für uns. Sollte der Bundesgerichtshof sich dafür entscheiden, dass der Arzt Beauftragter einer Krankenkasse ist, ist es letztendlich mit unserer Freiberuflichkeit vorbei. Wenn ich einen Auftrag annehme, fühle ich mich eher als Auftragnehmer meines Patienten oder meiner Patientin. Aber der Arzt als solcher muss natürlich von Weisungen frei sein im Sinne eines Freiberuflers. Das macht ihn unabhängig und hat nichts mit guten alten Zeiten zu tun. Stellen Sie sich einmal vor, Ihr Steuerberater wäre Beamter des Finanzamts, stellen Sie sich vor, Ihr Anwalt wäre von der Staatsanwaltschaft abhängig. Wir wären als Beauftragte der Krankenkassen abhängig, ohne den Angestelltenstatus zu haben. Auf der einen Seite wären wir rechtlos, auf der anderen Seite wären wir nur Befehlsempfänger.

Ich erhoffe mir von diesem Ärztetag eine klare Stellungnahme, denn das geht uns alle im wohlverstandenen Interesse unserer Patientinnen und Patienten an. Wie Herr Grauduszus schon sagte: Anderenfalls werden wir zu Facharbeitern in einem Gesundheitswesen, wir verlieren unsere ärztliche Unabhängigkeit, die wir letztendlich zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten besitzen, nicht zu unserem eigenen Wohl.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt hat sich Herr Schimanke zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte schön.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Es fällt mir fast schwer, folgenden Antrag zur Geschäftsordnung zu stellen, weil ich der Debatte bisher sehr aufmerksam gefolgt bin und sie auch sehr interessant fand. Aber wir haben eine ambitionierte Tagesordnung. Ich glaube, sie gerät ins Wanken. Ich beantrage daher die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Gibt es dazu eine Gegenrede? – Formal. Wer ist für drei Minuten? – Viele. Wer ist gegen drei Minuten? – Weniger. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann ist die Redezeitbegrenzung von drei Minuten beschlossen.

Der nächste Redner ist Herr Wieland Dietrich, ebenfalls aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich versuche, die drei Minuten einzuhalten. Ich bitte Sie, mich darauf hinzuweisen, wenn ich dieses Limit überschreite.

Herr Präsident, Sie haben heute Vormittag in Ihrem Referat über die Priorisierung gesprochen. Es stellt sich die Frage: Warum müssen wir über die Priorisierung sprechen? Ich glaube, viele hier in diesem Saal gehen davon aus, dass die Politik nicht bereit ist, Mittel in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stellen, damit wir die Gesundheitsversorgung so organisieren und den Patienten gegenüber gewährleisten können, wie wir es eigentlich wollen und wie wir es eigentlich tun müssen. Wenn wir uns die Entwicklung der nächsten 20 Jahre mit einer Verdreifachung der Morbidität anschauen und unterstellen, dass die Politik weiterhin nicht bereit sein wird, mehr Mittel in die GKV, in das solidarische Versicherungssystem einzubringen, müssen wir sagen, dass sich das Problem der Priorisierung in noch ganz anderer Weise stellen wird. Wir hätten damit vielleicht weniger Probleme, wenn wir nicht weiterhin das Morbiditätsrisiko tragen würden. Aber da wir gerade auch im ambulanten Bereich das Morbiditätsrisiko weiterhin tragen, sind wir gezwungen, die Entscheidung am Patienten zu treffen, welche Leistung wir erbringen und welche Leistung wir vielleicht verschieben, vertagen oder auch vorenthalten müssen, und zwar angesichts der begrenzten Mittel.

Ich denke, viele Kollegen, die sich heute in der Niederlassung befinden – das gilt zum Teil auch für den Klinikbereich –, haben ein großes Problem mit der Frage, welche Leistungen entsprechend eingeschränkt werden, welche Leistungen dem Patienten möglicherweise auch vorenthalten werden müssen. Diesen Konflikt müssen wir persönlich aushalten. Dieser Konflikt bedarf einer Klärung.

Wenn die GKV die Mittel begrenzt, gibt es drei Möglichkeiten: Die Politik stellt doch mehr Mittel zur Verfügung – das wird sie in absehbarer Zeit nicht tun – oder wir verringern die Leistungen oder der Patient muss die Leistungen selber bezahlen. Das sind die drei Möglichkeiten, die es gibt. Im Moment ist es leider oft so, dass der Patient am Ende sagen muss, er bezahlt die eine oder andere Leistung, vielleicht auch weil sie gar nicht Gegenstand der GKV ist oder weil wir sie unter den gegebenen Umständen gar nicht anbieten können.

Ein weiteres Problem ist das Spannungsfeld im Hinblick auf die Haftpflicht. Das erschwert natürlich die ganze Situation. Ich rufe zu einer ehrlichen und offenen Debatte darüber auf, wie wir als Ärzteschaft mit diesem Problem der Priorisierung umgehen, da die Politik offenbar nicht bereit ist, uns da entgegenzukommen. Wir müssen den Kollegen Hilfestellung geben, wie sie sich in Zukunft verhalten und damit umgehen sollen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, auch dafür, dass Sie die Redezeit eingehalten haben. – Der nächste Redner ist Herr von Ascheraden aus Baden-Württemberg.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf den heutigen Vormittag zu sprechen kommen. Hier wurde die Rolle der Politik, insbesondere des neuen Ministers, kritisch kommentiert. Ich frage mich: Was haben wir erwarten können? Ein junger Mann, der seit 19 Tagen im Amt ist, der ein laufendes Gesetzgebungsverfahren von seinem Vorgänger über-

nommen hat und der durch eine Notoperation in seiner eigenen Partei in diese Position geraten ist, hat eigentlich – so habe ich es empfunden – ein ordentliches Angebot gemacht, nämlich in einer anständigen, nicht arztfeindlichen Art und Weise die vielfältigen Probleme miteinander zu diskutieren und dabei auch unsere Stimme zu hören. Es gab viele Jahre, in denen wir geklagt haben, dass wir nicht respektiert werden, dass wir von oben herab abgekanzelt werden. Ich denke, diese neue Entwicklung muss man auch einmal positiv würdigen.

Welche Probleme hat Herr Minister Bahr angesprochen? Er hat durchaus konkret die Versorgungsdefizite, die zu erwarten sind, auch in den westlichen Bundesländern, angesprochen. Er hat nicht nur reflektorisch über mehr Geld oder die Abwehr von zusätzlichen Kosten gesprochen, sondern er hat von den Arbeits- und Lebensbedingungen gesprochen, die für Ärzte geändert werden müssen, wenn eine Trendwende eingeleitet werden soll weg von der Auswanderung ins Ausland, während der, wie ich es formulieren will, besten Arztjahre oder weg von der Entwicklung, dass man sich nur in angeblich prosperierenden Gebieten einer Stadt oder eines Landes niederlässt. Es müssen also die Bedingungen geändert werden. Wir können einiges dazu beitragen. Wir können auch in der Analyse weiterhelfen. Die Lebensplanungen von Ärztinnen und Ärzten sind heute andere als vor 20 oder 25 Jahren. Ich denke, dass dieses Dialogangebot von uns aufgenommen werden sollte.

Mein zweiter Punkt betrifft die GOÄ. Da sind wir seit Jahren gegen eine Mauer gerannt. Das ist noch immer ein ganz schwieriges Gebiet, weil der Hauptwiderstand aus den Ländern kommt. Da müssen die Landesärztekammern auf ihrem Terrain politisch aktiv werden.

Der Minister hat noch viele andere Dinge angedeutet. Mein Votum lautet, ein solches Angebot des jungen Ministers nicht auszuschlagen. Er sollte beim Wort genommen werden. Im Zuge der konkreten Arbeit werden wir sehen, wie ernst es gemeint war.

Danke schön.

(Beifall)

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

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eine der schönen Seiten des Deutschen Ärztetages ist die Vielfalt der Meinungen. Es ist schon erstaunlich, was im Zuge der Diskussionen alles geäußert wird. Ich glaube, es ist tatsächlich eine schwierige Aufgabe, das alles zusammenzufassen und auf einen Punkt zu bringen.

Wenn ich mir die Eröffnungsrede von Herrn Bartmann, dem ich für die schöne Eröffnungsveranstaltung ganz herzlich danke, noch einmal in Erinnerung rufe, fällt mir zunächst einmal seine Aussage ein: Es ist schön, Arzt in Dänemark und Patient in Deutschland zu sein. Dieser Satz hat mich nachdenklich gestimmt. Ich denke, wir sollten uns fragen: Warum ist es anscheinend schön, Arzt in Dänemark zu sein, in einem Land, in dem das Gesundheitswesen Ärzte an vielen Stellen durch Pflegepersonal substituiert hat, das deutlich mehr Handlungsbefugnisse hat als bei uns, in dem Leitlinien eine größere Rolle spielen und mehr Verbindlichkeit haben als bei

uns? In Dänemark sind die freie Arztwahl und die Therapiefreiheit wahrscheinlich eingeschränkt. Das muss uns nachdenklich stimmen.

Ich glaube, die Antipode eines solchen Systems ist ein wirklich freiheitliches System, in dem neben einer größeren Öffnung von Spielräumen natürlich auch Risiken entstehen, die viele von uns vielleicht scheuen. Weil wir diese Risiken scheuen, leben wir seit vielen Jahren mit einer Zwittersituation. Wir haben zwar die Risiken, beispielsweise den Regress oder auch andere Dinge, die uns bedrücken. Wir sind außerordentlich reguliert und nicht richtig freiheitlich tätig. Dazu hat Herr Zimmer vorhin sehr richtige Bemerkungen gemacht. Man soll zwar das Risiko tragen, andererseits aber kann man auf dieses Risiko nicht freiheitlich reagieren. Das ist aus meiner Sicht eines der Grundmotive für die hohe Frustration innerhalb der Ärzteschaft.

Dieser Deutsche Ärztetag muss sich entscheiden, in welche Richtung er gehen will: Will er sich wirklich aufmachen in Richtung eines freiheitlichen Systems mit dem Arzt als einem freien Beruf, auch mit der Hinnahme von Risiken und der Anerkennung der Tatsache, dass in einem solchen System nicht jeder durchkommt, oder möchte er lieber das etwas sozialistischere System Dänemarks, wo dem Arzt sehr viele Risiken abgenommen und durch den Staat reguliert werden, wo man sich ganz auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren kann? Zwischen diesen beiden Alternativen müssen wir uns entscheiden.

Der Mittelweg, den wir zu gehen versuchen, funktioniert nicht. Meine persönliche Präferenz wäre ein freiheitliches System.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Reinhardt. – Die nächste Rednerin ist Frau Almut Karla Roedern, die Vizepräsidentin für externe Angelegenheiten von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Sie spricht zu uns als geladener Gast. Bitte schön.

Roedern, geladener Gast: Ich studiere Medizin in Heidelberg und bin Teil einer studentischen Delegation, die hier die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland vertritt.

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte über Esel und Karotten reden. Heute Morgen haben wir auf der Eröffnungsveranstaltung gehört, dass den Ärztinnen und Ärzten eine Karotte vorgehalten wird, die sie nie erreichen können. Es geht also um Motivation und Frustration. Zum Ersten geht es um die Motivation, nach dem überstandenen Hammerexamen Ärztinnen und Ärzte zu werden. Wir freuen uns sehr, dass das Thema der Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung auf dem Deutschen Ärztetag ein so zentrales Thema ist – ganz uneigennützig natürlich. Als Vertretung der Studierenden liegt es uns am Herzen, dass die Bedingungen des Arztberufs so gestaltet werden, dass der medizinische Nachwuchs motiviert ist, in die kurative Tätigkeit zu gehen. Schließlich haben wir deshalb dieses Studium aufgenommen, um Ärzte zu werden. Wir sind auch be-

reit, uns den Herausforderungen dieser Zeit zu stellen, namentlich denen, die der demografische Wandel mit sich bringt.

Wir möchten dies aber nicht in einem System tun, in dem versteckte Rationierungsmaßnahmen Teil des Medizineralltags sind, sondern wir fordern eine offene, ehrliche und gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung über Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Wir unterstützen deshalb den Anstoß einer öffentlichen Debatte, die von der Politik bisher versäumt wird. Die Verantwortung wird so auf Einzelentscheidungen von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und anderen Leistungserbringern geschoben, wodurch die Rationierung täglich praktiziert wird. Wie sich alle um den Kuchen streiten, das finden wir – mit Verlaub und studentisch gesprochen – ziemlich unattraktiv.

Ich habe von Uneigennützigkeit gesprochen. Offensichtlich möchte ein jeder für seine Leistung entsprechend vergütet werden. Wir Studenten glauben aber, dass die Motivation nicht nur an der Karotte hängt. Wir glauben, dass ein glücklicher Esel grundsätzlich besser läuft.

(Beifall)

Meine lieben zukünftigen Chefinnen und Chefs – ich meine: meine Kolleginnen und Kollegen –, wie von Herrn Bahr heute Morgen angesprochen, ist das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ganz zentral. Das sehen auch wir Studenten so.

Zu guter Letzt spreche ich hier für die Studierendenvertretungen. Als Studierendenvertretung liegt unser Fokus natürlich auch auf den Studienbedingungen. Es ist uns wichtig, dass man nicht versucht, Studierende mit Quoten und Klauseln aufs Land zu bringen. Wir sind gegen Pflicht und für Wahlmöglichkeiten. Um Studierenden den Zugang zum niedergelassenen Bereich zu eröffnen, sind mehr Berührungspunkte im Studium nötig, aber auf freiwilliger Basis: durch attraktive Famulaturangebote oder Mentoren.

Meine Damen und Herren, keine vorgehaltene Karotte also, sondern einen Hüter auf Augenhöhe wünschen wir uns.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für diesen erfrischenden Vortrag. – Herr Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte einen Aspekt ergänzen, der mir hier bei der ganzen Diskussion völlig fehlt. Er ist nicht mein Hauptaspekt, aber er ist aus meiner Sicht unabdingbar, um bestimmte Probleme zu lösen. Es wurde heute gesagt, dass die Patienten ein tolles Gesundheitswesen erhalten, die Ärzte aber nicht unbedingt. Mein Gott, stellen Sie sich doch einfach einmal vor, Sie gehen in Berlin ins Lafayette, zahlen dort 200 Euro pauschalen Eintritt für die Gourmetabteilung, während Sie im KaDeWe alles bezahlen müssen. Sie gehen dorthin, um sich Ihren Ranzen vollzuschlagen. Was glauben Sie, welches dieser Häuser Sie persönlich für günstiger halten?

Es ist doch völlig klar: Wenn Sie als Patient alles sofort kostenfrei und in unbegrenzter Menge zur Verfügung gestellt bekommen, dann müssen Sie dieses System in Deutschland für deutlich besser halten als Systeme anderswo. Ob es dadurch qualitativ besser wird, ist allerdings zu bezweifeln.

Gleichwohl möchte ich hier sagen, dass es für mich als Hausarzt ein Genuss ist, dass ich jedem Patienten, egal mit welcher sozialen Stellung, bei allen Krankheiten im Prinzip jede relevante Untersuchung innerhalb von 24 Stunden besorgen kann. Ich weiß – das sage ich den Patienten auch –, das dürfte weltweit fast einmalig sein. Und dann reden wir über Fehl- und Unterversorgung und schreien nach der Anzahl und der Verteilung von Ärzten. Wir reden von der Belastung von Ärzten und schauen nach Geld, um das zu kompensieren. Wir sprechen von der Angst vor der Überlastung, weshalb die Leute nicht aufs Land gehen, und wollen das über das Honorar regeln. Wir reden von der Ärzteflucht nach Dänemark und sonst wohin und sprechen am Ende wieder übers Honorar.

Wir haben gehört, dass an erster Stelle die Angst vor der Belastung steht, an zweiter Stelle die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, an dritter Stelle der Ruf nach Kultur. Erst an vierter Stelle kommt der Aspekt des Geldes, natürlich erst ab einer gewissen Höhe der finanziellen Zufriedenheit.

Bei der Frage, warum dieser Beruf teilweise unattraktiv ist, fehlt ein zentraler Punkt, nämlich die übermäßige Inanspruchnahme des einzelnen Arztes. Diese Inanspruchnahme wird durch zwei Dinge getriggert. Der erste Punkt ist, dass wir aus meiner Sicht ein fatales System haben, das fallzahlgetriggert ist und uns in die Menge treibt. Zum Zweiten tun wir aus juristischen Gründen viele Dinge, die wir eigentlich gar nicht machen wollen. In Norwegen hat ein Arzt nur ein Drittel so viele Patienten wie sein Kollege in Deutschland. Er ist deutlich zufriedener. Er hat das gleiche Einkommen. Ich bin sicher, dass er auch eine bessere Qualität der Arbeit liefert.

Der zentrale Punkt, der in der Diskussion fehlt, ist die Selbstverantwortung der Patienten, die in der bisherigen Diskussion völlig ausgeklammert wird. Selbstverantwortung ist nicht immer mit Selbstbeteiligung gleichzusetzen. Aber solange man Selbstbeteiligung und Selbstverantwortung der Patienten bei allen Diskussionen außen vor lässt, werden wir am System nichts wesentlich ändern können.

Wir können die Belastung für die Ärzte nur durch vier Dinge verringern und damit die Attraktivität des Berufs erhöhen. Hierzu zähle ich die neue Technik, neue Organisationsformen und die Delegation von Leistungen. Man muss Dinge einfach auch abgeben. Schließlich müssen wir uns der Selbstbeteiligung, der Selbstverantwortung der Patienten wesentlich mehr zuwenden. Das hat nichts mit einer Gutmenschendiskussion oder etwas Ähnlichem zu tun, sondern es ist absolut zwingend.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Jetzt haben wir in Bezug auf die Redezeit manchen Punkt als Komma gewertet. – Als nächster Redner bitte Herr Fischbach aus Nordrhein.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Lieber Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Bezug nehmen auf die Rede von Gesundheitsminister Bahr, aber auch auf die, wie ich meine, erfrischende Rede der jungen Kollegin Roedern, die gerade zu uns gesprochen hat. Ich frage mich nun, nachdem ich mich zum Facharzt für Anästhesie und Pädiatrie habe ausbilden lassen und seit 17 Jahren als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt tätig bin, ob ich so etwas wie ein alter Esel bin. Aber das nur am Rande. Ich habe noch Zeit, mir das zu überlegen.

Frau Roedern hat viel Wahres gesagt, auch Herr Bahr hat viel Wahres gesagt, wenngleich seine Rede sicherlich in vielen Teilen recht gefällig wirkte. Man sollte in der Tat berücksichtigen, dass er noch nicht lange im Amt ist.

Er hat den gesellschaftlichen Wandel angesprochen, und zwar insgesamt, aber auch mit Bezug auf die Ärztinnen- und Ärzteschaft, was ich sehr bemerkenswert fand. Er hat nicht nur über die Feminisierung in Krankenhaus und Praxis gesprochen, über Teilzeitregelungen nur für Frauen, sondern er hat genauso über ein geändertes Berufsbild auch bei den männlichen Kollegen gesprochen. Ich kann das aus meiner eigenen Erfahrung in der Praxis nur nachvollziehen. Ich habe vor anderthalb Jahren einen 37-jährigen Kollegen mit in unsere Gemeinschaftspraxis genommen. Er hat eine völlig andere Einstellung zur Praxistätigkeit als meine Kollegin und ich. Er hat kleine Kinder und ist auch nicht bereit, die Familie so weit zu vernachlässigen, wie ich das in der Tat immer wieder gemacht habe und, wie ich selbstkritisch feststelle, auch heute noch mache, beispielsweise indem ich jetzt hier bin.

Wir müssen diesem geänderten Berufsbild Rechnung tragen. Ich bin der Auffassung, das müssen wir selber machen, das muss die ärztliche Selbstverwaltung tun, die Kammern wie die Kassenärztlichen Vereinigungen, und zwar im Schulterschluss und bitte nicht im Gegeneinander.

Wir brauchen eine Förderung der Weiterbildung in der Praxis nicht nur in der Allgemeinmedizin. Sie muss auch finanziell abgesichert werden.

Dieses alles fehlt. Trotzdem hätten wir eigentlich die Möglichkeit, genau alles das zu tun, denn der Gesetzgeber hat uns zum Beispiel mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz durchaus etwas in die Hand gegeben, was wir umsetzen könnten, wenn wir es denn nur wollten.

Ich möchte ein bisschen appellieren, nicht alles nur negativ zu sehen. Ich bin gerne Arzt, ich bin gerne Arzt in Deutschland. Ich käme überhaupt nicht auf die Idee, nach Dänemark zu gehen, auch wenn ich vielleicht gern zum Urlaub einmal dorthin fahren möchte.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fischbach. – Der nächste Redner ist Herr Professor Mau aus Berlin.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Irgendetwas an der heutigen Diskussion erinnert mich an das Jahr 1964. Da lebte ich in der DDR. Erlau-

ben Sie, dass ich mit meinen 25-jährigen Erfahrungen im sozialistischen Gesundheitswesen versuche, Ihnen ein paar Gedanken zu vermitteln.

Die erste Erfahrung, die ich gewonnen habe, war: Planung im Gesundheitswesen heißt, den Zufall durch den Irrtum zu ersetzen. Das wusste jeder. 1964 gab es auch keine Ärzte auf dem Lande. Wir wurden mit Gewalt genötigt. Es gab die Verordnung: Du gehst nach Nauen, du gehst nach Eberswalde. Die Studenten wurden aufs Land delegiert, mit dem Resultat, dass nach zwei Jahren alle wieder dort waren, wohin sie eigentlich wollten. Mich hat 1963 ein findiger Bürgermeister dazu bekommen, aufs Land zu gehen, indem er sagte: Das Haus – mietfrei, das Auto – mietfrei, mit Chauffeur. Das war 1963 in der DDR ein Status. Es gab auch bei der Finanzierung vielerlei Annehmlichkeiten. Die Belastung lag damals über dem, was ein normaler Pflichtassistent tragen konnte.

Ich habe gehört, dass die Gedanken von Karl Marx und die Gesetze des Marktes bemüht wurden. Ich habe Karl Marx ziemlich genau gelesen, aber ich habe über die Marktgesetze im Gesundheitswesen nichts gefunden. Ich bin auch davon überzeugt, dass das alles nicht hinhaut. Das Gesundheitswesen ist kein Markt.

(Beifall)

Es ist niemand da, der Wertschöpfung betreibt. Es ist keiner da, der einen wirklichen Profit aus dem Gesundheitswesen zieht, ausgenommen vielleicht diejenigen, die MVZs eröffnen. Bitte unterstützen Sie die Anträge, die sich dagegen wenden, dass die MVZs heute von kapitalkräftigen Unternehmen zu Spekulationsobjekten werden.

(Beifall)

Ich möchte Sie nur bitten, die Überlegungen, die heute Anlass sind, die Versorgungsnotstände auf dem flachen Lande zu beheben, vielleicht in die Richtung zu befördern, dass man sagt: Jungen Ärzten kann man nicht mit Sprüchen und Worten helfen, sondern man muss ihnen Möglichkeiten geben, ihre Familien zu haben, man muss ihnen Einkünfte geben, die ihnen einen Ausgleich für das gewähren, was sie in der schönen Stadt nicht haben, die es ihnen ermöglichen, ihre Kinder, ihre Familie zu unterhalten.

Die wirtschaftlichen Bedingungen müssen verbessert werden. Alles andere sind warme Worte, nichts weiter.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Mau. – Der nächste Redner ist Herr Windhorst, Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Auch wenn es meine Zeit kostet: Lieber Jörg, auch die zwölfte Rede war für mich eine ganz besondere Rede. Sie wird bei mir nicht im Aktenschrank verstauben. Sie hat perfekt das dargestellt, was Ärzte manchmal denken und fühlen, wo sie ihr Herz haben, was wir mitteilen müssen, damit es die Politik auch mitbekommt.

Wer meint, das Versorgungsstrukturgesetz verbessere in irgendeiner Weise die Berufsperspektive und die Berufszufriedenheit oder löse die Probleme, die wir haben, um in irgendeiner Weise die qualitativ hochstehende Versorgung der Patienten aufrechtzuerhalten, irrt. Das Versorgungsstrukturgesetz ist meiner Meinung nach zunächst einmal eine Initiative, um zu versuchen, die zunehmenden Versorgungsengpässe mit den Mitteln der Politik zu regeln. Deshalb heißt es auch GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Dort kommt die Ärztekammer gar nicht vor. Das ist schlecht. Ich glaube, was an Themen behandelt werden muss, muss von uns besetzt werden. Wir haben von der Bundesärztekammer aus gesagt: Wir müssen in den Viererverträgen ein zentrales Bindeglied werden. Wir müssen eine Koordinierungsebene aufbauen, auf der auch wir vorkommen, denn alles, was auf der Versorgungsebene passiert, hat auch etwas mit Weiterbildung zu tun.

Das hat bis jetzt noch niemanden so richtig interessiert. Deshalb muss von hier aus der Antrag kommen, dass wir ganz klar und selbstverständlich ein originäres Mitglied des Koordinierungsausschusses oder eines neutralen Ausschusses sein müssen. Wir müssen dort unsere Kompetenzen einbringen, denn die Versorgung geht doch weiter. Sie wird allerdings neu geordnet, weil die Bedarfsplanung von 1991 längst veraltet ist. Das hat bis jetzt noch niemand zur Kenntnis genommen. Deshalb müssen wir von hier aus klar einfordern: Wir machen nicht mit, wenn wir nicht direkt beteiligt sind über unsere neutrale Struktur oder über die Koordinierungsstruktur. Ich fordere Sie auf, das in allen Gremien zu unterstützen.

Noch ein kurzes Wort zu den Ausführungen von Herrn Breu und der Diskussion über die Organspende. Ich war in Dierhagen dabei. Dort gab es Argumente pro und kontra. Sie erinnern sich vielleicht, dass ich zu dieser Thematik bereits in Münster einen entsprechenden Antrag gestellt habe. Herr Breu, Sie haben recht: Wir haben das nicht durchsetzen können. Warum, das werde ich in einer weiteren Wortmeldung ausführen. Wir haben hier einen Antrag vorgelegt, der bei einer Erweiterung um einen Satz das aussagt, was Sie wollen. Wenn hier der Souverän bei der Widerspruchslösung mitgeht, findet sich auch in dem Modell der Bundesärztekammer ein Trend zur Widerspruchslösung.

Ich melde mich nachher noch einmal zu Wort.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wir rufen das Thema Organtransplantation noch einmal als besonderes Thema auf. – Der nächste Redner ist Herr Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 1 des Vorstands, und zwar zum Punkt 9. Danach fordert der Deutsche Ärztetag eine stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diesen Entschließungsantrag will ich weder bewerten noch infrage stellen. Aber als Mitglied der Finanzkommission möchte ich das Gremium auf Folgendes hinweisen. Im Augenblick ist dort die KBV entsprechend vertreten. Nach dem, was ich in kurzer Zeit erfahren konnte, sind etwa 50 Personen damit befasst, die entsprechenden Vorarbeiten und Nacharbeiten für diese Problematik zu gewährleisten.

Sie brauchen nicht viel Fantasie, um sich vorzustellen, welche Kosten das verursacht. Diese Kosten sind im Bereich der KBV wahrscheinlich mit mehreren Millionen Euro pro Jahr anzusetzen.

Wir in Bayern praktizieren ein vernünftiges Vorgehen: Jeder, der einen Antrag stellt, der mit finanziellen Folgen verbunden ist, hat schlicht und ergreifend darzulegen, wie die Finanzierung zu gewährleisten ist. Wenn sich das bei uns in ähnlicher Weise wie bei der KBV darstellt, hätten wir mit Steigerungen unserer Haushaltsansätze um mehr als 10 Prozent zu rechnen. Ich mache darauf aufmerksam: Nach meinen Erkenntnissen haben bisher weder die Finanzkommission noch die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ Kenntnis.

Für mich gibt es nur zwei Möglichkeiten, damit umzugehen. Die erste Möglichkeit ist: Punkt 9 wird aus dem Antrag 1 herausgenommen. Zweite Möglichkeit: Der Vorstand ist bereit, uns relativ kurzfristig eine überschlägige Berechnung vorzulegen, womit wir zu rechnen haben. Wenn Sie über diesen Antrag einschließlich des Punktes 9 abstimmen, müssen Sie ungefähr wissen, was auf die Bundesärztekammer zukommt.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Ich glaube, dass die Auffassungsgabe der Mitarbeiter der Bundesärztekammer so groß ist, dass wir keine wesentlichen zusätzlichen Kosten haben. Stimmt das so?

(Beifall)

Die nächste Rednerin ist Frau Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrter Herr Breu, ich bin ganz froh, dass sich das Missverständnis aufzulösen beginnt. Ich verweise auf den Antrag I-03. Eigentlich wollte Herr Windhorst ein bisschen mehr dazu sagen. Wir haben uns so geeinigt, dass ich jetzt einen Teil dessen ausführe, anschließend fährt Herr Windhorst fort.

Ich möchte hinsichtlich der drei Minuten ein Missverständnis ausräumen. Ich bin gefragt worden: Der Deutsche Ärztetag 2007 hat sich doch in einem eigenen Tagesordnungspunkt mit dem Thema Transplantationsmedizin befasst und 2010 im Tätigkeitsbericht. Was ist der Unterschied zwischen einem eigenen Tagesordnungspunkt und dem Tätigkeitsbericht? Ich habe geantwortet: Beim Tätigkeitsbericht ist es in der Regel so, dass es einen Antrag gibt, eine Rede pro und eine Rede kontra, dann wird abgestimmt. Das dauert im Durchschnitt etwa fünf Minuten. Das ist natürlich eine andere zeitliche Dimension als ein eigener Tagesordnungspunkt.

Wir haben ja aber schon im Jahr 2007 beschlossen, dass wir uns ganz umfänglich mit den Fragen der Zell-Gewebe-Organtransplantation befassen und dies wissenschaftlich aufbereiten wollen. Ich bin ebenso wie Herr Windhorst Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation. Wir haben im Oktober 2010 in dieser dreitägigen Klausursitzung einen ganzen Tag über das Pro und das Kontra einer Widerspruchslösung gesprochen. Mein Auftrag war: pro Zustimmungslösung; der Auftrag

von Theo Windhorst war: kontra Zustimmungslösung, pro Widerspruchslösung. Wir haben die Diskussion entsprechend geführt.

Das Spannende war, dass wir uns zum Schluss auf einen ganz tollen Kompromiss geeinigt haben. Sie finden ihn sehr ausführlich aufgeführt: Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und – jetzt kommt, glaube ich, das Stichwort – Erklärungspflicht. Wir sind hier schon deutlich weiter an dem Punkt einer verpflichtenden Erklärung: Jeder Mensch muss sich zumindest einmal, möglichst zu einem frühen Zeitpunkt, erklären, wie seine Haltung gegenüber der Organspende ist. Er kann zustimmen, er kann ablehnen, aber er muss sich erklären.

Das ist ein guter Kompromiss, den wir gefunden haben. Wir haben keine Sozialpflicht für Leichen. Man darf es auch ablehnen. Aber niemand kann mehr sagen: Ich will mich damit nicht befassen. Er muss sich zumindest einmal damit befassen, er muss sich erklären, wie er dazu steht.

Wir haben hier einen Kompromiss gefunden zwischen der Erklärungspflicht und der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts. Ich denke, das ist genau der andere Konflikt: Die Patienten sollen selbst bestimmen, was mit ihnen und ihrem Körper geschieht, ob vor oder nach ihrem Tod. Ich glaube, mit diesem Kompromiss haben wir uns auf einen guten Weg begeben, der à la longue in der Widerspruchslösung münden kann.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das Thema Organtransplantation wird innerhalb des Tagesordnungspunkts I noch mal als gesonderter Punkt aufgerufen. – Der nächste Redner ist Herr Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte etwas zum Antrag I-06 sagen. Dort steht: Die niedergelassenen Ärzte sind nicht Beauftragte der Krankenkassen. Gefühlt würde ich sagen: Natürlich haben die recht, da musst du zustimmen. Ich habe es mir dann noch einmal genauer angeschaut. Wir sind ein freier Beruf, weil es uns die Gesetze ermöglichen, diesen Beruf und diese schöne Aufgabe zu erledigen. Sie übertragen uns damit bestimmte hoheitliche Dinge. Deswegen ist die Ärztekammer eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Auch die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die das Geld nicht einfach in ihre Taschen stecken.

Deshalb ist die Formulierung in dem Antrag meiner Meinung nach nicht ganz ausreichend. Ich bitte Sie, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Funken aus Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Herr Hoppe, ich möchte Ihnen ausdrücklich danken für die Anstöße zur Diskussion über die Priorisierung. Das Thema Priorisierung ist ein Zentralthema, dem wir uns als Ärzte stellen müssen, weil es ja kein anderer mehr tut.

Warum ist Priorisierung unser Hauptthema? Das System fordert zum Sparen auf. Wir als Ärzte sparen an uns selber. Im ambulanten Bereich werden 30, 40 oder 50 Prozent der Leistungen ohne Honorar erbracht. Diese Selbstausbeutung führt dazu, dass wir immer mehr leisten, dem System Leistung zuführen, die das System aber gar nicht bezahlt. Das tun wir deswegen, weil wir in einem Wertesystem altruistisch erzogen wurden, das so nicht mehr existent ist.

Nicht zu Unrecht machen uns die nächsten Generationen darauf aufmerksam, dass das ein Lebenszielkonflikt ist, den sie nicht mehr aushalten und auch nicht mehr praktizieren werden. Ich finde: zu Recht. Wir alle haben darunter gelitten, wir alle haben es aus ethisch-moralischen Grundsätzen heraus getan, weil wir so sozialisiert waren. Aber die nächste Generation ist eben nicht mehr so sozialisiert.

Ich denke, deshalb ist es unsere Pflicht und unsere Aufgabe, uns als Ärzteschaft dieser Priorisierung zu stellen und für die Gesellschaft, die sich dieser Diskussion natürlich entzieht, festzulegen, welche Leistungen wir zu erbringen bereit sind und welche nicht mehr.

Der einzelne Arzt, der dieses vor Ort am einzelnen Patienten entscheiden muss, ist damit maßlos überfordert, weil hier ein gesellschaftlicher Diskurs geführt werden muss. Die Gesellschaft muss erklären, was sie haben will und was sie nicht haben will. Der einzelne Arzt wird immer zum Wohle seines zu behandelnden Patienten entscheiden müssen. Anders könnte ich mir persönlich nicht ein Übermaß an Koronarkathetern erklären, ein Übermaß an Ultraschalluntersuchungen, ein Übermaß an Chemotherapie wie in Deutschland.

Deswegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, bin ich Herrn Hoppe so dankbar, dass er das Thema aufgegriffen und in der Diskussion gehalten hat. Ich wünsche mir vom zukünftigen Präsidenten der Bundesärztekammer, dass dieses Thema zentraler Diskussionspunkt unserer Aufgaben wird. Dann geben wir unserem Nachwuchs auch eine Lebens- und Familienperspektive.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Das Wort hat jetzt Vizepräsidentin Cornelia Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Dies wird der letzte Ärztetag sein, auf dem ich von dieser prominenten Stelle aus sprechen kann. Deshalb möchte ich zwei Punkte aufgreifen, die mir besonders am Herzen liegen.

Der eine Punkt betrifft die Nachwuchsförderung. Heute wurde gesagt: Da liegt vieles im Argen, wir müssen da ganz viel tun. Wir haben in den letzten Jahren als Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesärztekammer einen Strauß von Ideen und Maßnahmen entwickelt, wie wir unseren ärztlichen Nachwuchs fördern können und was wir tun können, um sie in unser System zu integrieren, damit sie nicht ins Ausland oder in andere Berufe abwandern. Ich möchte Sie auf das Buch aufmerksam machen, das der Vorstand der Bundesärztekammer entwickelt hat – es müsste in Ihren Unterlagen sein –, das den Titel „Familienfreundliche Arbeitsplätze in Klinik und Praxis“ trägt. Ich möchte Sie bitten, das überall umzusetzen.

Alle Maßnahmen, die wir entwickelt haben, gehören umgesetzt, denn wir wollen unseren Nachwuchs im Lande behalten, wir wollen keine rastlosen Esel – um bei diesem Bild zu bleiben –, sondern wir wollen glückliche Rassepferde als unseren Nachwuchs gewinnen.

Wir müssen von diesem Ärztetag das Signal ausgehen lassen, dass wir intensive Nachwuchsförderung betreiben, dass der Nachwuchs in der Arbeit der nächsten Monate unser wichtigstes Anliegen sein wird.

Der zweite Punkt, den ich aufgreifen möchte, betrifft – Sie wissen, dass mir das immer besonders am Herzen gelegen hat – die Versorgung der Bevölkerung. Bei diesem Versorgungsgesetz kommt gar nicht so heraus: Wie bekommen wir es hin, auch diejenigen Teile der Bevölkerung adäquat zu versorgen, die bisher durch das soziale Netz fallen? Das war schon öfter Thema auf einem Ärztetag. Es ist mir ein Anliegen, es heute noch einmal aufzugreifen.

Auch hier möchte ich Ihr Augenmerk auf ein Buch lenken, das in der letzten Woche herausgegeben wurde und den Titel trägt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Armut bedrohte Menschen in Hannover“. Ich sehe, dass die Zuzahlungsbedingungen und übrige Bedingungen unseres Gesundheitswesens immer mehr Menschen dazu bringen, nicht diejenige medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, die ihnen zusteht. Wir haben bei diesem Projekt in Hannover festgestellt, dass nicht die klassischen Wohnungslosen unser Projekt in Anspruch nehmen, wo sie kostenlos und anonym medizinisch versorgt werden, sondern dass es Bevölkerungsteile sind, die sich die normale Regelversorgung nicht mehr leisten können, die weiterhin durch das soziale Netz fallen.

Ich bitte Sie, sich weiterhin für die Armutsbevölkerung einzusetzen, unser Buch zur Kenntnis zu nehmen und dafür zu sorgen, dass jeder gleichberechtigten Zugang zu unserem Gesundheitssystem in unserem Lande hat.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt kommt Herr Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir alle reden über die Nachwuchsförderung und unser Bemühen, die Leute in unseren Beruf zu bringen. Ich möchte Ihnen von einer jungen Kollegin bei uns berichten, die in einem medizinischen Assistenzberuf ausgebildet wurde, nachdem sie sich vorgestellt hatte,

nach Abschluss ihres Medizinstudiums als Ärztin wieder an den Schweriner See zurückzukehren. Nachdem sie ihren Studienplatzantrag gestellt hatte, bekam sie zwölf Semester Wartezeit aufgebrummt, obwohl sie einen Abiturdurchschnitt von 1,8 hatte. Das finde ich erstaunlich. 1,8 ist eine gute Abiturnote. Diesen Notendurchschnitt hatte ich auch, aber ich musste nicht zwölf Semester warten, obwohl es damals angeblich eine Ärzteschwemme gab. Nunmehr aber haben wir Nachwuchssorgen. Und da sollen die Leute sechs Jahre warten? Die Kollegin ist zu Auswahlgesprächen gegangen. Sie ist im medizinischen Assistenzberuf vollständig ausgebildet worden. Im übernächsten Semester fängt sie mit ihrem Studium in Lübeck an, wo noch Auswahlgespräche angeboten werden, was keineswegs an allen Universitäten üblich ist. Es wird behauptet, das sei zu teuer.

Wir müssen aufpassen, dass wir die Attraktivität des Arbeitsplatzes nicht nur in der Niederlassung, sondern auch im Krankenhaus nicht nur beschwören und Absichtserklärungen von uns geben, sondern uns inhaltlich darum kümmern, dass die Situation besser wird. Aus meiner Sicht ist die Situation im Krankenhaus für fast alle Kollegen dort durch den Tarifvertrag Ärzte, den wir dem Marburger Bund verdanken, besser geworden. Ich bin persönlich sehr dankbar dafür, dass es diesen Tarifvertrag gibt.

Die Arbeitsverdichtung schreitet fort. Die Fallzahl wird in jeder Dienstbesprechung, in jeder Zielvereinbarung neu hochgesetzt. Aber die Personalstärke wird nicht wesentlich erhöht. Das heißt, die Dienstpläne bleiben unflexibel, von familienfreundlichen Arbeitszeiten keine Spur. Wir müssen wirklich aufpassen, dass wir uns nicht nur in Lippenbekenntnissen ergehen, sondern dafür sorgen, dass sich die Arbeitssituation in den Krankenhäusern ändert.

In der vergangenen Woche war ich noch relativ spät abends Konsile machen. Es ist ein häufiger Anblick, dass junge Ärzte in Weiterbildung am Computer Arztbriefe tippen, und zwar abends um 19 Uhr. Die ökonomische Logik dahinter ist völlig klar: Kein Schreibdienst ist so billig wie ein Arzt, der die Briefe in nicht nachgewiesenen Überstunden kostenlos schreibt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Veelken. – Der nächste Redner ist Rudolf Henke. Das passt gut.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es würde gut passen, wenn ich jetzt noch einmal zu den Tarifverträgen oder zur Arbeitssituation im Krankenhaus Stellung nähme. Aber wir kommen nachher noch auf das Thema der beruflichen Perspektiven von jungen Ärztinnen und Ärzten zurück.

Ich habe mich jetzt zu Wort gemeldet, weil ich gern eine Antwort auf Herrn Dietrich und seine Aufforderung geben würde, zum Vorstandsantrag hinsichtlich der Formulierungen zu Kosten und Nutzen eine Änderung zu beantragen. Das werde ich nicht tun, weil ich glaube, dass das, was in Ziffer 10 im Vorstandsantrag 1 steht, sorgfältig formuliert ist.

Ich glaube, dass in der breiten Öffentlichkeit über das Verhältnis von Kosten und Nutzen häufig nicht sorgfältig nachgedacht wird. Ich glaube, deshalb haben wir eine Verantwortung dafür – so steht es dort auch –, die Etablierung eines transparenten Diskurses über die zugrunde liegenden Werte und die Prioritäten in der Gesundheitsversorgung herbeizuführen unter Einbindung von Politik, Ärzteschaft und Patientenvertretern.

Entscheidend ist, dass die Fragen eines chancengleichen Zugangs zu Innovationen und Behandlungen, allgemein zur Verteilungsgerechtigkeit unter Rahmenbedingungen der Mittelknappheit Wertentscheidungen implizieren. Die Frage des gleichen Zugangs von Menschen zur gesundheitlichen Versorgung unabhängig von der Frage, welchen Marktwert die Arbeitsleistung dieser Menschen hat, ist eine zentrale Frage solcher Wertedebatten.

Deswegen habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass es dazu unterschiedliche Sichtweisen gibt. Es gab 2007 ein ökonomisches Gutachten, das versucht hat, in die IQWiG-Kontroverse hineinzuwirken: Welche Kosten-Nutzen-Kriterien sind anzulegen? In dem Gutachten, das, soweit ich es weiß, der vfa bezahlt hat, ist vorgetragen worden, die Krankenkassen seien als Körperschaften des öffentlichen Rechts dem öffentlichen Auftrag und dem öffentlichen, das heißt gesamtgesellschaftlichen Interesse verpflichtet. Daraus wird dann abgeleitet, dass das gesamtgesellschaftliche Interesse eine Berücksichtigung des Produktivitätsausfalls durch Krankheit bei der Kosten-Nutzen-Bewertung vorzunehmen hat.

Genau das führt auf den Irrweg, den ich eingangs geschildert habe, dass nämlich menschliches Leben nach seinen Eigenschaften, seinem Marktwert am Arbeitsmarkt unterschiedlich bewertet wird und mit unterschiedlichen Kostenvermeidungssätzen die Heilung unterschiedlicher Menschen in solche Kosten-Nutzen-Abwägungen Eingang findet.

Genau deswegen sollten wir es beim Vorstandsantrag belassen, weil er den offenen, transparenten Diskurs in diesen Wertefragen propagiert. Deswegen, Herr Dietrich, keine Sorge, keine Aufregung. An dieser Stelle ist der Text des Vorstands komplett korrekt. Sie können getrost zustimmen und trotzdem der Meinung sein, dass es wichtig ist, diese Differenzierung offen und transparent zu diskutieren.

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Herr Professor Bertram aus Nordrhein.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich zu Wort gemeldet wegen des Antrags 1 und eines Antrags zum MVZ. Wir haben einen Antrag zu den MVZs zusätzlich zum Versorgungsgesetz gestellt. Das wird in dem Antrag I-01 in einem Satz zwar auch mit angesprochen, aber der andere Antrag geht etwas weiter.

Der andere Antrag ist ein Änderungsantrag zu Nr. 5. Es geht um den Text auf Seite 2 unten, übergehend auf Seite 3. Es ist fälschlicherweise formuliert, die ersten zwei Sätze sollten ersetzt werden. Es soll aber nur der zweite Satz ersetzt werden. Der erste Satz lautet:

> *Das Motto „Jeder, der kann, der darf" darf nicht zu Wettbewerbswildwuchs und unkontrollierter Mengenausweitung zulasten der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung führen.*

Das ist sicher richtig. Das soll auch bestärkt werden.

Der zweite Satz lautet:

> *Strikte Qualitätskriterien müssen aufgestellt und ihre Einhaltung regelmäßig überwacht werden.*

Wir wollen doch nicht noch mehr Überwachungsstaat und mehr Qualitätskriterien. Man muss die Menge einschränken, indem man den Leistungskatalog eng gestaltet und genau ausgestaltet. Wir wollen genau das, was wir voriges Jahr in dem Papier zur fachärztlichen Versorgung für die Schnittstelle ambulant/stationär mit sehr großer Mehrheit verabschiedet haben, umgesetzt haben.

Vielleicht könnte man auch noch einen Verweis auf das Papier des letzten Jahres aufnehmen. Das steht allerdings nicht in dem Antrag.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Dr. Lücke aus Niedersachsen.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Lassen Sie mich zu zwei Dingen etwas sagen. Zum einen möchte ich etwas zu der Frage sagen: Ist der Arzt Beauftragter des Patienten oder Beauftragter der Krankenkassen? Der zweite Punkt betrifft die Versorgungsplanung. Meine Meinung ist: Der Arzt ist Beauftragter des Patienten und definitiv nicht der Krankenkasse. Ich will denjenigen, die nicht in der ambulanten Versorgung tätig sind, ein wesentliches Problem vorführen. Sollten wir als Beauftragte der Krankenkassen definiert werden, würde dies bedeuten, dass man de facto keine Off-Label-Verordnung mehr durchführen kann. Wenn ich heute Off-Label-Verordnung mache, bedeutet das, dass ich in Regress genommen werden kann. In der Situation eines Beauftragten wäre eine Off-Label-Verordnung ein Vermögensschaden, den ich der Krankenkasse zufüge, mithin ein strafbares Delikt.

In diesem Dilemma werden wir uns dann befinden. Ich hoffe, dass der Erste Senat des Bundesgerichtshofs dieses Dilemma erkennt. Die Politik hat es bedauerlicherweise noch nicht erkannt. Deshalb erhoffe ich mir, dass von diesem Deutschen Ärztetag ein klares Signal ausgeht, dass wir diese Bestrebungen, dass der Arzt Beauftragter der Krankenkassen sei, zutiefst ablehnen.

(Vereinzelt Beifall)

Lassen Sie mich zum Zweiten das Thema Aufhebung der Zulassungsplanung ansprechen. Die Zulassungsplanung wurde 1993 oder 1994 eingeführt, als wir einen Überschuss an Kolleginnen und Kollegen hatten. Damals dachte der Staat, er müsse die Krankenkassen vor uns vielen Ärzten schützen. Diese Situation dürfte heute, wenn ich Herrn Bahr heute Vormittag richtig verstanden habe, definitiv nicht mehr gegeben sein. Wozu soll dann eine Versorgungsplanung bestehen bleiben? Ich glaube, es gibt keinen Beruf in Deutschland, der bei der Berufsausübung in seiner Ortswahl so eingeschränkt wird wie der Arzt, ohne dass hierfür eine Notwendigkeit besteht.

Schließlich möchte ich noch auf Herrn Pickerodt eingehen. Ich weiß natürlich, dass Berlin oder Hamburg ein Luxusproblem haben. Das Luxusproblem besteht darin, dass ich von bestimmten Stadtteilen Hamburgs oder Berlins aus bis zum Zentrum mit öffentlichen Verkehrsmitteln im Fünfminutentakt maximal 12 bis 13 Kilometer vor mir habe. Meine Damen und Herren, das ist ein Miniproblem. Das ist fast lächerlich. Wenn Sie auf dem freien Land in Niedersachsen, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern tätig sind, sind Sie froh, wenn Sie alle drei Stunden eine Verbindung haben. Dann müssen Sie 20, 25 oder 30 Kilometer mit dem Bus fahren, um zu einem Kinderarzt zu kommen.

Ich darf darum bitten, dass wir das Luxusproblem von Hamburg und Berlin nicht zum Gegenstand der allgemeinen Diskussion machen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als vorläufig letzter Redner in dieser Debatte Herr Biedendieck aus Westfalen-Lippe.

Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte kurz einige Anmerkungen zum Antrag I-01 machen. Mich verwundert schon der Antrag von Frau Haus und anderen zur Abschaffung jeglicher Zulassungsbeschränkungen. Das passt aus meiner Sicht auch deshalb nicht in diese Welt, weil Medizin kein Geschäft ist. Es besteht meines Erachtens keine Notwendigkeit, in ohnehin überversorgten Spitzenzentren eine völlige Aufhebung der Zulassungssperren vorzusehen. Anderenfalls kommt es dazu, dass die Praxen immer kleiner werden, dass die technischen Voraussetzungen nicht zusammenpassen. Ich bin seit 20 Jahren Vorsitzender eines Zulassungsausschusses. Ich weiß, wovon ich rede. Das kann aus meiner Sicht so nicht funktionieren.

Ich kann den Antrag von Frau Gitter nicht verstehen, der darauf abzielt, den Begriff „Krankenhäuser“ durch „Krankenhausfachärztinnen“ und „Krankenhausfachärzte“ zu ersetzen. Soll das bedeuten, dass es persönliche Ermächtigungen pro Facharzt gibt? Oder soll das bedeuten, dass Institutsambulanzen eingesetzt werden? Das bedarf aus meiner Sicht einer Erklärung, um das verständlich zu machen.

Schließlich kann ich überhaupt nicht nachvollziehen, warum diese Dinge außerhalb der Bedarfsprüfung stattfinden sollen. Es kann doch nicht der Sinn dieses Antrags sein, eine Doppelschiene neben einer hochwertigen fachärztlichen Versorgung auf-

zubauen, die in vielen Universitätsstädten und auch in kleineren Städten bereits besteht. Der bestehenden Struktur eine weitere Struktur ohne jegliche Überprüfung der Mengenbegrenzungen hinzuzufügen halte ich nicht für sehr sinnvoll. Das führt insbesondere dazu, dass Praxen in den Ruin getrieben werden. Das kann der Ärztetag nicht wünschen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Biedendieck.

Herr Professor Hoppe hat mich, um seine Stimme und seine Augen zu schonen, gebeten, Sie gleich durch die Abstimmungen zu führen.

Frau Gitter hat sich zu Wort gemeldet, weil sie auf die Ausführungen von Herrn Biedendieck sofort reagieren möchte. Danach könnten wir in die Abstimmungen einsteigen. Bevor Frau Gitter das Wort erhält, möchte ich Ihnen kurz erläutern, in welcher Reihenfolge wir die Anträge behandeln wollen. Dann können Sie sich die Anträge entsprechend sortieren. Sie wissen dann, in welcher Reihenfolge wir abstimmen.

Es geht nur um diejenigen Anträge, die sich direkt mit dem Versorgungsgesetz befassen. Ich schlage Ihnen vor, zunächst den Antrag I-01, also den Vorstandsantrag, mit den dazugehörigen Änderungsanträgen zu behandeln. Aber der allererste Antrag, den ich zur Abstimmung stellen möchte, ist der Antrag 7, weil er konträr zum ersten Kapitel des Vorstandsantrags steht. Wir müssen uns eine Meinung über die generelle Richtung bilden.

Dann stimmen wir über die Änderungsanträge 1 d, 1 c, 1 a und 1 e ab.

(Zurufe)

– Die liegen noch nicht vor? Wenn Sie die Anträge noch nicht vorliegen haben, sollten wir diesen Komplex einen Moment zurückstellen. Wir sollten die Debatte über die Organtransplantation fortführen. Wenn alle Anträge verteilt sind, können wir in die Abstimmungen eintreten.

Das Wort hat jetzt Heidrun Gitter, die sich zu den Äußerungen von Herrn Biedendieck zu Wort gemeldet hat.

Dr. Gitter, Bremen: Lieber Herr Vizepräsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte das gerne erklären. Nicht das Krankenhaus als Institution sollte zugelassen werden, denn es leistet ja auch nicht die ärztliche Arbeit, sondern die ärztlichen Leistungen werden durch Ärztinnen und Ärzte erbracht. In diesem Fall geht es um die fachärztliche Versorgung. Deswegen müssen Fachärztinnen und Fachärzte unter diesen Zulassungsvorbehalt gestellt werden, nicht die Institution Krankenhaus. Das ist der Sinn meines Änderungsantrags. Deswegen bitte ich auch um reichlich Zustimmung.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Meine Damen und Herren, wir leben im Moment im Sternzeichen des Zwillings. Ich bedanke mich sehr, dass Sie mir heute zum Geburtstag gratuliert haben. Aber wir haben den Zwilling vergessen: Es gibt einen weiteren Delegierten, der Geburtstag hat, nämlich Herrn Dr. Werner Wyrwich aus Berlin. Werner, herzlichen Glückwunsch zu Deinem Geburtstag!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der nächste Komplex betrifft die Präimplantationsdiagnostik. Gibt es dazu Wortmeldungen? – Zunächst Herr Dr. Albring aus Niedersachsen.

Dr. Albring, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Eine der größten Tugenden der Ärzte ist ihr Eintreten und ihr Kampf für die Menschlichkeit. Ich begrüße den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer, weil er von großer Menschlichkeit geprägt ist. Der Vorstand hat sich wirklich sehr viel Mühe gegeben, in Zusammenarbeit mit Herrn Professor Hepp, dem ehemaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, das Memorandum zu erarbeiten. Auch wenn dieses Gesetz wahrscheinlich nur 200 Paare in Deutschland pro Jahr betrifft, kann es doch unermessliches Leid vermeiden helfen. Ich möchte Sie daher bitten – vielleicht auch für den Berufsverband der Frauenärzte und für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, wo ich mit tätig bin, aber auch für die Reproduktionsmediziner und die Pränataldiagnostiker –, diesem Antrag zuzustimmen. Ich glaube, wir können diesen Menschen damit sehr, sehr helfen. Vielleicht kann man einen bekannten Ausspruch variieren: Man kann einen kleinen Schritt für uns machen, aber es ist ein großer Schritt für die Menschlichkeit, für die betroffenen Paare.

Deswegen bitte ich Sie, dem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Zu diesem Thema haben wir auch Herrn Professor Hepp geladen. Wenn er möchte, kann er das Wort ergreifen. – Jetzt aber zunächst Rudolf Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Dies ist eine der Situationen, in denen sich ein Vorstandsmitglied meldet, weil es in Kontroverse zum Antrag des Vorstands steht und argumentieren will und bei Ihnen für eine andere Haltung werben will als diejenige, die im Vorstandsantrag zum Ausdruck kommt.

Wir haben als Deutscher Ärztetag im Jahr 2002 den Vorstand aufgefordert, darauf hinzuwirken, dass die Präimplantationsdiagnostik untersagt bleibt. Das ist eine Forderung, die ich nicht für obsolet halte, sondern ich setze mich mit über 190 anderen

Abgeordneten im Deutschen Bundestag für ein komplettes Verbot der Präimplantationsdiagnostik ein.

Nun weiß ich natürlich nach all den Vorberatungen, die wir gehört haben, dass alles dafür spricht, dass Sie, wenn der Vorstand einen Antrag einbringt, der das breite Votum der meisten Präsidenten hat, dem in den Vorbesprechungen folgen werden. Aber ich möchte hier das Wort erheben, weil ich es auch sonst anderwärts nicht erheben kann. Ich glaube, dass wir, wenn wir das beschließen, einen Antrag formulieren, der an ein paar Stellen fundamentalen ethischen Erwägungen widerspricht. Das ist jedenfalls meine Sicht der Dinge. Deswegen kann ich nicht nachvollziehen, dass ich mit der Zustimmung zu diesem Antrag umsichtige und sorgfältige ethische Abwägungen und daraus resultierend eine gesetzliche Regelung für die Zulassung der PID in engen Grenzen befürworten soll.

Ich glaube, es gibt auch eine andere Sicht. Ich will Ihnen dafür vier Gründe nennen. Mein erster Grund ist mehr rechtstheoretischer Natur. Hier ist davon die Rede, dass der Bundesgerichtshof eine höchstrichterliche Feststellung getroffen habe, dass eine PID mittels Gewinnung und Untersuchung nicht mehr totipotenter Zellen in Deutschland rechtlich zulässig sei. Dadurch ist die gesellschaftspolitische Diskussion zur PID wieder angestoßen worden. Ich will nur darauf hinweisen: Es handelt sich bei dem Urteil des Bundesgerichtshofs natürlich um eine Rechtsprechung im Rahmen der Strafgesetzgebung. Es ist dort nicht gefragt worden „Ist das zulässig oder ist das nicht zulässig?“, sondern es ist gefragt worden „Ist das so ausreichend klar formuliert, dass es Strafbarkeit rechtfertigt?“ Das ist jedenfalls für die Blastozystenbiopsie als Methode der PID dann verneint worden, weil man gesagt hat: Das Strafrecht ist hier nicht eindeutig, klar, verständlich und genügend unzweifelhaft.

Das heißt aber nicht, dass das ein Programmsatz des BGH wäre, mit dem höchstrichterlich der Auftrag erteilt wäre, man müsse das freigeben.

Zweiter Punkt. Wenn es nach dem BGH-Urteil eine Begrenzung auf die PID mittels Blastozystenbiopsie gibt und wenn von engen Grenzen die Rede ist, dann sind jedenfalls zwei Gesetzentwürfe, die dem Deutschen Bundestag vorliegen, so verfasst, dass sie keine Begrenzung auf die nicht mehr totipotenten Zellen vorsehen. Es ist weder in dem Gesetzentwurf von Frau Flach und anderen noch in dem Entwurf von Herrn Röspel und anderen davon die Rede. Beide argumentieren ja mit engen Grenzen. Weder in dem einen noch in dem anderen Entwurf ist daran festgehalten, dass es sich um nicht mehr totipotente Zellen handeln würde.

Das bedeutet, dass man mit einer Befürwortung dieser Entwürfe einen Beitrag dazu leistet, dann das komplette Embryonenschutzrecht in Deutschland auf eine andere Grundlage zu stellen; denn dann müsste man den Ausschluss von jedweder ihnen nicht selbst dienender Untersuchung an totipotenten Zellen aufheben. Anders funktioniert das nicht.

Dritter Punkt. Wir haben eben an einer völlig anderen Stelle davon gesprochen, dass die Menschenwürde, der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen nicht von bestimmten Eigenschaften abhängig gemacht werden darf. Genau das aber geschieht in Bezug auf das Lebensrecht mit den Embryonen, die hier untersucht werden. Deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, stimmt es nicht, dass die Pränataldiagnostik gewissermaßen das Gleiche täte, weil bei der Pränataldiagnostik nach dem deutschen Recht ausschließlich entscheidend ist, ob durch die Schwangerschaft Leben, Ge-

sundheit, Integrität der Mutter bedroht sind. Es geht nicht um die Eigenschaften, nicht um eine Selektionsentscheidung beim Embryo, sondern es geht darum, ob es eine gesundheitliche Bedrohung der Mutter gibt. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich ausgeschlossen, dass eine embryopathische Indikation angewandt werden darf.

Nun weiß auch ich – Frau Professor Schöne-Seifert hat das in der Anhörung des Bundestags vorgetragen –, dass manche sagen: Wir haben eine embryopathische Indikation unter Tarnkappe. Auch ich weiß, dass Professor Dietrich im Deutschen Bundestag vorgetragen hat, hier handele es sich um eine Mogelpackung.

Aber was ist das für eine Botschaft der Ärzteschaft, die erst ethische Verantwortung übernehmen will, wenn sie dem Gesetzgeber sagt: Wir halten uns dort nicht an Recht und Gesetz, sondern wir nutzen das als eine Tarnkappe für eine in Wirklichkeit doch praktizierte embryopathische Indikation?

Mein letzter Punkt. Ich glaube, dass die Präimplantationsdiagnostik nicht vereinbar ist mit der Behindertenkonvention der Vereinten Nationen und der Notwendigkeit, dass Deutschland dem folgen muss. Sie entscheidet nämlich über die Zumutbarkeit eines Embryos für seine Eltern, über das Lebensrecht des Embryos für seine Weiterentwicklung, und zwar anhand von Eigenschaften, die ihn von anderen Embryonen unterscheiden. Dieses Unterscheidungsmerkmal ist nichts anderes als die Diskriminierung zwischen behindert und nicht behindert, angewendet auf den Embryo, der sich in dem Verfahren nicht zu Wort melden kann.

Nun kann man sich natürlich auf den Standpunkt stellen, dass es sich bei dem Embryo um eine Sache handelt, weil bis zur Nidation bestritten wird, dass der Embryo dann schon ein menschliches Individuum ist und als Mensch lebt. Wenn man diese Auffassung vertritt, kann man das alles zulassen. Das ist aber nicht die Basis, auf der man meines Erachtens eine naturwissenschaftliche Debatte gründen kann; denn die These, dass der Menschencharakter zum Zeitpunkt der Nidation hinzuträte, dass der Menschencharakter zum Zeitpunkt X in der Schwangerschaft hinzuträte, ist sicher nicht plausibler als die These, dass die neue Existenz als Mensch mit der Verschmelzung von Ei und Samenzelle begonnen hat.

Auch ich kann das nicht beweisen, aber das Gegenteil ist ebenfalls nicht zu beweisen. Wenn es so ist, dass ich es nicht beweisen kann, dann muss ich davon ausgehen, dass ab dem Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei und Samenzelle ein Schutzanspruch besteht, der sich darauf richtet, als eine würdevolle menschliche Person anerkannt zu sein.

Deswegen ist selbstverständlich ein Abwägen gegenüber der Gesundheit der Mutter möglich. Aber es ist kein Abwägen möglich in der Frage: Welche Eigenschaft weise ich auf? Daher ist meine Sorge, dass wir uns mit dieser sicher sorgfältig und ethisch verantwortlich gemeinten Positionierung, die wir jetzt anzustreben versuchen, in eine problematische Wertung einreihen, weil es eine Wertung ist, die der Selektion Behinderter im Gegensatz zu nicht behindertem menschlichen Leben den Vorzug einräumt.

Ich habe vor drei Tagen im Deutschen Bundestag in der gemeinsamen Anhörung von Gesundheitsausschuss und Rechtsausschuss miterlebt, dass Menschen mit Behinderung wie der Schauspieler Radtke gesagt haben: Wir haben uns noch nie so ausgeschlossen gefühlt wie durch diese Debatte, in der wir gewissermaßen den

Marker bekommen, dass man uns, wäre es damals zum Zeitpunkt unserer Zeugung schon möglich gewesen, potenziell als ein Wesen hätte identifizieren können, bei dem das Recht bestanden hätte, uns – ohne uns zu fragen – aus der Welt zu schaffen.

Ich möchte nicht, dass der Deutsche Ärztetag dazu die Hand reicht. Ich kann verstehen, dass wir dazu unterschiedlicher Meinung sind. Aber ich meine, das richtige Votum hier wäre, auf eine Empfehlung an den Deutschen Bundestag zu verzichten und es der Gewissensentscheidung der Abgeordneten im Deutschen Bundestag zu überlassen, diese Entscheidung zu treffen. Sie werden sie am 30. Juni treffen. Jetzt hier mit der Mehrheit der Ärzteschaft eine pseudonaturwissenschaftliche Position einzunehmen und zu sagen „Das ist die einzige ethisch verantwortliche Position“ halte ich für falsch. Deswegen bitte ich Sie, auch als Vorstandsmitglied: Lehnen Sie den Antrag I-02 des Vorstands ab.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Rudolf Henke. – Jetzt kommt Herr König aus Hessen.

Dr. König, Hessen: Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Henke, es ist sehr schön, wenn Sie sich engagiert haben und uns empfehlen, dem Deutschen Bundestag keine Empfehlung zu geben, sodass er ohne ärztliche Beeinflussung über ärztliche Sachentscheidungen ein Urteil fällt. Ich finde, wir sind eigentlich Mediziner genug, um das zu beurteilen. Das Thema wird schon sehr lange in der Presse behandelt. Wir haben es auch schon sehr lange in unseren Kammern diskutiert. Selbstverständlich gibt es unterschiedliche Haltungen dazu.

Aber eines haben Sie nicht erwähnt: Die Präimplantationsdiagnostik wird schon die ganze Zeit über durchgeführt, nur nicht bei uns. Unsere Patienten gehen ins benachbarte Ausland. Wir müssen ihnen immer sagen: Es tut uns wahnsinnig leid, wir dürfen es nicht; aber Sie können ja nach Belgien gehen. Die belgischen Ärzte haben mir damals selber gesagt: Wir schreiben ihnen keinen Brief, damit sie ja nicht irgendwo ins Negative hineinkommen.

Das können wir doch auf Dauer nicht machen. Wann beginnt die Schwangerschaft? Mit der Nidation. Das ist klar definiert. Sonst wäre alles, was irgendwo gemacht wird, ein Abbruch.

Sie müssen bedenken, dass wir auch in der Lage sind, Kommissionen zu bilden. Wir haben IVF-Kommissionen und mehrere Unterkommissionen, in denen wir spezielle Dinge entscheiden. Wir sind in der Lage, das zu prüfen. Dazu haben wir genügend Experten in unseren Reihen.

Herr Henke, ich verlange von Ihnen auch eine gewisse Toleranz. Tolerieren Sie, dass es Leute gibt mit anderen Meinungen. Sagen Sie Ihre Meinung, aber versuchen Sie nicht zu beeinflussen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Aber das ist doch der Sinn der Meinungsäußerung!

(Beifall)

Ich verstehe ja, was gemeint ist. Danke schön. – Jetzt kommt Herr Professor Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! In dieser kontroversen Debatte muss man sich einfach zu Wort melden, wenn man hier Verantwortung trägt. Das ist überhaupt nicht verzichtbar. Die Öffentlichkeit ist durch eine breite Darstellung dieser Problematik intensiv informiert.

Der Ärztetag 2001 hat sich damals mit knapper Mehrheit gegen die PID ausgesprochen. Mittlerweile sind wir zehn Jahre weiter und es existieren im nicht europäischen Ausland und auch weltweit ausreichende Erfahrungen an 10.000 solcher PIDs mit über 4.000 Geburten, mit einer Rate der Schwangerschaftserzielung von 26 Prozent. Das liegt also nicht etwa in einem niedrigen Bereich.

Diese Ergebnisse zeigen auch, dass die Argumente, die immer wieder kommen, dass es eine schiefe Ebene gibt, dass es gottgewollt ist, dass diese Paare keine Kinder bekommen können, nicht den aktuellen naturwissenschaftlichen, ethischen und rechtlichen Rahmen darstellen, innerhalb dessen wir als verantwortliche Ärzte diese Dinge diskutieren müssen. Ich bin davon überzeugt, dass sich das, was in unserer Berufsordnung steht, nämlich dem Patienten verpflichtet zu sein, aber auch der Gesellschaft gegenüber, qualifiziert Rat zu geben, ganz besonders auch auf diese Problematik bezieht.

Was hat sich noch verändert? Es sind ethische Prinzipien angesprochen. Herr Henke hat sie ein Stück weit ausgeleuchtet, aber mit einer negativen Schlussfolgerung. Es ist durchaus auch ethisch, wenn sich ungefähr 200 Paare in Deutschland, die schwere genetische Störungen haben, für eine solche naturwissenschaftliche Untersuchung entscheiden, um zu sehen, ob in ihrem Genom Möglichkeiten sind, gesunde Embryonen zu haben.

Mit der sogenannten Dreierregelung wird das nicht gehen. Es muss eine Nachjustierung des Embryonenschutzgesetzes geben. Wenn die Betrachtung der Embryonen notwendig ist, brauchen wir natürlich auch solche, die keine chromosomalen Aberrationen zeigen, die zur Implantation für die entsprechende Frau zur Verfügung stehen.

Das sind die Erwägungen, die naturwissenschaftlich und ethisch gelten. Das hängt in diesem Fall sehr eng zusammen. Die Paare müssen in Selbstverantwortung, in Verantwortung gegenüber dem künftigen Kind ihre Entscheidung treffen. Wir sollten nicht vom hohen Ross herunter oder von einer ideologischen, weltanschaulichen oder religiösen Warte herab die Dinge betrachten.

Das heißt nicht, dass Sie bei Ihrer individuellen Sicht auf diese Problematik irgendeinen Korpsgeist zeigen müssten, sondern wir müssen als Ärzte diese Problematik aufgreifen und uns dazu positionieren.

Wir haben neue naturwissenschaftliche Erkenntnisse durch die Daten der europäischen Datenbank, die das genau erfasst hat. Die betroffenen Paare wenden sich an uns als Ärzte. Wer macht schon eine PID, um dann zu erleiden, erneut ein schwer genetisch gestörtes Kind zu bekommen? Daraus ergibt sich die Forderung. Wer gut Geld hat, geht ins Ausland, wer das nicht hat, hat Pech gehabt. Wir sollten für diese geringe Gruppierung, um die es geht, in der Tat diese Möglichkeit schaffen.

Rechtlich besteht das Problem, das ich hinsichtlich des Embryonenschutzgesetzes bereits angesprochen habe; es muss erweitert werden. Die Dreierregelung gibt es nicht. Wir brauchen implantationsfähige Embryonen.

So viel in aller Kürze. Es handelt sich um ein Mosaik; es kann nicht jedes Detail besprochen werden. Ich bitte Sie herzlich, diesen Antrag sehr genau durchzulesen. Wer noch ein bisschen Lust und Zeit hat, möge auch dieses Memorandum hinsichtlich der entsprechenden Positionen, die ich kurz gestreift habe, lesen, um sich eine fundierte Meinung zu bilden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Jan Schulze. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich weiß, dass es da keinen goldenen Mittelweg gibt. Es ist sicherlich auch keine Sache, über die man Kompromisse eingehen kann, sondern es geht um eine grundsätzliche Frage. Ich habe als Delegierter des Deutschen Ärztetages ein Votum nach meinem persönlichen Gewissen abzugeben. Dieses Votum werde ich nicht an Experten abtreten. Ich werde es auch nicht an Expertenkommissionen abtreten. Die Präimplantationsdiagnostik ist eben nicht eine Sache, die man nur als Mediziner technisch sehen kann; dann wäre es ja relativ einfach. Dann kommt man nämlich zu der Diskussion: Wie viele Embryonen dürfen es denn sein? Wie viel menschliches Leben kann man dann verbrauchen, damit gesundes menschliches Leben entsteht?

Es ist eine Methode, die für die betroffenen Paare einen ernsten Hintergrund hat. Ich will es nicht bestreiten: Diese Paare sind in größter Not. Aber als Arzt fühle ich mich einem gewissen Ethos verpflichtet. Ich bin nicht dazu da, nur gesundes Leben zu schaffen, wenn dies gewünscht wird. Dies ist meine Meinung dazu.

Ich weiß, dass wir vor Jahren einen anderen Standpunkt hatten und gesagt haben: Das können wir nicht machen. Die – ich will es einmal so bezeichnen – Utilitätsethik, in der man sagt „Man kann das ja in Belgien machen“, enthebt mich nicht der Entscheidung zu sagen: Ich halte das für nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar. Es ist letztendlich eine Methode, die menschliches Leben selektiert. Genauso wie man sich zu Beginn des Lebens solche Methoden überlegt, ist dies auch im Zusammenhang mit der Palliativmedizin, am Ende des Lebens, der Fall.

In der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ stand: Der Deutsche Ärztetag wird sich zu einer Liberalisierung der Sterbehilfe bereit erklären. Es war zu lesen, sozusagen un-

sere Meinung vorwegnehmend, dass wir selbstverständlich dem leidenden Patienten in Zukunft beim Selbstmord ärztlich assistieren werden. Auch das lehne ich ab. Ich sehe das als Arzt. Da unterscheide ich mich auch von Medizinern, die eine Reproduktionsmedizin betreiben möchten. Ich sehe es nicht als unser vornehmliches ärztliches Tun an, menschliches Leben sozusagen fehlerfrei zu ermöglichen.

Ich habe durch meine berufliche Tätigkeit als Hausarzt beispielsweise im Zusammenhang mit der Heimbetreuung mit vielen Behinderten zu tun, die mir oft genug geschildert haben, dass sie eine solche Möglichkeit als existenzielle Bedrohung für sich selbst sehen. Sie sind eben durch eine Behinderung und zum Teil durch eine schwere Krankheit nicht gesund. Ließe man so etwas zu, käme ständig der Vorwurf: Warum seid ihr so unvollkommen? Wir wissen, wohin das führen kann.

Ich bin der Meinung, diese Beschränkungen, die von den Befürwortern angeführt werden, indem man erklärt, man werde das nur in besonders schweren Fällen tun – es sind in Deutschland ja nur 200 Fälle –, führen auf eine schiefe Ebene. Man wird diese Tür immer weiter aufmachen. Ich stimme der Meinung der Bundeskanzlerin zu, die als Naturwissenschaftlerin sehr nüchtern ist: Wenn man das anfängt, weiß man nicht, wo man damit aufhören will. Ich bin nicht bereit, hier eine Generalvollmacht zu geben. Sonst werden wir uns beim nächsten Mal darüber unterhalten, welche neuen Indikationen hinzukommen. Dann geht es so immer weiter.

Man sollte sich das wirklich überlegen. Die Abgeordneten des Bundestages sind sicherlich informiert. Ich bin der Meinung, dass wir den Abgeordneten des Bundestages nicht unbedingt eine Empfehlung geben müssen. Wir müssen einen Weg finden, wie wir als Ärzte verantwortlich damit umgehen können. Der Gesetzgeber hat ja im Prinzip nur festgestellt, dass es eine Gesetzeslücke gibt. Der Bundesgerichtshof hat nicht gesagt: Ab heute ist es erlaubt. Er hat im Prinzip festgestellt, dass es eine Gesetzeslücke gibt.

Man muss sich immer daran erinnern, dass die Präimplantationsdiagnostik letztendlich eine Selektionierung menschlichen Lebens darstellt. Damit maßen wir uns etwas an, was wir uns besser nicht anmaßen sollten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Marx. – Der nächste Redner ist Herr Professor Hettenbach aus Baden-Württemberg.

Prof. Dr. Hettenbach, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich werde diesem Antrag zustimmen. Ich bin Gynäkologe, seit 20 Jahren Chefarzt einer gynäkologischen Abteilung. Ich kenne die Realitäten und theoretisiere hier nicht nur.

Wir wissen, dass es zwischen Behinderung und Behinderung ganz erhebliche Unterschiede gibt. Wenn wir wissen, dass wir extrem behinderte, lebensunfähige Kinder durch die Eltern austragen lassen, habe ich eine Verpflichtung an die Ethik der Eltern

und in dieser Situation nicht an die Ethik des Embryos. Deshalb werde ich zustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt noch einmal Herr Funken aus Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich danke dem Vorstand der Bundesärztekammer für diesen Entschließungsantrag, der die wichtigen Punkte der gesamten Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik gut zusammenfasst, der die Argumente auch gut gewichtet, soweit man sie überhaupt im medizinischen und naturwissenschaftlichen Bereich so zusammenfassen kann.

Wir tun uns alle ein bisschen schwer, weil wir uns im Grenzbereich dessen bewegen, was wir als Ärzte kennen, wo wir an uns selber appellieren müssen, wie unsere ethisch-moralische Haltung dazu ist: Sind wir mehr christlich geprägt? Sind wir mehr arabisch geprägt? Sind wir atheistisch geprägt? Haben wir überhaupt einen Grundsatz?

Das alles steht – zumindest in Teilen – in diesem Papier. Aber es berücksichtigt ja nicht, dass wir alle hier eine individuelle Entscheidung treffen müssen. Wir können sie nicht mal so eben durchwinken. Wir müssen es diskutieren. Mein besonderes Problem bei diesem Antrag des Vorstandes ist, dass wir – wie so häufig – wissen, dass die Naturwissenschaften immer dort ihre Grenzen erfahren, wo die Messmethoden nicht mehr nachweisbar machen, dass es andere Gesetzmäßigkeiten gibt. Den alten Klassiker „Die Erde ist eine Scheibe“ und „Sie dreht sich doch“ will ich hier gar nicht erwähnen. Auch damals divergierten Wissen und Erkenntnis.

Viel schwieriger ist aber aus meiner Sicht neben diesen möglicherweise sehr schwierig nachzuvollziehenden Verhältnissen zwischen Naturwissenschaften, Denken und ethisch-moralischen Grundvorstellungen der Weg zur anderen Seite, zum Ende des Lebens, den Guido Marx eben bereits angesprochen hat. Wir kommen in der Sterbebegleitung, in der Palliativmedizin genau an denselben Punkt, wo wir unseren Kollegen klar sagen müssen: Hier hört lebenswertes Wesen auf, an dieser Stelle müssen wir aktiv Sterbehilfe leisten. Das wird hier niemand sagen. Wir haben vom Präsidenten gehört, dass er gerade diese aktive Sterbehilfe ablehnt. Dafür sind wir dankbar. Die beiden Grenzen des Lebens – Anfang und Ende – führen uns an die Grenzen des Machbaren.

Deswegen denke ich, dass es wichtig ist, dem Deutschen Bundestag möglicherweise keine Empfehlung zu geben, dem Deutschen Bundestag diese Entscheidung nicht abzunehmen, kein Votum der Ärzteschaft zu diesen Fragen abzugeben, weil wir Bedenken sowohl hinsichtlich der Präimplantationsdiagnostik als auch der Sterbehilfe haben. Das Leben als solches können wir als Ärzte nur beurteilen, wenn es uns von der Natur übergeben worden ist, darüber hinaus nicht. Wir mischen uns in Situationen ein, in denen wir als Ärzte nicht mehr gefordert sind, sondern es muss ein ge-

sellschaftlicher Konsens herbeigeführt werden. Der gesellschaftliche Konsens wird nicht von uns herbeigeführt. Wir beeinflussen ihn als Ärzteschaft, aber wir stellen uns hier auf ein sehr wackliges Brett, das uns möglicherweise einmal als Rollbrett unter den Füßen weggezogen und dann gegen uns benutzt wird.

Deswegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte ich darum, äußerst vorsichtig abzuwägen, ob wir diesem Entschließungsantrag des Vorstands zustimmen sollten oder nicht.

Ich möchte noch einen vielleicht unethischen Aspekt hinzufügen. Es geht um die Priorisierung von Mitteln im Gesundheitswesen und um die Allokation von Mitteln. Man sagt: Es sind 200, 300 Fälle in der Bundesrepublik Deutschland. Wie hoch ist der Kostenaufwand? Wer zahlt das? Wird das zusätzlich in das System eingespeist oder entscheiden wir auf einer anderen Ebene, woanders Mittel zu streichen? Oder schneiden wir es uns selber aus den Rippen? Auch diese Fragen sind nicht geklärt.

Vor dem Hintergrund, dass wir viele Leben retten, dass wir helfen und unterstützen sollen, bitte ich das Plenum, den Entschließungsantrag des Vorstands an den Vorstand zurückzuüberweisen und dann vor dem Hintergrund des Beschlusses des Deutschen Bundestages neu zu überlegen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Der nächste Redner ist Herr Voigt, Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Für diejenigen, die es nicht wissen: Ich bin niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Ich habe von Berufs wegen mit behinderten, auch schwerbehinderten Kindern seit über 25 Jahren zu tun. Ich denke, ich kann eine Entwicklung schildern, die wir alle in unseren Praxen erleben. Diese Entwicklung ist eine Folge der Pränataldiagnostik. Bestimmte Formen von Behinderungen tauchen bei uns nicht mehr so häufig auf. Kinder mit Down-Syndrom sind eher eine Seltenheit geworden. Sie waren früher häufig. Viele dieser Kinder, die ein Down-Syndrom haben, werden heute nicht mehr geboren, weil sie durch die Pränataldiagnostik erkannt werden und die Mütter die Entscheidung treffen, die Schwangerschaft zu beenden und das Kind nicht auszutragen, obwohl es Kinder sind, die sehr liebenswert sind und eine Betreuung verdienen.

Man kann das Argument verstehen, das Herr Henke bereits vorgetragen hat: Behinderte fühlen sich tatsächlich diskriminiert, wenn man sagt „Hätte ich gewusst, dass du so einer bist, wärst du nicht geboren“. Ich denke, diese Problematik müssen wir sehen. Sie ist aber längst Realität geworden. Wenn wir heute über die PID diskutieren, tun wir dies doch vor allen Dingen unter dem Aspekt: Es gibt eine ganz geringe Zahl von Schwangerschaften, bei denen sich die Frage stellt: Wird dieser Frau zugemutet, eine Schwangerschaft zu beginnen, um sie womöglich zu einem späteren Zeitpunkt zu unterbrechen? Oder kann man diese Entscheidung früher treffen?

Es macht mich betroffen, dass ich in dem Memorandum als Beispiele Formen der Behinderung finde, die nicht mit dem verbunden sind, was ich mir beim ersten Lesen des Antrags vorgestellt habe. Das sind keine Behinderungsformen, die sehr früh eine schwerste Schädigung des Kindes und eine womöglich nicht stattfindende Entwicklung bedeuten, sondern wir reden über Erkrankungen der Kinder, die erst im Laufe des Kindes- oder Jugendalters auftreten, also später relevant werden. Das Beispiel Duchenne ist so gesehen extrem unglücklich gewählt, denn diese Kinder haben ja für einen langen Zeitraum eine durchaus angenehme und gute Entwicklung vor sich, bevor sie krank werden. Ich betreue zwei solcher Kinder, davon eines mit Heimbeatmung. Diese Kinder möchten von uns natürlich nicht hören: Dich hätte es nicht gegeben.

Wenn wir uns positiv dazu entscheiden, dann müssen wir einen Kriterienkatalog haben, der extrem scharf ist und nicht in den Verdacht gerät, dass wir nur noch Designerbabys produzieren möchten. Das wäre ein fataler Weg. Wenn wir der Überzeugung sind, dass wir dieses noch lenken können, dann ist es auch richtig, dem Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer zuzustimmen. Sollten wir allerdings der Meinung sein, wir können diese Tür, die dann ein bisschen geöffnet ist, nicht wieder schließen, dann wäre die Aussage konsequent: Wir müssen das ablehnen.

Tatsache ist: In der Pränataldiagnostik gibt es dieses letztendlich schon seit Jahren. Schon jetzt werden diese Schwangerschaften unterbrochen. Dann ist es vielleicht das geringere Übel für diese kleine Zahl von Frauen, über die wir hier reden, die Möglichkeit zu eröffnen, im Rahmen der PID diese Diagnose rechtzeitig zu erfahren.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

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

Für heute ist eine Sitzungsdauer bis 18 Uhr vorgesehen. Eben ist ein Antrag hereingekommen auf Vorziehen des Tagesordnungspunkts X – Wahlen – vor den Tagesordnungspunkt III – Berufsordnung. Dieser Antrag kommt von den Herren Rechl, Ottmann und Calles aus Bayern sowie von Herrn Voigt aus Niedersachsen. Ist Herr Professor Hepp morgen auch noch da? – Ja. Das ist gut.

Wer ist nun so mutig und vertritt den Antrag? Wir haben uns gedacht, dass die Themen Palliativmedizin und § 16 der Berufsordnung gut zusammenpassen, sodass wir das im Kontext diskutieren und vielleicht Donnerstagvormittag die Wahlen durchführen. Das wäre die bessere Idee.

(Beifall)

Bitte, zur Begründung des Antrags.

Dr. Rechl, Bayern: Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es sind mehrere Stimmen laut geworden, in Anbetracht des Sitzungsablaufs wäre es gut, die Wahlen vorzuziehen. Die weiteren sehr wichtigen Tagesordnungspunkte könnten dann vielleicht etwas entspannter diskutiert werden, ohne jetzt irgendwelche Wertun-

gen von Personen vorwegzunehmen, die sich zu irgendwelchen Themen äußern würden.

Zum anderen haben wir im Rahmen der Berufsordnung über so entscheidende Dinge zu befinden, dass es, glaube ich, sinnvoll wäre, die Wahlen vorab durchzuführen, um entspannt weiterdiskutieren zu können.

Ich bitte Sie also, diesem Antrag zuzustimmen. Wie ich gesehen habe, möchte Herr Calles, ein Mitantragsteller, auch noch etwas dazu sagen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Calles, bitte schön.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben uns überlegt, diesen Punkt vorzuziehen, weil wir der Meinung sind, dass alle – ich meine: wirklich alle – den Kopf freihaben sollten für Diskussionen zum Tagesordnungspunkt III, die elementar sind, die an die Existenz von Menschen gehen, die im Zusammenhang mit der Behandlung und der Betreuung von Sterbenden durch vertraute Ärzte zu sehen sind. Wir sind der Meinung, dass es sinnvoll wäre, diese Dinge zu trennen, um frei argumentieren und im Ergebnis gute Lösungen finden zu können.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dazu der Hauptgeschäftsführer, Herr Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Meine Vorbemerkung ist, dass ich, auch wenn ich kein Delegierter bin, den Eindruck habe, dass wir auch schon heute Nachmittag den Kopf frei haben.

(Beifall)

Gleichwohl möchte ich in tiefem Respekt sagen: Die Delegierten sind der Souverän. Es ist Ihre Entscheidung. Wir haben, wie Herr Professor Hoppe schon sagte, bei der Gestaltung der Tagesordnungspunkt gedacht, dass das Thema Palliativversorgung in Deutschland sehr viel mit der Beratung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung zu tun hat. Wir haben Herrn Professor Maschmeyer eingeladen, der sich in den Gremien der Bundesärztekammer zur Vorbereitung des Beratungsergebnisses zu § 16 der (Muster-)Berufsordnung nicht nur als jemand erwiesen hat, der auf eine 30-jährige Erfahrung mit der Betreuung von Palliativpatienten hat, sondern der auch ein ganz hervorragender und überzeugender Arzt ist, der uns vor Augen führen kann, worum es in den letzten Stunden tatsächlich geht.

Herr Professor Maschmeyer steht uns aber, wenn er kommen soll und kann, nur morgen Nachmittag zwischen 14 und 18 Uhr zur Verfügung. Wenn wir diesen Tagesordnungspunkt auf den Donnerstag verlegen, müssen wir auf Herrn Professor Maschmeyer verzichten, was von den Eindrücken her, die der Vorstand in diesem Zusammenhang gesammelt hat, sehr bedauerlich wäre.

Es kommt hinzu, dass der Antrag insoweit nicht ganz glücklich ist, als ja vor den Wahlen die Regularien zu behandeln sind. Zu den Regularien gehören der Haushalt und die Entlastung des Vorstands. Das müsste vor den Wahlen stattfinden.

(Zurufe: Nein!)

– In allen geordneten Beratungen, die mit dem Haushalt, der Jahresrechnung und Ähnlichem zu tun haben, wird der Vorstand entlastet. Ehe ein neuer Vorstand gewählt wird, muss diese Entlastung stattfinden. Sie können natürlich formal sagen: Wir wollen das anders. Aber ich glaube, das ist eine Prämisse, die Sie beachten sollten. Das würde auch die Rechtsabteilung so sehen.

Ich denke, dass wir eine realistische Chance haben, wenn die übrigen Beratungen morgen zügig verlaufen, mit den Wahlen im Laufe des Donnerstagvormittags zu beginnen, sodass wir den Donnerstagabend noch komfortabel erreichen. Da besteht eine gute Chance, aber auch dies hängt natürlich von Ihnen ab.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Sie haben alle Beweggründe gehört. Wer ist dafür, dass wir morgen Nachmittag wählen, bevor der Berufsordnungskomplex diskutiert wird? Wer möchte das? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit.

(Beifall)

Wer möchte, dass wir am Donnerstagmorgen zunächst die Regularien machen und dann wählen? – Wer ist dagegen? – Das ist dann so entschieden. Dann machen wir das Donnerstagmorgen.

Morgen früh wird uns Herr Windhorst auf Trab bringen, weil er der erste Redner sein wird. Auch Herr Hepp hat sich zu Wort gemeldet. Dann werden wir eine würdige Diskussion des Themas Präimplantationsdiagnostik haben.

Ich wünsche Ihnen heute einen schönen Abend. Seien Sie bitte morgen früh pünktlich um 9 Uhr wieder hier.

2. Tag, Mittwoch, 1. Juni 2011
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, meine Damen und Herren! Wir können die Beratungen fortsetzen. Ich begrüße aus unserem Nachbarland Frankreich Herrn Dr. Walter Vorhauer, Hauptgeschäftsführer des CNOM, des Nationalen Rats der Ärztekammern in Frankreich. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße ferner Herrn Dr. Xavier Deau, den Vizepräsidenten des CNOM, des Nationalen Rats der Ärztekammern in Frankreich. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Ferner begrüße ich den Herrn Ehrenpräsidenten des diesjährigen Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Beske, der schon im Raum ist. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Wir wollen jetzt zunächst die Abstimmungen zum Thema Versorgungsgesetz durchführen. Diese wird Herr Montgomery leiten, der sich auf dieses Thema vorbereitet hat. Bitte schön.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich schlage Ihnen vor, dass wir jetzt in die Abstimmung über die Anträge zum Versorgungsgesetz eintreten. Die Abstimmungsreihenfolge lautet: 1 d, 1 c, 1 e, 1 f (neu) und 1 a. Wir werden den Antrag 1 in der Reihenfolge der Kapitel durchgehen. Zum Kapitel 1 – Weiterentwicklung der Bedarfsplanung – liegt uns kein Änderungsantrag vor. Deshalb kommen wir zum zweiten Kapitel: Sicherstellung der Versorgung: Versorgung sektorenübergreifend koordinieren und Ärztekammern beteiligen. Hierzu gibt es den Änderungsantrag 1 d. Danach soll Kapitel 2 durch einen neuen Text ersetzt werden, der sich in diesem Änderungsantrag findet. Zusätzlich gibt es zu diesem Kapitel den Antrag 22, der an die Formulierung des Vorstandsantrags einen Satz anfügen möchte.

Sie haben beide Anträge vorliegen. Ich frage: Wird jetzt noch zu den einzelnen Anträgen oder den Abstimmungen das Wort gewünscht? – Wenn das nicht der Fall ist, dann gehe ich davon aus, dass Sie jetzt abstimmen können. Wir kommen zunächst zur Abstimmung über den **Antrag I-01 d.** Danach soll der gesamte Passus im Vorstandsantrag ersetzt werden. Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Damit ist der Antrag 1 d **abgelehnt.**

Wir können uns dem **Antrag I-22** des Kollegen Jan Schulze, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, zuwenden, der einen Satz anfügen möchte. Ich brauche ihn nicht vorzulesen; Sie haben ihn schriftlich vorliegen.

(Zurufe: Nein!)

– Sie haben ihn nicht schriftlich vorliegen? Der Antrag 22 ist gestern verteilt worden. Ich kann ihn vorlesen, er ist sehr kurz:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, die gesetzliche Grundlage für eine Beteiligung der Ärztekammern an den geplanten sektorenübergreifenden Koordinierungsstellen im Rahmen der Versorgungsplanung auf Landesebene zu schaffen.

Die Begründung brauche ich Ihnen nicht zu verlesen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.** Der Satz des Antrags 22 ist an das Kapitel 2 angefügt.

Wir kommen damit zum Kapitel 3, der ärztlichen Nachwuchsförderung. Dazu gibt es den **Antrag I-01 c,** der darauf abzielt, den letzten Satz dieses Kapitels, der da lautet:

Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz, Zwang zur Übernahme fachgebietsfremder Bereitschaftsdienste u. Ä. sind intolerabel.

durch eine andere Formulierung zu ersetzen, die sie im Antrag 1 c umgedruckt vorliegen haben. Haben Sie sie alle vorliegen? – Dann brauche ich sie Ihnen nicht zu verlesen. Ich frage Sie jetzt: Wer möchte diesen Satz im Vorstandsantrag ersetzen durch die im Antrag 1 c vorgeschlagene Formulierung? Wer das möchte, möge bitte die Karte heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Zum Kapitel 4 liegen uns keine Änderungsanträge vor.

Damit kommen wir zum Kapitel 5: ambulante fachärztliche Spezialversorgung. – Zur Geschäftsordnung Herr Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, ich möchte darauf hinweisen, dass nach § 15 der Geschäftsordnung die Anträge einmal vorzulesen sind.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das ist nur partiell richtig. Dort heißt es:

Vor der Abstimmung verliest der Vorsitzende noch einmal die gestellten Anträge oder – wenn die Anträge den Delegierten in umgedruckter Form vorliegen – teilt deren wesentlichen Inhalt mit.

Darin steckt sowohl eine Chance als auch ein Risiko. Man kann sich dem entziehen, indem man die Anträge vollständig vorliest. Das ist dann teilweise aber auch etwas länglich. Wenn Sie erwarten, dass ich Ihnen immer den Inhalt vortrage, besteht die Gefahr der Interpretation, mit der Sie nicht einverstanden sind. Deswegen wähle ich immer den Weg, Sie zu fragen, ob Sie es schon gelesen haben.

(Beifall)

Sind Sie in dem Fall damit einverstanden, dass ich es jetzt nicht vorlese?

(Beifall)

– Ich danke Ihnen.

Zur Abstimmung steht der **Antrag I-01 e.** Danach soll die Formulierung im Vorstandsantrag ersetzt werden. Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag 1 e **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag I-01 f (neu)** von Herrn Professor Bertram. Der Unterschied zwischen dem Antrag 1 f und dem Antrag 1 f (neu) besteht darin, dass zunächst gebeten worden wär, zwei Sätze zu streichen, nämlich den ersten und den zweiten Satz des zweiten Absatzes von Kapitel 5. Im Antrag 1 f (neu) reduziert Herr Bertram den Streichungswunsch auf den zweiten Satz. Gestrichen werden soll nur noch der Satz:

> *Strikte Qualitätskriterien müssen aufgestellt und ihre Einhaltung regelmäßig überwacht werden.*

Dafür soll der Passus eingesetzt werden, wie Sie ihn im Antrag 1 f finden. Das muss ich jetzt nicht vorlesen.

Haben Sie verstanden, worüber wir abstimmen? – Ja, wunderbar. Dann können wir jetzt über den Antrag 1 f (neu) auf Streichung des einen Satzes und Ersetzung durch den vorgeschlagenen Passus abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **abgelehnt.**

Zu diesem Kapitel liegt noch der **Antrag I-01 a** vor, der darauf abzielt, in der drittletzten Zeile des ersten Absatzes auf Seite 3 aus dem Wort „Krankenhäusern“ die Worte „Krankenhausfachärztinnen und -ärzte“ zu machen. Dazu ist gestern in der Debatte gesprochen worden.

Sie wissen, worüber wir abstimmen? – Wer für den Antrag 1 a ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Zum Kapitel 6 liegen uns keine Änderungen vor.

Wir kommen zur Abstimmung über Kapitel 7. Hier zielt der **Antrag I-01 b** darauf ab, die Überschrift und den ersten Absatz des Kapitels 7 zu ändern. Sie haben das umgedruckt vorliegen. Deswegen brauche ich es Ihnen nicht vorzulesen. Ich frage Sie: Wer dem Antrag 1 b zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **abgelehnt.**

Herr Calles hat uns darauf hingewiesen, dass im Kapitel 9 bei der Frage der Weiterentwicklung der G-BA-Struktur eine Kostenproblematik steckt. Er hat gefragt: Was kostet das? Die Frage ist von hier oben beantwortet worden. Herr Calles hat keinen direkten Antrag dazu gestellt. Das wollte ich Ihnen nur sagen. Wenn Herr Calles das auch so sieht, dass es kein Antrag war, dann brauchen wir uns hier damit nicht weiter zu beschäftigen. – Ich sehe keinen Widerspruch. Dann bleibt der vorgesehene Text unverändert.

Ich frage Sie jetzt: Wer dem gesamten, in einigen Punkten geänderten **Antrag I-01** des Vorstands zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag 1 mit

überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Sind Sie damit einverstanden, dass wir jetzt auch schon über diejenigen Anträge abstimmen, die sich zwar nicht direkt auf das Versorgungsgesetz, aber auch auf den Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit beziehen, also dieselbe Thematik betreffen, bevor wir zur PID etc. zurückkehren? – Gut.

Ich rufe zunächst den **Antrag I-07** auf. Hier hatten wir zwischendurch überlegt, ob dieser Antrag nicht in Konkurrenz zum Kapitel 1 des Vorstandsantrags steht, weil er eine andere Form der Bedarfsplanung vorsieht. Ich glaube, das geht sozusagen als Vorratsantrag über das hinaus, was im Versorgungsgesetz vorgesehen ist. Deswegen kann man das als eigenen Antrag für die weitergehende Debatte hervorragend abstimmen.

Wissen Sie, worüber Sie abstimmen? Der Antrag liegt Ihnen umgedruckt vor. – Wer dem Antrag 7 zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Viele. Dann ist dieser Antrag bei vielen Enthaltungen und einigen Gegenstimmen **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-11** der Kollegin Svea Keller als Delegierte der Ärztekammer Berlin und weiteren Delegierten dieser Ärztekammer. Dieser Antrag bezieht sich auf die materielle Struktur der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren. Er geht über das hinaus, was im Versorgungsgesetz vorgesehen ist.

Sie wissen, worüber Sie abstimmen? – Dann frage ich: Wer dem Antrag 11 zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-12.** Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe bitte! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen dann zum **Antrag I-13.** Ich erspare es Ihnen, dass ich diesen Antrag vorlese, weil er relativ lang ist. Wissen Sie, worüber Sie abstimmen? – Ja. Dann frage ich: Wer dem Antrag 13 zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Eine ganze Reihe von Enthaltungen. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-14** zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Zwei. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Nun kommen wir noch zum **Antrag I-17** von Frau Kollegin Schultz, bei dem ein sektorenübergreifendes regionales Versorgungskonzept zur Vernetzung gefordert wird. Sie haben den Antrag umgedruckt vorliegen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einige. Die Gegenprobe! – Viele. Enthaltungen? – Eine ganze Reihe von Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit Mehrheit **abgelehnt.**

Damit haben wir nach meiner Einschätzung alle Anträge zu den allgemeinen Punkten Versorgungsgesetz und Arbeitsentwurf beschieden. Wir können wieder in die

Debatte zur Präimplantationsdiagnostik eintreten. Ich übergebe die Sitzungsleitung wieder an Jörg Hoppe.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für die gute Führung durch diese Versorgungsanträge. Das ist sehr gut gelungen.

Jetzt treten wir ein in die Fortsetzung der Debatte über die Präimplantationsdiagnostik. Der erste Redner dazu ist Herr Windhorst. Ich habe ja gestern schon angekündigt, dass er uns auf Trab bringen wird.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Das brauche ich gar nicht, liebe Kolleginnen und Kollegen, denn nach diesem Abstimmungsmarathon sind Sie schon so wach; das ist wunderbar.

2001 hat sich der Deutsche Ärztetag gegen die PID entschieden. Jetzt gibt es neue höchstrichterliche Feststellungen. Wir müssen uns überlegen, ob wir uns da neu aufstellen müssen. Ich finde, wenn das Bundeskabinett, das sich notwendigerweise mit diesem Problem beschäftigen muss, eine Entscheidung treffen kann, dann ist es doch ganz wichtig, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir Ärzte dies auch tun, unabhängig von irgendeiner Institution, ob es der Bund, ob es die Leopoldina, ob es der Ethikrat ist. Wir Ärzte haben zwar keine eigene Ethik, aber wir haben ein Berufsethos. Insofern müssen wir uns um eine eigene Definition bemühen.

(Vereinzelt Beifall)

Wir sind doch die Berater der Patienten und diejenigen, die den Patienten einen Weg weisen müssen, in welcher Weise man die Präimplantationsdiagnostik einsetzen muss.

Wir haben immer gesagt: Mit diesem Memorandum wird kein ethischer Überbau gebildet, sondern wir haben immer gesagt: Jede Entscheidung zur PID muss sowohl vonseiten der Ärztinnen und Ärzte als auch dem betroffenen Paar, das von einer Erkrankung im genetischen Bereich betroffen ist, vertreten werden. Es muss sich immer um eine Gewissensentscheidung handeln, die freiwillig ist. Niemandem wird etwas übergestülpt, weder auf der einen noch auf der anderen Seite.

Klar ist auch: Wir wollen keine uneingeschränkte Freigabe der PID. Wir wollen natürlich auch keinen definierten Indikationskatalog. Wir wollen, dass Elternpaare, vor allen Dingen auch Frauen, geschützt werden, wenn bereits eine genetische Erkrankung bekannt ist, weitere genetisch erkrankte Kinder zu bekommen. Ich denke, es ist wichtig, dass wir in dieser Beziehung helfen und die notwendige medizinische, humangenetische, ethische und psychosoziale Beratung vornehmen. Das ist unsere Aufgabe. Wir wollen doch der Advokat des Patienten sein.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es ist auch ganz wichtig, dass man sich die Kehrseite der Medaille anschaut. Bei der PID und der IVF geht es doch um die Zellen, die hinterher vereinigt werden. Das ist richtig. Wenn wir die Situation haben, dass eine Schwangerschaft bereits besteht und wir eine Abtreibung vornehmen müssen, weil sich die Frau mit diesen Bereichen nicht identifizieren kann, ist das doch ein ganz

anderer, ein traumatisierender schwerer Eingriff, den wir Ärzte dann durchführen müssen.

(Beifall)

Ich denke, es gibt in der modernen Medizin die Präimplantationsdiagnostik und wir müssten sie anwenden, nicht um ein Designerbaby zu schaffen oder die Hautfarbe oder die Augenfarbe zu bestimmen. Das ist überhaupt nicht in der Nähe einer Selektion, die wir dadurch anstreben. Wir werden nur tätig, um Unheil von der Familie, besonders aber von der Frau abzuwenden. Da tut es uns gut, wenn wir zuvor eine Dokumentation unseres ethischen Denkens innerhalb des Berufs haben.

Ich bitte Sie: Denken Sie daran, dass keiner gezwungen wird, etwas zu tun. Wir geben nur nach außen bekannt, dass wir Stellung bezogen haben, weil wir Verantwortung für unsere Patienten übernehmen wollen. Stimmen Sie dem Antrag bitte zu. Es tut der Patient-Arzt-Beziehung gut.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Windhorst. – Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag.

N. N.: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Angesichts der langen Rednerliste und der Tatsache, dass viele Kolleginnen und Kollegen zu Wort kommen sollen, bitte ich um eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das tun wir gern. Aber jetzt ist der geladene Gast, Herr Professor Hepp, den wir gebeten haben, heute hier zu sein, um uns weitere Aufschlüsse über die Präimplantationsdiagnostik und ihre Indikationen zu geben, am Wort. Ich glaube, wir sollten ihn ohne Zeitbegrenzung reden lassen und erst nach seinen Ausführungen die Abstimmung über den Antrag auf Redezeitbegrenzung durchführen.

(Beifall)

Bitte, Herr Professor Hepp.

Prof. Dr. Hepp, geladener Gast: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Verehrte Gäste! Zuerst meinen ganz herzlichen Dank an Sie, Herr Präsident, und an den Vorstand der Bundesärztekammer, die mir das Wort als Gast geben. Ich weiß, das ist nicht selbstverständlich. Ich freue mich auch, dass ich ohne Redezeitbegrenzung sprechen darf.

Man könnte erklären: Es ist alles gesagt, aber noch nicht von allen – so dieser hintersinnige Spruch des großen Philosophen meiner Wahlheimat Bayern, nämlich Karl Valentin.

Ich stehe hier in Vertretung der vom Vorstand der Bundesärztekammer und dem Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer eingesetzten Arbeitsgruppe, interdisziplinär besetzt mit Juristen, Theologen, Ethikern, Reproduktionsmedizinern, Anthropologen. Ich tue dies in der großen Tradition der in den frühen 80er-Jahren vom Vorgänger des jetzigen Präsidenten, Herrn Kollegen Vilmar, ins Leben gerufenen Richtlinien-Arbeitsgruppe Reproduktionsmedizin mit der ersten Publikation 1985, dann das Forschungspapier „Forschung an und mit Embryonen“, auch im Plenum behandelt, hier nachlesenswert unsere umstrittenen Positionen zu dem so wichtigen und zentralen Thema des Status des Embryos.

Ich erinnere ferner an die Richtlinien zur Pränatalmedizin, an die Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, nach der Reform der Reform 1995, das Anstoß in die Fraktionen gab, bewusstseinsbildend: Was ist mit dieser Reform geschehen, mit der Subsumierung der ehemals embryopathischen Indikation in die mütterlich-medizinische Indikation? Das sind zwei auch in der Zielrichtung total unterschiedliche Indikationsbereiche. Es bedurfte neun Jahre intensiver Arbeit in die Ausschüsse des Parlaments hinein, um hier 2009 endlich die Beratung zu etablieren, die Dreitagesfrist zu etablieren, die statistische Erfassung der Fehlbildungsdiagnostik in das Bewusstsein der Menschen zu heben. Schließlich 1998 bis 2000 der Diskussionsentwurf für eine Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik.

Die Bundesärztekammer und Sie haben sich in Antizipation des hohen Missbrauchspotenzials über Arbeitsgruppen die Basis für eventuell abgerufene Politikberatung geschaffen.

Insofern stehen zwei Sätze dieser sehr weit denkenden Rede unseres Präsidenten von gestern Vormittag im Zentrum: der eine Hinweis, dass die Präimplantationsdiagnostik ohne Kenntnis der Wirklichkeit der Pränataldiagnostik mit der Option des Tötens gar nicht zu denken ist. Zum Schluss kam der Gedanke: Nur dann, wenn wir Verantwortung übernehmen, können wir in Freiheit gestalten. Das ist ein Gedanke, welcher der amerikanischen Verfassung durch Jefferson vor fast 200 Jahren vorgegeben wurde, als er sagte: Der Preis der Freiheit ist die Verantwortung. Damit sind wir konfrontiert. Das wollen wir tun. So sind auch meine Gedanken heute Vormittag mit Respekt gesprochen gegenüber andersdenkenden Positionen in dieser so komplexen und hochsensiblen Thematik, nämlich dem Umgang mit vorgeburtlichem Leben vor der Nidation, vor Beginn der Schwangerschaft. Wir sind hineingezogen in einen tiefen ethischen Konflikt, primär das Paar, die Frau, die Eltern, schließlich das ungeborene Kind, das uns schützend anvertraut ist, und dann in dieser Dualität die Position des Arztes.

So hat unser Präsident im Jahr 2000 im Vorwort zu unserem Diskussionsentwurf formuliert: Die Bundesärztekammer hält eine Regelung für angemessen, die einerseits die Möglichkeiten der modernen Diagnostik nicht unsachgemäß einengt, zum anderen aber auch das Schutzbedürfnis des menschlichen Lebens – also pränidativ – und die Achtung der Menschen ernst nimmt, die an der Furcht vor einem genetisch bedingt schwerstkranken Kind gesundheitlich zu zerbrechen drohen. So vorgestellt im Diskussionsentwurf.

Damit ist das Ziel der PID schon definiert, nämlich bezogen auf ein mit einem hohen genetischen Risikofaktor belastetes Paar nach einer Zeugung auf Probe und der Diagnostik in vitro an einer dem Embryo entnommenen nicht totipotenten Zelle zu einem von dieser genetischen Erkrankung unbelasteten Embryo zu verhelfen. Hier

steht nicht: zu einem gesunden Kind zu verhelfen, was ja auch einer Utopie gleichkäme.

So ist auch das Indikationsspektrum, das wir in diesem Memorandum beschrieben haben, sehr eng begrenzt und dann auch noch kontrolliert. Es gibt, wie schon gesagt, wegen des Diskriminierungsarguments keine Liste.

Wir haben gesagt: keine Geschlechtsbestimmung, keine Altersindikation der Eltern, keine Reproduktionsmedizin im Allgemeinen, Verbesserung der Geburtenrate. Wir gehen also weit hinter das Spektrum der konventionellen Pränataldiagnostik in diesem Bereich pränidativ zurück.

Damit komme ich zum Kernproblem, nämlich dem Verhältnis von PND zu PID. Die PID ist nur im weiteren Sinne ein pränatalmedizinisches Verfahren, da die Diagnostik vor der Einnistung des Embryos, also vor Beginn der Schwangerschaft, stattfindet. Die PID ist zwar die zeitlich gesehen früheste Form der PND, aber sie korreliert nicht mit dem Spektrum der Pränataldiagnostik, sondern sie korreliert inhaltlich-ethisch nur mit dem Phänomen der Schwangerschaft auf Probe mit dann folgender PND und der Option des Abbruchs.

Das heißt, wer anerkennt, dass ein Paar, das genetisch bedingt Fehlgeburten, Totgeburten erlebt hat, wer ein auf den Tod hin krankes Kind gepflegt hat, wer anerkennt, dass diese Paare ihre Konfliktsituation antizipieren können, die Frau nicht zuerst schwanger sein muss, um überhaupt in die Konfliktsituation zu geraten und diese dann zu begreifen, kommt an der Möglichkeit, an dem Fortschritt der PID zu partizipieren, nicht vorbei.

Ich sage noch einmal: Respekt vor einem Nein zur PID. Diese Fortschritte der Medizin sind wie jeder Fortschritt in unserer Gesellschaft janusköpfig. Es gibt hier kein Schwarz-Weiß, es gibt ein Suchen nach Wahrheit, nach Position. Das hat sein Fundament in Erziehung, Herkommen, Weltanschauung, religiösen Überzeugungen, die zu respektieren sind. Aber Zeugung auf Probe, also IVF mit Diagnostik an der nicht totipotenten Embryozelle und dann Nichteinpflanzung nach Diagnose – nein, entsprechend unserer gesetzlichen Situation. Aber Schwangerschaft auf Probe mit der Option des Abbruchs – bis vor zwei Jahren ohne Beratung, ohne Dreitagesfrist – bis zur Geburt – ja. Diesen Wertungswiderspruch gilt es in unserer Gesellschaft aufzulösen.

Es geht also zentral darum, ob wir in vitro ebenso die Güterabwägung Anerkennung der Schutzwürdigkeit des Embryos versus Persönlichkeitsrechte, Gewissensentscheidung, Autonomie der Frau, wie wir dies in vivo tun, vornehmen. In vitro gilt ein hoher Schutzanspruch, absolut; in vivo offen bis zur Geburt.

Die Altersindikation zur Pränataldiagnostik ist nicht mehr und nicht weniger als eine Antizipation einer Trisomie 21. Deshalb hat uns der pädiatrische Kollege gesagt – ich kenne die Zahl –: 96 Prozent der Down-Syndrom-diagnostizierten Kinder kommen in unserem Lande nicht zur Welt. Das heißt, die Auswahl oder Selektion – welchen Begriff auch immer Sie wählen – wird nicht durch die PID in unsere Gesellschaft eingeführt, sondern sie ist Realität.

Schließlich noch zu dem wichtigen Thema des Status des Embryos. Das Verfassungsgericht hat sich dazu bisher nicht geäußert. Wir haben den absoluten Würde-

schutz ab Nidation geregelt – in § 218 a Abs. 2 –, also abgestufter Lebensschutz, Anerkennung der Menschenwürde, human being, human life, artspezifisch. Die ethische Diskussion geht um die SKIP-Argumentation, also Spezifität, Kontinuität, Identität, Potenzialität.

Seit 30 Jahren führen wir diese Diskussion ernsthaft, nicht pseudonaturwissenschaftlich, sondern ernsthaft mit Embryologen, Anthropologen, Moraltheologen, Ethikern. Wir haben bis heute keinen Konsens in dieser Frage „pränidativ“ erzielen können. Aber wir haben Konsens, was postnidativ Schutzwürdigkeit, Würdeanspruch anlangt.

Zu dem Staat, dem Gesetzgeber, der in vier Wochen entscheiden wird, stellt sich die Frage, welche Positionen zum moralischen Status des Embryos er zulassen kann, wohlwissend, dass er damit nicht den Überzeugungen aller Bürger entspricht. Das gilt auch schon für die Gesetzgebung der konventionellen Pränatalmedizin. Das haben wir in unserem Forschungspapier vor 18 Jahren grundgelegt zur Frage des Embryonenschutzes. Juristisch also haben wir im Embryonenschutzgesetz den vollen Lebensschutz in vitro absolut gesetzt, in vivo – § 218 – ab Nidation. Das Bundesverfassungsgericht hat sich in dieser Frage geäußert: jedenfalls ab Nidation absoluter Schutz. Hätten wir eine bundesverfassungsgerichtliche Äußerung, dass Würdeschutz absolut gesetzt ist plus Lebensschutz ab Konzeption, dann müssten Initiativen vom Gesetzgeber ergriffen werden hinsichtlich Nidationshemmern; in vivo millionenfach Tod des Embryos, auch in Kenntnis der Tatsache, dass etwa zwei Drittel der Embryonen pränidativ nicht zur Einnistung gelangen.

Ein Ethiker wird sagen: Das ist kein Argument, denn die Natur kennt kein ethisches Sollen. Aber zur Kenntnis nehmen dürfen wir dies.

Das BGH-Urteil hat, wie gestern richtig gesagt wurde, nur ein Urteil gesprochen: Straffreiheit für einen Kollegen. Es bedurfte der Selbstanzeige eines Kollegen, damit sich das Parlament nach zehn Jahren nun wieder mit dieser Thematik befasst. Das BGH-Urteil hat ganz klar dem Gesetzgeber den Auftrag erteilt, Rechtssicherheit herbeizuführen. Das kann allein über ein solches BGH-Urteil nicht geschehen.

Das Urteil hat auch auf die Wertungswidersprüche hingewiesen: Die Tötung mit Beratung ist zwar rechtswidrig, aber straffrei; im Bereich der Kindesindikation – jetzt: mütterlich-medizinische Indikation – ist die Tötung nicht rechtswidrig, aber straffrei, Tötung bis zur Geburt. Wir haben in unser Papier zusätzlich das Weigerungsrecht hineingeschrieben.

Das Argument der Diskriminierung geht seit 1973 zu Recht durch die Gesellschaft. Das ist kein neues Phänomen. Die Sorge um die Diskriminierung Behinderter wird nicht erst durch die PID eingeführt. Es gibt aber keine zuverlässigen Daten – auch international nicht –, dass die Praxis der PND oder die zu erwartende PID einen Negativeinfluss im Bewusstsein hinsichtlich Pflege und Fürsorge für Behinderte hätte. Deshalb haben wir sehr vorsichtig formuliert:

> *Das Bemühen von Eltern, eine schwere genetisch bedingte Erkrankung, die ihren ihnen nicht zumutbaren Konflikt begründet, präventiv abzuwenden, richtet sich nicht gegen die Würde, Anerkennung oder Selbstachtung von Menschen, die behindert geboren wurden oder die sich im Laufe ihres Lebens eine Behinderung zuziehen.*

Schließlich zum Dammbruch als Argument: Auch dies ist kein Besorgnisphänomen der PID, sondern geht durch die Gesellschaft seit der PND. Wir haben zur PND erst über das Gendiagnostikgesetz seit zwei Jahren überhaupt eine Gesetzgebung. Das hohe Missbrauchspotenzial war und ist uns immer bewusst. Jedem Fortschritt gegenüber ist die Janusköpfigkeit vorhanden.

Es ist uns aber gelungen, durch die Richtlinie der Bundesärztekammer 1985 und das danach folgende Embryonenschutzgesetz 1991 in unserem Lande dieses Missbrauchspotenzial der In-vitro-Fertilisation in den Griff zu bekommen. Wir glauben, dass durch Zulassung nur in vereinzelten Zentren aufgrund der hohen Belastung, die an sich fertile Frauen für diese Diagnostik auf sich nehmen, was sie eigentlich gar nicht benötigten, und durch Information, Aufklärung und eine umfassende Beratung dieser Dammbruch nicht erfolgt.

Die internationalen Zahlen des Konsortiums von 57 Zentren aus zwölf Jahren zeigen uns, dass wir nur in 0,3 Prozent aller IVF-Zyklen eine PID haben. In England ist es bei 0,4 Prozent aller IVF-Zyklen der Fall.

Die Beratung haben wir als das zentrale Element ausformuliert, unter Einbeziehung der psychosozialen Beratung als Angebot. Wir werden und müssen darüber sprechen, dass die klare ethische Lösung der Verzicht auf ein weiteres Kind ist. Das aber können nicht alle Frauen, alle Eltern leben. Eine Adoption können nicht alle leben. Wir müssen sie informieren, dass es unter Annahme des Risikos auch gelingt, dann aber mit PND im Sinne einer Schwangerschaft auf Probe und Abbruch als Relation oder Ausland oder Annahme des Risikos ohne jede PND, Annahme des Kindes, ganz gleich, ob erneut schwer genetisch belastet oder nicht.

Mit dem Kapitel über die Verfahrens- und Qualitätssicherung, nämlich behandlungsunabhängige Kommissionen vorab zur Beurteilung mit Votum, in einem eigenen Katalog erarbeitet, sehen wir einen Auftrag, sollte die PID im Parlament zugelassen werden, dass wir, aufbauend auf dem Diskussionsentwurf von 2000, erneut für Sie als Ärzte eine Musterrichtlinie zu erarbeiten haben.

Wie Herr Windhorst schon gesagt hat: Es kann nicht sein, dass wir die einzige gesellschaftliche Gruppierung sind, die sich nicht positioniert. Wir maßen uns nicht an, dem Parlament gleichsam Empfehlungen zu geben oder aber die Entscheidung vorwegzunehmen. Wir sind kein gesetzgeberisches Organ. Das ist in den beiden letzten Absätzen des Entschließungsantrages ganz deutlich von der Bundesärztekammer formuliert.

Ich sehe einen extrem positiven Effekt der jetzt über zehn Jahre währenden und wieder aufgeflammten Debatte über die PID darin, dass das Problembewusstsein zu dem gesamten medizinischen und gesellschaftlichen Bereich der Wirklichkeit der Pränatalmedizin eine Förderung erfahren hat. Wie gesagt: Nur der Gesetzgeber ist legitimiert und aufgefordert, eine solche das menschliche Leben elementar berührende Frage verbindlich zu lösen.

Deshalb danke ich dem Vorstand, dem Präsidenten zum einen dafür, dass ich noch einmal das Wort erhielt, zum anderen dafür, dass diese Thematik neben den ebenso zentralen Themen wie Organtransplantation, Sterbehilfe, Sterbebegleitung, versorgungstechnischen Anträgen zum zentralen Punkt dieses Ärztetages geworden ist.

Ich danke Ihnen, dass Sie mir so lange zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir bedanken uns bei Ihnen, Herr Professor Hepp, dass Sie uns noch einmal umfassend klargemacht haben, wie die Kommission zu ihrem Ergebnis gekommen ist.

Es geht jetzt um den Geschäftsordnungsantrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Möchte jemand gegen drei Minuten sprechen? – Rudolf.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Herr Professor Hepp hat sich extrem kurz gefasst. Im Vergleich zur Darstellung, die wir von ihm im Vorstand der Bundesärztekammer gehört haben, hat er das, was er jetzt vorgetragen hat, auf ein Viertel bis ein Drittel reduziert. Es ist völlig ausgeschlossen, zu dem, was er jetzt hier zu seiner Interpretation der Empfehlung, die unter seiner Leitung erarbeitet worden ist, dargestellt hat, in Zeitabschnitten von drei Minuten substanziell Stellung zu nehmen, weil ich mindestens fünf Argumente aus seiner Darstellung kenne, die für sich allein drei Minuten zur Widerlegung brauchen. Ich bitte Sie sehr herzlich darum – ich verspreche: Alle werden sich bestimmt kurzfassen –, keiner Redezeitbegrenzung zuzustimmen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt stimmen wir ab. Wer ist für die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Dann gilt jetzt die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten. Das betrifft als Ersten Herrn Dr. Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrter Herr Professor Hepp, ich danke Ihnen ausdrücklich dafür, dass Sie hier sehr problembewusst und umfassend die ganze Thematik zur PID dargestellt haben. Deshalb kann ich meinen Redebeitrag deutlich verkürzen und werde locker die drei Minuten einhalten können.

Ich möchte ganz verkürzt darstellen, um was es hier eigentlich geht. Hier geht es doch um eine Präimplantationsdiagnostik in engen Grenzen, um Eltern den Wunsch auf ein eigenes Kind zu ermöglichen, die ein hohes genetisches Risiko in sich tragen. Wir müssen hier unter ethischen Gesichtspunkten abwägen zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der potenziellen Eltern und dem Schutz des ungeborenen Lebens. Das ist im Vergleich zu den Ausführungen von Herrn Hepp sehr verkürzt dargestellt.

Ethisch und rechtlich müssen wir die PID im Zusammenhang mit der PND sehen. Das hat Herr Professor Hepp sehr deutlich gemacht. Wir müssen sie aber auch vergleichen mit den legalisierten Empfängnisverhütungsmaßnahmen wie der Pille danach und der Spirale. Beide verhindern die Nidation. Das ist für mich vergleichbar mit der PID.

Hier sehe ich uns als Ärzteschaft sehr wohl in der Pflicht, dass wir uns klar positionieren, dass wir der Gesellschaft unsere Meinung, unseren Standpunkt verdeutlichen. Wer sollte es denn sonst tun, wenn nicht die Ärzteschaft? Bei dieser Thematik dürfen wir auf gar keinen Fall abtauchen und uns nicht äußern.

Deswegen bitte ich Sie, liebe Delegiertinnen und Delegierte, dass wir hier klar Position beziehen und dem Antrag des Vorstands zustimmen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Bevor Herr Dr. Clever das Podium betritt, gratuliere ich Herrn Professor Hofele aus Baden-Württemberg zu seinem heutigen Geburtstag.

(Beifall)

Das Wort hat jetzt Herr Dr. Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Meine Damen und Herren! Wenn ich in meiner Praxis fragen würde, was die PID ist, wüssten es die Ärztinnen und diejenigen Patientinnen mit ihren Männern, die davon betroffen sind. Die Realität in der Beratungspraxis, Begleitungspraxis ist, dass sehr ernsthaft von denen, die sich sowieso über das Internet vorinformieren können, darüber gesprochen wird und von uns das zuhörende Begleiten und der Austausch von Argumenten gefordert wird. Es ist die Realität, dass sich die Patientinnen und Patienten damit beschäftigen, wenn sie in diesem Bereich ihre Konflikte haben. Wenn in der Familie ein Muskeldystrophiekind ist, ist man vorinformiert, ist man sehr ernsthaft bemüht darum. Es kann nicht sein, dass wir uns da in irgendeiner Weise zum Richter machen, aber begleiten müssen wir.

Das heißt, das Dammbruchargument, das immer wieder kommt und das von viel kompetenterer Seite dargelegt wurde, stimmt aus meiner praktischen Erfahrung heraus überhaupt nicht.

Das Gleiche gilt für das Designerbabyargument. Natürlich wird es immer Leute geben, die sagen: Im Zeitalter der Selbstbestimmung, der Patientenverfügungen, der Freiheit, über alles selber entscheiden zu können und zu wollen, kann man das einklagen. Das ist aber bei der Frage der Geschlechtsdiagnostik beim Gendiagnostikgesetz schon gar nicht mehr möglich. Vor der 12./14. Woche können wir es gar nicht mehr mitteilen – unter Strafe –, was die Patientin manchmal sehr überrascht.

Es kommt hinzu, dass die Möglichkeit im Ausland eine Realität ist. Über Internet wissen das auch alle Leute, die sich damit beschäftigen. Mein Kollege Klaus König aus Hessen hat gestern sehr deutlich gesagt: Diejenigen, die diese Beratung durchführen, haben das Problem, ob sie die Briefe, wenn die Leute im Ausland waren, offiziell an die entsprechende ausländische Adresse schicken dürfen. Das ist eine ganz schwierige Sache.

Ich meine, hier dürfen wir als Ärzteschaft nicht päpstlicher sein als der Papst. Wir haben die Verantwortung, den Patientinnen und Patienten zu sagen: Wir richten nicht darüber, die Möglichkeiten sind real vorhanden, sie werden wahrgenommen, egal was der Ärztetag dazu sagen wird. Es stünde uns gut an, in einer modernen Gesellschaft diese Beschreibung, wie sie von Herrn Professor Hepp gegeben wurde und wie sie im Memorandum prima niedergelegt ist, aufzugreifen und dem Vorstandsantrag zuzustimmen. Darum bitte ich.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Die nächste Wortmeldung kommt von Dr. Adib Harb aus Hamburg.

Dr. Harb, Hamburg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Die Rede, die Herr Henke gestern gehalten hat, war für mich – so empfand ich es – fast ein bisschen aggressiv vorgetragen und hinterließ bei mir den Eindruck, dass er die Abtreibung als etwas weniger problematisch ansieht als die PID. Das ist sicher falsch. Er sprach ja auch von der eugenischen Indikation für den Schwangerschaftsabbruch, die verboten worden ist. Das ist wohl wahr. Er sprach auch von der Tarnkappe bei der Diagnostik zu dieser Indikation. Das ist aber auch verheerend, und zwar aus zwei Gründen.

Das Verbot der eugenischen Indikation hat uns die Tatsache beschert, dass wir jetzt Schwangerschaftsunterbrechungen bis einen Tag vor der Entbindung durchführen. Das ist theoretisch möglich. Das ist die medizinische Indikation.

Der zweite Aspekt, den er nicht berücksichtigt hat, ist die Tatsache, dass nie eine eugenische Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch geführt hat, nicht alleine. Es gab auch den zweiten Teil, nämlich die medizinische Indikation. Wir Gynäkologen haben damals nur die eugenische Indikation genannt und die medizinische Indikation unterdrückt.

Was ist seit dem Verbot der eugenischen Indikation geschehen? Die Gynäkologen haben es weggelassen und haben sich auf die zweite Diagnose der medizinischen Indikation beschränkt. Das heißt, es gibt keine Frau, die nur wegen der Tatsache, dass ihr Kind genetisch geschädigt ist, einen Schwangerschaftsabbruch macht. Es gibt immer auch den zweiten Anteil, die psychosomatische Seite, also die medizinische Seite. Das darf man nicht vergessen.

Ein weiterer Punkt: Wenn wir die PID verbieten, dann verlängern wir damit nur die Qualen der Frauen, nämlich um 10, 12 oder 14 Tage, bis die Möglichkeit besteht, dass die Pränataldiagnostik durchgeführt werden kann. Das ist in meinen Augen ethisch wirklich nicht vertretbar.

(Beifall)

Wenn Sie, Herr Henke, dafür plädieren wollen, dass die PID verboten wird, dann lassen Sie bitte auch die PND verbieten, lassen Sie die Intrauterinspirale verbieten, lassen Sie auch die Pille danach verbieten. Und dann sagen Sie das.

Ich werde aus Überzeugung für den Antrag des Vorstands stimmen. Ich bitte Sie herzlich: Tun Sie es hier auch.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dr. Harb. – Der nächste Redner ist Herr Peters aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Delegierte! Geboren werden und sterben sind für uns Menschen von existenzieller Dimension, Alpha et Omega. Wir Ärzte müssen uns genau überlegen, was wir tun, wenn wir an diesen beiden Enden gegen den Hippokratischen Eid manipulativ tätig werden. Das müssen wir uns sehr genau überlegen.

Wir haben uns vor zehn Jahren am 23. Mai in Ludwigshafen schon einmal ausgiebig mit diesem Thema befasst und einen Beschluss gefasst. Die ethischen Dimensionen haben sich seitdem nicht gewandelt. Es wäre schlimm oder schade, wenn es anders wäre. Sehr wohl aber hat sich die medizinische Landschaft gewandelt.

Wir müssen einfach wissen, dass, wenn wir dieses Tor öffnen, wir riskieren – dafür gibt es gute Belege –, dass diese Kataloge nicht praktiziert werden. Ich kann Ihnen ein konkretes Beispiel geben an meiner eigenen Person. Ich habe ein Kind, das wäre normalerweise geistig behindert. Es hat eine PKU. Das können Sie gut behandeln, das ist kein Grund zu einer pränatalen Diagnostik. Trotzdem wurde sie in unserer Familie durchgeführt. Die Beziehung ist daran zerbrochen. Das geschah an einer deutschen Universitätsklinik, gegen alle Regeln.

Das muss man wissen. Genauso muss man wissen, dass am anderen Ende des Lebens sich die Holländer nicht an ihre eigenen Kriterien halten, wenn sie infaust kranke Patienten töten.

Wir sollten eingedenk der Tatsache abstimmen, dass wir nachher eine völlig andere Situation haben, dass es nicht eine Grundsatzfrage und teilweise eine formale Frage ist. Das ist eine ganz schwierige Thematik. Mir ist ein bisschen schaurig bei dem Begriff „Schwangerschaft auf Probe“. Ich bitte um Nachsicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Peters. – Der nächste Redner ist Herr Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Hohes Präsidium! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir als Ärztinnen und Ärzte müssen an dieser Stelle ganz klar Position beziehen. Mein Vorvorredner, Herr Harb, hat es gesagt: Wir sind als Ärzte in der Verantwortung, Leiden zu lindern. Die eben so kritisch betrachtete Schwangerschaft auf Probe ist ja die Alternative dazu. Dann muss die Pränataldiagnostik durchgeführt werden, wenn die Frau es so wünscht. Der Arzt ist

zur Beratung verpflichtet. Dann hat die Frau eine Schwangerschaft auf Probe. Diese psychische Belastungssituation ist von Herrn Hepp hervorragend dargestellt worden.

Es ist unsere Aufgabe, diese Belastungssituation im Sinne unserer ärztlichen Verpflichtung, Leiden zu lindern, von der Frau zu nehmen. Von meinem Vorredner wurde eben von Geburt und Tod gesprochen. Ich lehne das holländische Modell strikt ab. Unsere damalige Vizepräsidentin Frau Auerswald, die leider nicht mehr unter uns weilt, und ich haben uns von Anfang an zusammen mit Herrn Professor Hepp und Herrn Professor Scriba dafür eingesetzt, dass dieses Leid von den werdenden Eltern genommen wird, denn das ist eine ärztliche Aufgabe. Es ist doch, wenn ich das so sagen darf, eine Ungerechtigkeit, ein klarer Widerspruch: in vitro verboten, in vivo wird nachher ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen. Da ist die Nidation vollzogen, da wird ein Vorstadium eines Menschen getötet. Das hat Herr Professor Hepp dargestellt.

Meine Damen und Herren, ich bekenne mich klar zur Präimplantationsdiagnostik und stimme aus ethisch-ärztlicher Verantwortung für den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt ist Herr Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, am Wort. Bitte.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich bin der Meinung, dass wir ganz klar als Ärzte die Aufgabe haben, Stellung zu beziehen. Es ist doch wichtig, dass wir wissen, dass in solchen Fragen sicherlich nie unbedingt Einigkeit herrschen kann. Aus diesem Grunde erlauben Sie mir auch, dass ich als Vorstandsmitglied klar sage, dass ich nicht hinter diesem Antrag stehen kann. Wir haben eine sehr sachliche und gute Diskussion. Es zeichnet uns aus, dass wir uns hier gegenseitig zuhören.

Es wurde gestern bereits erwähnt, dass die Entscheidungen, die jemand in ethischen Fragen fällt, sicherlich auf dem Boden der persönlichen Entwicklung, weltanschaulicher Entwicklung getroffen werden. Auch ich gehöre dazu. Im engsten Familienkreis bin ich mit einem behinderten Kind aufgewachsen, mit einem Geschwisterkind. Ich weiß, welche Belastung das für die Eltern ist. Ich weiß aber auch, welche Freude für eine Familie daraus hervorgehen kann. Im engsten Freundeskreis kenne ich viele solcher Beispiele. Meistens sind diese Kinder, auch wenn sie manchmal nicht lange leben, der Mittelpunkt der Familie, der zu vielen persönlich guten Erfahrungen führen kann.

Ich kann es nicht einsehen, wenn wir als Argument anführen, die Pränataldiagnostik sei gestattet, deswegen müssten wir die PID gestatten. Das bedeutet ja nicht, dass die Ablehner der PID deswegen die PND befürworten. Aber sie ist vorhanden. Wir sollten nicht den weiteren Schritt tun, dass wir schon am Vorbeginn der Schwangerschaft Selektion betreiben.

Vorhin wurde in anderem Zusammenhang gesagt, dass wir uns zum Richter machen. Auch an dieser Stelle würden wir uns zum Richter machen und Selektion betreiben.

Auch die Argumentation, dass das im Ausland durchgeführt wird, kann nicht die Rechtfertigung dafür sein, dass wir dieses hier tun. Das Leid der betroffenen Personen ist mir sehr bewusst. Aber dazu sind wir Ärzte da, dass wir auch bei diesem Leid unseren Patienten beistehen. Ich hoffe auf eine sehr sachliche Entscheidung.

Vielen Dank für Ihr Zuhören.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt kommt eine Ärztin zu Wort, nämlich Frau Dr. Christiane Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich muss mich dem Votum von Herrn von Knoblauch anschließen. Ich möchte Ihnen schildern, was ich im vergangenen Jahr in meiner Praxis erlebt habe. Ich denke, es gibt schon heute einen Druck auf Mütter oder Eltern, die ein behindertes Kind bekommen. Ich habe Angst davor, dass sich dieser Druck später ausweitet.

Die Patientin kam zu mir, weil die Diagnose vorlag, dass das Kind nicht lebensfähig sei. Man hatte ihr angeraten, die Schwangerschaft abzubrechen. Sie selbst war darüber entsetzt und sagte: Ich kann doch dieses Kind nicht einfach töten. Ich habe sie bis zur Geburt psychotherapeutisch begleitet. Sie hat sich für die Geburt dieses Kindes entschieden, das, wie sie wusste, nicht lebensfähig war. Sie kam später zu mir und sagte: Lilly hat mir ein Geschenk gemacht, sie ist nach zwei Minuten gestorben.

Mir ist klar geworden, auch im Gespräch mit einer Freundin, die eine ähnliche Situation hatte: Der Druck ist da. Wenn wir demnächst die PID machen können und machen dürfen, wird das Umfeld dieser Eltern fragen: Warum musstest du denn ein Kind bekommen, das geschädigt ist? Warum konntest du denn nicht vorher eine Diagnose machen lassen? Gerade bei einer IVF wird man fragen: Warum hast du das nicht vorher gemacht? Wenn man es aus Überzeugung nicht gemacht hat, dann steht man unter Druck.

Ich habe Angst, dass es einen Dammbruch gibt. Mir ist aufgefallen, dass es in einem europäischen Land – ich weiß nicht mehr, welches Land es ist – auch möglich ist, ein Kind abzutreiben, das mit einer größeren Wahrscheinlichkeit irgendwann einmal Brustkrebs bekommt. Ich kann einfach nur sagen: Solange ich nicht weiß, dass dieser Dammbruch verhindert wird, kann ich dem Antrag nicht zustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Groß. – Jetzt Herr Professor Mau aus Berlin.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der 83. Deutsche Ärztetag 1980 in Berlin hätte die Pränataldiagnostik verbieten müssen, wenn er die gleiche Stimmungslage gehabt hätte wie wir heute. Wenn wir über die PID so restriktiv diskutieren, müssen wir auch sagen: Die Pränataldiagnostik hat – ich zitiere Herrn Hepp – ein viel höheres Missbrauchspotenzial, weil sie die Hoffnung mit sich brachte, dass wir Frauen und Kindern helfen können. Wir haben sie so weit entwickelt, dass wir heute dem ungeborenen Kind, wenn es eine bestimmte Größe erreicht hat, den Nuckel geben könnten, wenn es denn Sinn machen würde. Es macht aber keinen Sinn.

Was macht heute in der Pränataldiagnostik Sinn? Sinn macht, Unglück zu verhüten. Ich habe 45 Jahre Kinderchirurgie gemacht. Nach 20 Jahren wusste ich, weil mich das Schicksal von Familien mit behinderten Kindern immer sehr beschäftigt hat, und ich habe es den Frauen auch gesagt: Wenn Sie dieses Kind austragen, das Sie jetzt in sich tragen, das defektiv ist, das eine schwere Erkrankung hat, dann ist mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit Ihr Mann weg, mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit sind Sie nach zwei Jahren Ihren Job los und mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit haben Sie nach drei Jahren keine Freunde mehr, weil Sie sich um Ihr Kind kümmern müssen, und zwar immer, trotz aller Regelungen und Gesetze, die wir heute haben.

Die Mutter mit einem defektiven Kind steht heute in vielen Symposien, in Gesellschaften und Vereinen im Mittelpunkt, aber in der Realität steht sie nach wie vor sehr allein.

Um dieses im Sinne einer Frau, die vielleicht als Nächstes ein gesundes Kind bekommen kann, zu verhindern, ist die PID notwendig. Deswegen, weil ich davon überzeugt bin, werde ich diesem Antrag zustimmen. Ich bitte Sie, ihn sehr genau zu lesen. Er enthält alle Passagen, die uns Brücken geben. Denjenigen, die glauben, aus Gewissensgründen dem nicht zustimmen zu können, sage ich: Das Abstimmungsrecht eröffnet die schöne Möglichkeit der Stimmenthaltung. Es wäre gut, wenn dieser Ärztetag mit möglichst vielen positiven Stimmen diesem Antrag des Vorstands zustimmt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Mau. – Jetzt Herr Fischbach aus Nordrhein.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Lieber Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin seit vielen Jahren niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Als solcher betreue ich eine große Anzahl behinderter Kinder und ihre Familien. Vieles ist hier gesagt worden, was unzweifelhaft stimmt. Im Zusammenhang mit meinem Vorredner frage ich mich: Wer bestimmt denn eigentlich, was Unglück ist? Ist es unsere Aufgabe zu bestimmen, was Unglück ist? Ich kenne eine Reihe solcher Familien, die, nachdem sie sicher erst einmal erschreckt, bedrückt aus der Bahn geworfen waren, heute mit ihrem behinderten Kind glücklich leben.

Ich finde, es ist nicht an uns, darüber zu bestimmen, was individuelles Unglück ist. Das möchte ich auch nicht tun. Deshalb möchte ich nicht, dass wir hier einen Beschluss fassen, der nur mehrheitlich erfolgt – wahrscheinlich wird es so sein –, mit dem ich mich hinterher zu identifizieren habe, weil ich Arzt in Deutschland bin und der Deutsche Ärztetag so beschlossen hat.

Deshalb möchte ich Sie bitten, diesem Antrag nicht zuzustimmen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Fischbach. – Der nächste Redner ist Rudolf Henke vom Vorstand.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident, lieber Jörg! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will zunächst sagen, an Herrn Harb gerichtet, dass ich keine Aggression gegen die Befürworter der PID empfinde, sondern dass ich glaube, dass dies ein schwerwiegendes und schwieriges Ringen ist. Ich glaube, dass es eine ungeheuer schwere Aufgabe ist, die in der Frauenheilkunde, in der Geburtshilfe, in der Reproduktionsmedizin erfüllt werden muss, weil natürlich – jemand hat es „Ethik der Eltern“ genannt – diese Ethik der Eltern einen unglaublichen Druck auslöst.

Ich kann das alles verstehen. Ich kann auch verstehen, warum eine ursprünglich viel eingegrenzter gedachte Pränataldiagnostik inzwischen einen anderen Weg genommen hat. Ich glaube allerdings, dass dieser Druck beim Thema PID dann auch wächst und wächst. Ich muss mich hier auf ein zentrales Argument begrenzen. Ich will an ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus 1975 erinnern:

> *Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu; es ist nicht entscheidend, ob der Träger sich dieser Würde bewusst ist und sie selbst zu wahren weiß. Die von Anfang an im menschlichen Sein angelegten potenziellen Fähigkeiten genügen, um die Menschenwürde zu begründen.*

Es ist der mir ja politisch in allen anderen Fragen keineswegs nahestehende ehemalige Bundesverfassungsrichter Ernst-Wolfgang Böckenförde, der vor wenigen Wochen in einem Artikel in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ das Problem der PID folgendermaßen beschrieben hat. Er geht davon aus, dass die Embryonen, die der PID unterzogen werden, nicht um ihrer selbst willen gezeugt werden, sondern ihre Existenz wird abhängig gemacht von bestimmten genetischen Dispositionen, Anlagen und Merkmalen. Nur dann erhalten sie die Chance der weiteren Entwicklung. Dann führt er wörtlich aus:

> *Deutlicher kann nicht zum Ausdruck kommen, dass er keinen Anteil an menschlicher Würde, am Dasein um seiner selbst willen hat.*

Es geht darum, dass Würde bedeutet, ein Dasein um seiner selbst willen führen zu können, nicht um die Erwartungen anderer zu erfüllen. Weil das so ist, lässt sich die PID nur mit der Konsequenz befürworten, diesem Embryo – mit dem Begründungsargument, das sei ja pränidativ, dazu habe sich das Bundesverfassungsgericht noch nie äußern müssen – die Anerkennung als Person, als Mensch und damit den Wür-

deanspruch zu versagen. Damit machen wir diesen Menschen zu einer Sache. Dann werden wir anfangen, mit dieser Sache zu handeln.

Ich bitte Sie sehr herzlich: Seien Sie sich dieser Konsequenzen auch bewusst, welche Weiche wir damit stellen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die gute Nachricht ist: Die Mehrheit aller Schwangerschaften wird auch weiterhin ohne Umweg über die Petrischale entstehen. Deswegen sollten wir, glaube ich, nicht mit den Bildern im Kopf arbeiten, dass es hier um Menschen mit Behinderungen geht, um das Ideal des gesunden Kindes. Es geht um eine ganz kleine Gruppe von Familien mit schweren Erbkrankheiten.

Als Arzt habe ich dazu vier Fragen und vier Antworten. Erste Frage. Gibt es ein Leid? – Ja. Das hat uns zuletzt unser Kollege von Knoblauch zu Hatzbach bestätigt.

Zweite Frage. Kann der Arzt das Leid abwenden? – Ja, das können wir.

Dritte Frage. Auf welchem Weg können wir das tun? – Antwort: Auf demselben Weg, auf dem wir Ärztinnen und Ärzte eigentlich immer arbeiten, indem wir bewusst, gezielt, mit ärztlicher Verantwortung in den Lauf der Natur eingreifen. Das heißt, das, was in der Natur zufällig geschieht, wird mit ärztlicher Absicht und unter ärztlicher Ethik vorsätzlich herbeigeführt. Wir haben von Herrn Professor Hepp gehört: Zwei Drittel aller befruchteten Eizellen nisten sich nicht ein. Das gilt letztlich auch für das, was in der Petrischale passiert.

Vierte Frage. Können wir Ärztinnen und Ärzte mit einem solchen ethisch heiklen Thema verantwortungsbewusst umgehen? – Auch hier lautet die Antwort: Ja, wir tun es bereits. Wir haben seit vielen Jahren in allen Landesärztekammern Lebendspendekommissionen, die das Thema der Organspende von Lebenden für Patienten regeln. Das ist ein schwerer Eingriff in die körperliche Unversehrtheit mit dem Risiko des Todes des Organspenders, des Lebendspenders. Auch hier haben wir eine sehr hohe ethische Verantwortung übernommen. Wir tun es, es funktioniert, es gibt damit keine Probleme.

Das wäre auch das Modell, wie man mit der PID zukünftig so umgehen kann, dass die ethischen Widersprüche vermieden werden und Leid abgewendet wird.

Bitte stimmen Sie dem Vorstandsantrag zu.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächster Redner bitte Herr Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es wurde gesagt: Pränataldiagnostik ist Selektion. Ja, das ist Selektion, aber die PID ist noch einmal etwas anderes. Die PID ist präventive Selektion. Das ist ein Paradigmenwechsel. Das kann nicht laut und deutlich genug gesagt werden. Ich bin sehr froh darüber, auch wenn das kein Hauptthema ist, dass wir über die Präimplantationsdiagnostik hier in diesem Plenum so ausführlich, so gründlich und so ernsthaft miteinander diskutieren.

Der Präsident des Deutschen Bundestages, Lammert, sagte zu dieser Problematik: Wenn wir die Wahrheit wüssten, müssten wir nicht so sehr darum ringen. Ich finde mich in dieser Feststellung wieder.

Ich bin hin und her gerissen. Lese ich den Antrag des Vorstands und höre ich Herrn Professor Hepp, dann ist das alles sehr sinnhaft und auch behutsam und vorsichtig, was da formuliert wird. Höre ich Herrn Henke, kann ich seiner Argumentation durchaus folgen und dem zustimmen.

Ich habe eine große Sorge – sie wurde hier schon genannt –: Das ist die Sache mit dem Dammbruch. Ich möchte darauf hinweisen: Einen Dammbruch haben wir bereits beim Schwangerschaftsabbruch erlebt. Es wird nicht bei einer niedrigen Zahl im dreistelligen Bereich bleiben. Die niedrigen Fallzahlen im uns umgebenden Ausland kommen auch dadurch zustande, dass die Präimplantationsdiagnostik dort sehr restriktiv finanziert wird.

In dem vorliegenden Memorandum wird unter anderem als Indikation zur PID auch die Mukoviszidose genannt. Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bin Kinder- und Jugendarzt. Es fällt mir auch bei meinen drei pädiatrischen Vorrednern auf, dass sie bei dieser Thematik alle sehr große Skrupel haben. Bleiben wir einmal bei der zystischen Fibrose. Ich betreue Patienten – Kinder und Jugendliche – mit zystischer Fibrose. Das sind Menschen, die können ein gelingendes Leben haben, sie werden erwachsen, sie können sogar eine Familie gründen.

Dass diese Patientengruppe unter die Indikationsstellung fallen könnte, macht mich sehr betroffen. So stellt sich die Frage: Wo wird der zu erstellende Indikationskatalog aufhören?

In Westfalen-Lippe hat der Ethikrat der Kammer eine Stellungnahme zur PID vorgelegt. Wir haben dieses Papier in der Kammerversammlung ausführlich und so kontrovers wie hier diskutiert. Aber wir haben sehr bewusst auf eine Abstimmung verzichtet. Das würde ich mir auch hier für den Antrag des Vorstands wünschen. Lassen Sie uns das Für und Wider abwägen, aber lassen Sie uns auf eine Abstimmung verzichten. Ich beantrage daher eine Nichtbeschlussfassung. Sollte es trotzdem zu einer Beschlussfassung kommen, dann schlage ich vor, dass so wie beim Deutschen Ethikrat das Für und Wider und die Stimmzahlen mit veröffentlicht werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Bolay. – Jetzt Herr Professor Hepp, bitte.

Prof. Dr. Hepp, geladener Gast: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Herzlichen Dank, dass ich noch einmal kurz das Wort nehmen darf. Ich will ein Missverständnis artikulieren: Mit einer Zulassung der PID plädieren wir nicht für eine Weiterung von pränataler Diagnostik. Es ist nicht so, dass wir meinen: Wenn man A sagt, muss man auch B sagen. Wir beabsichtigen vielmehr, dieses Kollektiv von Frauen, von Paaren, die bisher in die Pränataldiagnostik hineinwanderten über die Schwangerschaft, im Sinne einer Schwangerschaft auf Probe herauszunehmen, hinein in den Bereich vor Beginn der Schwangerschaft. Das ist mir sehr wichtig. Es ist also keine Addition, sondern eine Herausnahme.

Deshalb habe ich betont, dass das Korrelat zur PID nicht die PND in sich ist, sondern das Phänomen einer gelebten Schwangerschaft auf Probe.

Stellen Sie sich vor, wir würden in vitro den als schwer genetisch krank erkannten Embryo nach Aufklärung und Zustimmung der Mutter übertragen, dann könnte sie nicht rechtswidrig und straffrei sehr kurz danach den Abbruch durchführen lassen durch Absaugung. Lebensschutz in vivo relativiert in vitro, absolut gesetzt.

Ein paar Worte zu dem ganz wichtigen Phänomen des Status des Embryos, den Herr Henke in das Zentrum der Diskussion gestellt hat. Er bezieht sich auf die sehr wichtige juristische Aussage von Herrn Böckenförde. Es muss anerkannt werden, dass es unter Verfassungsrechtlern zum Status des Embryos auf der Basis neuer molekularbiologischer genetischer Daten durchaus unterschiedliche Positionen gibt. Das ist der Grund, weshalb das Bundesverfassungsgericht bisher zu dieser pränidativen Phase des Embryos keine bindende Aussage getroffen hat. Sonst wäre ja die Nidationshemmung, vom Arzt rezeptiert, von der Frau gelebt, und zwar nicht aufgrund der Sorge um eine genetische Erkrankung, sondern zur Familienplanung und zur Geburtenregelung, im Einsatz.

Die Kontinuitätsargumente sind nur dann zutreffend, wenn Kontinuität gewährleistet ist durch Nidation. Das Spezifitätsargument ist gültig: Menschliches Leben beginnt mit abgeschlossener Befruchtungskaskade. Aber das Identitätsargument kommt bereits für den Status des pränidativen Embryos ins Schwanken, weil wir ja eine Zwillingsteilung in der Natur – wenn auch als Ausnahme – der eineiigen Zwillinge vor uns haben.

Für Moraltheologen ist es sehr schwer nachzuvollziehen, ob in der Phase, in der eine Teilung noch möglich ist, Personalität, Identität vorhanden sein kann. Deshalb ist vor der Nidation eine sehr diskontinuierliche Situation gegeben.

Das Potenzialitätsargument als ethisches Argument – Würdeanspruch – greift auch nicht, solange nicht die Nidation vollzogen ist. Deshalb haben wir im Forschungspapier 1985 diese Fragen wirklich herunterdekliniert, niedergeschrieben, um der Gesellschaft zu sagen, dass wir Ärzte nicht meinen, das der pränidative Embryo eine Sache sei, sondern dass ihm Menschenwürde zukommt. Aber wir gehen mit der gesellschaftlichen Mehrheit überein, dass es einen abgestuften Lebensschutz geben muss, nach Güterabwägung und Begründung. Nur über diesen Weg kommen wir überhaupt in die gesamte Schwangerschaftskonfliktgesetzgebung.

Als der Vorstand der Bundesärztekammer in einer Kommission mit Mitgliedern meiner Fachgesellschaft den Antrag in die Politik getragen hat zu Beratung, Dreitagesfrist und statistischer Erfassung, da wollten wir es auch im Singhammer-Ausschuss besprochen haben: Tötung bis zur Geburt, mit allen Problemen des Dammbruchs, der Diskriminierung. Das sind also keine neuen Themen. Da wurde uns im Ausschuss zugehört bis zur statistischen Erfassung, aber nicht mehr, als es um die Tötung menschlichen Lebens ging, ohne dass wir in diesem Bereich über den Status des Embryos diskutieren müssen. Hier sind wir tief im postnidativen Bereich.

Deshalb hatte der Kollege eben recht, als er sagte: Ein Nein zur PID ruft das Bundesverfassungsgericht auf, über diese Fragen ernsthaft nachzudenken, Schlüsse daraus zu ziehen. Vor diesem Hintergrund ist die PID nicht ohne die Realität der PND zu denken.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr von Ascheraden aus Baden-Württemberg.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Die unerschütterliche Wahrheit gibt es nicht, hat Theodor Fontane am Ende seines langen schriftstellerischen Lebens gesagt. Er hat sich mit den Beziehungen der Menschen zueinander insbesondere in einer Wandlungsphase der Gesellschaft am Ende des 19. Jahrhunderts befasst. Was soll das heißen? Es gibt Situationen, in denen beide Wege gute Gründe für sich und jeweils auch gute Gründe gegen sich gelten lassen müssen. Das gilt auch für diese Frage hier. Aber ich bin überzeugt, dass wir als Ärzteschaft uns eine Meinung dazu bilden sollten. Insofern spreche ich gegen den Antrag, heute hier keine Abstimmung durchzuführen. Wenn wir es nicht wagen – es ist ein Wagnis –, ein abgewogenes, nach einer respektvollen Diskussion zustandegekommenes Urteil abzugeben, wie soll sich denn die Politik dazu stellen? Ich würde das als eine Art von Ausweichen, auch als Feigheit ansehen.

(Vereinzelt Beifall)

Es gibt Situationen, in denen es nicht *den* richtigen Weg gibt, sondern nur das Ringen um eine vertretbare Entscheidung. Die PID ist Realität. Ich denke, dass wir uns mit dieser Entscheidung dazu stellen sollten.

Das Memorandum halte ich für eine gute Grundlage für unsere Entscheidung und diese Diskussion hier auch für eine würdige und respektvolle Grundlage für eine verantwortliche Entscheidung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Herrmann aus Schleswig-Holstein.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin zwar noch nicht sehr lange Delegierter eines Deutschen Ärztetages, dennoch habe ich schon etliche Diskussionen erlebt. Diese Diskussion über die PID ist ein Höhepunkt der ärztlichen Dialektik und spricht für eine sehr hohe Diskussionskultur. Dafür möchte ich mich bedanken, aber auch dafür, dass Zeit und Raum gelassen werden, zumal ich zuvor keine festgelegte Meinung dazu hatte.

Die PID ist eine zutiefst ärztliche, medizinische und ethische Fragestellung, zu der jeder Einzelne von uns Stellung beziehen muss im Kontext von medizinisch Machbarem, ethisch Vertretbarem und selbst Zumutbarem, fernab von jeder ökonomischen Diskussion, die leider unseren ärztlichen Alltag und auch unsere Diskussionskultur so häufig überlagert, was mir auf meinem Arbeitsplatz immer wieder aufstößt, wenn es um Fallzahlen, Case-Mix-Index und nicht so sehr um den Patienten und unser ärztliches Handeln geht.

Jetzt ist es ganz anders. Wir haben gestern von Franz Bartmann gehört, dass jeder die richtige Frage stellen muss, um eine richtige Antwort zu bekommen. Die Frage jetzt lautet: Steht das Schutzrecht und damit das Selbstbestimmungsrecht des präniadativen Embryos an oberster Stelle oder das Persönlichkeitsrecht und damit das Selbstbestimmungsrecht der Frau und ihres Partners? Diese Frage wird jeder von uns für sich ganz allein beantworten vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Gewissenskonstruktion. Deshalb sind die heutige Diskussion und auch eine Abstimmung darüber genauso wie die Diskussion am anderen Ende des Lebens – Herr Peters hat von Alpha et Omega gesprochen –, die wir heute noch führen werden, für mich, der ich jetzt eine klare Meinung dazu habe, aber auch, wie ich meine, für alle Ärzte und darüber hinaus so eminent wichtig.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Friebel, Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

Dr. Friebel, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Grundsätzlich bin ich der Auffassung, dass es uns nicht zusteht, in die Schöpfung einzugreifen. Wir tun es dennoch auf allen möglichen Gebieten, vor allen Dingen in der Medizin. Wenn wir einmal konsequent wären, müssten wir die Antibabypille, die Pränataldiagnostik und vor allem viel später die Schwangerschaftsunterbrechung mit Töten des Feten ab sofort verbieten. Tabubrüche aber sind an der Tagesordnung. Nun soll die Ablehnung der PID die Bastion sein, die uns wieder ein beruhigendes Gewissen verschafft. Welch bigottes Verhalten!

(Vereinzelt Beifall)

Ich kann nicht eine Aktion mit der nächsten Aktion entschuldigen. Die Methode der PID wird angewendet. Wenn Sie so wollen, ist der wissenschaftliche Fortschritt der Teufel aus der Flasche.

Das vorgelegte Memorandum hat sich sehr sorgfältig mit all dieser Problematik beschäftigt und eine abwägende Indikationsstellung dem Deutschen Ärztetag vorgelegt.

Der Deutsche Ärztetag hat zuallererst das Recht, sich damit auseinanderzusetzen. Wir dürfen doch den Antrag nicht den Abgeordneten des Deutschen Bundestages überlassen! Wir sind doch diejenigen, die eine Meinung dazu haben müssen.

(Beifall)

Also dürfen wir diesen Antrag auch nicht zurückziehen. Ich freue mich, dass diese ernst geführte Debatte mit hohem Verantwortungsbewusstsein heute hier uns in die Lage versetzt, wenn auch nicht eine einheitliche Meinung zu erhalten, aber dennoch sich mit dieser Thematik sehr differenziert auseinanderzusetzen. Ich bedanke mich dafür. Wir betrachten ein Gesamtpaket. Wir betrachten die Transplantationsmedizin, wir betrachten später noch § 16 der (Muster-)Berufsordnung mit der Sterbeproblematik.

Ich plädiere, meine sehr verehrten Damen und Herren, für die Annahme des Antrags in aller Sorgfalt und danke Ihnen fürs Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Friebel. – Der nächste Redner ist Herr Bodendieck aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Als wir – ich glaube, es war im Jahr 2001 – Herrn Professor Alexander, den Reproduktionsmediziner der Universität Leipzig, in unserer Kammerversammlung hatten, war ich vehement dagegen. Ich habe gesagt: Das ist ein Eingriff in die Schöpfung, das können wir uns nicht leisten. Inwieweit vernichten wir hier Leben, das bei fortschreitender Technik und Beeinflussung vielleicht irgendwann einmal überlebensfähig sein wird? Vielleicht ist die genetische Variante, die ich jetzt vernichte, diejenige Variante, die die Zelle in Zukunft weiterbringen kann.

Ich bin katholisch erzogen. Mittlerweile sind zehn Jahre ins Land gegangen. Trotz katholischer Erziehung und relativem Fundamentalismus habe ich mich immer wieder gefragt: Ich bin hier nicht als Katholik gefragt, sondern ich bin hier als Arzt gefragt. Als Arzt muss ich immer wieder die Frage an mich stellen – richten Sie bitte die Frage auch an sich selbst –: Darf ich meine eigene persönliche Meinung dem Patienten – ganz salopp ausgedrückt – überhelfen? Natürlich beeinflussen wir mit unserer Aufklärung immer wieder ein Stück weit den Patienten. Aber wir haben über Jahre in diesem Hohen Hause über mündige Patienten gesprochen. Wir nehmen doch keinem der jungen Paare die Chance, selber zu entscheiden, die Präimplantationsdiagnostik durchzuführen zu lassen oder nicht.

(Vereinzelt Beifall)

Wir nehmen niemandem die Chance, die Pille danach zu nehmen oder sie eben abzulehnen. Wir nehmen niemandem die Chance, Pränataldiagnostik durchzuführen oder nicht.

Wir sind berufen, als neutrale Gutachter dem Patienten beratend zur Seite zu stehen. Ansonsten, meine sehr verehrten Damen und Herren, muss ich es weiterhin ablehnen, als Advokat oder Rechtsanwalt des Patienten dargestellt zu werden. Wenn der

Patient seine Meinung mittels unserer Beratung gebildet hat, nach dem Abwägen von Für und Wider, erst dann kann ich dem Patienten beistehen.

Ich bin kein Kinderarzt, ich bin Hausarzt auf dem Lande. Fragen Sie bitte viel ältere Menschen, deren Kinder vor ihnen gestorben sind, welche schweren psychischen Belastungen dadurch entstehen. Ich selber betreue eine junge Frau, die dadurch schwer drogenabhängig geworden ist, dass alle ihre acht Brüder, von denen nur einer überlebensfähig war, dann aber im neunten Lebensjahr an Mukoviszidose gestorben ist, nicht überlebt haben. Aus diesem Grunde ist die junge Frau drogenabhängig geworden, weil die Eltern so darunter gelitten haben, dass sie sich um das eine Kind nicht kümmern konnten.

Wir haben neuerdings die Möglichkeit, die PID durchzuführen. Bitte stimmen Sie dem Antrag und dem ausgewogenen Memorandum des Vorstands der Bundesärztekammer zu. Wir haben keine andere Chance, ansonsten sind wir unglaubwürdig.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Bodendieck. – Der nächste Redner ist Herr Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte etwas aufgreifen, was der Vorredner gesagt hat. Bei dem Begriff der Menschenwürde sind wir, denke ich, alle d'accord. Das ist etwas, was wir als Ärzte alle zutiefst unterstützen müssen. Mit dem Begriff des abgestuften Lebensschutzes kann ich mich nicht identifizieren. Eine Selektion von Embryonen – nichts anderes ist die PID – ist letztendlich immer – darüber sollte man sich klar werden; das sollte man nicht euphemistisch schönreden – eine Selektion von menschlichem Leben, auch wenn das Motiv noch so hehr sein mag. Es ist eine Selektion von menschlichem Leben.

Deshalb halte ich Begriffe wie „Schwangerschaft auf Probe" oder „defektives Kind" für absolute Unworte. Wir werden nie – das ist letztendlich der Grund unseres ärztlichen Tuns – in einer total glücklichen Welt leben, wo wir nur gesundes Leben erschaffen können. Ich fühle mich als Arzt letztendlich auch nicht dazu berufen, gesundes Leben zu erschaffen. Ich fühle mich als Arzt immer noch dazu berufen, Krankheiten zu heilen und, soweit ich es kann, durchaus auch präventiv tätig zu sein. Wir verengen hier den Blick sehr, sehr stark.

Natürlich weiß ich um das Leid der Paare. Ich weiß auch um das Leid, das auftreten kann, wenn man ein schwerkrankes Kind hat.

Andererseits kenne ich sehr viele Menschen – ich sage bewusst nicht: Patienten –, die beispielsweise an Trisomie 21 leiden, die sehr glücklich sind, die glücklicher sind als viele andere, vielleicht auch hier in diesem Hause.

Es ist natürlich eine individuelle ethische Frage, die jeder für sich selbst beantworten muss. Ich möchte daran erinnern, dass es in unserer Verfassung nicht zuletzt wegen der jüngeren Vergangenheit – da wissen wir ja sehr wohl, was mit Selektion von

menschlichem Leben tatsächlich umgesetzt wurde – heißt: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Es ist auch nicht unsere Sache, das neu zu definieren. Wir haben uns im Prinzip darauf geeinigt, dass auch ein Embryo eine Menschenwürde hat. Deswegen, denke ich, sollten wir uns auch an den Hippokratischen Eid erinnern. Wir sollten uns auch an das ganz einfache Gebot erinnern: Du sollst nicht töten. Ich denke, ein Lebensrecht ist absolut, auch der Lebensschutz muss absolut sein. Das können wir nicht relativieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Marx. – Der nächste Redner ist Herr Funken aus Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Professor Hepp, Ihren Ausführungen bin ich aufmerksam gefolgt. Sie waren sehr informativ, haben mich aber noch mehr zweifeln lassen, ob der Weg, den wir diskutieren, der richtige Weg ist. Wir diskutieren aus unserer ärztlichen Sicht und schränken damit das Problem auf unseren Sektor Arzt ein. Ich denke, das Problem ist aber nicht ein ärztliches, sondern ein gesellschaftliches Problem. Die Gesellschaft, in der wir leben, ist eine Multikultigesellschaft, die irgendeine Grundlage haben muss, die man möglicherweise in einem Gesetzestext fassen kann, die darüber hinaus aber auch einen ethisch-moralischen Grundsatz haben muss. Diesen ethisch-moralischen Grundsatz gilt es abzuwägen vor dem Hintergrund weniger Einzelfälle – ich habe gehört: 200 Fälle im Jahr –, bei denen man sagt: Wir gehen mit unseren medizinischen Fähigkeiten so weit, dass wir den freien Willen des Einzelnen über das Gesamtwohl der Allgemeinheit stellen. Der Preis der Freiheit, Herr Professor Hepp, ist die Verantwortung. Das ist auch der Preis der Demokratie. Sie wird erkämpft und muss verteidigt werden. Der Preis der Freiheit des Einzelnen geht in diesem Fall über den Preis der Freiheit der Allgemeinheit hinaus.

Ich denke, deshalb müssen wir unseren Blickwinkel etwas erweitern auf den Gesamtkontext ethisch-moralischer Grundsätze, innerhalb dessen wir uns bewegen. Dazu, liebe Kolleginnen und Kollegen, habe ich heute noch nicht so viel gehört.

Das Papier der Bundesärztekammer ist sicher gut und abgewogen. Meine Zweifel bezüglich dieses Grundsatzes konnten bisher aber nicht zerstreut werden. Ich würde mir wünschen, dass wir mit ein bisschen Zweifel an unseren eigenen Grundsätzen – ethisch-moralisch, nicht medizinisch – herangehen und vielleicht zu der Abwägung kommen, dass das Papier eine gute Grundlage ist, aber um den Faktor des gesellschaftlichen Diskurses erweitert werden müsste.

Deshalb habe ich den Antrag gestellt, es an den Vorstand zurückzuüberweisen und um diesen Punkt zu erweitern. Ich möchte recht herzlich um Ihre Zustimmung bitten. Bitte reflektieren Sie ernsthaft noch einmal Ihre eigenen Grundlagen über das Medizinische hinaus, welchem ethisch-moralischen Grundtext Sie die Allgemeinheit und sich selber unterwerfen wollen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Frau Diplom-Medizinerin Dörte Meisel zu Wort.

Meisel, Sachsen-Anhalt: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sind nicht Herren über Tod und Leben. Darum geht es auch nicht. Ich bin als Christin, als Frau, als Mutter mit Gott sei Dank gesunden Kindern hier, weil ich Verantwortung habe für meine Patientinnen. Ich bin Gynäkologin. Ich kenne das Trauma, das die Patientinnen hinter sich haben, bis zur Reagenzglasbefruchtung zu kommen. Diese Frauen sind schon traumatisiert. Für Frauen, die wissen, dass sie in ihrer Familie schwere genetische Erkrankungen haben, und sich trotzdem ein Kind wünschen, ist es eine fürchterliche Entscheidung. Ich finde es einfach – um das Wort meines Präsidenten zu wiederholen – bigott, dass wir uns davor schützen. Es ist keine Entscheidung über Abbruch oder Nichtabbruch. Das gibt es schon. Die Frau kann, wissend um die Erkrankung ihres ungeborenen Kindes, sich für einen Abbruch entscheiden. Das ist schon Selektion. Der Abbruch ist in Deutschland gesetzlich zugelassen. Das ist Tötung auf Verlangen. Sollen wir doch nicht so tun, als sei dem nicht so.

Es geht um Diagnostik, und zwar um Diagnostik über Zellen in einem Reagenzglas. Ich finde es grausam, meiner Patientin zuzumuten, erneut eine Fehlgeburt, erneut eine kranke Schwangerschaft auszutragen, obwohl wir wissen könnten, dass die Schwangerschaft nicht in Ordnung ist. Die Entscheidung, ob diese Zellen ausgetragen werden, treffen nicht wir, die trifft die Patientin, die trifft das Elternpaar. Ich denke, da sollten wir ehrlich sein und der Patientin die Entscheidung ermöglichen, ob sie die Schwangerschaft austragen möchte oder nicht, statt ihr diesen fürchterlichen Zustand des Abbruchs in der achten bis zehnten, sechsten bis zwölften Woche zuzumuten oder gar einen Spätabbruch.

Natürlich hat das Bundesverfassungsgericht mit seiner Entscheidung eine Linie gezogen. Aber ich muss sagen: Gerichte sind nicht dazu da, Recht zu sprechen, sondern Urteile zu fällen. Das ist für mich ein Unterschied.

Ich möchte uns davor schützen, dass wir die Patientin bevormunden, indem wir sagen: Reagenzglasbefruchtung, alles, was dabei herauskommt, wird implantiert. Ich bitte Sie um Ehrlichkeit, um Ehrlichkeit sich selbst gegenüber, um Ehrlichkeit der Medizin gegenüber. Alles, was wir machen könnten, sollte nicht unbedingt gemacht werden. Aber was wir tun, sollte mit Ehrlichkeit an die Patienten transportiert werden.

Ich werde für den Vorstandsvorschlag stimmen und bitte Sie um Ehrlichkeit im Sinne Ihrer Patientinnen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön für Ihre Wortmeldung. Ich glaube, wir müssen aber noch einmal zum Ausdruck bringen, dass der Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig, aber straffrei ist. Das ist die Formulierung, die gültig ist. Der Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtskonform, sondern rechtswidrig, aber straffrei.

Der nächste Redner ist Herr Grauduszus aus Nordrhein.

Grauduszus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Die Diskussion, die wir heute hochmoralisch führen, ist unglaublich wichtig. Wir haben viele Argumente dafür und dagegen gehört. Eine Entscheidung fällt wirklich schwer. Ich denke, das wird uns allen so gehen.

Der Deutsche Ärztetag und wir leben ja nicht in einem luftleeren Raum, sondern wir wollen von der Gesellschaft auch als moralische Instanz akzeptiert werden und die Gesellschaft will das. Deshalb denke ich, weil die gesellschaftliche Situation so weit fortgeschritten ist, dass heute eine Entscheidung getroffen werden muss. Man kann nicht wieder zu Beratungen zurückkehren.

Ich glaube, dass der Vorstand mit seinem Vorschlag eine gute Entscheidung getroffen hat, bei der ich hoffe, dass wir uns alle diesem Ergebnis anschließen können; denn wir brauchen ein Votum für das Parlament, für die Gesellschaft.

Wir müssen doch ehrlich sein: Selbst unter uns sind einige Kolleginnen und Kollegen, die sagen, dass sie sich noch nicht lange mit diesem Thema beschäftigt haben. Unsere Gesellschaft, die Bürgerinnen und Bürger und auch die Parlamentarier sind doch auch verunsichert. Deshalb glaube ich, dass wir uns der Zukunft auch in diesem Bereich nicht versperren dürfen, auf der anderen Seite aber als Wächter von Moral und Ethik auch weiterhin akzeptiert werden müssen. Ich glaube, deshalb ist es für uns alle und für die Gesellschaft wichtig, dass wir uns hier heute mit einem einheitlichen Votum zur Präimplantationsdiagnostik äußern. Ich wünsche mir, dass wir dem Antrag des Vorstands zustimmen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt kommt Frau Dr. Lux, Vizepräsidentin der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Lux, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nur ganz kurz darauf hinweisen, dass ich den Antrag der Bundesärztekammer voll unterstütze. Ich stehe hinter ihm. Die Diskussion heute habe ich als sehr angenehm und sehr differenziert empfunden.

Wichtig ist mir nur noch folgende Anmerkung. Wir wollen unsere Patientinnen in Deutschland beraten. Im Ausland ist die PID begrenzt zugelassen. Es ist ganz wichtig, dass wir die Patientinnen an uns binden und sie nicht auf den Weg ins Ausland abdriften lassen oder sie auf das Ausland verweisen, wenn sie diese Bedürfnisse haben.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein.

Zimmer, Nordrhein: Lieber Herr Präsident! Liebe Gäste! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich war beeindruckt von dem, was Herr Friebel, Herr Bodendieck und Herr Funken angesprochen haben. Herr Henke, ich habe mich gestern sehr über das gefreut, was Sie an Bedenken vorgetragen haben. Ich habe mir meine Meinung gebildet. Ich möchte von dem heute Gehörten ein paar Dinge ansprechen.

Herr Professor Hepp, nicht nur Frauen leiden, wenn die Geburt eines möglicherweise fehlgebildeten Kindes zu erwarten ist. Ich glaube, auch die männlichen Partner haben durchaus das Empfinden von Leid. Das sollten wir nicht ausblenden.

Die PID bietet auch die Chance, Leben entstehen zu lassen. Wenn ich eine korrekte Beratung nach dem heutigen Stand vor dem Hintergrund einer monogenetisch bedingten Erkrankung durchführe, kann das Paar auch entscheiden: Wir bekommen keine Kinder. Solche Ehen oder solche Lebensgemeinschaften gibt es. Heute könnten wir mit der PID diesen Paaren eine Chance geben, ein Kind zu bekommen. Auch diese Frage sollte man vor dem Hintergrund des würdigen Lebens auch für dieses Kind – denn dieses Kind wäre ein gewünschtes Kind – durchaus in Betracht ziehen. Damit wird die Sache nicht einfacher, aber sie wird umfänglicher.

Ich meine, wir Ärzte müssen uns hier und heute mit einer Entscheidung nach außen melden. Wir müssen uns einmischen. Niemand mehr als wir ist in der Lage, heute schon die Weiterungen zu sehen, die diese wunderbare Technik für die Menschheit in Zukunft bedeutet.

Versetzen Sie sich bitte in die Zeit vor 75 Jahren. Hätte man vor 75 Jahren diese Technik gehabt, hätten wir uns verdammt einmischen müssen, denn sonst säße heute ein großer Teil von uns hier nicht mehr. Ich denke, das ist gewiss so.

Vor diesem Hintergrund können wir uns nicht um die Entscheidung drücken. Wir müssen sagen, wo die Grenzen sind. Wir müssen sagen, wohin es gehen soll.

Meine einzige Bitte geht dahin, im Vorstandsantrag von dem unbestimmten Rechtsbegriff des hohen genetischen Risikos wegzukommen. Sonst sind wir da, wo wir immer gern sind: Was ist ein hohes Einkommen? Was ist ein hohes Risiko? Dann geben wir es wieder in die Macht der Politik. Wir müssen sagen, welche Risiken aus ärztlicher Sicht für diese Diagnostik notwendig sind, damit sie eingeführt sind, damit diese Frage beantwortet wird. Dann tragen wir das mit. Dann ist das auch nach meinem Verständnis würdig für eine Ärzteschaft in Deutschland.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Frau Dr. Gitter aus Bremen. Sie ist dort Vizepräsidentin.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich zunächst ausdrücklich bedanken für diese weisen Einlassungen von Herrn Kollegen Friebel. Zum anderen möchte ich daran erinnern, um welche Paare es eigentlich geht. Das sind ja Paare, bei denen eigentlich ein genetisches Risiko bekannt sein muss. Sie müssen um das Problem wissen. Möglicherweise haben sie schon eine Schwangerschaft und ein vielleicht früh verstorbenes Kind hinter sich. Dann müssen sie, die eigentlich auf natürlichem Wege schwanger werden könnten, sich entschließen zu einer IVF. Sie müssen zunächst diesen Weg gehen, mit dem ganzen Drum und Dran mit der Stimulation und dem Risiko der Behandlung, dann der Befruchtung im Reagenzglas, erst dann ist die Untersuchung möglich.

Es kann sein, dass die Untersuchung nicht das erhoffte Ergebnis bringt. Dann geht es vielleicht wieder von vorn los. Wenn man sich vorstellt, welch unendliches Leid es für das Paar bedeutet, überhaupt diesen Weg einschlagen zu wollen, um doch der Hoffnung nachzugehen, ein gesundes eigenes Kind zu haben, dann relativieren sich die Befürchtungen, die hier genannt worden sind, man würde Paare unter Druck setzen, man dürfe kein behindertes Kind bekommen.

Es geht um ganz andere Dinge. Es geht eben nicht darum, behinderte oder fehlgebildete Kinder nicht zu wollen. Ich berate selber gemeinsam mit einem Kollegen aus der Geburtshilfe, wenn intrauterine Fehlbildungen entdeckt werden. Wir beraten in aller Regel sehr hoffnungsvoll. Es geht um einen sehr beschwerlichen Weg, auf den sich diese Paare begeben müssen.

Deswegen habe ich keine Sorge vor dem Dammbruch. Deshalb finde ich das auch für ganz ausgewählte Probleme und in ganz ausgewählten Fällen richtig. Wir müssen uns als Ärzte und Berater natürlich an der Diskussion beteiligen. Deshalb müssen wir abstimmen. Wir sollten für diesen ausgewählten Kreis die PID zulassen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Clever.

Dr. Clever, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr verehrte Damen und Herren! Ich will auf Argumente eingehen, die im Verlauf der Diskussion aufgetaucht sind. Meine geschätzte Kollegin Frau Dr. Groß hat beispielsweise beschrieben, wie sie die Psychotherapie einer Frau begleitet hat, bis zur Geburt. Das Kind verstarb dann. Ja, das ist doch genau richtig, das darf doch sein. Die Frau hat die Entscheidung selbst zu treffen. Wir haben sie zu unterstützen, wenn die Gesellschaft Druck macht in diese oder in jene Richtung. Die Tatsache, dass die Gesellschaft in diese oder in jene Richtung Druck macht, haben wir überall. Das Argument spricht eigentlich nur für das Selbstbestimmungsrecht der Eltern und die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, hier zu begleiten und mitzumachen. Ich finde, das war richtig. Aber das ist für mich eigentlich kein Argument in dieser Diskussion, liebe Christiane.

(Vereinzelt Beifall)

Ich habe damals die Diskussion um § 218 miterlebt. Ich arbeite als Gynäkologe so, dass ich heute den Eindruck habe: Wir Ärzte haben in den letzten 10, 20 Jahren eine gute Beratung zum Thema Verhütung durchgeführt, sodass die Zahlen seit Jahren sinken. Das ist nicht zuletzt das Verdienst der Ärzteschaft, der Gynäkologen und der anderen, die da mitmachen.

(Vereinzelt Beifall)

Das damalige Gesetz – nicht gestattet, aber straffrei – hat keinen Dammbruch herbeigeführt. Auch an dieser Stelle hier – das hat Herr Professor Hepp bereits ausgeführt – wird es keinen Dammbruch geben. Wer sind wir denn, dass wir darüber richten? Das kann nicht sein.

Herr Kollege Zimmer, Sie haben von einem Katalog gesprochen. Katalog? – Nein. Das Leben ist so vielfältig und wird weiterentwickelt, dass wir jedes Jahr neu darüber sprechen müssten. Ich finde, dass die engen Grenzen, wie sie hier im Antrag aufgeführt sind, richtig sind. Es muss ja niemand tun. Das sollten wir auch unseren Patientinnen und Patienten sagen. Niemand von den Ärzten muss es tun.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Clever. – Jetzt Herr Professor Griebenow aus Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Natürlich können wir uns nicht der Diskussion und der Entscheidung entziehen, wenn eine medizinische Notsituation vorliegt und wir helfen könnten. Gleichwohl ist die Entscheidung schwierig. Die Argumente pro und kontra, die hier vorgetragen worden sind – ich bin Kardiologe, ich spreche nicht aus eigener Erfahrung –, sind unmittelbar nachvollziehbar. Herr Henke hat auf weitere rechtssystematische Punkte hingewiesen, die sich mit der Frage befassen: Wann ist etwas Leben? Wann hat es Würde und wann nicht? Öffnen wir damit nicht noch ganz andere Türen, was möglicherweise den Handel und die Forschung mit diesen Zellen angeht?

Vor diesem Hintergrund möchte ich Sie bitten, den Antrag anzunehmen. Auf der ersten Seite steht im ersten Punkt:

> *Die ethische Abwägung spricht für eine Zulassung der PID in engen Grenzen und unter kontrollierten Voraussetzungen.*

Diese positive Stellungnahme würden wir so beschließen.

Auf Seite 2 des Antrags heißt es im vorletzten Absatz:

> *In Anerkennung der umsichtigen und sorgfältigen ethischen Abwägungen, die in dem Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik deutlich zum Ausdruck kommen, spricht sich der Deutsche Ärztetag … für die Zulassung der PID … aus.*

Ich denke, es macht einen entscheidenden Unterschied, ob wir eine Meinungsäußerung abgeben, dass wir der Meinung sind, dass man so etwas wie die PID durchführen kann, dass wir in dem nachfolgenden Absatz unsere konstruktive Mitwirkung zusagen, oder ob wir so weit gehen, dass wir als Ärzteschaft generell die Einführung aktiv empfehlen.

Insbesondere in Anbetracht der schwierigen und im Einzelfall zu treffenden und von uns ja auch am liebsten auf den Einzelfall zu begrenzenden Entscheidungen würde ich von der generellen Empfehlung abraten. Der Text enthält dann immer noch genügend Positives. Sie bekommen noch einen Änderungsantrag, der darauf hinausläuft, den vorletzten Absatz auf Seite 2 zu streichen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Der Änderungsantrag liegt schon vor, auf Seite 2 unten den Absatz von „In Anerkennung“ bis „Verfahrensvoraussetzungen aus“ zu streichen. – Das Wort hat jetzt Herr Dreyer, ebenfalls aus Nordrhein.

Dr. Dreyer, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte Herrn Professor Griebenow ein Stück weit widersprechen. Ich glaube, wenn wir den von Herrn Professor Griebenow genannten Absatz streichen, nehmen wir uns wieder ein Stück weit aus der Verantwortung.

(Beifall)

Gleichzeitig möchte ich uns die Angst vor dieser Verantwortung nehmen. Ich bin bei diesem schwierigen Thema selber hin und her gerissen. Ich glaube aber, dass es eine Möglichkeit ist, die wir uns jetzt eröffnen. Wir müssen uns in der Debatte auch fragen: Hat uns die Pränataldiagnostik so viel Negatives gebracht, dass wir uns jetzt wünschen müssen, wir hätten das damals nicht beschlossen? Natürlich ist ein Druck auf Patienten und Ärzte entstanden, aber es ist auch ein Druck entstanden, den die Gesellschaft aushalten kann und aushalten muss.

Wünschen wir uns so sehr, dass wir die Pränataldiagnostik nie gehabt hätten, dass wir deswegen jetzt auf die PID, die ich persönlich in einem viel weniger direkten menschlichen Zusammenhang sehe als die Pränataldiagnostik, nicht haben wollen? Ich glaube, wir müssen uns als Ärzte heute der Verantwortung stellen, dieses Diagnostikum in die Gesellschaft zu tragen. Wir müssen uns die Angst nehmen, dass wir damit die Ethik abschaffen. Ich glaube, egal wie diese Abstimmung heute ausgeht, es wird natürlich weiterhin eine ethische Diagnostik geben. Ich wünsche mir so sehr wie selten, dass wir in der Abstimmung am Ende dieses Tagesordnungspunkts ein extrem buntes Bild bekommen. Ich wünsche mir sehr, dass es eine ganze Menge Ablehnung gibt, ich wünsche mir sehr, dass es eine ganze Menge Zustimmung gibt. Ich wünsche mir auch die eine oder andere Enthaltung. Ich glaube, dies wäre genau das Bild, das von diesem Deutschen Ärztetag ausgehen muss, dass wir uns bei diesem Thema weiter in der Debatte befinden müssen und dass es mit dem heutigen Tag nicht getan ist.

Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dreyer. – Jetzt Herr Hülskamp, ebenfalls aus Nordrhein.

Dr. Hülskamp, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe ein Problem, das ich Ihnen kurz schildern möchte. Hier wurde häufig der Schutz des Keims – so war früher die bessere Bezeichnung als „Schutz des Embryos“ – gleichgesetzt mit dem Schutz des menschlichen Lebens. Damit habe ich Probleme. Es gibt in dieser Gesellschaft viele Menschen, die das, nicht christlich geprägt, nicht so sehen. Auch daran müssen wir denken. Wir sind ein säkularer Staat. Ich meine, dass man das nicht überstülpen darf.

Ich werde diesem Antrag zustimmen und möchte Sie bitten, dies ebenfalls zu tun. Ich möchte aber Folgendes klarstellen. Der Herr Präsident hat eben gesagt, dass nach § 218 ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig ist. Ich sage das jetzt nur, damit kein falscher Tenor in die Diskussion kommt, weil das im Zusammenhang mit der PID genannt wurde. Es ist nur rechtswidrig und von Strafverfolgung wird abgesehen bei der sogenannten Zystenregelung. Bei § 218 a, der sogenannten medizinischen Indikation, ist es so, dass es nicht rechtswidrig und auch nicht strafbar ist. Warum hat man das so gemacht? Es war damals ein Antrag der bayerischen Justizministerin, die nicht wollte, dass ein Schwangerschaftsabbruch bei der Fristenregelung von den Krankenkassen, also von der Allgemeinheit, finanziert wird. Daraufhin wurde die Formulierung gefunden – ich weiß nicht, ob es das Bundesverfassungsgericht oder der Bundesgerichtshof war; das ist auch egal –, dass die Rechtswidrigkeit nur bei der Fristenregelung gegeben ist. Das mögen Sie bitte mit beachten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, auch für die ergänzende Aufklärung. – Als nächster Redner bitte Herr Dr. Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir haben vom Vorstand ein Dokument vorgelegt bekommen, das ich als sehr ausgewogen empfinde. Es formuliert sehr vorsichtig. Das habe ich mit großer Erleichterung und Freude zur Kenntnis genommen. Wir haben hier eine Diskussion erlebt, die ein breites Meinungsspektrum dargeboten hat. Langsam wiederholen sich die Argumente, sodass ich denke, jetzt sollte jedem eine Meinungsbildung möglich sein. Ich jedenfalls habe mir hier eine Meinung gebildet. Ich habe die Diskussionsatmosphäre als sehr angenehm empfunden.

Ich würde mir wünschen, dass diese Diskussionsatmosphäre aufgegriffen und nach draußen transportiert wird, dass nicht nur ein Ergebnis publiziert wird, sondern dass auch dieses Meinungsbild publiziert wird. Ich wende mich ganz klar gegen eine Vorstandsüberweisung. Wir sollten hier einen Beschluss fassen und diesen dann publizieren. Ich gehe sogar noch einen Schritt weiter: Ich würde mir von Anfang an wünschen, dass wir, gleichgültig wie das Abstimmungsergebnis ausgeht, in jedem Fall auszählen, sodass wir sagen können, wie viele dafür und wie viele dagegen waren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das tun wir. Vielen Dank, Herr Schimanke. – Jetzt bitte Herr Kollege Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich fand es auch sehr gut, dass wir uns die Zeit zum Diskutieren genommen haben. Ich kann meinem Vorredner nicht so ganz folgen. Ich befinde mich noch immer in einem Spannungsfeld. Ich versuche, in meinem Leben einen christlich-biblischen Hintergrund zu leben. Da stoße ich mich schon an dem Gebot „Du sollst nicht töten“. Es hilft mir überhaupt nichts, wenn unsere Rechtsprechung sagt: Ein Schwangerschaftsabbruch ist zwar Töten, aber wir verfolgen diese Tat nicht.

Die andere Seite dieses Spannungsfelds ist die Tatsache, dass wir in der Entwicklung der medizinischen Technik immer weiter fortschreiten. Ich kann sehr wohl verstehen, dass Paare, die einen genetischen Defekt haben, den Wunsch haben, Kinder zu haben, die gesund sind, die nicht mit dem gleichen genetischen Defekt leben müssen. Ich spüre diese Spannung. Deshalb fällt es mir auch schwer, eine Entscheidung zu treffen: An welcher Stelle hebe ich denn meine gelbe Karte? Sage ich Ja, dann bin und bleibe ich in dem Konflikt meines christlichen Glaubens; sage ich Nein, nehme ich diesen Menschen die Möglichkeit auf einen gesunden Nachwuchs. Enthalte ich mich, bedeutet das nach unserem Verständnis: Ich habe keine Meinung. Ich habe aber sehr wohl eine Meinung.

Von daher habe ich ein bisschen Mühe, mich an der Abstimmung zu beteiligen. Ich denke, unsere Diskussion hat sowohl den Politikern als auch der Bevölkerung in unserem Land gezeigt, dass wir uns mit diesem Thema beschäftigen und dass wir es sehr, sehr ernst nehmen und dass wir ein sehr breites Bild an Meinungen haben.

Ich möchte nicht, dass in zehn Jahren gesagt wird: Der Deutsche Ärztetag hat sich für die PID entschieden, genauso wie vorhin gesagt wurde: Der Deutsche Ärztetag hat sich für die Pränataldiagnostik entschieden. Nach zehn Jahren ist nämlich nicht mehr deutlich, in welchem Verhältnis und mit welchem Ringen um eine Meinung dies geschehen ist. Ich fühle mich nicht wohl bei einer Entscheidung heute, bei der gezählt wird. Damit stehe ich ganz eindeutig gegen meinen Vorredner.

Ich würde den Antrag am liebsten an den Vorstand zurückgeben. Ich denke, das ist der Weg, bei dem man nicht zählen muss, damit es keine missverständlichen Interpretationen gibt.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

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

Damit ist die Rednerliste erschöpft. Wir kommen zur Abstimmung. Die Zähler bitte auf die Plätze. Zunächst aber muss ich fragen: Wer möchte sich abstimmungsmäßig mit dem Thema nicht befassen?

(Prof. Dr. Seeber, Sachsen-Anhalt: Zur Geschäftsordnung!)

– Bitte.

Prof. Dr. Seeber, Sachsen-Anhalt: Die Diskussion war – wie schon häufig betont – sehr kontrovers. Jeder Einzelne muss aus tiefem Herzen entscheiden. Aus diesem Grunde beantrage ich eine geheime Abstimmung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: An sich ist es so: Wenn einer dies beantragt, müsste das durchgeführt werden. Aber das hält uns sehr auf.

(Beifall)

Das ist ja etwas, bei dem man sich bekennen kann.

Möchte jemand gegen die geheime Abstimmung sprechen?

N. N.: Lieber Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Diskussion, die wir hier geführt haben, war aus meiner Sicht von einer großen Achtung vor der Meinung aller Seiten geprägt. Deshalb sehe ich die Not nicht, geheim abzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Dann stimmen wir jetzt darüber ab, ob geheim abgestimmt werden soll oder nicht. Wer möchte geheim abstimmen? – Wer möchte nicht geheim abstimmen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann machen wir eine offene Abstimmung.

N. N.: Wenn wir in diese wichtige Abstimmung gehen – ich denke, diese Abstimmung ist sehr, sehr wichtig –, dann möchte ich doch bitten, dass alle Anträge allen Delegierten vorliegen. Uns liegen nicht alle Anträge vor.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es gibt keine zusätzlichen Anträge. Es gibt nur einen Antrag, nämlich den auf Streichung. Das können wir doch auch so behandeln. – Herr Emminger, bitte.

Dr. Emminger, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist der Antrag auf geheime Abstimmung gestellt worden. Wenn wir unsere Geschäftsordnung und wenn wir das Thema ernst nehmen und wenn wir uns an diese sehr intensive und gehaltvolle Diskussion heute erinnern, dann können wir hier nur an den Kollegen appellieren und ihn eindringlich bitten, seinen Antrag zurückzuziehen. Einen anderen Weg gibt es für mich nicht.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Herr Lücke, bitte.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Da nicht jeder die Satzung vorliegen hat, darf ich bitten, den entsprechenden Paragrafen der Satzung vorzulesen. Wir dürfen natürlich eines nicht tun: aus Opportunitätsgründen unsere Satzung oder Geschäftsordnung eben einmal per Akklamation ändern.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Ich bitte Herrn Rechtsanwalt Schirmer oder Frau Dr. Hübner, das Wort zu nehmen.

(Zuruf: Vorlesen!)

Schirmer, Justiziar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Vorschrift finden Sie in § 16 der Geschäftsordnung:

> *Die Abstimmung erfolgt in der Regel durch Handaufheben. Auf Beschluss der Versammlung kann sie namentlich durch Aufruf der Abgeordneten oder schriftlich geheim erfolgen.*

Es ist also ein Beschluss der Versammlung erforderlich. Es kann zwar jemand den Antrag stellen, aber das müssen Sie dann mit Mehrheit beschließen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Das haben wir gemacht. Wir haben uns also an die Geschäftsordnung gehalten.

Schirmer, Justiziar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Sie haben es ja in dieser Form beschlossen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es ist alles rechtmäßig. – Jetzt bitte Herr Mau.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe natürlich überhaupt nicht den Mut, einem Rechtsanwalt zu widersprechen, gerade wenn wir eine so schwierige Diskussion einen ganzen Vormittag lang ohne Rechtsanwälte geführt haben. Ich habe aber die Sorge, dass dieser wertvolle Vormittag wegen eines Verfahrensfehlers in Misskredit geraten könnte oder gar für ungültig erklärt wird. Es wäre schade um diese Diskussion.

Ich glaube, es ist übergeordnetes Verwaltungsrecht – das gilt zumindest im Land Berlin und im Bundestag –: Wenn ein Einzelner die geheime Abstimmung beantragt, dann wird sie durchgeführt. Das steht im Allgemeinen Verwaltungsrecht, ich glaube, in § 34. Das ist übergeordnetes Recht. Das wird Herr Rechtsanwalt Schirmer bestätigen.

In § 11 Abs. 2 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage heißt es:

> *Wird ein Antrag zurückgenommen, so ist dies alsbald der Versammlung mitzuteilen. Nach Schluss der Aussprache werden Anträge nicht entgegengenommen.*

Nun könnte man ja den Antragsteller fragen, ob er den Antrag zurücknimmt. Dann hätten wir alle unseren Frieden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Dazu bitte Herr Schirmer.

Schirmer, Justiziar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich widerspreche ungern dem Vorredner hinsichtlich der rechtlichen Zuordnung von Prozeduren über Abstimmungen. Das ist kein übergeordnetes Verwaltungsrecht, auch kein Grundrecht. Auch im Deutschen Bundestag kann nur mehrheitlich abgestimmt werden. Bei der Bundesärztekammer ist ohnehin nicht Verwaltungsrecht anwendbar. Das ist Vereinsrecht eines nicht rechtsfähigen Vereins.

(Beifall)

Das Statut sieht das so vor. Die Geschäftsordnung ist nun einmal von Ihnen so beschlossen worden, zwar nicht heute, aber in der Vergangenheit. Das ist auch rechtens.

Auch bei einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft wie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann zwar schriftlich geheim abgestimmt werden, aber ebenfalls auch nur dann, wenn die Mehrheit das beschließt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Jetzt bitte Herr Lücke.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Herr Präsident, angesichts der Mehrheiten ziehe ich den Antrag zurück.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Jetzt Herr Funken zur Geschäftsordnung.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich hatte gestern den Antrag auf Rücküberweisung an den Vorstand schriftlich eingereicht. Ich möchte diesen Antrag als ersten abgestimmt wissen, weil wir uns dann gegebenenfalls alle weiteren Debatten ersparen können. Ich hatte nicht begrif-

fen, dass er aufgeschlagen ist. Deshalb stelle ich diesen Antrag jetzt noch einmal mündlich.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der Antrag ist angekommen. Es geht aber ein anderer Antrag vor, nämlich der Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung.

Gibt es noch Wortmeldungen zur Geschäftsordnung? – Nicht mehr. Dann frage ich jetzt: Wer möchte sich abstimmungsmäßig mit dem Antrag des Vorstands nicht befassen? – Wer möchte sich befassen? – Das ist die deutliche Mehrheit. Dann befassen wir uns damit. Dann frage ich jetzt: Wer möchte den Antrag an den Vorstand zurücküberweisen mit der Maßgabe, dass die von Herrn Dr. Funken geforderte Passage noch addiert wird? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit.

Es ist noch ein Antrag rechtzeitig eingetroffen, der aber nur verlesen werden kann. Aber zunächst einmal stimmen wir über Folgendes ab. Es geht um den Satz auf Seite 2:

> *In Anerkennung der umsichtigen und sorgfältigen ethischen Abwägungen, die in dem Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik deutlich zum Ausdruck kommen, spricht sich der Deutsche Ärztetag angesichts der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Zulassung der PID in engen Grenzen und unter kontrollierten Verfahrensvoraussetzungen aus.*

Wenn dieser Satz gestrichen wird, sind die engen Grenzen und die kontrollierten Verfahrensvoraussetzungen weg. Das müsste man dabei bedenken.

Wer möchte diesen Absatz streichen? – Wer möchte ihn nicht streichen? – Das war die deutliche Mehrheit.

Dann gibt es noch den Antrag, auf der ersten Seite im vierten Absatz in der vierten Zeile statt „auf Probe“ zu formulieren „mit Präimplantationsdiagnostik“. Ferner soll in diesem Absatz in der fünften Zeile „Schwangerschaft auf Probe“ gestrichen werden. Dazu bitte der Antragsteller.

Dr. Niemann, Hamburg: Der neue Text würde lauten:

> *Unter Gesichtspunkten der Zumutbarkeit für die Frau und des Entwicklungsstandes des vorgeburtlichen Lebens ist die In-vitro-Befruchtung mit Präimplantationsdiagnostik in bestimmten Fällen ethisch weniger problematisch als eine PND mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch.*

Ich denke, es ist missverständlich, wenn wir die Worte „Schwangerschaft auf Probe“ stehen lassen. Das ist ein schwieriges Kapitel.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, dass Sie das noch einmal erklärt haben. – Dann frage ich jetzt: Wer möchte dem zustimmen, was der Antragsteller dort fordert? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann haben wir den Text entsprechend geändert.

Jetzt bitte die Zähler auf die Plätze. Jetzt muss gezählt werden. Wer möchte dem so geänderten **Antrag I-02** des Vorstands der Bundesärztekammer zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag des Vorstands? – Jetzt die Enthaltungen. – Dann ist der Antrag mit 204 Jastimmen, 33 Neinstimmen und 6 Enthaltungen mit deutlicher Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Danke schön.

(Beifall)

Damit kommen wir zum Thema Organspende. Dazu gibt es einen Vorstandsantrag und zwei zusätzliche Anträge. Einer dieser Anträge würde den Vorstandsantrag obsolet machen.

Ich rufe zunächst den Antrag 25 auf. Haben Sie den? – Ein Geschäftsordnungsantrag.

MD Dr. Breu, Bayern: Herr Präsident, Sie haben gestern zugesichert: Es wird über die Organspende noch einmal eine Aussprache geben. Jetzt wollen Sie mit der Abstimmung beginnen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie können sich äußern.

(Heiterkeit)

Sie stehen ja auf der Rednerliste.

MD Dr. Breu, Bayern: Darf ich dann meine Unterlagen dazu holen?

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ja. – Jetzt möchte Herr Dreyer einen Geschäftsordnungsantrag stellen.

Dr. Dreyer, Nordrhein: Wenn die Redezeitbegrenzung jetzt nicht mehr gilt, würde ich gern die Redezeitbegrenzung auch für diesen Tagesordnungspunkt beantragen, genauso wie für den Rest des heutigen Tages, unabhängig von den Themen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wie lang soll sie denn sein?

Dr. Dreyer, Nordrhein: Am liebsten bis zum Ende des Deutschen Ärztetages.

(Heiterkeit)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Nein, ich meine: Wie lang soll denn die Redezeit dauern?

Dr. Dreyer, Nordrhein: Drei Minuten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das müssen wir natürlich von Thema zu Thema neu diskutieren. – Spricht jemand gegen den Antrag von Herrn Dreyer?

MD Dr. Breu, Bayern: Ich möchte dagegensprechen. Wir haben von Frau Wenker in der Einleitung gehört, dass es beim letzten Mal zu dem wichtigen Thema der Organspende eine Drei-Minuten-Abstimmung gab. Deswegen bin ich der Meinung, dass die wenigen Redner das sollen sagen dürfen, was sie sagen wollen, ohne Zeitbegrenzung.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann stimmen wir jetzt ab. Wer ist für drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Ich frage noch einmal: Wer ist für drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Das ist weniger. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Das Wort hat jetzt Herr Dr. Breu. Sie schaffen es auch in drei Minuten.

MD Dr. Breu, Bayern: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag I-21 und mache einen Vorschlag, wie wir dem Antrag der Bundesärztekammer vielleicht doch zustimmen könnten.

Sie haben ja im letzten Jahr auf dem Ärztetag in Dresden mit großer Mehrheit meinem Antrag zugestimmt. Damals sprachen sich die gewählten Vertreter der deutschen Ärzteschaft nicht nur für eine Intensivierung der bereits eingeleiteten Maßnahmen aus, sondern forderten auch eine zeitnahe Widerspruchsregelung. Das ist genau das, was die Spanier vor 15 Jahren gemacht haben. Damals hatten sie mit Abstand die wenigsten Organspenden, jetzt sind sie mit der Methode Spitzenreiter, für die wir uns im letzten Jahr ausgesprochen haben.

Derzeit beträgt die Wartezeit bei uns laut der Deutschen Stiftung Organspende bei einer Niere fünf Jahre, in Spanien sind es weniger als zwei Jahre. Seit unserem Beschluss hat sich einiges getan. Zwei Ärztekammern haben sich für die Widerspruchsregelung ausgesprochen. Nach der Organspende von Herrn Steinmeier haben sich viele Politiker aus allen Parteien für die Widerspruchsregelung ausgesprochen. Die bayerische CSU hat sich auf ihrem Parteitag geschlossen dafür ausgesprochen. Es gibt zu diesem Thema jetzt auch eine Bundesratsinitiative von Bayern.

Wenn Sie sich den Entschließungsantrag des Vorstands anschauen, stellen Sie fest, dass sich am ersten Teil überhaupt nichts ändert. Die strukturellen Maßnahmen werden aufgeführt, ergänzt und konkretisiert durch die Transplantationsbeauftragten, deren Position festgeschrieben werden soll.

Im zweiten Teil vermeidet der Vorstand – ich würde fast sagen: krampfhaft – das Wort „Widerspruchsregelung“. Wir sollen für eine selbstbestimmte Erklärungspflicht stimmen und ergänzen diese mit dem Hinweis, dass, wenn sich jemand nicht erklärt,

seine Organe nach dem Tod entnommen werden können. Bisher nannten wir das die Wie-Regelung.

Den 12.000 Menschen, die in diesem Jahr auf ein Organ warten, hilft aber unsere Diskussion überhaupt nichts. Deswegen haben wir Bayern gesagt: Wir sind kompromissfähig, auch wenn es uns schwerfällt, wie ich ganz klar sagen muss. Deshalb bitte ich, den Vorschlag des Vorstands dahin gehend zu ändern, dass wir überall dort, wo steht „Erklärung(-spflicht)“ die Klammern streichen, sodass wir tatsächlich eine Erklärungspflicht wollen.

Zum Zweiten schlage ich vor, dass wir auf Seite 2 im vorletzten Absatz statt „Der 114. Deutsche Ärztetag begrüßt dieses Modell“ formulieren „Der 114. Deutsche Ärztetag fordert eine Selbstbestimmungslösung mit Erklärungs- und Einwilligungspflicht“.

Wenn sich der Vorstand dazu durchringen kann, es so zu ändern, ziehen wir Bayern unseren Antrag zurück. Wir werden heute noch viel über ärztliches Ethos hören. Auch heute sterben drei Menschen, weil nicht genügend Organspender zur Verfügung stehen. Wir sollten das schnellstens ändern.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Breu. – Jetzt kommt Herr Professor Frantz aus Brandenburg.

Prof. Dr. Frantz, Brandenburg: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich möchte mich gegen den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer wenden, und zwar aus folgendem Grund. Der Goldstandard ist aus meiner Sicht die Widerspruchslösung. Sie gilt in vielen europäischen Ländern. Mit ihr hat man eine klare Grundlage.

(Beifall)

Der Deutsche Ärztetag hat im letzten Jahr auf Antrag des Kollegen Breu einen klaren vier Zeilen umfassenden Beschluss gefasst, in dem das Wort „Widerspruchslösung“ vorkommt.

Wenn wir heute davon abrücken, wird morgen die Schlagzeile lauten: Die deutsche Ärzteschaft rückt von der Widerspruchslösung ab. Was wollen wir damit transportieren? Damit machen wir nichts besser, damit machen wir alles unklar.

Es gibt meines Erachtens nicht diesen vermittelnden Weg, Zustimmungslösung und Widerspruchslösung in eines zu packen. Ich habe auch nicht verstanden, wo die Problemstellung ist, aus welchem Grund wir uns abschwächend bei der Widerspruchslösung verhalten müssen.

Es gibt einen guten Grund, warum es in einem Rechtsstaat eigentlich nur die Pflicht zur Steuererklärung gibt, man sich aber ansonsten nicht erklären muss, sich gerade bei solch ethischen und hochproblematischen, das Persönliche und das Intime betreffenden Punkten nicht erklären muss.

Welche Erklärungspflicht wollen wir denn schaffen? Wollen wir ein Register schaffen, in dem sich jeder Bundesbürger wiederfindet? Soll es beim Standesamt niedergelegt werden? Wollen wir ein Bußgeld erheben, wenn sich jemand nicht erklärt? Das ist

meines Erachtens eine vermittelnde Idee gewesen, die sich aber rechtsstaatlich kaum vollziehen lässt. Wir müssen auch denjenigen Menschen gerecht werden, die sich an dieser Stelle nicht erklären wollen. Wir sollten nicht eine verdruckste Widerspruchslösung schaffen, sondern wir sollten uns klar dazu bekennen, dass die Widerspruchslösung die Lösung der deutschen Ärzteschaft ist.

Ich möchte deshalb dafür plädieren, dass wir im Hinblick auf den Beschluss des vergangenen Jahres keine Änderung vornehmen. Dort haben wir uns klar ausgesprochen. Ich denke, damit ist das Votum der deutschen Ärzteschaft klar.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt bitte Frau Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Frantz, es passt sehr gut, dass ich direkt nach Ihnen sprechen kann. Ich kann Ihnen gleich folgende Antwort geben: Wir haben genau über diese Frage drei Tage lang diskutiert. Besonders beeindruckt hat mich das Votum des Patientensprechers des Bundesverbands der Organtransplantierten, Herrn Boltz, der uns noch einmal schriftlich mitgeteilt hat, die Patientenvertreter wollen keine Widerspruchsregelung. Der Begriff der Transplantationsmedizin ist eh nicht besonders positiv besetzt. Die Patientenvertreter in der Ständigen Kommission haben uns eindringlich gebeten: Vermeidet dieses Wort, nehmt lieber uns Patienten mit, geht in eine Selbstbestimmungslösung. Wir wollen ein Signal haben: Wir dürfen selbst bestimmen. Wir wollen nicht zu etwas gezwungen werden.

Ich denke, wenn uns das Organtransplantierte sagen, dann ist es für mich ein schlagendes Argument. Wir Ärzte haben doch immer den Anspruch, mit den Patienten, zumindest nicht gegen sie entscheiden zu wollen.

Ich bin Herrn Breu sehr dankbar. Ich glaube, wir liegen jetzt gar nicht mehr so weit auseinander. Sie haben zu Recht gesagt: Wir haben krampfhaft versucht, den Begriff „Widerspruchslösung“ zu vermeiden. Im Grunde wollen wir dasselbe, wir wollen das Spendenaufkommen erhöhen. Hier gibt es ein dramatisches Manko.

Spanien hat ein Gesamtpaket geschnürt. Dort hat man nicht nur die Widerspruchsregelung eingeführt, sondern man hat auch noch ganz andere strukturelle Maßnahmen ergriffen.

Weil wir noch mehr Informationen brauchen, weil wir die Selbstbestimmung wahren wollen, sollten wir uns auf jeden Fall auf den Vorstandsantrag konzentrieren. Wir haben ein Jahr lang gerungen, um alle Aspekte zu berücksichtigen. Ich denke, es ist völlig unkompliziert, die Bitte gegen die Forderung auszutauschen. Das hat sicherlich etwas mehr Nachdruck. Für mich persönlich kann ich sagen, dass man die Klammern weglassen könnte und von einer Erklärungspflicht spricht.

Gleichwohl stellt sich die Frage: Wie kann man das überprüfen? Das war für uns der Grund, die Pflicht in Klammern zu setzen. Was machen wir mit denjenigen Patienten, die sich nicht erklären wollen? Im fünften Absatz auf Seite 2 des Vorstandsantrags heißt es:

Wird dieses Recht nicht zu Lebzeiten wahrgenommen und liegt somit keine Erklärung vor, können dem Verstorbenen unter Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch Einbeziehung der Angehörigen Organe und/oder Gewebe entnommen werden.

Das ist die erweiterte Widerspruchsregelung: Wenn keiner widerspricht, kann es gemacht werden. Hier haben wir verklausuliert die erweiterte Widerspruchslösung.

Im Ziel sind wir uns einig. Lassen Sie uns gemeinsam diesen kompromisshaften Weg gehen. Anderenfalls gibt es mehr Schaden als Nutzen. Ich votiere eindringlich für den Vorstandsantrag, wie Sie bemerken.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Wenker. – Die nächste Rednerin ist Frau Birgit Wulff aus Hamburg.

Dr. Wulff, Hamburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag I-25. Es ist gut, dass wir heute über die Steigerung der Organspendezahlen sprechen. Es ist gut, dass es eine Novellierung des Transplantationsgesetzes geben wird. Aber wenn Sie alle Ihre Ausweise anschauen, werden Sie sehen: Es geht auch um eine Steigerung der Gewebespendezahlen. In Deutschland werden pro Jahr über 30.000 Homografts transplantiert. Die Prozesse der Gewebespende müssen weiter politisch bearbeitet und definiert werden. Auch im ärztlichen Auftrag muss sozusagen die Analyse des letzten Willens von Verstorbenen zur Gewebespende einen größeren Raum einnehmen.

Von daher bitte ich Sie: Befassen Sie sich in Gedanken und im Auftrag der weiteren Arbeit auch mit der Gewebespende.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Wulff. – Jetzt kommt Frau Renneberg aus Niedersachsen.

Renneberg, Niedersachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich möchte noch etwas zur Organspende sagen. Eigentlich haben meine Vorredner dazu schon genügend gesagt. Ich glaube, wir liegen alle sehr nahe beieinander. Ich möchte die Zahlen noch einmal erwähnen: 12.000 Menschen warten, täglich sterben drei bis vier Menschen. Andererseits ist die Bereitschaft in der Bevölkerung ausgesprochen hoch. Wir haben vor Kurzem in Peine einen Organspendetag durchgeführt. 80 Prozent der Bevölkerung sind dafür, aber sie haben es nicht dokumentiert. Ich halte die Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht für einen Fortschritt. In meinen Augen hat es anfangs auch nicht ausgereicht. Ich habe vorgeschlagen – ein entsprechender Antrag kommt noch –, dass auf der

zweiten Seite der vorletzte Absatz so geändert wird, dass wir schreiben, dass die Angehörigen unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen widersprechen können. Ich kann mich aber auch damit zufriedengeben, dass die Klammer einfach entfällt. Ich habe ein bisschen die Sorge, dass dann, wenn zu Lebzeiten keine Erklärung abgegeben wurde, die Rechtslage nach dem Tod ähnlich wie bisher ist.

Gleichgültig, wie wir uns heute entscheiden: Das Allerwichtigste ist, dass wir die Problematik in die Bevölkerung tragen. Die Information, die Diskussion in der Bevölkerung ist unendlich wichtig.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt kommt Theo Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich nur deshalb zu Wort gemeldet, weil ich in Dierhagen den Part der Diskussion mit dem Grundsatz der Widerspruchslösung übernommen habe und mich freue, dass wir uns nicht auf einen Kompromiss geeinigt haben, sondern die Inhalte so sind, wie es die Widerspruchslösung in erweiterter Form möglich macht. Nun fragen Sie mit Recht: Warum formulieren wir nicht, was wir meinen? Warum ist das verklausuliert? Das liegt zum Teil an der Diskussion in der Bevölkerung. Unser Ziel ist: Wir wollen keine Tricksereien und wir wollen die Leute auch nicht vor den Kopf stoßen, wir wollen nicht das Vertrauen in das gesamte System verändern, wir wollen auch nicht die immer mal wieder in Misskredit geratene Organspende in dem Sinne beeinflussen, dass wir Verunsicherung schaffen.

Insofern haben wir gesagt: Der Begriff „Widerspruchslösung“ kommt nicht vor, um keine Stigmatisierung des Begriffs zu ermöglichen.

Die TK-Umfrage, die das forsa-Institut durchgeführt hat, die heute veröffentlicht wurde, besagt, dass 77 Prozent der Bevölkerung gegen die Widerspruchslösung sind, 41 Prozent aber für die Entscheidungslösung, also eine Lösung, bei der man sich erklären muss. 41 Prozent sind für die Entscheidungslösung, die auch von Herrn Steinmeier bevorzugt dargestellt worden ist.

Ich denke, dem Ziel der Vermehrung der Organspende dient unser Antrag. Wir müssen die Wartelisten abbauen. Wir müssen Vertrauen in das gesamte System wecken, dass da keine Mauscheleien passieren. Die Formulierung ist glasklar, so wie wir sie benötigen, um zu verhindern, dass bei 60 Prozent der Verstorbenen die Organe in Feuer und Rauch aufgehen.

Ich bitte Sie also: Unterstützen Sie unseren Antrag, damit von diesem Deutschen Ärztetag glasklar die Botschaft ausgeht: Wir wollen das Leid der Wartelisten stoppen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Theo Windhorst. – Jetzt bitte Herr Czeschinski aus Westfalen-Lippe.

Dr. Czeschinski, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte an die forsa-Umfrage im Auftrag der AOK anknüpfen, die gerade veröffentlicht wurde. Uns muss klar sein, dass wir auf der einen Seite mit der heutigen Abstimmung eine große Chance haben, die kontinuierliche Arbeit von Frau Wenker und Theo Windhorst und vielen anderen von uns auch politisch weiterzubringen. Diese kontinuierliche Arbeit hat augenscheinlich dazu geführt, dass sich mittlerweile die Majorität in unserer Bevölkerung für eine Änderung der jetzigen Gesetzgebung zur Organspende ausspricht. Das tun mehr als zwei Drittel. Dadurch entsteht ein politischer Druck.

Wir dürfen auf der anderen Seite nicht verkennen, dass nur 23 Prozent die Widerspruchslösung bevorzugen. Da mögen Ängste und diffuse Befürchtungen eine Rolle spielen. Wir können sie aber nicht negieren.

Das heißt, auf der einen Seite könnten wir heute mit der Ablehnung des Vorstandsantrags diese Ängste und Befürchtungen im Gegensatz zu unserem Ziel der Verbesserung der Organspende befürworten und verstärken; mit der anderen Entscheidung, nämlich für den Vorstandsantrag, hätten wir eine fast einmalige Chance, das aufzunehmen, was als Stimmungslage in der Bevölkerung dokumentiert ist, und uns kraftvoll an die Spitze einer Bewegung zu setzen, die auch von der Politik bei dieser Zustimmung aufgenommen werden muss. Letztlich ist das Ziel die Verbesserung der Situation bei der Organspende. Wenn wir diesem Ziel einen großen Schritt näher kommen könnten, sollten wir dies tun. Damit könnten wir ganz eindeutig mit der Zustimmung zum Vorstandsantrag beginnen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt Herr Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Auch ich war Mitglied der Arbeitsgruppe und bin ein Verfechter der Widerspruchsregelung. Im Übrigen haben 17 Millionen Deutsche mit der Widerspruchsregelung gelebt und nicht unter politischer Doktrin. Das war nämlich davon befreit. Insofern ist das ein Großteil der Bevölkerung.

Frau Wenker hat versucht, den Begriff zu vermeiden, so nach dem Motto: Wasch mich, aber mach mir den Pelz nicht nass. In Österreich ist es eine Selbstverständlichkeit, dass man im Falle des Hirntods seine Organe zur Verfügung stellt.

Es gibt Fälle, dass Staatsanwaltschaften die Organentnahme sogar verhindern, angeblich zur Beweissicherung. Aber man hat vor der Obduktion eines Hirntoten und schließlich Herztoten den Leichnam verbrennen lassen. Ich habe daraufhin Strafantrag gegen den Staatsanwalt gestellt wegen fahrlässiger Tötung in mindestens fünf Fällen,

(Vereinzelt Beifall)

weil mindestens fünf Organempfänger kein Organ bekommen haben.

Meine Damen und Herren, ich bin für eine ehrliche Lösung. Ich habe den Vorstandsantrag in Dierhagen mit erarbeitet. Ich habe dem aber nicht zugestimmt. Ich habe auch in der Ständigen Kommission Organtransplantation mit den Transplantationschirurgen gegen diese Regelung gestimmt. Ich bekenne mich dazu, weil ich die Not der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste jeden Tag selbst miterlebe. Die Bereitschaft der Bevölkerung zur Lebendspende ist nicht adäquat groß genug, um diesen Organmangel zu beheben.

An dieser Stelle finde ich den Antrag aus Bayern gut. Es gibt eine Nord-Süd-Achse von Rostock nach München.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt jemand aus Bayern, nämlich Herr Kollege Hesse.

Hesse, Bayern: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin Mitantragsteller dieses „bayerischen“ Antrags. Wir haben auf dem 113. Deutschen Ärztetag einen eindeutigen Beschluss gefasst. Es war ein Beschluss dieses Hauses und keine Vorstandsüberweisung, dass der Vorstand irgendetwas daraus machen kann, was er vermutet, mit einem Patientenvertreter ausarbeiten zu können.

Wir haben diesen Antrag auf den Tisch bekommen und haben uns überlegt: Wie können wir aus diesem Antrag etwas formen, was ein gewisses Maß an Verbindlichkeit herstellt, auch gegenüber den Patienten?

Der Antrag von Herrn Breu war klar, das heißt, wir würden den Vorstandsantrag unterstützen, wenn sich der Vorstand erklären könnte, ganz einfach eine Verpflichtung daraus zu machen und diese nicht verständlichen Einschränkungen, also diese Klammern, zu beseitigen und sich ganz eindeutig für eine Verpflichtung, sich zu erklären, auszusprechen.

Ich denke, diese Verpflichtung können wir den Mitbürgerinnen und Mitbürgern zumuten. Wir alle leben in einer großen Gemeinschaft. Das heißt, wir haben Rechte und auch Pflichten. Wir müssen unseren Mitbürgern auch zumuten, dass sie sich zumindest einmal im Leben für oder gegen etwas entscheiden.

Diese Zumutung habe auch ich übernehmen müssen, indem ich an den Computer gehe, etwas herunterlade, etwas mit meiner Frau bespreche und frage: Findest du das okay?

Diese Zumutung, die ich auf mich nehmen muss, muss jeder andere Bürger im Sinne des sozialen Einverständnisses auch auf sich nehmen.

Wenn uns der Vorstand sagen kann, dass er diese Änderungen übernimmt, und uns dies zusichert, würden wir unseren bayerischen Antrag zurückziehen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Kollege Pollok aus Nordrhein.

Dr. Pollok, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seit etwa 15 Jahren haben sich die Transplantationszahlen nur unwesentlich gesteigert. Heute liegt die Wartezeit bei einem Dialysepatienten, der jünger als 65 Jahre ist, bei etwa sieben Jahren. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen ganz klar, dass auch die Zeit auf der Warteliste den späteren Transplantationserfolg verringert.

Aufgrund dieses Organmangels hat sich die Lebendspende mit einem ungeheuren, vorher nicht vorstellbaren Aufschwung dargestellt. In Köln wurden beispielsweise im letzten Jahr genauso viele Lebendspenden wie Leichennierenspenden durchgeführt.

Eine Umgehung des Begriffs der Widerspruchslösung, wie es vorhin dargestellt wurde, wird das Problem im Übrigen nur auf die mit der Organentnahme bzw. mit der Transplantation befassten Ärzte verlagern. Das ist aus meiner langjährigen Erfahrung auf diesem Gebiet eigentlich kein wirklich gangbarer Weg, der zu einem Erfolg, insbesondere zu einem kurzfristigen Erfolg, führen würde.

Im letzten Jahr ist ganz klar ein Beschluss gefasst worden. Dieser Beschluss ist meiner Meinung nach nicht ausreichend umgesetzt worden. Ich plädiere dafür, dass dieser Antrag an den Vorstand zurücküberwiesen wird, damit wir im nächsten Jahr endgültig darüber entscheiden können. Hier werden meiner Meinung nach keine klaren Aussagen getroffen. Die eigentliche Botschaft wird dadurch nur verwässert.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Pollok. Der Vorschlag, den Antrag an den Vorstand zu überweisen, ist angekommen. – Das Wort hat jetzt noch einmal Frau Dr. Wenker.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte noch drei kurze Bemerkungen machen. Die erste Bemerkung bezieht sich auf Herrn Crusius. Es ist richtig: Die Transplantationschirurgen und Herr Crusius wollen ausdrücklich die Widerspruchsregelung. In derselben Sitzung hat der Patientenvertreter des Bundesverbands der Organtransplantierten sehr ausdrücklich gesagt: Tut dieses bitte nicht, wir wollen eine Selbstbestimmungslösung. Wenn wir uns als Anwalt der Patienten verstehen, sollten wir dieses Votum sehr ernst nehmen. Das ist wohl gar keine Frage.

(Beifall)

Zweitens. Herr Hesse, Sie haben ja recht. Mein Problem ist: Wie sanktionieren wir denjenigen Bürger, der sich nicht so verpflichtet fühlt wie Sie und Ihre Frau, der dieser Verpflichtung einfach nicht nachkommt? Bekommt der einen Strafbefehl? Muss er eine Strafe bezahlen? Wir müssen dann ja auch ein justiziables Sanktionsinstrument haben. Das kann ich mir im Moment einfach nicht vorstellen. Man kann ja nicht sagen: Man muss sich verpflichtend erklären, aber wenn es nicht geschieht, wird es

nicht sanktioniert. Da fehlt mir die schlaue Idee. Deswegen haben wir es zunächst einmal in Klammern gesetzt. Darüber sollten wir noch einmal nachdenken.

Drittens. Wir können das natürlich auch schlicht und ergreifend über eine Abstimmung regeln, ob wir die Klammer beseitigen oder erhalten wollen. Wenn wir das über eine Abstimmung regeln und das Wort „begrüßt“ ersetzen durch „fordert“, dann hätten wir beide Anträge übereinandergebracht. Das ist fast schon ein Vorschlag zur Abstimmung.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Montgomery hat sich mit der Abstimmungsprozedur befasst. Er wird die Sitzungsleitung nunmehr übernehmen.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Jörg. – Ich schlage Ihnen folgendes Prozedere vor. Herr Breu hat zwei Vorschläge gemacht, die er in der Kürze der Zeit nicht schriftlich einreichen konnte. Wenn wir sie jetzt noch umdruckten, würde das sicherlich einen Wald vernichten. Wir können das aber relativ einfach durch Abstimmung regeln. Wenn Sie damit einverstanden sind, schlage ich Ihnen folgendes Prozedere vor. Zunächst behandeln wir den Antrag 3 des Vorstands und befassen uns mit den beiden von Herrn Breu vorgeschlagenen Änderungen. Herr Breu hat gesagt, der Vorstand solle das übernehmen. Das kann er aber gar nicht, weil er momentan keine Sitzung durchführt. Wir müssten dafür eine eigene Vorstandssitzung einberufen. Aber das können Sie ja durch Abstimmung entscheiden.

Das heißt, ich werde Sie nachher zunächst fragen, ob Sie den beiden Anträgen von Herrn Breu folgen wollen. Wenn Sie das tun, hat Herr Breu angekündigt, seinen Antrag 21 als obsolet zu betrachten und zurückzuziehen. Wir könnten dann also den Antrag 21 als zurückgenommen betrachten. Dann könnten wir in die Abstimmung über den Antrag 3 mit dem Änderungsantrag 3 a eintreten. Dem wiederum ginge voran der Antrag von Herrn Pollok auf Vorstandsüberweisung. Wenn Sie dem zustimmen, brauchen Sie über die Anträge 3 und 3 a nicht mehr abzustimmen. Ist das klar?

Danach folgt die Abstimmung über den Antrag 25. Ist das okay?

Dann rufe ich als ersten den **Antrag I-03** auf. Der erste inhaltliche Punkt von Herrn Breu betrifft den vierten Absatz auf Seite 2. Hier sollen die Klammern bei „Erklärung(-spflicht)“ gestrichen werden. Dieses wiederholt sich logischerweise in der zweiten Zeile des sechsten Absatzes sowie in der ersten Zeile auf Seite 3. Das sind die drei Änderungen, die ich in der Kürze der Zeit gefunden habe. Sollte dies nicht zutreffen, wäre ich für einen Hinweis dankbar.

(Zuruf)

– Das gilt auch für den Betreff. Wir müssten das also an vier Stellen ändern.

Sie wissen, worüber wir abstimmen? – Ich frage Sie jetzt: Wer möchte die Entklammerung bei dem Wort „Erklärung(-spflicht)“ an vier Stellen in diesem Dokument? – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist das mit großer Mehrheit so beschlossen.

Der zweite Antrag, den Herr Breu gestellt hat, zielt darauf ab, auf der zweiten Seite im sechsten Absatz in der ersten Zeile das Wort „begrüßt“ durch „fordert“ zu ersetzen. Ist Ihnen das klar? – Dann frage ich: Wer ist für den Austausch des Wortes „begrüßt“ durch „fordert“? – Die Gegenprobe! – Die Enthaltungen! – Auch dieses ist mit großer Mehrheit so beschlossen.

Jetzt frage ich Herrn Breu, ob er in dieser Situation dabei bleibt, seinen **Antrag I-21** zurückzuziehen?

(MD Dr. Breu, Bayern: Ich ziehe den Antrag zurück!)

– Damit ist der Antrag 21 **zurückgezogen.** Wir brauchen uns also mit diesem Antrag nicht mehr zu befassen.

Wir können damit in die weitere Befassung des Antrags 3 eintreten. Da gibt es zunächst den **Antrag I-03 a,** der wünscht, auf Seite 2 im vorletzten Absatz den zweiten Satz wie folgt zu fassen:

> *Wird dieses Recht nicht zu Lebzeiten wahrgenommen und liegt somit keine Erklärung vor, können dem Verstorbenen, sofern die Angehörigen dem unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen nicht widersprechen, Organe und/oder Gewebe entnommen werden.*

(Zuruf)

– Der Antrag wird **zurückgezogen.** Wir brauchen uns damit nicht mehr zu befassen.

Damit hätten wir jetzt den Antrag 3 inhaltlich zu behandeln. Vom Kollegen Pollok ist die Vorstandsüberweisung beantragt worden. Dieser Antrag geht allen anderen Anträgen vor. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Einzelne. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Wir stimmen jetzt über den so geänderten Antrag I-03 ab. Wer für den so geänderten Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag I-03 mit überwältigender Mehrheit **angenommen.** Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Dann haben wir zu diesem Themenkomplex noch über den **Antrag I-25** abzustimmen. Frau Kollegin Wulff aus Hamburg hat zu diesem Antrag gesprochen. Sind Sie alle im Bilde? – Das ist so. Dann kann ich diesen Antrag zur Abstimmung stellen. Diejenigen, die für diesen Antrag sind, bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe bitte! – Enthaltungen? – Bei wenigen Gegenstimmen und vielen Enthaltungen ist dieser Antrag **angenommen.**

Ich gebe die Sitzungsleitung wieder an Jörg Hoppe zurück.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Damit kommen wir zum Themenkomplex GOÄ. Dazu gibt es einen Vorstandsantrag und einige ergänzende Anträge, die aber den Vorstandsantrag nicht verändern wollen.

Gibt es Wortmeldungen? – Die erste Wortmeldung kommt von Herrn Windhorst aus Westfalen-Lippe. Sie kennen ihn schon.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Es kann sein, dass man sich abnutzt. Ich kann aber nicht dafür; ich bin der Vorsitzende des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer. Ich muss sagen: Ich habe mich mit sehr viel Zeitaufwand dafür eingesetzt, dass wir das bekommen, was seit 27 Jahren fehlt, nämlich eine faire Leistungsdefinition mit einer fairen Leistungsentgeltsituation. Wir können doch nicht davon ausgehen, dass sich die Situation von selber bessert. Deshalb habe ich sehr viel Zeit investiert und auch sehr viele Gespräche geführt. Das hat im Übrigen bis jetzt Spaß gemacht. Das ziehen wir bis zum Ende durch. Die GOÄ wird die Leitwährung für alle Ärzte werden, das sage ich Ihnen!

(Beifall)

Herr Bahr hat bei diesem Thema ein bisschen geflackert. Das liegt vielleicht daran, dass er heute erst seit 20 Tagen im Amt ist. Er hat gesagt: Wir fangen mal an. Er muss sich sagen lassen: Wir sind schon dabei. Wir hatten schon mehrere Termine parallel zur GOZ – Sie wissen: Normalerweise soll die GOÄ der GOZ nachfolgen – mit Herrn Stiel in Bonn. In diesem Zusammenhang noch einmal vielen Dank an Frau Regina Klakow-Franck und das Dezernat IV der Bundesärztekammer.

Wenn man von 42 Stunden die Woche ausgeht, kommt man für die ambulante konservative Versorgung auf ungefähr 171.000 Euro pro Jahr. Bei der ambulanten operativen und der stationären operativen Behandlung kommt man auf ungefähr 206.000 Euro. Dabei handelt es sich ausschließlich um die ärztliche Leistung. Hinzu kommen technische Leistungen, Gemeinkosten, Personalkosten. Wir haben eine betriebswirtschaftliche Kalkulation aufgestellt, die es bisher noch nie gab. Das ist eine tolle Leistung der Bundesärztekammer, wobei ich auch die Namen Franz Gadomski und Frau Hess nennen möchte. Ich lasse sie nicht untergehen.

Ich habe im Hinblick darauf, dass sich vielleicht 2013 etwas ändern könnte, mit Herrn Lauterbach gesprochen und ihm gesagt: Ob Sie eine Volksversicherung machen, eine Bürgerversicherung, was auch immer – die Leitwährung wird die GOÄ sein. Die deutsche Ärzteschaft wird sicherlich einmütig dahinterstehen. So weit habe ich mich aus dem Fenster gelehnt. Aber ich glaube, das trifft zu.

Wir haben ja immer so viel Angst vor den Finanzministerien und den Länderinnenministerien. Da kann ich nur sagen: Es wird seitens dieser Ministerien keine Einmischung geben, um die Öffnungsklausel zu realisieren. In der GOZ wird es keine solche Öffnungsklausel geben. Wir können eigentlich davon ausgehen, dass es keine Differenzen zwischen den beiden Gebührenordnungen in dieser Hinsicht geben wird.

§ 4 betrifft die Zielleistungserklärung. Da will man ein bisschen an unsere Leistungsdefinition herangehen. Das wird noch geregelt. Das werde ich Ihnen noch mitteilen können.

Warum ist der Antrag so wichtig? Wir wollen die GOÄ jetzt, weil sich vielleicht 2013 die Dinge politisch ändern. Die laufende Legislaturperiode muss genutzt werden, mit einer FDP, die sich ja für den freien Beruf sehr stark macht, die auch den freien Beruf fördern möchte. Aber sie gerät natürlich in einen Konflikt mit der PKV. Wir müssen Herrn Bahr darin unterstützen, dass er seine ministerielle Pflicht erfüllt und die freien Berufe und damit auch uns Ärzte unterstützt.

Lesen Sie sich bitte den Vorstandsantrag durch. Wir können gern Korrekturen anbringen. Ich bin der Meinung: Dieser Antrag ist ganz kompakt. Aber vielleicht ist man auch ein bisschen einäugig. Ich brauche Ihr Votum. Die Bundesärztekammer macht ja nicht die Gebührenordnung für Ärzte als Selbstzweck, sondern natürlich für Sie, vor allen Dingen auch für die einzelnen Gebietsvertreter. Das wird eine ganz wichtige Sache werden. Wir haben insofern noch viele Gespräche vor uns mit den Verbänden und den Institutionen, die unsere Bezugspartner sind.

Sie wissen: Es ist betriebswirtschaftlich gut kalkuliert, es ist normativ dargestellt im Bereich der ambulanten Versorgung. Es ist mit dem DRG-Büro von Professor Roeder statistisch dargestellt, damit wir nicht immer wieder in die Diskussion kommen: Ihr mauschelt ja wieder.

Ganz wichtig ist: Die Zahl der Gebührenordnungspositionen ist auf über 4.050 gestiegen. Wir haben eine Einzelleistungsdarstellung. Das ist wichtig, damit man uns die Transparenz abnimmt und die Rechnung auch verstanden werden kann. Man kann die Rechnungslegung gegenüber dem Patienten nachvollziehen. Ich wäre froh, wenn Herr Köhler, wenn er seinen EBM korrigiert, diese Matrix der GOÄ übernähme. Es geht nicht darum, dass wir diese beiden Dinge zusammenfließen lassen; das können andere tun. Die Gebührenordnung für Ärzte ist die Leitwährung.

Stimmen Sie dafür, geben Sie das Zeichen an Herrn Bahr: jetzt und nicht in 20 Jahren.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich habe das nicht despektierlich gemeint, sondern in dem Sinne, dass Du hier sehr bekannt bist. – Jetzt Herr Ottmann aus Bayern.

Dr. Ottmann, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich komme auf die Rede von Minister Bahr auf der Eröffnungsveranstaltung zurück. Ich bin von ganz wenigen darauf angesprochen worden, auch ich bin im Gebührenordnungsausschuss. Ich habe ganz große Ohren bekommen, als er sagte – ich habe mitgeschrieben –: Wir fangen auf jeden Fall mal an. Er meinte das nicht zuletzt aufgrund der Erfahrungen mit der Gebührenordnung für Zahnärzte. Für mich bedeutet „Wir fangen halt mal an“: In dieser Legislaturperiode ist das nie mehr fertig zu bekommen. Genau dies ist das Dilemma. Herr Windhorst hat es gerade gesagt: Jetzt, mit dieser Regierung, muss es über die Bühne geschoben werden. Ich weiß nicht, ob wir es ganz fertig bekommen. Aber „Wir fangen mal an“ klingt saft- und kraftlos: Nun wollen wir mal schauen, damit die Frieden geben.

Das kann so nicht akzeptiert werden. In der Koalitionsvereinbarung steht ausdrücklich:

> *Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.*

Das ist ein Versprechen, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich kann nur an Sie alle appellieren: Sie müssen Ihre Abgeordneten motivieren, damit diejenigen, die jetzt in der Regierung sind, sagen: Hier muss etwas passieren. Das stand ja auch mit im Programm. Nicht zuletzt – das sage ich jetzt ganz ungeschützt – sind die großen Wahlerfolge der FDP bei der letzten Wahl auch durch die Unterstützung der Freiberufler zurückzuführen. Es wäre ein glatter Bruch des Koalitionsvertrags, wenn man dieses Projekt nur halbherzig anginge.

Wir wissen, dass im Ministerium durchaus gewisse Bremsmechanismen wirken. Ich erwarte von dem neuen Minister, dass er im Ministerium durchgreift und sozusagen die GOÄ pusht.

Ich möchte einen zweiten Punkt erwähnen; das hat auch schon Herr Windhorst angesprochen. Auf der KBV-Vertreterversammlung hat Herr Köhler gesagt: Wir machen einen neuen EBM mit Einzelleistungsvergütung und werden es neu berechnen. Wenn diese GOÄ betriebswirtschaftlich korrekt den wirklichen Wert einer ärztlichen Leistung in Deutschland darstellt, dann braucht Herr Köhler das nicht neu zu berechnen. Wir in der Bundesärztekammer wären ganz begeistert, wenn er sich finanziell an den hohen Kosten beteiligen würde. Er müsste sie eigentlich übernehmen, oder er zweifelt an der Wertigkeit unserer Berechnungen hinsichtlich der GOÄ. Dann muss er das sagen. Auf jeden Fall gibt es keinerlei Grund, den EBM neu zu berechnen. Was im vertragsärztlichen Bereich wirklich bezahlt wird, ist – das wissen Sie alle – eine andere Ebene. Die Messlatte ist die neue GOÄ.

Ich bin der Meinung, dass der Antrag des Vorstands unbedingt angenommen werden sollte. Ich habe auch keine Zweifel, dass es da keine Probleme geben wird. Meines Erachtens ist die neue GOÄ überfällig. Die neue Regierung hat es bei ihrem Start versprochen. Wir können nur an die Politiker appellieren: Haltet bitte euer Versprechen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Ottmann. – Jetzt Herr Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen! Sehr geehrte Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Der Antrag des Vorstands auf Drucksache I-04 ist zu begrüßen und direkt zu übernehmen, weil es höchste Zeit wird, dem weiter Nachdruck zu verleihen. Zu den Rahmenbedingungen möchte ich Folgendes bemerken. Wir leben in einem System, in dem die Geldmittel von anderen über andere Systeme knapp gehalten werden. Wir können nicht davon ausgehen, dass über die GOÄ alle Dinge hinreichend abgebildet werden. Wenn die Beitragssatzstabilität im System einen hohen Wert hat, können wir, auch wenn das ausgefüllt worden ist, davon ausgehen, dass es weitere Bremsen gibt. Die Politik wird uns das zeigen. Deswegen warne ich vor einem übertriebenen Optimismus.

Ich habe mich eigentlich zu Wort gemeldet, weil ich im Antrag I-08 das Wort „Kostenerstattung“ gesehen habe. Dieser Antrag ist unbedenklich. Er widerspricht auch nicht dem für die meisten Versicherten besseren Sachleistungsprinzip. Ich bitte Sie, im Rahmen der Schutzfunktion, die Sie im System der gesetzlichen Krankenversicherung haben, zu bedenken, dass man möglichen Fehlern, die eintreten können, die wir hier nicht erörtern können, ausgesetzt ist. Bitte seien Sie vorsichtig.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann dem Vorstandskollegen Herrn Dr. Windhorst nur zustimmen, dass sich die Bundesärztekammer – auch ich gehöre dem GOÄ-Ausschuss an – sehr, sehr viel Arbeit gemacht hat, die neue GOÄ auf wirklich sichere Füße zu stellen. Wir haben gestern von Herrn Professor Hoppe gehört, dass es sich bei der GOÄ um eine gesetzliche Verordnung handelt. Dadurch wird die GOÄ zum Goldstandard für die Honorierung ärztlicher Leistungen.

Es ist schon gesagt worden: Unser jetzt noch neuer Gesundheitsminister hat sich in seiner Rede sehr verklausuliert, eher zurückhaltend geäußert. Ich bin deswegen Herrn Professor Hoppe außerordentlich dankbar, dass er die Schlinge zugezogen und gesagt hat: Jetzt ist es Zeit, die GOÄ zu ändern, nicht in einer anderen Legislaturperiode.

Meine Vorredner haben schon auf den Koalitionsvertrag hingewiesen. Ich kann Sie nur bitten, den Druck bei den in Ihrem Bundesland, in Ihrer Umgebung gewählten Vertretern des Deutschen Bundestages zu erhöhen, vor allem bei den Angehörigen der regierenden Parteien. Ich glaube, auf diesem Weg können Sie es durchaus erreichen, dass sich etwas im Bundesgesundheitsministerium bewegt.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Knoblauch zu Hatzbach. – Jetzt kommt Herr Dr. Baumgärtner aus Baden-Württemberg.

Dr. Baumgärtner, Baden-Württemberg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, ich habe auf jedem Ärztetag gefragt: Was macht eigentlich die GOÄ? Ich weiß nicht, seit wie vielen Jahren das so ist; vielleicht sind es fünf oder zehn Jahre. Jetzt höre ich: Vielleicht, wir sind dran, es gibt einen Vorschlag. Ich hatte kürzlich ein Gespräch mit einem CDU-Bundestagsabgeordneten. Er hat mir gesagt: Für die Zahnärzte brauchten wir, als der Vorschlag da war, zwei Jahre; da ging es um die Öffnungsklausel. Er hat die Situation so eingeschätzt, dass die GOÄ in dieser Legislaturperiode nicht mehr kommt.

In dieser Situation genügt es mir einfach nicht, dass ich jetzt von hier wieder höre: Wir tun etwas, wir machen in den Regionen irgendetwas. Ich denke, man sollte heute eine klare Positionierung hören, auch eine politische Positionierung vom Vorstand der Bundesärztekammer. Das wäre schön.

Ich denke, die Bundesärztekammer sollte zusammen mit den Verbänden eine gemeinsame Erklärung abgeben, damit die GOÄ noch in dieser Legislaturperiode kommt. Wenn sie innerhalb der laufenden Legislaturperiode nicht kommt, können Sie es vergessen, dann können Sie die GOÄ wahrscheinlich vergessen.

(Vereinzelt Beifall)

Lieber Theo, ich bitte Dich, da ein bisschen Gas zu geben und gemeinsam mit uns etwas Druck zu machen in Richtung des jetzigen Ministers. Das, was ich bisher gehört habe, war mir einfach zu wenig.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Baumgärtner. – Jetzt kommt Herr Dr. Lenhard aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich freue mich sehr, dass Theo Windhorst das Amt von Herrn Gadomski übernommen hat. Wenn ich die Verve sehe, mit der er die Sache vorträgt, weiß ich, dass es vorwärts geht. Lieber Kollege Windhorst, ich hoffe, dass dieses Diktum, dass die GOÄ die Leitwährung wird, Realität wird. Was Sie sagen, klingt sehr optimistisch.

Ich möchte dem Kollegen Michaelis entgegnen: Ich verstehe schon, was er sagt, aber ich bin es leid, dass wir uns immer die Gedanken anderer machen. Es geht ja nicht um die Beihilfe. Ich muss mir nicht die Gedanken der Beihilfe machen. Ich habe als Arzt das Recht, dass meine Arbeit ordentlich vergütet wird. Natürlich müssen wir politisch schauen, was die Beihilfe dazu sagt. Aber die Gedanken, dass die Beihilfe da nicht mitmacht, dass andere nicht mitmachen, müssen wir uns nicht machen. Wir haben uns gute Gedanken gemacht.

Ich möchte Sie bitten, diesen Antrag und auch die Arbeit von Theo Windhorst zu unterstützen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Die nächste Rednerin ist Gräfin Vitzthum aus Baden-Württemberg.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Diesen Antrag von Herrn Windhorst zu unterstützen ist sicher ein Selbstläufer. Was aber meine Kolleginnen und Kollegen von

mir und von diesem Hause erwarten, ist, dass Sie handeln. Ich habe noch keinen Vorschlag gehört zu handeln. Mit den Abgeordneten haben wir vor der Wahl in Baden-Württemberg gesprochen. Auch die FDP und dieser Gesundheitsminister, von dem ich mir mehr erwarte als von seinen Vorgängern, hat in Baden-Württemberg gesagt, dass die FDP, die Partei der Selbstständigen, sich von der Kostenerstattung getrennt hat. Sie haben es nicht einmal mehr in ihrer Denke. Das Reden mit den Abgeordneten nützt gar nichts.

Ich hätte gern aus diesem Hause einen Vorschlag, wie wir handeln können.

(Vereinzelt Beifall)

Wir benötigen die GOÄ und die Privatpatienten, um das wirklich nicht mehr suffiziente RLV von den Kassenpatienten zu subventionieren. Wir müssen alle quersubventionieren.

Diejenigen Kollegen, die in Brennpunktgebieten arbeiten, haben kaum Privatpatienten. Diejenigen, die sie haben, benötigen dies dringend, um die Kassenpatienten gut versorgen und überhaupt noch investieren zu können. Unser Regelleistungsvolumen in Baden-Württemberg sinkt im Sturzflug durch die asymmetrische Verteilung. Wir möchten gern alle Patienten gut versorgen. Es ist unser gutes Recht, von denjenigen, die sich in unserem Staat besserstehen, ein anständiges Honorar zu erwarten und zu bekommen. Aber das Gesetz des Handelns sehe ich hier nicht.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Die Bundestagsabgeordneten sind gar nicht betroffen, denn das ist ja eine Verordnung auf dem Boden des § 1 der Bundesärzteordnung. Diese Verordnung wird im Bundesministerium für Gesundheit ausgearbeitet und bedarf der Zustimmung des Bundesrats. Insofern sind die Bundestagsabgeordneten nur dann gefragt, wenn die Bundesärzteordnung verändert werden soll. Das ist im Moment aber nicht der Fall.

Jetzt kommt Herr Handrock.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland haben die Nase voll vom Vergütungssystem EBM. Wir können das nicht mehr akzeptieren.

(Beifall)

Das Kostenerstattungsprinzip ist eine Möglichkeit, endlich den Abrechnungsdschungel zu roden und eine für Patient und Arzt eindeutige und transparente Regelung der Leistungsvergütung einzuführen. Die Sorgen um eine gegebenenfalls eintretende Praxis der Vorauskasse sind unbegründet; denn eine Rechnungserstellung nach GOÄ ist erst nach vollständiger Erbringung aller Leistungsinhalte möglich.

Zum anderen ist es aus der Erfahrung der bisherigen Rechnungserstellung bei PKV-Patienten durchaus so, dass nach Kostenerstattung durch die PKV an den Patienten in aller Regel das Begleichen der Rechnung beim Arzt vorgenommen wird. Es ist also nicht so, dass der GKV-Patient in finanzielle Notlage käme, wenn er die Vergütung des behandelnden Arztes über die Kostenerstattung vornähme. Nachdrücklich

wehre ich mich dagegen, in ideologisierter Sichtweise die Kostenerstattung als ein Vergütungsprinzip zu betrachten, das zum Schaden des Patienten ist, und das Sachleistungsprinzip als das einzige sozial mögliche Vergütungssystem.

(Beifall)

Nein, meine sehr verehrten Damen und Herren, die Kostenerstattung eröffnet endlich die Möglichkeit, in glasklarer Transparenz die Behandlungskosten dem Patienten zu verdeutlichen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir schaffen durch Transparenz und eine verlässliche ökonomische Lage im Vergütungsbereich auch wieder eine für unsere jungen Kollegen attraktive Arbeitssituation im niedergelassenen Bereich. Sorgen wir durch diese klaren Verhältnisse für eine Zukunft der Medizin in Deutschland!

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt hat Herr Dr. Wesiack aus Hamburg, Vorsitzender des BDI, das Wort.

Dr. Wesiack, Hamburg: Lieber Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche jetzt nicht zur Kostenerstattung, wobei ich sie an dieser Stelle ausdrücklich als ergänzendes Moment begrüße. Aber im Augenblick geht es um die GOÄ, wie sie möglichst erfolgreich durchzusetzen ist. Es ist ja richtig, Theo Windhorst: Die Vorarbeiten, die die Bundesärztekammer diesbezüglich geleistet hat, sind hervorragend. Es liegt nicht daran, dass da noch etwas fehlt, sondern es liegt am BMG. Man muss wissen – das ist zwar schade, aber es ist so –: Es gibt einen Unterschied zwischen Herrn Rösler und Herrn Bahr, gerade was die GOÄ angeht. Es gibt bei diesen beiden Ministern Verflechtungen, die unterschiedlicher Art sind. Herr Bahr steht der GOÄ sehr viel skeptischer gegenüber, als das beispielsweise bei dem Kollegen Rösler der Fall ist.

Wenn dem so ist – das haben wir ja auch in der Rede gehört; hier wird eigentlich auf Ausbremsung gesetzt –, dann besteht unser einziges Mittel, das wir haben, darin, den Druck zu erhöhen und uns zu überlegen, wie wir den Druck erhöhen können. Das können und müssen wir selbstbewusst tun. Die GOÄ ist doch kein Instrument, durch das wir uns bereichern, sondern die GOÄ ist das einzige adäquate Instrument, bei dem ärztliche Leistungen abgebildet werden, also eine amtliche Taxe, die verbindlich ist und an die wir uns halten.

An dieser Stelle fehlt mir das ärztliche Selbstbewusstsein: Wir müssen bereit sein, für einen Preis, den wir für adäquat halten, zu kämpfen.

(Vereinzelt Beifall)

Wir sind als Niedergelassene gewohnt: Da gibt es irgendwelche Punkte, die wir nicht bekommen, es gibt irgendwelche Quotierungen, die wir nicht kriegen, es gibt irgendwelche RLVs, die wir zwar ausschöpfen, aber finanziell nicht vergütet bekommen. Hier haben wir die Chance, dass wir einen festen Preis für eine definierte Leistung haben.

Also bitte: den Druck erhöhen. Da ist mir das, was hier bisher gesagt wurde, zu wenig. Ich glaube, wir können dem Entschließungsantrag hundertprozentig zustimmen. Wir brauchen ein konkretes Ultimatum, Memorandum, am besten zusammen mit den Berufsverbänden. Wir brauchen einen Zeitplan, denn wenn das jetzt nicht kommt, dann kommt es nimmermehr.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Theo Windhorst.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! So habe ich es mir eigentlich auch vorgestellt, Werner Baumgärtner, dass wir versuchen, als Ärzteschaft eine Allianz zu bilden, in der wir nicht nur proklamieren, was kommen muss, sondern mit der wir in eine wahlkampfähnliche Situation eintreten. Die FDP hat es nötig, Profil zu zeigen. Das ist ihr mit vielen Dingen im Gesundheitswesen auch schon einmal gelungen. Das waren die Aktivitäten von Herrn Rösler.

Aber jetzt kommt die Nagelprobe. Wenn man sich die Umfrageergebnisse anschaut, sieht man, dass man jetzt auch den politischen Druck erhöhen muss. Man muss sozusagen terrierartig hinsichtlich eines Termins bei Herrn Bahr dranbleiben, um festzustellen, was er selber denkt. Ich habe vor einem Monat mit ihm telefoniert, als sich abzeichnete, dass er das Amt wohl übernehmen würde. Freitagsabends war die Koalitionsrunde, am Montag haben wir telefoniert. Er hat mir gesagt: In diesem Jahr wird der Einstieg so gemacht, dass ein Umstieg nicht mehr möglich ist, bis 2013.

Das werde ich wahrscheinlich nicht schriftlich von ihm bekommen, aber wir werden das verfolgen müssen. Der Druck muss politisch aufgebaut werden, wahrscheinlich zusammen mit den Verbänden. Aber lassen Sie uns nicht zu früh einen Druck aufbauen, der später verpufft.

Glauben Sie mir: Ich bin vielleicht nur aus Westfalen-Lippe, aber ich bleibe an der Sache dran. Sie können mir vertrauen, ich brauche auch Ihr Vertrauen. Wir müssen diese Leitwährung durchsetzen. Dass sie uns nicht geschenkt wird, ist klar. Jörg Hoppe hat recht, wenn er sagt, dass in § 11 der Bundesärzteordnung steht, dass das per Rechtsverordnung von der Regierung an uns übergeben wird. Deswegen ist meine Einlassung von eben wichtig: Wir müssen die Regierung überzeugen, die Koalition überzeugen, dass wir das brauchen; gleichzeitig müssen wir, weil es durch den Bundesrat muss, auch mit den anderen Beteiligten sprechen. Das haben wir getan. Wir haben die Finanzministerien, die Innenministerien angesprochen, ob sie nachträglich Verbesserungen im allgemeinen Teil für die Öffnungsklausel brauchen. Wir haben auch mit dem Deutschen Beamtenbund, mit Herrn Heesen, gesprochen, ob sie uns unterstützen.

Im Moment sind die politischen Vorgaben schon sehr weit gediehen. Die Länder wollen uns nicht mehr kippen mit der Öffnungsklausel oder über den Bundesrat dort herangehen. Die Tatsache, dass wir schon jetzt parallel zur GOZ mit Herrn Stiel verantwortlich diskutieren, bedeutet doch, dass es schon eine Öffnung gibt bei der An-

sicht, dass wir erst nach völlig abgeschlossener GOZ an die Reihe kommen. Hier gibt es eine gewisse Öffnung, es parallel zu machen.

Ich bitte Sie, überall dort, wo Ihnen dies möglich ist, den Druck zu erhöhen und dann parat zu sein, wenn wir eine konzertierte Aktion brauchen. Meiner Meinung nach brauchen wir sie jetzt noch nicht. Ich habe ein gutes Gefühl und die Aussage von Herrn Bahr steht erst einmal. Wenn es notwendig ist, müssen wir das, was Sie eingefordert haben, was auch Bernhard Lenhard gesagt hat, kämpferisch durchsetzen. Wir sind doch am Ende mit unserer Geduld und frustriert durch 27 Jahre altes Handwerkszeug. Jeder sieht doch ein, dass auf diese Weise unsere Leistungen gar nicht mehr darstellbar sind.

Mit der PKV reden wir natürlich auch. Es wäre eine gute Sache, wenn wir gemeinsam etwas unternehmen könnten. Ich habe mit Herrn Schulte von Signal Iduna gesprochen. Er überlegt schon. Herr Leienbach zögert noch ein bisschen. Aber er hat ja auch eine ganz andere Verbandsfunktion als Herr Schulte.

Glauben Sie mir, ich knabbere an allen Ecken und Kanten diese Bastion an, die uns daran hindert, unser ehrliches Anliegen zu realisieren, eine freiberufliche Gebührentaxe zu bekommen, die per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt wird, wie es bei allen anderen freien Berufen der Fall ist. Das ist ein politisches Problem. Da müssen Sie uns unterstützen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Das vorgesehene Sitzungsende um 12.30 Uhr ist schon etwas überschritten. Sollen wir das als Schlusswort betrachten?

(Vereinzelt Beifall)

Um 14 Uhr müssen wir nämlich mit der Palliativmedizin beginnen. Dazu haben wir Gäste eingeladen, die Referate halten.

Ich denke, jetzt stimmen wir noch ab.

(Zuruf)

– Das geht nicht. Das haben wir nicht in der Geschäftsordnung. Es gibt nur Schluss der Debatte. Aber das ist besser, als wenn ich das mache.

(Heiterkeit)

Gibt es eine Gegenrede gegen Schluss der Debatte? – Nicht. Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist Schluss der Debatte beschlossen.

Wir stimmen jetzt noch schnell über die Anträge ab. Sie sind alle unblutig.

(Heiterkeit)

Wir kommen zunächst zum **Antrag I-04** des Vorstands der Bundesärztekammer. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir stimmen jetzt über den **Antrag I-08** ab, der sich mit der Kostenerstattung befasst. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag I-10.** Danach soll die Bundesregierung aufgefordert werden, unwiderruflich auf die Öffnungsklausel zu verzichten. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit sehr großer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt stimmen wir noch über den **Antrag I-24** von Herrn Dr. Lipp aus Sachsen ab. Es geht um die zeitnahe Novellierung und die kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Ich wünsche Ihnen jetzt einen guten Appetit. Wir sehen uns um 14 Uhr hier wieder. Dann behandeln wir die Palliativmedizin.

2. Tag, Mittwoch, 1. Juni 2011
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Wir setzen unsere Beratungen fort. Wir unterbrechen jetzt die Behandlung des Tagesordnungspunkts 1. Zu diesem Tagesordnungspunkt haben wir noch zwei Themen, nämlich die Situation der jungen Ärztinnen und Ärzte und die allgemeine Gesundheitspolitik.

Für den heutigen Tag haben wir vorgesehen, dass zunächst einmal das Thema Palliativmedizin diskutiert wird. Dazu rufe ich **Tagesordnungspunkt II** auf:

Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftweisendes Konzept

Dazu begrüße ich sehr herzlich Herrn Professor Dr. Friedemann Nauck, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin;

(Beifall)

Frau Dr. Elisabeth Albrecht aus Regensburg, 1. Vorsitzende Palliamo e. V., zu Aspekten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung;

(Beifall)

und Frau Dr. Barbara Schubert aus Dresden, Leitende Oberärztin des Krankenhauses St. Josephstift, zu Aspekten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

(Beifall)

Jetzt bitte ich Herrn Professor Nauck um sein Referat. Wir sind gespannt auf Ihren Vortrag. Herr Professor Nauck, bitte.

Prof. Dr. Nauck, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Hohes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir bedanken uns sehr herzlich dafür, dass wir heute hier auf dem Deutschen Ärztetag das Thema Palliativmedizin an so prominenter Stelle präsentieren dürfen. Der Deutsche Ärztetag hat sich 2003 schon einmal mit der Palliativmedizin befasst. 2003 in Köln wurde unter anderem die (Muster-)Weiterbildungsordnung für den Bereich Zusatzweiterbildung Palliativmedizin beschlossen. Sehr deutlich war damals der Schwerpunkt der Palliativmedizin in der Spezialisierung.

Für uns ist heute der Auftrag – das war Ihr Wunsch, Ihr Anliegen, Herr Professor Hoppe –, die Palliativversorgung breit in die Ärzteschaft – so haben Sie mir geschrieben – hineinzutragen. Genau das deckt sich mit unserer Arbeit in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und den weiteren Verbänden.

Obwohl sich die Palliativmedizin extrem weiterentwickelt hat, haben wir noch immer eine unangemessene Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden, insbesondere in der Sterbephase. Oft sind sich die Patienten und die Familien nicht bewusst, dass der Tod bevorsteht. Hier haben wir große Kommunikationsdefizite. Aber Sie wissen selbst: Wenn Sie den Patienten etwas einmal sagen, haben sie es nicht un-

bedingt gehört. Wenn sie es nicht gehört haben, sind sie nicht unbedingt mit dem einverstanden, was Sie gesagt haben. Das stammt von Konrad Lorenz.

Patienten verlieren, wenn wir mit ihnen nicht gut kommunizieren, das Vertrauen in die Behandelnden, also in uns, in die Pflegekräfte. Sie sehen gleichzeitig, dass sich ihr Zustand zunehmend reduziert.

Auch ein großes Problem der fehlenden, nicht transparenten Kommunikation ist häufig, dass Patienten und Angehörige spüren, wenn Missstimmungen im Team vorherrschen: Der Arzt will alles und therapieren, die Pflegekräfte schütteln vielleicht den Kopf. Vielleicht sind einander widersprechende Nachrichten gerade in dieser Zeit das Schlechteste, was wir Patienten geben können.

Noch viel schlechter ist es, wenn der Patient verstirbt, ohne dass die Symptome gut kontrolliert sind.

Insofern ist es unsere große Herausforderung in der Zukunft, die Palliativversorgung gut zu etablieren, weil die Mortalität in Deutschland derzeit hoch ist und auch 2015 und 2020 hoch bleiben wird. Jeder von uns, jeder, der hier sitzt, ist in der Situation, dass er wird sterben müssen. Deswegen wollen wir hierfür gut vorbereitet sein.

Die Palliativversorgung sollte nicht nur, wie es derzeit ist, die onkologischen Erkrankungen umfassen, sondern auch andere Erkrankungen: neurologische, kardiale, pulmonale und renale Erkrankungen, um einige zu nennen.

Gute Ergebnisse gibt es dazu, dass die Palliativversorgung nicht, wie es häufig der Fall ist, aufgehoben wird für die letzten Tage, wenn nichts mehr geht, sondern eine frühe Integration ein wesentlicher Anteil an besserer Palliativversorgung sein kann.

Wir brauchen in der Palliativversorgung nicht nur die physischen, sondern auch die psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen. Deshalb können wir das als Ärzte allein nicht leisten, sondern wir brauchen die haupt- und ehrenamtlich Tätigen in den Hospizen und Palliativabteilungen, die sich speziell qualifiziert haben.

Palliativversorgung muss – das ist der Auftrag, den wir im Endeffekt erkennen und von dem wir hoffen, dass die Delegierten dieses Ärztetages hier in Kiel das mit unterstützen – für jeden an der Stelle verfügbar sein, wo er lebt, wo er ist, nicht nur in Spezialeinrichtungen. Palliativmedizin muss in allen Settings, ob im ambulanten oder im stationären Bereich, ob im Hospiz oder im Krankenhaus, für alle Patienten auf hohem Niveau angeboten werden.

Ich glaube, es ist ein großes Problem, dass wir in den letzten Jahren auch aufgrund der gesetzlichen Veränderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der mit uns erarbeitet hat, wie wir die spezialisierte ambulante Palliativversorgung etablieren können, vergessen haben, dass der größte Teil der Patienten eine allgemeine Palliativversorgung braucht, dass es Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen gibt, gerade auch im pädiatrischen Bereich, die diese Palliativversorgung über lange Zeit brauchen, dass wir frühzeitiger erkennen müssen: Wann ist ein Patient eigentlich ein Palliativpatient, wann braucht er unsere Unterstützung?

Wir wollen und sollen auch vorbeugend tätig werden, und zwar nicht nur auf körperlichem, sondern auch auf psychischem, sozialem und spirituellem Niveau, dass wir

Leiden lindern wollen, dass wir ambulant und stationär für unsere Patienten da sein wollen.

Ich hoffe, dass wir Ihnen gerade diese Entwicklungen der ambulanten allgemeinen Palliativversorgung deutlich machen können. Ich bin sehr froh, dass meine Kollegin Elisabeth Albrecht als Hausärztin nun diesen Part übernimmt. Sie hat seit vielen Jahren Erfahrungen in der allgemeinen ambulanten, aber auch in der spezialisierten Versorgung.

(Beifall)

Dr. Albrecht, Referentin: Jetzt also einige Worte zur ambulanten Palliativversorgung. Das ist die Domäne des Hausarztes. Auf die Frage, sieht er es weiter als seine Aufgabe an, kommt ein ganz großes Ja. Für Hausärzte ist dies das Innerste ihrer Arbeit für ihre langjährigen Patienten.

Das steht auch nicht zur Diskussion. Aber was kann der Hausarzt im heutigen System fachlich, zeitlich und finanziell leisten? Ist er dafür ausgebildet? Meine Generation wurde noch nicht für die Palliativversorgung ausgebildet. Themen, die in unserem 40-Stunden-Kurs von Ärzten immer wieder aufgebracht werden, lauten: Morphin gegen Atemnot – ist das dafür zugelassen? Wenn Sie in die Rote Liste schauen, stellen Sie fest, dass das keine Indikation ist. Dürfen Angehörige Morphin spritzen? Darf ich über ein Rezept eine Morphinampulle hinlegen?

Oft heißt es auch: Man darf den Patienten doch nicht verdursten lassen! Aber wir lehren in unseren palliativmedizinischen Weiterbildungen: In der Sterbephase ist die Versorgung mit zwei Litern Flüssigkeit pro Tag nicht das, was nötig ist, sondern belastet den Patienten häufig unnütz.

Sie sehen: Es gibt einige Gründe dafür, dass wir uns alle fortbilden.

Es tut mir leid, aber ich muss auch das Thema Finanzen ansprechen. Manchmal gibt es in der Bevölkerung die Meinung: Der Hausarzt kümmert sich und wird dafür ausreichend bezahlt. – Ja, wir werden dafür bezahlt. Es ist Teil der pauschalierten Bezahlung. Aber wir haben eine Gebührenordnung, die die Leistung Palliativmedizin nicht kennt. Wir haben einen Deckel durch das Regelleistungsvolumen. Er ist schmerzhaft für diejenigen, die wenige Patienten intensiv betreuen wollen.

Alle Patienten zählen mit ihren Verordnungen. Wir kommen mit einigen sehr teuren Patienten viel näher an den Regress. Wer überdurchschnittlich viele Palliativpatienten behandelt, befindet sich leider in einem wirtschaftlichen Risiko. So sieht die Situation momentan aus.

Welche Wünsche habe ich für die ambulante Palliativmedizin? Wir brauchen für alle Ärzte ein Grundwissen in palliativer Versorgung. Ja, wir haben die Spezialisierung gebraucht, um sozusagen Exzellenzzentren zu bekommen, die uns in Deutschland überhaupt mit diesem Wissen vertraut machen. Jetzt geht es darum, dieses Wissen allen Ärzten, gleichgültig wo sie am Patienten arbeiten, zur Verfügung zu stellen. Deswegen bin ich so froh, dass wir es endlich im Studium verankert haben. Leider wird es noch eine halbe bis eine komplette Generation dauern, bis es draußen angekommen ist.

Gerade jetzt brauchen wir deshalb für die Hausärzte die sogenannte allgemeine Palliativversorgung. Wir wissen alle, dass der pflegerische Part genauso wichtig ist. Für uns Hausärzte kann ich mir nur wünschen, dass die 40 Stunden Kursweiterbildung noch mehr in Anspruch genommen werden. Es gibt Gegenden, in denen es schon sehr viele Hausärzte mitgemacht haben. Außerdem wünsche ich mir, dass wir für diese Arbeit die adäquate und wirtschaftlich ausreichende Bezahlung erhalten. Das ist es, was wir überall brauchen, was wir flächendeckend brauchen.

Ziel ist es, die individuelle Häuslichkeit zu ermöglichen. Heutzutage ist es so, dass die Angehörigen die hauptsächlichen Verantwortlichen sind, gut unterstützt vom Hausarzt, von einem Pflegedienst. Unterstützung sollte es auch durch Freunde und – hoffentlich – einen Hospizverein in der Nähe geben.

Nun haben wir – das ist etwas ganz Besonderes für Deutschland – durch ein für mich selber überraschend gekommenes Gesetz zur spezialisierten Versorgung die Möglichkeit, wenn es über das gute System hinausgehende Schwierigkeiten gibt, eine Art rollende Palliativstation nach Hause zu holen, nämlich die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Das sind Teams aus mindestens Arzt und Pflege, die gemeinsam bei Problemen zusätzlich zum Hausarzt und zum Pflegedienst arbeiten können. Dazu wird Frau Schubert nähere Ausführungen machen.

Zum Schluss möchte ich Ihnen einen typischen Fall vorstellen, bei dem ich als Hausärztin, die so etwas vielleicht alle zwei Jahre sieht, einfach überfordert bin: Donnerstag, 11 Uhr, das Wochenende ist also nicht mehr weit weg: Patient mit metastasiertem Larynxkarzinom, massive Schmerzen trotz Fentanylpflaster und Bedarfsmedikation, die ihm allerdings schon hilft, aber er erbricht schwallartig. Der Patient und seine Ehefrau wollen, dass er zu Hause bleibt und sterben kann. Umsetzen auf Schmerzpumpe, Opiatrotation, Unterstützung der Ehefrau – und das alles in weniger als 24 Stunden.

Was wir dazu brauchen, wird Ihnen Frau Schubert sagen.

(Beifall)

Dr. Schubert, Referentin: Ich möchte Ihnen meine Erfahrungen in der spezialisierten Palliativversorgung vermitteln. An dieser Stelle brauchen wir zum einen natürlich den Hausarzt, der den Patienten gut kennt, der ihn bis dahin gut versorgt hat. Wir brauchen eine gute Informationsweitergabe an den Spezialisten, der dann weiterarbeiten kann. Es ist gut, wenn es in vielen Regionen Deutschlands etablierte spezialisierte Versorgungsstrukturen gibt.

Wir haben dort zum einen den Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dort haben wir in den letzten Jahren enorm viel aufgebaut, auch wenn wir noch nicht an dem Punkt sind, an dem wir gern wären.

Wir gehen davon aus, dass wir für Deutschland etwa 330 SAPV-Teams brauchen. Aktuell haben wir etwas weniger als die Hälfte der notwendigen Dienste etabliert. Der Aufbauprozess gestaltet sich insbesondere in den Flächenländern schwierig.

Viel früher hat die Entwicklung spezialisierter Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin im stationären Sektor begonnen. Ich denke, im Nachgang betrachtet waren

diese Kristallisationspunkte wichtig. Aber nach den Patientenbedürfnissen zu urteilen wäre der Schritt „ambulant vor stationär“ der richtige gewesen.

Wir haben in Deutschland etwa 220 Palliativstationen, die in unterschiedlichen ökonomischen Systemen abgebildet sind. Sie werden entweder als besondere Einrichtungen finanziert oder im DRG-System mit einem Zusatzgeld ökonomisch ausgestattet.

Aus meiner Erfahrung in der Leitung einer Palliativstation, die im DRG-System abrechnet, kann ich sagen, dass solche Stationen unter diesen Bedingungen nicht voll, aber weitestgehend kostendeckend arbeiten können.

Wir denken, dass wir etwa 30 Palliativbetten pro 1 Million Einwohner einer Region benötigen, um den Patienten mit besonders komplexen Symptomen in einer aufwendigen Versorgungssituation mit dem Bedarf stationärer Betreuung die notwendigen Angebote machen zu können. Im Moment sind etwa 22 Betten pro 1 Million Einwohner vorhanden. Wir brauchen für die weitere Versorgung im eher schwerpunktmäßig pflegerischen Bereich noch einmal etwa 30 Hospizbetten pro 1 Million Einwohner. Auch hier sind leider noch nicht alle Strukturen in ausreichender Menge vorhanden.

Sie sehen auf der Übersichtskarte von Deutschland, wie unterschiedlich die Verteilung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland ist. Die gute Botschaft lautet, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen inzwischen in ihrer Häufigkeit deutlich überlegen sind. Aber in einigen Regionen der Bundesrepublik gibt es insbesondere bei den spezialisierten Betreuungseinrichtungen noch Nachholbedarf.

Welche Aufgaben soll die spezialisierte ambulante Palliativversorgung übernehmen? Sie soll zum einen fachliche Beratung leisten. Hier ist uns der Grundsatz einer multiprofessionellen Beratung besonders wichtig. Immer dann, wenn eine Profession allein für diese komplex kranken Menschen nicht weiterkommen kann, bedarf es dieses multiprofessionellen Ansatzes, um eine bessere Kontrolle von Symptomen im ganzheitlichen Sinne zu ermöglichen.

Wir haben gelernt, dass für schwerkranke Menschen oft die Koordination der vorhandenen Versorger eine wesentliche Verbesserung der Versorgungsqualität bringen kann. Da geht es nicht nur um Informationsverluste zwischen einzelnen Systemen, sondern auch um eine Abstimmung von Behandlungsmaßnahmen. Die Teams in der SAPV können unterstützende Mitversorgung anbieten, beispielsweise für spezialisierte Probleme wie die Behandlung von sehr komplexen Wunden oder bei einem Schmerzproblem, wie es Frau Albrecht eben geschildert hat. Nur in Ausnahmefällen – das typische Beispiel sind oft die pädiatrischen Palliativteams – übernimmt die SAPV eine vollständige Versorgung. Das ist eher typisch für die letzten Lebenstage.

Dieses spezialisierte System kann nur funktionieren, wenn die breite Basis für über 90 Prozent unserer Patienten am Ende des Lebens durch die Hausärzte und die ambulanten Pflegedienste in enger Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten, mit allen Partnern im Netzwerk – dem Apotheker, den Sozialdiensten, den Beratungsstellen, den Selbsthilfegruppen – gut organisiert ist. Die SAPV wird regelhaft Aufgaben der allgemeinen Versorgung übernehmen müssen, wenn diese Basisversorgung nicht ausreichend gewährleistet werden kann.

Was sind unsere Probleme? Wie ist der aktuelle Stand? Wir müssen bei der grundsätzlichen Forderung bleiben, dass die spezialisierte palliative Versorgung ein multiprofessioneller Ansatz ist. Sonst geben wir genau an dieser Stelle unsere Stärke verloren.

Wir müssen uns stärker engagieren für die Versorgung in der Fläche. Wir müssen auch auf andere Patientengruppen schauen, weil es für die Menschen nicht unerheblich ist, an welcher Erkrankung sie sterben, an welchen Symptomen sie am Ende ihres Lebens leiden. Das ist es, was sie bewegt. Wir sind noch zu sehr auf die Versorgung onkologischer Patienten fokussiert. Das nehmen unsere hausärztlichen Kollegen auch so wahr.

Wir müssen die Entwicklung von Konzepten, die vorhandene Strukturen, vorhandene Ressourcen besser nutzen, etwa Bereitschaftsdienstsysteme im ambulanten Sektor, intensiver betreiben. Wir müssen alle Akteure besser qualifizieren.

Für besonders wesentlich halte ich: Wir müssen das, was wir tun, beforschen. Wir müssen schauen: Was brauchen die Menschen wirklich? Welche Effekte löst unsere Versorgung aus?

Ein paar abschließende Worte meinerseits zu den Erfahrungen mit der stationären spezialisierten Palliativversorgung. Auch hier gilt: Wir fokussieren noch immer zu stark auf onkologische Patienten, obwohl nach meiner Wahrnehmung in den letzten zehn Jahren dort eine Öffnung stattgefunden hat. Es geht um Menschen mit komplexen Symptomen und eine intensivierte Versorgungssituation.

Wir haben Strukturdefizite. Auch die sind aufgezeigt. Wir haben immer wieder auch die Frage zu beantworten: Wie viel Spezialisierung muss eigentlich sein? Wie spezialisiert ist spezialisiert? Was kann eine solche Palliativstation anderes leisten als eine Akutstation in einem Klinikum?

Eine meiner Visionen wäre, dass wir eine geregelte Finanzierung für einen palliativmedizinischen Konsiliardienst in jedem Akutkrankenhaus ab einer bestimmten Bettenzahl haben.

Auch ich möchte Ihnen abschließend ein Fallbeispiel zeigen. Warum ist dieser Patient gerade auf eine Palliativstation gekommen? Es ist eine, glaube ich, alltägliche Versorgungssituation: Ein Patient mit metastasiertem Bronchialkarzinom, während seiner insgesamt anderthalbjährigen Behandlungszeit in einer Fachklinik für Pulmologie behandelt, dort chemotherapiert worden, möchte zum Sterben daheim sein. Der wichtigste Behandler, sein Hausarzt, hat ihn über mehrere Jahre gar nicht als Patient wahrgenommen, weil er spezialisiert betreut worden ist. Es gab in diesem konkreten Fall keine enge Beziehung zum Hausarzt. Der Patient hatte stärkste Schmerzen durch Wirbelsäulenmetastasen mit einlaufender Querschnittssymptomatik. Er hatte eine von sehr persönlichen Konflikten überlagerte familiäre Situation.

All das kann Probleme so komplex machen, kann körperliche Beschwerden so überlagern, dass es manchmal gut ist, einen Patienten – und wenn es nur für eine gewisse Zeit ist – aus seinem Versorgungssetting herauszunehmen, die Dinge zu ordnen und den Patienten dann der Weiterbetreuung in der Ambulanz zu übergeben, wenn das der Wunsch aller Partner ist.

Was wir dazu noch brauchen, wird abschließend Friedemann Nauck darstellen.

(Beifall)

Prof. Dr. Nauck, Referent: Ich glaube, wir konnten Ihnen ein bisschen zeigen, wie wichtig Aus-, Fort- und Weiterbildung sind, wie wichtig in der Palliativmedizin neben dem Fachwissen insbesondere die Haltung ist. Ich glaube, das ist etwas, was wir mehr schulen müssen. Wir sind sehr froh, dass wir in den universitären Einrichtungen inzwischen die jungen Medizinstudenten und -studentinnen so frühzeitig auch mit Themen der hospizlichen und der palliativen Versorgung zusammenführen können.

Am heutigen Vormittag, bei dem auf hohem Niveau diskutiert worden ist, ist noch einmal deutlich geworden, wie stark wir Ärztinnen und Ärzte uns mit der ethischen Verantwortung in einer sich doch deutlich entwickelnden Medizin beschäftigen müssen und auch hier für andere da sein müssen. Ein wesentlicher Teil, den wir als Ärztinnen und Ärzte, wie ich glaube, besser fokussieren müssen, ist die Tatsache, dass gestorben wird, dass vielleicht auch gestorben werden darf. Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, die gemeinsam von der Bundesärztekammer, dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband und von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin über einen Zeitraum von zwei Jahren in Arbeitsgruppen erarbeitet worden ist, bietet hier eine Möglichkeit. Sie finden diese Charta auf Ihren Tischen. In fünf Bereichen werden der Stand und das dargestellt, was die zukünftige Entwicklung in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland aus der Sicht vieler notwendig macht. Ich bin sehr froh, dass wir inzwischen seit vorgestern 333 Träger mit einer institutionellen Unterschrift für diese Charta gewinnen konnten. Am 26. Mai hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch Herrn Staatssekretär Hecken diese Charta unterzeichnet.

Wir, die Bundesärztekammer, der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ermutigen Sie, sich mit dieser Charta zu identifizieren, diese zu unterschreiben und in Ihrer Praxis oder wo auch immer auszulegen, damit wir mehr Möglichkeiten nutzen, dass das Thema Tod und Sterben in der Gesellschaft wieder aktiv wird.

Ich sollte schließlich noch etwas über die Erfordernisse und die Visionen für die Palliativversorgung in Deutschland sagen. Ich glaube, wir brauchen mehr Lehrstühle für Palliativmedizin, damit an allen medizinischen Fakultäten auf hohem Niveau gelehrt werden kann. Wir brauchen diese Qualität allerdings auch in allen anderen Fachbereichen, in der Pflege, bei den sozialen Diensten, bei der Seelsorge.

Wir brauchen für die Zukunft eine finanzielle Förderung von wissenschaftlichen Projekten. Wir sind froh, dass ich als Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft jetzt in der Lage bin, mit einigen Kollegen gemeinsam die Therapieempfehlungen Palliativmedizin auf den Weg zu bringen, sodass die Hausärztinnen und Hausärzte und die Basisversorger diese Informationen erhalten und wir auch mehr auf einem evidenzbasierten Level diskutieren können.

Wir haben gerade eine S-3-Leitlinie Palliativmedizin gestartet. Es ist wichtig, dass wir in diesem Bereich mehr tun.

Wir müssen die ambulante und insbesondere die allgemeine ambulante Palliativversorgung ausbauen. Wir müssen die Vernetzung zwischen spezialisierter und allgemeiner Versorgung besser klären. Wir müssen Konkurrenzen abbauen. Wir müssen sektorenübergreifend denken und handeln.

Es ist überhaupt kein Problem, dass auch einmal ein Team von außen in ein Krankenhaus geht, das diese Spezialisierung bisher nicht vorhalten kann.

Auch in den Krankenhäusern brauchen wir Konsiliardienste, die ihre Patientinnen und Patienten mit hoher Qualität versorgen.

Bitte denken Sie daran, dass die Anzahl der Patienten, die unsere Unterstützung brauchen, immer größer wird. Denken Sie aber auch daran, dass wir in Deutschland über 1.500 ehrenamtliche Dienste haben, die wir Ärzte bisher zu wenig anfragen. Schauen Sie, wer in Ihrer Nähe ist, versuchen Sie, das zu integrieren.

Ich komme zum Schluss und möchte dieselbe Folie zeigen, die ich zu Anfang gezeigt habe. Wir brauchen diese fünf Visionen der Palliativversorgung für alle Erkrankungen und Krankheitsbilder am Lebensende. Wir brauchen den frühen Beginn. Wir brauchen die verschiedenen Dimensionen. Dafür brauchen wir die Multidisziplinarität. Es sollte für alle verfügbar sein und in allen Settings.

Auf dem Europäischen Palliativkongress ist diese Folie in ähnlicher Weise gezeigt worden. Man hat im Endeffekt gehört: Es ist eigentlich das, was wir an der Hand haben, fünf Finger, die fünf Visionen, die wir brauchen.

Diejenigen, die in der allgemeinen ambulanten Versorgung tätig sind, und deren Kolleginnen und Kollegen bitte ich ebenso wie die Kolleginnen und Kollegen in den Qualitätszirkeln: Überlegen Sie bitte, dass Sie auch hier in Kiel teilweise Ihren Schirm mitnehmen, wenn Sie aus dem Gebäude gehen, auch wenn Sie ihn hoffentlich wenig benötigen werden. So ähnlich sehe ich die Palliativversorgung: Sie haben diesen Schirm, dieses Wissen über die Palliativversorgung dabei und müssen diesen Schirm hoffentlich nicht zu oft aufspannen.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für die Aufmerksamkeit und hoffen sehr, dass Sie den Antrag der Bundesärztekammer zur Optimierung der Palliativversorgung und der hospizlichen Arbeit in Deutschland unterstützen können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank den beiden Damen und Ihnen, Herr Professor Nauck, für diese Einführung. – Wir haben auch schon einige Wortmeldungen zu diesem Thema. Die erste Wortmeldung kommt von Herrn Rübsam-Simon aus Baden-Württemberg.

Rübsam-Simon, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr verehrte Gäste! Wer als Hausarzt mit einem Patienten über die letzten Tage spricht und ihn fragt „Wie stellen Sie sich vor, wie das sein soll?“, bekommt die Antwort: Ich möchte zu Hause sterben, ich möchte von meinem Hausarzt begleitet werden, ich möchte gegebenenfalls von dem mir bekannten Pflegedienst begleitet werden. Das ist der Wunsch der Patienten.

Die Realität sieht inzwischen völlig anders aus. Die meisten Patienten sterben im Krankenhaus. Sie werden von Fremden behandelt, auch von fremden Pflegediensten. Das ist eine Situation, die konträr ist zu den Wünschen der Patienten.

Wenn man sich die Strukturbedingungen der Palliativmedizin bei uns anschaut, muss man wirklich formulieren: In unserem System, in unserem SGB-V-System, hat die Palliativmedizin, solange sie vom Regelleistungsvolumen bestimmt wird, ein Strukturdefizit, das sich kaum aufheben lässt. Das ist ein Fakt.

(Vereinzelt Beifall)

Das können Ärzte mit noch so viel Engagement und noch so viel Ethik und Moral nicht ausgleichen. Das funktioniert nicht. Die Kollegin hat es vorhin dargestellt: Wer das „Pech“ hat, viele sterbende oder schwerkranke Patienten zu betreuen, kommt in Schwierigkeiten. Das kann nicht sein.

Ich bin mitbeteiligt an einem Netzwerk in Heidelberg, das versucht, die SAPV aufzubauen. Die entsprechenden Verträge haben ebenfalls einen Strukturfehler: Die Qualitätshürden, die dort errichtet werden – alles nachvollziehbar, alles in Ordnung –, sind so hoch, dass man beispielsweise kaum Pflegedienste bekommt, die ihre Leute ausbilden. Das gilt auch für Hausärzte. Die Ausbildung auf der Hospizstation ist eine Forderung, die sich bei vielen nicht umsetzen lässt. Auch wir haben also ein Problem.

Wir haben es wieder einmal andersherum gemacht und haben mit der spezialisierten Versorgung begonnen. Die allgemeine Versorgung für Hausärzte haben wir ein bisschen vernachlässigt.

(Vereinzelt Beifall)

In einem früheren EBM gab es einmal eine Abrechnungsziffer für moribunde Patienten. Das war eine gewisse Abbildung dieser Situation. Diese Ziffer ist inzwischen gestrichen worden. Das wäre ein erster Punkt, wie man die Situation verbessern könnte, indem man eine Pseudoabrechnungsziffer schafft, die das abbildet.

Wir brauchen den Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. Sie gehört zu den Hausärzten. Das ist eine Versorgung, die von Hausärzten gestaltet werden muss. Wir müssen entsprechende Qualifikationen aufbauen. Wir brauchen, wie bereits gesagt wurde, eine flächendeckende Fortbildung, das ist völlig klar. Es muss klar sein, dass die SAPV ein Sonderfall ist. So wird es im Moment ja auch gehandhabt. Es ist sehr schwierig, die SAPV zu gestalten. Es gibt viel zu wenige Teams.

Jeder Antrag, der die hausärztliche Palliativmedizin stärkt, die allgemeine ambulante Palliativmedizin, wird von mir unterstützt. Insofern ist auch der Antrag des Vorstands voll akzeptabel. Ich würde allerdings den dritten Punkt – Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen – an den Anfang setzen, damit wir den Strukturfehler, den wir inzwischen eingebaut haben, rückgängig machen können. Ich denke, da gibt es bei Ihnen Übereinstimmung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Rübsam-Simon. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Beck aus Bayern.

Dr. Beck, Bayern: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bedanke mich zunächst bei den beiden Referentinnen und dem Referenten für die gute Darstellung des gesamten Themas. Auch die Schnittstellenproblematik wurde sehr deutlich gemacht, gewiss auch die Defizite in der Fort- und Weiterbildung. Ich glaube, es herrscht Übereinstimmung, dass wir hier viel zu tun haben, dass wir allerdings auf einem guten Weg sind.

Was die allgemeine ambulante Palliativversorgung angeht, kann ich als Hausarzt nur den Vorredner unterstützen: Hier werden 95 Prozent der Tätigkeit absolviert. Das ist wenig oder auch gar nicht abgebildet in den entsprechenden Verträgen.

Ich bitte Sie um Zustimmung, den Entschließungsantrag des Vorstands in einem Punkt zu ändern, und zwar in dem Punkt „Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen“. In diesem Punkt wird zunächst festgestellt, dass – wie wir hier alle gehört haben – die Mehrzahl der Schwerkranken zu Hause und von ihrem Hausarzt versorgt werden möchten. Dann kommen aber jede Menge Konjunktive:

> *Dies könnte in der Regel im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) gewährleistet werden, wenn sie flächendeckend angeboten wird.*

Wir haben die Defizite dargestellt bekommen. Ich finde, man sollte diese Konjunktive ein bisschen zurücknehmen. Deshalb der Änderungsantrag:

> *Dies kann in der Regel im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewährleistet werden. Diese Versorgung muss flächendeckend angeboten werden.*

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Der Änderungsantrag ist hier bereits eingetroffen. – Jetzt kommt Herr Dr. Joas, gleichfalls aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Verehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Antrag II-04 sprechen. Das ist für mich ein sehr schillernder und unklarer Antrag. Dort wird gefordert:

> *Die Einbindung der Psychotherapie in die Palliativmedizin ist unbedingt erforderlich.*

Ich kann einen solchen Antrag unterstützen, wenn gemeint ist, dass psychotherapeutische Kompetenz in dieses Feld der Palliativmedizin hineingehört. Dem kann ich zustimmen. Das ist ja auch schon in den Ausbildungsrichtlinien verankert.

Trotzdem meine ich, dass das Dreieck zwischen Familie, Pflegedienst und hausärztlicher Betreuung, das in der Vorlage des Vorstands dargestellt wird, bestehen bleiben muss. Ich kann mir schlecht vorstellen, dass ich einen Patienten über viele Jahre betreut habe und dann in der Situation der palliativmedizinischen Betreuung eine

vierte Person, zu der der Patient bisher keinerlei Bezug aufgebaut hat, aufgenommen wird. Ich bin sehr dagegen, das verpflichtend einzuführen.

Wir kennen diese Tendenz, dass in psychosomatischen Kliniken getrennt wird zwischen einem Körperarzt und einem Arzt für die Psyche. Es gibt die Bestrebung, das auch im ambulanten Bereich einzuführen, dass jeder Patient einen Körperarzt hat – das mag ein Hausarzt, ein Gynäkologe oder sonst wer sein – und für die Psyche hat er einen eigenen betreuenden Arzt. Wenn man dieses Modell aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich überträgt, bis hin in die Palliativmedizin, dann finde ich das sehr bedenklich. Dann würde ich ganz klar gegen diesen Antrag stimmen.

Die Kompetenz muss her, aber in dieser Situation nicht noch eine Erweiterung auf ein Viereck. Dem sollten Sie widersprechen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr von Knoblauch.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zunächst den beiden Referentinnen und dem Referenten ganz herzlich danken für die sehr gute Darstellung. Wir wissen, dass wir innerhalb Deutschlands sehr, sehr große Unterschiede bei der Struktur der Palliativversorgung haben. Dort besteht noch viel Handlungsbedarf.

Ich möchte Ihr Augenmerk auf die ambulante Palliativversorgung richten. Da wird im Grunde genommen die Hauptarbeit durch die Hausärztinnen und die Hausärzte geleistet. Wir kommen oftmals, wenn die Patienten wünschen, zu Hause zu bleiben, nicht umhin, den Sachverstand der speziellen Palliativversorgung in Anspruch zu nehmen. Die Vernetzung in dieser Beziehung muss noch viel besser werden.

Ich bedauere immer wieder erleben zu müssen, dass es da unsichtbare Schranken gibt, warum auch immer. Das ergibt sich wahrscheinlich oftmals durch die unklaren Finanzierungen. Ich weiß aber, dass die Kolleginnen und Kollegen unabhängig von dieser Frage der Finanzierung ihre Aufgaben ernst nehmen und ihre Patientinnen und Patienten nicht im Stich lassen. Es ist aber zwingend erforderlich, bei der ambulanten Versorgung, also der primären Stufe, eine Verbesserung herbeizuführen, weil es dort einen großen Zeitaufwand gibt, auch zu unüblichen Zeiten. Ein großes Problem ist die Versorgung nachts und am Wochenende, wenn der Notdienst kommt. Dort besteht die Verknüpfung zur spezialisierten ambulanten Palliativmedizin.

Ein wichtiges Problem ist – da müssen wir seitens der Bundesärztekammer noch mit dem Bundesministerium verhandeln – die Versorgung mit Betäubungsmitteln, mit Schmerzmitteln zu Zeiten des Notdienstes. Oftmals ist in den diensthabenden Apotheken das Präparat nicht vorhanden. Der diensthabende Arzt kann es auch nicht vorhalten. Da stoßen wir oftmals plötzlich an die Grenzen unserer Möglichkeiten, weil die Ärzte keine Medikamente auf Vorrat beim Patienten lassen dürfen.

Da müssen wir dringend handeln. Ich denke, die Bundesärztekammer wird sich in der Zukunft ebenso wie in den vergangenen Jahren dafür einsetzen. Ich weiß von Gesprächen, die uns in dieser Richtung Hoffnung machen. Ich weiß aber auch, dass unsere Apotheker Schwierigkeiten haben, das Dispensarrecht diesbezüglich ändern zu lassen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Knoblauch. – Der nächste Redner ist Herr Thierse aus Berlin.

Dr. Thierse, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, vieles von dem, was wir im Moment an Mangel in der Palliativversorgung zu verzeichnen haben, ist einfach auf strukturelle Probleme zurückzuführen: Wo gibt es die Kurzzeitpflegeplätze etc.? Gerade in der Gegend, wo ich niedergelassen bin, haben wir eine Menge Möglichkeiten, dass Familien bereit sind, die Pflege zu übernehmen, dass die Patienten die Möglichkeit haben, in einer relativ gut situierten Gegend sich Hilfe zu finanzieren. Wenn die Verwandten aber einfach nicht mehr können, verfügen wir über keine Auffangstruktur. Ich denke, das ist ein ganz grundsätzliches Problem.

Das zweite Problem ist folgendes; damit komme ich auf das zu sprechen, was Herr Joas eben erwähnt hat. Ich denke, die palliativmedizinische Versorgung erfordert einen Generalisten, der das entsprechende Team steuert, der die Versorgung übernimmt und ganz bestimmte Kompetenzen aufweist. In der Weiterbildungsordnung steht, dass er Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten haben muss in psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen. Ich denke, damit ist alles beschrieben, was er in diesem Endstadium wirklich braucht.

Wenn die Forderung erhoben wird, dass dort die Psychotherapie unbedingt erforderlich ist, dann kann ich Ihnen einen Antrag präsentieren, unterschrieben von zehn Delegierten, in dem steht, warum die Unfallchirurgie so wichtig ist, nämlich um festzustellen, dass ich diese Fraktur nicht versorge, sondern den Patienten in Ruhe lasse. Da gehört die spezielle Schmerztherapie hinein. Wir können da eine ganze Latte von Fächern aufführen, die dort unbedingt verankert sein müssen.

Ich denke, es ist eine Selbstverständlichkeit, dass derjenige, der ein palliativmedizinisches Team führt, sich die entsprechende Kompetenz heranzieht, wenn er dies für erforderlich hält.

(Beifall)

Ich denke, einen solchen Antrag zu stellen, ist etwas, womit man sein eigenes Fach hier vielleicht herausstellen und dessen Bedeutung betonen kann, aber das dient der Palliativmedizin in keiner Form.

Ich werde diesen Antrag nicht abgeben. Er ist entsprechend unterschrieben. Ich könnte ihn insofern einbringen. Aber ich appelliere an die Antragsteller, den Antrag 4 zurückzuziehen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Der Antrag 4 ist bereits zurückgezogen. Wir wissen allerdings nicht, ob er noch einmal neu auftaucht. Zunächst einmal ist er zurückgezogen. – Die nächste Rednerin ist Frau Professor Henneberg.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir leisten uns hier die Diskussion über die Palliativmedizin. Dazu möchte ich uns zunächst einmal gratulieren. Letztlich sprechen wir hier über Patienten, die sich im allgemeinen Arbeitsprozess gar nicht mehr „lohnen“. Das heißt, unsere Gesellschaft möchte diese Patienten in Würde zu Ende begleitet wissen. Dafür wollen wir uns zumindest einsetzen.

Darüber bin ich sehr froh, wie ich sagen muss. Das Gegenteil dessen wäre, dass wir diese Patienten vernachlässigen und wir uns nicht mehr um sie kümmern. Das Schlimmste, was dann passieren könnte, wäre, dass wir die Patienten dahin treiben, dass sie in ihrem Leben keinen Sinn mehr sehen. Dann müssten wir uns fragen, ob wir die Selbsttötung unterstützen müssten oder nicht.

Wir gehen also davon ab und sagen: Wir wollen die Patienten versorgen. Ich möchte mit meinem Antrag ein bisschen darüber hinausgehen. Ich bitte Sie, mit mir kurz den Bogen ein bisschen weiter zu schlagen.

Wir haben im Moment die Sorge, dass der chronisch Kranke in unserer Gesellschaft nicht richtig versorgt wird. Wir sind eben nicht nur zum Heilen da, sondern wir sind auch zum Helfen und Lindern da. Ich möchte Ihnen kurz drei Situationen aus meinem Beruf aufzeigen.

Die Diagnostik chronischer Krankheiten wird vernachlässigt. Erste Situation ist eine Universitätsklinik, die es sich nicht mehr erlauben darf, die häufigste genetisch bedingte Abbaukrankheit, nämlich den Morbus Duchenne, zu diagnostizieren, weil das unwirtschaftlich wäre.

Das zweite Beispiel betrifft ein bekanntes deutsches Epilepsiezentrum, das bei einem Patienten mit Spike-wave-Komplexen – das sind unsere Epilepsiekomplexe im Gehirn – und entsprechendem gegenseitigen Zucken der Hand sagt, das sei gar keine Epilepsie.

Wir können uns aber auch an die eigene Nase fassen, liebe Kolleginnen und Kollegen: Es geht auch um die Frage, wann diagnostizieren wir den Parkinson oder den Alzheimer? Manchmal sagen wir: Das kann es doch eigentlich gar nicht sein.

Ich möchte uns alle dazu ermutigen, es doch zu tun. Ich denke, wir können helfen, wir können chronisch Kranken über eine lange Strecke helfen. Wir haben – jedenfalls diejenigen, die schon anwesend waren – diesen wunderschönen Film über die Weiterbildung unserer Medizinischen Fachangestellten gesehen. Wir könnten uns im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen erweitern und könnten chronisch Kranke über eine längere Zeit gut betreuen.

Genau darum geht es in unserem Antrag II-03 und ich bitte Sie, diesem Antrag Ihre Unterstützung zu geben.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Professor Henneberg. – Der Präsident hat mich gebeten, zu seiner Entlastung kurz weiterzumachen. Ich darf jetzt Herrn Dr. Zöllner aus Bayern aufrufen.

Dr. Zöllner, Bayern: Ich wollte zu zwei Dingen sprechen. Meine Ausführungen zum Antrag 4 haben sich erledigt.

Zweitens möchte ich den Vorstand auffordern, sich beim Gesetzgeber und anderen Institutionen dafür einzusetzen, dass die allgemeine palliativmedizinische Versorgung möglich wird. In der Mittagspause haben sich mehrere Hausärzte unterhalten. Wir haben alle die gleiche Erfahrung: Es ist unglaublich schwierig, so einfache Dinge wie ein Pflegebett zeitnah zu bekommen oder eine Wechseldruckmatratze. Das dauert Tage. Das läuft über den Medizinischen Dienst. Das muss genehmigt werden.

Gesetzlich ist es ja so geregelt, dass meine Unterschrift meine Verantwortung für das, was ich verordne, regelt. Damit habe ich festgestellt, dass es nötig und erforderlich ist. Warum muss dann noch einmal der Medizinische Dienst darauf schauen, der den Patienten nicht kennt, der die Sachlage nicht kennt? Es dauert – jedenfalls bei uns – drei bis vier Tage bis zur Genehmigung eines Bettes oder einer Wechseldruckmatratze.

Ich finde den Antrag des Vorstands sehr gut, aber in der praktischen Umsetzung gibt es Hürden ohne Ende. Das Beispiel mit der medikamentösen Versorgung zu Zeiten, in denen die Apotheken nicht geöffnet sind, ist bereits angesprochen worden. Es gibt viele solcher Beispiele. Ich denke, es ist ganz wichtig, hier im Detail vieles zu regeln.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Zöllner. – Es folgt Frau Bartels aus Nordrhein.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche als Nervenärztin und ärztliche Psychotherapeutin zu Ihnen. Zur Ausbildung in unserem Beruf gehört das Sterben zum Alltag, auch schwerer wiegende und zum Tode führende Erkrankungen. Als ärztliche Psychotherapeutin möchte ich Sie um Unterstützung der ärztlichen Psychotherapie im Gegensatz zur psychologischen Psychotherapie bitten. Die ärztliche Psychotherapie beinhaltet, dass wir auch im Rahmen der Psychotherapie die somatische und psychiatrische Differenzialdiagnose erheben.

Bei uns auf dem Lande versorgen die Hausärzte die Patienten palliativmedizinisch ausgezeichnet. Ab und zu gibt es eine Frage und natürlich werden wir da mit eingebunden.

Ich bitte Sie, nachher unseren Antrag zu unterstützen, dass wir diese wichtige seelische und psychische Betreuung der Palliativpatienten nicht in die psychologische Hand geben. Das ist eine urärztliche Aufgabe.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte Sie bitten, das auch nicht an Weiterbildungen abzugeben, die in Psychoonkologie usw. durchgeführt werden, und zwar nicht nur von psychologischen Psychotherapeuten, sondern auch von Heilpraktikern, Coaches und Geistheilern usw.

Ich möchte Sie einfach bitten, die ärztlichen Psychotherapeuten auf diesem Gebiet zu unterstützen. Wir bieten Ihnen nur die Hand. Wir wollen Ihnen doch nichts abnehmen. Die Hausärzte machen das wunderbar.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Frau Bartels, wir danken Ihnen. Seien Sie versichert: Die Anliegen der ärztlichen Psychotherapie sind bei der Bundesärztekammer in guten Händen. – Es folgt jetzt Frau Rothe-Kirchberger.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu dem zurückgezogenen Antrag II-04, der aber in etwas spezifischer Form wiederkommen wird. Es geht uns nicht darum, die Kompetenz der palliativmedizinisch tätigen Hausärzte in irgendeiner Weise zu entwerten, sondern wir wollten nur gewissermaßen die Möglichkeit eines psychotherapeutischen Behandlungsangebots erwähnen, weil bei bestehender Indikation es möglich sein sollte, dass auch Behandlungsangebote von ärztlichen Psychotherapeuten berücksichtigt werden. Das ist unser Anliegen.

Gerade im Rahmen der Multiprofessionalität glauben wir, dass es nicht ganz ausreicht, in allen Fällen nur eine psychosoziale Betreuung vorzusehen, sondern manchmal ist eine spezifische psychotherapeutische Behandlung notwendig. Das ist unser Anliegen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Rothe-Kirchberger. – Es folgt Herr Dr. Gudat aus Nordrhein.

Dr. Gudat, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu meinem Antrag II-05 sprechen. Hier geht es mir um die Verzahnung von Palliativmedizin und Schmerztherapie unter dem Stichwort Sterbehilfe. Gerade der Wunsch nach Sterbehilfe kommt oft auf, wenn eine unzureichende Schmerztherapie erfolgt. Ich denke, gerade in diesem Bereich müssen wir effektiv arbeiten, damit dieser Wunsch gar nicht erst entsteht. Diese ganze Diskussion fußt oft auf einer unzureichenden Begleitung gerade im palliativmedizinischen Bereich.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Es folgt Herr Dr. Reinhardt aus Westfalen-Lippe.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Liebe Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Professor Nauck, Frau Dr. Albrecht und Frau Schubert, herzlichen Dank für die Vorträge. Unstrittig ist sicherlich die Bedeutung und auch die zunehmende Bedeutung der Palliativmedizin in einer älter werdenden Gesellschaft, in der komplexe Krankheitsbilder am Lebensende auftreten. Unstrittig ist sicherlich auch die Fortentwicklung der Möglichkeiten der spezialisierten Palliativmedizin.

Strittig ist, wie das in ein Versorgungskonzept münden kann. Aus meiner persönlichen Sicht und aus der Sicht der Landesärztekammer Westfalen-Lippe ist es schon wichtig, dass die kontinuierliche Betreuung – in der Mehrzahl durch die hausärztlich tätigen Kollegen – gewährleistet ist und gewährleistet bleibt. Wir müssen das, was an Kenntnissen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung hinzugekommen ist, was an Kompetenz hinzugekommen ist, mit den gewachsenen Versorgungsstrukturen vernünftig verzahnen. Aus meiner Sicht ist dies nicht vernünftig gewährleistet, wenn wir hoch spezialisierte Palliative-Care-Teams mit Ärzten und Pflegern quasi in die ärztliche häusliche Versorgungssituation einfliegen lassen, um im Krisenfall in irgendeiner Form tätig zu werden. Viel sinnvoller ist es, wenn die hausärztliche Versorgung an dieser Stelle vernünftig im Rahmen einer konsiliarischen Betreuung durch spezialisierte Kolleginnen und Kollegen erfolgt.

Wir haben in Westfalen-Lippe solche Strukturen geschaffen. Wir haben bei 85 Prozent der hausärztlich tätigen Kollegen vernetzte Strukturen mit für sie konsiliarisch werdenden spezialisierten Palliativmedizinern gebildet.

Wir haben dazu gesonderte Verträge mit allen Krankenkassen abgeschlossen, mit der Möglichkeit einer vernünftigen und auskömmlichen Finanzierung der Betreuungssituation. Insofern meine ich: Wenn uns daran gelegen ist, dass wir zuhause eine vernünftige Palliativversorgung gewährleisten, dann sollten solche Strukturen gefördert werden. Wir haben entsprechende Änderungsanträge gestellt, die gleich an Sie ausgeteilt werden.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen, Herr Reinhardt. – Es folgt Frau Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu einem Antrag sprechen, der Ihnen demnächst noch ausgeteilt werden wird. Er beschäftigt sich mit der Kostenübernahme für die stationäre Versorgung im Hospiz. Mit diesem Antrag werden die Kostenträger aufgefordert, Anträge zur Bewilligung von Ansprüchen zur stationären Hospizversorgung unverzüglich zu bearbeiten und zu bescheiden, weil nur dies bei entsprechenden Krankheitsbildern die zeitnahe adäquate palliativmedizinische Versorgung, wenn sie denn stationär notwendig ist, ermöglicht.

Die gelebte Praxis sieht da leider anders aus. Oft nimmt die Bewilligung mehrere Tage in Anspruch. Eine sofortige Übernahme von Patienten in ein stationäres Hospiz, wenn es denn erforderlich ist, ist auf diese Weise nicht möglich.

Als Hausärztin, die ein stationäres Hospiz mit betreut, möchte ich das mit einem Beispiel, das für sich spricht, untermauern. Wir erhalten am Freitagnachmittag den Anruf von einem Hausarzt, dass bei einer palliativmedizinisch betreuten Patientin, einer onkologischen Patientin, zu Hause die Situation eskaliert, mit der Bitte um Aufnahme in ein stationäres Hospiz, das etwa 2,5 Kilometer entfernt vom Wohnort der Patientin liegt. Natürlich ist es an einem Freitagnachmittag nicht möglich, eine zügige Kostenzusage binnen weniger Stunden zu erhalten. Wir haben im Nachhinein erfahren, dass die Patientin nachts in das 25 Kilometer entfernte Akutkrankenhaus stationär eingewiesen werden musste. Auf dem Transport dahin ist sie leider verstorben.

Ich denke, hier haben wir Optimierungsbedarf.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Taube. – Es spricht als Nächster Herr Dr. Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche für die Möglichkeit, die ärztliche Psychotherapie in die Palliativmedizin mit einzubeziehen. Ich bin auf diesen Antrag gekommen, weil ich selber eine Palliativstation in einem Altenheim betreue. Ich bin seit 30 Jahren ärztlich freiberuflich tätig. Das Altenheim betreue ich schon lange. Sie meinten, nun eine Palliativstation mit aufnehmen zu müssen. Sie haben eine hervorragende Palliativmedizinerin. Aber irgendwann war deutlich: Es müssen die Angehörigen, es muss der Proband, es müssen alle in eine Psychotherapie mit eingebunden werden.

Ich halte es für wichtig, dass das – wie Frau Bartels sagte – eine ärztliche Psychotherapie ist. Es handelt sich um eine schwere Erkrankung, bei der wir ärztlichen Psychotherapeuten dabei sein müssen.

Ich hoffe, Sie unterstützen unseren Änderungsantrag, der nunmehr lautet:

> *Die Einbindung ärztlich-psychotherapeutischer Begleitungs- und Behandlungsangebote in die Palliativmedizin ist erforderlich.*

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Ramm. – Der letzte Redner auf unserer Liste ist Herr Kollege Fresenius aus Bayern.

Dr. Fresenius, Bayern: Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herzlichen Dank für die Einführung, die uns allen klargemacht hat, dass die Mortalität 100 Prozent beträgt und dass die Mortalität unterschiedlich nahe von uns entfernt ist. Das

sage ich, ohne dem Einzelnen hier im Saal zu nahe zu treten. Ich glaube, man kann sich dem Problem am besten dadurch nähern, dass man sich überlegt, was man für sich selbst wünschen würde. Für sich selbst würde man sich natürlich wünschen, möglichst ein Team zu haben, in dem – ich bitte bei den ärztlichen Psychotherapeuten um Entschuldigung – alle integriert sind, die mir helfen können, die für mich notwendig sind. Ich würde da gar nicht Halt machen vor irgendwelchen nicht ärztlichen Dingen. Es kann durchaus sein, dass ich im spirituellen Bereich und in anderen Bereichen Bedürfnisse habe, von denen ich hoffe, dass sie erfüllt werden, und zwar von einem Team, und dass alle für mich notwendigen Dinge zur Verfügung stehen.

Um diese Teamfähigkeit zu lernen und vielleicht auch eine gewisse liebevolle Vertrautheit mit der eigenen Endlichkeit zu gewinnen, was ich als Voraussetzung empfinde, um selbst als Palliativarzt tätig zu sein, ist es, glaube ich, unabdingbar, dass wir die Ausbildung so gestalten, wie es vorgeschlagen ist. Wir alle sind wohl der Meinung, dass wir diese 40-stündige Ausbildung wirklich brauchen, auch um die notwendige Selbsterfahrung machen zu können, auch um gewisse psychotherapeutische Basisbehandlungen mit der entsprechenden Qualität gewährleisten zu können.

Man muss davon ausgehen, dass die meisten von uns selbstständige Unternehmer sind, dass sie das selbst finanzieren müssen. Da halte ich es für unabdingbar, dass entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden, und zwar von den beiden Enden her: Zum einen muss das Angebot so gestaltet werden, dass die Termine an Wochenenden oder zu günstigen Zeiten liegen, zum anderen muss man sich Gedanken über die Finanzierung machen. Wir brauchen die 40 Stunden und die Rahmenbedingungen müssen so sein, dass man sie auch absolvieren kann.

Ein Schlusswort zur spezialisierten ambulanten Palliativmedizin, für die bisher 180.000 Einwohner in der Bedarfsplanung Voraussetzung sind. Ich halte es für unabdingbar, dass wir auch hier auf eine regionale Bedarfsplanung umsteigen, dass die einzelnen Regionen für sich beschließen können, was zu tun ist, wenn wir große Flächenlandkreise haben, die zwar flächenmäßig groß sind, aber nur teilweise über 50.000 oder 60.000 Einwohner verfügen. Wenn hier drei oder vier Landkreise zusammengefasst werden müssen, hat dies unabdingbar zur Folge, dass ein spezialisierter Palliativmediziner den Patienten nie zu Gesicht bekommt, weil man für einen Hausbesuch mehrere Hundert Kilometer zu fahren hätte.

Mein Appell geht dahin, im Bereich der spezialisierten Palliativmedizin an die unbedingt regionale Bedarfsplanung zu denken.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen. – Wir haben jetzt eine weitere und dann wohl letzte Wortmeldung, und zwar von Frau Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Als letzter Rednerin bleibt mir nur, ganz herzlichen Dank den beiden Referentinnen und dem Referenten und an alle zu sagen, die bei den hoch qualifizierten Vorträgen mitgewirkt haben.

Ich möchte kurz zu drei Anträgen etwas sagen, die kleine Änderungen am Vorstandsantrag vorsehen. Ich möchte darauf hinweisen, dass die ganze Palliativmedizin nicht zuletzt auch mit der Hospizbewegung zu tun hat. Ich habe entsprechende Änderungsvorschläge eingebracht. Ich möchte Sie bitten, diesen Anträgen zu entsprechen.

Danke schön.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Groß, und allen anderen Rednern in dieser engagierten Diskussion. Es gibt einige Anträge, die noch nicht umgedruckt vorliegen. Bis das geschehen ist, sollten wir die Zeit nutzen, den beiden Referentinnen und dem Referenten Gelegenheit zu geben, auf die Diskussion einzugehen und ein Schlusswort zu sprechen.

Herr Professor Nauck, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Nauck, Referent: Zunächst herzlichen Dank dafür, so eindeutig zu hören, dass die Palliativversorgung eine Notwendigkeit ist und vom Deutschen Ärztetag so nachhaltig unterstützt und gefördert wird. Das finde ich einmalig. Dies ist sicherlich auch ein ganz wichtiger Schritt nach vorn.

Es kam deutlich heraus, dass es nicht darum geht, was wir tun, sondern darum, wie wir es tun. Es sind die Strukturen häufig angesprochen worden, auch die Finanzierung. Wir entschuldigen uns auch an dieser Stelle dafür, dass die ambulante allgemeine Palliativversorgung tatsächlich hinten heruntergefallen ist. Das hat mit Folgendem zu tun: Als wir vor über 12 Jahren mit den Verhandlungen begonnen haben, hieß es immer: Das machen wir schon. Viele Kolleginnen und Kollegen haben in der allgemeinen Versorgung als Hausärztinnen und Hausärzte natürlich Palliativversorgung durchgeführt und immer gesagt: Das machen wir schon. Sie haben aber an dieser Stelle nicht gesagt: Es müsste eigentlich mehr Geld dafür geben. Insofern bin ich sehr dafür, diese Strukturen zu schaffen, dass über Sonderziffern oder auf ähnliche Weise eine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit besteht. Das ist sicherlich ein Anreiz, die Patienten länger zuhause zu betreuen.

Es wurde gesagt, dass die meisten Menschen im Krankenhaus sterben. Das stimmt. Es werden noch immer zu viele Menschen gerade in der Lebensendphase, die vielleicht noch nie einen Palliativmediziner oder einen Hospizler gesehen haben, aus Altenpflegeeinrichtungen freitagsnachts auf Intensivstationen von Universitätskliniken gebracht, zumindest bei uns in der Region. Deshalb bemühen wir uns sehr darum, die Notärztinnen und Notärzte, die KV-Ärztinnen und -Ärzte weiterzubilden. Das geschieht über einen sogenannten Notfallpalliativbogen – früher hieß er Göttinger Palliativkrisenbogen –, wo man auf einer Seite als geforderter Arzt sehr schnell sehen kann, was mit dem Patienten los ist und was er benötigt. Das ist ein erster Schritt hin zu besseren Strukturen.

Für uns als Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist natürlich auch wichtig, dass die zusätzliche Finanzierung mit der eben von Herrn Dr. Fresenius angesprochenen notwendigen Qualifikation einhergeht. Auch ich glaube, dass der 40-Stunden-Kurs etwas ganz Wichtiges ist.

Die angesprochenen strukturellen Probleme werden extrem werden. Wenn Sie mehr Patienten über lange Zeit zuhause betreuen und wir nicht ausschließlich den Tumorpatienten in der letzten Lebensphase sehen, werden Familien zunehmend belastet. Ich bin für den Antrag von Frau Kollegin Groß dankbar, den Hospizbereich nicht zu vergessen und die Verzahnung und Integration, wie wir es darzustellen versucht haben, als wesentliche Ergänzung mit aufzunehmen. Wir werden Patienten haben, die zwischendurch immer mal wieder eine Kurzzeitpflege brauchen, dies aber auch auf einem hohen Betreuungsniveau. Anderenfalls wird es für die Patienten sehr stressbeladen, wenn sie in irgendwelchen Einrichtungen sind, wo sie ihre Palliativversorgung nicht in dem Sinne haben, wie sie es vom Pflegedienst und den Hausärzten her zuvor hatten.

Einen Antrag, der sich mit der Delegation von ärztlichen Leistungen befasst, haben wir nicht im Zusammenhang mit den palliativmedizinischen Fragen behandelt. Ich glaube, das ist ein ganz wesentlicher Punkt. Wir arbeiten mit hoch qualifizierten Pflegenden zusammen, die häufig Arbeiten in enger Absprache mit uns Ärztinnen und Ärzten übernehmen können und dadurch auch die Versorgung gerade in ländlichen Gebieten mit sicherstellen können, in denen wir gar nicht mehr die Möglichkeit haben, so schnell beim Patienten zu sein. Vielleicht ist die palliativmedizinische Versorgung sektorenübergreifend, vernetzend und mit der Delegation von Leistungen in unterschiedlichen Bereichen ein zukunftsweisendes Konzept auch für andere Bereiche der medizinischen Versorgung.

Die Zusammenarbeit mit den Therapeuten in unterschiedlichen Bereichen und mit den Apothekern halte ich für extrem wichtig. Wir verhandeln mit der Bundesopiumstelle und dem Bundesministerium für Gesundheit wegen der Notfallmedikation, sind auch mit der Apothekerkammer in engem Kontakt, um zu versuchen, alle Apotheken mit einer Notfallmedikation, die wir in der Palliativmedizin brauchen, auszustatten, im Endeffekt aber auch die Möglichkeit zu haben, etwas beim Patienten zu belassen. Dafür muss aber die BtMVV geändert werden.

Das strukturelle Problem, das angesprochen worden ist, dass wir keine Betten schnell geliefert bekommen, ist insbesondere bei Privatversicherten oft ein großes Problem, wodurch Patienten erst verzögert aus den Krankenhäusern entlassen werden können. Hier müssen wir gemeinschaftlich versuchen, Wege zu finden und auch den Druck zu erhöhen.

Jetzt komme ich noch zu den Schmerztherapeuten und den Psychotherapeuten. Ich glaube, es ist wichtig, dass wir in der Palliativversorgung erkennen, wann wir an Grenzen stoßen, und dann die richtigen Kolleginnen und Kollegen hinzuziehen. Das ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Palliativversorgung. Das weiß auch jeder Hausarzt, dass man erkennen muss, wann der Patient ins Krankenhaus oder sonst wohin gehört.

Unser Problem mit den ärztlichen Psychotherapeuten besteht darin, dass viele unserer Patienten in den ECOG-Gruppen 3 und 4 sind. Viele ärztliche Psychotherapeuten bekommen wir nicht mit in die Teamsitzungen, weil sie eine sehr enge Taktung ihrer Gesprächsführung haben. Wir haben aber in größeren Gruppen immer wieder Kontakt zu ärztlichen Psychotherapeuten und freuen uns über die Unterstützung, die wir von ihnen bekommen.

Zu den Teams in Westfalen-Lippe, die anders arbeiten: Ich finde, in einem so großen Land wie der Bundesrepublik Deutschland mit über 80 Millionen Einwohnern und mit unterschiedlicher Länderstruktur darf man unterschiedlich arbeiten. Man muss im Endeffekt deutlich machen – das kam bei unserer Präsentation vielleicht nicht genügend zum Ausdruck –: Mit guter Versorgungsforschung muss man schauen, ob das, was wir beschließen und durchführen, wirklich die bestmögliche Versorgung unserer Patienten bedeutet, ob sie auch zukunftsweisend ist. Wir müssen auch als Wissenschaftler kritisch prüfen, welche Versorgung wir brauchen.

Ich hoffe, dass die zusätzlichen Anträge in für die Antragsteller befriedigender Weise ganz oder teilweise mit aufgenommen werden können.

Auch von Frau Dr. Albrecht und von Frau Dr. Schubert ein herzliches Dankeschön für Ihre Aufmerksamkeit. Wir stehen natürlich auch noch in den Pausen zur Verfügung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. Möchten die beiden Referentinnen auch noch ein Schlusswort sprechen? – Nein. Wir danken Ihnen, Herr Professor Nauck, Frau Albrecht und Frau Schubert, ganz herzlich für die hervorragenden Beiträge zum Thema Palliativmedizin, das uns doch sehr engagiert beschäftigt hat. Wir hoffen, dass wir miteinander im Gespräch bleiben – Sie haben es eben angeboten – und dass sich das, was wir an Anregungen gehört haben, in der nächsten Zeit zugunsten der betroffenen Patientinnen und Patienten und nicht zuletzt auch zugunsten unserer eigenen Endphase realisieren lässt. Noch einmal vielen herzlichen Dank.

Wir treten jetzt in die Abstimmung über die einzelnen Anträge ein. Das ist etwas kompliziert, meine lieben Kolleginnen und Kollegen. Antrag 1 nebst fünf Änderungsanträgen liegt Ihnen umgedruckt vor. Ich glaube, die Anträge 7, 8 und 9 liegen noch nicht umgedruckt vor. Sollten sie bis zur Abstimmung nicht vorliegen, werde ich den Text verlesen.

Wir beginnen mit dem Antrag 1 des Vorstands der Bundesärztekammer. Wir kommen zunächst zum **Antrag II-01 d.** Er zielt darauf ab, auf der ersten Seite im letzten Abschnitt in der ersten Zeile hinter „In den letzten Jahren sind“ die Worte „durch Palliativmedizin und Hospizbewegung“ einzufügen. Der Satz soll also lauten:

> *In den letzten Jahren sind durch Palliativmedizin und Hospizbewegung bereits spürbare Fortschritte in der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden erzielt worden.*

Ist das so weit klar? – Dann können wir in die Abstimmung eintreten. Wer ist dafür, dass dieser Passus eingefügt wird? – Das scheint die große Mehrheit zu sein. Wer ist dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Auch wenige. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag II-01 c.** Danach soll auf der ersten Seite im letzten Absatz hinter den Worten „Bekanntheitsgrad palliativmedizinischer Möglichkeiten“ eingefügt werden „und hospizlicher“. Der gesamte Satz soll also lauten:

Dies beruht sowohl auf der noch immer nicht vorhandenen Flächendeckung von Einrichtungen und Diensten als auch dem nicht ausreichenden Bekanntheitsgrad palliativmedizinischer und hospizlicher Möglichkeiten.

Wer ist dafür, dass das so eingefügt wird? – Das ist die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Auch wenige. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag II-01 e.** Die Antragsteller möchten, dass die Reihenfolge der Absätze auf den Seiten 2 und 3 geändert wird. Der Abschnitt „Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen“ soll an die erste Stelle gesetzt werden. Es geht auch um eine inhaltliche Änderung, aber zunächst stimmen wir über die Änderung der Reihenfolge ab. Wer ist dafür, diesen Punkt an den Anfang zu setzen? – Das ist offensichtlich die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Dann kommt dieser Punkt an den Anfang der Aufzählung. Die anderen Aufzählungen verschieben sich entsprechend.

Antrag 1 e läuft ferner darauf hinaus, den letzten Satz des ersten Absatzes des soeben verschobenen Punktes wie folgt zu formulieren:

Dies kann im Rahmen einer vernetzten ambulanten Palliativversorgung gewährleistet werden, wenn sie flächendeckend angeboten wird.

Ist das klar? Können wir darüber abstimmen? – Dann frage ich: Wer ist für die neue Formulierung? – Wer ist dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Einige. Dann ist der Text entsprechend geändert.

Der Antrag 1 e zielt ferner darauf ab, an den letzten Satz des Abschnitts „Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen“ einen weiteren Text anzufügen, sodass der letzte Satz insgesamt lauten würde:

Nach Ansicht des Deutschen Ärztetages ist der Gesetzgeber gefordert, eine qualitativ hochwertige allgemeine ambulante Palliativversorgung zu ermöglichen, bei der spezialisierten Versorgung auf kassenübergreifende Verträge anstelle des Wettbewerbs zu setzen oder eine integrierte palliativmedizinische Versorgung (SAPV und AAPV) in einer gemeinsamen Vertragsform zu fördern.

Dazu möchte Herr Professor Nauck etwas sagen. Bitte schön.

Prof. Dr. Nauck, Referent: Ich möchte nur darauf hinweisen, dass wir damit, was wir gerade zu schaffen versuchen, nämlich eine sektorenübergreifende Versorgung mit Teams, die in Krankenhäusern tätig sind und die ambulant mit den Hausärzten zusammenarbeiten, genauso wie Hausärzte, die hoch spezialisiert arbeiten und in Krankenhäusern unterstützend tätig sind, in große Probleme brächten. Ich schlage vor, diesen Antrag noch ein bisschen zurückzuhalten. Man muss sehr genau schauen, dass man nicht Strukturen, die sich gerade mühsam entwickeln, in Unordnung bringt. Ich glaube, dieser Teil der Änderung ist eher kontraproduktiv im Hinblick auf ein besseres Zusammenwachsen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen für diesen Beitrag. – Dazu bitte Herr Kollege Reinhardt aus Westfalen-Lippe.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Ich tue es ungern, aber ich muss Ihnen widersprechen. Das Gegenteil ist der Fall. Die Forderung dieses Antrags führt genau dazu, dass die Vernetzung zwischen spezialisierter ambulanter Palliativmedizin und allgemeiner ambulanter Palliativmedizin gefördert wird. Wir praktizieren dies schon mit Kollegen in der Klinik und Kollegen, die ambulant tätig sind. Das geht sektorenübergreifend bei uns mit den Hospiz- und den Palliativpflegediensten gemeinsam. Insofern bitte ich Sie ausdrücklich, diesem Antrag zuzustimmen.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. – Sie haben die Argumentationsketten gehört.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung wird beantragt. Spricht jemand dagegen? – Bitte, Herr Kollege, Sie haben das Wort.

Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Ich möchte Sie ganz dringend bitten, den Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern mit der vorgelegten Änderung anzunehmen. Wir brauchen das in Westfalen-Lippe. Wir leben erfolgreich, umsatzbringend und die Patienten hervorragend versorgend in großflächigen Strukturen. Sie würden uns Dinge zerschlagen, für die wir lange und intensiv gearbeitet haben.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich danke Ihnen. Das war die Gegenrede zum Antrag auf Vorstandsüberweisung. – Ich lasse jetzt abstimmen. Wer ist für die Vorstandsüberweisung hinsichtlich des von mir verlesenen neuen Textes? – Es sind wenige. Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen.

Wir stimmen also hier darüber ab. Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Wer möchte, dass der Text wie verlesen geändert wird? – Das sind sehr viele. Wer ist dagegen? – Das sind weniger. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Text angenommen.

Damit ist der Antrag 1 e insgesamt **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag II-01 a.** Im Abschnitt „Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen“ soll im ersten Abschnitt der zweite Satz folgendermaßen lauten:

> *Dies kann in der Regel im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewährleistet werden. Diese Versorgung muss flächendeckend angeboten werden.*

Das macht Sinn; das wollen wir alle. Ist der Änderungswunsch verstanden worden? – Dann lasse ich abstimmen. Wer ist für „muss“? – Fast alle. Wer ist dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Keiner. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag II-01 b.** Danach soll im Punkt „Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen“ in der dritten Zeile hinter dem Wort „Pflegediensten“ hinzugefügt werden:

> *Hospizdiensten, gegebenenfalls weiteren Berufsgruppen*

Der erste Satz würde also insgesamt lauten:

> *Die Mehrzahl der Schwerkranken und Sterbenden möchte in dieser Lebensphase in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben, von ihrer Familie betreut, unterstützt von Pflegediensten, Hospizdiensten, gegebenenfalls weiteren Berufsgruppen und von ihrem Hausarzt behandelt werden.*

Wer möchte dieser Änderung zustimmen? – Wer nicht? – Das sind wenige. Wer enthält sich? – Auch wenige. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Mir liegen jetzt keine weiteren Änderungsanträge mehr zum Vorstandsantrag vor. Wir können also über den geänderten **Antrag II-01** abstimmen. Ich darf Sie fragen: Wer ist für Antrag 1 mit allen Änderungen, die wir beschlossen haben? – Das ist die ganz große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Niemand. Das ist schön. Wer enthält sich? – Auch niemand. Damit ist der Antrag einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Damit kommen wir zum **Antrag II-02.** Der Antrag müsste Ihnen allen vorliegen. Haben Sie ihn alle gelesen? – Dann kann ich fragen: Wer ist dafür, Antrag 2 positiv zu bescheiden? – Das sind viele. Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist der Antrag fast einstimmig **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag II-03.** Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Sehr viele. Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Auch einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag II-05.** Wer kann dem Antrag 5 zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Niemand. Wer enthält sich? – Wenige. Dann ist auch dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Einen Antrag II-06 gibt es offensichtlich nicht.

Damit kommen wir zum **Antrag II-07.** Er liegt Ihnen wohl noch nicht vor. Wenn Sie möchten, verlese ich den Antragstext:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, ein Gremium mit Vertretern aller Landesärztekammern zu beauftragen, sich regelmäßig zum Stand der ambulanten Palliativmedizin auszutauschen und die flächendeckende Einführung – auch in strukturschwachen Gebieten – einer ambulanten palliativmedizinischen Versorgung zu beobachten und zu evaluieren und bis zum 115. Deutschen Ärztetag über die Ergebnisse zu berichten.*

Die Begründung brauche ich nicht vorzulesen.

(Zuruf: Ein Jahr ist zu kurz!)

– Sie können es ja an den Vorstand überweisen.

(Zuruf)

– Es ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung gestellt. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Formal. Wer ist für die Überweisung dieses Antrags an den Vorstand? – Das sind sehr viele. Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Auch wenige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wir werden uns damit natürlich gründlich befassen. Vielleicht ist die Frist tatsächlich etwas zu kurz. Wir werden das bedenken.

Damit kommen wir zum **Antrag II-08.** Auch dieser Antrag liegt Ihnen noch nicht umgedruckt vor. Der Antragstext lautet:

> *Die Einbindung ärztlich-psychotherapeutischer Begleitungs- und Behandlungsangebote in die Palliativmedizin ist erforderlich.*

Das haben wir vorhin ausreichend diskutiert. Wer möchte dem zustimmen? – Etliche. Wer ist dagegen? – Das ist knapp. Ich frage noch einmal: Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Das ist in meinen Augen die Mehrheit. Was meint man hier oben? – Hier meint man auch, dass die Mehrheit dagegen ist. Möchte jemand, dass wir es auszählen?

(Zuruf)

– Es wird Auszählung gewünscht. Dann tun wir dies.

Ich frage also noch einmal: Wer ist für den Antrag 8? – Wer ist dagegen, diesen Antrag anzunehmen? – Dann frage ich noch nach Enthaltungen. – Es gab 104 Stimmen für die Annahme des Antrags, 118 Stimmen gegen die Annahme des Antrags und 10 Enthaltungen. Damit ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag II-09.** Ich darf ihn kurz vorlesen:

> *Die Kostenträger werden aufgefordert, Anträge zur Bewilligung von Ansprüchen von Zuschüssen zur stationären Versorgung in Hospizen nach § 39 a SGB V unverzüglich zu bearbeiten und zu bescheiden. Dies gewährleistet bei entsprechenden Krankheitsbildern die adäquate zeitnahe palliativmedizinische Betreuung dieser Patienten.*

Wer ist dafür, dass wir das so verabschieden? – Das scheint die große Mehrheit zu sein. Wer ist dagegen? – Ich sehe nur wenige Gegenstimmen. Enthaltungen? – Auch wenige. Dann ist dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Damit sind wir mit dem Antragskonvolut durch. Ich darf an dieser Stelle den beiden Referentinnen und dem Herrn Referenten ein ganz herzliches Dankeschön für den sehr gut vorbereiteten und hochwertig abgewickelten Tagesordnungspunkt aussprechen.

(Beifall)

Ich habe die Ehre, Ihnen ein kleines Dankeschön zu überreichen. Es sind Blumen für die Damen. Ich hätte Herrn Professor Nauck auch gern Blumen überreicht, aber so sind die Blumen für alle drei, wenn ich das so sagen darf.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Vizepräsidentin Goesmann, für die Sitzungsleitung und die Abstimmungen.

Ich rufe nunmehr **Tagesordnungspunkt III** auf:

Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung

Ich begrüße dazu Herrn Professor Maschmeyer aus Potsdam sehr herzlich, der uns bei § 16 weiterhelfen wird.

(Beifall)

Jetzt hat der Vorsitzende des Ausschusses „Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“ und Präsident der Landesärztekammer Brandenburg, Herr Dr. Udo Wolter, das Wort. Bitte, Herr Wolter.

Dr. Wolter, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Jörg! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Idee, die Berufsordnung nach dem Mittagessen als eigenen Tagesordnungspunkt fließend zu behandeln, steht im Programm. Wir sind mit der Zeit etwas hinterher. Die Diskussion zur PID musste sein. Sie war auch sehr gut und hat Klarheit geschaffen. Soeben haben wir die Palliativmedizin abgehandelt. So entstand bei uns folgende Idee. Da wir sowieso die Absicht hatten, bei der Vorstellung der einzelnen Paragrafen zur Berufsordnung § 16 – Beistand für Sterbende – als eigenen Punkt zu behandeln, um die Problematik dieses Themas besser herauszuarbeiten, haben wir uns entschlossen, im Anschluss an die Palliativmedizin die Behandlung des § 16 vorzuziehen, sodass ich Ihnen kurz eine Einführung gebe, anschließend Herr Professor Maschmeyer aus palliativmedizinischer Sicht eine Stellungnahme abgibt – Herr Professor Maschmeyer hat uns da sehr unterstützt –, und anschließend zu diskutieren und die entsprechenden Anträge abzustimmen. Anschließend könnten wir den Rest der Berufsordnung behandeln.

Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! § 16 wurde schon im Vorfeld des Deutschen Ärztetages innerärztlich wie auch in der Öffentlichkeit vor dem Hintergrund der vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedeten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung eingehend diskutiert.

Ich möchte Sie aber dringlich bitten, trotz des großen Engagements, das viele von Ihnen in der Diskussion zu den Grundsätzen gezeigt haben, sich hier und jetzt mit Ihren Anträgen auf die zur Beratung stehende Novellierung des § 16 zu konzentrieren.

Es gibt keine andere Regelung der (Muster-)Berufsordnung, die so intensiv und auch emotional diskutiert worden ist wie die Regelung des § 16. Bevor Herr Professor Maschmeyer, der uns mit seinen Erfahrungen unterstützt und zu unserer Meinungs-

findung im erheblichen Maße beigetragen hat, das Wort ergreifen wird, darf ich Ihnen das Ergebnis unserer Beratungen kurz vorstellen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Märzsitzung folgenden Vorschlag für eine Neuformulierung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung erarbeitet:

> *Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*

In der gegenwärtig geltenden Berufsordnung ist ein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung nicht enthalten. Im Gegensatz zu der bisherigen Formulierung, nach der Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, auf lebensverlängernde Maßnahmen nur dann zu verzichten, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Lebens bedeutet, würde die Neufassung nach unserem Dafürhalten für mehr Klarheit sorgen.

Mit der vorgeschlagenen Formulierung muss und kann nicht mehr interpretiert werden. Es ist für jeden klar, dass Ärzte keinen Suizid unterstützen dürfen. Mit dem Beschlussvorschlag für eine Novellierung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung bezieht die Ärzteschaft klarer und deutlicher Stellung als in der Vergangenheit. Sie nimmt Bezug auf Würde und Willen des Patienten und verdeutlicht gleichzeitig, wo die Grenze ärztlichen Handelns gezogen wird, die auf Wunsch des Patienten nicht überschritten werden darf.

Wir würden uns sehr freuen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn diese Formulierung Ihre Unterstützung finden würde.

Nun würde ich gern Herrn Professor Maschmeyer bitten, uns seine klinischen und praktischen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Umgang mit Sterbenden zu berichten. Herr Professor Maschmeyer ist Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin und Ärztlicher Leiter des Zentrums für Hämatologie, Onkologie und Strahlenheilkunde im Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam.

Herr Professor Maschmeyer, vielen herzlichen Dank für Ihr Kommen. Sie haben das Wort.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir begrüßen Sie sehr herzlich, Herr Professor Maschmeyer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Prof. Dr. Maschmeyer, Referent: Herzlichen Dank, Herr Professor Hoppe. – Verehrtes Präsidium! Lieber Herr Wolter! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank, dass ich die Gelegenheit bekommen habe, hier einige Sätze aus meiner Sicht zur Debatte über die Suizidbeihilfe zu äußern. Vor dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrung als Hämatologe, Onkologe und Palliativmediziner habe ich den Eindruck gewonnen, dass ein großer Teil der recht kontrovers geführten Debatte auf einer Vermischung bzw. Verwechslung ganz unterschiedlicher Sachverhalte beruht, und ich habe das Gefühl, dass mit einer Differenzierung dieser Sachverhalte vielleicht auch die Kontroversen zusammenschrumpfen. Dazu möchte ich beitragen.

Ich denke, man muss hier drei verschiedene Szenarien voneinander unterscheiden und dabei sorgfältig die Themen „Tötung auf Verlangen“ und „Hilfe bei der Selbsttötung“ voneinander trennen.

Das erste Szenario betrifft Menschen, die aus ganz unterschiedlichen Gründen eine Selbsttötung planen. Die Gründe dafür umfassen schwere psychosoziale Probleme, psychiatrische Erkrankungen oder auch die Gewissheit, an einer Erkrankung zu leiden, die schweres Leiden, Siechtum oder Demenz erwarten lässt. Einmal abgesehen davon, dass nach meiner Kenntnis 95 Prozent der ausschlaggebenden Gründe behandelbar bzw. änderbar sind, und auch abgesehen davon, dass wir als Ärzte keineswegs *die* auserwählte Zielgruppe für den Wunsch nach Unterstützung bei diesem Vorhaben sind, geht es in der hier geführten Debatte auch überhaupt nicht um dieses Szenario, sondern um den Beistand für Sterbende. Das sind die gerade beschriebenen Menschen nicht. Wir sind uns vermutlich als Ärzte auch einig darin, dass wir vorrangig unsere Aufgabe darin zu sehen haben, diesen Menschen zu helfen weiterzuleben und nicht darin, ihren Wunsch nach Selbsttötung zu unterstützen.

(Beifall)

Das zweite Szenario kommt der Thematik schon etwas näher: Hier geht es um Menschen, die aufgrund einer nicht mehr aufzuhaltenden Grunderkrankung – über 90 Prozent davon sind maligne Neoplasien – schwer zu leiden haben. Schmerzen, Luftnot, Schwäche, Angst oder auch die Überforderung des sozialen Umfelds stehen hier im Vordergrund. Diese Menschen kommen meist vollkommen erschöpft, verzweifelt und aufgerieben in unsere Behandlung. Manche von ihnen äußern in dieser Situation auch, lieber tot sein zu wollen, als dieses Leid weiter ertragen zu müssen.

Jeder, der eigene Erfahrungen in der Behandlung dieser Patienten hat – und dies sind naturgemäß ganz besonders die professionellen Palliativmediziner –, wird aber bestätigen, dass durch eine effektive Bekämpfung ihrer Leiden der Wunsch zu leben bei diesen Patienten innerhalb von Stunden wieder ganz im Vordergrund steht.

Hier kommt übrigens eine eindrucksvolle Beobachtung zum Thema Patientenverfügung und Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bei terminaler Erkrankung ins Spiel: Unmittelbar mit der Entscheidung zwischen der Erhaltung des kleinen bisschen Lebens, das ihnen noch geblieben ist, und dem unwiderruflichen Nichts konfrontiert, möchten die meisten, die vielleicht noch vor kurzer Zeit etwas Anderslautendes unterzeichnet haben, doch lieber ihr kleines bisschen Leben aufrechterhalten. Ganz entscheidend ist dabei der Wunsch, seine Würde nicht vollkommen zu verlieren. Und in dem Maße, wie wir den Patienten ihre Würde wiedergeben, schwindet auch ihr Wunsch, das letzte Restchen Leben wegzuwerfen. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist eine unserer wichtigsten Aufgaben.

(Beifall)

Aber: Auch hier, auch in dieser Situation, die ich gerade zu schildern versucht habe, geht es nicht um Beistand beim Suizid! Denn selbst die Patienten, deren Lebenswillen wirklich erloschen ist, verlangen von uns Ärzten nicht, ihnen beim Suizid zu helfen. Sie verlangen von uns, ihnen eine Spritze zu geben, damit sie nicht mehr aufwachen. Das aber ist Tötung auf Verlangen und darum geht es in dieser Debatte ebenfalls nicht.

Kommen wir zum dritten Szenario: dem unmittelbar vor seinem Tod befindlichen, terminal kranken Patienten, bei dem alle uns heute zur Verfügung stehenden Mög-

lichkeiten der Supportivtherapie und Palliativmedizin aufgebraucht sind. Hier geht es um ärztliche Sterbebegleitung, möglicherweise auch um die terminale Sedierung. Dabei dürfen wir als Ärzte zur effektiven Linderung unerträglicher Beschwerden auch eine Verkürzung des Sterbevorgangs in Kauf nehmen – und das ist unverzichtbar und das ist gut so. Daran gibt es nichts zu ändern, aber dieses Szenario hat mit Suizid bzw. Suizidbeihilfe ebenfalls nichts zu tun!

Es bleibt am Ende aus meiner Sicht eine denkbare Situation, die im Kontext „Beistand für Sterbende“ eine ärztliche Unterstützung beim Suizid konstruieren lässt: der schwerstkranke Patient, der zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung betreut wird und der zur Schmerzbekämpfung Morphine und andere Medikamente „auf dem Nachttisch“ hat. Selbst wenn es denkbar ist, dass dieser Patient mit der gleichzeitigen Einnahme aller dieser Medikamente und anderer Dinge Suizid begeht, gibt es auch auf diesem Gebiet keinen neuen Regelungsbedarf. Einerseits ist mir kein juristischer oder berufsrechtlicher Vorgang bekannt, bei dem Hinterbliebene den verschreibenden Arzt wegen Beihilfe zum Suizid belangt hätten, und andererseits kann hier auch kein juristischer Konflikt entstehen, solange die Medikamente nicht vorsätzlich zum Zwecke des Suizids verordnet worden sind. Also: Weder juristisch noch berufsrechtlich haben wir hier einen Konflikt, den es zu regeln gilt.

Also als Quintessenz aus meiner Sicht: Schauen wir in dieser Diskussion einmal genau hin, wovon hier eigentlich die Rede ist, und wir werden sehen, dass unter der Überschrift „Beistand für Sterbende“ – das ist § 16 der (Muster-)Berufsordnung – so gut wie nie ein Suizid mit ärztlicher Unterstützung infrage kommt. Und trennen wir in dieser Debatte bitte das Thema „Tötung auf Verlangen“ sowie das Thema „Unterstützung beim Suizid jenseits des Sterbeprozesses“ ab, dann werden aus meiner Sicht die Reibungsflächen in der Diskussion deutlich geringer.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Udo, möchtest Du jetzt noch etwas dazu sagen? – Das ist nicht der Fall. Dann treten wir jetzt in die Diskussion ein. Der erste Redner ist Herr Dr. Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen! Meine Herren! Ich darf Ihnen, Herr Präsident, aber auch dem Vorstand der Bundesärztekammer zunächst meinen ganz besonderen Dank dafür aussprechen, dass Sie dieses wahrlich schwierige Thema heute zur Diskussion stellen. Ich darf Ihnen auch dafür danken, dass Sie uns Ihren Entwurf zu § 16 vorgelegt haben, gibt er uns doch die Möglichkeit, gerade mit der Formulierung dieser drei Sätze, sich in aller Deutlichkeit mit der Problematik zu befassen. Das finde ich sehr schön.

Sie, Herr Wolter, haben es angedeutet – das ging mir in den Tagen vor dem Ärztetag auch so –: Selten haben zwei, drei Sätze innerärztlich eine solche Diskussion hervorgerufen.

Ich bin von vielen Kolleginnen und Kollegen auch aus dem niedergelassenen Bereich angerufen und angesprochen worden, die sich dazu geäußert haben. Erlauben Sie

mir auch und gerade unter Berücksichtigung dessen, was Kollege Maschmeyer gesagt hat, zu den drei Sätzen Stellung zu nehmen.

Satz eins ist ein so wunderschöner Satz, dass er eigentlich weder eines Zusatzes noch einer Ergänzung bedarf, weil in Bezug auf die Sterbenden mit den Worten „unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens“ alles gesagt ist.

Beim zweiten Satz schaut es für mich schwieriger aus. Eigentlich ist dies eine Regelung aus dem Strafgesetzbuch. Ich frage Sie, warum wir es nötig haben, eine derartige Regelung aus dem Strafgesetzbuch in die Berufsordnung der Ärzte aufzunehmen.

Dann kommt der dritte Satz: Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Das ist eine Verpflichtung von uns Ärzten. Das ist klar.

Mich hat sehr beeindruckt, was Herr Maschmeyer gesagt hat. Wenn ich ihn richtig verstanden habe, hat er die verschiedenen Szenarien dargelegt und gesagt: Auch derjenige, der in eigener Verantwortung und mit eigenem Beschluss seinem Leben ein Ende setzen will, ist in dem Moment, da er dies in die Wege geleitet hat, auch ein – verzeihen Sie diese fast schon technische Formulierung – Sterbender. Er ist in diesem Moment eigentlich vom ersten Satz Ihres Vorschlags erfasst.

Ich bin von etlichen niedergelassenen Kollegen gebeten worden, hier zu erklären: Belassen Sie es bei Satz eins. Er ist ausreichend.

Wenn man Satz drei bestehen lässt, lässt er einen ganz kurzen Bereich offen. Ich bin Kliniker, aber mir haben viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen gesagt: Was mache ich, wenn ich zu jemandem komme, der seinem Leben ein Ende gesetzt hat und den ich noch mit seinen letzten Atemzügen erlebe? Ich – verzeihen Sie, wenn ich das so sage – armer Hausarzt kenne die Diskussion auf dem Deutschen Ärztetag nicht. Wenn ich die Berufsordnung anschaue: Was darf ich dann denn noch machen?

Daher habe ich einen Antrag gestellt, der Ihnen auch verteilt worden ist. Ich will ihn hier vorlesen. Ich könnte mir vorstellen, ich möchte nach den drei Sätzen, die ich in hohem Respekt vor den Diskussionen des Vorstands der Bundesärztekammer unberührt lassen will, einen weiteren Satz anzufügen, der lautet:

Ärztlicher Beistand

– nicht Beihilfe –

kann jedoch in dieser Situation geboten sein.

Ich denke, in dieser extrem existenziellen Situation wird vielleicht für uns Ärztinnen und Ärzte an dieser Stelle deutlich, dass wir auch Menschen sind und unter dem Aspekt der Barmherzigkeit und der Nächstenliebe zum Beistand aufgefordert sind.

Diese drei Sätze haben mich intensiv beschäftigt. Ich habe mich mit dem Thema Palliativmedizin über 20 Jahre lang durch die ambulante und stationäre Behandlung krebskranker Patienten intensiv eingebunden. Ich habe viele, viele Patienten begleiten dürfen, begleiten müssen. Ich habe mich mit dem Thema Palliativmedizin beschäftigt. Ich denke, die meisten Palliativmediziner werden wissen, woher der Begriff „palliativ“ kommt. Der Begriff „palliativ“ kommt wie so viele Termini technici aus dem

Lateinischen. „Pallium“ heißt „Mantel“. Dabei denken die meisten von uns an den Mantel der Barmherzigkeit und der Nächstenliebe.

Da liegt es in unserem abendländisch-christlichen Kulturkreis nahe, an den barmherzigen Samariter zu denken.

Man muss der christlichen Religion gar nicht nahestehen, aber das Gleichnis vom Samariter hat eine Analogie zu unserem Handeln, die mich extrem frappiert hat. Da wird erzählt, dass jemand unter die Räuber fällt und von ihnen so verprügelt wird, dass er im Sterben liegt. Ob das die Mafia, die Straßenräuber oder die eigenen inneren Räuber waren, wird nicht weiter ausgeführt.

Dann sagt das Lukas-Evangelium: Es kommt ein Priester vorbei, der sieht ihn und lässt ihn liegen. Er geht weiter. Dann kommt ein Levit vorbei, der sieht ihn und lässt ihn liegen und geht weiter. Dann kommt der Samariter vorbei. Er deckt den Mantel der Barmherzigkeit über ihn, versorgt den Patienten und bringt ihn in die nächste Klinik.

Was ist die Analogie zu unserem Handeln? Das hat mich sehr überrascht. Warum sind der Priester und der Levit vorbeigegangen? Heute würden wir sagen: Die hatten alle eine Berufsordnung. Nein, sie kannten die rituellen Vorschriften der Thora. Weder der Priester noch der Levit durften, wenn man sich nicht unrein machen wollte, einen Sterbenden oder einen Toten anfassen. Sonst hätten sie für mindestens eine Woche im Tempel keinen Dienst leisten dürfen.

Die Quintessenz dieses Gleichnisses aus dem Lukas-Evangelium lautet: Es ist völlig egal, warum der einzelne Mensch in eine solche Situation gerät.

Zweitens. In einer solchen Situation gilt nicht mehr die Thora, gelten nicht mehr religiöse, kulturelle oder sonstige Vorschriften. Dann gilt auch nicht mehr – gestatten Sie, dass ich das hier sage – die Berufsordnung für die Ärzte. Hier muss ich helfen. Es ist ungeheuer wichtig, dass wir uns darüber im Klaren sind.

Es ist mir ein großes Anliegen, dass wir mit einem solchen Satz unseren Kolleginnen und Kollegen, die diese Diskussion nicht mit verfolgen, die sich nicht so intensiv damit beschäftigen konnten, diese Sicherheit mit auf den Weg geben könnten: Wenn er stirbt, dann darfst du und kannst du ihm beistehen. Dein Beistand ist gefordert.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Emminger. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Udo Schuss aus Baden-Württemberg.

Dr. Schuss, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Man spürt bei dem Papier, dass sich die Autoren sehr gründliche Gedanken gemacht haben. Beim Lesen packt einen eine gewisse Ehrfurcht vor der Tiefe dieses Denkens. Herr Maschmeyer, Sie haben einige Szenarien aufgezeigt, die sich in der Palliativmedizin ereignen können. Solange ein bisschen Leben da ist, sind wir palliativmedizinisch gefordert; da stellt sich das Thema nicht.

Das Wegwerfen des Restlebens habe ich bei keinem Patienten gespürt. Nehmen wir das Beispiel eines neurologisch Kranken, der klar bei Verstand ist, der lange Jahre zusammen mit einem Arzt den Weg gegangen ist. Ein Kollege hatte das Erlebnis, dass er fundiert, belegt, besprochen mit den Angehörigen und mit dem Patienten selbst, gebeten wurde, er möge doch helfen, diesem Elend ein Ende zu setzen. Er hat es getan und anschließend die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Sie hat es unter den Teppich gekehrt.

Ich bin Hals-Nasen-Ohren-Arzt und sehe das langsame grauenvolle Sterben durch die Tumoren des Kopfes, die zu groß sind, um damit zu leben, aber zu klein, um daran zu sterben. Ich bin zum Glück noch nie mit solch einer Frage konfrontiert worden. Ich möchte, dass die Kollegen – es sind nur einzelne; Sie brauchen keinen Dammbruch zu befürchten – wie eben von Herrn Emminger geschildert sich von ärztlicher Seite aus darauf berufen können, dass sie einen Weg gehen dürfen, der einen Beistand im Sinne des Patienten darstellt. Ein Suizidwunsch in dieser Situation ist keine Krankheit.

Deshalb empfehle ich, wie es im Antrag 14 gefordert wird, den letzten Satz einfach wegzulassen. Es bedarf dieser Aussage nicht, dass keine Hilfe zur Selbsttötung geleistet werden darf. Es ist keine Hilfe zur Selbsttötung, sondern es ist eine Hilfe, die Würde des entsprechenden Menschen zu erhalten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu meinem Antrag III-01-16. Auch ich bitte, den dritten Satz wegzulassen. Die Begründung dafür ist – neben vielem anderen – ein Satz, den Herr Professor Maschmeyer offensichtlich im Februar dieses Jahres gesagt hat. Ich darf zitieren:

Menschen, die im Sterbeprozess sind, begehen keinen Suizid.

Das deckt sich mit Sicherheit mit Erfahrungen, die wir alle bereits gemacht haben. Ich bin seit 30 Jahren Landarzt und war 25 Jahre lang als Notarzt tätig. Es ist keine Frage, dass man es dabei mit Menschen zu tun hatte, die in Prozesse geraten sind, bei denen man ihnen helfen musste. Ich habe ihnen dann auch entsprechend Beistand geleistet.

Die Einreden von Politik, interessierten Institutionen und auch von Medien in diesem Bereich sind für mich nachrangig, manchmal sogar bedeutungslos. Seit einer Woche lese ich in sämtlichen Zeitungen, was dieser Ärztetag hier heute beschließt. Es wird völlig undifferenziert mit dem Problem umgegangen.

Wir reden hier von Sterbenden und diesen Sterbenden soll keine Hilfe zur Selbsttötung gegeben werden. Nun kann und wird diese Situation offensichtlich nicht eintreten. Das bedeutet: Wir haben einen Sachverhalt, der eigentlich gar nicht existent ist. Und den wollen wir jetzt in die Berufsordnung aufnehmen? Das ist für mich in keiner Weise nachvollziehbar.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Professor Dietrich, ebenfalls aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich fand es sehr gut, dass Herr Maschmeyer darauf hingewiesen hat, worüber wir hier sprechen. Wir sprechen nicht über Holland, wir sprechen auch nicht über die Schweiz, sondern es geht um § 16 unserer Berufsordnung, um den Beistand für Sterbende. Das hat also mit den beiden Beispielen, die auch immer wieder in der Presse angeführt werden, überhaupt nichts zu tun.

Der neue Satz heißt:

> *Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.*

Früher hieß es:

> *Ärztinnen und Ärzte dürfen unter Vorrang des Willens des Patienten …*

Das heißt, der Vorschlag der Bundesärztekammer hat eine Abschwächung vorgenommen, was den Willen und die Autonomie des Patienten angeht. Ich meine, der Vorrang des Willens ist etwas anderes als die Achtung des Willens. Achtung des Willens heißt für mich: Ich nehme zur Kenntnis, was der Patient gesagt hat, aber letztlich tue ich doch das, was ich für richtig halte. Vorrang des Willens hingegen heißt für mich: Wenn der Patient etwas gewollt hat, muss ich es auch tun.

Ich habe einen entsprechenden Änderungsantrag gestellt – ich weiß nicht, ob er bereits umgedruckt vorliegt –, wonach „Achtung des Willens“ geändert wird in „Vorrang des Willens“. Damit wird die alte Formulierung beibehalten.

Der weitaus kritischere Punkt ist der letzte Satz: Wir dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Ich habe sehr, sehr lange Zeit auf Intensivstationen gearbeitet. Ich war also nicht hausärztlich palliativmedizinisch tätig, sondern ich habe Patienten betreut, die nach schweren Operationen am Ende ihres Lebens waren. Da stellte sich immer die Frage der Patientenverfügung. Wenn der Patient verfügt hatte, er möchte nicht an Schläuchen sterben, haben wir uns immer gefragt: Was sollen wir eigentlich tun? Hören wir auf mit der künstlichen Beatmung? Hören wir auf mit Reanimationsmaßnahmen? Hören wir auf mit der parenteralen Ernährung? Da muss man sehr, sehr schwierige Entscheidungen treffen.

Letzten Endes würde das für mich heißen: Wenn ein Patient in seiner Patientenverfügung gesagt hat, er möchte keine lebensverlängernden Maßnahmen an irgendwelchen Maschinen, dann ist das sein Wille. Wenn ich diesen Willen erfülle, helfe ich ihm bei einer Selbsttötung. Er hat es gewünscht. Damit stelle ich mich gegen den letzten Satz des Vorstandsantrags.

(Zurufe: Nein!)

– Das ist nicht konstruiert falsch, sondern so ist es einfach. Es ist sein Wille, selbst getötet zu werden. Selbst wenn ich weiß, dass eine längerfristige Beatmung, eine längerfristige parenterale Ernährung ihm vielleicht kein lebenswertes Leben, aber doch ein Leben ermöglichen wird, bin ich verpflichtet, diese Maßnahmen, die lebens-

verlängernd wären, durchzuführen. Diese Patientenverfügung wäre für mich ein Wille zur Selbsttötung.

Für mich ist dieser Satz, von dem Sie immer wieder sagen, er schaffe Klarheit, die Ursache dafür, dass es in Zukunft sehr, sehr viele Auseinandersetzungen geben wird. Wenn ich eine Patientenverfügung einhalte, wenn ich mich nach ihr richte, widerspreche ich damit der Berufsordnung oder nicht?

Deshalb bin ich für alle Anträge, die diesen Satz gestrichen haben wollen. Ich habe selbst einen entsprechenden Änderungsantrag eingebracht, der sozusagen als Kompromissantrag die Aussage aus dem Grundsatzpapier von Beginn dieses Jahres übernimmt: Es ist keine ärztliche Aufgabe. Ich halte das für eine etwas schwammige Formulierung, aber sie birgt für uns die Chance, dass wir uns im Einzelfall für unseren Patienten entscheiden können, und beinhaltet kein restriktives Verbot, Maßnahmen, die für die Würde des Patienten wichtig sind, durchzuführen.

Von daher bitte ich Sie, alle Anträge, die diesen letzten Satz gestrichen haben wollen, anzunehmen. Wie gesagt, ich habe den Kompromissvorschlag mit der Formulierung gemacht, die uns die Bundesärztekammer selbst vorgegeben hat, nämlich in der Richtung: Es ist nicht ärztliche Aufgabe, das zu tun.

Danke sehr.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Ich glaube, man muss klarstellen, dass sich Menschen nicht behandeln lassen müssen. Das geschieht beispielsweise bei der Ablehnung einer Behandlung, die möglicherweise das Leben aufrechterhält oder verlängert. Ich habe einmal die Situation erlebt, dass ein ALS-Patient seine Kinder aufwachsen sehen wollte. Eines Tages hat er seiner Hausärztin gesagt: Und jetzt möchte ich nicht mehr weiter behandelt werden. Die beiden haben sich nach vielen Jahren gut verstanden. Die Ärztin hat in der Kammer angerufen und gefragt, ob sie dies dürfe. Da musste sie die Beatmung abbrechen. Der Patient ist gestorben. Das ist aber aus ärztlicher Sicht keine Hilfe zur Selbsttötung.

(Beifall)

Das ist einfach die Erfüllung eines Willens, der für Ärztinnen und Ärzte verbindlich ist. Wir dürfen ja die Kranken nicht zur Behandlung zwingen, genauso wie wir sie gegebenenfalls nicht operieren oder eingreifend behandeln dürfen mit Chemotherapeutika oder Ähnlichem, wenn sie es ablehnen. Wenn sie es ablehnen, müssen wir dem folgen. Insofern muss da ein Unterschied gemacht werden zwischen dem, was Behandlungsverweigerung ist, und dem, was Hilfe zur Selbsttötung ist.

Jetzt kommt Herr Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Liebes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Herr Maschmeyer, der Weg der Ärzte, die Selbstbestimmung der Patienten zu akzeptieren, war lang, nämlich 30 Jahre. Die unbedingte Lebensverlängerung und das Motto „Sterben darf nicht vorkommen“ kenne ich nur aus Kindertagen. Ich kann mich an Diskussionen auch hier in diesem Gremium erinnern, die sehr lange zurückliegen,

bei denen Stück für Stück die Patientenautonomie in den Vordergrund trat. Inzwischen hat sich sehr viel geändert.

Ich finde, dass die alte Version des § 16 dieser Dynamik innerhalb der letzten 30 Jahre sehr gut Rechnung getragen hat. Dort ist Interpretationsspielraum vorhanden, wie sich der einzelne Kollege in bestimmten Situationen zu verhalten hat. Dort ist ein Rahmen gegeben, innerhalb dessen man sich bewegen kann. Das fand ich eine echte Stärke.

Was ich gut fand an den Ausführungen von Herrn Professor Maschmeyer, war, dass er darauf hingewiesen hat, dass sich die Frage einer Hilfe zur Selbsttötung ganz selten stellt. Das ist auch meine Erfahrung als Neurochirurg in der Intensivmedizin. Das, was Sie uns hier vorgetragen haben, besagt eigentlich, dass unter der Überschrift „Beistand für Sterbende“ der assistierte Suizid gar keine Rolle spielt. Das sehe ich auch so.

Was spricht denn dagegen, eine so gute Formulierung wie die alte beizubehalten? Warum müssen wir in § 16 über die Hilfe zur Selbsttötung sprechen, wenn das nicht unter die Überschrift „Beistand für Sterbende“ gehört? Ich finde den alten Paragrafen mit der Überschrift „Beistand für Sterbende“ sehr schön. Er ist entwicklungsfähig.

Ich plädiere dafür, den Änderungsantrag komplett zurückzuziehen und den alten Text beizubehalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Veelken. – Der nächste Redner ist Herr Lücke.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich möchte all denjenigen, die an diesen Änderungen gearbeitet und zu diesem Formulierungen beigetragen haben, ganz herzlich danken, weil ich glaube, dass diese neue Formulierung besser und klarer ist als die alte Formulierung. Ich persönlich fände es gut, wenn wir die Formulierung von Herrn Kollegen Emminger zusätzlich aufnähmen. Allerdings beinhaltet diese Formulierung einen kleinen Haken. Die Formulierung „ärztlicher Beistand“ ist nämlich leider etwas schwammig.

Damit komme ich zu meinem zweiten Anliegen. Wenn wir hier über die Berufsordnung diskutieren, müssen wir im Prinzip auch über die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung diskutieren, denn diese müssen als Folge dann auch geändert werden. Das wird unter Tagesordnungspunkt VI kommen. In dem Moment, da wir den Antrag des Kollegen Emminger übernehmen, müssen wir gleich schon formulieren, dass wir den alten Satz „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos“ wieder aufnehmen, denn anderenfalls könnte die Formulierung des Kollegen Emminger missverständlich sein. Davor möchte ich warnen.

Ich würde gern die Formulierung von Herrn Emminger übernehmen, aber dann kommt für mich automatisch hinzu, dass wir es entsprechend konkretisieren unter Tagesordnungspunkt VI.

Herzlichen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das Wort hat jetzt Herr von Ascheraden.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich praktiziere in St. Blasien; das liegt nicht weit entfernt von der Schweizer Grenze. Es gibt natürlich die entsprechenden Diskussionen in der Bevölkerung. Wir bekommen von Schweizer Kollegen die entsprechenden Fragen gestellt. Die Ortschaften, in denen Dignitas und Exit tätig sind, haben zum Teil ihre Gewerbeordnung geändert, weil sie das nicht mehr zulassen wollen und die Menschen das ablehnen. Diese Organisationen sind jetzt zum Teil ausgewandert zu Raststätten und Waldparkplätzen. Das ist natürlich etwas Furchtbares. Das wäre der geplante assistierte und dann auch ökonomisch durchgearbeitete Suizidbetrieb. Dieser ist abzulehnen.

Auf der anderen Seite kommen Menschen zu uns und sprechen mit uns, wenn sie in die Sterbephase kommen. Sie bitten uns dann um Beistand. „Beistand“ ist hier ein Begriff, der juristisch nur schwer durchzudeklinieren ist. Die Beherrschung der akuten Verschlechterung, des akuten Auftretens von nicht beherrschbaren Symptomen – das ist ja unsere Aufgabe in der Palliativmedizin –, die Symptombeherrschung der schweren Angstzustände, der schweren Übelkeit, des Erbrechens gelingt nicht immer nach den Vorschriften des Lehrbuchs oder der Leitlinien. Es sind vielfältige Situationen denkbar. Es ist die Frage, ob wir hier eine Regelung haben müssen.

Wenn man sich mit Juristen unterhält – das ist ja manchmal hilfreich –, dann sagen sie einem: Ein Suizid, der ja nicht strafbar ist – und wenn die Tat nicht strafbar ist, ist auch die Beihilfe nicht strafbar; aber unabhängig davon ist, ob sie ärztlich geboten oder erlaubt ist –, gliedert sich in fünf, sechs oder sieben Phasen. Zunächst gibt es die Suizidentscheidung, die Suizidvorbereitung, die innere und die materielle. Für uns bedeutet dies das Bereitstellen ausreichender Sedativa oder Opiate.

Dann kommt die Suizidhandlung, die Suizidvollendung. Das wird juristisch getrennt. Anschließend kommt der schwierige Kontext, für den am Ende vielleicht wir zuständig sind, nämlich die Frage nach der notwendigen Suizidverhinderung.

Es ist sehr kompliziert. Ich stelle die Frage: Brauchen wir für eine Lebensphase, bei der wir uns einig sind, was die ärztliche Aufgabe ist, eine Formulierung, die nur scheinbar klare Verhältnisse schafft?

In der komplexen Situation, die ich kurz zu beschreiben versucht habe, gibt es, so meine ich, Bereiche, die der ärztlichen Verantwortung und des verbalen oder nonverbalen Einverständnisses und der Übereinkunft zwischen Arzt und Patient vorbehalten bleiben sollten.

Insofern glaube ich, dass wir mit der bisherigen Regelung eigentlich eine gute Regelung hatten. Es besteht nach meiner Überzeugung keine Notwendigkeit, hier mit ei-

ner faktischen Verbotsaussage, die in sich nicht die Klarheit schafft für die Situation, über die wir hier reden, die sie zu schaffen vorgibt, neue Probleme zu kreieren.

Ich möchte den Antrag unterstützen, es bei der bisherigen Formulierung zu belassen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Das Wort hat jetzt der Referent, Herr Dr. Wolter.

Dr. Wolter, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es sind bisher einige Punkte angesprochen worden, zu denen ich kurz Stellung nehmen möchte. Herr Emminger, Sie haben recht: Wir haben am Anfang unserer Diskussion über die Berufsordnung gefragt, ob wir bestimmte Dinge aus anderen Gesetzbüchern, anderen Verordnungen usw. zitieren. Man kann sich eine Berufsordnung auch selbst schreiben. Es wurde von uns immer wieder verlangt – auch dieser Ärztetag ist ein Beweis dafür –, dass wir bestimmte Dinge in die Berufsordnung aufnehmen. Ich denke nur an die Deklaration von Helsinki, die wir direkt erwähnen mussten, und bestimmte andere Dinge.

Wir haben gesagt: Wenn es so ist, dass wir bestimmte Dinge aufnehmen, dann können wir doch nicht vom Arzt verlangen, dass er in seinem Praxiszimmer 25 Bücher hat, aus denen er sich die einzelnen Vorschriften heraussuchen soll, sondern wir erwähnen das einfach in der Berufsordnung. Deshalb haben wir uns damit beschäftigt.

Die Grundsätze haben wir im Vorstand beschlossen. Wir haben alles mit den Juristen und anderen diskutiert. In den Grundsätzen haben wir zur Beihilfe zum Suizid Stellung genommen. Der Berufsordnungausschuss und der Ausschuss für medizinisch-juristische Grundsatzfragen haben gesagt: Wenn wir in den Grundsätzen dazu Stellung nehmen, müssen wir doch in der Berufsordnung einen Bezug dazu haben. Daraus ist der dritte Satz entstanden.

Man kann natürlich alles wegstreichen. Es ist gar keine Frage: Je mehr wir wegstreichen, desto weniger müssen wir diskutieren. Man könnte im Prinzip den ganzen Paragrafen weglassen, aber ich habe zu Beginn dieses Tagesordnungspunkts bereits darauf hingewiesen: Wir wollten zu den einzelnen Problematiken, also auch zu den Grundsätzen, den Arzt oder die Ärztin darauf hinweisen, wie das vonseiten der Berufsordnung zu werten ist, die als Gesetz in den einzelnen Ländern veröffentlicht wird.

Ich habe mich bezüglich des Szenarios, das Sie dargestellt haben, Herr Schuss, mit Herrn Maschmeyer ausgetauscht. Wir nennen das Tötung auf Verlangen, was Sie als Beihilfe zum Suizid dargestellt haben. Ich fand es gut, dass Herr Maschmeyer die einzelnen Szenarien, die es in diesem Zusammenhang gibt, dargestellt hat.

Herr Dietrich, über „Vorrang“ oder „Achtung“ des Willens müssten wir einfach einmal diskutieren. Wir haben lange darüber diskutiert, wie wir einzelne Dinge benennen oder nicht benennen.

Zu dem Gedanken, den alten Text zu belassen: Wir haben vom Vorstand der Bundesärztekammer den Auftrag erhalten, die Berufsordnung in einigen Punkten zu novellieren. Es gab auch eine ganz abgespeckte Variante zur Berufsordnung aus Nordrhein, eine komplette Deregulierung der Berufsordnung. Das ist von der Ständigen Konferenz, also dem Organ aller Landesärztekammern, nicht gewollt gewesen. Deshalb haben wir uns dazu entschlossen, eine Novellierung einzelner Bestimmungen vorzunehmen, um so zum Ziel zu kommen. Wir haben die Ideen der Kammern zusammengetragen und daran gearbeitet.

Auf der nächsten Sitzung der Ständigen Konferenz haben einige gesagt: Wir können doch die alte Fassung nehmen, sie gefällt uns viel besser. Das ist Ansichtssache. Wir haben ja auch vieles belassen und haben Änderungen erarbeitet, von denen wir meinen, dass sie einen Sinn ergeben, also die Kapitel C und D in den Paragrafenteil mit hineinzunehmen und zu straffen.

Bei dieser Straffung ist § 16 nach unserem Dafürhalten einer der wichtigen Paragrafen. Einige sind ja der Meinung, dass diese drei Sätze sehr schön sind und man damit arbeiten kann, während andere der Meinung sind, sie seien nicht so schön. Dann müssen wir halt darüber abstimmen.

Ich wollte Ihnen nur kurz darstellen, wie die Vorschläge zustande gekommen sind. Die Grundsätze sagen etwas zum Suizid, also haben wir in der Berufsordnung auch etwas dazu gesagt. So ist es dazu gekommen.

Auf die Anträge komme ich nachher noch zu sprechen. Ich wollte jetzt zunächst einmal auf diese Problematik hinweisen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Kollege Scheiber aus Thüringen.

Dr. Scheiber, Thüringen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sowohl die Kammerversammlung als auch der Vorstand der Landesärztekammer Thüringen haben sich nach ausgiebiger Diskussion mehrheitlich der Ansicht angeschlossen, dass wir das Berufsrecht nicht über das Strafrecht stellen sollten. Wenn sich also ein Kollege in Erfüllung seines ärztlichen Auftrags gegenüber einem sterbewilligen Patienten, auch in Respektierung seines Willens, dazu entscheidet, ihm Beistand zu leisten, ihm zu helfen, eventuell auch zu lindern, sollten wir das nicht undifferenziert berufsrechtlich bewerten müssen.

Aus diesem Grunde möchte ich darum bitten, dass wir die Anträge 1, 2 und 3 unterstützen, die eine Grundlage dafür schaffen können, dass wir in jedem Einzelfall eine berufsrechtlich differenzierte Bewertung vornehmen können. Ich glaube, auf diesem Wege kämen wir mit dieser Problematik ein gutes Stück weiter.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt Herr Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist schon auf einige Punkte hingewiesen worden. § 16 trägt die Überschrift „Beistand für Sterbende“. Im Vorfeld dieses Ärztetages ist aber sehr wohl die Frage diskutiert worden, ob einem suizidwilligen Patienten geholfen werden darf. Wir wissen, dass es viele in Deutschland tun, viele gehen in die Schweiz oder in andere Länder. Es gibt dieses Problem. Das hat nichts mit dem zu tun, was Sie, Herr Hoppe, als Beispiel angeführt haben, nämlich den Patienten, der eine Behandlung ablehnt. Das ist ein völlig anderer Fall. Es gibt Menschen, die wollen – aus welchen Gründen auch immer – ihrem Leben ein Ende machen. Sie sind aber in der Phase, in der sie Hilfe brauchen, in der sie beispielsweise Medikamente brauchen, um dieses Ziel zu erreichen, keine Sterbenden. Wenn diese Menschen gemeint sind, fallen sie nicht unter einen Paragrafen mit dem Titel „Beistand für Sterbende“. Wenn man das regeln will, müsste man einen besonderen Paragrafen schaffen oder diesen Paragrafen umbenennen.

Der zweite Punkt betrifft die Reduzierung von ärztlichen Maßnahmen. Alle, die auf Intensivstationen arbeiten oder gearbeitet haben, kennen dieses Problem. Selbstverständlich ist es unter Umständen notwendig, Maßnahmen zu reduzieren. Wir können die inspiratorische Sauerstoffkonzentration zurückdrehen, wir können die künstliche Ernährung reduzieren oder einstellen. Alles dieses ist in der bisherigen Form des § 16 relativ präzise geregelt worden. Die neue Formulierung, dass wir dem Patienten in einer solchen Situation beizustehen haben, beschreibt das nicht annähernd so exakt wie die alte Version. Insofern stimme ich dem Antrag zu, dass wir für diesen Punkt die alte Version beibehalten, weil sie genauer beschreibt.

Die Kollegen, die auf solchen Stationen arbeiten, fragen: Dürfen wir das denn, was wir da tun? Dürfen wir die Sauerstoffkonzentration bei einem Sterbenden zurückdrehen? Unter Verweis auf die derzeit gültige Fassung des § 16 kann man sie beruhigen und ihnen sagen: Ja, wir dürfen dieses.

Die vorgeschlagene Form würde mich nicht überzeugen, diese Maßnahme anzuwenden. Ich glaube also, wir sollten präzise formulieren und genau das sagen, was wir haben wollen. Wir wollen den Tatbestand des alten § 16, Maßnahmen wegzunehmen, beibehalten. Aber es hat nichts zu tun mit dem letzten Satz des jetzt vorgeschlagenen Textes. Den sollten wir streichen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Aber das war jetzt noch eine allgemeine Aussage, die speziell den Suizid nicht betraf. – Als nächster Redner bitte Herr Dr. Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte dafür plädieren, dass wenigstens der letzte Satz der neuen Formulierung des § 16 gestrichen wird. Der Tod ist unausweichlich. Wir können uns ja alle einmal selber überlegen: Wie möchten wir sterben? Wir Ärzte wissen vielleicht, was wir zu tun haben; ein Patient weiß nicht, dass er zum Beispiel die Behandlung ablehnen darf. Wir müssen den Patienten darüber informieren.

Ich halte die neue Formulierung für jemanden, der fast täglich mit solchen Problemen zu tun hat, für nicht praktikabel. Deshalb bitte ich sehr darum, diesbezügliche Änderungen zu beschließen. Die alte Formulierung finde ich natürlich noch am besten. Aber ich sehe ein, dass daran noch etwas gearbeitet werden muss. Ich meine vor allen Dingen, wir sollten einen fließenden Diskurs, auch eine fließende Diskussion über diesen Paragrafen haben. Wenn wir heute dieses entscheiden, sollten wir im nächsten und im übernächsten Jahr doch zusehen, dass wir dann vielleicht etwas Weitergehendes verändern.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Zöllner aus Bayern.

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag III-01-03 von Herrn Emminger und anderen sowie zu einem Antrag von mir und anderen, der leider noch nicht umgedruckt ist, sondern irgendwo in den Katakomben schlummert. Ich finde die Version des Vorstands mit diesem Satz „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ schon deswegen schwierig, weil das eigentlich sehr unbestimmt ist. Was heißt das überhaupt? Diesen Satz möchte ich gerne weglassen.

Die Version von Herrn Emminger finde ich, ehrlich gesagt, noch unbestimmter:

> *Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Ärztlicher Beistand kann in dieser Situation jedoch geboten sein.*

Was ist „ärztlicher Beistand“? Darunter könnte man auch die Aushändigung von Arsen oder Ähnlichem verstehen. Das ist mir zu unbestimmt. Ich finde es auch überflüssig.

Ich plädiere in meinem Antrag dafür, § 16 in § 16 a und § 16 b aufzuspalten. § 16 a soll folgende Fassung erhalten:

> *Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.*

§ 16 b soll lauten:

> *Es ist Ärzten verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten.*

Beides ist kurz und knapp. Ich finde es günstiger, es in zwei Paragrafen aufzuspalten, weil dadurch klargestellt wird, dass diese beiden Dinge nichts miteinander zu tun haben und auch nichts miteinander zu tun haben dürfen. Der Beistand ist der Beistand und die Tötung auf Verlangen ist die Tötung auf Verlangen. Ich finde es nicht gut, das in einem einzigen Paragrafen miteinander zu verquicken.

Deswegen bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Schwantes aus Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Sehr geehrtes Präsidium! Lieber Herr Maschmeyer! Lieber Udo! Meine Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Differenzierung, die Sie vorgenommen haben, Herr Maschmeyer. Ich finde sie sehr hilfreich. Dir, Udo, herzlichen Dank für die Neuformulierung dieses Paragrafen. Er umfasst drei Sätze. Diese drei Sätze sind einfach, klar und präzise. Ich glaube, wir können sie nicht streichen. Wir müssen auch nichts hinzusetzen. Es geht um ganz besondere Tatsachen, die wir – wir sind ja die Adressaten dieser Berufsordnung – einzuhalten haben.

Der erste Satz ist ohnehin unbestritten. Im zweiten Satz steht, dass es uns Ärztinnen und Ärzten verboten ist, Patienten auf Verlangen zu töten. Wir sind diejenigen, die häufig in einer solchen Situation sind. Es macht Sinn, es an dieser Stelle zu formulieren. Wenn es um das Sterben geht, wenn es um schwierige Situationen geht, richten Patienten an uns die Aufforderung: Tu etwas! Diese simple Aufforderung „Töte mich!“ kann ich als Arzt nicht einfach so hinnehmen und erklären: Er hat es doch gesagt, also tue ich es auch. Also formulieren wir klar: Töten auf Verlangen ist verboten.

Die zweite Klarstellung lautet: Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Dabei geht es beispielsweise um den Fall, dass man mir sagt: Besorge mir bitte dieses oder jenes, damit ich mich töten kann. Das gehört hier an diese Stelle.

Ich weiß, dass es viele sehr unterschiedliche Situationen gibt. Die Szenarien, die Sie aufgezeigt haben, sind natürlich plakativ und müssen es auch sein. Sie können gar nicht die ganze Vielfalt abbilden, die wir täglich erleben, mit der wir es immer wieder zu tun haben.

Wenn ich mit dem Patienten etwas für diese Situation zu besprechen habe, dann bespreche ich das mit ihm, wenn ich die Patientenverfügung mache. Diese mache ich lange Zeit, bevor er in die Situation des Sterbens gerät und er meinen Beistand erwartet.

Ich bin für die Beibehaltung genau dieser Formulierung. Vielleicht macht es Sinn, daraus drei Absätze zu machen, jeden Satz als eigenen Absatz zu formulieren, damit klar ist: Jeder Satz hat ein besonderes Gewicht.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Frau Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wer zu Ende gelebt hat, kann sterben. Ärztinnen und Ärzte sollten sich nicht anmaßen, die Entscheidung darüber zu treffen, ob zu Ende gelebt worden ist. Unsere Aufgabe besteht darin, den Patienten dabei zu helfen, zu Ende zu leben.

Die Formulierung, die hier gefunden wurde, begrüße ich, auch weil sie Ärztinnen und Ärzte vor dem Verlangen schützt, einen Menschen töten zu sollen. Das ist ein Schutz

für uns. Allerdings dürfen wir als Ärztinnen und Ärzte – das ist aber etwas ganz anderes – keine Scheu davor haben, auf Wunsch des Patienten von lebensverlängernden Maßnahmen in der Sterbephase abzusehen. Ich glaube, es besteht oft das Problem, dass Ärztinnen und Ärzte hier eine Situation nicht richtig einschätzen und diesem Wunsch nicht gerecht werden. Das ist aber bereits geregelt. Das ist nichts, was hier niedergelegt ist.

Herr Kollege Dietrich, das ist keine Hilfe zur Selbsttötung. Hier steht ausdrücklich, wir sollen Patienten nicht töten. Das schließt Sterbende ein. Aber es sind eben auch andere.

Man darf nicht davon ausgehen, dass man jeden Einzelfall durch eine Regelung in der Berufsordnung behandeln kann. Wir müssen immer unter Beachtung der Grundsätze, die wir uns geben, sorgfältig überlegen: Dürfen wir unter Beachtung aller Umstände und vor allem des Wunsches des Patienten eine Therapie fortsetzen oder geht es um einen unaufhaltsamen Sterbeprozess, bei dem wir den Patienten begleiten müssen? Wir haben von den Palliativmedizinern so viel gelernt, wie wir den Menschen helfen können, zu Ende zu leben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächste Rednerin bitte Frau Dr. Anke Müller aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Maschmeyer, ich finde es total phänomenal, wie Sie als Internist die Problematik in kurzen Sätzen so klar dargelegt haben. Mein Herz gehört sehr vielen Internisten, weil ich das selbst gern einmal geworden wäre; nun bin ich Hausärztin. Besser hätte man es nicht sagen können. Dafür will ich Ihnen einfach danken. Ich hoffe, die Blumen kommen noch. Wenn nicht, würde ich mich als Blumenmädchen in die Stadt begeben und Ihnen ein paar besorgen.

Wir haben heute schon so viele Vorträge gehört – ich habe kein Problem mit dem Einschlafen –, die ein bisschen langatmig waren. Ihnen sage ich vielen herzlichen Dank.

Ich bin seit 1981 Landärztin oder, wie meine Kollegen manchmal zu mir sagen, Mecklenburger Landfrau. Ich habe schon sehr oft mit Sterbenden zu tun gehabt. Sie werden nun denken: Jetzt wird sie gleich einen neuen Antrag aus der Tasche ziehen. Das ist aber nicht der Fall, denn ich weiß selber nicht, wie ich mich heute entscheiden werde. Für mich ist die Situation, dass jemand sterben will, eine der allerschwersten. Vielleicht mache ich es mir auch sehr schwer. Ich werde nicht sagen, dass mir mein christlicher Glaube, mein ärztliches Ethos usw. etwas verbietet. Ich glaube einfach, dass es keine Patentlösung gibt, kein Kochrezept – das hört sich so abwertend an, wie ich es auch nicht gut finde, wenn man sagt: „Es wird gestorben“ –; es wird für uns kein Rezept geben, wie wir uns verhalten sollen.

Ich glaube, wir können auch ganz viele Juristen befragen. Auch damit habe ich mich bereits beschäftigt. Aber es gibt keine klare Antwort. Man ist bei dieser Entscheidung sehr, sehr allein.

Aber eines habe ich meinen Patienten immer wieder signalisiert: Hilfe zur Selbsttötung wird es mit mir nicht geben. Aber ich werde immer für meine Patienten in einer solchen Situation, wenn sie mich brauchen, da sein. Ich glaube, das wollen die Patienten auch.

Ich war in unserer Kammerversammlung erstaunt, wie viele unterschiedliche Ansichten es gibt. Ich bin jedes Mal wieder neu fasziniert, wie breit das Meinungsspektrum gerade bei diesem Thema ist.

Ich denke, heute wird jeder mit seinem Gewissen abmachen müssen, wie er sich entscheidet. Selbst wenn wir heute etwas beschließen, bin ich auch bei dem nächsten Sterbenden wieder ganz allein. Aber ich glaube, dass wir – das glaube ich von Ihnen allen – auch dieser Aufgabe gerecht werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Müller. – Jetzt bitte Herr Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Ich möchte mich für die Diskussion bedanken. Sie bereichert mich. Ich möchte noch einen persönlichen Gedanken beisteuern, weshalb ich ein Problem mit dem jetzigen Vorschlag zur (Muster-)Berufsordnung habe. Wir haben heute eindrucksvoll gehört, was die Palliativmedizin zu leisten vermag. Wir sind inzwischen im zweiten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts imstande, Sterbebegleitung positiv, sogar wissenschaftlich positiv zu definieren. Wir wissen, was gute, wissenschaftlich fundierte Sterbebegleitung ist. Im Grunde haben wir es nicht mehr notwendig, einen solchen Passus wie „Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten“ oder „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ in die Berufsordnung hineinzuschreiben. Im Grunde genommen benötigen wir eine Definition einer guten Sterbebegleitung ex negativo nicht mehr. Das ist das größte Bauchgrimmen, das ich mit dieser ganzen Geschichte habe.

Ich denke, es ist angesichts der großen Öffentlichkeitswirksamkeit und der Ängste in der Öffentlichkeit politisch opportun, notwendig und vielleicht sogar geboten, den Satz zwei hineinzuschreiben, auch wenn ich ihn als problematisch betrachte. Ich sehe ihn nicht deshalb als problematisch an, weil ich ihn für falsch halte, sondern weil ich glaube, dass die Berufsordnung nicht der Ort ist, sämtliche strafgesetzlichen Tatbestände zu verankern.

Wir schreiben in die Berufsordnung ja auch nicht: Bitte beim chirurgischen Eingriff keine vorsätzliche Körperverletzung begehen. Einer meiner Vorredner hat gesagt, man könne sich ja nicht den Schrank voller Bücher stellen und nachblättern, was Recht und was Unrecht ist. Aber wir wissen doch alle, dass die Tötung eines anderen Menschen Unrecht ist. Da frage ich mich: Warum müssen wir es in dieser Form noch in der Berufsordnung verankern?

Aber ich sehe: Es gibt bestimmte Notwendigkeiten. Man hat sich Gedanken darüber gemacht. Deshalb mag ich dem nicht widersprechen.

Aber ich möchte doch dafür werben, den dritten Satz herauszunehmen, weil er von vielen Menschen absolut missverstanden wird, weil er unterschiedlichen Interpretationen unterliegt, weil er den einen oder anderen auch dazu veranlasst, möglicherweise Handlungen, die ethisch geboten sind, zu unterlassen, selbst wenn sie notwendig wären, und zwar aus Angst, gegen die Berufsordnung zu verstoßen.

Dieser Satz stellt einen deutlichen Widerspruch sowohl verbal als auch inhaltlich dar zu den Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung.

Zu guter Letzt haben wir dann noch das Problem, dass eine Handlung, die möglicherweise sinnvoll, geboten und im strafrechtlichen Sinne sogar straffrei ist, einen berufsrechtlichen Überhang erzeugt, der von der Berufsgerichtsbarkeit sanktioniert werden muss.

Ich bin der Überzeugung, dass wir nicht so streng zwischen einer ärztlichen und einer allgemeinen Ethik unterscheiden können, sondern es gibt einfach ein ethisches Grundverständnis, das für jeden Menschen gilt. Das kommt im Grunde genommen in der Formulierung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung weitaus besser zum Ausdruck, als es beispielsweise in diesem Satz zum Ausdruck kommt.

Zusammenfassend möchte ich aus meiner Sicht sagen: Mir wäre es am liebsten, nur der erste Satz bliebe stehen. Ich sehe ein, dass eine gewisse Klarstellung auch gegenüber der Öffentlichkeit notwendig ist, was Satz zwei anlangt.

Ich möchte im Grunde genommen auf jeden Fall den dritten Satz draußen haben oder auf jeden Fall mit einer Klausel versehen, die im individuellen Fall einen Handlungsspielraum eröffnet.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. Der zweite Satz steht dort, weil nicht davon auszugehen ist, dass alle Ärztinnen und Ärzte das Strafgesetzbuch studieren. Das ist eine Hilfe für Ärztinnen und Ärzte, von denen man nicht verlangen kann, dass sie das Strafrecht auswendig lernen und diesen Paragrafen besonders in Augenschein nehmen.

Jetzt hat wieder Herr Emminger das Wort.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich gehe trotzdem davon aus, Herr Präsident – hier schließe ich an meinen Vorredner Jan Hesse an –, dass das Gebot „Du sollst nicht töten“ älter ist als das Strafgesetzbuch und zu unserer abendländischen Kultur gehört und ich, um mich dessen zu vergewissern, nicht in Büchern nachschauen muss. Ich hoffe, dass wir noch auf diesem Level sind.

Ich will auch gar keinen Hehl daraus machen, warum ich mit Ihrem Antrag so gerungen habe. Das war nicht wegen der drei Sätze. Ich habe gerungen wegen der Frage

– das hat mich schon bei der PID-Diskussion erregt –: Müssen wir wirklich alles am Beginn und am Ende des menschlichen Lebens bis zur letzten Sekunde regeln? Müssen wir das tun? Wir werden im Laufe des medizinischen Fortschritts merken, dass sich diese Sekunde immer weiter nach hinten verschiebt. Wir neigen – verzeihen Sie bitte dieses harte Wort – natürlich zu einem gewissen Machbarkeitswahn: Jawohl, wir können das alles regeln.

Ich kann an der Stelle nur aus meiner ethischen Grundhaltung heraus sagen – ich gebe zu: auch aus einer christlichen Grundhaltung heraus –: Es gibt Dinge, die wir nicht regeln können, die wir auch für uns Ärzte nicht regeln können. Ich habe mich mit Ihren drei Sätzen sehr auseinandergesetzt. Je öfter ich sie gelesen habe, desto klarer muss ich sagen: Sie stehen ja in einem sprachlichen und inhaltlichen Zusammenhang. Deshalb plädiere ich für diese drei Sätze. Der erste Satz gibt den Rahmen vor. Er definiert die Begriffe Sterbender, Würde und Willen. Das ist der Rahmen, innerhalb dessen wir uns bewegen.

Ich kenne die Situation, in der einem gesagt wird: Doktor, mach dem Elend ein Ende! Dann ist der Satz schon wichtig – ich glaube, für uns ist das nicht das Entscheidende –, dass wir das nicht tun können.

Dann kommt die Frage: Doktor, hilf mir wenigstens, wenn ich es selber mache. Und dazu verständigen wir uns.

Einige wenige Vorredner haben meine Formulierungen zum ärztlichen Beistand als schwammig und nicht so präzise bewertet. Dafür habe ich Verständnis. Ich will darauf antworten. Genau das sind die Situationen, in denen wir uns hüten müssen, mit letzter wissenschaftlicher Präzision zu formulieren. Im dritten Satz sprechen wir von „Hilfe zur“ und im letzten Satz von „Beistand“. Das ist eine sprachliche Differenzierung. Sonst hätten wir das nicht so aufnehmen müssen. Sonst hätte sich auch der Vorstand der Bundesärztekammer nicht in diesem Rahmen bewegt.

Ich finde gerade nach der Diskussion, die wir heute Morgen geführt haben, die drei Sätze, wenn man sie in diesem Zusammenhang sieht und wenn man sie in diesem Zusammenhang versteht, hilfreich.

Die vielen Kolleginnen und Kollegen, die in der Praxis tätig sind und dann in den letzten Sekunden dastehen, können nicht bei der Kammer anrufen. Da muss man Sicherheit haben.

Im entscheidenden Moment lesen diese Berufsordnung unsere Juristen. Vielleicht lesen sie auch noch die Mitglieder unserer berufsrechtlichen Kommission. Wir haben so etwas im ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München. Das ist eine Gruppe von Kolleginnen und Kollegen, die sich – allerdings unter juristischer Beratung –, wenn es zu der Frage kommt, ob es einen berufsrechtlichen Überhang gibt, mit dieser Differenzierung auseinandersetzen, wie ich sie erwähnt habe: „Hilfe zur“ oder „ärztlicher Beistand“.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Jetzt hat das Wort Frau Professor Henneberg.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Hilfe bei der Selbsttötung – das gibt keinen Dammbruch. Wir haben schon so viel dagegen gehört. In dem Moment, da wir dieses kleine Steinchen lostreten, werden wir uns einen ersten Schritt in der Richtung bewegen, dass wir darüber nachdenken, dass es noch andere Alternativen gibt. Dann werden wir darüber nachdenken, dass wir das vielleicht nicht nur bei Sterbenden tun.

Niemand zwingt mich, einen schon Gestorbenen, der sich selbst getötet hat, zu reanimieren. Das steht auch gar nicht in der Berufsordnung. Ich bitte Sie aber auch weiterhin, dass man sagen kann: Nein, auch bei der Selbsttötung assistiere ich nicht; das steht so in der Berufsordnung. Anderenfalls wird die Folge sein, dass wir uns um unsere chronisch Kranken nicht mehr kümmern müssen. Es wird ein kleines bisschen in unseren Köpfen bewirken und wir werden abfallen in unserer medizinischen Versorgung.

Deshalb bitte ich Sie ganz herzlich: Es sollten alle drei Sätze so stehen bleiben. Sie sind prima.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Professor Frantz aus Brandenburg.

Prof. Dr. Frantz, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde den Antrag des Vorstands gut, kurz, klar und genau so, wie wir es brauchen, um in dieser aufgewühlten öffentlichen Diskussion wirklich einen Anker zu haben, dass man sagen kann: Das ist die Berufsordnung, die wir uns geben. Ich kann das völlig nachvollziehen. Vielen Dank dafür, Udo, wie ihr das vorbereitet habt.

Ich möchte diese Debatte loben. Sie ist außerordentlich gut. Man hört sich zu, man ist konzentriert. Ihr Vortrag, Herr Nachbar Maschmeyer, hat eine sehr gute Einleitung dargestellt.

Ich habe in der Debatte vieles gelernt. Herr Veelken, der nach mir sprechen wird, hat den Antrag gestellt, wir sollten alles so lassen, wie es ist. Daraufhin habe ich mir den alten Wortlaut noch einmal angeschaut und muss sagen: Abwegig ist dieser alte Wortlaut ja nicht. Ich kann nicht voraussagen – wie Sie alle wahrscheinlich nicht –, wie die Abstimmung ausgehen wird. Wenn die Abstimmung so ausgeht, dass der Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer keine Mehrheit findet und die alte Regelung weiterhin gilt, hätten wir die Aussage, die jetzt im letzten Absatz des Änderungsantrags steht, nämlich die zur Selbsttötung, in der Berufsordnung überhaupt nicht berücksichtigt.

Für diesen Fall möchte ich den Vorschlag machen, dass es sinnvoll wäre, eine Regelung in die Berufsordnung einzufügen, die aber nicht unter die Überschrift „Beistand für Sterbende“ passt. Sie würde vielleicht lauten: § 16 a „Beistand des Arztes bei Selbsttötung“. Darunter könnten wir zwei Absätze bilden. Der erste Absatz wäre der dritte Satz des Änderungsantrags:

Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

Der zweite Absatz – da nehme ich eine Anleihe bei Ihnen auf, Herr Kollege Emminger – könnte lauten – dieser Satz fängt viele Bedürfnisse auf –:

Ärztlicher Beistand kann in dieser Situation jedoch geboten sein.

Genau dieses könnte man zusammenfassen zu einer Regelung „Beistand des Arztes bei Selbsttötung“, sodass wir, wie Frau Henneberg gesagt hat, in unserer Berufsordnung darauf hinweisen können: Ich bin nicht der Adressat für irgendwelche Verlangen vonseiten Dritter und vonseiten Betroffener.

Ich verspüre es in meinem ärztlichen Alltag häufig, dass Patientenangehörige mit einem entsprechenden Wunsch auf einen zukommen. Ich würde mich sehr wohl fühlen, wenn es in der Berufsordnung so gefasst würde.

Ich glaube, es gibt in der einen wie in der anderen Weise eine Möglichkeit, das zu regeln. Mein Vorzug gilt noch immer dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Wenn dieser keine Mehrheit findet, stelle ich den Antrag, zur Selbsttötung eine eigene Regelung aufzunehmen, und zwar mit den beiden erwähnten Punkten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wenn Sie das noch schriftlich einreichen könnten, wäre das sehr gut. – Jetzt kommt noch einmal Herr Veelken.

Dr. Veelken, Berlin: Liebes Präsidium! Meine Damen und Herren! Herr Wolter, es geht mir ja nicht darum, dass wir alles beim Alten belassen wollen. Das ist nicht unbedingt mein Wunsch. Ich habe versucht, es zu begründen. Es ist nicht so, wie Herr Schwantes und Frau Gitter gesagt haben, dass, wenn ein Patient getötet werden will oder Assistenz bei der Selbsttötung haben will, keine Regelung vorhanden ist, dass das nicht geht, sondern in der alten Berufsordnung heißt es ja, wie Sie selbst nachlesen können, dass man das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen darf. Ich finde, das ist die Regelung, die man dafür braucht.

Was ich an dieser Formulierung schwierig finde, kommt aus den Ausführungen von Herrn Maschmeyer, der uns präzise gezeigt hat, dass die Assistenz zum Suizid in der Situation, die er dargestellt hat, im täglichen Leben nicht vorkommt. So habe ich ihn verstanden; er kann mich gern korrigieren.

(Vereinzelt Beifall)

Das heißt, wenn man aufgefordert ist, die Assistenz beim Suizid in der Berufsordnung zu regeln, ist dies unter der Überschrift „Beistand für Sterbende“ der denkbar

schlechteste Platz. Deswegen plädiere ich weiterhin dafür, den ganzen Paragrafen so zu lassen, wie er ist.

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt bitte Frau Wenker vom Vorstand.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Gestatten Sie mir vier Gedanken aus der Diskussion. Ich möchte zunächst Ihren Gedanken aufgreifen, Herr Veelken. Ich habe mit der alten Fassung ein Problem. Dort steht im zweiten Absatz:

> *Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.*

Ich bin in einer Lungenklinik tätig. Wir haben viele Patienten auch mit neuromuskulären Erkrankungen, mit ALS, die wir beatmen. Es gibt Situationen, in denen wir auf Wunsch der jungen ALS-Patienten die Beatmung beenden. Eine Kollegin sagte mir neulich: Jetzt machen wir doch aktive Sterbehilfe, wir verkürzen doch aktiv das Leben.

Wenn ich eine künstliche Ernährung beende, ist das ein aktives Beenden? Wie ist es, wenn ich eine Beatmungsbehandlung beende? Nein, das ist eine Therapiezieländerung. Das ist ein Behandlungsabbruch möglicherweise in einer infausten Situation. Das ist verwirrend.

Alle drei Sätze, wie sie vom Vorstand vorgelegt wurden, sind gut. Jeder einzelne Satz ist wichtig.

Ich komme damit zu der Frage: Warum müssen wir in der Berufsordnung etwas regeln, was im Strafrecht nicht geregelt werden muss? Dafür gibt es die Berufsordnung. Die Berufsordnung regelt unser professionelles Selbstverständnis. Sie ist schlussendlich die Basis des Vertrauens in den Arztberuf. Der Arztberuf hat eben doch noch einen anderen Anspruch als beispielsweise ein technischer Beruf. Es ist unser gutes Recht, uns ein professionelles Selbstverständnis zu geben, das auch durchaus einmal weitergeht als das Strafrecht. Anderenfalls wäre das Berufsrecht überflüssig.

Alle drei Sätze sind wichtig. Insbesondere den dritten Satz halte ich nach der Diskussion, die wir Ende des letzten Jahres/Anfang dieses Jahres erlebt haben, als die Grundsätze geändert wurden, für extrem wichtig. Der Satz heißt:

> *Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Aufgabe.*

Das hat eine ganz große Verwirrung zur Folge gehabt. Wir alle haben den Pressespiegel noch vor Augen. Es wurde gefragt: Was ist denn, wenn ich als Arzt aus dem Zimmer gehe und als Nichtarzt wieder hineinkomme? Darf der Arzt auch als Nichtarzt tätig werden? Herr Dr. Wolter hat darauf hingewiesen: Diese Passage in den

Grundsätzen bedarf dringend und zwingend einer berufsrechtlichen Normierung, eines Normtextes.

Damit komme ich zu meinem vierten Problem, das genau das Dilemma der Normierung von Einzelfällen betrifft. Die HNO-Kollegen haben Patienten zu betreuen, die beispielsweise an einem Larynxkarzinom versterben. Ich selber habe in meiner Lungenklinik Patienten mit zerfallendem Bronchialkarzinom. Das sind furchtbare Einzelfälle. Aus diesen durchaus bedrückenden und furchtbaren Einzelfällen eine Normierung abzuleiten, das geht schlussendlich nicht. Wir müssen eine Formulierung finden, die zunächst einmal das große Feld abdeckt. Das schließt aber doch nicht aus, dass in palliativmedizinischen Extremfällen, die wirklich nicht behandelbar sind, dem Arzt kein berufsrechtlicher Vorwurf gemacht wird. Wenn die Handlung wohlbegründet ist, würden wir keinen Schuldvorwurf erheben und keine berufsrechtliche Ahndung einleiten. In den Kammern sitzen doch die Kolleginnen und Kollegen und beurteilen die jeweilige Situation.

Die drei Sätze sollten in ihrer Klarheit so stehen bleiben. Ich denke, gerade nach den Pressediskussionen der letzten Monate wird auf eine Klarstellung gewartet. Die Berufsordnung dient einem zunehmenden Vertrauen in unseren Arztberuf, wie wir mit dem Beistand für Sterbende umgehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Wenker. – Jetzt kommt Herr Dr. Fresenius aus Bayern.

Dr. Fresenius, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Man kann hohen Respekt vor dem Gremium haben, das sich in den vergangenen Jahren mit diesem Thema beschäftigt hat. Man kann auch hohen Respekt vor der Diskussion haben, die wir hier heute Nachmittag führen. Wir ringen um die Frage, wie wir uns bei dieser Tätigkeit definieren können.

Es geht um die Frage des Regulierens oder des Deregulierens. Wie bei jedem Gesetzestext gilt es auch hier, ein Gleichgewicht zwischen Regulation und Deregulation zu erhalten. Ich glaube, in diesem Bereich wird es bei allen Bedürfnissen nach Regulation kein Kochrezept geben. Es wird für unser Handeln auch letztlich keinen Schutz geben. Das kommt meiner Meinung nach in dem Antrag von Herrn Emminger sehr gut zum Ausdruck. Die drei Sätze bleiben bestehen, die drei grundsätzlichen Aussagen bleiben gleich. Aber für uns, die wir im Straßengraben oder in der Wohnung entscheiden müssen, bleibt durch den Schlusssatz, dass ärztlicher Beistand in dieser Situation jedoch gegeben werden kann, eine gewisse Freiheit. Das ist sicher eine Freiheit, die in hohem Maße Verantwortung und Selbsthinterfragung erfordert. Es ist aber auch eine Freiheit, der wir uns gewachsen fühlen sollten.

Wir sollten uns nicht – da stimme ich nicht mit Herrn Zöllner überein – von der nicht präzisen Formulierung abschrecken lassen, sondern diesen Mut zur Freiheit und zur Verantwortung haben und diesem Schlusssatz zustimmen.

Wichtig ist mir auch der Antrag von Herrn Dietrich. Auch ich glaube, dass der Vorrang des Willens des Patienten eine präzisere und verpflichtendere Formulierung für uns alle wäre.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Mitrenga aus Nordrhein.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In der „Welt“ von heute heißt es:

> *Eine Enttäuschung dürfte der Ärztetag für all jene werden, die sich eine Lockerung der Verbote für die Sterbehilfe erhofft hatten. Es geht um die Suizidassistenz, bei der ein Arzt einem ausweglos leidenden Kranken auf dessen Wunsch hin ein tödlich wirkendes Medikament zur Verfügung stellt, mit dem sich der Patient dann selbst tötet. Diese Beihilfe soll nach dem Willen der Bundesärztekammer … nun kategorisch ausgeschlossen werden.*

In einer von gegenseitigem Vertrauen getragenen partnerschaftlichen Patient-Arzt-Beziehung – auf diese kommt es ganz wesentlich an, auch im Zusammenhang mit § 16 – lassen sich das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, um das es nach wie vor geht und das immer gilt, und die beruflichen Fürsorgepflichten des Arztes sicher am besten in Einklang bringen. Der wesentliche Begriff ist das Patient-Arzt-Verhältnis, getragen durch Vertrauen, fußend auf Solidarität.

Damit ist für mich klar: Der Arzt ist ein manchmal Heilender – ich hoffe: auch viele Male Lindernder, aber immer Tröstender – und der Arztberuf ist positiv besetzt, er ist auf das Leben gerichtet, immer.

Die Schwerkranken, die chronisch Kranken, die Aidskranken haben – früher noch viel mehr als heute – einen sehr langen Sterbeprozess vor sich und leiden unter ihm. Sie fragen einen so etwas doch. Wenn man die Intensivstation fokussiert, wird kaum jemand kommen und sagen: Doktor, geben Sie mir jetzt Hilfe zum Suizid. Einverstanden. Aber je mehr Sie es mit chronisch Kranken zu tun haben, die einen längeren Sterbeprozess vor sich haben – ich habe ja eben zwei Beispiele genannt –, ist es so selten nicht, dass man gefragt wird. Wenn man dann helfen kann, indem man eine solche Frage als Kritik an der nicht so geglückten Begleitung betrachtet, und dann in der Tat sieht, was man vielleicht falsch gemacht hat, kann man in vielen Fällen – das wissen Sie alle – erfolgreich sein.

Die vielen Redner, die vor mir gesprochen haben, haben mit großem Ernst ihre Überlegungen dargelegt. Natürlich verstehe ich, was Kollege Emminger meint, wenn bei ihm in dem von ihm zugefügten Satz Nächstenliebe und Caritas eine Rolle spielen. Aber dieser Satz ist leider interpretationsfähig und damit missverständlich. Ich bin mir ganz sicher – Sie wissen das eigentlich auch alle –, dass in den nächsten Wochen und Abenden die Talkshows mit diesem Thema befrachtet werden sollen. Deswegen geht es mir so sehr darum, dass wir eindeutig sind, dass wir nicht interpretierbar

sind, dass wir ganz klar sagen, welche Botschaft von diesem Ärztetag ausgeht, bezogen auf die Aufgaben des Arztes und der Ärztin im Hinblick auf die Assistenz beim Suizid. Ich glaube, da ist die kurze, knappe Formulierung in § 16 richtig. Mich stört nicht, dass in der Überschrift von Sterbenden die Rede ist. Gegebenenfalls müssen wir die Überschrift ändern. Für mich wäre die Botschaft richtig: Ganz gleich bei wem, der Arzt tritt nie als Tötender auf.

(Beifall)

Ich meine, das ist im Vorstandsantrag deutlich gesagt. Wir brauchen diese Unmissverständlichkeit, auf die sich alle beziehen müssen, auch die Presse und die Talkshows. Wir sollten das Gefühl haben: Hier ist es deutlicher geworden. Ich glaube, durch viele gut gemeinte Vorschläge sind eine gewisse Verwässerung und Unklarheit aufgetreten. Ich glaube, man kann auch aus Nächstenliebe unklar werden.

Ich finde, man darf unsere ärztlichen Aufgaben in gar keinem Fall relativieren. Mein Wunsch an dieses Parlament der deutschen Ärzteschaft lautet: Wir akzeptieren diesen für meine Begriffe sehr differenzierten und knappen § 16 in der neuen Berufsordnung.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Die nächste Rednerin ist Frau Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich unterscheide jetzt bewusst nicht zwischen Präsident und Gästen und sonstigen Personen, denn das Thema betrifft uns alle, und zwar ganz entschieden. Ich möchte voll das unterstützen, was Herr Mitrenga gesagt hat. Ich stehe voll dahinter.

Herr Veelken, im jetzigen § 16 heißt es:

> *Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben … nicht aktiv verkürzen.*

Da ist immer der Arzt der Handelnde. Wir haben aber die neue Situation – deswegen muss dieser Paragraf neu gefasst werden –, dass Wünsche vom Patienten ausgehen. Da geraten wir schon in eine Zwickmühle. Wir sollen sie nun verneinen. Insofern reicht die alte Formulierung nicht aus. Dort ist immer nur vom aktiven Handeln des Arztes die Rede, aber nicht vom Anliegen des Patienten an den Arzt. Das ist durchaus verständlich, wie wir alle wissen.

Ich stehe voll dazu, dass der Arzt kein Tötender ist. Deswegen schlage ich vor, entweder dem Antrag zu folgen, § 16 a und § 16 b zu schaffen, oder aber, wenn das zu aufwendig ist, einfach einen Absatz zu machen. Dann sähe § 16 folgendermaßen aus:

> *Ärztinnen und Ärzte haben … beizustehen.*
>
> *Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*

Damit wäre die Verwirrung beseitigt, ob es sich eigentlich um einen Sterbenden handelt oder um jemanden, der einen starken Todeswunsch hat, weil er zu sterben glaubt.

Herr Emminger, wenn Sie zum Schluss erklären, ärztlicher Beistand könne in dieser Situation jedoch geboten sein, dann wiederholen Sie, was am Anfang steht. Ich finde, das gehört nicht noch einmal in die Berufsordnung, weil es ja bereits im ersten Absatz steht. Ich denke, das brauchen wir nicht. Es ist völlig klar, dass der Arzt seinem Patienten in jeder Situation beizustehen hat. Es muss meines Erachtens unbedingt in einen neuen Absatz dieses Paragrafen hinein, dass er nicht auf Verlangen töten darf und dass er keine Hilfe zur Selbsttötung leisten darf.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Herr Biedendieck aus Westfalen-Lippe.

Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte anregen, den dritten Satz zu streichen, insbesondere nachdem ich eben die Äußerungen von Herrn Maschmeyer durchgelesen habe. Interessant ist, dass wir uns hier nur mit einem Detail zur Beihilfe zum Selbstmord beschäftigen, nämlich dem beim Sterbenden. Er hat in seinem Referat selbst ausgeschlossen, dass es sich auch um andere Fälle, beispielsweise die des Bilanzsuizids, handelt. Das, was Gunter Sachs vor einigen Tagen getan hat, mag man nicht für richtig halten. Vielleicht mag der eine oder andere es auch verstehen.

Für mich ist es so, dass der Tatbestand der üblichen Beihilfe zum Suizid beim nicht Sterbenden gegenwärtig in unserer Berufsordnung nicht geregelt ist. Deshalb rege ich an, die Überschrift des neuen § 16, nämlich „Beistand für Sterbende“, zu streichen und sich später noch einmal genauso detailliert und intensiv mit dieser Frage zu beschäftigen. Ich hätte Probleme damit, wenn, was mir Gott sei Dank bisher in meinen 30 Berufsjahren noch nicht passiert ist, mich jemand bitten würde, ihm ein Medikament zum Suizid zu verordnen. Soll ich ihm dann sagen: Gehen Sie doch bitte zum Bahndamm? Oder soll ich ihm sagen: Gehen Sie doch bitte zum Waffenhändler? Alle diese Dinge sind in der Berufsordnung nicht geregelt. Diesen einen Punkt, der, wie Herr Professor Maschmeyer gesagt hat, nur sehr selten zum Tragen kommen dürfte, in der Berufsordnung so explizit festzuschreiben und alles andere offen zu lassen, das halte ich nicht für richtig. Ich rate dazu, dieses zu streichen und zu einem späteren Zeitpunkt nochmals grundsätzlich die Frage aufzuwerfen, wie denn mit der Beihilfe zum Suizid umzugehen ist.

Danke schön.

(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 Damen und Herren Kollegen! Ich möchte noch einmal für meinen Antrag III-01-24 hinsichtlich der Aufteilung des § 16 sprechen. Der Antrag liegt jetzt umgedruckt vor. Ich finde nach wie vor, es hat einfach nichts miteinander zu tun. Die Aussage „Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten“ hat nicht unbedingt was mit Sterbenden zu tun. Es kann genauso sein, dass jemand mit Liebeskummer kommt und sagt, ich solle ihm helfen, er möchte gern sterben. Man kann zwar bis zum Sterben Liebeskummer haben, aber ich finde, dann habe ich einen anderen Auftrag, nämlich ihm zu helfen.

Das sind doch ganz verschiedene Dinge. Er ist ja deswegen nicht sterbend. Die Tötung auf Verlangen hat nicht unbedingt etwas mit Sterbenden zu tun. Deshalb gehört das für mich nach wie vor nicht alles zusammen in einen Paragrafen. Ich möchte Sie dringend bitten, diesen § 16 aufzusplitten.

Nach wie vor finde ich den letzten Satz einfach zu unklar. Das habe ich vorhin ja bereits ausgeführt. Erst recht finde ich es in dem Antrag von Herrn Emminger noch unklarer formuliert. Herr Emminger, das soll kein Plädoyer sein, ihn noch fester zu fassen, sondern das ist ein Plädoyer, ihn wegzulassen. Juristen sind sehr findig, alle möglichen Tatbestände unter etwas zu fassen. Ich finde, deshalb gehört das einfach gestrichen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Herr Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Um ehrlich zu sein: Ich blicke nicht mehr durch. Frau Henneberg, Frau Wenker und auch Herr Mitrenga: Die Überschrift lautet „Beistand für Sterbende“. Solange das hier so formuliert ist, geht es um den Beistand für Sterbende. Wenn man das nicht will, muss man einen entsprechenden Antrag stellen, die Überschrift zu ändern. Solange aber vom Beistand für Sterbende die Rede ist, kann ich nicht von chronisch Kranken sprechen. Ich kann auch nicht sagen: Es geht insgesamt darum, dass ich Patienten nicht töten darf. Das ist ganz klar. Das steht ja auch so in der Zeitung; das haben Vorstandsmitglieder offensichtlich in wörtlicher Rede letzte Woche so gesagt.

Aber die Überschrift lautet nun einmal „Beistand für Sterbende“. Ich habe mir noch einmal durchgelesen, was Herr Maschmeyer gesagt hat. Er hat drei Szenarien aufgeführt. Das erste Szenario ist ganz klar; darüber haben wir bereits gesprochen. Das zweite Szenario betrifft die Neoplasien. Dazu heißt es im letzten Absatz zu diesem Szenario:

> *Aber: Auch hier geht es nicht um Beistand beim Suizid! Denn selbst die Patienten, deren Lebenswillen wirklich erloschen ist, verlangen von uns Ärzten nicht, ihnen beim Suizid zu helfen.*

Um Tötung auf Verlangen geht es nicht.

Beim dritten Szenario geht es um die ärztliche Sterbebegleitung. Auch dieses Szenario hat mit Suizid bzw. Suizidbeihilfe nichts zu tun.

Im letzten Absatz des Manuskripts von Herrn Maschmeyer steht,

> *dass unter der Überschrift „Beistand für Sterbende“ so gut wie nie ein Suizid mit ärztlicher Unterstützung infrage kommt.*

Es geht um den dritten Satz. Dazu möchte ich Herrn Professor Maschmeyer bitten, dass er uns sagt, ob er in seiner 30-jährigen Erfahrung jemals mit der Situation konfrontiert wurde, dass ein im Sterbevorgang befindlicher Patient und Mensch ihn aufgefordert hat, beim Suizid zu helfen. Darum geht es.

Wenn das nicht der Fall ist, betone ich noch einmal das, was ich bereits vorhin gesagt habe: Es kann doch nicht sein, dass wir einen Sachverhalt, der überhaupt nicht existent ist, mit in die Berufsordnung aufnehmen. Das kann doch nicht wahr sein!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dazu bitte Herr Maschmeyer.

Prof. Dr. Maschmeyer, Referent: Vielen Dank dafür, dass ich noch einmal das Wort ergreifen darf. Ich will der Aufforderung gleich nachkommen. Ob Sie es glauben oder nicht: Genau heute vor 30 Jahren war mein erster Arbeitstag als Arzt. Ich habe die eben beschriebene Situation tatsächlich noch nicht erlebt. Insofern haben diejenigen durchaus recht, die fragen: Warum wollen wir etwas regeln, was in der klinischen oder auch in der hausärztlichen Versorgung so nicht vorkommt? Jemand, der im Sterben begriffen ist, fragt uns nicht nach Unterstützung beim Suizid.

Ich habe mich bislang zu diesem dritten Satz nicht geäußert. Ich habe aber verstanden, dass durch die große Aufmerksamkeit und durch die große Anziehungskraft, die offenbar Institutionen ausüben, die Unterstützung beim frei gewählten Suizid kommerziell und medienwirksam in die Welt streuen und die Sympathien von Leuten auf sich ziehen, die gar nicht wissen, wovon da eigentlich die Rede ist, es für uns Ärzte hilfreich ist, wenn wir diesen Sachverhalt nicht aufweichen, dass wir nicht formulieren, dass im gut begründeten Einzelfall vielleicht einmal so etwas möglich ist, sondern dass wir ganz klar Stellung nehmen, dass das nicht unsere Aufgabe ist bzw. wir es in unserer Berufsordnung nicht unterstützen, dass man das macht.

(Beifall)

Ich denke jetzt einmal laut nach, auch wenn man dies vor einem so Hohen Hause nicht tun sollte: Was ist eigentlich das Schädliche an diesem Satz? Ich glaube, es wäre viel schädlicher, ihn wegzulassen.

(Beifall)

Wenn es dort so klar steht, liebe Kolleginnen und Kollegen, und wir uns auch eigentlich alle einig sind, wir uns vielleicht nicht einig sind, ob es gerade unter diesem Paragrafen oder unter einem anderen Paragrafen stehen sollte, warum schreiben wir es dann nicht dort hinein? Ist es nicht viel schädlicher, wenn wir uns nach all diesen De-

batten dazu bewusst nicht äußern? Dann öffnen wir einer Diskussion Tür und Tor, die wir alle nicht wollen.

(Beifall)

Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Ich habe es im Gegensatz zu unseren Vordiskussionen in der Bundesärztekammer eben vermieden, auf den Begriff des ärztlichen Ethos einzugehen. Ich nutze jetzt die Gelegenheit. Ich glaube, dass dies die Klammer ist, die uns zusammenhält. In diesen drei Sätzen kommt das ärztliche Ethos, wie ich es verstehe und wie es mich alltäglich antreibt, zu meinen Patienten zu gehen, zum Ausdruck. Das ärztliche Ethos ist genau die Klammer, die uns zusammenhält. Das dürfen wir nicht weglassen und sagen: Wir regeln hier irgendwas; was nicht unbedingt ganz präzise zutrifft, lassen wir weg.

Wir müssen uns einen Bezugspunkt erhalten, der uns zusammenhält. Das ist das ärztliche Ethos. Meinem Verständnis von ärztlichem Ethos entsprechen diese drei Sätze ganz exakt. Deswegen würde ich sie so bestehen lassen, wie sie formuliert worden sind.

Herr Veelken, ich kann Sie gut verstehen. Trotzdem glaube ich, dass der dritte Satz an dieser Stelle sehr hilfreich ist. Es wäre schädlich, ihn wegzulassen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wir prüfen jetzt noch einmal, ob die Überschrift geändert werden kann, damit auch dieser dritte Satz unter dem eben Gesagten seine Berechtigung hat. – Jetzt bitte Herr Kollege Niebuhr aus Schleswig-Holstein.

Dr. Niebuhr, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Eigentlich wollte ich etwas ganz anderes sagen, aber durch die Einlassung von Herrn Maschmeyer möchte ich Folgendes ausführen. Ich bin noch nicht ganz 30 Jahre dabei, habe dieses Ansinnen tatsächlich häufiger erlebt und auch begleitet. Deshalb geht es mir in der Diskussion auch gar nicht so sehr darum, was schädlich ist, sondern mir geht es in der Diskussion eher darum, was nützlich, was hilfreich ist. Ich bin völlig Ihrer Meinung: Das Berufsethos ist das, was uns zusammenhält. Aber wir brauchen in irgendeiner Form Hilfen für denjenigen, der tatsächlich die Sterbebegleitung macht, an den ein solches Ansinnen gerichtet wird, vielleicht auch häufig. Er darf nicht allein dastehen, vielleicht allein mit seiner Berufsordnung, die ihm im Zweifel nicht nützt.

Ich habe mir überlegt: Was mache ich am Montag – wahrscheinlich schon am Samstag – aktuell mit Patienten, die sterben? Mir ist aufgefallen, dass es eigentlich vollkommen egal ist, was wir heute entscheiden. Ich werde nicht wissen, was ich machen muss. Unabhängig davon, ob der dritte Satz bestehen bleibt oder nicht, werde ich allein vor Ort nicht wissen, was ich tun soll. Ich muss das für mich allein entscheiden. Deshalb brauche ich ein Gefühl; für dieses Gefühl ist natürlich auch die Berufsordnung wichtig.

Vor allen Dingen ist aber auch diese Diskussion hier wichtig. Es wäre fatal, wenn wir uns hier einig wären, denn dann würden wir nie wieder darüber diskutieren. Ich glaube, für unser Ethos und für die Wahrnehmung draußen ist es extrem wichtig, dass wir die Problematik immer wieder neu diskutieren. Gleichgültig, ob der dritte Satz bestehen bleibt oder nicht, wird es neu diskutiert werden. Da bin ich mir sehr sicher. Es wird nämlich neu definiert werden. Vorhin haben wir gehört: Jemand glaubt zu sterben oder ich glaube, dass jemand stirbt. Alles das werden wir dann wieder diskutieren: Was ist der Suizid? Was ist die Würde? Was ist die Inkaufnahme von Nebenwirkungen von Medikamenten in der finalen Sedierung? Alles das wird dann wieder neu diskutiert. Dann haben wir wieder zwei Gruppen. Die eine Gruppe sagt: Ja, ich kann mir als Arzt vorstellen, dass es in irgendeiner Weise eine Hilfe zur Selbsttötung gibt. Ich bin dieser Meinung übrigens nicht. Aber es wird eine Gruppe geben, die das diskutiert. Man wird es entsprechend auslegen.

Dann wird es eine andere Gruppe geben, die missionarisch auf der anderen Seite sagt: Nein, das darf auf gar keinen Fall sein, das dürfen wir nicht tun.

Wir müssen aufpassen, dass wir nicht plötzlich einer Gruppe zu viele Argumente an die Hand geben. Ich meine, dass es das Begehren in dieser Form beim Sterbenden eher selten gibt. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht im Berufsrecht etwas strafbar machen, was nach dem Strafrecht eben nicht strafbar ist. Das halte ich für ein großes Problem.

Herr Professor Hoppe, Sie haben in Ihrer Rede auf der Eröffnungsveranstaltung völlig zu Recht gesagt – das wurde auf diesem Ärztetag bisher definitiv zu wenig diskutiert –: Wir haben ein Problem mit konkurrierenden Rechtslagen, Haftungsrecht versus Sozialgesetzgebung. Wenn wir jetzt noch eine neue Baustelle aufmachen, dass wir das Berufsrecht in eine Kontroverse zum Strafrecht bringen, erweisen wir uns einen Bärendienst. Deshalb plädiere ich dafür, den dritten Satz aus diesen Überlegungen heraus zu streichen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Herr Dr. Wolter möchte dazu gleich etwas sagen. Bitte schön.

Dr. Wolter, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zur Klarstellung Folgendes sagen. Wir haben Ihnen zu dieser Berufsordnung eine Synopse angeboten, von der wir der Meinung sind, dass Sie ihr entnehmen können, warum wir uns mit den einzelnen Paragrafen beschäftigt haben. Wir hätten uns ja auch über alle Paragrafen hermachen können.

Ich zitiere aus den Erläuterungen aus der Synopse:

> *Die Neufassung trägt der inzwischen in § 1901 a des Bürgerlichen Gesetzbuchs enthaltenen Regelung der Patientenverfügung Rechnung. Sie referiert das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) und formuliert erstmals ausdrücklich das über das Strafrecht hinausgehende Verbot einer ärztlichen Beihilfe zu Selbsttötungen.*

Wir haben uns gesagt: Wir müssen doch dazu Stellung nehmen, wenn das hier so formuliert ist.

Ich wollte das gesagt haben, damit nicht der Eindruck entsteht, dass wir Dinge regulieren wollen, die woanders nicht reguliert sind.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Ich hätte noch einen Vorschlag für die Überschrift:

Beistand für Sterbende und Umgang mit ärztlich assistiertem Suizid

Dann wäre alles inkludiert. Darüber können wir ja noch abstimmen. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Wesser, Präsident der Landesärztekammer Thüringen.

Dr. Wesser, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf Folgendes hinweisen. Die Diskussionen, die wir in unseren Kammerversammlungen in Thüringen geführt haben, standen unter dem Eindruck der Veröffentlichung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung mit dem dort erfolgten Weglassen des Begriffs des ärztlichen Ethos. In diesem Spannungsfeld, das damals in der gründlichen Diskussion aufgetreten ist, haben wir dieses Problem erörtert. Wir waren uns klar, dass es neben der unbedingten Sicherheit des Patienten dem Arzt gegenüber, dass dieser keine tödliche Handlung in irgendeiner Form durchführt, auch Einzelfälle geben kann, die diese Überlegungen der Hilfe zum Suizid nahelegen. Das hat mit dem Problem des Beistands beim Sterben nichts zu tun.

Uns ist durch die Ausführungen von Herrn Professor Maschmeyer deutlich geworden, dass das ein ganz anderes Feld ist und dass diese Patienten von uns nie gemeint wurden, die bei dieser Möglichkeit der Formulierung einer notwendigen Hilfe, die in Büchern oder in anderer Form von verschiedenen Kollegen dargestellt wurde, durchaus denkbar sind. Das hat sicher nichts mit der Palliativmedizin, mit der Sterbebegleitung als solcher zu tun.

Die Vielzahl der Patienten bedürfen unserer Hilfe. Sie wiesen darauf hin, dass es über 90 Prozent, 95 Prozent der Patienten sind, bei denen es unsere Aufgabe ist, zu erkennen, dass sie krank sind und ihnen geholfen werden muss.

Wir haben diskutiert: Können wir über diese Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung hinausgehen? Ist es vorstellbar, dass in der Berufsordnung solche speziellen Fälle in irgendeiner Form charakterisiert werden können, die uns die Möglichkeit an die Hand gibt, mit einem guten Gefühl anhand der Berufsordnung solchen Problemfällen zu begegnen? Es ist richtig: Das sind sehr extreme Einzelfälle, die nicht in jedem Fall unter diesen Normierungsgedanken der Berufsordnung fallen können. Wir müssten zu einer radikaleren Formulierung kommen, um den sicher auch in Zukunft entstehenden neuen Diskussionen entgegenzuwirken. Auch ich glaube, dass es in der Öffentlichkeit sicher diskutiert werden wird.

Eine Möglichkeit wäre, den dritten Satz zu streichen. Im Verlauf der Diskussion sind mehrere Erkenntnisse gewonnen worden, nämlich dass die Zahl dieser Fälle sehr klein ist. Die Möglichkeit, solche Fälle in einer Berufsordnung präzise zu formulieren, um sie berufsrechtlich in irgendeiner Form zu markieren, ist sehr begrenzt, sodass es doch die bessere Lösung ist, diese Beihilfe zum Suizid außerhalb des Sterbeprozesses nicht unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten, aber natürlich bei ganz konkreten und gravierenden Fällen zu formulieren, dass man diese gravierenden Fälle unter die allgemeine Formulierung subsumiert und im Einzelfall, wie Frau Wenker es schon andeutete, eine entsprechende Formulierung seitens der Berufsordnungsgremien findet.

Diese Lösung wäre die bessere Lösung, weil hier eben doch die Einzelfälle zu berücksichtigen sind, aber die Gesamtsituation doch klar dargestellt würde.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt gibt es eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung. Bitte.

N. N.: Wertes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist jetzt kurz vor 18 Uhr. Ich meine, wir haben alle wesentlichen Argumente gehört. Wir sollten heute noch zur Abstimmung kommen. Deshalb stelle ich den Antrag auf Ende der Debatte.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Möchte jemand gegen den Antrag sprechen?

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Es stehen nur noch vier Kandidaten auf der Rednerliste. Es gibt auch noch den Vorschlag von Herrn Hoppe, die Überschrift zu ändern. Ich glaube, wir können diese vier Kandidaten noch anhören und dann auch noch die Abstimmung durchführen. Das werden wir noch schaffen. Wir sollten eine so wichtige Diskussion nicht mit einem Antrag zur Geschäftsordnung beenden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Notfalls können wir auch eine Viertelstunde länger tagen. – Wir stimmen zunächst darüber ab, ob wir die Debatte jetzt beenden. Wer möchte Schluss der Debatte? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist die Debatte jetzt abgeschlossen. Wir kommen zur Abstimmung. Gibt es eine bessere Lösung für die Überschrift, als ich sie eben genannt habe?

Wir behandeln erst einmal die Anträge. Möchte der Referent ein Schlusswort sprechen? – Bitte, Herr Wolter.

Dr. Wolter, Referent: Unsere Meinung zu diesem Problem kennen Sie. Ich habe eben vorgetragen, warum wir uns mit § 16 beschäftigt haben: nicht aus Jux und Tollerei, sondern weil wir einige Dinge klarstellen wollten. Ich finde, die drei Sätze sind klar und ordentlich formuliert.

Über die Differenzierung von Herrn Dietrich hinsichtlich „Vorrang“ oder „Achtung“ müssen Sie entscheiden. Das ist auch eine Frage des sprachlichen Gebrauchs. Wir haben in einem anderen Paragrafen eindeutig formuliert, dass der Wille des Patienten zu respektieren ist. Wir haben auch die Frage, wie sich der Patient in diesem System verhält, zu berücksichtigen.

Die meisten Dinge sind keine grundlegenden Angelegenheiten. Wir wollen ja nicht das System brechen. Ich denke, Sie sollten einfach entsprechend Ihrem Gewissen über die einzelnen Dinge entscheiden.

Ich persönlich fand die Diskussion ausgesprochen interessant, auch für die weitere Arbeit in den Berufsordnungsgremien. Es wird nicht das letzte Mal sein, dass wir über solche Dinge reden.

Noch einmal vielen Dank. Ich hoffe, dass Sie – das ist mein Wille von Anfang an – den Antrag des Vorstands und der Berufsordnungsgremien, die sich längere Zeit Gedanken darüber gemacht haben, annehmen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Udo Wolter.

Nehmen Sie bitte zunächst den **Antrag III-01-15** zur Hand. Dieser Antrag von Herrn Veelken als Delegierter der Ärztekammer Berlin lautet:

> *Die Neufassung des § 16 wird abgelehnt.*
>
> *Die bisherige Fassung dieses Paragraphen wird in ihrer differenzierten Formulierung der individuellen Lage des Patienten an der Grenze zwischen Leben und Tod und der ärztlichen Rolle in dieser Ausnahmesituation viel besser gerecht.*

Wenn wir diesen Antrag annehmen, brauchen wir über den ganzen Rest nicht mehr abzustimmen. Dann bleibt die alte Fassung bestehen.

Dann haben wir noch einen Antrag, der darauf hinausläuft, diesen Passus zu ergänzen. Das machen wir nachher.

Wer möchte dem Antrag 15 zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag 15? – Das ist deutlich die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-25** von Herrn von Ascheraden:

> *Die bestehende Formulierung der (Muster-)Berufsordnung (MBO) wird beibehalten mit folgender Änderung in Absatz 2: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und der Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten.“*

Dieser Antrag ist aber nicht mehr relevant, weil wir ja die alte Fassung nicht beschlossen haben.

(Widerspruch)

– Gut, das kann man trotzdem beschließen. Dann frage ich: Wer möchte auf dem Boden der alten Fassung diese zwei Zeilen ergänzen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen damit zum **Antrag III-01-28** von Herrn Professor Frantz aus Brandenburg:

> *Wenn § 16 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) in der alten Fassung beibehalten wird, sollte folgender neuer Paragraf eingefügt werden:*
>
> *„§ 16 a Beistand des Arztes bei Selbsttötung*
>
> *Abs. 1 Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*
>
> *Abs. 2 Ärztlicher Beistand kann in dieser Situation jedoch geboten sein.“*

(Zuruf: Wir haben den Antrag nicht!)

– Deswegen lese ich ihn ja vor. So schnell geht das Umdrucken nicht.

Prof. Dr. Frantz, Brandenburg: Darf ich dazu eine kurze mündliche Ergänzung geben. Der Vorspruch könnte praktisch gestrichen werden. Wir könnten den Paragrafen so übernehmen. Dann hätten wir gleichzeitig das Problem mit der Überschrift gelöst und die Selbsttötungsregelung aufgenommen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Dann stimmen wir ab.

Hesse, Bayern: Ich habe zumindest die Bitte um Klarstellung. Der Antrag lautet:

> *Wenn § 16 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) in der alten Fassung beibehalten wird …*

Wir haben eben beschlossen, dass wir die alte Fassung nicht mehr bestehen lassen, sondern nur noch die neue Fassung behandeln. Demzufolge ist dieser Antrag meines Erachtens nun gegenstandslos.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wenn Sie das so meinen, dann füge ich mich. Sehen Sie es alle so?

(Zustimmung)

– Schön.

Wir kommen jetzt zum **Antrag III-01-03** von Herrn Emminger und anderen. Da bleibt der Text, der Ihnen jetzt vorgeschlagen wird, bestehen, während ein ergänzender Satz hinzugefügt wird:

Ärztlicher Beistand kann in dieser Situation jedoch geboten sein.

Möchte jemand diesen Satz ergänzen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Der **Antrag III-01-14** und der **Antrag III-01-16** haben dasselbe Ziel, nämlich den dritten Satz in § 16 zu streichen, der lautet:

Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

Wer möchte diesen Satz streichen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Die beiden Anträge sind **abgelehnt;** dann wird das nicht gestrichen.

Wir kommen zum **Antrag III-01-24.** Danach soll § 16 aufgeteilt werden in § 16 a und § 16 b. § 16 a soll folgende Fassung erhalten:

Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.

§ 16 b soll lauten:

Es ist Ärzten verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten.

Da fehlt der letzte Satz. Ist das erledigt?

(Widerspruch)

– Wer möchte denn die Aufspaltung? Der letzte Satz kommt noch hinzu. Er wird dann § 16 c.

(Widerspruch)

– Sie haben doch eben abgestimmt, dass er bestehen bleiben soll.

(Widerspruch)

– Sie haben eben abgestimmt, dass der letzte Satz nicht gestrichen werden soll.

(Beifall)

Das waren die Anträge 14 und 16. So von der Rolle bin ich auch noch nicht.

(Heiterkeit – Beifall)

Wer möchte § 16 in § 16 a, § 16 b und § 16 c aufspalten? Wer befürwortet das? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Dann kommen wir zum **Antrag III-01-22** von Herrn Professor Dietrich aus Bayern:

Im § 16 werden die Worte „unter Achtung ihres Willens“ ersetzt durch „unter Vorrang ihres Willens“.

Möchte jemand diesen Antrag befürworten? – Möchte jemand diesen Antrag nicht befürworten? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Herr Professor Dietrich hat dann auch noch den **Antrag III-01-02** gestellt, wonach § 16 wie folgt lauten soll:

> *Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.*

Dann kommt der Satz, der eine gewisse Ähnlichkeit mit den Grundsätzen hat:

> *Die Mitwirkung der Ärztin oder des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.*

Wer möchte diesen Text haben? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit.

(Widerspruch)

– Möchten Sie auszählen?

(Zurufe: Ja! Nein!)

– Es stimmen immer Blöcke ab. Wenn man so ganze Blöcke sieht, meint man, man hätte die Mehrheit. Aber der Raum hier ist ja insgesamt größer.

(Heiterkeit)

Ich frage noch einmal: Wer möchte den Antrag

> *Die Mitwirkung der Ärztin oder des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe*

befürworten? Bitte auszählen. – Wer möchte das nicht, dass dieser Satz verwendet wird? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt** mit 85 Jastimmen, 138 Neinstimmen und 5 Enthaltungen.

(Vereinzelt Beifall)

Jetzt geht es um die **Überschrift.** Mein Vorschlag war:

> *Beistand für Sterbende und Umgang mit ärztlich assistiertem Suizid*

Jetzt ist noch ein Antrag gekommen, wonach „Beistand für Sterbende“ geändert werden soll in „Ärztlicher Beistand in Lebenskrisen und schwierigen Lebensphasen“.

Eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung. Bitte.

Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Herr Professor Hoppe, was jetzt passiert, ist etwas, das kann eigentlich so nicht sein. Wir bauen jetzt eine Überschrift auf zu einem Thema, das Herr Maschmeyer explizit in der gesamten Diskussion ausgenommen hat. Er hat nämlich explizit gesagt: Alle diese Dinge, die mit assistiertem Selbstmord bei nicht palliativen Patienten zu tun haben, nehme ich aus meiner Diskussion heraus. Das Plenum hat jetzt dreieinhalb Stunden lang zu diesem Thema diskutiert. Ich hatte vorhin in meinem Redebeitrag gesagt: Dann muss sich die Versammlung mit diesem Thema, konkret diese Fragestellung betreffend, beschäftigen. Wenn wir jetzt

plötzlich nur durch die Änderung einer Überschrift die gesamte Berufsordnung in eine völlig andere Richtung schieben, kann das so nicht sein.

(Beifall)

Ich muss jetzt bezüglich Ihres Antrags den Antrag auf Nichtbefassung mit der Änderung der Überschrift stellen. Wenn überhaupt, dann kann das im nächsten oder im übernächsten Jahr diskutiert werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Udo Wolter sagt, er will das gründlich diskutieren. Dann ziehe ich meinen Antrag zurück.

(Beifall)

Dieter, tut ihr das auch?

(Dr. Mitrenga, Nordrhein: Ja, natürlich! Das war ja nur eine Hilfe! Wenn sie nicht gewollt wird, lassen wir es!)

– Prima.

Dann bitte ich jetzt um die Schlussabstimmung zu **§ 16** der Berufsordnung in der neuen Fassung. Wer befürwortet diese Fassung? – Wer ist gegen die neue Fassung? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Wer enthält sich? – Sollen wir es auszählen lassen? – Wir machen das für die Annalen. Ich frage also noch einmal: Wer befürwortet den gesamten § 16 der Berufsordnung in der neuen Fassung? – Wer möchte diesen Paragrafen nicht ändern, also die neue Fassung ablehnen? – Wer möchte sich enthalten? – 7 Enthaltungen. Dann ist die neue Fassung mit 166 Jastimmen, 56 Neinstimmen und 7 Enthaltungen **angenommen.**

(Beifall)

Ich glaube, das reicht aus. Das ist kein Grund zum Jubeln, aber ein ordentliches Ergebnis.

Dann wünsche ich Ihnen einen schönen Abend. Morgen früh um 9 Uhr behandeln wir zunächst einmal die Tagesordnungspunkte, die zur Entlastung des Vorstands notwendig sind. Anschließend wird gewählt. Herr Scriba wird zur Versorgungsforschung vortragen, weil das auch finanzrelevant ist.

Seien Sie bitte morgen früh um 9 Uhr pünktlich wieder hier. Wir freuen uns auf Sie.

3. Tag, Donnerstag, 2. Juni 2011
Nur Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, meine Damen und Herren! Wir begrüßen Sie alle sehr herzlich von hier oben und hoffen, dass Sie gestern einen schönen Abend hatten, eine gute Nacht verbracht haben und ausgeschlafen sind. Das ist heute Morgen nämlich nötig, weil wir erstens die Regularien abhandeln und zweitens wählen. Wir werden das neue Präsidium wählen, deswegen müssen wir alle hellwach sein.

Ich begrüße zunächst Herrn Professor Beske, den Ehrenpräsidenten dieses Deutschen Ärztetages, der auch heute wieder anwesend ist.

(Beifall)

Ich begrüße ferner den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Vilmar.

(Beifall)

Es gibt Geburtstage. Herr Dr. Jürgen Braun, Delegierter aus Baden-Württemberg, hat heute Geburtstag. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Herr Kollege Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, hat ebenfalls heute Geburtstag. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Es ist schön, dass Sie Ihren Geburtstag bei uns verbringen.

(Heiterkeit)

Jetzt behandeln wir die Regularien. Dazu muss die Berichterstattung zur Förderinitiative Versorgungsforschung stattfinden, weil diese finanzrelevant ist. Den Bericht zur Versorgungsforschung als Teil des Tätigkeitsberichts ziehen wir an dieser Stelle vor. Aufgrund der finanziellen Aufwendungen muss dieser vor dem Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 beraten werden.

Dazu begrüße ich als Referenten Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Peter Scriba, den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wir sind gespannt auf Ihren Bericht. Dazu gehört ein Antrag, der unter Tagesordnungspunkt VI „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“ publiziert ist: „Verstetigung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer“.

Bitte, Herr Scriba.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Verehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst wünsche ich Ihnen einen schönen guten Morgen. Es

ist für mich natürlich eine Ehre und eine Freude zugleich, Ihnen noch einmal über die Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung berichten zu können. Sie werden sich wahrscheinlich daran erinnern, dass wir vor einem Jahr einen ausführlichen Bericht abgegeben haben, damals unter Mitwirkung von Konrad Selbmann, der über die Implementierung von Leitlinien referiert hat, und Thomas Mansky, der Sie über die Notwendigkeit eines Zugangs zu Routinedaten informiert hat, um diese für die Versorgungsforschung, für Qualitätsmanagement und Ähnliches einsetzen zu können.

Deswegen erlaube ich mir heute, Sie darauf hinzuweisen, dass Sie alle Informationen, die bis zum heutigen Tag zu erhalten sind, in den „Visitenkarten“, die Ihnen ausgedruckt vorliegen, nachschauen können. Insofern kann ich mich auch im Hinblick auf die spannende Tagesordnung von heute relativ kurzfassen.

Im Förderzeitraum 2006 bis 2011 wurden insgesamt über 50 Einzelprojekte in Auftrag gegeben bzw. durchgeführt. Das hat zu über 63 Veröffentlichungen geführt, einschließlich der Originalbeiträge. Davon wurden 17 Beiträge im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht, gekennzeichnet mit dem roten Logo, das eigens für unsere Versorgungsforschung erfunden wurde.

Darüber hinaus hat es 44 Kongressbeiträge in Form von Postern und Vorträgen gegeben.

Ich möchte mich sehr herzlich bei allen bedanken, die mitgearbeitet haben, sei es im Sinne der Erbringung der originalen Erkenntnisse, sei es als Gutachter im Rahmen der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung der Bundesärztekammer. Insbesondere möchte ich mich herzlich bedanken bei allen Mitgliedern der AWMF, die uns erheblich unterstützt und aktiv mitgewirkt haben. Es war viel Arbeit. Diese Herrschaften verdienen einen Dank.

(Beifall)

Es sind bisher insgesamt – abgesehen von dem, was ich bisher erwähnt habe – fünf Bände des „Reports Versorgungsforschung“ erschienen. Die beiden letzten Bände, die noch im Druck sind, sind zum einen derjenige von Herrn Präsident Bartmann, Frau Blettner und Herrn Heuschmann mit dem Titel „Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung". Das ist ein umfangreicher Überblick über den Einsatz telemedizinischer Verfahren. Das wird im Laufe des Jahres erscheinen. Eine Vorabinformation war im „Deutschen Ärzteblatt“ zu lesen. Vielleicht hat es der eine oder andere zur Kenntnis genommen. Der fünfte Band berichtet über spezielle Anforderungen beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter, herausgegeben von Martin Reincke und Fred Zepp. Auch hier gab es eine Vorabinformation im „Deutschen Ärzteblatt“.

Auch dem „Deutschen Ärzteblatt“ bin ich zu Dank verpflichtet für die wirklich außerordentlich erfreuliche Zusammenarbeit während der letzten Jahre.

Meine Damen und Herren, ich möchte Sie bitten, die Informationen über die insgesamt 30 Typ-I-Projekte, also über Projekte, die massiver gefördert worden sind und Originaldaten erbracht haben, und über die 12 Typ-III-Projekte, die bis jetzt fertig sind, den „Visitenkarten“ zu entnehmen.

Ich will noch auf die Expertisen eingehen, also die Kurzinformationen, die zusammengetragen wurden, die im laufenden Förderungsjahr noch unterwegs sind. Das sind zwei Expertisen über die Notwendigkeit des Datenzugangs. Sie sind fertiggestellt. Es gibt im Internet dazu auch schon einen ersten Einblick. Es gibt drei Expertisen zur Bedarfsplanung für die gesundheitliche Versorgung. Auch diese Expertisen sind so gut wie fertiggestellt.

Darüber hinaus gibt es zwei Expertisen über die Einflüsse der Auftraggeber auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien. Der zweite Teil dessen ist in Bearbeitung. Der erste Teil hat ja erhebliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Schließlich gibt es drei Expertisen zur Rolle der ärztlichen Psychotherapie, die in Arbeit sind. Wir sind sehr gespannt, was dabei herauskommen wird.

Soviel zu den Typ-III-Projekten. Wie soll es nun weitergehen? Sie werden sich vielleicht daran erinnern, dass Sie das vor einem Jahr ausführlich diskutiert haben. Herr Schwantes hat mit seiner symbolischen Spende die Finanzierung der Fortsetzung unserer Arbeit eingeleitet. Der Auftrag des 113. Deutschen Ärztetages lautete, eine Konzeption zur Fortentwicklung der Förderinitiative einschließlich eines Finanzierungsrahmens zu erstellen. Die Vorgaben des 113. Deutschen Ärztetages waren: Es sollte ohne Einbuße an Wissenschaftlichkeit weitergearbeitet werden; es sollten insbesondere ärztlich relevante Versorgungsaspekte noch schärfer herausgearbeitet und konzipiert werden; eine Folgeprogrammatik sollte – auch im Hinblick auf eine beginnende breitere institutionelle Förderung durch die Bundesregierung, nicht zuletzt angeschoben durch die Bundesärztekammer – finanziell an die Möglichkeiten der Bundesärztekammer angepasst und damit enger als bisher ausgestaltet sein.

Wir möchten den Report Versorgungsforschung fortsetzen, weil wir der Meinung sind, dass damit wissenschaftliche Erkenntnisse zu aktuellen und auch für die Gesundheitspolitik wichtigen Themen umfassend und relativ schnell zusammengetragen werden können. Grundlage eines jeden Bandes bildet ein Symposium. Über den Rahmen der Erkenntnisse aus dem Symposium hinausgehende Beiträge werden zusammengeführt. Das alles erscheint in einem Band. Das sind Aktivitäten, die in den Fachkreisen eine relativ große Resonanz finden. Sie sind gut vorzeigbar, wenn man in einer politischen oder sonstigen Auseinandersetzung argumentieren will.

Der Report Versorgungsforschung – bislang sogenannte Typ-II-Projekte – soll als Methode der weiteren Aktivität genutzt werden.

Durch Expertisen oder Literaturreviews lassen sich enger umschriebene konkrete Fragestellungen, zu denen es bereits Ergebnisse wissenschaftlicher Studien gibt, relativ schnell bearbeiten. Auch das empfehlen wir zur Fortsetzung.

Aufgrund der beiden Konzentrierungen bietet es sich an, eine Umbenennung vorzunehmen: Aus der bisherigen Förderinitiative zur Versorgungsforschung wird die Initiative Versorgungsforschung. Das bedeutet auch, dass wir uns bei dieser Gelegenheit mit Dank bei der SKV verabschieden und uns in Zukunft enger an den Wissenschaftlichen Beirat anhängen, der mit einer Arbeitsgruppe die erforderliche Begutachtungsarbeit, die Programmgestaltung usw. übernehmen wird.

Damit komme ich zu einem Ausblick auf den Finanzrahmen, den Sie bei der Besprechung des Haushalts diskutieren können, falls Sie dies wünschen. Ich will hier nur kurz darüber informieren, was vorgesehen ist. Bisher standen jährlich etwa 750.000

Euro zur Verfügung. Ab dem Geschäftsjahr 2011/2012 soll die Summe auf 220.000 Euro reduziert werden. Damit sollen die Durchführung von jährlich durchschnittlich zwei Reports Versorgungsforschung – zwei Symposien und zwei Buchveröffentlichungen – sowie die Erstellung von jährlich durchschnittlich fünf bis sieben Expertisen finanziert werden.

Dass uns die Themen nicht ausgehen werden, können Sie der kurzen, nur informativen Zusammenstellung über anstehende Themen entnehmen. Es handelt sich zum Teil noch um Aufträge des 113. Deutschen Ärztetages. Es geht um die Auswirkung neuer Versorgungsformen, um die Evaluation der sektorübergreifenden Qualitätssicherung, um ein Weißbuch zur Bedeutung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie um Suchtprävention und -therapie bei Ärztinnen und Ärzten. Einen Mangel an Themen haben wir wirklich nicht zu befürchten.

Meine Damen und Herren, wir befinden uns am Ende der sechsjährigen Förderperiode. Es war aus meiner Sicht – ich sage das ohne jeden Versuch eines Eigenlobs – eine außerordentlich erfolgreiche Initiative. Ich habe mich sehr herzlich auch im Namen aller Kolleginnen und Kollegen, die mitgearbeitet haben, bei allen vorausgegangenen Ärztetagen zu bedanken, auch für viel Unterstützung und kritische Anmerkungen und positive Anregungen.

In der bilanzierenden Wahrnehmung spricht wohl doch alles dafür, die Bemühungen fortzusetzen. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer würde sich in Bezug auf eine künftige Initiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer einer Durchführungsverantwortung selbstverständlich gerne stellen.

Ich kann meine Bemerkungen nicht schließen, ohne mich ganz herzlich noch einmal bei Ihnen allen zu bedanken, aber auch beim Dezernat 6, das mit der gesamten Mannschaft hinter dieser Arbeit stand und uns in fantastischer Weise unterstützt hat. Ich möchte auch ein Wort der Dankbarkeit und zugleich auch der gewissen Rührung an zwei Personen richten: an unseren Präsidenten, Herrn Professor Hoppe, und an Christoph Fuchs. Das waren die beiden Personen, mit denen vor etwas über sechs Jahren gemeinsam mit Herrn Wille ein Gespräch stattfand in einem kleinen Hotelzimmer in Bonn. Auf dieser Vorbesprechung baute sich dann die gesamte Initiative Förderung der Versorgungsforschung auf. Dahinter steckt nicht nur eine Aktivität zugunsten der Versorgungsforschung, sondern das Ganze ist auch der Ausdruck unseres damaligen Wunsches, ein noch engeres Zusammenrücken zwischen denen, die sich für die Medizin auf der wissenschaftlichen Seite engagieren, und denen, die die Verantwortung des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer zu tragen haben, herbeizuführen. Im Rückblick auf die vergangenen Jahre denke ich, dass dieses Zusammenrücken gelungen ist. Ich möchte mich aus meiner Sicht ganz herzlich bei den eben Genannten und bei Ihnen allen bedanken.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir bedanken uns sehr herzlich bei Ihnen dafür, dass Sie das so gut koordiniert und die Initiative zu demjenigen Erfolg geführt haben, der auch andere inspiriert hat, ähnliche Projekte durchzuführen. Wir sind jetzt nicht

mehr die Einzigen, sondern es gibt eine Vielzahl von Unternehmen, die sich um die Versorgungsforschung kümmern. Vorbild ist immer das, was Sie mit Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Bundesärztekammer geleistet haben. Dafür gebührt Ihnen ein hohes Lob, das Ihnen zuteilwerden möge.

Wortmeldungen haben wir nicht. Es liegt der **Antrag VI-01** des Vorstands der Bundesärztekammer zum Tätigkeitsbericht mit der Überschrift „Verstetigung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer“ vor. Ich hoffe, Sie haben diesen Antrag alle vorliegen. Es würde ein bisschen zu lange dauern, den ganzen Antrag vorzulesen. Haben Sie alle diesen Antrag? – Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Eine Gegenstimme. Wer enthält sich? – Fünf Enthaltungen. Dann ist der Antrag **angenommen.** Wir bedanken uns sehr herzlich bei Ihnen.

Herr Scriba, herzlichen Glückwunsch. Das war so überzeugend, dass die Diskussion schon beendet ist.

(Beifall)

Bevor wir mit den Tagesordnungspunkten zu den Finanzen beginnen, frage ich die Geschäftsführung, ob Anträge zum Tagesordnungspunkt VI „Tätigkeitsbericht“ vorliegen, die für die Entlastung des Vorstands relevant sind, außer Versorgungsforschung. – Das ist nicht der Fall.

Wenn das nicht der Fall ist, können wir jetzt die Tagesordnungspunkte VII – IX behandeln, die Finanzen. Dazu gebe ich folgende Hinweise. Die Finanzkommission hat durch einen Grundsatzbeschluss im Jahr 1987 für eine öffentliche Beratung der Tagesordnungspunkte „Finanzen“ plädiert.

Der Vorstand und die Delegierten des 90. Deutschen Ärztetages haben diesem Vorschlag seinerzeit zugestimmt.

Da es sich um eine grundsätzliche Empfehlung der Finanzkommission gehandelt hat, schlage ich vor, auch in diesem Jahr die Beratungen zu den Tagesordnungspunkten VII – IX „Finanzen“ öffentlich zu verhandeln.

Gibt es eine Gegenmeinung? – Das ist nicht der Fall. Dann gehe ich von Ihrem Einverständnis aus.

§ 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 § 10 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage Anträge zum Haushaltsvoranschlag nur mit der Maßgabe zur Abstimmung zugelassen werden, dass ein zustimmendes Abstimmungsergebnis lediglich einen Vorschlag für die Entscheidung zur Abstimmung durch die Stimmführer darstellt.

Wird ein Änderungsantrag durch diese Stimmführer angenommen, ist gegebenenfalls ein Nachtragshaushalt aufzustellen.

Die Stimmabgabe erfolgt mittels farbiger Stimmkarten. Die grüne Stimmkarte bedeutet Ja, die rote Stimmkarte bedeutet Nein.

Das Abstimmungsverfahren erfolgt durch Aufruf jeder Kammer in alphabetischer Reihenfolge. Der Stimmführer gibt durch Hochheben der entsprechenden farbigen Karte das Votum seiner Kammer bekannt. Somit ist die schnellstmögliche Feststellung des Gesamtergebnisses gewährleistet.

Die Stimmkarten können jetzt vor der Bühne bei Herrn Zielesch abgeholt werden.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt VII** auf:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)

a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2009/2010

b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2009/2010

Den Bericht der Geschäftsführung erstattet Herr Professor Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Bitte, Herr Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir geben Ihnen Rechenschaft über die Verwendung der uns anvertrauten Mittel des Geschäftsjahres 2009/2010, das am 30. Juni 2010 zu Ende gegangen ist. Wir sind überzeugt, diese Beitragsmittel, die die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland uns über die Landesärztekammern bereitgestellt haben, Euro für Euro effizient eingesetzt zu haben.

Unsere Satzung, Ihre Beschlüsse und der Vorstand betrauen uns mit vielfältigen Aufgaben. Die radikal schneller agierenden politischen Mit- und auch Gegenspieler fordern uns und sie müssen von uns gefordert werden.

Wir verteidigen ärztliche Positionen in der Gesundheitslandschaft und mischen uns ein, um an allen Stellen den Attacken auf die freiberufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis entgegenzuwirken.

Wir haben Ihnen einen umfassenden Tätigkeitsbericht an die Hand gegeben, der Ihnen über diese Aktivitäten einen Eindruck vermittelt. Ebenso haben Sie die Jahresrechnung des abgelaufenen Geschäftsjahrs in Form des Prüfberichts der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erhalten.

Auf diesen Prüfbericht wird der Vorsitzende der Finanzkommission, Herr Dr. Ensink, anschließend detailliert eingehen. Um Sie nicht über Gebühr mit Dopplungen zu strapazieren, beschränke ich mich auf die jetzt folgenden Einzeldarstellungen.

Die Bilanzsumme beträgt 51.139.356 Euro und liegt um rund 3,6 Millionen Euro über dem Vorjahreswert. Insbesondere mussten die Rückstellungen höher dotiert werden. Aber auch die Rücklagen, zum Beispiel zum Erwerb des Bauteils C-Süd – darüber hatte ich im vergangenen Jahr berichtet –, konnten erhöht werden.

Die Erträge und Aufwendungen gleichen sich bei dem Betrag von 19.323.085,37 Euro aus. Erfreulicherweise sind hierin nicht verbrauchte Mittel von 2.883.553,33 Euro enthalten. Darauf sind wir auch ein wenig stolz. Beigetragen zu den nicht verbrauchten Mitteln hat eine Reihe von Einzelpositionen, die nicht ausgeschöpft werden mussten. Hierbei sind die Personalaufwendungen mit rund 860.000 Euro beteiligt; im geringeren Maße von 280.000 Euro wegen temporär nicht besetzter Stellen, vor allem aber wegen einer Neubewertung der Pensionsrückstellungen aufgrund eines versicherungsmathematischen Gutachtens. Die Pensionsrückstellungen konnten daher um 516.000 Euro weniger als geplant erhöht werden.

Meinerseits möchte ich noch die Erträge aus unserer Beteiligung am Deutschen Ärzte-Verlag ansprechen. Dieser wird mit gebotener kaufmännischer Vorsicht nur mit 75 Prozent des Vorjahresgewinns eingeplant. Die Beteiligungserträge sind um 2.442.000 Euro höher ausgefallen, als sie eingeplant waren.

Ich möchte an dieser Stelle auch ganz persönlich den Geschäftsführern des Deutschen Ärzte-Verlags danken, Herrn Führer und dem ab Januar 2011 bestellten Geschäftsführer Herrn Froitzheim. Sie leisten mit ihrem Einsatz viel, um in diesem extrem schwierigen Markt weiter gut bestehen zu können. Der Verlag hat sich einem Veränderungsprozess gestellt und durch Umstrukturierungen die Grundlagen für die Zukunft in einer veränderten Mediengesellschaft gelegt. Wir wünschen Ihnen, Herr Führer und Herr Froitzheim, und uns dabei viel Erfolg.

(Beifall)

Die Jahresrechnung wurde im Auftrag der Finanzkommission extern geprüft und hat den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erhalten. Auch hierzu wird Herr Dr. Ensink ausführen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Fuchs. – Jetzt kommt der Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2009/2010. Diesen Bericht erstattet Herr Dr. Franz Bernhard Ensink, MBA, aus Göttingen, Vorsitzender der Finanzkommission der Bundesärztekammer. Bitte, Herr Kollege Ensink.

Dr. Ensink, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Delegierte! Die Jahresrechnung der Bundesärztekammer zum Bilanzstichtag 30. Juni 2010, die Ihnen heute zur Beschlussfassung vorliegt, hat bereits eine ganze Reihe von Begutachtungen hinter sich.

Die eigentliche Revision nahm – wie soeben von Professor Fuchs ausgeführt – im Auftrag der Finanzkommission – nunmehr bereits zum zweiten Mal – die Berliner Niederlassung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte und Touche vor. Deren Ergebnis ist von der Finanzkommission und – vorbereitend – von der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ in ihren jeweiligen Sitzungen behandelt worden.

Zu diesen Sitzungen erläuterte die verantwortliche Wirtschaftsprüferin von Deloitte die vorgenommenen Prüfungshandlungen sowie deren Ergebnis und führte dabei auch zur wirtschaftlichen Situation der Bundesärztekammer aus.

In der hier projizierten Tabelle sehen Sie die Bilanzwerte zusammengefasst. Für den Abrechnungszeitraum 2009/2010 beträgt die Bilanzsumme 51.139.000 Euro nach 47.512.000 Euro im vorhergehenden Vergleichszeitraum. Die Zunahme spiegelt das gezielte Ansparverhalten zum Erwerb des Bauteils C-Süd wider. Professor Fuchs hat den Erwerb dieses Bauteils C-Süd gerade kurz angesprochen. Da unter uns aber eine ganze Reihe neuer Delegierter sind, darf ich mir erlauben, hier erläuternd anzufügen, dass es sich hierbei um einen Gebäudeteil handelt, der sich im gleichen Gebäude am Herbert-Lewin-Platz in Berlin befindet wie die Bundesärztekammer, sich aber – von der Straße aus betrachtet – nach hinten an die derzeit bereits von der Bundesärztekammer genutzten Flächen anschließt und derzeit noch der KBV gehört. Da die KBV auf der gegenüberliegenden Straßenseite in Berlin ein großes eigenständiges Verwaltungsgebäude neu erstellen lässt und sich vor diesem Hintergrund von ihren bisherigen Teilflächen im Gebäude der Bundesärztekammer trennen wollte, bestand hier eine quasi einmalige Möglichkeit, eine optimale Flächenarrondierung zur Deckung des sowohl aktuellen als auch des mittelfristig vorhersehbaren Zusatzbedarfs der Bundesärztekammer vorzunehmen.

Daher wurde bereits vor längerer Zeit der Ankauf dieser Flächen beschlossen. Wir befinden uns in der Umsetzungsphase dieses Vorhabens. Ich komme im weiteren Verlauf meiner Ausführungen nochmals kurz auf diesen Punkt zurück.

Mit dem Vergleich der Passivseite sehen Sie die Goldene Bilanzregel gut erfüllt. Das Anlagevermögen der Bundesärztekammer wird durch die Eigenkapitalpositionen, also Vermögensstock auf der einen Seite und Rücklagen auf der anderen Seite, gut gedeckt.

Alle Delegierten haben ein Exemplar des Originalprüfberichts vorliegen. Wichtig als zentrales Ergebnis sind vor allem die beiden folgenden Feststellungen:

Erstens. Dem Jahresabschluss wurde – wiederum – der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt.

Zweitens. Ergänzend wurden auch die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung geprüft. Als Ergebnis dieser – wie in jedem Jahr üblich – zusätzlich beauftragten Prüfung wurden wiederum Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung attestiert.

Prüfungsschwerpunkte waren für diesen Abschluss das Finanz- und Sachanlagevermögen. Die erstmalige Anwendung der Bestimmungen des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes – im Volksmund mittlerweile auch als „BilMoG“ bekannt – führte zu geänderten Bewertungen bei den Rückstellungen der Bundesärztekammer, was

auch zu bilanziellen Zinsaufwendungen führt, die aber – das sei deutlich hinzugefügt – nicht mit realen Ausgaben verwechselt werden sollten.

Nachfolgend möchte ich noch auf einige Details der Jahresrechnung eingehen.

Die Personalaufwendungen bewegen sich insgesamt im Rahmen des Voranschlags. Der Aufwand Pensionsrückstellungen fiel entsprechend dem versicherungsmathematischen Gutachten geringer aus. Höhere Aufwendungen waren hingegen bei den Sonstigen Personalaufwendungen zu verzeichnen. Insbesondere wirkt sich hier die drastische Erhöhung des Umlagesatzes des Pensions-Sicherungs-Vereins aus, bei dem die Bundesärztekammer pflichtgemäß Mitglied ist und dementsprechend Beiträge abzuführen hat. Man kann es ganz verkürzt so ausdrücken: Das, was sich hier auswirkt, sind im Endeffekt auch indirekte Folgen der Finanzmarktkrise.

Bei den Satzungsmäßigen Aufwendungen fällt die zahlenmäßige Diskrepanz zum Voranschlag bei der Position Berufspolitische Aktionen auf. Zu beachten ist dabei, dass unter dieser Position auch unterjährig durch den Vorstand beschlossene Aufwendungen ausgewiesen werden, die durch Rücklagenentnahme finanziert werden. Auf dieses Verfahren hatten wir uns seinerzeit – wegen der so zu erreichenden größeren Transparenz der tatsächlichen Geldflüsse – mit der Geschäftsführung verständigt. Im konkreten Fall betrifft dies die Aufwendungen für die Umfragen „Sterbehilfe“ und den „eHealth-Report“.

Die Abweichungen beim Deutschen Ärztetag mit Istaufwendungen von 683.000 Euro zu Planaufwendungen von 530.000 Euro liegt insbesondere darin begründet, dass bei der Haushaltsaufstellung noch mit Schätzungen gearbeitet werden musste und man, wie man vielleicht auch bei dieser Halle sehen kann, manchmal von Dingen überrascht wird, die erforderlich sind, um uns überhaupt erst einen adäquaten Tagungsrahmen zu ermöglichen.

Die Aufwendungen für die unter „Wissenschaftlicher Beirat“ aufgeführten Gremien liegen mit 254.000 Euro deutlich über dem Voranschlag von 230.000 Euro. Diese Überschreitung ergab sich aber wegen der Notwendigkeit einer höheren Sitzungsfrequenz und infolge zusätzlicher Veranstaltungen, insbesondere im Bereich Organtransplantation. Sie haben ja gestern über dieses Thema im Rahmen eines Tagesordnungspunkts befunden.

Beim Beitrag zum Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin sind Aufwendungen von 796.000 Euro im Vergleich zum Voranschlag von 720.000 Euro zu verzeichnen, unter anderem wegen einer notwendigen Zuführung zu den separaten Pensionsrückstellungen für das ÄZQ.

Bei der Position Sonstige Aufwendungen ist Ähnliches zu beachten wie zur Position Berufspolitische Aktionen. Hier werden auch Projekte gebucht, die durch zweckgebundene Rücklagen finanziert werden. Im gegebenen Abrechnungszeitraum handelte es sich hierbei um folgende Dinge: einen Teil des GOÄ-Projekts mit 231.000 Euro, Teilzahlungen für das Projekt „Evaluation Weiterbildung“ mit 192.000 Euro und die Studie „Delegation“. Diese Projektausgaben sind alle entsprechend durch Vorstandsbeschlüsse und Einbeziehung der Finanzgremien untermauert.

Die anderen Positionen der Satzungsbedingten Aufwendungen wurden entsprechend dem Voranschlag eingehalten oder geringfügig über- bzw. unterschritten.

Deutlich unterschritten wurden die Positionen Projekte Qualitätssicherung und gemeinsame IT-Projekte.

Jetzt noch einige wenige Anmerkungen zu den Allgemeinen Verwaltungskosten.

Die Sonstigen Gebäudekosten wurden um 16.000 Euro überschritten. Die Aufwendungen für Sitzungen, Veranstaltungen sind mit 238.000 Euro um 34.000 Euro wegen nicht geplanter Veranstaltungen und besonderer Anlässe überschritten.

Gleichwohl liegen die Allgemeinen Verwaltungskosten insgesamt um 126.000 Euro unter dem Voranschlag von 2.115.000 Euro.

Nun zu den Erträgen: Deutlich geringer als geplant fiel das Zinsergebnis aus: mit 491.000 Euro statt der ohnehin bereits recht vorsichtig geplanten 550.000 Euro. Im Vorjahr wurden hier noch 631.000 Euro erzielt.

Auch der Gewinnanteil an der Ausschüttung des Deutschen Ärzte-Verlags wird stets sehr vorsichtig eingeplant. Professor Fuchs hat eben auf die 75-Prozent-Regel, die sich hier eingebürgert hat, verwiesen. Sie sehen im Bericht, dass die Beteiligungsbeträge daher letztlich um erfreuliche 2.482.000 Euro höher als geplant ausgefallen sind.

Nicht zuletzt aus diesem Grunde schließt die Jahresrechnung mit einem Überschuss von 2.883.553,33 Euro.

Ich darf an dieser Stelle nicht nur den beiden anwesenden Geschäftsführern, die derzeit im Amt sind, sondern auch, da sich die Ergebnisse sehr wohl auch auf den vorhergehenden Zeitraum beziehen, dem inzwischen altersbedingt ausgeschiedenen Geschäftsführer Herrn Weber unseren Dank aussprechen.

(Beifall)

Die Finanzkommission hat in ihrer Sitzung am 22. Januar 2011 den Bericht zur Kenntnis genommen und dem Jahresabschluss 2009/2010 einstimmig ohne Enthaltung zugestimmt. Wir empfehlen auch Ihnen, den Delegierten des Deutschen Ärztetages, dieser Jahresrechnung zuzustimmen.

Ferner empfiehlt der Vorstand auf Empfehlung der Finanzkommission, die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2009/2010 in Höhe der besagten 2.883.553,33 Euro der zweckgebundenen Rücklage zum Erwerb der Immobilie Bauteil C-Süd zuzuführen.

Dieses Vorhaben hatten wir bereits im letzten Jahr hier intensiver vorgestellt. Voraussetzung zum Erwerb des direkt an die Bundesärztekammer angrenzenden Gebäudeteils der KBV ist die Fertigstellung des im Bau befindlichen KBV-Gebäudes auf der gegenüberliegenden Straßenseite. Wegen der langanhaltenden Frostperioden in den beiden letzten Wintern hat sich die Fertigstellung des neuen KBV-Gebäudes gegenüber dem ursprünglichen Zeitplan allerdings deutlich verzögert. Aus diesem Umstand ergibt sich eine gewisse „Abfärbung“ auf unseren eigenen ursprünglichen Zeitplan, ohne dass dadurch jedoch das Vorhaben grundsätzlich tangiert würde.

An dieser Stelle danke ich allen Mitgliedern der Finanzkommission der Bundesärztekammer für die stets konstruktive Zusammenarbeit. Ferner danke ich insbesondere auch den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“, die über die

eigentlichen Sitzungen der Finanzkommission hinaus in den letzten zwölf Monaten zu drei Sitzungen zusammentraten, aber auch zwischendurch immer wieder zu zeitnahen schriftlichen Stellungnahmen aufgerufen waren.

Meinen Bericht zum Jahresabschluss möchte ich nicht beenden, ohne vorher auch noch ganz ausdrücklich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für ihre auch im zurückliegenden Geschäftsjahr wiederum engagierte Tätigkeit zu danken.

Ich bin mir sicher, ich spreche hier im Namen aller alten und neuen Delegierten dieses Ärztetages, wenn ich Sie, Herr Professor Fuchs, als Hauptgeschäftsführer unserer Bundesärztekammer und Sie, Herr Raabe, als Leiter des für Finanzangelegenheiten zuständigen Dezernats auch in diesem Jahr wieder ausdrücklich bitte, unseren Dank allen involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für deren Leistung gezielt zu übermitteln.

(Beifall)

Abschließend sind Sie als Delegierte nunmehr aufgerufen, den vorgelegten Jahresabschluss und den hier vorgetragenen Verwendungsvorschlag für die nicht verbrauchten Mittel zu beraten. Anschließend sind die Stimmführer der jeweiligen Landesärztekammer aufgefordert, über die vorliegenden Beschlussempfehlungen abzustimmen.

Weiter bitte ich Sie und beantrage unter dem folgenden Tagesordnungspunkt die Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010. Mein entsprechender Antrag, unterstützt von Delegierten vieler Ärztekammern, sollte Ihnen als Umdruck am Platz vorliegen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Ensink, für diesen Bericht und das darin zum Ausdruck kommende Vertrauen.

Ich muss jetzt verkünden, dass keine Wortmeldung vorliegt. Die Abstimmung könnte insofern sofort erfolgen. Haben Sie alle die Stimmkarte in Händen? – Dann frage ich: Baden-Württemberg? – Ja. Bayern? – Ja. Berlin? – Ja. Brandenburg? – Ja. Bremen? – Ja. Hamburg? – Ja. Hessen? – Ja. Mecklenburg-Vorpommern? – Ja. Niedersachsen? – Ja. Nordrhein? – Ja. Rheinland-Pfalz? – Ja. Saarland? – Ja. Sachsen? – Ja. Sachsen-Anhalt? – Ja. Schleswig-Holstein? – Ja. Thüringen? – Ja. Westfalen-Lippe? – Ja.

Dann sind 250 Jastimmen zusammengekommen. Wir bedanken uns dafür, dass Sie diese Abstimmung so durchgeführt haben. Ich nehme an, dass wir dadurch gleichzeitig die Bestätigung des sorgsamen Umgangs mit finanziellen Mitteln bekommen haben.

Es geht nun weiter mit der Entlastung des Vorstands. Baden-Württemberg? – Ja. Bayern? – Ja. Berlin? – Ja. Brandenburg? – Ja. Bremen? – Ja. Hamburg? – Ja. Hessen? – Ja. Mecklenburg-Vorpommern? – Ja. Niedersachsen? – Ja. Nordrhein? –

Ja. Rheinland-Pfalz? – Ja. Saarland? – Ja. Sachsen? – Ja. Sachsen-Anhalt? – Ja. Schleswig-Holstein? – Ja. Thüringen? – Ja. Westfalen-Lippe? – Ja.

Danke schön. Jetzt fühlen wir uns richtig wohl, nachdem das passiert ist.

(Beifall)

Jetzt kommen wir zum **Tagesordnungspunkt IX:**

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)

a) Bericht der Geschäftsführung

b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission

Wir kommen zunächst zum Bericht der Geschäftsführung. Da wird Herr Professor Fuchs gebeten, uns aus seiner Sicht den Haushaltsvoranschlag nahezubringen. Bitte, Herr Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Delegierte! Sie haben vor sich den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012, das am 1. Juli 2011 beginnen wird und bis zum 30. Juni 2012 dauert. In den Finanzunterlagen ist dieser Voranschlag auf den blauen Seiten abgedruckt.

Zunächst die Globalzahlen: Der kommende Haushalt soll ein Volumen von 17.461.000 Euro umfassen, womit das Volumen zum jetzt laufenden Geschäftsjahr um 2,84 Prozent sinkt. Gleichwohl soll die von den Landesärztekammern zu entrichtende Umlage um 0,64 Prozent steigen.

Schon diese Zahlen deuten auf einige Besonderheiten im kommenden Haushaltsjahr hin, die ich Ihnen gerne ausführlicher erläutern möchte. Hierbei spreche ich die einzelnen Punkte in der Reihenfolge des Ihnen vorliegenden Voranschlags an.

Zunächst zu Stellenplanänderungen. Es handelt sich um eine zusätzliche Sachbearbeiterstelle im Dezernat 1 für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Suchtmedizin. Ferner soll die bestehende Sekretärinnenstelle des Zentralarchivs in eine Sachbearbeiterstelle überführt werden.

Für die laut Ärztetagsbeschluss in Dresden vorgesehene Fortführung der Versorgungsforschung – Herr Scriba hat es hier ausführlich dargestellt – wurde ein deutlich abgesenkter Aufwand vorgesehen. Dementsprechend wurde beim Haushaltsansatz berücksichtigt, dass die beiden bisherigen befristeten Stellen für Versorgungsforschung – nämlich eine volle Referentenstelle und eine volle Sekretärinnenstelle – zukünftig wegfallen. Stattdessen wurde für das kommende Haushaltsjahr jeweils eine Eindrittelstelle – Referent/in und Sekretärin – eingeplant. Diese Reduzierung auf ein Drittel der einschlägigen Kosten im Personalbereich findet ihre Entsprechung durch eine ebensolche Anpassung auch bei den Sachaufwendungen.

In den Personalnebenkostenpositionen werden diese Änderungen nachvollzogen.

Die Position 6 – Sonstige Personalaufwendungen – steigt von 75.000 Euro auf 110.000 Euro wegen deutlich höherer Akquisitionsaufwendungen, vor allem aber wegen des drastisch höheren obligaten Beitrags zum Pensions-Sicherungs-Verein.

Meine nächste Anmerkung gilt der Position 10 der Satzungsbedingten Aufwendungen, dem Deutschen Ärztetag. Hier ist mit 630.000 Euro der Nürnberger Ärztetag 2012 berücksichtigt.

Die Aufwendungen für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit werden mit 156.000 Euro angesetzt nach 123.000 Euro im laufenden Jahr. Dieser Mehrkostenansatz resultiert insbesondere aus der Einplanung des Aufwands für die Herstellung von Videostreams und weiterer aktueller Formen der Internetpräsentation.

Unter Position 13 wird als neue und zutreffendere Bezeichnung „Wissenschaftliche Gremien“ gewählt. Bisher wurde diese Position unter „Wissenschaftlicher Beirat“ geführt.

Die nächste Position 14 betrifft die Versorgungsforschung. Künftig sollen jährlich zwei Reports und circa fünf bis sieben Expertisen durchgeführt werden. Die Gesamtkosten von 180.000 Euro korrespondieren mit den genannten Personalaufwendungen. Mit einem Anteil von 30 Prozent im Vergleich zu den bisherigen durchschnittlichen jährlichen Kosten soll die Versorgungsforschung auch in den kommenden Jahren weiter fortentwickelt werden.

Unter Position 16 – Beitrag zum Bundesverband der Freien Berufe – wird die neue Beitragsordnung des BFB nachvollzogen.

Unter Position 22 – ÄZQ – werden zwei Projekte berücksichtigt, die Planungs- und Verwaltungsrat gutgeheißen haben. Zum einen geht es um die Weiterentwicklung der Arztbibliothek, zum anderen um eine personelle Ressourcenausweitung für den Bereich Patientensicherheit.

Umfangreich – gerade auch unter finanziellen Aspekten – ist die Position 25, Sonstige Aufwendungen. Hier werden folgende Projekte aufgelistet: mit 100.000 Euro eine Datenbank ärztlicher Qualitätsinitiativen im Rahmen der Entwicklung einer Qualitätssicherung in der Versorgung außerhalb des SGB-Bereichs; mit 200.000 Euro die Schaffung einer Rücklage, um gegebenenfalls in der Phase der politischen Durchsetzung der neuen GOÄ zeitnah Gegengutachten zu alternativen Kalkulationen erstellen zu können; weitere einzelne Projekte zur Abrundung der neuen GOÄ, wobei ich auf die Einzelheiten in der Beratungsunterlage verweise; ferner ist hier nachvollzogen, den eHealth-Report im zweijährlichen Rhythmus zu erstellen.

In den folgenden Aufwandsgruppen, den Allgemeinen Verwaltungsaufwendungen und den Sonstigen Aufwendungen, wurde finanziell der Erwerb des Bauteils C-Süd nachvollzogen. Ferner konnten einige Verwaltungskosten reduziert werden: Reisekostenpositionen, Kommunikationsentgelte, Versicherungen.

Erhöhungen, die nicht auf den Erwerb des Gebäudeteils zurückzuführen sind, müssen bei „Elektronische Online-Aktivitäten“ und bei den Beiträgen erfolgen.

Unter Position 45 – Außerordentliche Aufwendungen – fallen 96.000 Euro im Zuge der Anwendung neuer Bewertungsvorschriften gemäß Bilanzrichtlinienmodernisierungsgesetz für die Pensionsverpflichtungen an.

Auf Seite 28 sehen Sie die Aufteilung der Erträge. Der Verlagsgewinn schlägt mit knapp 16 Prozent zu Buche. Ferner sehen Sie, dass ab Beginn des nächsten Haushaltsjahrs nunmehr alle Kammern denselben Umlagesatz entrichten werden.

Die Erträge aus Beteiligungen sinken. Entsprechend der Richtlinie werden 75 Prozent des Vorjahresgewinns des Deutschen Ärzte-Verlags eingestellt, das heißt 2.778.000 Euro nach 3.693.000 Euro für das laufende Geschäftsjahr. Diese deutliche Reduzierung war zu erwarten aufgrund der exorbitant hohen Gewinnsituation in den Vorjahren.

Ferner wird der Voranschlag für Zinsen deutlich von 500.000 Euro auf 260.000 Euro zurückgenommen. Neben der Ihnen selbst hinlänglich bekannten Kapitalmarktsituation ist hier auch der Rückgang des Wertpapierbestands nach Zahlung des Kaufpreises für den Bauteil C-Süd ausschlaggebend.

Andererseits – und mit dieser erfreulichen Botschaft schließe ich meinen Bericht zum Haushaltsvoranschlag – steigen die Sonstigen Erträge von 324.000 Euro auf 626.000 Euro. Denn mit dem Erwerb des neuen Bauteils werden auch der derzeitige Mieter, das Zentralinstitut der KBV, und dessen Mietzahlungen „erworben“.

Dieser Haushaltsvoranschlag ist satzungsgemäß von den Finanzgremien begleitet worden. Hierüber wird Herr Dr. Ensink sogleich berichten.

Meine Damen und Herren, einen Moment bedarf ich noch Ihrer Aufmerksamkeit. Der Dresdner Ärztetag hat mit Drucksache VIII-02 den Vorstand aufgefordert, „die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit der Einrichtung einer eigenen Rechtsabteilung zu prüfen“ und Ihnen hier und heute zu berichten. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in mehreren Sitzungen mit dieser für die Struktur der verfassten Ärzteschaft wichtigen Fragestellung befasst. Wir haben Ihnen einen umfassenden schriftlichen Bericht vorgelegt. Das ist die Drucksache IX-01. Diesen Bericht hat der Vorstand mehrheitlich gefasst und spricht sich für die Beibehaltung der gemeinsamen Rechtsabteilung aus. Der Bericht unterstreicht insbesondere die gemeinsame Scharnierfunktion der gemeinsamen Rechtsabteilung für die beiden ärztlichen Spitzenorganisationen im Hinblick auf die verschiedenen Rechtskreise. Dabei spielt vor allem die Verflechtung von Sozial- und Berufsrecht für die ärztliche Berufsausübung eine Rolle. Daher würde eine Aufgabe der gemeinsamen Rechtsabteilung zu einer Schwächung der Ärzteschaft in der politischen Wahrnehmung führen.

Parallel zu diesen Erörterungen im Vorstand hat die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ für die Finanzkommission eine Schätzung der Mehrkosten beraten. Diese Schätzung summiert sich in einem Betrag von rund 430.000 Euro und wurde von der Finanzkommission in ihrer Sitzung am 22. Januar 2011 zur Kenntnis genommen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Fuchs. – Jetzt folgt die weitere Erklärung des Haushaltsvoranschlags durch Herrn Dr. Ensink, den Vorsitzenden der Finanzgremien der Bundesärztekammer.

Dr. Ensink, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Delegierte! Unter uns sind viele Neue. Von daher sehen Sie mir bitte nach, wenn einige meiner Ausführungen gerade zu Beginn vielleicht ein klein wenig wie Propädeutik klingen.

Ich möchte Sie darauf hinweisen: Ein Haushaltsvoranschlag der Bundesärztekammer kommt ja nicht von oben herab und liegt dann auf einmal auf Ihrem Tisch, sondern er hat bereits eine lange Geschichte hinter sich, bis er hier landet. Er wird bereits in den Anfängen seiner Planung eng von den Finanzgremien begleitet. Er ist Ausdruck der Ziele und Planungen von Programmen und Prioritäten, wie der Vorstand der Bundesärztekammer die Arbeit dieser Institution in naher Zukunft vorsieht.

Als Vorsitzender der Finanzkommission werde ich schon in die ersten Gespräche zwischen Präsidium und Hauptgeschäftsführung mit den Leitern der Dezernate involviert. Relativ kurz nach diesen Terminen beginnen wir bereits mit den Beratungen für das folgende Geschäftsjahr. Die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ hat Gelegenheit, über den dann ausgearbeiteten Haushaltsvoranschlag zu beraten, noch bevor der gesamte Vorstand das erste Mal hierüber befindet.

Sodann wird die Finanzkommission mit dieser Unterlage befasst, und zwar üblicherweise in ihrer Routinesitzung, die in aller Regel in den letzten Januartagen stattfindet. Die Beratungsunterlagen bestehen zusätzlich aus umfangreichen Begründungen der Dezernate zu einzelnen Positionen bzw. Personalanforderungen.

In der Finanzkommission sind dann alle Kammern, meist mit drei Mitgliedern, vertreten, auch unter Einbeziehung eines Vertreters der Geschäftsführung. Mit dem Vorstandsvertreter – bislang Herrn Crusius – und den Mitgliedern der Geschäftsführung der Bundesärztekammer nehmen an einer solchen Finanzkommissionssitzung dann üblicherweise knapp 60 Personen teil.

Wir nehmen die Satzungsaufgabe, am Haushaltsvoranschlag mitzuwirken, also sehr ernst. Die Zusammenarbeit der Finanzgremien mit Vorstand und Geschäftsführung ist eng, offen, aber auch konstruktiv-kritisch.

Unter diesen Rahmenbedingungen ist der Haushaltsvoranschlag für das nächste Geschäftsjahr 2011/2012 entwickelt worden. Es war Aufgabe von Herrn Professor Fuchs, Ihnen die wesentlichen Änderungen und Entwicklungen der Einzelpositionen darzulegen. Um Sie hier nicht mit Wiederholungen zu behelligen, gehe ich später nur noch auf einzelne Umstände und Fakten ein.

Der Haushaltsvoranschlag umfasst ein Gesamtvolumen von 17.461.000 Euro. Aus der Grafik ersehen Sie die Verminderung um 2,8 Prozent gegenüber dem Haushaltsansatz für das laufende Geschäftsjahr. Die Umlage der Landesärztekammern – um gleich zur zweiten gewichtigen Globalzahl zu kommen – erhöht sich, relativ gering, um 0,64 Prozent.

Schon hieraus ist zu erkennen, dass die Erträge aus Beteiligungen – also vor allem diejenigen des Deutschen Ärzte-Verlags – im Plan zurückgenommen werden mussten.

Sie sehen in der nächsten Grafik die Herkunft der Mittel zur Finanzierung des Haushalts. Die Erträge aus der Anlage liquider Mittel sind rückläufig. Wir alle kennen aus eigener Erfahrung die Entwicklung der Finanzmärkte. Der Anteil der Beteiligungserträge beträgt aber immer noch 16 Prozent. Dieser Anteil entlastet die Landesärzte-

kammern deutlich. Aber ich verweise auf meine wiederholten diesbezüglichen Ausführungen in den Vorjahren. Die nahezu exorbitante Gewinnsituation des Deutschen Ärzte-Verlags in den letzten Jahren, insbesondere als Folge der großen Menge an Stellenanzeigen im „Deutschen Ärzteblatt“, konnte nicht gehalten werden. Es war lange Zeit vorhersehbar, dass das irgendwann, zumindest in der Entwicklung, so nicht weitergehen würde. Der Gewinn reduziert sich nunmehr auf ein Niveau, das für die Verlagslandschaft allerdings immer noch weit überdurchschnittlich ist.

Anhand der nächsten Grafik können Sie unschwer erkennen, wie sich die Beteiligungserträge im Verhältnis zu den anderen Erträgen entwickelt haben. Wir müssen diesen Sachverhalt stets im Blick behalten.

Als letztes Bild eine – zugegebenermaßen etwas trockene – „Torte“ mit einer Darstellung der Relativanteile der einzelnen Aufwandsblöcke. Eindeutig dominiert werden die Ausgaben durch die Personalaufwendungen. Da die Bundesärztekammer keine Maschinenhallen oder Patente besitzt, sondern eine Einrichtung des Dienstleistungsbereichs darstellt, sollte der Personalkostenanteil von 54 Prozent nicht erstaunen. Die Abschreibungen, mit den Sonstigen Aufwendungen ausgewiesen, belaufen sich auf 8 Prozent, die Satzungsbedingten Aufwendungen auf 25 Prozent und die Verwaltungskosten auf 13 Prozent.

Gleich auf der ersten Seite des Haushaltsvoranschlags finden Sie eine Übersicht der wesentlichen Änderungen gegenüber dem Vorjahr.

Insbesondere möchte auch ich hier nochmals die Versorgungsforschung erwähnen. Nach intensiven Diskussionen auf dem Dresdner Ärztetag wird dieses Projekt von den Personal- und Sachkosten her auf einem Niveau von rund einem Drittel der bisherigen Aufwendungen fortgeführt. Ich gehe davon aus, dass das eine breit getragene Kompromisslinie ist zwischen denjenigen, die es am liebsten im bisherigen Umfang fortgeführt hätten, und denjenigen, die am liebsten niemals in diesem Bereich investiert hätten.

Weitere Aufwendungen sind wegen des Erwerbs des Bauteils C-Süd von der KBV hinzugekommen. Dieser Erwerb sollte eigentlich schon zum Ende des aktuell laufenden Geschäftsjahres erfolgen, wird sich aber – wie von mir bereits angedeutet – vermutlich um einige Monate verzögern. Über den dafür ursächlichen Hintergrund, das heißt über die bei der Erstellung des Neubaus der KBV aufgetretenen Verzögerungen, hatte ich Ihnen bereits im ersten Teil meiner Ausführungen berichtet.

In der Finanzkommission hatten wir auch die Überprüfung der Angemessenheit der Aufwandsentschädigungen für das Präsidium und die weiteren Ärzte im Vorstand beschlossen. Eigentlich sollte eine Anpassung noch mit diesem Haushaltsvoranschlag vorgenommen werden. Ein entsprechender Vorschlag ist von den Finanzgremien erarbeitet worden. Da aber im letzten Augenblick steuerrechtliche Fragestellungen auftauchten, die nicht mehr mit der gebotenen Sorgfalt geklärt werden konnten, wurde diese Anpassung bis auf Weiteres zurückgestellt.

Meine Damen und Herren Delegierte, die Finanzgremien haben diesem Haushaltsvoranschlag einstimmig zugestimmt. Die Stimmführer der Landesärztekammern werden gebeten, im Anschluss an die eventuell nachfolgende Aussprache diesem Haushaltsvoranschlag gleichfalls zuzustimmen.

Für mich ist dies heute der – zumindest vorläufig – letzte Auftritt auf einem Deutschen Ärztetag in meiner Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission, da auch dessen Wahlperiode demnächst zu Ende geht. Vor diesem Hintergrund gestatten Sie mir, mich bei einigen der hier Anwesenden ganz explizit für die gute Zusammenarbeit in den letzten vier Jahren zu bedanken.

Allen voran danke ich Herrn Professor Hoppe. Trotz Ihrer hohen Belastung durch die unmittelbaren berufspolitischen Themen hatten Sie immer Zeit für unsere Fragen und Diskussionen.

Ebenso danke ich allen Damen und Herren des Vorstands. Die Finanzberatungen haben immer einen breiten Raum in den Vorstandssitzungen beansprucht. Sie sind dem bereitwillig nachgekommen.

Eine besondere Rolle dabei hat Herr Dr. Crusius als Finanzbeauftragter des Vorstands wahrgenommen und als Bindeglied stets um Verständnis beider Seiten gerungen. Auch hierfür meinen Dank.

Zum guten Schluss und nicht als „Letztes“ bedanke ich mich an dieser Stelle auch bei Ihnen, sehr geehrter Herr Professor Fuchs und sehr geehrter Herr Raabe, für Ihre offene, stets zielorientierte sachliche Zuarbeit, mit der Sie mich erst zu der gebotenen konstruktiv-kritischen Mitarbeit bei den Finanzangelegenheiten der Bundesärztekammer in die Lage versetzt haben.

Und Ihnen, meine Damen und Herren Delegierte, danke ich für Ihre Aufmerksamkeit. Ich weiß es zu würdigen, dass dies trotz des von allen bereits mit großer Spannung erwarteten nächsten Tagesordnungspunkts „Wahlen“ der Fall war.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir bedanken uns bei Ihnen, Herr Ensink, dass Sie uns das so luzid klargemacht haben, was finanziell in der nächsten Zeit auf uns zukommt.

Es gibt Wortmeldungen. Ich hoffe, dass Sie alle Gelegenheit hatten, den Bericht des Vorstands in Sachen der gemeinsamen Rechtsabteilung zur Kenntnis zu nehmen, denn das gehört jetzt zum Gesamtkonvolut der Beratungen über den Haushalt 2011/2012.

Der erste Redner ist Herr Kollege Tempel aus Niedersachsen.

Dr. Tempel, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Hoppe! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Als Erstes möchte ich Herrn Ensink vielen Dank sagen, der es brillant wie immer vorgetragen hat. Ich glaube, es gibt keine großen Fragen zum Bericht. Deswegen von mir aus nur einige Bemerkungen zum Antrag IX-1.

Mit ein wenig Verwunderung habe ich heute Morgen dieses doch recht umfangreiche Papier zur Kenntnis genommen. Als Vorsitzender des Finanzausschusses in Niedersachsen hätte ich es mit meinen Kollegen gern länger diskutiert. Wie Herr Ensink

bereits sagte: Es gibt heute wahrscheinlich wichtigere und vielleicht auch spannendere Ergebnisse zu sehen.

Ich möchte vorschlagen, sich mit diesem Punkt heute überhaupt nicht zu befassen, das Papier als Diskussionspapier zur Kenntnis zu nehmen, in die einzelnen Landesärztekammern zu gehen und in einem neu gewählten Vorstand dieses Problem noch einmal in aller Ruhe zu diskutieren.

Herrn Fuchs kann ich in vielen Punkten nicht folgen. Die Kosten sind in dem Papier in gar keiner Weise aufgeschlüsselt. Der Vergleich einer gemeinsamen Rechtsabteilung und einer getrennten Rechtsabteilung ist ja nicht vorhanden. Die Schätzung von 430.000 Euro entspricht 0,7 Prozent der Bilanzsumme der Bundesärztekammer. Das ist sicherlich ein überschaubarer Betrag, wenn man es denn wollte.

Deswegen würde ich gerne vorschlagen – der Antrag IX-3 hat das zum Thema –, das ganze Thema heute nicht zu diskutieren, sich damit nicht zu befassen und in Nürnberg mit einem neuen Vorstand komplett zu diskutieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das ist ein Antrag, den man als Antrag auf Vorstandsüberweisung verstehen kann. Insofern wird sich der neue Vorstand auch damit befassen. – Als nächster Redner bitte Herr Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Als Finanzverantwortlicher vom Vorstand muss ich Sie natürlich darauf hinweisen: Wenn wir dem Antrag von Jürgen Tempel folgen, erübrigt sich der Antrag IX-3 auch. Wenn Sie aber dem Antrag nicht folgen, beispielsweise auf Vorstandsüberweisung, würden wir über Antrag IX-3 abstimmen müssen. Wenn der Antrag IX-3 positiv abgestimmt würde, müssten wir einen Zuschlag zum Haushalt beschließen, weil der Haushalt so, wie er Ihnen von Herrn Fuchs und vom Vorstand vorgelegt worden ist, ausgeglichen ist. Das andere wären Mehrkosten. Insofern müssten wir dann einen Nachtragshaushalt beschließen.

Ich war an allen Beratungen beteiligt: an der Klausursitzung des Vorstands, an mehreren Vorstandssitzungen, in geschlossenen Sitzungen des Vorstands und in der Kommission „Mittelfristige Finanzplanung“. Dort ist so, wie Herr Fuchs und Herr Ensink Ihnen berichtet haben, mehrheitlich beschlossen worden.

Ich könnte Herrn Tempel zustimmen, wenn wir das heute nicht beschließen. Sie sollen den Antrag IX-1 ja auch nur zur Kenntnis nehmen. Wenn Sie den Antrag so zur Kenntnis nehmen, wäre der Haushalt so zu beschließen, wie er Ihnen vorgelegt wurde. Mehr will ich dazu nicht sagen. Sie sind der Souverän. Sie werden – wie immer – sehr weise entscheiden.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Funken aus Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für den Haushaltsentwurf 2011/2012. Ich habe in meiner bescheidenen Art den Haushaltsentwurf ein bisschen durchgeblättert und stelle tolle Sachen fest. Insbesondere freut mich, dass aus dem Feuer ÄZQ inzwischen ein Leuchtturm geworden ist. Für die meisten Kollegen ist die Arztbibliothek inzwischen ein gängiger Begriff, der aus der Qualitätssicherung der ambulanten Betreuung nicht mehr wegzudenken ist. In den Qualitätszirkeln vor Ort benutzen wir die Informationen aus dieser Bibliothek inzwischen zunehmend. Sie wird ein strategischer Punkt in der Weiterentwicklung der Ärzteschaft in Bezug auf zukünftige Versorgungsziele und Aufgaben sein.

Ich kann den neuen Vorstand nur ermutigen, diesen Bereich weiter auszubauen. Genau dieses Problem des Ausbaus stellt sich vor dem Hintergrund einer sich verändernden Versorgungslandschaft und einer Neudefinition der Arbeit der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer.

Schon bei der Gründung 1993 haben wir feststellen können: Wenn die Ärzteschaft die Meinungsführerschaft in Bezug auf die Qualitätssicherung aus der Hand gibt, wird sie ihre Aufgabe nicht mehr wahrnehmen. Deshalb ist gerade dieses Pflänzchen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Bundesärztekammer und KBV eines der wesentlichen strategischen Elemente in unserer gesamten Weiterentwicklung, weil wir hier frei sind vom staatlichen Reglement und wir frei definieren können, was wir als Ärzte tun wollen.

Ich würde es deswegen begrüßen, wenn der Vorstand den bisherigen Haushaltsentwurf dahin gehend korrigieren würde, dort mehr Gelder zur Verfügung zu stellen. In den nächsten zwei, drei Jahren werden wir dort einen exorbitanten „Krieg“ um die Meinungsführerschaft hinsichtlich der Qualität in der Ärzteschaft erleben. Wir haben keine anderen strategischen Elemente mehr, die wir nutzen können, weil sie uns alle zerrieben werden. In den regionalen Gesundheitskonferenzen bekommen wir Diskussionen von Soziologen, die uns die Qualität neu definieren. Wenn man genau hinschaut, stellt man fest, dass die Frage der Soziologen dasselbe wiedergibt wie das, was wir als Ärzte in unserer Sprache ausdrücken. Wir verlieren dieses, weil die anderen deutlich in der Überzahl sind und sich überall festgesetzt haben. Mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin haben wir aber in der Bundesrepublik und darüber hinaus in der Tat die Meinungsführerschaft übernommen. Deswegen kann ich den neuen Vorstand nur bitten, hierfür mehr Geld einzustellen.

Hinsichtlich der Rechtsabteilung bin ich der Auffassung, dass wir einen gemeinsamen Weg von Bundesärztekammer und KBV beibehalten sollten, weil die Verquickung der Thematik so komplex ist, dass wir nicht davon abgehen können, hier gemeinsam voranzugehen. Es kann sein, dass wir in 10 oder 15 Jahren, wenn sich das gesamte System der Europäischen Gemeinschaft über das Schengener Abkommen usw. über Deutschland niedergelegt hat, wenn wir über ganz andere Versorgungsstrukturen diskutieren müssen, zu ganz anderen Auffassungen kommen. Ich halte eine Diskussion derzeit darüber für falsch und für verfrüht. Wir sollten gerade in der Rechtsberatung wegen der Stabilität weiterhin gemeinsame Wege beschreiten.

Deshalb kann ich mich dem Antrag des Vorredners anschließen, das gesamte Konvolut auf den nächsten Deutschen Ärztetag in Nürnberg zu verschieben. Wir müssen uns strategisch ausrichten, wir müssen die Situation des neuen Vorstands mit neuen Schwerpunkten berücksichtigen. Ich würde ungern einen neuen Vorstand insbesondere im Hinblick auf die Rechtssituation, die Qualitätsentwicklung und das strategische Management der Ärzteschaft in Bezug auf eine neue Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland unter einem sich ändernden Versorgungsgesetz binden wollen. Deswegen bitte ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, diesem Haushaltsentwurf so nicht zuzustimmen, sondern es dem Vorstand zu ermöglichen, auf dem nächsten Deutschen Ärztetag neue und weitere Schwerpunkte setzen zu können. Ich hoffe, dass dann die jetzigen Ausführungen zur Qualitätssicherung deutlicher berücksichtigt werden.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Das Wort hat Herr Ensink, der Referent.

Dr. Ensink, Referent: Meine Damen und Herren! Herr Funken hat gerade mehr oder weniger den Antrag gestellt, diesem Haushalt so nicht zuzustimmen. Es ist natürlich in das Ermessen dieses Hohen Hauses gestellt, dass Ihre Stimmführer das nicht tun. Natürlich kann man auch den Haushalt kurzfristig überarbeiten. Ich habe Ihnen vorhin kurz dargestellt, wie lange es an Vorbereitung braucht, bis Ihnen ein solides Zahlenwerk vorliegt.

Herr Funken, wenn ich die Intentionen, die hinter dem Antrag stehen, richtig verstanden habe, geht es Ihnen primär um die Gewichtung dessen, was im Bereich der ärztlichen Qualitätssicherung über das ÄZQ gemacht wird. Ich würde Ihnen gern auf der pragmatischen Ebene antworten. Das müsste man nicht durch ein Überarbeiten des Haushalts angehen. Wir beschließen hier nicht den Haushalt des ÄZQ. Das ÄZQ macht seinen eigenen Haushalt. Wir sind nur derjenige, der das im Endeffekt nachher refinanziert.

Wir haben aber sehr wohl die Möglichkeit, hier proaktiv zu reagieren. Das wäre letztendlich der Ausdruck einer politischen Willensbildung. Wir können durch vorhandene Rücklagen für berufspolitische Aktionen sehr wohl, wenn dies der Konsens aller Beteiligten ist, reagieren, ohne in einen Nachtragshaushalt oder in eine Diskussion über einen geänderten Haushalt einzusteigen.

Ich würde Sie herzlich bitten, wenn es Ihnen wirklich um die Gewichtung der ärztlichen Qualitätssicherung geht, Ihren Antrag zurückzuziehen und das in die Beratungen für das kommende Jahr mit einzubringen. Wir sind ja nur ein Partner, der das mit refinanziert. Wir sollten jetzt nicht in eine Diskussion über den eigenständigen Haushalts des ÄZQ eintreten. Dafür sind wir hier nicht das richtige Gremium. Wenn klar ist, dass es trotzdem möglich ist, diese Gewichtung, diese Verschiebung, diese Betonung der Bedeutung der ärztlichen Qualitätssicherung entsprechend zu berücksichtigen, könnten Sie Ihren Antrag zurückziehen, nachdem ich das entsprechend dargestellt habe.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Ein solcher Antrag liegt nicht schriftlich vor. – Jetzt kommt Herr Kollege Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Crusius hat natürlich recht, der Haushalt steht so, wie ihn uns Herr Ensink vorgelegt hat, zur Abstimmung. Ich habe als Stimmführer für Nordrhein von unseren Delegierten den Auftrag, dem vorgelegten Haushalt zuzustimmen. Wenn wir jetzt eine Änderung einführen wollen, müssten wir uns erst einmal neu beraten. Ich denke, das dürfte auch für die anderen Gremien zutreffen. Das kann man zwar machen, aber ich würde es nicht unbedingt empfehlen.

Inhaltlich ist über den Sinn einer geteilten Rechtsabteilung nicht intensiv gesprochen worden. Ich habe das Papier, das mir heute vorgelegt worden ist, natürlich schon gelesen. Ich möchte inhaltlich jetzt nicht darauf eingehen. Das sollte man tatsächlich dem nächsten Ärztetag überlassen. Es könnte ja durchaus Gründe geben, die den neuen Vorstand bewegen, sich dieser Geschichte zu nähern, was ich persönlich allerdings auch empfehlen würde, aber das nur nebenbei gesagt.

Es eilt nicht so sehr, da es keinen dringenden Handlungsbedarf gibt. Insofern meine ich, dass es vielleicht sinnvoll ist, den Antrag 3 an den Vorstand zu überweisen. Dann kann es in den Gremien der Bundesärztekammer inklusive des Finanzausschusses besprochen werden. Dann wird es auf dem nächsten Ärztetag vorgelegt. Dann hat man sicher haushaltsmäßig eine Möglichkeit, das klarer darzustellen und auf der anderen Seite auch die rechtlichen Aspekte zu würdigen. Ich empfehle das so.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Holzborn. – Jetzt kommt Herr Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich bin der Meinung: Bei einer so wichtigen Frage sollte man sich Zeit lassen und kann das auf jeden Fall auf das nächste Jahr verschieben.

Ich möchte etwas richtigstellen. Die Aussage von Herrn Crusius, es bedürfe eines Nachtragshaushalts, wird von mir auf keinen Fall so gesehen. Wir könnten es ohne Schwierigkeiten machen, wenn wir es denn wollten. Ich bin der Meinung: Wir haben genügend Zeit. Einen Nachtragshaushalt brauchen wir nicht.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Calles. – Jetzt bitte Gräfin Vitzthum.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte zum Haushalt nur zwei kurze Anmerkungen machen. Erstens möchte ich Sie bitten, die eingestellten Mittel für die Pressearbeit in einem ganz wesentlichen Anteil dafür zu benutzen, dass wir eine andere GOÄ bekommen. Ein bequemer Standort ist der auf den Zehen des politischen Gegners. Wir werden den neuen Präsidenten daran messen, ob er es schafft und nicht nur tut und nicht nur redet, sondern wir wollen sie sehen.

(Beifall)

Der zweite Punkt ist ganz profan. Hier kommen viele aus der Praxis und gehen auch direkt wieder in die Praxis. Geht es der deutschen Ärzteschaft schon so schlecht, dass wir hier nicht einmal einen Kaffee bekommen?

(Vereinzelt Beifall)

Am ersten Tag waren vorne die beiden kleinen Kaffeebüdchen geschlossen. Man konnte sich nicht einmal einen Kaffee kaufen. Ich gebe an die Ausrichter des nächsten Ärztetags in Nürnberg die Bitte mit: Wir bezahlen ihn gern, aber stellen Sie uns Kaffee, Tee und ein bisschen Obst hin. Unsere ausländischen Gäste haben zum Teil noch einen Timelag. Wir wollen nicht einschlafen, wir wollen aktiv mitmachen. Das muss im Haushalt drin sein!

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Dafür habe ich volles Verständnis. Es kommt immer ein toter Punkt; dann muss man einen Kaffee haben. Der Nachteil des Kaffees ist aber: nach einer halben Stunde geht es wieder runter, dann geht es auch ins Negative, unter die Kurve. Tee ist besser.

(Heiterkeit – Beifall)

Jetzt bitte Herr Funken.

Dr. Funken, Nordrhein: Ich danke dem Präsidenten für seine Ausführungen zur Wirkung von Xanthinderivaten. Für die Insider: Theophyllin gehört auch zu den Xanthinderivaten. Hardcore-Leute nehmen Theophyllin, um die Dosis hochzuhalten.

Natürlich war das kein Antrag im Sinne einer Umsetzung, sondern die Motivation an den neuen Vorstand, die Qualitätssicherung intensiver zu betreiben, auch in gemeinsamen Gremien. Wir haben in der Tat eine schwere Gemengelage in der Ärzteschaft. Vor diesem Hintergrund wollte ich darauf aufmerksam machen, dass wir uns bei allen Ressentiments gegenüber einzelnen Personen und auch zwischen einigen Landsmannschaften auf diesem gemeinsamen Feld strategisch klar positionieren müssen.

Ich nehme das Angebot des Haushaltsausschusses an und würde mich freuen, bei der Verabschiedung des nächsten Haushalts in Nürnberg zu sehen, dass die Geldbeträge für diesen Teilbereich wesentlich höher sind.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Die Rednerliste ist damit erschöpft. Jetzt stimmen wir erst einmal über den Überweisungsantrag ab. Dieser gilt dann ja auch für den Antrag von Herrn Rolshoven. Das ist der **Antrag IX-03.** Es geht darum, den Bericht des Vorstands der Bundesärztekammer an den 114. Deutschen Ärztetag betreffend die gemeinsame Rechtsabteilung an den Vorstand zurückzuüberweisen und in Nürnberg neu vorzulegen, um dann eine Beratung durchzuführen. Ob das in einem eigenen Tagesordnungspunkt geschieht oder ob das im Rahmen der Haushaltsberatungen geschieht, das wird der Vorstand noch in seinen Gehirnen erwägen.

Wer möchte Vorstandsüberweisung zu diesen beiden Anträgen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Minderheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann ist das **an den Vorstand überwiesen.** Es wird in Nürnberg umfänglich diskutiert.

Dann kommen wir zum **Antrag IX-02:**

> *Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012) in Höhe von 17.461.000,00 EUR wird genehmigt.*

Ich frage jetzt wieder die Stimmführer: Baden-Württemberg? – Ja. Bayern? – Ja. Berlin? – Ja. Brandenburg? – Ja. Bremen? – Ja. Hamburg? – Ja. Hessen? – Ja. Mecklenburg-Vorpommern? – Ja. Niedersachsen? – Ja. Nordrhein? – Ja. Rheinland-Pfalz? – Ja. Saarland? – Ja. Sachsen? – Ja. Sachsen-Anhalt? – Ja. Schleswig-Holstein? – Ja. Thüringen? – Ja. Westfalen-Lippe? – Ja.

Damit sind 250 Stimmen erreicht. Wir haben den Haushaltsvoranschlag einstimmig angenommen. Wir bedanken uns sehr und bedanken uns besonders herzlich bei der Finanzkommission und ihrem Vorsitzenden, Herrn Dr. Ensink, für die umfangreichen Vorarbeiten.

(Beifall)

Bevor wir jetzt den Tagesordnungspunkt „Wahlen“ aufrufen, möchte ich mich von hier oben verabschieden und dabei einige Dankesworte sprechen, insbesondere an Frau Dr. Goesmann, die Vizepräsidentin, die nicht wieder kandidieren wird.

(Anhaltender lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

Wir waren ein Präsidiumsteam. In diesem Präsidiumsteam hat Frau Dr. Goesmann wichtige Aufgaben übernommen, insbesondere die Betreuung der Medizinischen Fachberufe und das Thema Psychotherapie. Das ist mir besonders im Gedächtnis geblieben. Auch das Thema Allgemeinmedizin hat eine große Rolle gespielt. Aber dort sind mittlerweile auch andere in den Vorstand eingerückt, die sich des allgemeinmedizinischen Themas annehmen.

Herzlichen Dank, liebe Cornelia, für Deine Arbeit im Vorstand der Bundesärztekammer. Seit 2005 ist sie Vizepräsidentin. Damals ist sie Nachfolgerin der verstorbenen Frau Dr. Auerswald geworden. Herzlichen Dank!

(Beifall)

Jetzt bedanke ich mich auch bei Dr. Montgomery, denn er hat mir viel Arbeit abgenommen. Ich brauchte mich um die Presse nicht zu kümmern.

(Heiterkeit – Beifall)

Ich muss mich auch bei Max Kaplan bedanken. Er ist zwar jetzt Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, aber vorher war er als weiteres Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer. Für diese Zeit, insbesondere für Deine Beiträge zum Thema Allgemeinmedizin, aber auch zu weiteren Themen möchte ich mich herzlich bedanken. Auch das war Teamarbeit.

(Beifall)

Rudolf Henke, der andere aus dem Ärztetag in den Vorstand der Bundesärztekammer Zugewählte, hat uns besonders bereichert bei allgemeinen Themen, die mit der großen Gesundheitspolitik zu tun haben. Er hat uns immer wieder gemahnt, in ethischen Fragen nicht aus dem Ruder zu laufen. Dir herzlichen Dank für Deine Arbeit in den letzten vier Jahren.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Lieber Jörg, wer A sagt, muss auch B sagen. Wer so etwas anfängt und allen anderen Blumen schenkt, muss auch gewärtigen, dass er quasi nicht ungeschoren davonkommt.

Ich glaube, dass ich im Namen des ganzen Vorstands, der das schon auf seiner Vorstandssitzung vor drei Tagen gesagt hat, Dir unser aller tief empfundenen Dank für 35 Jahre ärztliche Standespolitik ausdrücken darf: als Beisitzer, als Vizepräsident und als Präsident der Bundesärztekammer. Es waren 12 Jahre der fantastischen Leitung der Deutschen Ärztetage, 12 Jahre einer Festigung der Bundesärztekammer als eine ethisch-moralische Instanz.

Dafür sind wir Dir alle zu hohem Dank verpflichtet. Das kann man gar nicht mit einem kleinen Blumenstrauß ausdrücken. Da muss man eigentlich viel, viel mehr tun. Das geht aber noch nicht, denn er bleibt uns ja noch einige Jahre als Präsident der Ärztekammer Nordrhein im Vorstand der Bundesärztekammer erhalten. Deswegen haben wir noch viele Gelegenheiten, mit Dir zusammenzuarbeiten und Dir unseren Dank in anderer und noch besserer Weise als durch einen Blumenstrauß zum Ausdruck zu bringen.

Alles, alles Gute, lieber Jörg, und vielen herzlichen Dank!

(Langanhaltender lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Verschwenden Sie nicht so viel Zeit, wir müssen wählen! Ich bedanke mich sehr herzlich.

Zum Thema Wahlen haben wir eine Wahlkommission gebildet, die aus dem Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Vilmar, und Frau Dr. Goesmann und Herrn Dr. Wolter besteht. Die drei werden jetzt die Wahlhandlungen leiten. Wenn irgendjemand vorher etwas gesagt hat, was die Wahlen betrifft: Die drei zählen nicht, es zählen andere. Sie verkünden nur das Ergebnis und leiten die Sitzung.

Ich darf Herrn Professor Vilmar bitten, nach hier oben zu kommen und die Wahlhandlungen zu leiten.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich rufe nun **Tagesordnungspunkt X** auf:

Wahlen

Bevor wir in diesen Tagesordnungspunkt eintreten, bitte ich die Delegierten, nur im Delegiertenblock Platz zu nehmen und niemand anders dort Platz nehmen zu lassen, damit die Zählung leichter erfolgen kann. Anderenfalls gibt es Irritationen.

Zu wählen sind der Präsident, die beiden Vizepräsidenten und zwei weitere Ärztinnen/Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer.

Bevor wir in die Wahl eintreten, noch einige organisatorische Erläuterungen.

Der neu gewählte Vorstand wird nach der Wahl entsprechend § 5 Abs. 5 der Satzung der Bundesärztekammer durch den ältesten Delegierten des Deutschen Ärztetages auf die getreue Amtsführung zum Wohle der deutschen Ärzteschaft verpflichtet. Dies ist nach unseren Unterlagen Herr Dr. Georg Holfelder aus Frankfurt/Main. Er ist am 27. August 1929 geboren. Ich frage nun in den Saal: Ist jemand hier, der älter ist als Jahrgang 1929? – Ich sehe niemanden, der sich meldet. Wenn das also nicht der Fall ist, bitte ich Herrn Kollegen Holfelder, sich direkt nach Abschluss des Tagesordnungspunkts X, erster Teil, hier auf der Bühne einzufinden, um die Verpflichtung öffentlich vornehmen zu können.

Bevor wir mit den Wahlen beginnen, möchte ich Sie darüber unterrichten, dass gemäß früheren Gepflogenheiten bei Bekanntgabe der Wahlergebnisse folgende Angaben gemacht werden, ausgehend von einer Zahl von 250 Delegierten: erstens die Zahl der abgegebenen Stimmen, zweitens die Zahl der ungültig abgegebenen Stimmen. Ungültig abgegebene Stimmen sind bei einem Kandidaten: falscher Name oder sonstige politische und andere der Sache nicht dienende Bemerkungen, bei mehreren Kandidaten: falsche oder mehrere Namen, ja oder nein, sonstige der Sache nicht dienende Bemerkungen.

Drittens die Zahl der für die Wahl gültig abgegebenen Stimmen. Gültig abgegebene Stimmen sind bei einem Kandidaten der Name oder Jastimmen oder Neinstimmen bzw. Enthaltungen, bei mehreren Kandidaten Name oder Enthaltungen.

Viertens das Quorum: Mehrheit der gültigen Stimmen, wobei die Enthaltungen laut § 5 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage nicht mitzählen.

Wir nehmen nun die Wahl des Präsidenten, der beiden Vizepräsidenten und der weiteren Ärztinnen/Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer vor.

Dazu sagt die Satzung in § 5 Abs. 2 Folgendes:

> *Der Präsident und die beiden Vizepräsidenten werden vom Deutschen Ärztetag für die Dauer von vier Jahren auf Vorschlag von Abgeordneten des Ärztetages gewählt. Jeder Wahlvorschlag bedarf der Unterstützung von mindestens zehn Abgeordneten. Die Wahl erfolgt für den Präsidenten und jeden der beiden Vizepräsidenten in getrennten Wahlgängen durch geheime, schriftliche Abstimmung.*

Es ist jeweils die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erforderlich. Wird diese Mehrheit in zwei Wahlgängen nicht erreicht, so findet im dritten Wahlgang eine Stichwahl zwischen den zwei Kandidaten mit der höchsten Stimmenzahl aus dem zweiten Wahlgang statt. Ergibt sich dabei Stimmengleichheit, so entscheidet das vom Vorsitzenden der Versammlung zu ziehende Los. Das gilt auch, wenn aus dem zweiten Wahlgang zwischen zwei Kandidaten mit gleicher Stimmenzahl auszuwählen ist.

Für die zwei Vertreter der weiteren Ärztinnen/Ärzte bestimmt Abs. 4 des § 5 der Satzung Folgendes:

Die in Abs. 1 c genannten Ärztinnen/Ärzte werden vom Deutschen Ärztetag für die Dauer von vier Jahren gewählt. Für das Wahlverfahren gilt Absatz 2 entsprechend.

Ich erteile nun zur Mitteilung über den technischen Ablauf der Wahl dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Fuchs, das Wort. Bitte, Herr Fuchs, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst der einfache Hinweis: Um eine geheime Wahl sicherzustellen, sind Wahlkabinen eingerichtet worden. Sie befinden sich zum einen hier vorne rechts und links der Bühne und jeweils rechts und links im hinteren Teil des Saales.

Wir werden – wie bei den früheren Wahlärztetagen – die einzelnen Wahlurnen für die Delegierten bestimmter Ärztekammern bereithalten: Die Wahlurne 1 befindet sich von Ihnen aus gesehen vorne rechts für die Ärztekammern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen; die Wahlurne 2 befindet sich von Ihnen aus gesehen vorne links für die Ärztekammern Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Bremen, Hamburg und Thüringen; die Wahlurne 3 befindet sich von Ihnen aus gesehen hinten rechts für die Ärztekammern Sachsen-Anhalt, Bayern und Hessen; die Wahlurne 4 befindet sich von Ihnen aus gesehen hinten links für die Ärztekammern Westfalen-Lippe, Brandenburg, Saarland, Sachsen und Berlin.

Wir dürfen Sie bitten, bei Abgabe Ihres Stimmzettels sich durch Vorzeigen Ihres Delegiertenausweises zu legitimieren.

Vielen Dank.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Wir kommen nun zur Wahl des Präsidenten. Dafür gibt es weiße Stimmzettel. Sind diese verteilt?

(Widerspruch)

– Dann müssen wir die weißen Stimmzettel verteilen.

Ich bitte nun um Wahlvorschläge. Schriftlich liegen hier fünf Vorschläge vor, versehen mit der nötigen Zahl von Unterschriften. Falls weitere Vorschläge mündlich gemacht werden, müssen wir feststellen, ob zehn Delegierte den entsprechenden An-

trag unterstützen. Frage: Gibt es noch weitere Kandidaten? Ich habe hier die Herren Jonitz, Montgomery, Grauduszus, Windhorst und von Knoblauch zu Hatzbach. Werden weitere Vorschläge gemacht? – Das ist nicht der Fall.

Jetzt frage ich: Wünschen Sie eine Vorstellung der Kandidaten?

(Zurufe: Ja!)

– Das scheint mehrheitlich der Fall zu sein. Dann rufen wir die Kandidaten nach dem Alphabet auf. Danach ist Herr Grauduszus der erste.

(Zurufe)

– Wollen wir drei Minuten sagen?

(Zurufe: Nein!)

– Zwei?

(Zurufe)

– Fünf?

(Zurufe)

– Sind fünf Minuten akzeptabel? – Also fünf Minuten.

(Zurufe: Abstimmen!)

– Dann frage ich: Wer ist für fünf Minuten? – Das ist die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Wer enthält sich? – Auch einige Enthaltungen. Das Erste war die Mehrheit. Damit sind fünf Minuten beschlossen.

Damit hat nun Herr Grauduszus das Wort.

Grauduszus: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Mein Name ist Martin Grauduszus. Ich bin 52 Jahre alt, geboren in Vechta in Niedersachsen, aufgewachsen im Rheinland. Studiert habe ich in Düsseldorf. Meine klinische Tätigkeit habe ich in Düsseldorf, im Sauerland, in Osnabrück und in Bremerhaven absolviert.

Seit 1992 arbeite ich als Allgemeinmediziner in eigener Praxis in Erkrath bei Düsseldorf.

Ich bin verheiratet, wir haben zwei Kinder. Meine Frau ist Fachärztin für Anästhesie und Allgemeinmedizin. Seit 1995 betreiben wir gemeinsam die hausärztliche Praxis in Erkrath.

Seit 2004 mache ich Berufspolitik. Ich habe die Freie Ärzteschaft mit gegründet. Seit 2005 bin ich deren Präsident. Ich bin seit 2009 im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein, in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein seit 2010.

Ich hatte das Glück, recht früh zu wissen, dass ich Arzt werden wollte. Glückliche Umstände und Fügungen sowie persönlicher Einsatz führten dann dazu, dass ich mit 24 Jahren approbiert war.

Anschließend konnte ich während meiner medizinischen Lehr- und Wanderjahre von engagierten, kompetenten und zugewandten Weiterbildern, die Zeit für mich hatten, und weiteren älteren Kolleginnen und Kollegen alles das erfahren und erleben, was mich dann zum Zeitpunkt meiner Niederlassung dankbar überzeugt sein ließ: Ja, deine Entscheidung für diesen Beruf war richtig.

Dass sich dann vieles im Praxisalltag ins Negative veränderte, mit immer höheren Drehzahlen, lag nicht daran, dass sich unser Beruf etwa im Kern verändert hätte; es lag an äußeren, mehr als verderblichen Einflüssen aus Politik und Krankenkassenlandschaft, die von uns allen viel zu lange billigend in Kauf genommen wurden.

Nicht zuletzt diese Lethargie hat mich zur Berufspolitik gebracht, hat mich dazu gebracht, zu großen öffentlichen Kundgebungen und Demonstrationszügen aufzurufen und sie zu organisieren. Ich erinnere mich dankbar daran, dass es jedes Mal, ob auf der Domplatte in Köln oder in Berlin, Grußworte des Bundesärztekammerpräsidenten gab. Dafür, lieber Herr Professor Hoppe, auch an dieser Stelle noch einmal ein herzliches Dankeschön.

(Beifall)

Es ist mein dringender Wunsch, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass sich mein eingangs geschildertes Gefühl möglichst schnell wieder bei allen jungen Kolleginnen und Kollegen einstellt, die heute in der Situation stehen wie ich damals. Denn diese nachrückende Ärztegeneration, die so gern als Argument für berufspolitisches Engagement ins Feld geführt wird, kann ihr Anrecht auf fundierte Weiterbildung nicht mehr ausreichend wahrnehmen. Überbordende Bürokratielasten für sie selbst und für ihre Weiterbilder drohen jedes Engagement zu ersticken. Das will und werde ich ändern! Denn Weiterbildung ist ärztlicher Auftrag. Kann dieser Auftrag endlich wieder erfüllt werden, haben unsere jungen Kollegen einen ganz anderen Zugang für ihre berufliche und, wie ich betone, ärztliche Zukunft.

Dass die finanziellen Rahmenbedingungen für sie wie für die überwiegende Zahl der deutschen Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis dabei deutlicher Verbesserungen bedürfen, ist unstrittig und eine große Baustelle,

(Vereinzelt Beifall)

so wie es viele weitere Baustellen gibt, die Sie alle kennen und deren Aufzählung ich Ihnen und mir an dieser Stelle erspare. Denn alle diese Baustellen, an deren Beseitigung ich mich an erster Stelle in der Pflicht sehen würde, gewissermaßen als Polier der deutschen Ärzteschaft, sind ja aus dem Bestreben entstanden, uns als Ärztin und Arzt zu entmündigen, zu demütigen und zu entwürdigen.

(Vereinzelt Beifall)

Die Freiheit unserer ärztlichen Berufsausübung in Klinik und Praxis, unsere Therapiefreiheit, unsere Schweigepflicht und die freie Arztwahl sind die unverzichtbaren Grundpfeiler, auf denen das Fundament einer freien Ärzteschaft ruhen muss. Dieses Fundament gilt es zu retten, zu stabilisieren und unzerstörbar zu machen gegen eine Phalanx von uns geringschätzenden Politikern, überheblichen Krankenkassenvertretern und profitorientierten Konzernen, die seit Jahren unsere Würde als Ärztinnen und Ärzte ramponieren.

(Beifall)

Hier werden Sie mich an vorderster Front sehen, jeden Tag und mit einem ganz spezifischen freien Engagement.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Grauduszus: Da ich in meinem bisherigen berufspolitischen Leben weder Kammerpräsident noch KV-Vorsitzender gewesen bin noch aktuell als solcher agiere, bin ich insofern den Einwirkungen des Körperschaftsrechts und dem daraus erwachsenden Weisungskuratel nicht unterworfen.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Grauduszus: Da ist es ein Glück, dass die Bundesärztekammer keine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Das ist ein gutes Schlusswort.

(Heiterkeit)

Grauduszus: Leider ist die Zeit kurz.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Als Nächster bitte Herr Kollege Jonitz. Bitte die Zeit beachten.

Ich gebe eben noch bekannt: Die einzelnen Stimmzettel sind Ihnen en bloc verteilt worden, sodass Sie sich selber die Farbe heraussuchen müssen. Ich hoffe, dass niemand farbenblind ist. Gegebenenfalls kann er sich vielleicht vom Nachbarn helfen lassen.

(Heiterkeit)

Herr Jonitz hat das Wort.

Dr. Jonitz: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin gern hier, damit Sie eine Wahl haben, weil ich der Auffassung bin, dass man Gesundheits- und Standespolitik anders machen muss, damit sie besser wird.

Wer bin ich? Ich bin Günther Jonitz, bin 52 Jahre alt, Chirurg, angestellt im Elisabeth-Krankenhaus Tiergarten. Meine Ehefrau ist Internistin, niedergelassen in freier Praxis als ärztliche Psychotherapeutin. Wir haben einen Sohn, der noch in die Schule geht.

Meine politische Karriere hat begonnen im Widerstand gegen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als Assistentensprecher. Seit 1999 bin ich Präsident der Ärztekammer Berlin, inzwischen in der vierten Legislaturperiode.

Ich bin gerne Netzwerker. Ich lege großen Wert auf Zusammenarbeit. Ich lege großen Wert darauf, dass jeder seine Meinung äußern darf. Ich habe überhaupt kein Problem mit abweichenden Meinungen. Gut ist es, wenn man das vorher weiß, dann kann man sich in der Regel auf einen Konsens einigen.

Meine Arbeitsweise gilt eher als unkonventionell. Das Thema „political correctness“ steht nicht unbedingt auf meiner Agenda obenan. Dafür vertrete ich ärztliche Inhalte und bleibe dabei verbindlich.

Wofür stehe ich? Die deutsche Ärzteschaft wird nur dann wieder gesundheitspolitisch Erfolg haben und ihre Glaubwürdigkeit zurückgewinnen, wenn wir geschlossen auftreten, wenn wir zusammenarbeiten. Das ist keine hohle Floskel, zumindest nicht in Berlin und auch nicht in einigen anderen Landesärztekammern.

Die Koalition, die in Berlin die Geschicke der Ärztekammer leitet, besteht jetzt in der vierten Periode aus Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten. Die größte Fraktion ist die Fraktion der niedergelassenen Fachärzte und auch der fachärztlichen Berufsverbände. Wir haben ebenfalls zwei der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung in unserer Delegiertenversammlung, die diese Koalition mittragen. Das heißt, die Zusammenarbeit beschränkt sich nicht nur auf die einzelnen ärztlichen Gebiete, sondern bezieht sich auf die einzelnen Institutionen. Nur gemeinsam sind wir stark. Und das funktioniert.

Wofür stehe ich weiterhin? Ich stehe für Inhalte und Themen. In Vorbereitung auf den heutigen Tag bin ich in meine eigenen Archive eingestiegen und habe zu meiner großen Freude einen Artikel in der Marburger-Bund-Zeitung aus dem Jahre 1993 gefunden mit der Überschrift „Die Qualität in der Patientenversorgung stirbt zentimeterweise“. Inhalt war damals die Einführung von Budgets und DRGs, die letztendlich zur Konsequenz haben, dass weniger Ärzte mit größerem Aufwand mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln müssen. Wenn dann etwas schiefgeht, haftet der Arzt persönlich. Das kann nicht sein.

Das Thema der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und der Situation junger Ärzte habe ich bereits 1998 auf dem Deutschen Ärztetag aufgegriffen. Wie aktuell es ist, wissen wir allein vom Rest des Tagesordnungspunkts vom Dienstagnachmittag.

Ich trete explizit ein für eine werteorientierte Gesundheitspolitik. Das ist ein bisschen abstrakt. Wenn wir als Ärzte nicht in der Lage sind darzulegen, welchen Nutzen wir bei Patienten stiften, können wir nur schwer über Preise verhandeln. Die Diskussion über Kosten und Defizite in der Politik schadet uns allen, schadet mittelfristig auch der Politik. Wir müssen uns dagegen wehren. Wenn wir die Werte definieren, brauchen wir auch Preise.

Der Skandal der Nichtreform der Gebührenordnung liegt nicht nur darin, dass wir alle in einem mehr und mehr rechtsfreien Raum leben und arbeiten müssen, sondern auch darin, dass es eine amtliche Gebührenordnung ist und damit das Amt auch die Verantwortung hat, diese Gebührenordnung auf den Weg zu bringen. Die derzeit regierende Partei ist mir persönlich nicht ganz unbekannt. Nehmen Sie es mir bitte

ab: Ich nutze meine Möglichkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen, da Aufklärungsarbeit zu leisten.

Ich bin Arzt. Als Arzt übernehme ich Verantwortung. Ich lebe nicht davon, Schwarzer Peter zu spielen und andere für Probleme verantwortlich zu machen, die ich selber wahrnehme, sondern ich packe selber an. Deswegen finden Sie mich auch in der Politik eher da, wo Lösungen geschaffen werden, anstatt über Probleme zu lamentieren. Ein Beispiel dafür ist der Deutsche Ärztetag 2005, ein einstimmiger Beschluss dieses Gremiums zum Thema Patientensicherheit. Das ist international für ein Landesärzteparlament praktisch einmalig.

Ich vertrete Inhalte und Werte konsequent, also auch beharrlich, ob das nun die Schweinegrippe oder andere Dinge betrifft. Ich brauche nicht meine Meinung heute so und morgen anders zu sagen. Das ist nicht immer sehr bequem, auch nicht immer für mich, weil man auch Gegenwind aushalten muss. Gleichwohl gilt: Entweder hat man eine Meinung und äußert sie oder man lässt es bleiben.

Wohin wollen wir? Wohin will ich mit der Bundesärztekammer? Vom Getriebenen in der Politik zum Treiber. Die Rolle, die wir ausführen, ist die des ehrlichen Maklers. Wir haben als Ärztinnen und Ärzte den unabhängigen Sachverstand auf allen Ebenen. Wir brauchen Mut zur Wahrheit, ob es das Thema Rationierung oder Priorisierung angeht. Da dürfen wir uns nicht von der Politik verschrecken lassen.

Ich arbeite für eine Renaissance des Arztberufs. Ich bin Standesvertreter. Der Arzt, den ich vertrete, ist der ärztliche Ver-stand. Mit mir wird es wahrscheinlich auch Kaffee und Tee auf dem Deutschen Ärztetag geben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Der Beifall ist für Kaffee und Kuchen.

(Heiterkeit)

Jetzt bitte Herr von Knoblauch zu Hatzbach.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach: Sehr verehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mein Name ist Gottfried von Knoblauch. Ich bin 63 Jahre alt, verheiratet, wir haben zwei erwachsene Kinder.

Ich stehe hier als niedergelassener fachärztlich tätiger Internist und möchte für Sie gern in der Zukunft, in den nächsten vier Jahren, die Arbeit der Bundesärztekammer für die Ärztinnen und Ärzte gestalten, und zwar in Gemeinsamkeit. Wir brauchen *eine* Stimme. Wir müssen die Dinge, die wir zu klären haben, inhouse klären, um außer Haus das gemeinsam zu vertreten.

Was treibt mich um? 1989, nachdem ich sieben Jahre niedergelassen war, war es mir nicht genug, nur zu kritisieren oder anderen zu sagen, wie ich mir etwas vorstelle, sondern ich wollte mitgestalten. Auf diesem Wege bin ich dann auch Delegierter in der Landesärztekammer Hessen geworden und in dieser Legislaturperiode deren Präsident. Wir haben im Präsidium auch den Vorsitzenden der KV Hessen. Dadurch

ist die Zusammenarbeit und die Klammer mit den niedergelassenen Ärzten besonders gut.

Mir ist aber ein ganz besonderes Anliegen die Sicherung des Nachwuchses, die Sicherung der Existenz der Ärzte und unserer Versorgung. Die Nachwuchsgewinnung stellt sich für uns als etwas sehr Schwieriges dar, und zwar durch den noch immer herrschenden NC. Wir wissen: Die Politik hat inzwischen unsere Klagen, unsere Hinweise, dass wir in Zukunft nicht genügend Ärzte in der Versorgung haben werden, langsam begriffen. Aber bis wir diese Ärzte bekommen, wird es noch sehr lange dauern, nämlich zwölf Jahre, wenn man die Weiterbildung mit einbezieht.

Wenn wir den NC lockern, werden wir – Bewerber haben wir genug – für die Zukunft sicher mehr Kolleginnen und Kollegen haben, die in unsere Fußstapfen treten.

Wir müssen uns natürlich zusammen mit der Politik – die Landesärztekammer ist nicht für die Ausbildung verantwortlich – um eine Ausbildung kümmern, die praxisnäher sein muss, die den Kolleginnen und Kollegen auch die Möglichkeit gibt, frühzeitig zu sehen, dass die Versorgung nicht nur im Krankenhaus stattfindet, sondern besonders auch in der Niederlassung. Das ist auch in die Weiterbildung zu übertragen. Wir haben auf dem vorjährigen Ärztetag beschlossen, dass die Weiterbildung genauso in der ambulanten Medizin stattfinden muss wie in der stationären Medizin. Dazu müssen aber auch die Voraussetzungen geschaffen werden. Das heißt, die Weiterbildung am Krankenhaus und in der Praxis muss entsprechend refinanziert werden, damit umgesetzt werden kann, was wir im Vorjahr beschlossen haben.

Die Weiterbildung ist aber auch ureigenstes Recht und ureigenste Pflicht der Kammer und von uns Ärztinnen und Ärzten. Sie gehört nicht in den G-BA, sie gehört nicht in das Sozialgesetz. Uns bedroht beim geplanten Versorgungsgesetz, dass durch die spezialärztliche Versorgung jemand anders bestimmt, wo was gemacht wird. Das kann nicht sein. Wir brauchen für uns die Bestimmung bei der Weiterbildung; wir sagen, was Ärzte wissen und können müssen, um die Patienten vernünftig versorgen zu können.

Dafür werde ich mich einsetzen, und das in Zusammenarbeit mit dem künftigen Vorstand der Bundesärztekammer.

Die Arbeitsbedingungen sind eine große Voraussetzung dafür, dass wir Ärztinnen und Ärzte in den Beruf locken können. Mit Demotivation, mit Kujonierung wird man niemanden in den Beruf zwingen. Wir müssen aber auch selber das gute Gesicht zeigen, damit wir unseren Nachfolgern unseren Beruf als lohnend darstellen.

Unverzichtbar ist dabei die Tarifpluralität für angestellte Ärzte. Glücklicherweise hat das auch ver.di begriffen. Ich hoffe, dass es nicht dazu kommt, dass die Gruppen, die ihre eigenen Dinge selbst bestimmen können, einfach an die Kandare gelegt werden. Das wäre ein Unglück.

Wie können wir in Zukunft die Existenz sichern? Die GOÄ – wir haben das hier diskutiert – ist von unserer Seite aus eigentlich fertig. Wir erwarten, dass die Regierung ihre Versprechen einlöst; denn nur die GOÄ kann als einzige gesetzmäßige Gebührenordnung der Goldstandard für die zukünftige ärztliche Honorierung sein.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach: Dafür werde ich mich einsetzen.

Ich bedanke mich und freue mich, wenn Sie mir die Stimme geben.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke sehr. – Als Nächster nun Herr Montgomery, bitte.

Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, hier zu Ihnen sprechen zu können. Ich heiße Frank Ulrich Montgomery. Ich bin seit zwei Tagen 59 Jahre alt. Hauptberuflich bin ich als Oberarzt in der Radiologie der Universitätsklinik in Hamburg-Eppendorf tätig. Ich habe auch während meiner gesamten Zeit in hohen berufspolitischen Ämtern diese Tätigkeit ausgeübt. Ich bin noch immer etwa 25 Prozent meiner Zeit in der Klinik, weil ich glaube, dass es für einen Menschen, der für Sie tätig ist, eminent wichtig ist, auch noch die Erdung durch normale Arbeit in der Klinik und durch die Zusammenarbeit mit den Kollegen zu erfahren.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bin verheiratet mit einer Allgemeinmedizinerin, die seit 15 Jahren in Hamburg-Bahrenfeld in einer eigenen Praxis tätig ist. Ich kenne daher die Probleme auch des niedergelassenen Bereichs aus den Gesprächen am Abendbrottisch.

Meine Mutter war am Ende der Reeperbahn die Ärztin von St. Pauli. Ich bin daher wirklich in hervorragender Weise auch über die Probleme des sogenannten anderen Sektors informiert.

Meine Damen und Herren, ich will Ihnen jetzt nicht die Leistungen der Vergangenheit darstellen. Sie alle haben den Kampf des Marburger Bundes zu der Zeit, als ich dort Vorsitzender sein durfte, miterlebt. Es ist uns in dieser Zeit gelungen, durch Aktionen der Ärzteschaft wieder den aufrechten Gang zu vermitteln und zu sagen, dass wir es schaffen, den Trend zu immer weniger Einkommen und immer mehr Arbeit umzudrehen und hinzukommen zu einer gerechten Vergütung, zu eigenständigen Tarifverträgen und – das scheint mir das Wichtigste – zu einer Arbeit in Selbstbestimmung. Das wollten wir unbedingt. Das haben wir in dieser Zeit erreicht.

Meine Damen und Herren, in der Bundesärztekammer arbeite ich seit vielen Jahren mit. Es war ein Vergnügen für mich zu sehen, wie es Jörg-Dietrich Hoppe gelungen ist, diese Bundesärztekammer zu einer ethisch-moralischen Instanz aufzubauen, die heute uneingeschränkt auf diesen Gebieten gehört wird, dort mitreden kann und eine hohe politische Wirkung entfaltet. Das ist wichtig. Das werde ich auf jeden Fall, meine sehr verehrten Damen und Herren, fortsetzen.

Dennoch, ich glaube, wir brauchen sehr viel mehr Einmischung in Gesundheitspolitik und in Sozialpolitik. Deswegen will ich Ihnen drei entscheidende Themen nennen, die

für mich in der nächsten Zeit ganz obenan stehen. Zuallererst ist es die Gebührenordnung für Ärzte. Meine Damen und Herren, diese wird zur Chefsache gemacht. Sie muss unbedingt in dieser Legislaturperiode des Parlaments, aber auch in der Legislaturperiode dieses Vorstands umgesetzt werden.

(Beifall)

Zweitens müssen wir in die Detaildebatte des Versorgungsstrukturgesetzes einsteigen. Weite Teile dieses Gesetzes sind ja durchaus mit der Ärzteschaft konsentiert. Aber wir müssen auch die restlichen Teile so hinbekommen, dass sie in der Ärzteschaft insgesamt verträglich werden.

Schließlich bin ich sehr engagiert im Bereich der Patientenrechte. Der gegenwärtig vorliegende Eckpunkteentwurf für ein Patientenrechtegesetz trägt in weiten Bereichen auch die Handschrift der Bundesärztekammer. Daran bin ich nicht ganz unschuldig.

Meine Damen und Herren, über allem steht – das ist die entscheidende Voraussetzung, ohne die alles andere nichts wird –, dass es uns nur dann gelingt, die Patientenversorgung der Zukunft gut zu gestalten, wenn es uns gelingt, die Arbeitsbedingungen und die Einkommensbedingungen der Ärzte in Praxen und Kliniken zu verbessern, und zwar so zu verbessern, dass es wieder Spaß macht, den Arztberuf auszuüben, dass der Arztberuf wieder attraktiv ist.

Sie werden fragen: Wie gelingt uns das in einer sich ändernden Landschaft? Wir werden doch mit Sicherheit alle davon ausgehen, dass wir in der Legislaturperiode dieses Präsidiums auch Gefahr laufen, einen Regierungswechsel zu erleben und mit Gesundheitsministern einer anderen Couleur verhandeln zu müssen. Da brauchen wir Stärke, Kraft, Darstellungsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit. Da brauchen wir vor allem die Fähigkeit, die Ärzteschaft zusammenzuführen, hinter dem Vorstand der Bundesärztekammer zu einen, damit wir geeint auftreten können, denn nur so haben wir eine Chance, in dieser schwierigen Zeit zu überleben.

(Beifall)

Deswegen wird es mein erstes Ziel sein, meine Damen und Herren, uns alle zusammenzuführen. Dazu brauchen wir mehr als einen Ärztetag im Jahr. Ich will mit den Verbänden gemeinsam neben dem Ärztetag weitere Institutionen schaffen, in denen wir uns über die Politik austauschen können. Das tue ich in einem Tableau. Dieses Tableau umfasst Martina Wenker, Max Kaplan, Rudolf Henke und, wie ich hoffe, eine von den Personen, die Sie aus dem großen Strauß der Personen für die zweite Stelle wählen.

Was ist das Credo meiner Politik, meine Damen und Herren? Unsere Politik muss wirken wie eine Freiheitsbewegung. Sie muss den Ärzten Freiheit vor Gängelung, Freiheit zur Ausübung ihres Berufs, so wie sie das aus medizinischen Prinzipien gelernt haben, bieten.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Dr. Montgomery: Dafür setze ich mich ein. Dafür bitte ich Sie um Ihre Stimme.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Herr Montgomery. – Als Nächster bitte Herr Kollege Windhorst.

Dr. Windhorst: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Mein Name ist Theo Windhorst. Ich bin verheiratet, habe drei Kinder. Ich bin Chefarzt des Interdisziplinären Lungenzentrums in Bielefeld. Daran sehen Sie: Ich bin mit all den Dingen bekannt, die sektorübergreifend und gebietsübergreifend die Problematiken betreffen, wenn man versucht, mit allen Bereichen zusammenzuarbeiten. Das ist uns gelungen. Das läuft seit zwei Jahren sehr gut. Wir arbeiten mit Onkologen zusammen, mit Lungenärzten, natürlich mit den Thoraxchirurgen und den Chirurgen sowie den Psychotherapeuten.

Dieses Szenario ist mir bekannt. Das kriege ich auch hin, weil ich glaube, dass ich Organisationsstärke zeige. Ich glaube, ich habe auch die Intensität, über Verhandlungen zum richtigen Ziel zu kommen.

Vorhin wurde auch die GOÄ angesprochen. Ich bin völlig Ihrer Meinung, dass wir über die Dinge nicht nur reden dürfen. Wir reden und reden. Die Dinge müssen aber auch eintreffen. Da muss man einen Mann der Tat haben. Wenn Sie wollen, dann können Sie die GOÄ bei mir gleich zur Chefsache machen. Ich nehme das dann auf und werde das gegen alle Widerstände durchfechten. Wir wissen nicht, ob Herr Bahr es durchsetzen wird, wir wissen auch nicht, ob uns die PKV noch weitere Steine in den Weg legen wird.

Meine Damen und Herren, es sind wirklich so viele gute Leute hier. Warum stelle ich mich zur Wahl? Professor Jörg Hoppe hat mit seiner Politik die Akzente gesetzt, die für mich bildend waren in der Diskussion über Ethik. Wir werden unter Punkt VI der Tagesordnung darüber sprechen, welchen Antrag ich dazu gestellt habe.

Ich danke Dir, Jörg, dafür, dass Du dieses Schiff hier in Kiel zur Übergabe angelegt hast. Es ist wahnsinnig gut manövrierfähig. Ich würde da gern meine Akzente einbringen. Meine Akzente sind folgende. Ich stehe für ein Bild des Arztes als Helfer und Heiler. Es ist allen klar: Die Patientenversorgung ist das, was uns mit Empathie ans Herz gewachsen ist.

Ich stehe für Versorgungsfreiheit und auch für eine Berufszufriedenheit, die die Ärzteschaft braucht, um sich um ihr Patientenklientel zu kümmern. Die Ärzteschaft braucht auch eine existenzsichernde Voraussetzung. Eine faire Vergütung über eine GOÄ, die ein duales System mit GKV und PKV abbildet, mit all den Möglichkeiten, den Fortschritt in der Medizin an die Patienten heranzubringen, ohne Budget, ist eine ganz wichtige Sache.

Ein Arzt-Patient-Verhältnis unter einem Ökonomisierungsdrang lehnen wir völlig ab. Ich denke, es ist wichtig, hier vonseiten der Bundesärztekammer die Voraussetzungen dafür zu schaffen.

Wenn Sie mit mir mitgehen würden, würde ich ganz klar sagen: Man hat als Präsident der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, zusammen mit den 16 Präsidenten der Landesärztekammern, zusammen mit den Berufsverbänden, zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten eine große Chance, die Bedürfnisse von ambulant und stationär auf einen Nenner zu bringen und durch-

zusetzen. Wir reden viel, aber das Durchsetzen ist wichtig. Wir reden und diskutieren, aber wichtig ist die Tat: glaubwürdig, zupackend, transparent und authentisch.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie haben von mir schon einiges über die GOÄ gehört. Es hat mir wirklich Spaß gemacht, sie bis hierher zu bringen. Ich werde sie auch weiterbringen.

Mein nächstes Ziel ist die Nachwuchsförderung. Auf die Kriterien zur Zulassung zum Studium will ich gar nicht im Einzelnen eingehen. Wir von der Ärzteschaft müssen viel früher mit den medizinischen Fakultäten die Kolleginnen und Kollegen begleiten, aufnehmen, mitnehmen, sie auch ein wenig an die Selbstverwaltung binden. Wir müssen an den Ausbildungskrankenhäusern attraktive Arbeitsplätze schaffen, mit Teilzeit. Wir müssen uns überlegen: Wie bekommen wir die Teilzeitarbeit geregelt? Ist es wichtig, die Teilzeit auf Zeiten zu fixieren oder auf Inhalte?

Wir müssen sehen, dass wir in der Weiterbildung eine modulare Form finden, die die Berufsausübung mit einbindet in die Berufsbildungsinitiativen. Wir müssen eine strukturierte Weiterbildung aufbauen, damit neben dem Krankenhaus vor allem auch die Praxis mit in die Weiterbildung einbezogen wird.

Ich bitte Sie: Schenken Sie mir das Vertrauen. Ich setze mich für Sie ein, und zwar nicht nur verbal, sondern mit Taten. Ich bin bereit, für Sie durchzusetzen, was ich hier gesagt habe.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Nun haben wir alle gehört. Es gibt also mehrere Kandidaten für die Wahl zum Präsidenten der Bundesärztekammer. Wir kommen jetzt zur eigentlichen Wahl, schriftlich und geheim. Nehmen Sie bitte den weißen Wahlzettel aus dem Block und gehen Sie zu den Ihnen bereits bekannt gegebenen Wahlurnen. Dort stehen auch die entsprechenden Schilder. Herr Fuchs hat das bereits im Einzelnen erläutert.

Man kann das schlecht sehen: Haben schon alle ihre Stimme abgegeben oder noch nicht?

Haben alle ihre Stimme abgegeben? Ist jemand da, der noch nicht gewählt hat? – Niedersachsen ist noch nicht komplett, höre ich. Dazu wird Herr Dr. Gisbert Voigt aus Niedersachsen gesucht.

Herr Crusius macht mich darauf aufmerksam, dass das Vorstandsmitglied der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Herr Dr. Harald Terpe, Mitglied des Deutschen Bundestages, hier anwesend ist, den ich herzlich begrüße.

(Beifall)

Jetzt sind die Urnen hier oben. Ist noch jemand im Saal, der seine Stimme abgeben wollte, es aber nicht konnte? – Das ist nicht der Fall. Dann schließe ich diesen Wahlgang und bitte, nunmehr die Stimmzettel auszuzählen. Zähler sind Mitarbeiter der Rechtsabteilung. Frau Goesmann und Herr Wolter werden das überwachen, genauso Herr Schirmer.

Jetzt haben wir das Ergebnis dieses Wahlgangs. 250 abgegebene Stimmen, ungültig: keine, gültig also: 250. Davon Enthaltungen: 3. Das Quorum ist also 124.

Auf die einzelnen Kandidaten entfielen: auf Dr. Montgomery 111, auf Herrn Jonitz 74, auf Herrn Windhorst 31, auf Herrn Grauduszus 22 und auf Herrn von Knoblauch zu Hatzbach 9.

Es hat also keiner die notwendige Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erreicht, sodass wir nunmehr in einen zweiten Wahlgang eintreten müssen. Dazu gilt der gelbe Stimmzettel mit dem Aufdruck „2. Wahlgang Präsident“.

Vorher frage ich aber die einzelnen Kandidaten, ob sie bereit sind, weiterhin zu kandidieren. Herr Grauduszus, sind Sie bereit, im zweiten Wahlgang weiter zu kandidieren? – Nein. Herr Grauduszus ist nicht bereit, im zweiten Wahlgang zu kandidieren.

(Beifall)

Dann frage ich Herrn Jonitz. – Ja.

(Beifall)

Herr von Knoblauch zu Hatzbach? – Nein.

(Beifall)

Herr Montgomery? – Ja.

(Beifall)

Herr Windhorst? – Ja.

(Beifall)

Also haben wir jetzt drei Kandidaten, wenn ich richtig gezählt habe. Das Prozedere ist dasselbe wie schon einmal geübt. Sie nehmen also den gelben Stimmzettel mit dem Aufdruck „2. Wahlgang Präsident“ und schreiben nur einen Namen auf und keine weiteren Ausführungen, die nicht sachbezogen sind, anderenfalls ist der Stimmzettel ungültig. Enthaltungen zählen dann ja auch nicht mit.

Die Namen sehen Sie auf der Leinwand. Sie können sich jetzt zu den Ihnen bekannten Wahlurnen begeben.

Hat jetzt jeder seine Stimme abgegeben, der das möchte? – Noch nicht.

Haben an der Urne 4 alle ihre Stimme abgegeben, die das möchten? – Einer fehlt noch, wenn ich das Handzeichen richtig deute. – Ist gerade gekommen. Dann scheint das jetzt erledigt zu sein.

Gibt es noch irgendjemanden, der seine Stimme abgeben möchte und das bislang noch nicht getan hat? – Das ist nicht der Fall. Dann schließen wir diesen Wahlgang. Ich bitte nun um Auszählung.

Große Spannung. Ich bitte Sie auf die Plätze, dann kann man das besser sehen, weil gleich neue Wahlzettel verteilt werden müssen. Aber jetzt kommen wir erst einmal zu dieser Wahl, die gelaufen ist.

Es sind abgegeben worden 249 Stimmen. Ungültig: keine. Gültig: 249, davon 3 Enthaltungen. Das Quorum beträgt 124.

Es entfielen auf Herrn Windhorst 24, auf Herrn Jonitz 94 und auf Herrn Montgomery 128. Damit ist Herr Montgomery gewählt.

(Lebhafter Beifall)

Ich frage Herrn Montgomery, ob er die Wahl annimmt. – Wo ist er? Ich gehe davon aus, dass er die Wahl annimmt.

Präsident Dr. Montgomery: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte Sie weder überraschen noch enttäuschen: Ich nehme die Wahl an und bedanke mich bei Ihnen für diesen Vertrauensbeweis, den ich mit dem Versprechen verbinde, all diejenigen, die in der Wahl vielleicht zum Ausdruck gebracht haben, dass sie sich nicht ausreichend mitgenommen fühlen, in der Arbeit der Bundesärztekammer zu vereinen, zusammenzuführen, damit wir gemeinsam eine konstruktive Politik für die Zukunft machen können.

Ich danke Ihnen sehr.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Ich gratuliere Dir herzlich und wünsche Dir für die kommende Amtsperiode Glück und Erfolg.

(Lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

Für 12.30 Uhr war eine Mittagspause vorgesehen. Ich frage Sie, ob Sie die machen wollen.

(Zurufe)

– Nein.

(Zurufe: Doch!)

– Sie werden durch das Wählen satt.

Wir stimmen ab. Wer ist für eine Mittagspause? – Wer ist dagegen? – Letzteres ist die Mehrheit. Dann machen wir jetzt weiter.

Ich bitte Sie, sich hinzusetzen, weil jetzt neue Stimmzettel für die Wahl der Vizepräsidenten verteilt werden, damit jeder Delegierte auch einen Stimmzettel bekommt.

Ich bitte Sie, den blauen Stimmzettel für den möglichen dritten Wahlgang wegzuschmeißen, damit er nicht mit anderen Stimmzetteln verwechselt wird. Ich meine den blauen Stimmzettel mit dem Aufdruck „3. Wahlgang Präsident“.

Ich bitte, jetzt die Stimmzettel für die Wahl des Vizepräsidenten zu verteilen. Dazu liegen Vorschläge schriftlich vor. Herr Kaplan und Frau Wenker kandidieren. Das sind die beiden Plätze, die zu besetzen sind. Mehr Kandidaten haben wir nicht.

Wünschen Sie da eine Vorstellung?

(Zurufe)

– Wir stimmen ab. Wer wünscht Vorstellung? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit.

Dann kommen wir jetzt zur Vorstellung. Herr Kaplan kandidiert nur für die nächste Vizepräsidentenwahl.

Frau Wenker, sind Sie bereit zu kandidieren? – Es ist konkludentes Handeln, dass Sie zum Mikrofon gehen. Frau Wenker hat das Wort.

Dr. Wenker: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehen Sie mich? Ich mache es ganz kurz. Ich rede einfach über Montis Kopf hinweg.

(Heiterkeit – Beifall)

Ich heiße Martina Wenker. Ich bin 52 Jahre alt und Ärztin für Innere Medizin. Ich arbeite als Oberärztin in einer Lungenfachklinik im südlichen Raum von Hannover, in Hildesheim, einer wunderschönen Kleinstadt. In dieser Kleinstadt bin ich groß geworden und habe dort meine ersten berufspolitischen Erfahrungen, vor 20 Jahren beginnend, gesammelt. Ich bin seit vielen Jahrzehnten Vorsitzende der Bezirksvereinigung Hildesheim des Marburger Bundes. Ich glaube, es ist mit die kleinste Bezirksvereinigung, die es bundesweit gibt.

Ich bin seit vielen Jahren im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung in Hildesheim, dort auch im Zulassungsausschuss als ermächtigte Ärztin. In der Ärztekammer bin ich seit zwölf Jahren aktiv, über die Bezirksebene bis hin zur Landesebene. Ich bin als Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen gerade wiedergewählt worden.

Warum hängt mein Herz so an der Ärztekammer? Warum möchte ich als Vizepräsidentin der Bundesärztekammer kandidieren? Ich habe Ihnen drei Wünsche mitgebracht. Mein erster Wunsch ist: Ich möchte eine Ärztekammer als gemeinsames Dach für alle Ärztinnen und Ärzte. Das klingt so einfach. Wir haben auch in den Diskussionen der letzten Tage, die ich mit hohem Respekt verfolgt habe, gemerkt: Wir Ärzte entwickeln gemeinsam die Inhalte und die fachlichen Qualifikationen unserer beruflichen Tätigkeit. Wo, wenn nicht in den Ärztekammern, wird schlussendlich der berechtigte Interessensausgleich zwischen allen verschiedenen Arztgruppen stattfinden? Hier ist der Ort, wo wir uns in einer klugen Debatte auseinandersetzen und dann mit einer starken Stimme nach außen sprechen.

Als freier Beruf entwickeln wir doch selbst die ethischen Grundlagen unseres professionellen Selbstverständnisses. Dieses haben wir gestern in einer sehr klugen Debatte getan. Da brauchen wir natürlich Sachverstand von Ethikern und Juristen, aber schlussendlich ist es unser professionelles Selbstverständnis.

Mein zweiter Wunsch: Ich wünsche mir eine starke Bundesärztekammer, die diese Interessen bündelt und stark mit einer Stimme nach außen vertritt. Wir haben genug andere Akteure im Gesundheitswesen, die mit starker Stimme sprechen. Wir sind eine starke Gruppe, wir haben eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Wir brauchen eine starke Bundesärztekammer. Wichtige Dinge wie die ärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit müssen auch und gerade in einem ökonomisierten Gesundheitswesen in unserer Hand bleiben.

Wir brauchen mehr denn je eine Versorgungsform, die uns auch in Kooperation eine gute und individuelle Patientenversorgung ermöglicht. Die neue GOÄ muss die moderne Medizin mit eindeutigen, klaren Leistungsdefinitionen abbilden. Die Qualitätssicherung gehört in unsere Hand. Wir brauchen faire Arbeitsbedingungen jetzt, damit die Arbeit wieder Spaß macht.

Mein dritter Wunsch ist folgender. Es ist wahrscheinlich der am schwierigsten umzusetzende Wunsch. Da appelliere ich an uns alle: Ich wünsche mir Ärztekammern, die in Zukunft wieder mehr von allen Ärztinnen und Ärzten als ihre Interessenvertretung angesehen werden, wo mitzuwirken sich lohnt. Es sind doch die Ärztinnen und Ärzte vor Ort, die am besten wissen, wo uns der Schuh drückt, welche Sorgen die Patienten haben.

Wir müssen also die regionalen Stärken unserer 17 Landesärztekammern noch weiter ausbauen, denn diese bilden die Brücke zwischen den Ärzten vor Ort, den Ländern und der Bundesärztekammer.

Dieses Brückenbauen würde ich gern mitgestalten. Ich würde mich freuen, wenn Sie mir dafür Ihre Stimme geben.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke schön, Frau Wenker. – Wir kommen nun zum ersten Wahlgang für den ersten Vizepräsidenten. Gültig ist der weiße Stimmzettel mit dem Vermerk „1. Wahlgang Vizepräsident“. Ich bitte Sie wieder an die bekannten Urnen.

(Zurufe)

– Herr Kaplan hat erklärt, er kandidiert in diesem Wahlgang nicht. Im nächsten. Wir haben ja noch einen Vizepräsidenten zu wählen. Es muss getrennt gewählt werden. Es ist also alles in bester Ordnung.

Hat jetzt jeder seine Stimme abgegeben? – Nein, noch nicht. Dann machen wir weiter. Hat jetzt jeder seine Stimme abgegeben, der dies möchte? – Das scheint der Fall zu sein. Haben alle ihre Stimme abgegeben? – Nein, noch nicht.

Jetzt scheint jeder gewählt zu haben, der dies möchte, oder ist jemand im Saal, der noch nicht gewählt hat, dies aber tun wollte? – Das ist nicht der Fall. Dann bitte die Urnen nach hier vorn bringen. Dann können wir auszählen.

Wir haben das Ergebnis für die Wahl des ersten Vizepräsidenten. Abgegebene Stimmen: 247. Ungültig: 2. Gültig somit: 245. Enthaltungen: 13. Das Quorum ist 117. Auf Frau Wenker entfielen 227 Stimmen. Sie ist damit gewählt.

(Beifall)

Meine Frage an Frau Wenker: Nimmt sie die Wahl an, wovon ich ausgehe?

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Ich nehme die Wahl sehr gern an.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Herzlichen Glückwunsch und allzeit Glück und Erfolg.

Nun kommen wir zur Wahl des zweiten Vizepräsidenten. Da ist Herr Kollege Kaplan, der eben nicht kandidieren wollte, der Kandidat. Weitere Vorschläge liegen nicht vor, sodass wir jetzt zur Wahl von Dr. Kaplan schreiten können.

Wollen Sie eine Vorstellung?

(Zurufe)

– Ja. Vorhin hatten wir ja auch die Vorstellung. Bitte, Herr Kollege Kaplan.

Dr. Kaplan: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich glaube, jetzt muss ich über den Kopf von Martina hinwegsprechen.

Ich bin Max Kaplan, 58 Jahre alt, verheiratet, habe zwei erwachsene Söhne. Ich bin Facharzt für Allgemeinmedizin, seit 1985 niedergelassen in einer Landarztpraxis im schwäbischen Allgäu, jetzt in einer Dreiergemeinschaftspraxis zusammen mit einer hausärztlich tätigen Internistin und einem Facharzt für Allgemeinmedizin.

Seit Oktober letzten Jahres bin ich Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, seit 2003 war ich deren Vizepräsident. In meiner Kandidatur sehe ich ein klares Ja zur Körperschaft Ärztekammer und deren Arbeitsgemeinschaft Bundesärztekammer, mit dem Ziel, diese sowohl nach innen als auch nach außen zu stärken. Hier sehe ich durchaus Handlungsbedarf. Gerade in einer Zeit der immer deutlicheren Zentralisierung und Institutionalisierung im Gesundheitswesen müssen die Kernaufgaben der Kammer, nämlich Fortbildung, Weiterbildung, Qualitätssicherung, Entwicklung eines zukunftsorientierten Berufsbildes, aber auch aktuelle Stellungnahmen zu politischen, ethischen und gesellschaftlichen Themen einen höheren Stellenwert erhalten. Nur so kann es uns gelingen, dass auch unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen sich wieder mit ihrer Kammer, mit ihrer Körperschaft identifizieren.

Nach außen müssen wir ständigen Kontakt zu den Gesundheitspolitikern auf Landes-, Bundes-, aber auch auf europäischer Ebene pflegen. In Gesundheitsfragen müssen wir Ansprechpartner Nummer eins sein. Die Bundesärztekammer muss *die* Stimme der Ärztinnen und Ärzte sein. Das ist sicherlich ein hehres Ziel; das gebe ich zu. Dies können wir auch nur schaffen in Abstimmung mit den Landesärztekammern, mit den Berufsverbänden und mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Hierbei ist es selbstverständlich, dass wir uns für alle Versorgungsbereiche engagieren. Wir müssen die angestellten Ärztinnen und Ärzte in ihrem Engagement für den Erhalt der Tarifpluralität im Krankenhaus unterstützen, gerade in dieser Zeit. Wir müssen für einen fairen Wettbewerb zwischen ambulant tätigen und stationär tätigen Fachärzten sorgen, gerade beim Thema spezialisierte ambulante fachärztliche Versorgung. Wir müssen in der hausärztlichen Versorgung klarstellen, dass weder ein Hausarzt light noch eine Gemeindeschwester Lösungsansätze sein können.

(Beifall)

Ich sage ein klares Nein zur Übertragung von originär ärztlichen Aufgaben wie Diagnose, Indikationsstellung und Therapiekontrolle an andere Gesundheitsberufe.

(Beifall)

Ich sage aber auch ein ganz klares Ja zur Arztentlastung durch eine erweiterte Delegation von Aufgaben an entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine möglichst enge Kooperation im Sinne der Arbeitsteilung mit anderen Gesundheitsberufen.

Schließlich: Ärztliche Arbeit muss sich auch lohnen, sowohl privat als auch finanziell. Es geht hier um die Motivation einer ganzen Generation junger Ärztinnen und Ärzte. Eine Gesellschaft des langen Lebens braucht engagierte Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik und nicht in Unternehmensberatungen, und zwar hier in Deutschland und nicht im Ausland.

(Beifall)

Deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, müssen wir dem Zeitgeist, dem sogenannten Mainstream, immer einen kleinen Tick voraus sein, nach dem Motto: agieren statt reagieren.

Mit diesem Verständnis stelle ich mich heute hier zur Wahl zum Vizepräsidenten und würde mich über Ihre Stimme freuen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Setzen Sie sich bitte, damit die Stimmzettel verteilt werden können. Es kommt jetzt der weiße Stimmzettel mit dem Aufdruck „1. Wahlgang Vizepräsident“, keine anderen Wahlzettel. Eben mussten an den Urnen auch schon Wahlzettel zurückgewiesen werden.

Ich bitte Sie nunmehr, sich an die Ihnen bekannten Urnen zu begeben. Anschließend werden wir auszählen.

Hat jetzt jeder gewählt, der wählen möchte? Hier in der Mitte stehen so viele Menschen, dass man nicht übersehen kann, ob jemand noch wählen will. – Das scheint der Fall zu sein, weil einer zur Wahlurne eilt.

Haben jetzt alle gewählt, die dies tun möchten? – Das scheint der Fall zu sein. Ist jemand im Saal, der noch wählen möchte? – Ich sehe keinen.

Dann schließen wir den Wahlgang. Ich bitte, die Urnen hierherzubringen, damit ausgezählt werden kann.

Jetzt liegt das Ergebnis zur Wahl des zweiten Vizepräsidenten vor. Es sind 245 Stimmen abgegeben worden. Eine Stimme ist ungültig. Es gibt also 244 gültige Stimmen. Es gab 10 Enthaltungen. Das Quorum beträgt somit 118. Auf Herrn Kaplan entfielen 229 Stimmen.

(Beifall)

Frage an Herrn Kaplan, ob er die Wahl annimmt. Herr Kaplan, nehmen Sie die Wahl an? – Es sieht so aus.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich nehme die Wahl natürlich an. Ich freue mich über das Ergebnis und verspreche Ihnen: Ich werde mich engagieren.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Herzlichen Glückwunsch.

Nun kommen wir zur Wahl der zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer. Ich habe hier sieben Vorschläge für zwei zu besetzende Positionen: Frau Bühren, Herr Henke, Frau Lundershausen, Frau Rapp-Engels, Herr Reinhardt, Frau Rothe-Kirchberger und Herr Wesiack. Werden weitere Vorschläge gemacht? – Offenbar nicht. Sind alle bereit zu kandidieren? Oder will jemand nicht kandidieren? – Es sind offenbar alle bereit.

Es wurde eben zur Geschäftsordnung um Abstimmung gebeten wegen einer Mittagspause.

(Vereinzelt Beifall)

– Das können Sie alle halten wie ein Dachdecker. Das müssen wir durch Abstimmung klären. Wer ist für eine Mittagspause? – Das sind jetzt doch eine ganze Reihe. Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Wir können es natürlich auch so machen, dass wir jetzt rasch abstimmen und dann – –

(Zurufe: Nein!)

Wenn Sie eine Vorstellung wünschen, kommen bei sieben Kandidatinnen bzw. Kandidaten und fünf Minuten Redezeit 35 Minuten zusammen.

Wir stimmen noch einmal ab wegen der Mittagspause. Das zählen wir aus. Wo sind die Zähler? – Die machen Pause.

(Heiterkeit)

Noch einmal: Wer ist für eine Mittagspause? – Wer gegen die Pause ist, gebe bitte das Handzeichen. – Das Abstimmungsergebnis lautet: gegen die Pause sind 118, für eine Pause 97. Wir machen also weiter.

Ich hatte Ihnen die sieben Kandidaten benannt. Jetzt frage ich, ob alle zur Kandidatur bereit sind. Frau Bühren, sind Sie bereit zu kandidieren? – Ja. Herr Henke? – In diesem ersten Wahlgang, ja. Frau Lundershausen? – Jetzt nicht. Frau Rapp-Engels? – Ja, im ersten Wahlgang. Herr Reinhardt? – Im zweiten Wahlgang. Frau Rothe-Kirchberger? – Ja, im ersten Wahlgang. Herr Wesiack? – Im zweiten Wahlgang.

Dann haben wir jetzt fünf Kandidaten. Nun wird zur Geschäftsordnung beantragt, dass für die Vorstellungsrunde die Redezeit drei Minuten betragen soll. Sind Sie für drei Minuten? – Das ist die Mehrheit.

(Zurufe)

– Ist etwa die Mehrheit dagegen? – Nein.

Jetzt müssen sich die Kandidaten vorstellen. Drei Minuten Redezeit plus der Wechsel am Mikrofon ergeben rund 20 Minuten. Es kandidieren jetzt nicht Frau Lundershausen, Herr Reinhardt und Herr Wesiack.

Bitte, Frau Bühren, Sie haben das Wort.

Dr. Bühren: Liebe Kollegen und Kolleginnen! Das Amt der weiteren Ärztinnen und Ärzte wurde eingeführt, um unterrepräsentierten Kompetenzen und Interessen Stimme zu geben. Meine drei sind: Erstens. Ich bin Ärztin. Die eigenen Erfahrungen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie haben den Ausschlag dafür gegeben, als Präsidentin des Ärztinnenbundes zwölf Jahre lang und im Vorstand der Bundesärztekammer und in weiteren Berufsverbänden wie dem Hartmannbund Themen wie bessere Kinderbetreuung voranzubringen, speziell auch beim Tagesordnungspunkt des Deutschen Ärztetages „Ärztinnen – Zukunftsperspektive für die Medizin“. Was haben Sie davon? In den Köpfen und in der Politik ist es angekommen. Mit dem Versorgungsgesetz müssen wir nun für attraktivere Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte überall sorgen und sie umsetzen. Ganz wichtig ist es auch, endlich die überfällige Aktualisierung der Mutterschutzbestimmungen für angestellte Ärztinnen umzusetzen.

Zweitens. Ich bin seit 18 Jahren niedergelassene Ärztin und kenne die Situation und die Interessen in der Praxis. Ich bin stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und in anderen Gremien tätig. Was haben Sie davon? Wenn es den Patienten gut gehen soll, muss es den Praxen gut gehen. Wenn die Arbeitsbedingungen attraktiv und familienfreundlich sind, werden Sie Nachfolger für Ihre Praxen finden.

Drittens. Ich bin Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ich arbeite wie zum Beispiel beim Ärztetag 2006 für die Stärkung der psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln. Als Vorsitzende des Psycho-Fachausschusses der KV Bayern setze ich mich dafür ein, die sprechende Medizin in allen Fachgebieten auch finanziell abzusichern. Die Ärztegesundheit, auch unsere Gesundheit, nicht nur die Patientengesundheit, liegt mir besonders am Herzen. Was haben Sie davon? Deprofessionalisierung wird verhindert. Die sprechende Medizin bleibt essenzieller Teil der ärztlichen Kunst.

Fazit: Ich halte mich für geeignet, weil ich die Erfahrung habe, weil ich über das notwendige persönliche Netz verfüge und weil ich die Motivation verspüre.

Über Ihre Stimme würde ich mich freuen.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Frau Bühren. – Als Nächster bitte Herr Henke.

Henke: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mein Name ist Rudolf Henke. Ich bin 56 Jahre alt, verheiratet, wir haben vier Töchter. Ich bin seit 1980 Arzt, seit 1988 Facharzt für Innere Medizin und habe als Oberarzt am St.-Antonius-

Hospital in Eschweiler verschiedene Funktionen im Marburger Bund übernommen. Ich war lange Zeit 2. Vorsitzender. Seit 2007 bin ich 1. Vorsitzender des Marburger Bundes.

Wenn von Minderheiten die Rede ist, bin ich unter den Kandidaten, die hier auftreten, der letzte verbliebene Arzt im Praktikum (AiP), weil ich ein Praktikum im Parlament, dem Deutschen Bundestag, machen darf, seitdem mich die Aachenerinnen und Aachener 2009 bei der Bundestagswahl gegen eine Gegenkandidatin in den Bundestag gewählt haben. Jetzt sitze ich im Gesundheitsausschuss und versuche ein Stück weit auch Transport für das zu geben, was wir uns als Ärztinnen und Ärzte wünschen.

Ich glaube, es gibt dort Licht und Schatten. Schattenseite: GOÄ. Es geht alles nicht schnell genug. Vielleicht hat der Gesundheitsausschuss auch zu wenig Einfluss und es ist zu sehr eine Sache des Ministeriums und der Bundesländer.

Licht: Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Hier haben wir beim Versorgungsgesetz etliche Schritte getan. Ich finde, das sind Schritte in die richtige Richtung.

Schatten: Die Unsicherheit über die Frage, wie es mit der Tarifpluralität weitergeht und ob der Marburger Bund Verträge abschließen kann, die arztspezifisch sind und die die Ärztinnen und Ärzte verteidigen.

Licht: Die Hoffnung nimmt zu, weil sich bei uns auf der Hauptversammlung Landes- und Bundespolitiker so geäußert haben, dass man das nicht abschaffen darf. Jetzt brauchen wir für diese Frage Ihre Unterstützung. Ich bitte auch diejenigen, die mir persönlich kritisch gegenüberstehen, uns dadurch zu unterstützen, dass derjenige, der im Augenblick den Marburger Bund leitet, wieder in den Vorstand der Bundesärztekammer kommt.

Meine beiden wesentlichen Themen sind Krankenhauspolitik und Prävention. Ich glaube, die Prävention ist unterbelichtet. Ich glaube aber auch, dass wir viel tun müssen, um in den Krankenhäusern dafür zu sorgen, dass die Finanzkraft der Häuser ihren Aufgaben standhält. Das Beispiel, das wir jetzt erleben, ist richtig: nicht über Geld diskutieren, die Aufgaben bei EHEC erfüllen, aber es darf nicht sein, dass wir später vorgeworfen bekommen, die Erfüllung dieser Aufgaben habe dazu geführt, dass wir Budgets überschritten haben.

Ich bitte Sie herzlich um Ihre Unterstützung und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke schön. – Herr Professor Mau zur Geschäftsordnung.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Versammlungsleiter, aus der Satzung der Bundesärztekammer ist nicht ersichtlich, dass wir die Wahl der zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte in verschiedenen Wahlgängen absolvieren müssen. § 5 Abs. 4 der Satzung regelt, dass nach dem üblichen Modus gewählt wird. Meine Frage ist, ob wir uns nicht alle Vorstellungen gemeinsam anhören können und dann gemeinsam in einem einzigen

Wahlgang wählen. Die beiden Kandidatinnen bzw. Kandidaten mit den meisten Stimmen können dann als gewählt betrachtet werden.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Das kann so sein, wenn zwei die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erreichen sollten. Es ist aber kaum möglich, dass das zwei gleichzeitig tun.

(Heiterkeit)

Oder habe ich in der Schule im Mathematikunterricht schlecht aufgepasst?

Wir müssen natürlich mehrere Wahlgänge durchführen, wie wir es vorhin schon einmal geübt haben. Anders geht es nicht.

Wir wollen jetzt mit der Vorstellung fortfahren. Jetzt bitte Frau Rapp-Engels.

Dr. Rapp-Engels: Sehr geehrter Herr Ehrenpräsident! Herzlichen Glückwunsch zur Wahl, Herr Montgomery, Frau Wenker und Herr Kaplan! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bewerbe mich um das Amt der weiteren Ärztin im Vorstand der Bundesärztekammer. Vielleicht kennen mich noch nicht alle. Mein Name ist Regine Rapp-Engels. Ich bin Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes seit zwei Jahren und vertrete die Ärztinnen mit ihren vielfältigen beruflichen und sonstigen Erfahrungen und Kompetenzen. Ich spreche also für Haus- und Fachärztinnen, für Niedergelassene, für Krankenhausärztinnen, für Ärztinnen in Elternzeit und für Studentinnen. Ich bringe den gesamten Erfahrungsschatz dieser unterschiedlichen Berufs- und Fachgruppen mit ein, auch im Sinne des integrierenden Agierens und Denkens, was in unserem Verband natürlich unabdingbar ist und was, wie ich denke, in der Bundesärztekammer vergleichbar stattfinden muss.

Ich bin Fachärztin für Allgemeinmedizin und habe als solche die entsprechenden Stationen durchlaufen. Ich war Angestellte in Klinik und Praxis. Ich war auch mehrere Jahre niedergelassen. Ich habe die Kassenzulassung aus verschiedenen Gründen zurückgegeben, unter anderem deshalb, weil die Balance zwischen dem, was man an Zeit, Kraft und Herzblut einbringt, und dem, was an positivem Image und vor allem auch an finanziellen Ressourcen herauskommt, nicht gegeben ist.

Nunmehr bin ich in der Sozialmedizin bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen tätig und beschäftige mich hauptsächlich mit Kinderrehabilitation. Die Sozialmedizin gibt einen unglaublichen Einblick in die Strukturen unseres Gesundheitswesens und vor allem in den Verschiebebahnhof zwischen den Kostenträgern. Es ist mir ein großes Anliegen, das möglicherweise über die Gesetzgebung etwas geordneter zu gestalten, damit es nicht zulasten des Patienten geht, der ja in der Kette immer der Letzte ist.

Ich war zwischendurch beurlaubt und war unter anderem über drei Jahre lang im Landtag Nordrhein-Westfalen als Fraktionsreferentin für eine Gesundheitsenquete tätig. Glauben Sie mir, meine lieben Kolleginnen und Kollegen: Es ist von unschätzbarem Wert, was ich da gelernt habe. Ich habe es sehr geschätzt, als Ärztin bei der gesundheitspolitischen Gestaltung mitzuwirken.

Ein weiteres Highlight war – ich kann nicht alles aufzählen –, als ich als Teilnehmerin der deutschen Delegation beim Menschenrechtsausschuss der UN in Genf war. Ich bin auch sehr gern in der Ethikkommission Münster tätig.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Dr. Rapp-Engels: Ich möchte den Vorstand der Bundesärztekammer nicht nur optisch bereichern, sondern auch in vielen inhaltlichen Dingen, die ich Ihnen jetzt nicht mehr erläutern kann. Seien Sie versichert: Ich finde mich durch den breiten Hintergrund, den ich mitbringe, in vielem von dem wieder, was hier schon gesagt wurde.

Ich bitte Sie um Ihr Vertrauen und danke Ihnen.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Nun haben wir noch eine Kandidatin, nämlich Frau Rothe-Kirchberger. Bitte.

Dr. Rothe-Kirchberger: Ich habe ja schon kundgetan, dass ich gern für diesen Beisitzerposten antreten möchte. Ich möchte kurz etwas zu meiner Person sagen, dann zu dem, was ich tue, und schließlich zu dem, was ich anstrebe.

Zu meiner Person: Ich bin niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychiatrie, Zusatztitel Psychoanalyse und Suchtmedizin. Ich finde mich an einigen Schnittstellen wieder, unter anderem an jener, dass ich zunächst Medizin studiert und mich dann entschieden habe, nachdem ich mich mehr für den psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereich interessiert habe, noch Psychologie zu studieren. Dieses Studium habe ich auch abgeschlossen. Dieses zweite Studium habe ich finanziert, indem ich in Allgemeinpraxen und auch in Kliniken Vertretungen gemacht habe. Insofern sind mir die Belange sowohl der somatischen Ärzte als auch der Psychoärzte durchaus sehr vertraut.

Nach dem ersten habe ich den zweiten Facharzt gemacht und dabei selbst erlebt, wie schwierig es ist, Arztberuf und Familie miteinander zu verbinden. Ich habe drei Kinder, wovon eine Ärztin ist, die den Umweg über die Beratung gemacht hat, was heute etwas als verpönt dargestellt wurde, die inzwischen in der kurativen Medizin angekommen ist. Aufgrund der Tatsache, dass ich mehrfach zwischen Klinik und Praxis gewechselt habe, ist mir die Schnittstellenproblematik zwischen ambulant und stationär durchaus bekannt. Eine bessere Verzahnung liegt mir sehr am Herzen. Ein ganz wichtiges Thema ist aus meiner Sicht auch das Aufnahme- und Entlassmanagement.

Ein weiteres wichtiges Thema ist, wie schon gesagt, die Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie sowie die Attraktivität des Arztberufs. Hinsichtlich der Ausbildung geht es nicht nur darum, die Anzahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen, sondern auch die Auswahlkriterien zu verbessern, auch für die, die als Zweitstudium die Medizin favorisieren würden. Das ist im Versorgungsgesetz noch nicht vorgesehen. Dazu habe ich einen Antrag formuliert.

Weitere Schwerpunkte oder Interessen sind die Weiterbildung, die einerseits flexibilisiert werden muss und andererseits mit einer deutlichen Verbesserung der Qualität verbunden werden muss, und die Fortbildung. Ich bin auch im Fortbildungsausschuss.

Ich habe noch nicht gesagt, dass ich im Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg bin.

Der letzte Schwerpunkt, den ich erwähnen möchte, sind die Menschenrechte. Dazu habe ich hier schon relativ viel an Anträgen eingebracht. Das liegt mir ganz besonders am Herzen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mich wählen würden.

Danke schön.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Damit ist die Vorstellungsrunde beendet. Wir kommen dann zur Wahl. Sie haben jetzt den weißen Stimmzettel mit dem Aufdruck „1. Wahlgang zur Wahl der weiteren Ärztinnen/Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer“. Bitte einen Namen aufschreiben, keine weiteren Bemerkungen oder sonstige Dinge. Dann gehen Sie bitte zu den Urnen, wie vorhin schon mehrfach praktiziert.

Hat jetzt jeder seine Stimme abgegeben, der wählen wollte? – Das scheint der Fall zu sein.

Ist jemand im Saal, der noch nicht gewählt hat, aber wählen wollte? – Ich sehe keinen. Dann schließen wir den Wahlgang. Ich bitte, die Urnen zum Auszählen nach hier vorn zu bringen.

Wir haben das Ergebnis. 246 Stimmen sind abgegeben worden. Ungültig: 2. Damit gültige Stimmen: 244. Davon sind 14 Enthaltungen. Das Quorum beträgt demnach 116.

Es entfallen auf Frau Bühren 43 Stimmen, auf Frau Rothe-Kirchberger 12 Stimmen, auf Frau Rapp-Engels 28 Stimmen und auf Herrn Henke 147 Stimmen.

(Beifall)

Damit ist Herr Henke gewählt. Ich frage ihn, ob er die Wahl annimmt.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Lieber Karsten Vilmar! Verehrte Damen! Meine Herren! Ich nehme die Wahl an. Ich will mir weiter inhaltlich Mühe geben und auch gucken, dass es optisch etwas besser wird.

Ich bedanke mich sehr.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Nun kommen wir zur Wahl des zweiten Sitzes für eine weitere Ärztin/Arzt in den Vorstand der Bundesärztekammer. Ich frage die eben nicht Gewählten, ob sie kandidieren wollen. Frau Bühren? – Ja. Frau Rapp-Engels? – Ja. Frau Rothe-Kirchberger, kandidieren Sie in diesem weiteren Wahlgang? Sie hört gar nicht zu. – Ja. Im vorigen Wahlgang haben nicht kandidiert Herr Reinhardt, Frau Lundershausen und Herr Wesiack. Frau Lundershausen, kandidieren Sie jetzt? – Ja. Herr Wesiack? – Ja. Herr Reinhardt? – Ja.

Diejenigen, die jetzt neu kandidieren, können sich mit einer Redezeit von drei Minuten vorstellen. Zunächst bitte Frau Lundershausen.

Dr. Lundershausen: Sehr geehrter Herr Professor Vilmar! Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen! Mein Name ist Ellen Lundershausen. Ich bin niedergelassene Ärztin, Hals-Nasen-Ohren-Fachärztin. Ich bin verheiratet und habe vier Kinder. Ich bin mit einem Diabetologen verheiratet. Es macht das Leben nicht immer einfacher, wenn man mit einem Arzt verheiratet ist.

Ich habe berufspolitische Erfahrungen in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen gesammelt. Dort war ich lange Zeit in der Vertreterversammlung. Ich war im Vorstand der KV, auch hauptamtlicher Vorstand. Ich bin jetzt Vizepräsidentin des Deutschen Berufsverbands der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Vizepräsidentin der Landesärztekammer Thüringen.

Mir ist wichtig – deswegen bewerbe ich mich als Beisitzerin in der Bundesärztekammer – die Geschlossenheit der Ärzte untereinander. Das ist für mich das oberste Gebot, egal ob wir Hausärzte, niedergelassene Fachärzte oder Klinikärzte sind. Wir haben es in den letzten 20 Jahren verlernt zusammenzuhalten.

(Beifall)

Mir ist außerdem das Versorgungsgesetz wichtig. Bei aller Freude über dieses Gesetz, die wir in den letzten Tagen gehört haben, muss ich Ihnen sagen: Für mich zieht sich da noch immer der rote Ulla-Faden durch.

(Beifall)

Ich meine, wir müssen uns als Kammern und insbesondere als Bundesärztekammer aktiv in den Prozess der Weiterführung und der Verabschiedung dieses Versorgungsgesetzes einmischen.

Für mich steht die Freiberuflichkeit trotzdem auf dem Spiel. Wir müssen mitgestalten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und eben auch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sind der Garant für eine optimale Versorgung der deutschen Bevölkerung in der Fläche in den letzten Jahren gewesen. Das müssen wir immer wieder betonen. Das heißt nicht, dass wir uns gegen andere Fachgruppen, gegen Klinikärzte usw. abgrenzen. Wir niedergelassenen Fachärzte kommen aus der Klinik.

(Beifall)

Ein zweites Anliegen ist mir: Ich möchte junge Menschen ermutigen. Wir haben gestern gehört, dass die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland von dem glücklichen Esel sprach. Ich denke, es gibt viele sehr gute Esel. Wir können sie

in Zukunft auch glücklich machen. Aber wir dürfen nicht dauernd darum herumreden, sondern wir müssen handeln, und zwar jetzt.

Ich bin 20 Jahre niedergelassene Ärztin. 1990 war es für mich die größte Freude, in die Niederlassung gehen zu dürfen. Ich kenne 18 Jahre dirigistisches Gesundheitssystem in dem anderen Teil Deutschlands, den wir überwunden haben.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Dr. Lundershausen: Ich warne Sie vor der Staatsmedizin.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Dr. Lundershausen: Ich würde mich freuen, an Ihrer Seite im Vorstand der Bundesärztekammer tätig sein zu können. Entscheiden Sie.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke schön. – Als nächster Redner bitte Herr Reinhardt.

Dr. Reinhardt: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mein Name ist Klaus Reinhardt. Ich bin 51 Jahre alt, Vater von vier Kindern. Ich bin Facharzt für Allgemeinmedizin. Ich bin seit 1993 in der Fortführung der elterlichen hausärztlichen Praxis in Bielefeld tätig.

Seit sechs Jahren bin ich neben vielen anderen berufspolitischen Tätigkeiten Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und verantworte gemeinsam mit Theo Windhorst die Politik der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Meine politische Heimat ist der Hartmannbund, dessen stellvertretender Bundesvorsitzender ich seit circa zwei Jahren bin.

Die Themen, die mich in der Arbeit der Bundesärztekammer in besonderer Weise bewegen, sind zum einen der gesellschaftliche Wert des Konzepts des freien Berufs. Das ist nämlich keine Schimäre, sondern die Grundlage eines individuellen staatsfreien Arzt-Patient-Verhältnisses. Die Erosion, die dieses Konzept in den vergangenen circa 15 Jahren schleichend, aber wirksam erfahren hat, ist stark vorangeschritten. Die Macht und die Übergriffe des Sozialgesetzbuchs auf unser genuines Berufsrecht stellen die Selbstverwaltung und die Kammern grundsätzlich infrage.

Die Bundesärztekammer muss in diesem Sinne eine deutliche Ansprache an die Politik formulieren, damit die Kammern auch zukünftig bei Themen wie Weiterbildung, Qualitätssicherung, sektorübergreifende Versorgungsstrukturen nicht nur ins Benehmen gesetzt werden, sondern zentraler Dreh- und Angelpunkt in diesem Zusam-

menhang werden und bleiben. Eine Abstimmung mit, aber auch eine Abgrenzung gegenüber der KBV ist dabei unerlässlich.

Das Thema Nachwuchsförderung können wir in zwei Bereichen wesentlich selbst beeinflussen. Das betrifft zum einen die Weiterbildungsqualität, bei der schon einiges geschieht, aber noch vieles getan werden kann und muss. Das betrifft zum anderen die Weiterbildungsstruktur. Sie ist genuin beeinflussbar durch Sie, den Deutschen Ärztetag, und durch die Landesärztekammern. Die Weiterbildungsordnung muss nicht nur eine Bildungsordnung sein, sondern sie muss auch eine Berufsausübungsordnung werden.

Der dritte Punkt, der mich wesentlich bewegt, ist die ärztliche Führung in Krankenhäusern. Dem Diktat der Ökonomie, das wir an dieser Stelle erleben, dem ökonomischen Druck seitens der Krankenhausgeschäftsführung auf die Kollegen muss etwas Wirksames entgegengesetzt werden, auch in Abgrenzung zur Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Mein letztes wesentliches Anliegen ist für mich, wie schon häufiger gesagt, dass nach der pluralistischen Debatte des Deutschen Ärztetages, die vorbildlich und auch beeindruckend ist, am Schluss die deutsche Ärzteschaft es schafft, gegenüber Gesellschaft und Politik tatsächlich mit *einer* Stimme zu sprechen.

In diesem Sinne werbe ich um Ihr Vertrauen.

Danke schön.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Herr Reinhardt. – Als nächster Redner bitte Herr Wesiack.

Dr. Wesiack: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann wahrscheinlich nicht zur optischen Verbesserung des Vorstands der Bundesärztekammer beitragen, vielleicht aber zur politischen. Und deswegen stehe ich hier.

Ich heiße Wolfgang Wesiack, bin seit 25 Jahren niedergelassen als fachärztlich – ich betone: fachärztlich – tätiger Internist in einer Gemeinschaftspraxis. Ich bin für den Berufsverband Deutscher Internisten verantwortlich. Das ist ein Verband, der alles abbildet: von den Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung über die niedergelassenen Hausärzte, die in der hausärztlichen Versorgung tätigen Internisten, die fachärztlich tätigen Internisten bis zur großen Zahl der Klinikärzte.

Ich habe in der Kassenärztlichen Vereinigung und auch in der Kammer politische Verantwortung übernommen.

Ich bin verheiratet, wir haben drei Kinder, und zwar zwei Söhne und eine Tochter. Beide Söhne sind Volljuristen. Stellen Sie sich die Gespräche abends vor; die sind nicht immer leicht für mich. Die Tochter macht gerade ihr Physikum. Sie hat mir zwei Fragen gestellt: Papa, warum muss ich, obwohl ich ein so gutes Abitur habe, im Ausland Humanmedizin studieren? Papa, was passiert, wenn ich approbiert bin, mit mei-

ner Planung? Ich möchte heiraten, ich möchte Kinder haben und ich möchte einen Beruf ausüben.

Ich habe gesagt: Anna, ich versuche, dass das alles möglich ist. Das ist Teil eins meines Programms. Die Bundesärztekammer, liebe Kolleginnen und Kollegen, muss politischer werden. Sie muss sich professioneller darstellen und sie muss durchschlagkräftiger werden. Sie hat einen ungeheuer hohen Vertrauensbonus bei der Bevölkerung.

Zum Stichwort GOÄ: Ich glaube, hier sind die Vorarbeiten gut geleistet. Aber bei der Umsetzung müssen wir Druck machen. Das geht eben nur zusammen mit den Verbänden. Das geht nur auf einer anderen Ebene. Ich glaube, wir müssen bereit sein, an dieser Ebene zu arbeiten. Wir müssen die Sektoren abbauen, wir müssen die Niedergelassenen mehr integrieren. Wir müssen eine Win-win-Situation an der Grenze ambulant/stationär schaffen. Die Zeit der kalten Kriege ist an dieser Stelle vorbei. An dieser Stelle müssen wir konstruktiv sein.

Wenn Sie diese Ziele unterstützen, bitte ich Sie um Ihr Vertrauen und Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Und hier ist die Redezeit vorbei!

Dr. Wesiack: Ich bitte Sie um Ihre Stimme.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Wir kommen jetzt zur Wahl mit dem weißen Stimmzettel. Bitte einen Namen aufschreiben und keine weiteren Bemerkungen.

Zwischenzeitlich werden schon die Wahlzettel für die Wahlen verteilt für den „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“, die „Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin“ und die „Deutsche Akademie der Gebietsärzte“. Das machen wir im Anschluss. Diese Stimmzettel also bitte nicht vergraben oder wegschmeißen. Die brauchen Sie, weil wir anschließend entsprechend wählen.

Nun bitte ich um die Stimmabgabe für den zweiten Sitz für eine weitere Ärztin/Arzt in den Vorstand der Bundesärztekammer.

Haben jetzt alle gewählt, die das wollen? – Das ist offenbar der Fall.

Ist noch jemand im Saal, der nicht gewählt hat? – Da eilt noch jemand herbei.

Ist jetzt noch jemand im Saal, der nicht gewählt hat und dies gern tun wollte? – Das ist nicht der Fall. Dann schließen wir den Wahlgang. Ich bitte, die Urnen nach hier vorne zu bringen, damit ausgezählt werden kann.

Wir können jetzt aus Zeitgründen fortfahren. Ich erkläre, wie es weitergeht. Sie haben den Zettel für die Wahl der ordentlichen Mitglieder des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“ erhalten. Auf diesem Zettel stehen elf Vorschläge. Auf dem Stimmzettel dürfen maximal sieben Namen stehen.

(Zurufe)

– Doch, die sind da.

Bei dem Zettel für die Wahl des Vorstands der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“ stehen sieben Namen. Es dürfen maximal fünf Namen angekreuzt werden, anderenfalls ist der Stimmzettel ungültig. Sie können weniger Namen ankreuzen, aber nicht mehr.

Für den Vorstand der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“ gibt es acht Vorschläge. Auch dort dürfen Sie maximal fünf Namen ankreuzen, anderenfalls ist der Stimmzettel ungültig. Das steht unten alles aufgeführt zum Nachlesen.

Damit Sie sich ein Bild von den Kandidatinnen bzw. Kandidaten machen können, die satzungsgemäß vom Vorstand vorgeschlagen werden, stellt Ihnen zunächst Herr Dr. Bartmann die Mitglieder für den „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ vor, die Ihnen der Vorstand vorschlägt. Anschließend bitte ich Herrn Kaplan, dasselbe für die „Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin“ zu tun, anschließend Frau Wenker für die „Deutsche Akademie der Gebietsärzte“.

Zunächst also Herr Bartmann, bitte.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Herr Vilmar! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen die Personen nur kursorisch vorstellen, damit Sie in etwa eine Idee haben, was sich hinter den Namen verbirgt.

Vorschlag Nr. 1 ist Herr Professor Dr. Otto Bach aus Dresden. Professor Bach ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er ist seit 1997 Mitglied und seit 2001 Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Er ist seit 1999 Mitglied im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ der Bundesärztekammer. Er ist seit 2003 Mitglied im Vorstand des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“.

Wenn wir vom „Deutschen Senat“ reden, dann ist damit die große Versammlung gemeint, in der alle Landesärztekammern vertreten sind. Sie wählen hier aber nicht den „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“, sondern den Vorstand. Deshalb sollen nur sieben Namen angekreuzt werden. Wenn ich sage „Er ist Mitglied im ‚Deutschen Senat‘“, dann besagt das nicht, dass er gleichzeitig Mitglied im Vorstand ist. Aber bei Herrn Professor Bach ist es so, dass er bereits jetzt im Vorstand des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“ ist.

Vorschlag Nr. 2 ist Herr Dr. Klaus Baier aus Stuttgart. Er ist Arzt für Allgemeinmedizin, Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Vorsitzender der Fortbildungskommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg und Mitglied im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“.

Vorschlag Nr. 3 bin ich selber. Ich bin 60 Jahre alt, Chirurg, ehemals Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Ich bin seit 2001 Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Seit 1999 bin ich Mitglied im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“. Seit 2007 bin ich Vorsitzender dieses Gremiums.

Vorschlag Nr. 4 ist Herr Professor Dr. Jürgen Gedschold aus Magdeburg. Er ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Facharzt für Humangenetik. Er ist seit 1991 Vorsitzender des Beirats für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und seit 1991 Mitglied im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“. Seit 2007 ist er Mitglied im Vorstand des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“.

Vorschlag Nr. 5 ist Professor Dr. Klaus Reinhard Genth aus Bad Nauheim. Er ist Internist und Kardiologe sowie seit 2009 stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen.

Vorschlag Nr. 6 ist Herr Dr. Max Kaplan aus München. Ich glaube, Herr Kaplan hat sich eben selbst ausreichend vorgestellt. Er ist seit 2001 Mitglied im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ und ständiger Gast im Vorstand des Senats. Er ist Wissenschaftlicher Leiter des Nürnberger Fortbildungskongresses.

Vorschlag Nr. 7 ist Professor Dr. Reinhard Griebenow aus Köln. Er ist Facharzt für Innere Medizin, seit 2000 Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Nordrhein und Mitglied im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“.

Vorschlag Nr. 8 ist Professor Dr. Wilfried Nix, Mainz. Er ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie. Seit 1998 ist er Direktor der Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz sowie seit 1998 Mitglied im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“. Seit 2007 ist er Mitglied im Vorstand des Senats.

Vorschlag Nr. 9 ist Herr Dr. Wolf von Römer aus München. Er ist Arzt für Innere Medizin. Er ist seit 1990 aktiv in der Fortbildung des Bayerischen Internistenverbands und seit 2007 Mitglied im Vorstand des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“.

Vorschlag Nr. 10 ist Herr Jens Wagenknecht aus Varel. Er ist Facharzt für Allgemeinmedizin und seit zehn Jahren aktiv in der Fortbildung im Hausärzteverband, auf Bezirksstellenebene, im Fortbildungsausschuss sowie bei den Langeooger Fortbildungswochen der Ärztekammer Niedersachsen. Seit 2007 ist er Mitglied im Vorstand des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“.

Vorschlag Nr. 11 ist Professor Dr. Hugo Karel Van Aken aus Münster. Er ist Arzt für Anästhesie und seit 1999 Mitglied im Vorstand der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Seit 2009 ist er Mitglied in der Leopoldina und seit 2003 ständiger Gast im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“.

Vielen Dank.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Herr Bartmann. – Als nächster Redner bitte Herr Kaplan.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Lieber Herr Vilmar! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich darf Ihnen kurz die bisherigen Mitglieder der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“ vorstellen und die Vorgeschlagenen.

Frau Professor Dr. Vittoria Braun. Sie ist seit 30 Jahren niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Berlin-Köpenick. Sie hat den Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Charité aufgebaut und ist Mitglied des Vorstands.

Frau Cornelia Goesmann brauche ich, glaube ich, nicht näher vorzustellen. Frau Goesmann ist niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Hannover. Sie war in der letzten Legislaturperiode Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Sie ist Mitglied des Vorstands der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“. Sie war von 2003 bis 2007 Akademievorsitzende. Jetzt ist sie stellvertretende Vorsitzende.

Dann kommt meine Wenigkeit. Ich war in der letzten Legislaturperiode Vorsitzender der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“.

Frau Dr. Gitta Kudela aus Magdeburg ist niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Magdeburg, Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und seit zwei Wahlperioden Mitglied des Vorstands der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“.

Neu in der Kandidatenliste ist aufgeführt Herr Kollege Hans-Michael Mühlenfeld aus Bremen. Er ist seit 1993 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin. Er ist Lehrbeauftragter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen und Vorsitzender des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband und seit 2004 Mitglied der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“.

Dr. Klaus Reinhardt aus Bielefeld ist seit 1993 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin. Er ist Vizepräsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe und Mitglied der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“.

Kollege Bernd Zimmer aus Wuppertal ist niedergelassener Allgemeinmediziner seit 1986. Er ist seit 2009 Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein und er ist Mitglied des Vorstands des Hausärzteverbands Nordrhein und Mitglied des Vorstands der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“.

Das sind die sieben vorgeschlagenen Kolleginnen und Kollegen für den Vorstand der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“, von denen Sie bitte fünf wählen.

Danke.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Jetzt bitte Frau Wenker.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Ihnen acht Kolleginnen und Kollegen zur Wahl des Vorstands der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“ vorstellen, und zwar in alphabetischer Reihenfolge:

Herr Professor Dr. Bernd Bertram, seit 1993 niedergelassener Augenarzt in Aachen, seit 2005 Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Nordrhein und seit 2007 1. Vorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands e. V.

Herr Dr. Ulrich Clever aus Freiburg, seit 1991 niedergelassener Gynäkologe in Freiburg, seit 26. Februar 2011 Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, deren Vizepräsident er von 2007 bis 2011 war.

Herr Dr. Horst Feyerabend aus Hagen. Er ist seit 1978 niedergelassen in internistischer Gemeinschaftspraxis in Hagen, fachärztlicher Versorgungsbereich mit den Schwerpunkttätigkeiten Gastroenterologie, Kardiologie und Angiologie. Herr Dr. Feyerabend ist bisher schon Mitglied des Vorstands der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“.

Frau Dr. Ellen Lundershausen aus Erfurt, seit 1991 niedergelassene HNO-Fachärztin in Erfurt, seit 2007 Vizepräsidentin der Landesärztekammer Thüringen und seit 2008 Vizepräsidentin des Deutschen Berufsverbands der HNO-Ärzte.

Herr Dr. Klaus Ottmann aus München, Facharzt für Urologie und Belegarzt, seit 1995, also seit fast 16 Jahren, 2. Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer und dort schwerpunktmäßig mit ambulant-stationären Kooperationen befasst. Er ist schon seit Langem Mitglied im Vorstand der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“.

Herr Dr. Michael Reusch aus Hamburg, niedergelassener Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Hamburg, seit 2005 Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen e. V. Herr Dr. Reusch war von 2002 bis 2006 Präsident der Ärztekammer Hamburg.

Frau Dr. Christa Schaff aus Weil der Stadt. Sie ist niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie und Psychologie, Psychosomatische Medizin in Weil der Stadt. Sie ist stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland. Sie ist seit 2007 Mitglied im Vorstand der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“.

Auch ich möchte gerne wieder kandidieren. Ich habe mich ja schon einmal vorgestellt. Ich leite seit dem Jahr 2007 als Vorsitzende die „Deutsche Akademie der Gebietsärzte“.

Vielen Dank.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Frau Wenker. – Nun können Sie ankreuzen, und zwar beim Senat maximal sieben und bei den beiden Akademien maximal fünf Namen aus den Ihnen vorliegenden Listen. Sie können alle drei Stimmzettel zusammen in die vorbereiteten Urnen werfen. Die Auszählung ist allerdings sehr kompliziert, sodass wir das Ergebnis erst dann bekannt geben, wenn es vorliegt.

(Heiterkeit)

Das wird wahrscheinlich heute nicht mehr sein können. Früher ist es schon einmal später zugeschickt worden.

Wir warten jetzt noch auf das Ergebnis zur Wahl des zweiten Sitzes für eine weitere Ärztin/Arzt in den Vorstand der Bundesärztekammer. Anschließend kommt der gesamte neue Vorstand auf die Bühne und wird von dem ältesten Delegierten – das ist Herr Holfelder – verpflichtet. Dann ist meine Funktion hier auch beendet.

Es sind 244 Stimmen abgegeben worden. Es war keine Stimme ungültig. Wir haben damit 244 gültige Stimmen. Enthaltungen: 7. Das Quorum beträgt 119. Auf Frau Bühren entfielen 18 Stimmen, auf Frau Lundershausen 113 Stimmen, auf Frau Rapp-Engels 14 Stimmen, auf Herrn Reinhardt 44 Stimmen, auf Frau Rothe-Kirchberger 12 Stimmen und auf Herrn Wesiack 36 Stimmen.

Niemand hat das Quorum erreicht. Damit müssen wir in einen zweiten Wahlgang eintreten. Die Frage ist, ob alle Kandidatinnen und Kandidaten erneut kandidieren. Frau Bühren? – Nein. Frau Lundershausen? – Ja. Frau Rapp-Engels? – Nein. Herr Reinhardt? – Ja. Frau Rothe-Kirchberger? – Nein. Herr Wesiack? – Ja.

Sie können jetzt also zwischen Frau Lundershausen, Herrn Reinhardt und Herrn Wesiack auswählen. Schreiben Sie bitte nur einen Namen auf den Wahlzettel. Gültig ist der gelbe Wahlzettel. Wenn Sie einen Namen aufgeschrieben haben, gehen Sie bitte wie gewohnt zur Wahlurne.

(Zuruf)

– Wir wählen jetzt erst im zweiten Wahlgang eine weitere Ärztin/einen weiteren Arzt in den Vorstand der Bundesärztekammer. Anschließend kommen wir zur Wahl der anderen. Sonst geht es in den Urnen völlig durcheinander.

Der Wahlgang für die weitere Ärztin/den weiteren Arzt ist der zweite Wahlgang. Das steht ja auch auf dem Wahlzettel. Das ist im Grunde eindeutig. Oder ist jemand im Saal, der nicht lesen kann? Das kann ja sein.

(Zuruf)

– Meinen Sie die großen Zettel? Das macht nichts. Das kann man ja auseinandersortieren.

Hat jeder den gelben Zettel abgegeben?

(Zurufe)

– Wegen der weißen Zettel ist scheinbar eine Verunsicherung entstanden. Die großen Zettel sollten ursprünglich mit in die Urne. Wir legen sie aber neu auf und machen einen zweiten Wahlgang mit blauen Zetteln. Sonst ist das nicht kontrollierbar.

(Zurufe)

Ich höre gerade, dass die Urne 4 wieder da ist. Alle, die für die Urne 4 wahlberechtigt sind, müssen dort ihren gelben Stimmzettel für die Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes einwerfen.

Jeder möge bitte den gelben Zettel für die Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes abgeben. Wenn dann noch ein weißer Zettel in den Urnen ist, sortieren wir ihn aus.

Den Wahlgang für die beiden Akademien und für den „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ wiederholen wir. Dafür bekommen Sie nachher blaue Stimmzettel. Dann kommt keine Verwirrung auf.

(Zurufe)

– Das kann ich nicht ändern. Dann sind die zu spät verteilt worden.

(Zurufe: Nein!)

Hat jetzt jeder seinen Zettel abgegeben? Will noch jemand wählen? – Ich sehe keinen. Dann schließen wir diesen Wahlgang jetzt ab und zählen das aus.

Das Ergebnis liegt jetzt vor. Es geht um das Ergebnis zum zweiten Wahlgang zur Wahl der weiteren Ärztin/des weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer. Zahl der abgegebenen Stimmen: 240. Ungültig: Eine. Es gibt also 239 gültige Stimmen. Enthaltungen: 5. Das Quorum beträgt 119. Die Mehrheit der abgegebenen Stimmen, nämlich 152, entfiel auf Frau Lundershausen. Gewählt ist damit Frau Lundershausen.

(Beifall)

Die weiteren Ergebnisse waren: Herr Wesiack 35 Stimmen, Herr Reinhardt 46 Stimmen.

Nimmt Frau Lundershausen die Wahl an? – Ja. Vielen Dank. Damit ist der Vorstand vollzählig.

Der Vorstand wird gebeten, auf die Bühne zu kommen, ebenso Herr Holfelder, damit satzungsgemäß die **Verpflichtung** vor dem Deutschen Ärztetag erfolgen kann.

Daran anschließend erfolgen die Wahlen für den „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ und die beiden Akademien. Dafür erhalten Sie zu gegebener Zeit blaue Stimmzettel. Sie werden wieder in den Urnen gesammelt. Heute ist diese Auszählung nicht mehr möglich. Die Ergebnisse werden später mitgeteilt.

Damit ist meine Funktion hier erledigt.

(Beifall)

Dr. Holfelder: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Der neue Vorstand der Bundesärztekammer ist soeben gewählt worden. Herr Montgomery bildet ein neues Glied einer langen Reihe von Präsidenten, die seit dem Kriegsende hier fungiert haben: die Herren Oelemann, Rodewald, Neusser, Fromm, Sewering, Vilmar und zuletzt Herr Hoppe. Diese haben ihr Amt teilweise 9, 10, 11, 12 und 20 Jahre ausgeübt – ein Zeichen für die Anerkennung ihrer jeweiligen Arbeit. Möge das ein Ansporn für Sie und für den neuen Vorstand für Ihre Tätigkeit für die Zukunft aller Ärzte sein.

Ich darf Sie jetzt gemäß § 5 Abs. 5 der Satzung der Bundesärztekammer verpflichten:

> *Der neu gewählte Vorstand wird vor dem 114. Deutschen Ärztetag auf die getreue Amtsführung zum Wohle der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet.*

Ich übergebe nun an Herrn Dr. Frank Ulrich Montgomery, den neuen Präsidenten der Bundesärztekammer.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Lieber Herr Holfelder! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Es ist nicht vorgesehen, dass wir in irgendeiner Weise eine Eidesformel oder etwas Ähnliches sprechen, aber wir nehmen diese Verpflichtung gleichwohl sehr ernst und wollen uns alle gemeinsam – nicht nur die fünf heute neu Gewählten, sondern auch die Präsidenten der Landesärztekammern – im Vorstand für Ihr Wohl einsetzen. Vielen Dank.

Ich hoffe, dass wir jetzt mit den Beratungen des Deutschen Ärztetages, bei denen wir hoffnungslos hinter der Zeit sind, fortfahren können. Wir gehen jetzt alle auf unsere Plätze. Dann versuchen wir weiterzumachen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir fahren jetzt mit der Tagesordnung des Ärztetages fort. Bevor ich Ihnen gleich noch etwas Besonderes vorschlagen möchte, sollten wir, während die Wahlzettel für die noch ausstehende Wahl vorbereitet werden, mit der Aufarbeitung des Restes von Tagesordnungspunkt I beginnen. Sie erinnern: Da sind noch das Referat von Andreas Botzlar sowie eine Reihe von Anträgen aus zwei Themenblöcken der Gesundheits- und Sozialpolitik übrig. Danach sollten wir wieder die Berufsordnungsdebatte aufnehmen. Ganz egal, wie weit wir damit kommen, beginnen wir morgen früh um 9 Uhr mit der Debatte über die Änderung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage, weil uns Herr Rechtsanwalt Schirmer irgendwann im Laufe des Tages verlassen muss. Bei Geschäftsordnungsdebatten ist es immer sehr positiv, wenn man den Leiter der Rechtsabteilung in der Nähe hat. Das hilft bei schwierigen rechtlichen Fragen.

Wenn Sie damit einverstanden wären, könnten wir so verfahren.

Bevor wir in die normale Tagesordnung eintreten, habe ich einen Vorschlag zu machen, bei dem ich Sie bitte, ihn durch heftigste Akklamation zu befürworten. Jörg-Dietrich Hoppe, bis vor zwei Stunden unser Präsident, der 35 Jahre für die deutsche Ärzteschaft in vielen Positionen gewirkt hat, zuletzt 12 Jahre als Präsident der Bundesärztekammer, sollte – das schlage ich Ihnen vor – von Ihnen zum Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages ernannt werden.

(Lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

Ehrenpräsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Ich werde dieses Amt gern annehmen. Ich werde dann mit Karsten Vilmar im Vorstand der Bundesärztekammer ein Senioreneck bilden.

(Heiterkeit – Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Solange Ihr nicht beim Mittagessen auf einem Seniorenteller besteht, ist uns das sicherlich recht.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich rufe die restlichen Punkte aus Tagesordnungspunkt I „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ auf. Wir haben noch Restanten aus zwei Blöcken. Das sind aus dem Block „Berufliche Perspektiven“ fünf Anträge und aus dem Block „Gesundheits- und Sozialpolitik“ sechs Anträge. Ich

gehe davon aus, dass Sie das alles noch komplett auf allen Hirnwindungen voll erinnern.

In der Zwischenzeit haben wir Gelegenheit, das vorbereitete Kurzreferat von Andreas Botzlar zu hören, das sich mit der Frage der beruflichen Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte befasst. Sie erinnern, dass die ursprünglich eingeladene Kollegin Wennekes akut erkrankt war. Da wir aber dieses wichtige Thema nicht einfach entfallen lassen wollten, haben wir Herrn Botzlar gebeten, uns ein paar Ausführungen aus seiner Sicht zu dieser Problematik zu machen, damit wir kundiger darüber diskutieren können.

Die Rednerliste ist offen.

Jetzt hat Herr Botzlar das Wort.

Dr. Botzlar, Referent: Herr Präsident! Herren Ehrenpräsidenten! Verehrte Delegierte! Meine Damen und Herren! Jetzt müssen wir uns doch noch einmal mit den beruflichen Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung beschäftigen. Es geht längst nicht mehr darum, welcher Arzt und welche Ärztin welches Fach ausübt und wie sie das tun. Längst hat die Konkurrenz der akademischen Berufe untereinander eingesetzt und längst hat die Konkurrenz der entwickelten Länder mit den sich rasch entwickelnden Schwellenländern um den qualifizierten Nachwuchs eingesetzt.

Wir in Deutschland kommen dabei nicht besonders gut weg. Die Universitäten haben zwar in den letzten Jahren ausreichend viele Medizinstudentinnen und Medizinstudenten erfolgreich zum Examen geführt; Ärztinnen und Ärzte fehlen uns aber trotzdem. Sie haben sich neue Tätigkeitsfelder außerhalb der kurativen Medizin erschlossen oder in der kurativen Medizin außerhalb Deutschlands. Von 20 deutschen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten arbeitet eine bzw. einer im Ausland.

Zudem findet nach meiner Beobachtung seit einiger Zeit die Abwanderung von Ärzten auf einem höheren Weiterbildungsniveau statt als die Zuwanderung. Deutschland ist zum Transmigrationsland für Weiterbildungswillige geworden. Und wenn ein hoch qualifizierter Migrant seine Heimat verlässt, was sollte ihn eigentlich dazu bringen, ausgerechnet hier in Deutschland seinen Beruf auszuüben? Festzustellen ist außerdem: Auf 15 Ärztinnen und Ärzte, die in Deutschland arbeiten, kommt einer oder eine aus dem Ausland. Wir nähern uns also in gewisser Hinsicht Gesundheitssystemen, wie wir sie beispielsweise in England oder in Amerika vorfinden, die, um den eigenen Aufwand für Aus- und Weiterbildung geringzuhalten, bewusst auf die Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus anderen Ländern setzen. Ob das von uns gewollt oder gar für uns gut sein kann, wage ich zu bezweifeln.

Was wollen nun die jungen Ärztinnen und Ärzte? Beachten wir: Sie unterscheiden sich von den älteren durch weitaus mehr als nur durch das geringere Lebensalter. Sie sind sehr gut ausgebildet, selbstbewusst, viel teamwilliger als ältere Ärztinnen und Ärzte und sie lehnen tiefe Hierarchien ab, die es bei uns immer noch reichlich gibt. Sie sind mobiler und sprachgewandter. Es genügt nicht, ihnen einen roten Teppich auszurollen, der mit dem Eintritt in die Arbeitswirklichkeit endet. Sie wollen Entertainment on the job, sonst sind sie einfach weg. Ihre Arbeit muss abwechslungs-

reich und sinnvoll sein und sie muss sich mit dem Rest des Lebens unter einen Hut bringen lassen.

Bei einer Umfrage bei Marburger-Bund-Mitgliedern haben 84 Prozent der Befragten angegeben, dass ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehr wichtig oder am Wichtigsten sei. Drei Jahre zuvor waren es erst 63 Prozent. Das war mit Abstand die größte Veränderung im Longitudinalvergleich in dieser Befragung. Gleichwohl greift der Begriff nach meiner Auffassung ein wenig zu kurz, denn auch verschiedene berufliche Standbeine oder das so oft eingeforderte gesellschaftliche Engagement brauchen Raum. Erinnern Sie sich bitte an das, was Bundesminister Bahr gesagt hat: Es gibt auch die Probleme der jungen Männer. Auch sie wollen gelegentlich gern den Beruf und andere Aktivitäten unter einen Hut bringen. Es ist also längst nicht mehr ein geschlechts-, sondern vor allem auch ein generationenspezifisches Problem, dem man sich zuwenden muss.

Außerdem muss die Weiterbildung verlässlich planbar und verbindlich organisierbar sein. Soweit der zu erwartende Verdienst und die zu erwartende Arbeitslast die Berufswahl beeinflussen, sollten wir beispielsweise beachten: Das durchschnittliche Einstiegsgehalt eines Diplomingenieurs mit einer 35-Stunden-Woche in der deutschen Metallindustrie liegt heute bei circa 4.085 Euro im Monat. Ein Arzt an einer Universitätsklinik hat eine 42-Stunden-Woche und bekommt 3.892 Euro im Monat. Zu wenige Ingenieure haben wir übrigens in Deutschland auch.

Blicken wir auf die Realitäten: Gegenwärtig erleben wir einen erheblichen Migrationsdruck der jüngeren einheimischen Bevölkerung in Richtung Ballungsräume und Zentren. Die Immigranten folgen dieser Wanderungsbewegung und verstärken sie dadurch. Wollen wir da allen Ernstes jungen Kolleginnen und Kollegen für den Rest ihres Berufslebens irreversibel schmackhaft machen, sich in die entgegengesetzte Richtung zu bewegen, damit sie dann sinngemäß als die Letzten im Dorf das Licht ausmachen?

Aus dem retrospektiven Blickwinkel der Zukunft könnte die gegenwärtige Förderung der Landärzte mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit als klassische Fehlsteuerung erkannt werden. Freilich muss man versuchen, zukünftigen Bedarf zu ermitteln und durch Regelungen alles zu gewährleisten, was unter allen Umständen flächendeckend zur Verfügung stehen muss, beispielsweise das Rettungswesen und die Notfallmedizin.

Keinesfalls erforderlich ist aber eine Restriktion überall dort, wo man glaubt, eine sogenannte Überversorgung erkannt zu haben. Diese vermeintliche ärztliche Überversorgung in Großstädten – mehr oder weniger bezogen auf einen zufälligen Status quo irgendwann vor 20 Jahren – dient ja nicht nur der Versorgung der ortsansässigen Bevölkerung, sondern oft von Patienten aus einem weiten Einzugsgebiet einschließlich Medizintouristen und trägt zu unserer gesamtwirtschaftlichen Leistung bei.

Die nachhaltigste Wirkung von Regulierung ist oft die Fehlsteuerung durch Fehlanreize. Leider hängen auch wir Ärzte an der Regulierung gelegentlich wie an einer Droge. Der Vergleich drängt sich deswegen auf, weil dem Kick regelmäßig der Kater folgt. Es wurde auch auf diesem Ärztetag schon auf die Niederlassungssperre von 1993 verwiesen. Passiert ist damals, was der Marburger Bund vorhergesagt hatte: In einer Art Torschlusspanik wechselten viele Ärzte vom Angestellten- ins Selbstständi-

gendasein. Jetzt stellen wir nach 18 Jahren überrascht fest, dass die Altersstruktur vieler Praxisinhaber ziemlich homogen ist und viele möglichst gleichzeitig in den Ruhestand treten wollen. Und dann wundern wir uns, dass die jungen Kollegen in einer selbstständigen Niederlassung keine Option sehen, nachdem es jahrelang fast nicht möglich war.

Die Droge der Regulierung bringt uns den Kick der Besitzstandswahrung, die aber nur von vorübergehender Dauer ist; das böse Erwachen folgt später. Die Kollegen, die damals froh waren, dass ihnen keine Konkurrenz erwachsen konnte, klagen heute darüber, dass niemand ihre Praxis übernehmen will. Der also zunächst nur befürchtete Besitzstandsverlust ist zeitversetzt, dafür aber umso vollständiger eingetreten.

Die beruflichen Perspektiven von jungen Ärztinnen und Ärzten in der Patientenversorgung könnten nicht besser sein, wenn sie nur von der Nachfrage nach medizinischen Leistungen abhingen. Aber das ist nicht so, denn es gibt auch die ordnungspolitischen und tarifrechtlichen Rahmenbedingungen.

Grundsätzlich findet die Patientenversorgung in diesem Land nach wie vor im ambulanten oder im stationären Sektor statt. Diese Aufteilung ist zwar den meisten Ländern mit westlich-demokratischer Grundordnung unbekannt, ich glaube aber trotzdem, dass wir sie bei uns noch länger haben müssen oder dürfen – ganz nach persönlichem Stand.

Relativ neu in der Szene des ambulanten Sektors sind Medizinische Versorgungszentren. Davon ist allerdings die Hälfte de facto nichts anderes als eine Gemeinschaftspraxis. Echte Medizinische Versorgungszentren sind also seltener, aber trotzdem ein Erfolgsmodell, wenn man das an der zunehmenden Häufigkeit ihres Vorkommens festmacht. Während bei Ärztinnen und Ärzten in Praxen die angestellte Ärzteschaft etwa 8 Prozent ausmacht, sind es in den Medizinischen Versorgungszentren circa 80 Prozent, und zwar vor allem auch deshalb, weil es dem Wunsch vieler jüngerer Kolleginnen und Kollegen entspricht, so zu arbeiten, weil sie offensichtlich den Eindruck haben, dass die Vereinbarkeit von Berufsleben und allem anderen, was sie sonst noch tun müssen, auf diese Weise besser gewährleistet ist.

Dem Wunsch der Patientinnen und Patienten nach einem verlässlichen und, wenn möglich, immer gleichen Ansprechpartner kann auch in einem Medizinischen Versorgungszentrum Rechnung getragen werden. Zusätzlich besteht der Vorteil, dass im Notfall auch eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt auf der gleichen Informationsgrundlage den Patienten sofort behandeln kann.

Junge Ärztinnen und Ärzte nagen heute keineswegs mehr am Hungertuch. Dazu haben zwei Umstände entscheidend beigetragen, und zwar erstens die Abschaffung des Zustands „Arzt im Praktikum“ im Oktober 2004. Auch mein Verband hat es damals mit verantwortet und mitgetragen, dass das eingeführt wurde, und dafür die entsprechenden Prügel bezogen. Retrospektiv betrachtet war es für den gesamten Berufsstand fatal, weil eine strukturelle Weiterentwicklung, wie sie üblicherweise unter Normalbedingungen zustande kommt, für genau diejenigen 18 Jahre verhindert wurde, in denen anderenorts die Grundlagen der elektronischen Datenverarbeitung und gegenwartstaugliche Führungsstrukturen eingeführt wurden.

Der zweite Umstand sind die arztspezifischen Tarifverträge, die mein Verband ab dem Jahr 2006 abgeschlossen hat. Wir behaupten – ich glaube nicht, dass uns da jemand zu Recht widersprechen kann –, dass die Bindekraft dieser Tarifverträge den Ärztemangel in Deutschland zumindest lindern hilft.

Trotzdem beobachte ich, dass junge Ärztinnen und Ärzte oft erhebliche Schwierigkeiten bei der längerfristigen Lebensplanung haben, weil ihnen nämlich der langfristige Nachweis eines regelmäßigen Einkommens nicht möglich ist. So entstehen in gewisser Hinsicht doch wieder prekäre Lebenssituationen. Grund hierfür ist, dass die Anstellung von jungen Ärztinnen und Ärzten insbesondere in Krankenhäusern, zumindest in bestimmten Teilen Deutschlands, immer wieder, immer öfter oder immer noch in vielen kurzlaufenden Verträgen geregelt wird. Das führt dazu, dass sich – aus verständlicher Sorge um die nächste Vertragsverlängerung – die meisten Betroffenen nicht trauen, etwaige Missstände jeglicher Art anzusprechen: sei es in der Patientenversorgung, sei es in Fragen der Weiterbildung oder auch „nur“ in Fragen des kollegialen Miteinanders insbesondere mit Vorgesetzten.

Daraus wird erneut ein struktureller Stillstand erwachsen, wenn es nicht gelingt, Abhilfe zu schaffen. Auch wenn rechtliche Grundlagen es möglich machen: Die Versorgung von Patienten ist eine Daueraufgabe, die eine wiederholte Vertragsbefristung nach meiner Auffassung nicht rechtfertigt.

Alle Bemühungen um Auswahlkriterien für besonders geeignete Medizinstudierende, eine Modernisierung der Weiterbildungsordnung, den Abbau von Bürokratie in der Medizin, eine stärkere Verzahnung der Versorgungssektoren und vor allem auch eine bessere Vereinbarkeit unseres nun einmal gelegentlich rund um die Uhr fordernden Berufs mit dem übrigen Leben einschließlich Planung von Co-Karrieren von Lebenspartnern werden konterkariert, wenn unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen nicht wissen, woher in einem halben Jahr ihr Gehalt kommt.

An uns ist es, die ordnungspolitischen und tarifrechtlichen Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass die beruflichen Perspektiven und die Lebensperspektiven unserer jüngeren Kolleginnen und Kollegen sich verbessern. Davon hätte am Ende die gesamte Gesellschaft etwas, die diese Versorgungsstruktur ja auch in Zukunft braucht.

Ich danke Ihnen, dass Sie mir zugehört haben. Ich hoffe, wir können beherzigen, was zu tun ich vorgeschlagen habe.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas Botzlar, für diesen Vortrag, der uns jetzt wieder zurückgeholt hat aus dem spannenden Tagesordnungspunkt „Wahlen“ in die Realität der Gesundheits- und Berufspolitik.

Bevor wir jetzt mit der Rednerliste beginnen, frage ich Sie, ob Sie jetzt bereit wären, die noch offenstehenden Wahlen durchzuführen. Dabei geht es um die Wahlen zum „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“, zur „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“ und zur „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“. Wir haben Ihnen blaue Wahlzettel verteilt. Sie können alle Wahlzettel auf einmal in die Urne werfen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich jetzt unsere Mitarbeiter bitten, sich an den Urnen zu positionieren, und rufe den Wahlgang zum „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“, zur „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“ und zur „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“ auf. Ich bitte Sie, nun zu wählen.

Ich setze Ihr Einverständnis voraus, dass wir, wenn das Einwerfen der Stimmen abgeschlossen ist und alle Urnen hier oben sind, die Zähler bitten, in einem Nebenraum zu zählen, während wir hier mit der Debatte fortfahren. Wir müssen sicher nicht schweigend warten, bis das Wahlergebnis für diese drei Gremien vorliegt.

Sind alle Wähler an den Wahlurnen gewesen und haben ihre Stimmzettel abgegeben?

(Zurufe: Nein!)

– Ich habe „Nein!“ gehört.

Haben jetzt alle Wähler ihre Stimmzettel eingeworfen? – Dann schließe ich den Wahlgang zum „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ und den beiden Akademien. Ich bitte, die Urnen nach hier oben zu bringen. Ich bitte die Zähler, ihre Aufgabe zu übernehmen.

Wir treten jetzt wieder in den Tagesordnungspunkt I ein. Nachdem wir soeben das Referat von Herrn Dr. Botzlar gehört haben, ist die erste Rednerin Eva Müller-Dannecker.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Sehr geehrter Vorstand! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich finde das Thema „Berufliche Perspektiven von jungen Ärztinnen und Ärzten in der Patientenversorgung“ ganz wichtig, um in Zukunft überhaupt noch die Qualität der Patientenversorgung aufrechterhalten zu können. Wir sehen, dass die jungen Leute ins Ausland gehen müssen, um studieren zu können. Insofern müssen wir dafür plädieren, dass es bei uns mehr Studienplätze gibt. Wir sind nicht mehr bereit, so viel zu arbeiten wie früher. Wir brauchen mehr Ärztinnen und Ärzte, die das auch an der Universität werden können. Wir müssen ebenso dafür sorgen, dass die Menschen im Beruf bleiben und dafür die entsprechenden Bedingungen vorfinden.

Ich bin der Meinung, dass die unglaublich überbordende Bürokratie und der Dokumentationsaufwand ganz wesentliche Punkte sind. Ich bitte den Vorstand, dass er sich massiv darum kümmert, denn es wird uns derartig viel unter sozialrechtlichen, abrechnungsrechtlichen und auch haftungsrechtlichen Aspekten aufgebürdet.

Ein wichtiges Thema im Krankenhaus ist die Aufgabenverteilung. Immer wieder gibt es Kämpfe: Wer macht was? Wir Ärztinnen und Ärzte sind für viele Tätigkeiten einfach zu gut qualifiziert und eigentlich auch zu teuer. Wir beginnen bei uns, Medizinische Fachangestellte auch für die Kliniken einzusetzen. Es ist doch zum Teil sehr traurig, dass es Kämpfe zwischen den Berufsgruppen gibt, die nichts mehr mit der Patientenversorgung zu tun haben. Der Chirurg steht im OP und der Mensch erleidet Schmerzen, weil er keine Braunüle bekommt.

Die Umstände haben natürlich auch etwas mit der Ökonomie, mit nicht genügend Personal in den Kliniken zu tun. Deshalb ist es für mich umso unverständlicher, dass wir als Klinik auch noch diejenigen sein sollen, die mit den Geldern der Krankenkas-

se für Kindergartenplätze sorgen. Ich bin der Meinung, es ist eine typische Aufgabe der Öffentlichkeit, dafür zu sorgen, dass es ausreichend Kinderbetreuungsplätze gibt, die Öffnungszeiten haben, die für Ärztinnen und Ärzte und andere Berufe geeignet sind. Es kann nicht sein, dass wir unsere Krankenhauserlöse dafür verwenden, gleichzeitig aber kein Geld haben, das Personal ausreichend zu finanzieren.

Es wird Zeit, hier umzudenken. Deshalb bitte ich Sie, meinem Antrag I-15 zuzustimmen, der darauf abzielt, dass genügend Kinderbetreuungsplätze mit den entsprechenden Öffnungszeiten zur Verfügung gestellt werden. Natürlich ist es gut, wenn wir auch in den Kliniken betriebsnahe Kitas oder Krippenplätze haben, aber es kann doch nicht sein, dass wir dafür die Gelder nehmen, die wir eigentlich dringend für die Patientenversorgung und für das Personal brauchen.

Ein weiterer Punkt, den ich für wichtig halte, ist die Situation der schwangeren Ärztinnen. Bei uns ist es inzwischen so, dass die Frauen entgegen dem Sinn des Mutterschutzgesetzes ihre Schwangerschaft möglichst lange geheim halten, damit es ihnen nicht verboten wird, in den OP zu gehen. Sie sehen sich dann mit Auslegungsfragen konfrontiert, bei denen überhaupt keine wissenschaftliche Grundlage vorhanden ist. Ich möchte nicht gegen den Mutterschutz sprechen, aber gegen Auslegungen, die gar nichts mehr mit Sinn und Verstand zu tun haben.

Ich habe zwei entsprechende Anträge gestellt, die darauf abzielen, dass sich der Vorstand auf der medizinisch-wissenschaftlichen Ebene mit diesen Fragen befasst, um Empfehlungen zu erarbeiten, damit die potenziell politisch Verantwortlichen zur Vernunft kommen. Wir wollen den Mutterschutz nicht aufweichen, ihn aber auf eine wissenschaftlich-medizinische Grundlage gestellt haben. Die Frau, die ihre Schwangerschaft aus solchen Gründen verschweigt, ist viel stärker gefährdet als diejenige, die über einen vernünftigen Mutterschutz verfügt.

Neben den Anträgen 27 und 29 habe ich einen dritten Antrag gestellt, der die ärztliche Weiterbildung betrifft. Auf der einen Seite können wir sagen: Wir können sehr gut weiterbilden, wir können Pläne machen, wir können strukturieren, aber wenn es dann an die Finanzierung ausreichend vieler Mediziner geht, haben wir ein Problem. Wir müssen uns aus meiner Sicht nichts in die Tasche lügen: Das DRG-System reicht bei der heutigen Krankenhausfinanzierung nicht aus, um eine vernünftige Weiterbildung durchführen zu können. Dasselbe gilt für die Praxen. Wir haben vielerorts das Problem, dass für die Betreuung der jungen Ärztinnen und Ärzte einfach zu wenig Manpower und Womanpower vorhanden ist. Aus diesem Grunde bin ich der Meinung, dass wir dieses System verändern müssen. Es muss sich lohnen, junge Ärztinnen und Ärzte weiterzubilden. Das muss entsprechend finanziert werden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva Müller-Dannecker. – Jetzt müssen wir zunächst über den Geschäftsordnungsantrag von Herrn Professor Bertram abstimmen, der auf eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten abzielt. – Ich sehe, dass die beiden anderen Herren, die vielleicht etwas Ähnliches im Schilde führten, ihre Wortmeldung zurückziehen. Ich frage Sie: Wer möchte gegen eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten sprechen? – Formal. Dann kommen wir zur Abstimmung. Wer ist für

die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Das ist mit großer Mehrheit so beschlossen. Die Redezeit ist jetzt auf drei Minuten begrenzt.

Die erste Rednerin, die das trifft, ist Frau Katharina Kulike als Delegierte der Ärztekammer Berlin.

Kulike, Berlin: Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich denke, dass familienfreundliche und gute Arbeitsbedingungen unerlässlich sind, um weiterhin Nachwuchs für den ärztlichen Beruf zu gewinnen. Aus meiner Perspektive steht vor allem eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung im Fokus. Ich denke, dazu gehört natürlich, dass das Weiterbildungsziel klar definiert ist, dass es ergebnisorientiert definiert ist und sich weniger an OP-Zahlen oder Interventionszahlen orientiert.

Ich denke, dass die Weiterbildung verlässlich hinsichtlich der Rotationen, hinsichtlich der Operationen und der Weiterbildungszeiten sein muss. Die ärztliche Weiterbildung sollte kein Nebenprodukt der ärztlichen Tätigkeit sein, sondern für den Weiterbilder und den Weiterzubildenden im Fokus stehen.

Ich meine, moderne Konzepte wie Mentoringsysteme und strukturiertes Feedback sollten Einzug halten in die ärztliche Weiterbildung.

Für all dieses bedarf es einer umfassenden Reform der ärztlichen Weiterbildung. Frau Dr. Goesmann hat gestern angesprochen, dass es eines Signals an den ärztlichen Nachwuchs bedarf. Ich denke, ein gutes Signal wäre in diesem Zusammenhang, wenn ausreichend ärztlicher Nachwuchs in solche Diskussionen und Prozesse eingebunden würde, um gemeinsam mit dem ärztlichen Nachwuchs eine umfassend reformierte (Muster-)Weiterbildungsordnung zustande zu bringen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Frau Kulike. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Irmgard Pfaffinger als Delegierte der Ärztekammer Bayern.

Dr. Pfaffinger, Bayern: Verehrtes neues Präsidium und Vorstand, herzlichen Glückwunsch zur Wahl! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Thema der Nachwuchsförderung durch Erleichterung der fachärztlichen Weiterbildung im ambulanten Bereich. Zweifellos haben wir einen Ärztemangel im hausärztlichen Bereich. Wir können zunehmend aber auch einen Ärztemangel in anderen Fachgebieten feststellen. Bereits jetzt haben wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der psychosomatischen Medizin, in der Psychotherapie sowie in der Psychiatrie einen entsprechenden Mangel. Um auch in Zukunft eine qualifizierte flächendeckende fachärztliche Versorgung sicherstellen zu können, brauchen wir die Weiterbildung nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Sektor. Letztere wird derzeit von den KVen leider massiv durch mengenbegrenzende Maßnahmen behindert.

Daher stelle ich einen zusätzlichen Antrag 23 a, in dem ich mich für die Lockerung der mengenbegrenzenden Maßnahmen für Weiterbildungspraxen ausspreche.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, hier geht es nicht nur um ein KV-Thema. Es geht hier um die Nachwuchsförderung. Ich bitte Sie, auch von dieser Stelle aus, vom Deutschen Ärztetag aus, noch einmal ein klares Signal zu geben. Ich bitte Sie um Zustimmung zu den Anträgen 23 und 23 a.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Pfaffinger. – Das Wort hat der Kollege Holzborn, Delegierter der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wenn der Gesundheitsminister auf der Eröffnungsveranstaltung von der Vereinbarkeit von Beruf und Familie gesprochen und damit nicht nur die Damen, sondern auch die Herren gemeint hat, hat er ja recht. Es müssen solchen Aussagen allerdings auch Taten folgen. Frau Müller-Dannecker, dem Beispiel, das Sie genannt haben, stimme ich völlig zu. Bei einem attraktiven Arbeitsplatz für junge Familien muss ein Betriebskindergarten vorhanden sein, der sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter orientiert. Es kann nicht angehen, dass ein Kindergarten beispielsweise um 17 Uhr schließt, während der junge Vater oder die junge Mutter, die das Kind abholen, in der Ambulanz oder im Operationssaal stehen und aus altruistischen Gründen noch zwei Stunden weiterarbeiten, während das Kind auf der Straße steht. Man muss sich überlegen, wie man das regelt. Aber dahin muss man kommen.

Die Weiterbildung in der Schwangerschaft stellt auch ein Problem dar. Ich weise darauf hin: Das Mutterschutzgesetz bindet die Arbeitgeber. Das ist auch richtig so. Ich kenne viele Kleinbetriebe, die sich liebend gern aus der Verantwortung herausstehlen würden, um die Schwangere loszuwerden, oder die die entsprechenden Regelungen gern unterlaufen würden. Andererseits muss in einem freien Beruf die schwangere Kollegin entscheiden, welche Tätigkeiten sie verrichtet, wenn sie nicht unmittelbar schädlich sind. Anja Fichtel, die Ihnen vielleicht bekannte Fechterin, hat, glaube ich, im vierten oder fünften Monat eine Olympiamedaille gewonnen, hat aber verschwiegen, dass sie schwanger war. Das wussten zwar alle, aber niemand hat darüber gesprochen, anderenfalls hätte sie gar nicht antreten dürfen.

Die Frage, was man sich selber zumutet, kann man natürlich aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Da ist eine Interpretation, wie sie Frau Müller-Dannecker angeregt hat, nicht ganz einfach. Manches ist da nicht interpretierbar. Man muss darauf hinweisen, dass letzten Endes der Mutterschutz die Frauen schützen soll, die sich möglicherweise nicht selber wehren oder sich nicht richtig artikulieren können.

Es gibt beim Mutterschutzgesetz Regelungen, die etwas abstrus sind. Verboten sind beispielsweise Arbeiten, bei denen Holz geschält wird. Diese Tätigkeit üben heutzutage nicht mehr viele aus. Da sind Dinge in einer Tiefe geregelt worden, die vielleicht nicht notwendig ist. Akademikerinnen, die entscheiden können, was sie tun können, die in der Lage sind, im Notdienst möglicherweise bis in die Abendstunden hinein zu arbeiten und ihre Weiterbildung zu betreiben, muss man diese Freiheit geben. Da sind die Weiterbildungskommission und andere gefragt, darauf hinzuweisen, dass für diese Dinge andere Regeln gelten.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Holzborn. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist der Kollege Bodendieck aus der Ärztekammer Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Zunächst meinen herzlichen Glückwunsch an das neu gewählte Präsidium der Bundesärztekammer.

Über welches Problem reden wir jetzt? Ich bin sehr traurig, dass Frau Kollegin Wennekes nicht kommen konnte. Ich glaube, wir hätten sicherlich auch einen anderen jungen Arzt oder eine andere junge Ärztin noch kurzfristig finden können, sodass wir aus diesem Bereich jemanden hätten hören können, der sein Problem selber vorträgt. Wir hatten zu unserer Sitzung des Lenkungsgremiums der „Ärzte für Sachsen“ die Studentenvertreterin der Universität Dresden und der Universität Leipzig eingeladen. Sie kennen das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“, das wir gegründet haben, gemeinsam mit vielen Organisationen, um die Frage zu stellen: Was halten Sie von den Maßnahmen, die wir unternehmen?

Ich musste feststellen: Es gab nicht so sehr viel Begeisterung über das, was wir als Ältere und im Beruf Befindliche dabei bereits auf den Weg gebracht haben. Die Gründe dafür, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen hier nicht ankommen, liegen nicht immer zwingend darin, dass es zu viel Bürokratie gibt, dass zu wenig Vereinbarkeit von Familie und Beruf herrscht, dass es zu wenig Freizeit gibt, sondern ich habe feststellen müssen, dass an erster Stelle die Kolleginnen und Kollegen darüber frustriert waren, wie wir über unseren Beruf sprechen. Unser Beruf – das sage ich als Hausarzt – ist ein schöner Beruf, aber wir hören immer nur davon, dass wir zu wenig Geld bekommen, dass es nicht auskömmlich ist, dass wir von früh bis abends arbeiten müssen. Es gibt Berichte im Fernsehen, wonach der Hausarzt mit 65 Jahren mehrfach in der Nacht herausfahren muss, obwohl er keinen Dienst hat. Aber dem ist doch eigentlich in der Regel nicht mehr so.

Die Ausbildung ist der wichtige Punkt dabei. Wir hatten einen Antrag vorbereitet, wonach wir an sich die Universitäten auffordern wollten, sich ein Stück mehr der Verantwortung zu stellen, für unseren Berufsstand Werbung zu machen, das Image unseres Berufsstands herüberzubringen.

Ganz wichtig ist aus meiner Sicht die universitäre Ausbildung, die sich nicht nur darauf fokussieren sollte, fachliches Wissen zu verbreiten, sondern auch das hohe Berufsethos weiter zu fördern. Wenn wir über die Perspektive für die jungen Ärztinnen und Ärzte reden, muss ich eindeutig sagen: Die Perspektive ist hervorragend. Sie gehen in einen nach wie vor anerkannten Beruf, der aber auch etwas damit zu tun hat, dass wir keine einfachen Arbeitszeiten wie Handwerker und Angestellte haben. Demzufolge unterscheiden wir uns auch darin.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Bodendieck. – Der nächste Redner ist Herr Professor Reinhard Griebenow, Ärztekammer Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir alle haben gehört, unter welch verschärften Bedingungen der Wettbewerb um unsere Nachfolger stattfindet. An den ersten drei Stellen der persönlichen Werteskala steht nichts hinsichtlich der beruflichen Zukunft, sondern stehen Parameter der privaten Lebenszufriedenheit. Erst dann kommt etwas, was mit dem Beruf zu tun hat.

Natürlich haben wir noch viele Baustellen offen, wenn wir uns fragen, wie wir unsere jungen Kolleginnen und Kollegen willkommen heißen. Sie kommen in ein Studium, bei dem nach wie vor zu häufig die Lehre ein Abfallprodukt ist, wo erst reagiert wird, wenn die Zuwendungsbeträge wegen schlechter Abschlüsse gekürzt werden, wo Lehre häufig nur gelingt, wenn Enthusiasten am Werk sind.

Sie wissen, dass wir die höchsten Verlustquoten im Praktischen Jahr haben. Wir können seit der Evaluation der Weiterbildung erfühlen, warum das wahrscheinlich so ist. Etwa die Hälfte der Befragten hat in dieser Evaluation angegeben, dass mit ihnen nicht darüber gesprochen wird, wie es mit ihnen weitergehen soll. Das, was in den einzelnen Abteilungen geschieht, und die Begründung dafür werden offensichtlich noch schlechter kommuniziert, denn die allerschlechtesten Noten gab es im Bereich der Anwendung evidenzbasierter Medizin, und zwar quer durch alle Fachgebiete.

Zu dieser Herausforderung kommt nun noch eine andere hinzu, nämlich die Herausforderung, dass die Prioritätensetzung eindeutig besagt: Es muss eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie geben. Es ist überhaupt nicht anders denkbar, als dass dieses nur realisierbar ist über eine Arbeit in Teilzeit, und dies nicht nur während der Weiterbildung, sondern während des gesamten Berufslebens.

Ich möchte zu diesem Punkt darauf hinweisen, dass weitere Herausforderungen bestehen. Wir sagen: Das Schöne am ärztlichen Beruf ist, dass man Verantwortung übernehmen und gestalten kann. Je kürzer die Zeit ist, die wir mit dem Patienten verbringen, desto weniger Verantwortung können wir übernehmen, desto weniger können wir gestalten. Wozu so etwas führen kann, erleben wir bereits heute in den Medizinischen Versorgungszentren. Wir sehen es mit durchaus gespaltener Sicht.

Klar ist auch: Je kürzer Sie mit dem Patienten zu tun haben, desto länger wird es dauern, bis sich Ihre klinische Erfahrung aufbaut. Das ist aus meiner Sicht direkt verbunden mit der beruflichen inhaltlichen Zufriedenheit mit der Tätigkeit.

Wir werden sicherlich auch mit erhöhten Haftungsrisiken aufgrund der Tatsache rechnen müssen, dass Kommunikation mehr Stationen benötigt als früher.

Das, was in der Hand der verfassten Ärzteschaft liegt, sollten wir so schnell wie möglich zu diskutieren beginnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Reinhard Griebenow. – Frau Christa Bartels aus der Ärztekammer Nordrhein ist die nächste Rednerin.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zur zukünftigen ambulanten Medizin sprechen und mich gegen die Verwechslung von Ursache und Wirkung verwahren, auch bei dem Referat von Herrn Kollegen Botzlar. Ich höre immer wieder – als ältere Frau kann ich es bald nicht mehr hören –: Feminisierung der Medizin, die Männer wollen diesen Beruf nicht mehr ausüben, die jungen Kollegen wollen eine ausgewogene Freizeit- und Berufsperspektive haben, sie sind nicht motiviert wie wir usw. Ich kann es einfach nicht mehr hören.

Der Effekt ist, dass die jungen Kollegen als Angestellte in ein MVZ wollen, was überall propagiert wird, dem ich zutiefst widersprechen möchte.

Wir müssen die Rahmenbedingungen für die jungen Kollegen ändern. Es muss attraktiv sein, sich wohnortnah niederzulassen. Nicht alle Frauen wollen in ein MVZ. Sie wollen natürlich auch in die Niederlassung. Das sehe ich bei uns auf dem Lande. Wir haben im Dorf mehrere junge Frauen, die aus dem Krankenhaus kamen und sich als Hausärztin niedergelassen haben. Sie sind sehr glücklich, nicht mehr in der Krankenhaushierarchie sein zu müssen.

Es gibt wunderbare Modelle, unter anderem von Frau Bühren in Bayern, wie sich die jungen Kolleginnen und natürlich auch unsere männlichen Kollegen in einer flexiblen Form in Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit in der Praxis ambulant niederlassen und dort arbeiten können. Dafür möchte ich mich hier aussprechen. Das andere halte ich zwar für politisch ganz geschickt, aber es sollte nicht zu einer Industrialisierung und Vermarktung von uns werden. Ich wiederhole meinen Satz vom vorjährigen Ärztetag in Dresden: Wir Frauen wollen nicht die Trümmerfrauen des Gesundheitswesens werden und sein.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte mich auch dagegen verwahren, dass unsere Bundesärztekammer, wie es im letzten Jahr geschehen ist, in einem Vorschlag zu § 95 SGB V vom 26. März 2010 offiziell bekundet, erklärt, dass die jungen Kolleginnen in MVZs arbeiten wollen. Ich möchte die Bundesärztekammer auffordern, doch noch einmal eine Studie zu machen oder eine adäquate andere Darstellung einer ambulanten selbstständigen Medizin zu propagieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Bartels. – Der nächste Redner ist Herr Peter Zürner aus Hessen.

Dr. Zürner, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir könnten jetzt viel weiter darüber klagen, warum alles so schwierig ist. Ich könnte auch erzählen, dass ich als junger Arzt 70 Stunden in der Woche gearbeitet habe und dass die jungen Leute das heute nicht mehr tun wollen. Ich glaube, das hilft uns gar nicht weiter. Wir müssen auch nicht darüber klagen, dass Frauen angeblich weniger arbeiten als Männer. Die Situation hat sich geändert und wir müssen uns anpassen.

Ich möchte nicht darüber reden, was die Gesellschaft tun muss, sondern ich möchte darüber reden, was wir als Ärztekammer tun müssen. Aus meiner Sicht müssen wir noch aktiver Teilzeittätigkeiten unterstützen. Wir müssen unser Weiterbildungssystem komplett neu gestalten und entrümpeln. Es muss so gestaltet werden, dass sowohl in der Klinik als auch in der Praxis Weiterbildung auch kurzfristiger durchgeführt werden kann. Es müssen die Weiterbildungskataloge komplett neu gestaltet werden. Wir haben meiner Ansicht nach immer noch ein System, bei dem viele Subspezialisten alles auflisten, was es geben könnte, und es aufaddieren, egal ob es realistisch ist oder nicht. Wer kuscht, bekommt alles bescheinigt, die anderen haben Probleme.

Das sollten wir ändern. Wir sollten auch ändern, dass die Ärztekammern vor Ort alles erschweren und behindern. Wir müssen serviceorientierter werden. Wir müssen den jungen Kollegen helfen, strukturierte Weiterbildungen gut zu gestalten.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Zürner. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Ute Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mir fehlten in dem Referat wichtige Aspekte, die die strukturschwachen Regionen – es sind meist ländliche Regionen, aber nicht nur – betreffen. Aus einer solchen Region komme ich. Ich bin in Ostsachsen als Hausärztin tätig.

Befristete Verträge sind kein Thema mehr an unseren kleinen Kliniken. Jeder Chefarzt ist froh, wenn sich die Kolleginnen und Kollegen für eine relativ lange Zeit in einer solchen Region binden. Warum tun sie es nicht? Einer der sehr wichtigen Gründe ist die dort oftmals schwierige Infrastruktur. Da geht es nicht nur um die Kinderbetreuung, die dort manchmal viel besser ist als ihr Ruf, sondern da geht es um Arbeitsplätze für Ehepartner, um Kultur, um die Verkehrsanbindung usw.

Wie bekommen wir Kolleginnen und Kollegen in diese Regionen? Ich glaube, da gibt es einiges, was wir Ärzte tun können und verstärkt tun sollten und müssen. Wir sollten schon im Studium, indem wir die jungen Studentinnen und Studenten dort abholen, frühzeitig für Famulaturen und Praktika und PJ-Abschnitte die Vorteile der Tätigkeit in einer solchen Region aufzeigen. Wir sollten die Weiterbildung in diesen Regionen gut strukturieren, und zwar in den Kliniken und in den Praxen. Die Kollegin aus Berlin nannte Dinge, an denen wir im Zuge der Gründung von Weiterbildungsverbünden im ländlichen Raum Sachsens auch arbeiten. Die Mentoringsysteme beispielsweise sind ein ganz wichtiger Punkt.

Dann sehe ich auch Chancen, dass die jungen Leute kommen und auch bleiben. Wir können alle diese Umstände, die wir ja nur teilweise beeinflussen können, beispielsweise die Infrastruktur, beklagen, aber wir können auch selber sehr viel tun – da schließe ich mich dem Duktus meines Vorredners an –, indem wir uns weiterbildungsmäßig gut aufstellen und die jungen Leute frühzeitig abholen. Dann merkt der eine oder andere, dass er dort ganz gute Perspektiven haben kann, die wesentlich besser sind als ihr Ruf.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Taube. – Die nächste Rednerin ist Heidrun Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir müssen endlich aufhören, uns selber kleinzureden. Das passiert leider sehr gern bei dem Thema der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Ein Arzt, der eine Weiterbildung durchlaufen möchte, hat eine vollwertige Ausbildung hinter sich und eine Approbation als Arzt. Er ist vollwertig ärztlich tätig. Auch die Ärztin ist vollwertig ärztlich tätig. Das heißt, wir müssen keine Almosen haben, sondern wir wollen eine anständige Bezahlung. Im Krankenhaus ist das durch die arztspezifischen Tarifverträge weitestgehend durchgesetzt. Es ist natürlich immer noch verbesserungsfähig.

Das Gleiche gilt natürlich für den niedergelassenen Bereich. Das wird entsprechend beantragt werden, dass man entsprechend voll vergüten muss, wenn ein Assistenzarzt in der Praxis tätig ist, der gleichzeitig eine Weiterbildung durchläuft.

Wer in diesem Thema nichts zu suchen hat, das sind die Krankenkassen, das ist der Staat, der beim Thema Weiterbildung mitreden möchte. Das ist aber eine urärztliche Aufgabe.

Ich bitte Sie, die Anträge 20 und 23 mit dem entsprechenden Änderungsantrag an den Vorstand zu überweisen. Die Anträge sind unscharf. Es besteht die Gefahr, dass wir fordern, dass es eine Extrafinanzierung geben soll. Nein, es muss genau anders sein: Es muss möglich sein, dass Krankenhäuser, die als Plankrankenhäuser beispielsweise öffentliche Fördermittel haben wollen, verpflichtet werden, eine Weiterbildung durchzuführen. So haben wir das in Bremen im Krankenhausgesetz inzwischen geregelt, das vor zwei Tagen in Kraft getreten ist. Das ist der richtige Weg. Es muss eine Finanzierung über diesen Weg erfolgen, aber nicht dadurch, dass uns die Krankenkassen oder gar der Staat in die Weiterbildung hineinreden. Das ist urärztliche Aufgabe.

Auch im niedergelassenen Bereich haben die Krankenkassen gar nichts zu suchen. Deshalb ist der Adressat des Antrags 23 falsch. Wir müssen endlich aufhören, uns selber kleinzureden.

Die jungen Kollegen, die eine Weiterbildung machen wollen, haben Anspruch auf eine gut strukturierte Weiterbildung. Dabei müssen wir sie unterstützen. Wir müssen endlich anerkennen, dass sie approbierte Ärzte sind und als solche tätig werden.

Als ältere Ärzte müssen wir sie auch darin unterstützen, dass die Arbeitszeiten endlich eingehalten werden. Die Umfragen des Marburger Bundes ergeben hier noch immer skandalöse Zustände. Diese sind auch deswegen möglich, weil es noch immer vorgesetzte Ärztinnen und Ärzte gibt, die unsere jungen Kollegen nicht darin unterstützen, dass ihr Recht eingehalten wird. Da können wir noch sehr viel selber tun. Das sollten wir sofort umsetzen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke, Heidrun Gitter. – Der nächste Redner ist der Kollege Werner Wyrwich aus Berlin.

Dr. Wyrwich, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Zwilling! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir leben in Zeiten des Wechsels. Wir haben heute einen Wechsel im Vorstand vollzogen, wir vollziehen aber auch Wechsel in der Gesundheitslandschaft. Das ist einerseits sehr gut, bringt uns andererseits aber auch einen Haufen Probleme. Eine der wesentlichen Veränderungen bei den Kolleginnen und Kollegen, die jetzt in die Weiterbildung eintreten, ist das zunehmende Selbstbewusstsein. Früher hat man auf die Aussage „Lerne das Telefonbuch auswendig!“ die Antwort bekommen „Bis wann?“ Heute wird man die Frage hören „Warum eigentlich?“ Wir stellen deutlich fest, dass diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die jetzt in den Berufsstand eintreten, sich deutlich zielorientierter aufstellen.

Wir leben in Zeiten des Wandels, was unsere (Muster-)Weiterbildungsordnung angeht. Wir müssen uns tatsächlich fragen: Sind die von uns erarbeiteten Vorgaben mit der Orientierung an Zeiten eigentlich noch zeitgemäß? Oder sollten wir uns nicht lieber daran orientieren, welche Kenntnisse und Fähigkeiten wir vermitteln können? Damit sind auch die Fachgesellschaften gefragt und gebeten, von ihrer eminenzbasierten Sichtweise überzugehen zur evidenzbasierten Sichtweise und entsprechend ihre Forderungskataloge für das, was erbracht werden muss und zwingend notwendig ist, anzupassen.

Dem Kollegen Bodendieck möchte ich in einem Punkt widersprechen. Universitäre Medizin als Vermittler des Berufsethos dürfte der völlig falsche Ansatz sein; denn die Softkills an der Universität sind am wenigsten entwickelt.

Schließlich noch ein Wort zur Finanzierung der Weiterbildung. Wir haben seit 2008 immer wieder gesagt: Diejenigen Bereiche, die die Weiterbildung ernst nehmen und das im Rahmen ihrer Fähigkeiten tun, müssen eine gewisse Möglichkeit haben, finanziell adäquat ausgestattet zu sein. Daher mein Plädoyer: Lassen Sie nicht locker. Der Deutsche Ärztetag muss immer wieder darauf hinweisen, dass Weiterbildung etwas kostet und dass dieses Geld wirklich gut investiert ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Wyrwich. – Der nächste Redner ist Wieland Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist doch ohne Frage so: Wenn wir die jungen Kolleginnen und Kollegen in den Beruf holen wollen, wenn wir dafür sorgen wollen, dass Klinikstellen nachbesetzt werden, dass unsere Praxen weitergeführt werden, müssen wir die Attraktivität unseres Berufs steigern, und das in Zukunft auch in Konkurrenz zu anderen Bereichen der Gesellschaft, in denen man sich auch um Nachwuchs bemüht. Wir werden in den nächsten Jahren in verschiedenen Bereichen einen Mangel an Arbeitskräften haben. Da stehen wir im

Wettbewerb mit anderen Bereichen der Versorgung. Ohne Attraktivitätssteigerung für die nachfolgenden Kolleginnen und Kollegen wird es nicht gehen.

In den Kliniken gibt es verschiedene Bereiche, die zu verbessern sind. Ich kann nur davor warnen, dass man versucht, in der ambulanten Versorgung durch planwirtschaftliche Maßnahmen etwas zu erreichen. Durch Maßnahmen im Versorgungsgesetz wie die Landarztverschickung, die Bedarfsplanung, die noch weiter in die Details hineinregulieren will, werden die Probleme noch verstärkt. Auf diese Weise werden wir keine Nachwuchsgewinnung betreiben können.

Heute gehen 40 Prozent der Kolleginnen und Kollegen nach dem Staatsexamen in andere Bereiche der Versorgung – etliche gehen auch ins Ausland – und allenfalls 60 Prozent – in Zukunft vielleicht noch weniger – gehen als Ärztinnen und Ärzte in die kurative Medizin. In anderen Bereichen gibt es eben attraktivere Rahmenbedingungen in Bezug auf Arbeitszeiten, Karrieremöglichkeiten und vielleicht auch Gehalt. Das muss uns allen zu denken geben.

Dieses Problem wird auch nicht dadurch gelöst, dass es mehr Studierende der Medizin gibt, wenn wir sie fürs Ausland ausbilden. Sie müssen in Deutschland Perspektiven haben und attraktive Arbeitsbedingungen vorfinden.

Ich finde, es ist noch schlimmer, wenn seitens der Politik gesagt wird: Die heutigen Absolventen sind überqualifiziert, der Numerus clausus muss abgeschafft werden, wir bekommen bessere Ärzte, wenn wir Dreier-Abiturienten als akademische Nachfolger haben. Das ist bestimmt das ungeeignetste Mittel, um den Beruf attraktiv zu machen. Wir sollten uns fragen, ob es nicht die Absicht der Politik ist, die Deprofessionalisierung unseres Berufs bereits im Studium und bei den Eingangsbedingungen für das Studium voranzutreiben. Wir sollten stolz darauf sein, dass wir einen akademisch hochstehenden Beruf haben. Das sollten wir verteidigen, bereits bei der Auswahl der Studentinnen und Studenten. Wir sollten an dieser Stelle nicht Ethik und entsprechend qualifizierte Eingangsvoraussetzungen gegeneinander ausspielen lassen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Dietrich. – Als nächster Redner steht auf der Rednerliste Herr Klaus Schäfer, Delegierter der Ärztekammer Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Liebes Präsidium! Meine Damen und Herren! Nur ganz kurz Folgendes. Ich habe mich neulich von einem hochrangigen Kassenfunktionär vors Schienbein treten lassen: Herr Schäfer, Sie haben ja selbst schuld, dass Sie keinen Nachwuchs bekommen, reden Sie doch nicht immer so schlecht über die Bedingungen Ihres Berufs! Darauf konnte ich nur antworten: Ich bin nach wie vor davon überzeugt, den richtigen Beruf ergriffen zu haben. Ich bin überzeugter Arzt, ich bin überzeugter Hausarzt. Wenn ich sage, ich arbeitete unter idealen Bedingungen, dann würden sich Politik und Kostenträger locker zurücklehnen und würden erklären: Prima, wir brauchen nichts zu ändern.

Insofern muss ich meine Forderungen denjenigen gegenüber aussprechen, die für die Finanzierung unserer Arbeit und für die Strukturen unserer Arbeit Mitverantwortung tragen. Ich muss klar und deutlich den Finger in offene Wunden legen.

Frau Bartels, wenn Sie mit dem Begriff „Feminisierung“ nicht glücklich werden können, dann muss ich sagen: Es ist schlichtweg eine Beschreibung des Zustands. In Hamburg sind derzeit über 60 Prozent der Medizinstudierenden weiblichen Geschlechts. Wir werden also zunehmend mehr Frauen im ärztlichen Beruf haben, auch wenn sich das in der Zusammensetzung dieser hohen Versammlung hier nicht darstellt.

Die Tatsache, dass dies nicht wahrgenommen wird und dass die Politik mit falschen Zahlen arbeitet, können Sie an der kleinen Notiz erkennen, dass der Bundesminister meinte, auf dem Lande sei ein Arbeitsplatz für die Ehefrau des Arztes wichtig. Nein, der Arbeitsplatz für den Mann der Ärztin ist wichtig. Wenn ich schon mit einer verschrobenen Analyse an die Lösung der Probleme herangehe, muss ich mich nicht wundern, dass keine Ergebnisse erzielt werden.

Zur Frage des Kostendrucks und der Einhaltung von Weiterbildungsverhältnissen in den Kliniken: Ich beobachte das sehr intensiv in meiner Nachbarschaft. Der Krankenhauschefarzt kann gerne gut wollen, aber wenn der kaufmännische Direktor das Prä hat gegenüber dem nur noch im Ehrenamt tätigen ärztlichen Direktor und der ärztliche Abteilungsleiter massiv unter Kostendruck gesetzt wird, dann brauchen wir uns nicht zu wundern, dass dort miese Verhältnisse entstehen und herrschen, die dringend einer intensiven Bearbeitung und Änderung bedürfen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke, Klaus. – Die nächste Rednerin ist Ellen Lundershausen, frischgebackenes Vorstandsmitglied.

Dr. Lundershausen, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich plädiere dafür, dass der Begriff der Feminisierung des Arztberufs zum Unwort der letzten fünf Jahre erklärt wird,

(Vereinzelt Beifall)

weil ich wirklich der Meinung bin: Damit müssen wir aufhören. Wir haben junge Frauen und junge Männer, die Arzt werden wollen – fertig. Diesen jungen Menschen müssen wir die Möglichkeit geben, in diesem Beruf zu arbeiten.

Ein weiterer Punkt: Wir müssen endlich aufhören zu jammern, wie schrecklich das ist. Wenn ich schon höre, dass einer 70 Stunden arbeitet, dann frage ich mich, ob man ins Bett geht, ohne jemals etwas gegessen zu haben. Hören wir doch auf mit der Jammerei! Wir arbeiten alle sehr viel; das ist unumstritten. Viele andere Berufsgruppen arbeiten auch viel. Aber wer heute meint, jungen Menschen, die Arzt werden wollen, erklären zu müssen, dass es sich um einen Beruf handelt, der künftig nur noch von 7 bis 15 Uhr geht, weil dann die Kinder aus dem Kindergarten geholt werden müssen, der irrt doch. Wir haben es mit Menschen zu tun. Es wird immer wieder

Dinge geben, die wir mit nach Hause tragen, die wir überlegen. Deswegen ist es – ich erlaube mir, dies zu sagen – kein Beruf wie jeder andere.

Schließlich noch folgender Punkt. Ich denke, wir brauchen unbedingt Weiterbildungsbefugte im niedergelassenen Bereich. Da sind wir alle selbst angefragt. Ich bin unbedingt der Meinung, dass junge Menschen in niedergelassenen Praxen weitergebildet werden müssen. Aber dann müssen wir auch Weiterbildungsstätten haben. Da sind wir alle gefragt, nicht nur die Bundesärztekammer.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Lundershausen. – Der nächste Redner ist der Kollege Norbert Hartmann, Delegierter der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Hartmann, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen! Liebe Frau Gitter, ich stimme Teilen Ihrer Einlassungen zu. Der Antrag ist zwar nicht unscharf, aber erfüllt nicht alle Forderungen, die wir gemeinsam erheben sollten. Sie haben auch völlig recht: Es geht nicht um irgendein Almosen, das wir erbitten, sondern es geht um eine solide Finanzierung des ärztlichen Nachwuchses. Da müssen wir schon deutlich sagen, wer denn diese Finanzierung vornehmen soll.

Für den ambulanten Bereich kann ich sprechen. Für den stationären Bereich glaube ich, dass da in hervorragender Weise in den letzten Jahren der Marburger Bund erfolgreich gewirkt hat. Sie haben gesagt: Es könnte alles noch ein bisschen besser sein. Das kann ich nicht beurteilen. Das mag wohl so sein.

Zu den vier Aufzählungspunkten des Antrags 23: Ich kann auch nicht beurteilen, ob die Erleichterung der Weiterbildungsbefugnis im ambulanten Bereich erforderlich ist. Wenn es darum geht, künftig Weiterbildungsbefugnisse zu erteilen, habe ich es so verstanden, dass es auch um Qualitätsansprüche geht. Da sollten wir vielleicht noch einmal genau hinschauen.

Der Abbau bürokratischer Hürden ist für mich ein Selbstläufer. In dem Antrag von Frau Pfaffinger und anderen wird erklärt, man könne die Probleme durch eine Lockerung der Mengenbegrenzung für Weiterbildungspraxen lösen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich kann Ihnen sagen: Das funktioniert so nicht. Im ambulanten Bereich haben wir eine doppelte Form der Mengenbegrenzung: Zum einen gibt es die Fallzahlbegrenzung und zum anderen die Punktzahlbegrenzung. Es ist überhaupt kein Problem für die Selbstverwaltung zu sagen: Das lassen wir weg. Aber das würde – das weiß jeder, auch im haus- und fachärztlichen Bereich – eine Quersubventionierung bedeuten. Ich glaube, das ist mit dem Antrag 23 a nicht gemeint. Man müsste deutlich hinzufügen, wie das finanziert werden sollte.

Man müsste den Antrag ergänzen. Ich habe bewusst auf die Formulierung eines Antrags verzichtet, weil auch mit Blick auf die intendierten gesetzlichen Neuregelungen

im Versorgungsgesetz, in dem steht, dass die Abstaffelung entfallen soll, der Gesetzgeber bisher völlig offengelassen hat, wie das künftig finanziert werden soll.

Auch hier wäre meines Erachtens die Ärztekammer gut beraten, deutlich zu fordern, dass, wenn die Abstaffelung entfallen soll, zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden und wir nicht von der linken Tasche in die rechte Tasche wirtschaften.

Bei den Hausarztverträgen, die wir auf dem Boden der selektivvertraglichen Bestimmungen abgeschlossen haben, haben wir keine Abstaffelung. Dort wird jeder Fall bezahlt. Ich sage Ihnen: Dennoch reicht das Geld nicht aus, um den Nachwuchs in adäquater Weise finanziell fördern zu können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Hartmann. – Katharina Kulike aus Berlin ist die nächste Rednerin.

Kulike, Berlin: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich habe, bevor ich zum Deutschen Ärztetag gefahren bin, gedacht, das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sei ein so alter Hut, dass man dazu eigentlich nichts mehr sagen müsse. Aber aus den Beiträgen meiner Vorredner habe ich doch das Gefühl gewonnen, dass man als Ärztin, die sowohl Karriere als auch Familie noch vor sich hat, dazu etwas sagen sollte.

Ich denke nicht, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bedeutet, dass man eine Beschäftigung in Teilzeit ausübt, sondern Vereinbarkeit von Familie und Beruf bedeutet für mich, dass es möglich ist, sowohl eine Medizinkarriere zu machen, also beispielsweise eine Oberarzt- oder Chefarztstelle annehmen zu können, als auch Familie zu haben.

(Beifall)

Ich denke, das ist mit Teilzeitmodellen nicht realisierbar. Auch wenn unser ärztliches Berufsethos scheinbar verlangt, dass man viele, viele Stunden pro Woche arbeiten muss und soll, sollte man einmal darüber nachdenken, wie andere das machen. Ich selber habe mein Praktisches Jahr in der Chirurgie in Spanien gemacht. Dort war es ganz normal, dass man spätestens um 16 Uhr nach Hause ging, und zwar jeder, vom Assistenzarzt bis zum Chefarzt. Damit ließ sich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehr gut realisieren. Zusätzlich zu dem wirklich guten Arbeitsklima hat mich dies dazu bewogen, letztendlich auch hier meine Weiterbildung für Allgemeine Viszeralchirurgie zu beginnen. Ich denke, man sollte sich von den europäischen Nachbarn zumindest inspirieren lassen, auch wenn man es für sich selbst nicht komplett übernehmen kann.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kulike, und zwar nicht nur für Ihren Redebeitrag, sondern auch für das darin zum Vorschein kommende Engagement. Das ist wirklich ganz toll. – Der nächste Redner ist Herr Professor Ulrich Schwantes, Delegierter der Ärztekammer Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte der Kollegin Bartels aus Nordrhein-Westfalen ein bisschen beispringen. Ich finde den Begriff „Feminisierung“ auch mit einem gewissen Stigma behaftet. Dabei finde ich es gleichzeitig gut, dass es viele Frauen in der Medizin gibt, dass die weibliche Kreativität und das weibliche Denken in der Medizin etwas mehr Platz bekommen haben.

Ich möchte Frau Bartels auch in einem anderen Punkt unterstützen. Sie hat gesagt: Es kann doch nicht sein, dass es immer ins MVZ hineingeht. Ich glaube nicht, dass das MVZ wirklich die beruflichen Perspektiven von jungen Ärztinnen und Ärzten exakt widerspiegelt. In Brandenburg sind 3.408 Kolleginnen und Kollegen niedergelassen, davon in Einzelpraxen 2.150, in Gemeinschaftspraxen 560 und in MVZs nur 307. Das sind relativ geringe Zahlen.

Was kann man tun? Man kann die Praxen sicherlich ein bisschen besser in den Mittelpunkt rücken. Das geht auf der einen Seite innerhalb der Ausbildung, also während des Studiums. Es fehlen im Studium tatsächlich ausreichende Konzepte für den Lernort Praxis. Darum will ich mich in den kommenden Jahren noch etwas intensiver kümmern. Ich bitte das Präsidium, die Förderung der Weiterbildung auch in den Praxen stärker auf sein Panier zu schreiben, nicht nur im MVZ, wo es die angestellten Ärzte gibt, sondern auch um die selbstständig tätigen Ärzte in der allgemeinärztlichen oder fachärztlichen Gemeinschaftspraxis zu fördern.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Schwantes. – Der nächste Redner ist Dr. Thomas Fischbach aus Nordrhein.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich mache es ganz kurz, damit nicht der Eindruck entsteht, dass eigentlich schon alles gesagt wurde, nur noch nicht von jedem. Ich möchte auf Frau Gitter und auf Herrn Hartmann zu sprechen kommen. Frau Gitter hat nach dem, was ich wahrgenommen habe, gesagt, dass die Finanzierung der Weiterbildung nicht über zusätzliche Gelder aus Steuermitteln oder GKV-Mitteln geschehen dürfe, weil wir uns sonst in Abhängigkeit von diesen beiden gesellschaftlichen Strukturen begeben würden.

Herr Hartmann hat zu Recht darauf hingewiesen, dass wir zumindest im ambulanten Bereich eine gedeckelte Gesamtvergütung haben, sodass es, wenn wir es selbst finanzieren würden, also aus den Mitteln, die zur Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt werden, eine Quersubventionierung wäre, also rechte Tasche, linke Tasche.

Ich möchte an Folgendes erinnern: Wir haben ein solidarisches Gesundheitswesen. Dieses Gesundheitswesen ist in einem Sozialgesetzbuch geregelt. Wenn dem so ist – und das ist unstrittig –, dann muss die Weiterbildung, die für den Erhalt der Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist, solidarisch finanziert werden. Da ist die Gesamtgesellschaft gefordert, nicht nur wir persönlich.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Fischbach. – Frau Kollegin Pfaffinger aus Bayern hat sich erneut zu Wort gemeldet.

Dr. Pfaffinger, Bayern: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Fischbach hat das meiste dessen, was ich anführen wollte, bereits gesagt. Frau Gitter, selbstverständlich will auch ich nicht, dass uns der Staat in die Weiterbildungsordnung hineinredet. Trotzdem brauchen wir den Staat, denn die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin kam erst dann zustande, als es der Gesetzgeber ins Gesetz geschrieben hat. Erst danach waren die Krankenkassen bereit, hier mehr Geld zuzuschießen.

Ich denke, wir sind uns doch alle einig: Der Nachwuchs fehlt, wir müssen etwas für den Nachwuchs tun. Hier müssen KVen, Bundesärztekammer, Politik und Krankenkassen zusammenarbeiten, um entsprechende Schritte einzuleiten. In meinem Antrag 23 steht ja auch „unter anderem“. Darüber hinaus sind natürlich weitere Schritte denkbar.

Herr Fischbach hat es gesagt: Wir haben ein solidarisches Krankenversicherungssystem. Wenn wir den Nachwuchs fördern wollen, dann müssen wir alle zusammenarbeiten. Dann muss dementsprechend – das betrifft alle Fachgebiete – für die Weiterbildung im ambulanten Bereich etwas getan werden.

Ich bitte Sie, den Anträgen 23 und 23 a zuzustimmen. Der Antrag 23 a betrifft auch nur eine Möglichkeit, wie man etwas verbessern könnte.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Pfaffinger. – Julian Veelken, Berlin, ist der nächste Redner.

Dr. Veelken, Berlin: Vor einigen Jahren wurde das DRG-System eingeführt, um das System transparenter zu machen, um von den Pflegesätzen wegzukommen. Ich denke, die Einnahmen aus den DRGs sind im Endeffekt die einzigen Einnahmequellen, die unsere Betriebswirtschaftler an den Krankenhäusern haben. Was machen sie damit? Sie erstellen eine Kostenrechnung und gucken, was passiert. Sie schreiben alles zusammen, ziehen die Personalkosten ab und rechnen den Deckungsbeitrag aus. Das hat dazu geführt, dass Stellen verschwunden sind, in der Pflege übrigens noch viel mehr als bei den Ärzten. Das sollten wir hier ruhig betonen. Aber es sind natürlich auch in den ärztlichen Abteilungen Stellen verschwunden, auch im Schreibdienst. Im Endeffekt ist der Kostendruck für die Betriebswirtschaftler im Krankenhaus massiv gestiegen. Aus diesem Grunde wird die Zahl der Fälle heraufgesetzt, werden die Zielvereinbarungen entsprechend eingesetzt, die Arbeit wird weiter

verdichtet, sicherlich auch für Ober- und Chefärzte, aber ganz besonders für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung.

Ohne Zweifel ist es so, dass die Weiterbildung extra Geld kostet. Das, was ich gerade beschrieben habe, gilt sowohl für Abteilungen, die lediglich fachärztlich besetzt sind, als auch für Abteilungen, die tatsächlich inhaltlich weiterbilden. Wenn man sagt, man wolle nicht, dass die Kassen es bezahlen, wenn man auch nicht will, dass der Staat es bezahlt, dann kann ich dies aus innerer Überzeugung durchaus vertreten. Aber dann werden die Reihen der möglichen Zahler ziemlich dünn. Viel mehr werden sich an den Zahlungen dort nicht beteiligen.

Ich finde es immer wieder bedauerlich – das habe ich bereits in den letzten Jahren betont –, dass der Marburger Bund, dem alle im Krankenhaus Tätigen für seinen Ärztetarifvertrag sehr, sehr dankbar sein müssen, glaubt, dass das Tarifrecht dadurch, dass Nichtfachärzte geringer bezahlt werden als Fachärzte, ausreicht, die Weiterbildung zu bezahlen. Nein, das geht nicht. Da wird sich auch der Marburger Bund verheben. Ich hoffe, dass er es möglichst bald merkt.

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Veelken. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Klaus König, Delegierter der Ärztekammer Hessen.

Dr. König, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Häufig ist von der „Feminisierung“ die Rede. Ich finde es auch ein fürchterliches Wort. Ich stelle mir vor, andersherum würde es „Virilisierung“ heißen; das wäre für uns dann auch nicht so schön. Tatsache ist, dass wir in unserem Fachgebiet 80 Prozent weibliche Teilnehmer haben. Ich schlage vor, dass wir das als „weiblichen Anteil“ bezeichnen. Dann haben wir es etwas besser ausgedrückt.

Es geht mir vor allem um die Weiterbildung. Ich freue mich über die Entwicklung der letzten Jahre, dass jetzt doch anerkannt wird, dass nicht allein die Kliniken in der Lage sind, die Weiterbildung durchzuführen. Wir müssen die Weiterbildung teilweise in die Praxen verlegen. Ich habe in der Ständigen Konferenz erlebt, dass im Hausarztbereich erkannt wurde, dass in der Praxis die Sechsmonatsschritte, die vorgeschrieben sind, nicht durchzuführen sind. Ich schlage vor, dass wir, wenn wir immer den Unterschied zwischen Hausarzt und Facharzt machen, dies wegfallen lassen und das paritätisch in Dreimonatsschritten machen. Wenn ich jemanden für den Ultraschall habe, brauche ich ihn nicht für sechs Monate. Drei Monate würden mir ausreichen. Es müsste also eine größere Flexibilität geben.

Es ist so, wie wir gesagt haben: Im Grunde müssten wir die Weiterbildungszeiten danach ausrichten, wie viel Zeit die Damen und Herren haben. Sie arbeiten teilweise nicht ganztägig, sondern halbtags.

Es ist sehr schön, wenn man sagt: Der Staat sollte sich nicht in die Finanzierung einmischen. Ich bin der Meinung: Der Staat muss sich gerade einmischen. Ich war kürzlich in der Universitätsklinik Gießen. Das ist eine Privatklinik, ein Rhön-Klinikum.

Ich habe dort mit der Verwaltung und dem Chef der Klinik gesprochen, wie wir die gemeinsame Weiterbildung Klinik/Praxis durchführen können. Ich musste feststellen: Es gibt keine Arbeitsverträge für Assistenzärzte in Weiterbildung. Es gibt nur ärztliche Arbeitsverträge. Man sagte mir: Wenn ich in der Praxis jemanden hätte, sähe die Finanzierung so aus, dass ich als Praxisinhaber der Klinik das Geld für ihre Assistenten geben müsste.

Das kann so nicht sein. Deshalb müssen wir zusehen, dass in diesen Kliniken die Arbeitsverträge in Weiterbildungsarbeitsverträge geändert werden, die es ermöglichen, dass sie uns Geld geben.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege König. – Der nächste Redner ist Andreas Crusius, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sprechen dauernd über die weichen Faktoren. Wir sprechen über Arbeitsplätze für Ehepartner. Schauen Sie in die Studie „Versorgungsforschung“ des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Leipzig. Dort können Sie die Fakten nachlesen. Dort können Sie auch nachlesen, was man tun muss, damit es passiert.

Wir haben im Land von der KV in Rostock einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin gefördert bekommen. Professor Altiner ist sehr engagiert; das kann ich aus eigenem Erleben sagen. Wir führen gemeinsam mit der Kammer Kurse für die Allgemeinmediziner in Weiterbildung durch. Meine Tochter ist im vierten Studienjahr. Sie hat seit dem dritten Studienjahr Seminare in Allgemeinmedizin. Im Moment wollen alle Allgemeinmediziner werden, weil sie sehr frühzeitig herangezogen werden.

Wir haben am Klinikum Rostock 16 Rotationsstellen für Allgemeinmedizin, seinerzeit vom ärztlichen Direktor gesponsert. Sie fehlen natürlich woanders. Wir haben eine Warteliste von 21 jungen Kolleginnen und Kollegen, die approbiert sind, die in die Allgemeinmedizin wollen. Im Moment haben wir nicht genug Stellen, um sie dort unterzubringen. Wir haben auch flexible Weiterbildungszeiten.

Es gilt auch hier: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es. Es gibt auch Bürgermeister, die sich Studenten suchen, die später in ihre Stadt kommen, in Kleinstädte, aufs Land. Sie zahlen Stipendien. Die Kirche stellt Bauplätze für junge Arztehepaare zur Verfügung, die aufs Land wollen. Die Kirche sponsert also das Bauland.

Das Problem ist, dass die Kliniken nicht genug Stellen für die reinen Allgemeinmediziner haben. Sie bekommen bei uns fünfjährige Stellen. Davon machen sie dreieinhalb Jahre klinische Weiterbildung in allen Fächern, die für einen Allgemeinmediziner nötig sind. Das ist genauso wie in Berlin. Sie haben kurze Zeiten im HNO-Bereich, in der Psychiatrie, damit sie einmal einen psychisch Kranken gesehen haben, um ihn

später detektieren zu können. Wir haben ja in der Versorgungsforschung festgestellt, dass 50 Prozent der Psychosen nicht erkannt werden.

Fordern Sie also bitte die Landesregierungen auf, dass sich die Lehrstühle engagieren und dass die jungen Kolleginnen und Kollegen schon im Studium herangeführt werden. Dann bekommt man es auch über Famulaturen hin, die von der KV gesponsert werden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Der nächste Redner ist unser Vorstandsmitglied Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich kann mich eigentlich nahtlos an das anschließen, was Andreas Crusius gesagt hat. Wir müssen Gutes auf diesem Sektor tun. Wir sind als Kammern aufgerufen, mit den Fakultäten zu interagieren, intensiv mit der KV und der Krankenhausgesellschaft in Koordinierungsstellen, wo wir Leute bewegen, im Lande zu bleiben und in die Allgemeinmedizin zu gehen, zusammenzuarbeiten. Das geht nicht allein mit guten Worten; das muss mit ideeller und materieller Unterfütterung geschehen.

Es ist Ihnen ein breiter Strauß an Anregungen, Wünschen, Vorstellungen, wie das gelingen kann, vorgestellt worden. Gestern wurde bereits die Publikation „Der familienfreundliche Arbeitsplätz für Ärztinnen und Ärzte“ erwähnt. Das ist bei Frau Schoeller zu bekommen. Viele Anliegen sind an die Bundesärztekammer herangetragen worden. Wir haben in einer Arbeitsgruppe von mehreren Präsidenten und Hauptgeschäftsführern uns diesem Thema gewidmet: Was gibt es bereits in Deutschland, was sich lohnt, auch in anderen deutschen Ländern nachzuvollziehen?

Sie werden sich wundern, welche guten und ideenreichen Ansätze vorhanden sind, solche Informationsnetzwerke, kooperative Netzwerke, damit die jungen Kollegen sehen, wie es mit ihrer Weiterbildung weitergeht.

Das hat sich mittlerweile auch zu einem Wettbewerbsfaktor entwickelt, gute und solide Angebote zu machen. Beispielsweise gibt es in der Lausitz ein „Orthopädisches Haus Rothenburg“, das unter chronischem Ärztemangel leidet. Sie haben den jungen Kollegen garantiert, eine Promotion an der Fakultät zu machen und sie dafür freizustellen. Man muss Ideen entwickeln, um Leute in die richtige Richtung zu lenken.

Es sind enorm viele gute Angebote in Deutschland vorhanden. Wir werden nach diesem Ärztetag diese Angebote zur Nachwuchsförderung und Nachwuchsgewinnung ins Netz stellen. Es existiert bereits als Broschüre. Ich hoffe, Sie werden einige Anregungen zunächst einmal von Ihnen selbst wiederfinden, aber auch eine ganze Menge neuer Anregungen aus diesen Initiativen für sich nutzen können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jan Schulze. – Der nächste Redner ist der Kollege Uwe Brock, Kammer Nordrhein.

Brock, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mir liegen drei Punkte zum Medizinstudium besonders am Herzen. Das ist zum einen die Zahl der Medizinstudienplätze, das sind zum anderen die Auswahlgespräche und schließlich die Förderung des Wahlfachs Allgemeinmedizin.

Zum ersten Punkt. Ich denke, eine alleinige Ausweitung der Zahl der Medizinstudenten hilft nicht ohne andere Maßnahmen. Manchmal wird dies als Alibiaktion ins Feld geführt. Wir sollten uns überlegen, ob das der richtige Weg ist. Nur diesen Punkt zu stützen macht sicherlich keinen Sinn. Der Beruf muss verbessert werden, damit die Medizinstudenten nachher in den Beruf kommen.

Die Auswahlgespräche für Medizinstudenten sind, so denke ich, sinnvoll. Man sollte überlegen, ob dies nicht verpflichtend für alle Universitäten gefordert werden soll. Es können Sozialkompetenzen abgefragt werden. Man könnte danach auch zu erarbeiten versuchen, ob nicht diejenigen, die in solchen Auswahlgesprächen ausgesucht wurden, auch kurativ tätig sein sollten. Die Gelder werden nach den Abschlüssen der Medizinstudien verteilt. Ist es nicht vielleicht auch sinnvoll, Gelder danach zu verteilen, wie viele nachher in kurativen Arbeitsfeldern tätig sind und bei uns in Deutschland kurativ tätig sind, also inwieweit das Studium dazu geführt hat, dass die jungen Kollegen Spaß daran gefunden haben, in Deutschland als Arzt tätig zu sein?

Der dritte Punkt ist die Förderung des Wahlfachs Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr. Ich denke, das ist zu fördern, weil wir in der Klinik zeigen können, dass es Spaß macht, Hausarzt zu sein.

Ich möchte den Vorstand auffordern, wie in den letzten Jahren mit viel Energie heranzugehen, das Wahlfach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Brock. – Jetzt sehe ich einen Geschäftsordnungsantrag des Kollegen van Dyck aus Hamburg.

(Zuruf)

– Herr van Dyck stellt den Antrag auf Schluss der Debatte, weil seiner Meinung nach alle Informationen ausgetauscht sind, wenn ich das richtig verstanden habe.

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann bitte ich Sie jetzt um Abstimmung. Wer ist für Schluss der Debatte? – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einzelne. Dann haben wir Schluss der Debatte beschlossen und können jetzt in die Abstimmung der Anträge eintreten. Es handelt sich um den Block „Berufliche Perspektiven“ mit den Anträgen 6, 6 a, 15, 18, 20 und 29.

Ich rufe zunächst den **Antrag I-06** von Herrn Stagge auf. Ich habe noch vom ersten Tag – das mögen Sie vielleicht nicht mehr erinnern – den Antrag auf Vorstandsüberweisung zu diesem Antrag in Erinnerung.

Bitte, zur Geschäftsordnung Herr Stagge.

Stagge, Nordrhein: Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Ganze ist eigentlich doch ein Selbstgänger. Das können wir nicht an den Vorstand überweisen, sondern das müssen wir hier abstimmen. Darum bitte ich.

Präsident Dr. Montgomery: Darüber kann sich ja der Ärztetag eine Meinung bilden.

(Zuruf)

– Wir sind in der Abstimmung.

(Zuruf)

– Es wird der Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Dieser Antrag geht weiter als der Antrag auf Vorstandsüberweisung.

(Zuruf)

– Sie möchten es begründen, bitte.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Ich beantrage, sich mit diesem Antrag nicht zu befassen, und zwar aus folgendem Grund. Bei dem Urteil des OLG Braunschweig geht es meines Wissens um ein Verfahren wegen unlauterer Vorteilsnahme bei der Verordnung von Arznei- oder Heilmitteln. Das Gericht führt in seinem Urteil aus, dass Vertragsärzte sorgfältig mit dem Vermögen der Krankenkassen umzugehen haben und insofern keinen Nutzen aus der Verordnung spezieller Pharmaka oder Heilmittel ziehen dürfen.

Die verbesserten Worte des Antrags werden aus dem Zusammenhang gerissen und könnten den Eindruck erwecken, dass der Deutsche Ärztetag eine Vergütung von Herstellern an Verordner auf Kosten der Krankenkassen legitimiert. Deswegen möchte ich, dass wir uns damit nicht befassen.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der weitestgehende Antrag ist der Antrag auf Nichtbefassung mit dem Antrag 6. Das gilt dann auch für den **Antrag I-06 a.** Das stelle ich jetzt zur Abstimmung. Wer ist für die Nichtbefassung mit den Anträgen 6 und 6 a? – Die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann befassen wir uns mit den Anträgen. Wir befassen uns zunächst mit der Vorstandsüberweisung. Herr Stagge hat eben dagegengesprochen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit sind die Anträge 6 und 6 a **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-15** von Frau Kollegin Eva Müller-Dannecker:

> *Die öffentlich geförderten Betreuungsangebote für Kinder müssen stärker als bisher auch am Bedarf der Gesundheitseinrichtungen ausgerichtet werden …*

Da wir nicht zu den einzelnen Anträgen diskutiert haben, versuche ich, immer noch mal einen Kernsatz aufzurufen.

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-18** zur Tarifautonomie von Herrn Kollegen Henke und anderen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Eine. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-20.** Dazu hatte Heidrun Gitter Vorstandsüberweisung beantragt. Sie wissen, worum es geht? – Dann frage ich Sie: Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen?

(Zurufe: Zählen!)

– Wollen Sie zählen? – Kein Problem. Dann zählen wir das aus. Ich frage also noch einmal: Wer ist für die Überweisung des Antrags I-20 an den Vorstand? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Es waren 122 Delegierte für die Vorstandsüberweisung, dagegen 80. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen dann zum **Antrag I-29.** Es geht um die aktualisierte Auslegung des Mutterschutzgesetzes. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Damit hätte ich alle Anträge zum Block „Berufliche Perspektiven“, die mir vorlagen, mit einer Abstimmung beschieden. Herr Henke hat im Wege einer persönlichen Erklärung zu diesem Punkt Ausführungen zu machen.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist keine persönliche Erklärung. Wir – Frau Gitter, Herr Botzlar, ich und Herr Emminger und weitere Delegierte – haben einen Antrag eingebracht, der sich auf das Thema der Weiterbildungsfinanzierung bezieht. Er ist zum Tagesordnungspunkt VI „Tätigkeitsbericht“ zugeordnet worden. Mir ist egal, wo dieser Antrag verabschiedet wird, aber weil er sich auf die Kontroverse über die Frage bezieht, wie die Weiterbildung finanziert wird, wäre es mir recht, wir könnten uns hier eine Meinung darüber bilden. Dieser Antrag ist simpel und lautet:

> *Weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte erbringen vollwertige ärztliche Leistungen, diese müssen daher in Klinik und Praxis voll vergütet werden. Deshalb tritt der 114. Deutsche Ärztetag dafür ein, dass Vertragsärztinnen und -ärzte, die eine/n weiterzubildende/n Ärztin/Arzt beschäftigen, die durch diese/n erbrachten Leistungen in vollem Umfang abrechnen können.*

Ich finde, dann wäre der Überweisungsantrag von Frau Gitter besser verständlich. Aber das muss ja nicht sein.

Präsident Dr. Montgomery: Das kann man zwar alles tun, aber der Antrag liegt jetzt nicht vor. Reicht Ihnen das Verlesen?

(Zurufe: Nein!)

– Wir haben ja die große Freude, unter dem Tagesordnungspunkt VI „Tätigkeitsbericht“ noch einmal über dieses Thema reden zu können.

Wir haben ein striktes Diktum, dass die Anträge umgedruckt vorliegen sollten. Wir sollten davon, außer bei kleinen Änderungsanträgen von ein oder zwei Zeilen, nicht abweichen.

Damit haben wir das Thema der beruflichen Perspektiven abgearbeitet. Damit kommen wir zur Gesundheits- und Sozialpolitik. Wir kommen zunächst zum Antrag I-28. Es liegt eine Wortmeldung des Kollegen Rechl aus Bayern vor.

Dr. Rechl, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident Montgomery! Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht um den Antrag 19, der aus Bayern kommt, und zwar vom Ausschuss „Niedergelassene Ärzte“. Es geht um Modellvorhaben zu § 73 c. Es ist ein altbekanntes Problem, ein großes Problem. Es geht um die Übertragung en bloc von ärztlichen Tätigkeiten an andere medizinische Berufe. Wir sprechen hier von Substitution und lehnen dies nachhaltig ab.

Es ist unbestritten, dass im Rahmen der soziodemografischen Entwicklung und der Komplexität der modernen Medizin die Zusammenarbeit mit anderen Berufen klar definiert ist. Hier gab es ja in der Vergangenheit auch einige Anträge, nicht zuletzt vom jetzigen Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Kaplan.

Die Delegation ist klar. Ich hoffe, da sind wir uns auch einig. Auch die Bundesärztekammer und der Deutsche Hausärzteverband haben Strukturen entwickelt zur Weiterqualifikation von Medizinischen Fachangestellten. Hier sind wir durchaus mit im Boot.

Die Substitution lehnen wir nachhaltig ab. Die Eingangsuntersuchungen sowie die Indikationsstellungen einschließlich ärztlicher Behandlung und Festlegung medikamentöser Therapien sind ausschließlich in ärztlicher Hand.

(Vereinzelt Beifall)

Ich darf Ihnen ganz kurz plakativ vorstellen, wie man sich das in manchen Kreisen denkt. Die En-bloc-Übertragung diagnosebezogen würde bedeuten: Der Patient hat Diabetes mellitus. Der Patient mit Diabetes mellitus wird an einen medizinischen Beruf weitergereicht. Der Arzt ist außen vor. Ich glaube, das wollen Sie alle nicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Rechl. – Jetzt habe ich keine weitere Wortmeldung mehr. Dann könnten wir jetzt in die Abstimmung der Anträge eintreten. Wir behandeln zunächst den **Antrag I-28** von Herrn Schulze und Frau Goesmann als Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer mit dem Betreff:

Selbstständige Ausübung der Heilkunde nur durch Ärzte

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, die Stimmkarte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-19** des Kollegen Rechl zu § 63 Abs. 3 c SGB V.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Ich höre aus der Versammlung den Wunsch nach Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Wenn niemand dagegenspricht, dann ist Vorstandsüberweisung beschlossen.

(Zuruf: Formal!)

– Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Enthaltungen und einer Vielzahl von Gegenstimmen **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zu den **Anträgen I-23 und I-23 a.** Von Frau Kollegin Gitter ist für beide Anträge Vorstandsüberweisung beantragt worden. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann sind beide Anträge mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Damit haben wir alle Anträge zum Tagesordnungspunkt I „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ abgearbeitet. Damit ist dieser Tagesordnungspunkt beendet. Das gibt mir Gelegenheit, Jörg Hoppe für sein Referat am Dienstag im Kieler Schloss, das die Grundlage für diesen Tagesordnungspunkt war, zu danken. Du hast uns hervorragend in diese Thematik eingeführt, so nachhaltig, dass wir drei Tage daran gearbeitet haben, um die vielen Inhalte vernünftig und mit guten Anträgen zu bearbeiten.

(Beifall)

Ein Dank auch an Andreas Botzlar.

(Beifall)

Wir könnten dann in die Behandlung des nächsten Tagesordnungspunkts eintreten, wenn das Ihre Zustimmung findet. – Ich rufe also **Tagesordnungspunkt III** auf:

Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung

§ 16 ist bereits behandelt.

Bevor der Vorsitzende der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer das Wort erhält, gibt es eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung. Bitte.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mir liegt Ihre Gesundheit und unsere Gesundheit sehr am Herzen. Wir haben mittlerweile gefühlt 18.30 Uhr, da wir die Mittagspause von anderthalb Stunden haben ausfallen lassen. Ich möchte den Antrag stellen, dass wir für heute die Sitzung

beenden, um einem kollektiven Burnout der Delegierten zum 114. Deutschen Ärztetag vorzubeugen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Herr Steininger, wir stehen vor dem Problem einer gewaltigen Tagesordnung. Das Referat von Herrn Wolter dauert etwa 20, 25 Minuten. Der Antrag, den Sie stellen, lautet: Unterbrechung der Sitzung bis morgen.

Es gäbe auch die Möglichkeit, jetzt noch einen kürzeren Punkt einzuschieben. Dann könnten wir morgen die Berufsordnung behandeln. – Udo, wärst Du damit einverstanden? – Du bist so wunderbar flexibel.

Ich muss ein bisschen an das Abarbeiten der Tagesordnung denken, mit der wir inzwischen gewaltig im Hintertreffen sind. Was halten Sie davon, dass wir jetzt noch den Bericht zur Weiterbildungsordnung von Franz Bartmann hören und gegen 17.30 Uhr die Sitzung schließen?

(Beifall)

Wer das für einen einigermaßen vernünftigen Vorschlag hält, möge jetzt bitte die Karte heben. – Das ist die überwältigende Mehrheit. Da müssen wir nicht mehr die Gegenprobe machen.

Dann danke ich Udo, dass er den zweiten Versuch unternommen hat, sein Referat zu halten, und rufe **Tagesordnungspunkt IV** auf:

(Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht

Dann darf ich Franz Bartmann um sein Referat bitten. Kommt das jetzt sehr überraschend für Dich?

Dr. Bartmann, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen! Überraschend kommt es natürlich schon, aber ich bin vorbereitet. Es macht überhaupt keine Mühe, das heute zu erledigen. Dann kann ich heute Abend umso eher ein entspannter Gastgeber für Sie sein.

Der Tagesordnungspunkt ist relativ überschaubar, weil es tatsächlich um einen Sachstandsbericht geht. Wir haben also, was die (Muster-)Weiterbildungsordnung angeht, keine Beschlüsse zu fassen. Gleichwohl werde ich Ihnen den einen oder anderen Beschluss nahelegen, der sich aber nicht auf eine Modifikation der (Muster-)Weiterbildungsordnung richtet, sondern am Rande angesiedelt ist. Aber dazu später mehr.

Die Präsentation, die wir vorbereitet haben, ist nicht sehr umfangreich. Es sind insgesamt nur drei Folien. Die erste Folie zeigt Ihnen den Stand der Umsetzung der im letzten Jahr in Dresden beschlossenen überarbeiteten Weiterbildungsordnung. Wir haben im Grunde genommen knapp ein Jahr nach einer überarbeiteten Weiterbildungsordnung praktisch bundesweit diese überarbeitete Weiterbildungsordnung umgesetzt. Dafür danke ich ganz besonders der Weiterbildungsabteilung der Bundes-

ärztekammer unter Leitung von Annette Güntert. Sie haben damals eine ganze Menge Anträge an den Vorstand überwiesen. Sie waren alle abzuarbeiten, bevor man das Ganze zu einem Paket schnüren und an die Weiterbildungsgremien der Landesärztekammern zurückgeben konnte. Dort wurde es relativ kurzfristig umgesetzt.

Möglicherweise spielt dabei auch eine Rolle, dass wir erstmals das zweistufige Normsetzungsverfahren praktiziert haben, wobei Sie bereits vorab in den Kammern mehrfach in einer Abstimmungsschleife diese überarbeitete Fassung der Weiterbildungsordnung weitgehend konsentiert hatten, sodass die Enddiskussion relativ kurzgehalten werden konnte.

Zur Evaluation der Weiterbildung kann ich Ihnen folgende erfreuliche Mitteilung machen. Sie erinnern sich, dass dies im letzten Jahr doch einiges an Diskussionsstoff mit sich brachte, weil wir Ihnen über die Ergebnisse der Evaluation 2009 berichtet hatten und ganz viele Verbesserungsvorschläge kamen, wie man es schaffen könnte, diese Untersuchung noch valider zu gestalten, nämlich indem wir nicht nur die Weiterbildungsbefugten, die sich schon sehr gut beteiligt hatten, sondern auch die Weiterbildungsassistenten in die Evaluation mit einbeziehen. Im Zentrum der damaligen Kritik und damit eben auch im Zentrum der Vorschläge zur Verbesserung stand der Zugangsweg der Weiterbildungsassistenten über die Weiterbildungsbefugten. Sie erinnern sich: 2009 war es noch so, dass wir den Weiterbildungsbefugten die Zugangscodes zur Befragung für die Assistenten weitergegeben hatten. Die Weiterbildungsassistenten mussten darauf vertrauen, dass das von ihren Chefs weitergegeben wurde.

Dass es da etwas gehapert hat, lag teilweise auch daran, dass in einzelnen Landesärztekammern die Listen der Weiterbildungsbefugten unvollständig waren, sodass naturgemäß schon im Ansatz eine Lücke in der Beteiligung angelegt war.

In diesem Jahr ist es so geregelt, dass wir zwar nach wie vor auf die Mitarbeit der Weiterbildungsbefugten angewiesen sind, weil wir keine sicheren Auskünfte darüber haben, wer an welcher Weiterbildungsstätte gerade tätig ist. Sie haben im letzten Jahr diskutiert, ob man Weiterbildungsregister anmahnen, eventuell sogar vorschreiben sollte. Wir haben das überprüft. Wir haben einen unterjährigen Wechsel zwischen 20 und 25 Prozent der Assistenten an den Weiterbildungsstätten. Das heißt also, wir würden niemals eine zeitaktuelle Abbildung der tatsächlichen Situation erhalten. Insofern haben wir den Weg über die Weiterbildungsbefugten im Moment als den goldenen Weg angesehen.

Die Weiterbildungsbefugten nennen uns Zahl und Namen ihrer Weiterbildungsassistenten. Da zu befürchten ist, dass das nicht hundertprozentig in der richtigen Schreibweise geschieht, haben wir zu Beginn dieses Jahres beschlossen, dass wir dazu ein Verfahren nutzen können, das wir in der Fortbildung mit großem Erfolg anwenden, nämlich die Barcodes, die jeder Assistent für die Registrierung seiner Fortbildung zur Verfügung hat. Die Weiterbildungsbefugten können diese Barcodes nutzen, um uns sicher die Namen ihrer Weiterbildungsassistenten mitzuteilen.

Damit komme ich zum Zeitplan zur Durchführung der zweiten Befragung. Die Befragung der Weiterbildungsbefugten und die Befragung der Weiterbildungsassistenten enden zu verschiedenen Zeitpunkten. Das ist ganz bewusst so gemacht worden, weil wir zwar die Weiterbildungsbefugten – das haben Sie im letzten Jahr beschlossen – in der Weiterbildungsordnung verpflichtet haben, an dieser Befragung teilzunehmen,

wir aber gleichwohl keine sichere Kontrolle darüber haben, ob sie sich tatsächlich an dieses Weiterbildungsrecht halten.

Deshalb haben die Weiterbildungsassistenten die Gelegenheit, wenn sie bis zum 31. Juli 2011 noch keine Mitteilung über ihre Teilnahme erhalten haben, noch keine Codes von ihrer Ärztekammer mitgeteilt bekommen haben, sich an die Ärztekammer zu wenden, die dann prüfen kann, ob tatsächlich eine Lücke bei der Ärztekammer vorgelegen oder sich Weiterbildungsbefugte tatsächlich gar nicht gemeldet haben. Dann ist noch einmal einen Monat Zeit, wo wir kontrolliert diese Weiterbildungsassistenten zusätzlich in die Befragung mit einbeziehen können.

Des Weiteren war angemahnt worden, dass es in der Befragung einige Unschärfen gibt. Sie haben eben in einem Referat gehört, dass die Weiterbildungsprogramme nur sehr unvollständig vorgelegen haben, genauso wie die jährlich vorgeschriebenen Gespräche teilweise nur an einzelnen Stellen stattgefunden haben. Wir sind davon ausgegangen, dass noch eine ganze Menge älterer Weiterbildungsverhältnisse bestehen. Wir müssten jetzt erwarten, dass zwei Jahre später die Situation besser ist.

Vor allem habe ich gehört, es gab einen Einbruch bei der evidenzbasierten Medizin. Wir haben in Einzelgesprächen festgestellt, dass teilweise die Fragestellung schuld daran war, dass eine Frage negativ beantwortet wurde, dass also durchaus evidenzbasierte Medizin in den Abteilungen praktiziert wird, die Assistenten aber moniert haben, dass sie keine Weiterbildung in evidenzbasierter Medizin erhalten haben.

Wir haben diese Fragestellungen wie einige andere auch noch einmal eingedeutscht. Sie wissen, dass wir das Schweizer Verfahren übernommen haben. Der Sprachgebrauch in Deutschland und in der Schweiz ist nicht nur im Dialekt, sondern manchmal auch semantisch etwas unterschiedlich. Wir haben versucht, das anzugleichen.

Sie erinnern sich vielleicht: Es war vorgesehen, dass wir diesen Bericht schon gestern um 17 Uhr abgeben. Ich hatte mir vorgestellt, dass wir mit einem wunderschönen Bild von einem Regattastart den Startschuss geben. Das müssen wir jetzt nicht mehr. Wir wissen mittlerweile: Das Portal ist offen und es läuft.

Wir hoffen, dass wir Ihnen im nächsten Jahr die Ergebnisse der diesjährigen Befragung mitteilen können. Wir hoffen des Weiteren darauf, dass die Beteiligung der Weiterbildungsassistenten etwas zahlreicher sein wird. Wir hoffen vor allem darauf, dass man bereits longitudinal eine Entwicklung wird ablesen können.

Ich bin sehr froh, dass wir diesen Beitrag genau jetzt anschließen können. Ich habe Peter Zürner und Werner Wyrwich gehört, die angemahnt haben: Wir müssen uns in der Weiterbildung bewegen. Dieser Meinung bin ich allerdings auch. Deshalb haben wir im letzten Jahr schon einmal ansatzweise beschlossen: Wir brauchen eine neue Systematik in der Weiterbildungsordnung. Damals kam erstmals – auch ein wenig durch mich protegiert – der Begriff der Modularität hinein. Wenn man etwas Neues will, muss man fragen: Warum will man etwas Neues? Das Bessere ist immer der Feind des Guten. Etwas Besseres haben wir im Moment auf dem Markt nicht gefunden. Wir wollen nicht in irgendeiner Weise eine weitergehende Entwicklung in Richtung Verschulung der Weiterbildung. Es gab einmal Tendenzen, dies zu fordern: Weiterbildung im Minutentakt, sozusagen mit der Stechuhr. Wir sind der Meinung: Wenn wir es schaffen würden, allein das, was wir bisher an Weiterbildungsrecht

schon haben, nämlich die Logbücher und die Curricula, wirklich zum Laufen zu bringen, hätten wir damit schon ein wenig an Struktur vorgegeben.

(Vereinzelt Beifall)

Aber wir haben eigentlich andere gravierende Probleme. Eines der heftigsten Probleme ist die Rationalität der Zahlenvorgaben.

(Beifall)

Wenn Sie die Zahlen des Statistischen Bundesamts über die Häufigkeit vorkommender Operationen in den Kliniken ins Verhältnis setzen zu den Bescheinigungen, die jährlich ausgestellt werden, was angeblich alles operiert worden ist – nicht nur in einer Abteilung insgesamt, sondern von den Weiterbildungsassistenten –, stellen Sie fest, dass Zehnerpotenzen dazwischen klaffen.

Kolleginnen und Kollegen, es kann doch nicht sein, dass wir mit einem Zahlenmaterial arbeiten, von dem wir von vornherein wissen, dass es nicht erreichbar ist. Es kann auch nicht sein, dass man überall da, wo es große Zahlen gibt, große Zahlen voraussetzt, bis man so etwas kann.

Dies ist eine der größten Baustellen, die wir angehen müssen. Das hat mit Modularität zunächst noch gar nichts zu tun. Wir müssen zu besseren Zahlen kommen.

Es besteht ferner das Problem, dass wir die Weiterbildungsordnung überfrachtet haben mit Erfordernissen nicht nur in der operativen Medizin, sondern auch in der konservativen Medizin, wo wir sicher sind, dass die geforderten Eingriffe nicht von Weiterbildungsassistenten erbracht werden, sondern erst dann zum Tragen kommen können, wenn man seine Grundausbildung, sozusagen den Gesellenbrief in der Tasche hat und sich anschließend fortbildet und dann in den Meisterstatus kommt.

Der Grund dafür ist – da gehe ich etwas in Opposition zu dem, was ich heute in einer Vorstellungsrede für eine Position im Vorstand gehört habe –, dass wir es eben bisher immer noch nicht geschafft haben, die Weiterbildungsordnung zu einer Bildungsordnung zu machen. Das war unser Ziel. Viele Eingriffe, die gefordert werden, sind nur deshalb enthalten, weil man sie anschließend im Berufsausübungsrecht für seinen Bereich reklamiert wissen möchte. Dabei handelt es sich teilweise um Fähigkeiten, die in Abteilungen so selten vorkommen, dass wir auch dort – ähnlich wie bei den Zahlen – von vornherein davon ausgehen können, dass das, was uns da bescheinigt wird, nicht einen Spiegel der tatsächlichen Situation des Weiterbilders und des Weiterzubildenden darstellt.

(Vereinzelt Beifall)

Dann gibt es auch noch die Form der im Sozialrecht fixierten Überprüfung von Weiterbildungsqualitäten. Der leider im vergangenen Jahr verstorbene Hans Hellmut Koch hat gern das Beispiel der Gynäkologin angeführt, die vor der Ärztekammer in Bayern in Gynäkologie geprüft wurde, sich anschließend mit ihrem Prüfer ins Auto setzte, zur KV herüberfuhr und dort von der Qualitätssicherungskommission der KV überprüfen lassen musste, was sie bereits nachgewiesen hatte, nämlich Sonografie in der gynäkologischen Weiterbildung.

Da sind wir in einem engen Austausch mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die das ebenfalls als nicht mehr adäquat ansieht. Herr Schirmer hat uns eine Geset-

zesvorlage vorbereitet, die sicherstellen könnte, dass in § 135 Abs. 2 SGB V die Definitionskompetenz für diese sogenannten Sachleistung wieder an die Ärztekammern zurückverlagert werden könnte.

(Beifall)

Wir haben ein weiteres Problem, das eben schon mehrfach thematisiert worden ist: Wir haben immer noch das Primat der ganztägigen hauptamtlichen Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte und bei einem Weiterbildungsbefugten. Das spiegelt die Realität in gewissen Bereichen schon lange nicht mehr wider. Die Entwicklung in der Medizin geht so rasant vonstatten, dass wir davon ausgehen können, dass es durchaus Kompetenzen und Fähigkeiten gibt, die man partiell nur an manchen Stellen erwirbt, die man aber nicht zwangsläufig für die Ausübung seines Berufs braucht. Manche brauchen sie, manche nicht.

Sie sehen auf dieser Folie den Aufbau der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Abschnitt A, der Paragrafenteil, bildet die Basis. Darauf baut sich Abschnitt B mit den Gebieten und den Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen auf. Darüber befindet sich mit den Zusatzweiterbildungen der Abschnitt C. Der Abschnitt C kann als Flachdachversion ausgebildet sein, das heißt, Sie können Ihren Beruf ohne jegliche Zusatzweiterbildung ausüben. Sie können neben einem Spitzdach aber auch noch etliche Erker anbauen. Es gibt sozusagen Weltmeister in Zusatzbezeichnungen, die bis zu zehn oder zwölf Zusatzbezeichnungen haben, was natürlich keinen richtigen Sinn mehr macht.

Wir brauchen eine flexiblere Gestaltung der Weiterbildungsordnung, und zwar dergestalt, dass wir in diesem Bereich bestimmte operationierbare Einheiten fixieren, die man Modul nennen könnte, die in manchen Bereichen obligat erbracht werden müssen, in anderen Bereichen aber fakultativ sind.

Lassen Sie mich als Beispiel die Koloskopie nennen. Als wir 2003 über diesen Bereich gesprochen haben, haben wir noch gesagt: Beim Viszeralchirurgen und dem Internisten bestehen unterschiedliche Anforderungen. Also müssen wir das auch nicht gleich ausgestalten. Das war ein Denkfehler, dem auch ich unterlegen bin. In der Klinik, Kolleginnen und Kollegen, spielt das ja keine Rolle, aber wenn man sich nachher niederlässt, müssen in der Tat beide, wenn sie die Koloskopie anbieten, damit auch die gleiche Kompetenz verbinden können.

Das heißt, wer dieses Modul Koloskopie – so nenne ich es als Arbeitstitel – erlangt, erlangt es in identischer Weise unabhängig davon, ob er aus der Inneren Medizin oder aus der Chirurgie kommt. Er kann es in identischer Weise dann natürlich auch bei demjenigen, der dieses Modul für sich schon akquiriert hat, als Internist beim Chirurgen und vice versa als Chirurg beim Internisten erlangen. Aber der Gastroenterologe ohne Koloskopie ist kein richtiger Gastroenterologe, er hat keine wirtschaftliche Basis. Der Viszeralchirurg kommt sehr wohl ohne das aus. Aber er kann es eben machen.

So gibt es viele Bereiche, die man definieren kann, die in mehreren Gebieten gleichzeitig vorkommen, aber mit einer unterschiedlichen Verbindlichkeit, mit der man sie erlangt haben muss.

Diese Module müssen berufsbegleitend ohne Unterbrechung der Erwerbsbiografie zu erlangen sein. Wir bekommen ein größeres Problem, als wir es im Moment schon

absehen können, weil wir zum Teil Kolleginnen und Kollegen weiterbilden in Bereichen, in Facharztentitäten, die zunehmend unter Druck geraten, weil sie nicht mehr so häufig gebraucht werden. Das heißt, diese Kolleginnen und Kollegen müssen die Chance haben, sich bei fortlaufendem Erwerbseinkommen zusätzliche Kompetenzen anzueignen, die in ihr Gebiet passen müssen.

Ein solches Modul ist flexibel in verschiedenen Gebieten unterzubringen, aber es ist nicht beliebig. Der Augenarzt, der beispielsweise die Koloskopie als Modul für sich akquirierte, ist damit natürlich nicht berechtigt, dann, wenn er gerade keine Augenpatienten hat, stattdessen zu koloskopieren. Da muss die Kirche im Dorf bleiben. Ich hoffe, Sie stimmen dem zu; wir können auch darüber diskutieren.

Wir haben jetzt sozusagen ein erstes Grundkonzept. Wir können nach wie vor eine Grundkompetenz definieren, die jeder Facharzt haben muss. In dieser Grundkompetenz gibt es keine Notwendigkeit, an der bisherigen Systematik irgendetwas zu ändern. Aber wir haben ganz viele Bereiche innerhalb eines Gebiets, die fakultativ dort angegliedert werden können, die man berufsbegleitend lebenslänglich ohne Unterbrechung der Erwerbsbiografie hinzuakquirieren kann. Das könnte dasjenige sein, das wir auf dem vorherigen Ärztetag noch Modul genannt haben.

Kolleginnen und Kollegen, das klingt alles relativ einfach. Als wir mit der Überarbeitung fertig waren, haben wir angefangen, uns um dieses Gebiet zu kümmern. Man kämpft wirklich um jeden Begriff, um jede Kleinigkeit. Wir werden erleben, dass man uns immer wieder einmal im symbolischen Sinne sagen wird, dass wir nicht optimal arbeiten.

Wir sind dabei, uns mit den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden zusammenzusetzen, um sie selbstverständlich in dieses Konzept mit einzubinden. Wenn das erfolgt ist, dann geht es an die Kärrnerarbeit. Sie können sich vorstellen, in welcher Position ich mich am liebsten sehen würde.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Franz Bartmann, für diesen Vortrag. Das war sehr gut.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Präsident! Ich war viel zu schnell. Darf ich noch zwei Punkte anschließen, weil diese nachher Gegenstand der Beratungen sein werden?

Präsident Dr. Montgomery: Bei so viel Selbstkritik kann man ja gar nicht anders, als Dir sofort wieder das Wort zu geben.

Dr. Bartmann, Referent: Ich danke. – Wir haben Anträge aus der Allgemeinmedizin, nämlich den sogenannten Quereinstieg. Es gab Überlegungen, wie man das am besten organisieren würde. Der Fachausschuss für Weiterbildung hat sich in München ebenfalls Gedanken darüber gemacht. Wir würden Ihnen gerne einen Vorschlag ma-

chen, der ohne Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung umsetzbar wäre. Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung würde bedeuten: Beratung irgendwann, dann in die doppelte Schleife des zweistufigen Normsetzungsverfahrens, irgendwann eventuell Beschlusslage. Wir sind der Meinung, beim Quereinstieg Allgemeinmedizin aus einem anderen Facharztbereich gibt es ein wichtiges Prinzip, das wir zu beachten haben: Die Inhalte, die wir für die Regelweiterbildung in der Allgemeinmedizin fordern, müssen sich dann auch beim Quereinstieg wiederfinden.

(Beifall)

Das heißt, wir dürfen einerseits die Hürde für denjenigen, der umsteigen möchte, nicht zu hoch ansetzen, denn wir möchten ja, dass derjenige, der sich in seinem eigenen Gebiet nicht mehr wohlfühlt, aber seine Liebe für die Allgemeinmedizin entdeckt hat, das nicht in fünfjähriger zusätzlicher Weiterbildung ableisten muss. Er hat sicherlich in seiner ersten Facharztweiterbildung schon eine ganze Menge an Inhalten erlangt, die Gegenstand der Beschreibung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sind. Nur sind diese Inhalte in unterschiedlicher Art und Weise erfüllt.

Ich denke, wir sind uns einig, dass jemand, der patientennah gearbeitet hat, deutlich mehr Inhalte wird vorweisen können als derjenige, der beispielsweise im Labor oder in der Pathologie tätig gewesen ist. Aber auch da kann es ja sein, dass man bereits in seiner Weiterbildungszeit Innere Medizin oder Ähnliches absolviert hat.

Der Weiterbildungsausschuss hat folgende sibyllinische Formulierung gefunden:

> *Der Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ empfiehlt, bei der Zulassung zur Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin die bisher erworbenen Weiterbildungsinhalte eines schon erworbenen Facharztes aus anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung großzügig anzuerkennen.*

Es gibt einen Änderungsantrag von den Fachärzten, von Max Kaplan vorgetragen, der genau das mit Leben erfüllt: eine Regelung, die vorsieht eine individuelle Prüfung der abgeleisteten Inhalte und dann ein relativ nahtloser Zugang zur Allgemeinmedizin ohne das Verfahren einer Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Das hat auch deshalb Charme, weil wir die Lösung jetzt schnell brauchen. Wir wissen aber nicht, wie lange wir sie brauchen. Eine (Muster-)Weiterbildungsordnung ist eine Satzung, die man nicht eben einmal so ablegt wie ein Taschentuch. Hier hätten wir ein Regulativ, das automatisch zu einer Begrenzung führt.

Das wäre eine Beschlusslage, die von den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer relativ zügig bearbeitet werden könnte. Wir könnten vermutlich schon zum nächsten Ärztetag Zahlen darüber liefern, inwieweit das wahrgenommen worden ist.

Ein zweiter Punkt, auch dieser außerhalb der Weiterbildungsordnung – das wird Ihnen später noch in einem Antrag vorgelegt werden –: Wir haben das Problem mit den Kurärzten. Das ist mehr ein kommunalpolitisches Problem als ein Problem der Weiterbildung. Der Begriff „Kurort“ ist ja an Badeärzte gebunden. Wir haben die Hürde für diese Bezeichnung relativ hoch angesiedelt. Es gibt jetzt in Bayern und Niedersachsen eine Lösung, wie man außerhalb der Änderung der Weiterbildungsordnung diese Kolleginnen und Kollegen, die diese Bezeichnung benötigen, in die Lage versetzen könnte, diese Bezeichnung zu erlangen, ohne dass sie wieder eine Weiterbildung durchlaufen müssen, sondern in einer curriculären Form. Auch da würde

ich Ihnen empfehlen, dass Sie den entsprechenden Antrag wohlwollend prüfen. Das ist ein Anliegen, das wir in der notwendigen Zeit nicht mit der Weiterbildungsordnung regulieren können, sondern das können wir, wenn Sie so großzügig sind, heute vor Ort entscheiden. Damit wären wir in zwei wesentlichen Punkten weitergekommen. Das betrifft nicht unbedingt uns als Ressort, aber es betrifft das Gebiet. Ich bitte Sie, das in der entsprechenden Großzügigkeit zu diskutieren und, wenn Sie es mit Ihrem Gewissen vereinbaren können, zu beschließen.

Herr Präsident, ich danke Ihnen sehr. Sie sehen ein, das war wichtig.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Franz Bartmann. – Es ist fast 17.30 Uhr, liebe Kolleginnen und Kollegen, nun will ich nicht schon am ersten Tag Ihnen gegenüber wortbrüchig werden. Ich habe Ihnen als Kompromiss versprochen, dass wir um 17.30 Uhr aufhören. Bestehen Sie darauf, dass ich mein Wort einlöse?

(Zurufe)

– Wer jetzt gern aufhören möchte, gebe bitte das Handzeichen. – Ich glaube, das müssen wir nicht zählen. Die Gegenprobe! – Einzelne Schwerstarbeiter. Aber die Mehrheit möchte aufhören.

Bevor Sie den Raum verlassen, lassen Sie mich bitte noch ganz kurz das Abstimmungsergebnis zu den drei Gremien bekannt geben. Ich verlese nicht die einzelnen Zahlen, sondern sage Ihnen nur, welche Persönlichkeiten gewählt worden sind.

In den „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ sind gewählt: Herr Professor Bach, Herr Dr. Baier, Herr Dr. Bartmann, Herr Professor Griebenow, Herr Dr. Kaplan, Herr Professor Van Aken und Herr Wagenknecht.

(Beifall)

In den Vorstand der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“ sind gewählt worden: Frau Professor Braun, Frau Dr. Goesmann, Herr Dr. Kaplan, Herr Dr. Mühlenfeld und Herr Zimmer.

(Beifall)

In den Vorstand der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“ sind gewählt worden: Herr Professor Bertram, Herr Dr. Clever, Frau Dr. Lundershausen, Herr Dr. Ottmann und Frau Dr. Wenker.

(Beifall)

Alle von mir hier verlesenen Namen waren in alphabetischer Reihenfolge. Die genauen Stimmenzahlen können Sie dem Protokoll entnehmen.

Ich glaube, das reicht für heute. Ich bitte Sie, morgen um 9 Uhr pünktlich wieder hier zu sein. Wir fahren dann mit der Weiterbildungsordnung fort. Sie finden dann auch diejenigen Anträge, die jetzt noch verteilt werden oder noch nicht umgedruckt sind, alle auf Ihren Plätzen.

Danach würden wir gern die Debatte über die Änderung der Geschäftsordnung, über die Berufsordnung und über den Tätigkeitsbericht führen.

Ich bitte Sie, nicht einzuplanen, dass Sie morgen bereits um 14 Uhr abreisen können. Das schaffen wir nie im Leben.

Ich wünsche Ihnen nun einen herrlichen Abend im Norwegenterminal. Genießen Sie die Tatsache, dass das Wetter schön ist und dass man dort maritim feiern kann. Wir sehen uns spätestens morgen wieder.

Ich schließe die Sitzung.

4. Tag, Freitag, 3. Juni 2011
Nur Vormittagssitzung

Präsident Dr. Montgomery: Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben Ihnen eben einen Film gezeigt, den wir produziert haben, um uns für die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten einzusetzen. Dieser Film ist unter der Ägide unseres Fachreferats und vor allem unserer ehemaligen Vizepräsidentin Frau Dr. Goesmann entstanden. Es ist ein ausgesprochen gutes Produkt, das hilft, den Beruf der Medizinischen Fachangestellten als attraktiven Beruf darzustellen und Nachwuchs für dieses Berufsfeld zu gewinnen. Das nutzt allen in Klinik und Praxis. Das sollte man fördern.

Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, möchte ich ganz besonders herzlich auch heute wieder unseren Ehrenpräsidenten, Herrn Professor Dr. Fritz Beske, begrüßen, der mit bewundernswerter Konsequenz hier von morgens bis abends anwesend ist.

(Beifall)

Lieber Herr Beske, ich möchte nicht versäumen, mich bei dieser Gelegenheit auch ganz herzlich bei Ihrem wandelnden Auge und Ohr zu bedanken, das neben Ihnen sitzt, nämlich Ihrer lieben Ehefrau, die Sie zu allen Sitzungen begleitet und nicht nur auf Sie aufpasst, sondern Sie auch fördert und in hervorragender Weise dafür sorgt, dass es Ihnen und damit auch uns gut geht. Liebe Frau Beske, vielen Dank, dass Sie das alles so toll mitmachen.

(Beifall)

Ich freue mich, dass heute zwei Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages unter uns weilen. Ich begrüße ganz besonders herzlich unseren Ehrenpräsidenten Karsten Vilmar und unseren neuen Ehrenpräsidenten Jörg Hoppe. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Glückwünsche zum Geburtstag gibt es heute ebenso: Der Kollege Josef Ungemach, Vizepräsident der Ärztekammer Baden-Württemberg, hat heute Geburtstag. Herzlichen Glückwunsch, Josef!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir haben uns den Fortgang der Tagesordnung folgendermaßen vorgestellt. Wir beraten jetzt die (Muster-)Weiterbildungsordnung weiter. Wir haben gestern den Sachstandsbericht hierzu von Herrn Kollegen Bartmann gehört. Wir haben dazu eine Diskussion und werden dann die Anträge abstimmen.

Danach sollten wir Tagesordnungspunkt V besprechen. Wir meinen, dass man das vielleicht in einer Viertelstunde schaffen könnte. Das wird nicht so dramatisch sein mit vielen Rededuellen und Anträgen.

Danach würden wir gern die Debatte über die (Muster-)Berufsordnung durchführen und anschließend die Anträge zum Tätigkeitsbericht behandeln.

Wir haben ein ganz kleines technisches Problem. Der Referent zum Tagesordnungspunkt VI „Tätigkeitsbericht“, Herr Professor Zepp aus Mainz, muss uns aus

beruflichen Gründen gegen 12.30 Uhr verlassen. Falls wir nicht sowieso schon so weit sind, möchte ich gegen 12 Uhr die Diskussion unterbrechen und Sie bitten, Herrn Professor Zepp anzuhören.

Für heute ist keine Mittagspause vorgesehen. Ich habe aber schon mit unserem Stenografen, der so fleißig und eifrig alles mitstenografiert, was wir hier von uns geben, verabredet, dass wir ihm zwischendurch vielleicht eine Viertelstunde Pause gönnen sollten; denn es ist Knochenarbeit, jedes Wort stenografisch mitzuschreiben. Ich bitte Sie also um Verständnis, falls ich Sie zwischendurch kurz bitte, für zehn Minuten vielleicht auch im Sinne der Thromboseprophylaxe oder sonstiger artistischer Übungen eine kurze Pause zu machen. Sie sollten allerdings nicht zu viel Lufthunger entwickeln, sondern alle wieder rechtzeitig in den Saal zurückkehren.

Nun genug der Vorrede. Wir können einsteigen in die Debattenbeiträge zum Tagesordnungspunkt IV, der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

(Zuruf)

– Es wird eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beantragt, schon bevor der erste Redner das Wort ergriffen hat. Dann können wenigstens alle Redner völlig sicher sein, dass es sich gegen niemanden richtet. Das ist eine grundsätzliche Prophylaxe.

Es ist beantragt, die Redezeit auf drei Minuten zu begrenzen. Ist jemand dagegen? – Formal. Dann müssen wir darüber abstimmen. Wer ist für eine Redezeitbegrenzung? – Bitte die Gegenprobe! – Zwei. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist mit überwältigender Mehrheit die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen.

Der erste Redner ist der Kollege Schulze aus Baden-Württemberg. Ist Herr Schulze nicht anwesend? – Dann legen wir die Wortmeldung beiseite. Vielleicht hat Herr Ungemach gestern Abend so viel gefeiert, dass Herr Schulze heute nicht kann; irgend so etwas wird es sein.

Herrn Professor Haubitz habe ich bereits gesehen. Bitte, Herr Professor Haubitz, Sie haben die Ouvertüre zu diesem Tagesordnungspunkt.

Prof. Dr. Haubitz, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich denke, es ist an der Zeit, aus der Mitte des Hohen Hauses und auch aus der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ Herrn Bartmann in unser aller Namen dafür zu danken, mit welchem Engagement er sich dieses Projekts Weiterbildung – eine Dauerbaustelle – angenommen hat. Wir sollten an dieser Stelle – das ist mir auch ein persönliches Bedürfnis – ein kurzes Wort zu Herrn Kollegen Koch sagen, der ja nicht mehr unter uns ist, der mir und, ich glaube, auch allen anderen ein Vorbild ist mit einer Haltung, um des Ganzen willen, wenn es um das Projekt Weiterbildung geht, auch Anwürfe aus der nächsten Nähe auszuhalten und dabei die große Linie im Auge zu behalten.

Ich denke, des Weiteren ist ein Wort des Dankes an Herrn Ehrenpräsidenten Hoppe und auch an Sie, Herr Fuchs, erforderlich, weil dazu zum letzten Mal in dieser Konstellation die Gelegenheit dazu ist, dass Sie die Sache der Weiterbildung als besondere Ausformung selbstverwalteter Freiberuflichkeit stets zu Ihrer Sache gemacht haben.

(Beifall)

Nun möchte ich ganz kurz in Ergänzung und Vertiefung – keineswegs in Form einer Kritik – eine Anmerkung zu der Einführungsvorstellung von Herrn Bartmann machen hinsichtlich der Module. Ich hatte im Vorfeld und auch in einzelnen Gesprächen den Eindruck, dass gewisse Tendenzen bestehen, den Modulbegriff sozusagen aus der Zauberlehrlingsmütze zu ziehen und dabei pauschal alle Probleme, die uns in der Weiterbildung bedrücken, zu überwinden. Da möchte ich etwas zur Vorsicht mahnen. Herr Bartmann hat – dafür bin ich ihm dankbar – die Weiterbildung metaphorisch in Art eines Hauses mit einer architektonischen Struktur dargeboten und hat für einzelne fokale Problemlösungen die Moduloption eingeführt. Das darf keineswegs dazu führen, dass wir nur noch Module haben, dass Gebietsgrenzen aufgelöst werden, dass klassische Gebiete aufgelöst werden.

Wir würden damit auch die akademische Grundstruktur unseres Berufs angreifen. Es geht nicht, dass ein Patient einen Doktor bei sich vorbeikommen sieht, der sagt: Guten Tag, ich bin zuständig für Intensivlungen und Narkoseeinleitung, weil ich gerade mal diese Module günstig kriegen konnte. Das darf keinesfalls Realität werden. Die klassische Struktur und Architektur des Weiterbildungsrechts darf nicht angetastet werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Haubitz. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Dr. Gisbert Voigt, Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Guten Morgen, Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich ganz kurzfassen, damit der Kollege Schulze, der in jener Sekunde in den Saal kam, als wir ihn sozusagen von der Rednerliste abgesetzt haben, sofort die Gelegenheit hat, das Wort zu ergreifen.

Ich möchte kurz zum Antrag IV-12 sprechen. Es geht um das Thema Fachgebietsgrenzen der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Viele von Ihnen haben wahrgenommen: Es gibt einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, in dem letztendlich steht, dass jemand, der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg ist, unter anderem auch Eingriffe an der Brust im Sinne einer plastischen Operation durchführen kann. Das ist im Prinzip ein echter Dammbruch im Sinne eines mangelhaften Patientenschutzes.

Von daher möchten wir die Bundesärztekammer auffordern, in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern und durch Kontaktaufnahme mit dem Gesetzgeber eine Lösung zu finden, die uns im Heilberufegesetz die Maßgaben ermöglicht, dass wir solche Dinge anders regeln können. Im Moment gibt es in der Berufsordnung und in der Weiterbildungsordnung keine Möglichkeit, das zu begrenzen. Von daher ist dies vielleicht der einzige Weg, über den wir auf Dauer nicht nur klare Grenzen definieren können, sondern gleichzeitig auch die Möglichkeit schaffen, dass wir im Sinne des Patientenschutzes langfristig segensreich wirken.

Herzlichen Dank. Ich würde dann an Herrn Kollegen Schulze weiterreichen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Das ist ausgesprochen nett, lieber Herr Voigt, wie Sie das hier handeln. Ich glaube, dass Wolfgang Wesiack, der als Nächster auf der Rednerliste steht, nichts dagegen hat, dass wir Herrn Schulze jetzt das Wort geben. Wolfgang, mit Deinem Einverständnis und der fantastischen Conférence von Herrn Voigt erteilen wir jetzt Herrn Schulze das Wort.

Dr. Schulze, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Antrag betreffend den Kur- und Badearzt sprechen. Nicht nur Baden-Württemberg als Badeland, sondern auch Bayern, Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Westfalen haben bereits Überlegungen angestellt bzw. schon entsprechende Beschlüsse zur Änderung ihrer Weiterbildungsordnung gefasst, die es ermöglichen, dass nach dem Erwerb der Zusatzbezeichnung „Balneologie“ wieder eine Tätigkeit als Kur- und Badearzt ausgeübt werden kann.

Zurückblickend muss man sagen: Mit der Änderung der (Muster-)Berufsordnung von 2003 waren die beiden Bereiche Physikalische Therapie und Balneologie und Klimatologie fusioniert worden. Dieser Zusammenschluss hat sich nicht bewährt. Insbesondere für bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie und Balneologie“ aufgrund der dort vorgeschriebenen einjährigen Weiterbildungszeit nicht realisierbar.

Was hat uns dazu veranlasst, diesen Antrag zu stellen? Kurorten, die keinen Kur- oder Badearzt mehr haben, droht das Prädikat als Kurort verloren zu gehen. Dabei gehört es zu den allgemeinen Anerkennungsvoraussetzungen für Kurorte, dass sie über ein differenziertes System kurortmedizinischer Versorgungsstrukturen verfügen müssen. Hierzu gehören unter anderem Ärzte, die eine diesen Aufgaben entsprechende Qualifikation besitzen. So muss beispielsweise ein Thermalkurort über eine Niederlassung von mindestens einem kassenrechtlich zugelassenen Kurarzt verfügen.

Um die Zusatzbezeichnung insbesondere für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wieder erwerbbar zu machen, soll es wie bei der alten Zusatzbezeichnung genügen, dass eine gewisse klinische Erfahrung vorhanden ist und die 240 Stunden Kursweiterbildung absolviert werden. Anders als früher muss aber eine Prüfung vor der Kammer absolviert werden.

Die Delegiertenversammlung in Baden-Württemberg wird im Juli dieses Jahres über eine entsprechende Satzungsänderung Beschluss fassen. Niedersachsen, Bayern und auch Schleswig-Holstein haben ihre Weiterbildungsordnung bereits entsprechend geändert.

Dieser Antrag ist, wie Sie ja gestern gehört haben, mit der Bundesärztekammer abgestimmt. Ich bitte Sie, den Antrag IV-02 zu unterstützen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Schulze. – Als Nächster auf der Rednerliste hat Wolfgang Wesiack, Delegierter der Ärztekammer Hamburg, Präsident des Berufsverbands Deutscher Internisten, das Wort.

Dr. Wesiack, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn man etwas Neues will wie beispielsweise ein modulares Weiterbildungssystem, muss man argumentieren, warum das besser sein soll als das bisherige. Es geht nicht darum, einen neuen modischen, trendigen Begriff einzuführen, sondern die Schwächen des alten Systems aufzuzeigen und dann zu schauen, ob wirklich eine Verbesserung eintritt. Da habe ich meine großen Bedenken mit diesem modularen Weiterbildungssystem.

Wir haben eine gute Struktur. Herr Bartmann hat gezeigt, wie solide dieses Haus ist, auf dessen Basis die Weiterbildung heute erfolgt. Es besteht die große Gefahr – das war auf seiner letzten Folie zu sehen –, dass dieses Haus insgesamt ins Rutschen gerät, wenn Sie dort einen roten Stein haben, dort ebenfalls einen roten Stein und anderswo auch noch.

Wir haben Zusatzweiterbildungen, die aus meiner Sicht all dies bereits sehr gut abdecken. Auch der Zugang zu den Zusatzweiterbildungen ist geregelt. Mit Verlaub: Ein Augenarzt braucht sicherlich nicht koloskopieren müssen, um in das Modul Koloskopie zu kommen.

Das Problem liegt woanders; das hat Herr Bartmann gestern am Beispiel der Koloskopie ausgeführt. Wenn Viszeralchirurgen koloskopieren wollen, tun sie das unter dem Gesichtspunkt, vielleicht präoperativ noch einmal zu sehen: Wo ist eigentlich der Polyp oder das Karzinom? Wie weit muss ich resezieren? Das ist aber, wenn der Patient gut vordiagnostiziert ist, nicht mehr erforderlich. Da gibt es entweder gute Vorbefunde, wenn der Patient eingewiesen wird, oder die eigene Abteilung kann präoperativ durch den Gastroenterologen diese Koloskopie durchführen.

Wenn man sich aber auf den Standpunkt stellt, der Viszeralchirurg möchte nun auch koloskopieren, dann muss er genau die vorgeschriebenen Qualitätsanforderungen qualitativ und auch quantitativ erfüllen, die jeder andere auch erfüllen muss. Es kann also nicht ein Modell Koloskopie light und ein Modell Koloskopie heavy geben. Mit Verlaub: Das ist bereits gewährleistet.

Herr Präsident, gibt es eine Redezeitbegrenzung?

Präsident Dr. Montgomery: Ja. Das ist jetzt der Zuschlag, weil Du so lieb warst, Herrn Schulze vorzulassen. Aber irgendwann ist bei Rot Schluss.

Dr. Wesiack, Hamburg: Mein Statement lautet: Bitte einen Beschluss, ob wir dieses modulare System überhaupt wollen und welche Vorteile es hat. Ich sehe, mit Verlaub gesagt, die Vorteile nicht. Anschließend sollten wir an die Arbeit gehen. Ich plädiere für die Beibehaltung der alten (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke Dir. – Als nächster Redner ist Volker Pickerodt aus Berlin an der Reihe.

Dr. Pickerodt, Berlin: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, meine Damen und Herren! Ich möchte drei ganz kurze Anmerkungen zum Sachstandsbericht von Herrn Bartmann machen. Die erste Anmerkung betrifft die Evaluierung. Ich glaube, wir werden es nicht schaffen, bei den Weiterbildungsassistenten die Evaluierung so akzeptabel zu machen, wenn wir nicht auch die Ergebnisse veröffentlichen, und zwar die gesamten Ergebnisse. Ich denke, das ist essenziell. Anderenfalls erhalten wir keine Akzeptanz.

(Beifall)

Der zweite Punkt betrifft die Quereinsteiger in die Allgemeinmedizin. Ich bin für jedes Programm, das die Allgemeinmedizin fördert. Aber Voraussetzung dafür muss sein, dass die Qualität eines so weitergebildeten Allgemeinmediziners nicht in irgendeinem Punkt schlechter ist als die eines auf regulärem Weg weitergebildeten Allgemeinmediziners. Das muss die Voraussetzung sein.

(Beifall)

Der dritte Punkt, den ich anmerken möchte, betrifft die Anmerkung von Herrn Bartmann zu der Frage, wie weit in Zeugnissen bestätigte Inhalte mit der Realität übereinstimmen. Herr Bartmann hat gesagt: Es handelt sich um Zehnerpotenzen. Ich glaube ihm das sofort. In diesem Zusammenhang fiel mir ein Antrag auf, der beinhaltet, die medikamentöse Tumortherapie in zwei Gebiete zu implementieren. Ich will jetzt gar nicht zu diesem Antrag sprechen, weil wir heute sowieso, hoffe ich, die (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht ändern werden. Aber ich mache darauf aufmerksam, dass durch einen solch leichten Schlenker gerade mal eben in zwei Gebieten 800 Therapiezyklen eingeführt werden, die nach allem, was ich weiß, von den wenigsten Weiterbildungsstätten überhaupt vermittelt werden können.

Mein Petitum lautet einfach: Passen wir auf, dass nicht diese Diskrepanz zwischen der Realität und dem, was in den Zeugnissen bescheinigt wird, noch größer wird, indem wir hier soeben mal etwas einführen. Das ist meine Bitte.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Pickerodt. – Der Nächste auf der Rednerliste ist Klaus Thierse, Berlin.

Dr. Thierse, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Lassen Sie mich ein bisschen Advocatus diaboli sein. Denken wir etwa 12 bis 14 Jahre zurück. Damals haben wir die derzeit geltende Weiterbildungsordnung entwickelt. Wir haben schon damals – Herr Bartmann weiß es; einige meiner Vorredner haben es auch schon angesprochen – über Module diskutiert. Ich saß damals in der Kommission von Orthopäden und Unfallchirurgen, die das Ganze aus der Sicht der wissenschaftlichen Gesellschaften zusammenführen sollten. Diese Module waren wunderbar geeignet, Dis-

kussionen erst einmal aufzubrechen. Aber am Ende dieser Diskussion waren wir sowohl in der Ständigen Konferenz als auch in den Gremien der Fachgesellschaften der Meinung, dass wir die Facharztstrukturen erst einmal weiterhin brauchen und Module nicht geeignet sind nach dem Motto: Hast du vier von sechs Modulen erfüllt, bist du reif, Facharzt zu werden.

Wir haben damals gesagt: Wir wollen eine lebende Weiterbildungsordnung. Wir wollen sie stetig weiterentwickeln, wir wollen sie nicht alle zehn bis zwölf Jahre wieder grundsätzlich überarbeiten. Und wo sind wir heute? Wir sind wieder genau an diesem Punkt. Das heißt, wir haben es nicht geschafft, regelmäßig die Weiterbildungsordnung so weiterzuentwickeln, dass kein neuer großer Wurf erforderlich ist.

Die Zahlen in den Katalogen sind ganz bewusst Richtlinien. Richtlinien sind wie Leitlinien etwas, wovon man abweichen kann. Wir haben an uns selber appelliert, dass wir gegebenenfalls kurzfristig eine Anpassung an Realitäten vornehmen müssen.

Der Aussage, dass die Zahlen völlig irreal sind, kann ich zumindest aus der Sicht meines Faches widersprechen. Ich entsinne mich, wie unser damaliger Präsident und jetziger Generalsekretär Niethart sagte, angefeindet von allen möglichen Leuten: Dies und jenes ist realistisch. Was hat er gemacht? Er hat die Zahlen genommen, was in Deutschland operiert wird, hat einen gewissen Prozentsatz für Fachärzte und Chefärzte abgezogen – gut, Chefärzte sind auch Fachärzte, was man hoffen sollte; nicht immer ist es der Fall, wie ich aus eigener Erfahrung berichten kann – und dieses durch die hochgerechnete Zahl der Assistenten dividiert. Er meinte: Dann werdet Ihr sehen, dass mehr als soundso viel Operationen nicht realistisch sind, mehr steht bei den Orthopäden auch nicht drin. Dann müssen wir die Fachgesellschaften eben dazu bekommen, dass sie entsprechend realistisch rechnen. Notfalls müssen wir eben nachrechnen, indem wir hingehen und fragen: Was wird aus den Kliniken gemeldet und was ist tatsächlich da?

Wir hatten auch damals das Problem: Was ist Bildungsordnung und was ist Berufsabgrenzungsverordnung? Deshalb haben wir uns darauf geeinigt, dass nur die Definition des Faches die Fächer voneinander abgrenzt. Hätten wir uns daran gehalten und hätten das gegenüber Gerichten und Krankenkassen durchgehalten, stünden wir jetzt nicht vor dem Problem der Aussage: Da stehen Operationen oder andere Tätigkeiten drin, die unrealistisch sind. Da müssen wir uns selber an die Nase fassen.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt habe ich einen Antrag zur Geschäftsordnung von Oliver Funken, Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Einen schönen guten Morgen! Ich darf das neue Präsidium recht herzlich begrüßen. Ich denke, wir sollten die Debatte heute nicht überstrapazieren. Wir müssen zum einen dem Präsidium die Gelegenheit geben, sich einzuarbeiten.

(Zurufe)

Präsident Dr. Montgomery: Dafür danken wir sehr herzlich. Aber was ist jetzt der Geschäftsordnungsantrag?

Dr. Funken, Nordrhein: Ende der Debatte und Überweisung aller Anträge an den Vorstand zur weiteren Prüfung, weil sie sowieso diesen Weg gehen müssen. Dort muss man sehen, wie die Inhalte eingebaut werden können. Wenn ich mir den Rest der Tagesordnung anschaue, sehe ich anderenfalls als Zielkorridor für den Schluss der Sitzung 23 Uhr.

Vielen Dank.

Präsident Dr. Montgomery: Herr Bartmann wünscht gegen diesen Antrag zu sprechen.

Dr. Bartmann, Referent: Ich könnte dem Antrag natürlich zustimmen, weil die jetzt vorliegenden Anträge in der Tat einigermaßen klar erkennen lassen, welche Anträge heute beschlossen werden können und welche besser überwiesen werden sollten.

Ich hatte gestern schon angedeutet: Alles das, was nicht in die geltende (Muster-)Weiterbildungsordnung eingreift, ist unproblematisch und sollte heute im Sinne einer möglichst raschen Umsetzung, weil wir in manchen Bereichen Umsetzungsbedarf haben, beschlossen werden können, während andere Anträge – einer ist schon angesprochen worden – tatsächlich an den Vorstand überwiesen werden sollten.

Alles, was in die geltende (Muster-)Weiterbildungsordnung eingreift, kann heute ohnehin nicht beschlossen werden; da hat Herr Funken völlig recht. Vielleicht sollten wir uns substanziell nur noch zu denjenigen Anträgen äußern, die heute zur Debatte anstehen oder vielleicht auch noch gestellt werden. Wir haben das natürlich vorab gesichtet. Wir schlagen Ihnen vor, die Anträge 5, 14 und 15 an den Vorstand zu überweisen. Beim Antrag 16 mit dem Junktim zum Quereinstieg würde ich Sie herzlich bitten, sich zu überlegen, ob man das wirklich machen sollte, weil dies das ganze Verfahren von vornherein ziemlich unmöglich machen würde. Den Antrag 16 sollten Sie möglichst ablehnen.

Alles andere ist unproblematisch. Auf dieser Basis kann vielleicht der eine oder andere seinen Redebeitrag zurückziehen. Ansonsten gebe ich Herrn Funken recht: Es gibt eine relativ klare Vorgabe aufgrund der Anträge.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Franz. – Formal könnte man das elegant so behandeln, dass wir zuerst über den Antrag auf Schluss der Debatte abstimmen. Wenn Sie sich für Schluss der Debatte entschieden haben, müsste ich den Antrag auf Vorstandsüberweisung aller Anträge in toto mit Ihnen behandeln, weil er ja gestellt worden ist. Wenn Sie dies ablehnen, könnten Sie ja geschäftsordnungsmäßig beantragen, alle Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt abzuhandeln: nur wenn jemand dagegen ist, meldet er sich und anschließend kann einer dafürsprechen. Dann könnten wir sie alle wenigstens kurz aufrufen und behandeln. Damit wäre dem

Dezernat Weiterbildung sicherlich erheblich gedient, weil wir dann doch eine Richtungsweisung bekämen. Sie hätten dann bei der Abstimmung auch noch die Möglichkeit, den Antrag an den Vorstand zu überweisen.

(Beifall)

Jetzt hat sich zur Geschäftsordnung noch Herr Bodendieck gemeldet. Anschließend bilden wir uns eine Meinung.

Bodendieck, Sachsen: Guten Morgen, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe jetzt nicht ganz herausgehört, ob Herr Präsident Bartmann auch gegen Schluss der Debatte gesprochen hat. Das war etwas schwierig. Ich möchte ganz konkret gegen den Antrag auf Schluss der Debatte sprechen, weil ich glaube, wir haben insbesondere hinsichtlich des Quereinstiegs in der Allgemeinmedizin ein Thema, das uns in der kommenden Zeit schon beschäftigen sollte. Wenn wir das durch Schluss der Debatte einfach beenden, haben wir unsere Meinung dazu nicht ausreichend ausgetauscht.

Der angesprochene Antrag zum Junktim ist völlig klar. Aus diesem Grunde sollte es noch besprochen werden.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt hat einer dafür- und einer dagegengesprochen. Jetzt stelle ich Ihnen die Frage: Wünschen Sie Schluss der Debatte an dieser Stelle? Diejenigen, die das wünschen, bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist Schluss der Debatte beschlossen.

Jetzt stelle ich Ihnen die Frage: Wünschen Sie eine Vorstandsüberweisung aller Anträge in toto? Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen.

(Zuruf)

– Herr Stagge übernimmt meine Formulierung, dass wir die Anträge nach dem bewährten Muster behandeln. Ich rufe die Anträge einzeln auf. Wenn jemand gegen einen Antrag ist, bekommt er das Rederecht. Dann kann der Antragsteller widersprechen. Anschließend wird abgestimmt.

Sind Sie damit einverstanden? Wer damit einverstanden ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Keine. Das ist mit großer Mehrheit so beschlossen. Dann können wir jetzt so verfahren.

Wir kommen zunächst zum Antrag IV-04. Zuerst müssen wir über den **Antrag IV-04 a** abstimmen. Danach sollen im ersten Satz des Antrags 4 die Wörter „den Fachgesellschaften und“ gestrichen werden. Ich sehe niemanden, der dagegensprechen möchte. Wenn Sie den Antrag IV-04 a, wie er Ihnen vorliegt, annehmen möchten, dann bitte ich Sie jetzt um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Damit ist der Antrag IV-04 a **angenommen.**

Damit kommen wir zu dem so geänderten **Antrag IV-04.** Ich sehe keine Wortmeldung dagegen. Dann frage ich Sie: Wollen Sie dem so geänderten Antrag IV-04 zustimmen? – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Mit wenigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen ist dieser Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-07** von Frau Kollegin Haus und anderen, der sich mit der gegenseitigen Anerkennungsfähigkeit von Weiterbildungsabschnitten in anderen Landesärztekammern befasst. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich Sie: Wollen Sie dem Antrag IV-07 zustimmen? – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-10,** in dem sich der Kollege Hesse und andere, vor allem aus der Bayerischen Landesärztekammer, mit der Weiterbildung ohne Eigenbeteiligung in der regelmäßigen Arbeitszeit befassen. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-12.** Das ist der Antrag des Kollegen Voigt, Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen, und anderen zu den Fachgebietsgrenzen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann stimmen wir jetzt über die Vorstandsüberweisung zum Antrag IV-12 ab. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, möge die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen damit zum **Antrag IV-13** der Herren Müller und Kaplan sowie Frau Lux. Hier geht es um modulare Fragen. Wünscht jemand dagegenzusprechen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann bitte ich diejenigen, die für Vorstandsüberweisung sind, jetzt die gelbe Karte zu heben. Die Gegenprobe! - Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-02** betreffend Kur- bzw. Badearzt. Herr Michael Schulze hat dazu gesprochen. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer dem Antrag zustimmen möchte, möge die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag IV-05.** Hier ist vom Referenten Vorstandsüberweisung beantragt worden. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich Sie jetzt: Wer wünscht, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag IV-14,** der den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ für Arbeitsmediziner und Öffentliches Gesundheitswesen betrifft.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Auch von Herrn Dr. Bartmann ist Vorstandsüberweisung beantragt. Ich frage: Wer möchte der Vorstandsüberweisung zustimmen? – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-15.** Auch hier liegt von Herrn Bartmann der Antrag auf Vorstandsüberweisung vor. Es geht um die Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“. Wer möchte diese Fragestellung an den Vorstand überweisen? - Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Dann kommen wir zum **Antrag IV-01.** Mir wird gerade mitgeteilt, dass Frau Lux als Antragstellerin eine Formulierungsänderung selber vorschlägt, die wir durch Vorlesen zur Kenntnis nehmen können. Es geht nur um zwei Worte, die geändert werden sollen. Ich lese den geänderten Text vor:

> *Der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin sollte zeitlich begrenzt werden. Er sollte ausschließlich dazu helfen, den akuten Mangel zu beheben, und nicht dazu führen, eine Allgemeinmedizin „light“ auf Dauer zu etablieren.*

Ich glaube, das lässt sich leicht nachvollziehen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt.

(Zurufe: Nein!)

– Darüber müssen wir abstimmen. Sie können ja Ihr Nein in eine entsprechend tief gehaltene Karte umsetzen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Wer möchte sich enthalten? – Einzelne. Die Vorstandsüberweisung ist mit Mehrheit abgelehnt.

Wir können uns jetzt über den Antrag IV-01 eine Meinung bilden. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Bitte, Herr Michaelis, wenn ich das richtig sehe.

Michaelis, Thüringen: Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir verhandeln hier etwas, was für die Zukunft vielleicht vernünftig sein sollte. Wenn wir uns jetzt wieder auf einen bestimmten Rahmen zeitlich festlegen, machen wir es schlecht. Wir wissen noch nicht, wie die Regelungen aussehen. Es darf keine Allgemeinmediziner light geben. Da sind wir uns einig. Wer viele Jahre in der unmittelbaren Patientenversorgung gearbeitet hat, kann sicherlich bestimmte Dinge anerkannt bekommen, ohne dass ein Qualitätsverlust entsteht. Die Variante, dass man das zeitlich begrenzt, halte ich grundsätzlich für falsch.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Das war eine Gegenrede. – Jetzt frage ich, ob jemand für den Antrag sprechen möchte. – Frau Lux, bitte.

Dr. Lux, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, der Antrag ist wichtig. Wir haben eine Weiterbildungsordnung, in der es ein Fach Allgemeinmedizin gibt. Es gibt derzeit hausärztliche Internisten. Wenn wir jetzt diesen Weg gehen, sollte er vorübergehend sein. Es sollte nicht dazu kommen, dass wir hausärztliche Internisten haben, Quereinsteiger usw., und zwar auf Dauer. Ich denke, wir sollten uns an die Weiterbildungsordnung halten und den akuten Mangel beheben – das finde ich gut –, aber nicht auf Dauer, damit wir nicht irgendwelche Zwischenweiterbildungsgänge und sonstige Dinge schaffen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Heidemarie. – Damit sind sowohl Ablehnung als auch Zustimmung begründet. Wir können uns jetzt eine Meinung bilden. Wer dem Antrag IV-01 zustimmen möchte, der möge jetzt die Karte heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit.

(Widerspruch)

– Kein Problem, wir wiederholen die Abstimmung. Es haben sich nicht alle beteiligt. Wer dem Antrag IV-01 zustimmen möchte, der soll jetzt die Karte heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das zählen wir. Diejenigen, die für den Antrag sind, mögen jetzt die Karte heben. – Jetzt bitte diejenigen die Karte heben, die den Antrag ablehnen wollen. – Enthaltungen? – Dann ist dieser Antrag mit 114 : 96 Stimmen bei 11 Enthaltungen **angenommen.**

(Beifall)

Wir fahren fort mit dem **Antrag IV-03,** ebenfalls zum Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-09,** Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Wer für den Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-16** von Herrn Kollegen Hoffert aus Berlin. Zu diesem Antrag hat sich Herr Bartmann vorhin eindeutig geäußert. Damit haben wir bereits eine Kontrameinung gehört. Wünscht der Antragsteller, seinen Antrag zu begründen? – Ja.

Dr. Hoffert, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Nun ist es eigentlich so weit: Der Quereinstieg ist der Offenbarungseid der Selbstverwaltung, der KVen und der Kammern.

(Beifall)

Eine flächendeckende hausärztliche Versorgung wird heute nicht mehr sichergestellt, in Zukunft noch weniger. Was hier zur Diskussion steht, meine Damen und Herren,

ist die Wiedereinführung des Praktischen Arztes mit fast beliebiger Qualifikation. Wir haben vor 14 Jahren in Eisenach die fünfjährige strukturierte Weiterbildung für den Hausarzt beschlossen, weil die Gesellschaft, die Politik, namentlich die GMK, dies von uns verlangten.

Was dann in Rostock und auf den folgenden Ärztetagen geschah, brauche ich Ihnen hier nicht zu schildern. Eine ganze Nachwuchsgeneration ist durch diese Diskussion verunsichert worden und ist nicht mehr angetreten. Es wird nach wie vor gemauert, beispielsweise in Berlin, wo es zwei Jahre dauerte, bis überhaupt eine Koordinierungsstelle eingerichtet wurde. Von Ergebnissen will ich hier gar nicht reden.

Wir müssen die Dinge benennen, wie sie sind. Es ist ein Versagen der deutschen Ärzteschaft, wenn jetzt nicht ausreichend qualifizierte Hausärzte zur Verfügung stehen. Schließlich regeln wir die Weiterbildung in Selbstverantwortung und Selbstverwaltung. Da gibt es nichts zu beschönigen. Wer versagt, verliert das Mandat. Entweder geben wir die Regelungskompetenz an den Staat zurück oder wir legen es in die Hände der Hausärzte, was vielleicht gar nicht so sinnvoll ist.

Aber eines geht nicht: zurück ins letzte Jahrhundert, die Wiederbelebung des Praktischen Arztes, des sogenannten Quereinsteigers. Was würden Sie denn zu einem Psychiater sagen, der sich mit einer Minimalweiterbildung als Quereinsteiger verantwortlich an den OP-Tisch stellt? Der Quereinstieg ist keine Lösung, die wir der Gesellschaft schulden. Die Aufsicht wird da auch nicht mitmachen.

Eine solche Flickschusterei verhindert dringend notwendige Reformen im Medizinstudium, in der Weiterbildung, in der Vergütung des hausärztlichen Nachwuchses. Erst dann, wenn die Nachwuchsförderung steht und greift, so wie es die Bundesärztekammer und die KBV beschlossen haben, erst dann, wenn die Rotationsstellen für den gesamten Nachwuchs stehen, wenn dadurch die durchschnittliche Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin von acht Jahren auf fünf bis akzeptable sechs Jahre gesenkt würde, können wir der Gesellschaft als Notlösung eine zeitlich befristete Quereinsteigerlösung mit definierten Qualitätskriterien anbieten, nicht früher.

Ich bitte Sie deshalb, den Antrag 16 zu unterstützen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Hoffert. – Damit haben wir zu diesem Antrag ein Kontra und ein Pro gehört. Wir können uns jetzt eine Meinung dazu bilden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Sie haben sich doch eigentlich in den vorangegangenen Anträgen schon relativ klar und dezidiert zu dieser Fragestellung insgesamt geäußert. Da helfen Sie doch weder sich noch uns, wenn Sie den Antrag jetzt an den Vorstand überweisen.

(Beifall)

Den könnten Sie doch mit derselben Präzision, wenn auch vielleicht mit einem anderen Ergebnis bescheiden. Dann haben wir eine klare Marschrichtung.

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wenn jetzt jemand „Formal!“ ruft, kann ich darüber abstimmen.

(Zurufe)

– Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann haben Sie die Vorstandsüberweisung abgelehnt und wollen sich jetzt eine Meinung über den Antrag 16 bilden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag 16 **abgelehnt.**

Wir haben dann noch den **Antrag IV-08,** der die Beteiligung an der Evaluation der Weiterbildung betrifft. Wünscht jemand, gegen diesen Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung über den Antrag bilden. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit ganz großer Mehrheit bei einigen Enthaltungen **angenommen.**

Dann hätte ich jetzt noch einen **Antrag IV-17,** der wirklich auf der letzten Kante, aber noch zeitgerecht eingegangen ist. Er besteht aus einem einzigen Satz und einer Begründung. Wenn ich den Antragstext vorlese, verstehen Sie das von selber. Dann können wir, glaube ich, darüber abstimmen, ohne dass es umgedruckt werden muss. Dieser Antrag von Herrn Dr. Rudolf Kaiser und anderen lautet:

> *Die Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin sowie einer Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizin in der Röntgendiagnostik.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

- Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wollen Sie, dass ich Ihnen die Begründung vorlese?

(Zurufe: Nein!)

– Nein. Der Referent zu diesem Tagesordnungspunkt möchte dazu etwas sagen.

Dr. Bartmann, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie dürfen es an den Vorstand überweisen, dann liegt es dort zweimal. Den gleichen Beschluss haben wir nämlich schon auf dem 113. Deutschen Ärztetag gefasst. Wir haben es bereits fest für die Novellierung vorgesehen. Die Vorstandsüberweisung ist also unschädlich. Ich mache Sie nur darauf aufmerksam: Das haben Sie schon einmal getan.

Präsident Dr. Montgomery: Jetzt ist alles klar. Der wertende Begriff „schädlich“ ist in diesem Kontext natürlich etwas gefährlich, lieber Franz. Er will zum Ausdruck bringen: Ob Sie ihn uns mitgeben oder an den Vorstand überweisen, das führt zu demselben Ergebnis.

Meine Damen und Herren, wir haben das Kontra gehört. Wünscht der Antragsteller jetzt noch dafürzusprechen? – Nein. Dann kann ich den Antrag zur Abstimmung stellen. Wer gegen die Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. –

Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Das ist die eindeutige Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Nach meiner Kenntnis liegen keine weiteren Anträge zum Tagesordnungspunkt Weiterbildungsordnung vor. Wünscht der Referent ein Schlusswort? – Das ist nicht der Fall. Dann hätten wir diesen Tagesordnungspunkt mit einem noch einmal besonders eindringlichen und intensiven Dank an Franz Bartmann als den Vorsitzenden unserer Weiterbildungsgremien, aber auch an Annette Güntert, die die administrative Arbeit mit diesem riesigen Konvolut hat und das in fantastischer Weise bewältigt, beendet.

(Beifall)

Damit kommen wir nunmehr zu **Tagesordnungspunkt V:**

Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

Wie es bei Geschäftsordnungsanträgen satzungsgemäß vorgesehen ist, ist innerhalb der ausreichenden Frist, nämlich am 23. Februar 2011, die Vorankündigung dieses Tagesordnungspunkts an die Landesärztekammern versandt worden. Dieser Vorankündigung konnten Sie auch entnehmen, dass das Ganze auf einen Wunsch des Deutschen Ärztetages zurückgeht.

Ich bitte jetzt Herrn Rechtsanwalt Horst-Dieter Schirmer als Referent und Leiter der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, uns zu diesem Tagesordnungspunkt zu berichten und uns den Abstimmungsvorschlag vorzustellen.

Schirmer, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Sie haben den Ausführungen des Präsidenten schon entnehmen können, dass der Vorschlag, der Ihnen auf Umdruck V-01 vorgelegt wird, auf eine Beschlussfassung des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden zurückgeht. Dort ist im Grunde genommen der Kern dieses Anliegens formuliert worden. Der Vorstand war gebeten worden, das zu prüfen. Der Vorstand der Bundesärztekammer befürwortet im Grunde genommen das Anliegen, bei dem es darum geht, dass Anträge, die vor Beginn des Deutschen Ärztetages von den stimmberechtigten Abgeordneten einer Ärztekammer und ihrem Präsidenten gestellt werden, behandelt werden müssen.

Der Grund dafür ist, dass es, wenn Sie das Tableau der Stimmrechte der Ärztekammern durchsehen, sieben Kammern gibt, die weniger als zehn Delegierte haben. Die Grundregel des § 11 Abs. 1, die Ihnen ja bekannt ist, besagt, dass alle Anträge von zehn stimmberechtigten Abgeordneten unterstützt sein müssen. Die Intention, die dahintersteckt, die ich nicht bewerten will, die man aber wohl verstehen kann, ist, dass Kammern, die weniger als zehn Delegierte haben, die Möglichkeit haben wollen, aus sich heraus mit der Gesamtheit ihrer Delegierten und dem Präsidenten bestimmte Anträge stellen zu können. Es ist begrenzt auf Anträge, die vor Beginn des Deutschen Ärztetages gestellt werden, weil das weitere Prozedere nach der Geschäftsordnung vor sich geht.

Der Antrag, der Ihnen vorgelegt wird, ergänzt die bisherige Regelung in § 11, beschränkt dieses Verfahren allerdings auf Landesärztekammern, die weniger als zehn

Delegierte haben, weil andere Landesärztekammern natürlich ganz andere Möglichkeiten haben, wenn sie hier mit mehr Stimmen vertreten sind.

Ich denke, Herr Präsident, dass das ausreichend sein könnte, um die Begründung zu geben, und würde Sie bitten wollen, über den Antrag abstimmen zu lassen, wobei ich hinzufügen darf, dass – anders als bei der Satzung – bei Änderung oder Ergänzung der Geschäftsordnung nur die einfache Mehrheit erforderlich ist und keine Zweidrittelmehrheit.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Rechtsanwalt Schirmer, für diese Erklärung. – Der Antrag wurde zuvor versandt. Sie haben jetzt die Erklärung vernommen. Nach meiner Kenntnis gibt es bisher dazu keine Rednerliste. Gibt es Redner? – Nein.

Wünschen Sie, spontan dazu zu reden? – Nein. Dann könnten wir jetzt direkt in die Abstimmung über den Antrag eintreten. Herr Schirmer, auch wenn wir nur die einfache Mehrheit brauchen, müssen wir das auszählen? Oder könnte das von der Betrachtung her so eindeutig sein, dass wir es nicht zu zählen brauchen?

Schirmer, Referent: Wenn Sie in der üblichen Betrachtungsweise von sich aus erkennen können, dass das eine große Mehrheit ist, dann, so würde ich sagen, müssen Sie es nicht zählen lassen.

Präsident Dr. Montgomery: Vielleicht können Sie mir ja bei der üblichen Betrachtungsweise helfen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wer dem **Antrag V-01** zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Sind Sie mit mir einig, lieber Herr Schirmer, dass das in der üblichen Betrachtungsweise eine überwältigende Mehrheit ist?

Schirmer, Referent: Richtig.

Präsident Dr. Montgomery: Dann hätte ich gern die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen** und wird ab dem nächsten Ärztetag in Kraft gesetzt.

Wir können nun wieder zurückkehren zum **Tagesordnungspunkt III:**

Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung

Ich freue mich, lieber Udo, dass es nun im dritten Anlauf möglich ist, dass Du uns Dein einführendes Referat zu den vorgesehenen Änderungen der (Muster-)Berufsordnung hältst, und zwar unter Ausklammerung des von uns bereits beschiedenen Komplexes „Ärztliche Sterbebegleitung“. Udo, Du hast das Wort.

Dr. Wolter, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Monti! Meine Damen und Herren! Ich bin begeistert, dass ich jetzt endlich an der Reihe bin und Ihnen meine Positionen darbieten kann.

Sie wissen, dass wir seit etlichen Jahren an der Berufsordnung arbeiten. Einen entsprechenden Anteil haben wir bereits mit § 16 erledigt. Nunmehr wollen wir kurz die restlichen Dinge besprechen. An sich gehört das, was ich jetzt sage, auch noch zum § 16. Um das Konvolut besser verstehen zu können, werde ich Ihnen jetzt noch einige Dinge zur Entstehungsgeschichte der Vorschriften darlegen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Berufsordnung ist sichtbarer Ausdruck ärztlicher Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit. Sie ordnet nicht nur das Miteinander der Ärzte und konstituiert nicht nur Normen zur Berufsausübung, sondern ist auch das sichtbare Zeichen gegenüber Öffentlichkeit, Politik und Medien, dass die Ärzteschaft in der Tradition von Hippokrates ihrer ärztlichen und ethischen Selbstverpflichtung gewissenhaft nachkommt. Die Berufsordnung ist ein Normenwerk, das in einem intensiven Konsensverfahren auf der Grundlage von Therapiefreiheit, Freiberuflichkeit und der besonderen, vertrauensvollen Garantenstellung gegenüber dem Patienten den Handlungsrahmen ärztlicher Berufsausübung den Erfordernissen unserer Zeit anpasst. Die Berufsordnung ist auch ein auf das Behandlungsverhältnis bezogenes Patientenrechtsstatut.

Die letzte Novellierung der (Muster-)Berufsordnung haben wir auf dem 107. Deutschen Ärztetag in Bremen 2004 beraten. Im Hinblick auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 und dessen Folgewirkungen für die ärztliche Berufsausübung hatte der Vorstand der Bundesärztekammer die Berufsordnungsgremien beauftragt, eine grundlegende Überprüfung der Notwendigkeit und des Umfangs der Normen der (Muster-)Berufsordnung mit dem Ziel vorzunehmen, diese auf ihren berufsethischen Kern zu konzentrieren und die Berufsordnung im Sinne einer Wettbewerbsordnung von regulatorischen Maßnahmen zu befreien.

Nach weitestgehendem Abschluss der Novellierungen der Berufsordnungen in den Ländern hat der Berufsordnungsausschuss im Jahr 2006 seine Beratungen aufgenommen und mit der Diskussion über einen Entwurf des Vorstands der Ärztekammer Nordrhein für eine novellierte Berufsordnung begonnen sowie eine Befragung bei den Kammern durchgeführt zur Relevanz der Normen der Berufsordnung für ihre Beratungs- und Aufsichtstätigkeit und zu ihren Novellierungsvorstellungen. Aufgrund der Ergebnisse der Umfrage sind Berufsordnungsausschuss und Ständige Konferenz zu der Auffassung gelangt, die (Muster-)Berufsordnung problem- und anlassbezogen weiterzuentwickeln. Ein grundlegender Novellierungsbedarf ist letztendlich nicht erkennbar geworden. Die große Mehrheit der Kammern favorisiert ein grundsätzliches Beibehalten des Regelungsinhalts der geltenden (Muster-)Berufsordnung. Gegen eine deutliche Deregulierung spricht, dass in der Ärzteschaft nicht nur der Wunsch nach einer überschaubaren und leicht verständlichen Berufsordnung besteht, sondern genauso die Vorstellung, in der Berufsordnung eine rechtssichere Regelung der jeweils interessierenden Fragestellung zu finden.

Zudem würde ein höherer Abstraktionsgrad der Berufsordnung den Auslegungsbedarf bezüglich einzelner Normen erhöhen. Die Auslegung wäre im Streitfall von der Rechtsprechung zu leisten, wodurch die Normsetzung faktisch zu einem großen Teil auf die Gerichte verlagert würde. Schließlich wäre für den Fall einer deutlichen Deregulierung der (Muster-)Berufsordnung im Einzelfall zu prüfen, inwieweit die Ärzte-

kammern mit Übernahme der entsprechend reduzierten Normen ihrem Regelungsauftrag aus den Kammer- und Heilberufsgesetzen gerecht würden.

Die Berufsordnungsgremien haben daher die einzelnen Bestimmungen der geltenden (Muster-)Berufsordnung auf aktuellen Ergänzungs- oder Korrekturbedarf hin überprüft und als Ergebnis eine Liste der Bestimmungen erstellt, bei denen sich ein Prüfungsbedarf ergab; dafür sind dann Novellierungsvorschläge entwickelt worden. Im Rahmen des zweistufigen Normsetzungsverfahrens sind die Novellierungsvorschläge von den Landesärztekammern beraten und die daraus resultierenden Stellungnahmen von den Berufsordnungsgremien ausgewertet und beraten sowie mit den Rechtsberatern erörtert worden. Das Ergebnis der Beratungen wird nun heute auf dem Deutschen Ärztetag beraten und zur Beschlussfassung vorgelegt.

Die wichtigsten Neuerungen, die mit den heute anstehenden Änderungen im Normtext vorgenommen werden, sollen die Folgen der Rechtsentwicklung in anderen Bereichen, die Rechtsentwicklung durch die Rechtsprechung sowie die Veränderung relevanter Rahmenbedingungen abbilden.

Einen Schwerpunkt bildet dabei die Ergänzung der unmittelbar auf Patientenrechte zielenden Bestimmungen insbesondere in den §§ 7, 8 und 12, wobei es sich teilweise um Übernahmen aus den bisherigen Kapiteln C und D handelt, die infolge der Novellierung aufgelöst werden sollen. Insbesondere vor dem Hintergrund des geplanten Patientenrechtegesetzes soll die Novellierung aufzeigen, dass Patientenrechte nicht nur durch die Rechtsprechung, sondern auch durch die ärztliche Berufsordnung hinreichend geschützt werden.

Ferner wird eine neue Definition der Berufsausübungsgemeinschaft in § 18 Abs. 2 a neu eingefügt, die sich an den Hinweisen und Erläuterungen der Bundesärztekammer zu Niederlassung und beruflicher Kooperation orientiert.

Weiterer Schwerpunkt ist die Neufassung des Abschnitts über die berufliche Zusammenarbeit und die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten in den §§ 29 bis 35, durch die offene Fragen zum Verhältnis der einzelnen Normen und ihrer Absätze zueinander beseitigt werden sollen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie mich nun auf die Änderungen im Einzelnen eingehen. Es wird Sie nicht überraschen, dass ich mit dem Anfang beginne: der Überschrift und der Präambel. Dort soll es zukünftig nicht mehr heißen „deutsche Ärztinnen und Ärzte“, sondern „in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte“. Damit wird einem Ärztetagsbeschluss aus dem Jahr 2009 gefolgt, der die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage dahin gehend geändert hat, dass Zutritt zu den Sitzungen des Deutschen Ärztetages alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte gleich welcher Nationalität haben.

Da auch die Geltung der Berufsordnungen in den einzelnen Landesärztekammern nicht an die Nationalität gebunden ist, möchten wir Ihnen eine entsprechende Anpassung vorschlagen.

Weiter geht es mit den allgemeinen ärztlichen Berufspflichten in § 2. Aufgenommen wurde dort die früher in § 16 enthaltene Regelung, dass die Ärztinnen und Ärzte weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen dürfen.

Wir möchten das an den Anfang unter die allgemeinen ärztlichen Berufspflichten stellen, also prominent hervorheben, weil es sich um eine Berufspflicht handelt, die für jegliches ärztliches Handeln gilt.

Kommen wir zu § 2 Abs. 3, der dahin gehend neu gefasst werden soll, dass eine gewissenhafte Ausübung des Berufs insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erfordert.

Diese Änderung resultiert zum einen aus der Streichung des Abschnitts C. Zum anderen soll die neue Fassung verdeutlichen, dass Ärzte, die ohne hinreichende Qualifikation beispielsweise Schönheitsoperationen durchführen und dabei die Gesundheit der Patienten schädigen, berufswidrig handeln und insoweit auch berufsrechtliche Sanktionen gelten. Dem Wunsch, derartige Behandlungen an entsprechende weiterbildungsrechtliche Qualifikationen zu binden, konnte allerdings wegen der geltenden Kammer- und Heilberufsgesetze nicht entsprochen werden.

Dass nicht auf den sogenannten allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse abgestellt wird, liegt auch daran, dass ansonsten sogenannte Neulandverfahren und Außenseitermethoden ausgeschlossen wären, auch wenn diese gewissenhaft ausgeübt werden können.

Der nächste Änderungsvorschlag betrifft § 2 Abs. 5. Hat es bisher geheißen, dass Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten, schlagen wir nunmehr die verpflichtende Fassung vor, sodass Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu beachten.

Die bisher in Abschnitt D Nr. 13 Satz 1 enthaltene Regelung, dass Ärzte aus einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, die vorübergehend und gelegentlich in Deutschland auch ohne Niederlassung tätig sind, die Berufsordnung zu beachten haben, wird als allgemeine ärztliche Berufspflicht in dem neuen Abs. 7 übernommen und der Formulierung in den Heilberufs- und Kammergesetzen angeglichen.

Ich komme zu der Pflicht der Ärzte zur Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in § 6 der (Muster-)Berufsordnung. Diese Mitteilungspflicht soll zukünftig nun auch ausdrücklich auf Medizinprodukte erweitert werden. Danach haben Ärzte, denen im Rahmen der Diagnostik oder Behandlung von mit Medizinprodukten versorgten Patienten Vorkommnisse bekannt werden, diese Vorkommnisse der zuständigen Behörde zu melden.

Lassen Sie mich nun zu den Änderungen der Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln in § 7 kommen.

Hier wird zunächst das zu respektierende Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, aus dem Abschnitt C übernommen. Ebenso übernimmt der neue Abs. 3 die bisher in Abschnitt C geregelten Grundsätze wie die Hinzuziehung anderer und die rechtzeitige Überweisung an andere Ärztinnen und Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung. Gleichzeitig wird den Erfordernissen einer modernen, arbeitsteiligen Heilbehandlung durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen Rechnung getragen. Mit der Formulierung „Angehörige anderer Fachberufe“ wird auch

klargestellt, dass die Zusammenarbeit mit Heilpraktikern weiterhin ausgeschlossen ist.

Abs. 4 modifiziert das Fernbehandlungsverbot dahin gehend, dass telemedizinische Verfahren so lange nicht gegen das Fernbehandlungsverbot verstoßen, solange gewährleistet ist, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.

Der neue Abs. 6 resultiert wiederum aus der Auflösung des Abschnitts C und beinhaltet die Grundsätze, dass Ärzte den Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenzubringen sowie mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen haben.

Weiter finden Sie in dem neuen Abs. 7 eine Regelung wieder, die Ärzte ausdrücklich dazu verpflichtet, bei der Überweisung von Patienten an Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen unverzüglich die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren. Damit soll insbesondere beim Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Behandlung der notwendige Informationsfluss gewährleistet werden. Die Informationsvermittlung soll ohne schuldhaftes Zögern erfolgen, was eine angemessene Bearbeitungszeit aber nicht ausschließt.

Der neue Abs. 8, der besagt, dass Ärzte einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten dürfen, folgt aus der Neufassung der §§ 30 ff. zur Zusammenarbeit mit Dritten und übernimmt den bisherigen § 34 Abs. 4. Umfasst ist damit auch das Verordnen von Medikamenten zu Doping- oder Drogenersatzzwecken oder das Ausstellen von Blankorezepten.

Ich darf nun auf die Änderung des § 8 zur Aufklärungspflicht eingehen. Die bisherigen Bestimmungen zur Aufklärungspflicht sind aufgrund der hohen Bedeutung der ärztlichen Aufklärungspflichten und vor allem mit Blick auf die Bestrebungen des Gesetzgebers, ein Patientenrechtegesetz einzuführen, als unzureichend angesehen worden.

Daher ist § 8 in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung so präzisiert worden, dass dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen sind. Dabei soll, soweit möglich, eine ausreichende Bedenkzeit vor diagnostischen oder operativen Eingriffen gewährleistet werden.

Bei Behandlungen, für die es keine medizinische Indikation gibt, wie zum Beispiel bei Schönheitsoperationen, muss die Aufklärung besonders eingehend sein, da hier eine außerordentlich hohe ärztliche Verantwortung besteht, sich vor der Behandlung zu vergewissern, ob diese auch tatsächlich dem Wohl des Patienten dient.

Ich komme zu den Bestimmungen des Honorars und der Vergütungsabsprachen nach § 12. Dort soll ein neuer Abs. 4 eingefügt werden, der vorsieht, dass der Arzt über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars die Patientinnen und Patienten schriftlich zu informieren hat, wenn die Kosten der Behandlung erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger übernommen werden. Ferner hat der Arzt darüber zu informieren, dass ein

Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.

Die Neuregelung, liebe Kolleginnen und Kollegen, soll sicherstellen, dass Patienten auch über die wirtschaftlichen Folgen der Inanspruchnahme medizinisch nicht indizierter bzw. nicht erstattungsfähiger Leistungen ausreichend informiert sind, und zwar noch bevor sie sich für die Inanspruchnahme derartiger Leistungen entscheiden.

Damit wird auch eine wesentliche Forderung des 109. Deutschen Ärztetages zum Umgang mit den individuellen Gesundheitsleistungen aus dem Jahr 2006 übernommen.

Weitergehende Bestimmungen des für die Versorgung geltenden Bundesmantelvertrags, nach denen eine schriftliche Zustimmung des Versicherten bzw. ein Vertrag erforderlich ist, werden durch diese Vorschrift aber nicht eingeschränkt.

Die ursprünglich geplante Änderung des § 13 wird zurückgestellt, da bevorstehende Änderungen im Hinblick auf die Musterrichtlinie zur Assistierten Reproduktionsmedizin, die eventuell Änderungen der (Muster-)Berufsordnung nach sich ziehen könnten, aufeinander abgestimmt erfolgen sollten.

Die Neufassung des § 15 Abs. 1, der die Beratungspflichten von Ärzten regelt, die sich an Forschungsvorhaben beteiligen, soll zum einen die Abgrenzung zwischen beratungspflichtigen und nicht beratungspflichtigen Vorhaben klarstellen. So bedürfen nur solche Forschungsvorhaben, die die körperliche Integrität eines Menschen oder andere individuelle Rechte berühren, der Beratung durch eine Ethikkommission. Dies entspricht der Einführung der Deklaration von Helsinki.

Zum anderen soll vermieden werden, dass sich mit Forschungsvorhaben, an denen Ärzte verschiedener Ärztekammern teilnehmen, immer mehrere Ethikkommissionen in vollem Umfang befassen müssen. Im Ergebnis soll die Ethikkommission derjenigen Ärztekammer, bei der der Forschungsleiter gemeldet ist, auch die Leit- bzw. Erstprüfung durchführen.

Ferner soll die Vorschrift klarstellen, dass bei der Durchführung einer Beratung durch eine Ethikkommission nach dem Arzneimittel- oder Medizinproduktegesetz eine zusätzliche berufsrechtliche Beratung entbehrlich ist. Sind Beratungspflichten nach diesen Gesetzen nicht einschlägig, ist demgegenüber eine berufsrechtliche Beratung erforderlich.

Weiter ist die datenschutzrechtliche Regelung des Absatzes 2 entfallen, da es differenzierte Regelungen im Hinblick auf die Forschung in den Datenschutzgesetzen des Bundes und der Länder gibt, sodass diese Regelung entbehrlich ist.

Dann erfolgt in dem bisherigen Absatz 4, nunmehr Absatz 3, ein statischer Verweis auf die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 59. Generalversammlung 2008 in Seoul.

Ich komme nun zu der beruflichen Kooperation in § 18. Trotz zum Teil auch missbräuchlicher Verwendung soll das Institut der Teil-Berufsausübungsgemeinschaft weiter möglich bleiben, weil es zahlreiche Fälle sinnvoller Nutzung gibt. Durch die Streichung des Wortes „lediglich“ soll dabei klargestellt werden, dass es nicht ge-

nügt, wenn neben einer Umgehung des „Verbots der Zuweisung gegen Entgelt“ auch andere Zwecke mit der Kooperation verfolgt werden.

In § 18 Abs. 2 a ist ferner neu eine Definition der Berufsausübungsgemeinschaft aufgenommen worden. Dabei werden entsprechend der sozialrechtlichen Definition im Bundesmantelvertrag auch die Medizinischen Versorgungszentren eingeschlossen.

Soweit auch eine Ärztegesellschaft Berufsausübungsgemeinschaft ist, gelten zusätzlich die Regelungen nach § 23 a. Soweit die neue Bestimmung regelmäßig eine Beteiligung an einem unternehmerischen Risiko verlangt und insoweit Ausnahmen ermöglicht, trägt dies dem Umstand Rechnung, dass auch nach der Rechtsprechung zu Beginn einer Berufsausübungsgemeinschaft oder im Falle des Beitritts eines Gesellschafters Regelungen zulässig sind, die übergangsweise sogar eine sogenannte Nullbeteiligung eines Gesellschafters vorsehen. Ebenso können im Falle einer geplanten Praxisübergabe die Anforderungen an eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit schon bei einem begrenzten Zeitraum erfüllt sein.

Die bisherige Regelung in Abs. 3 Satz 3, nach der mindestens ein Mitglied „hauptberuflich“ tätig sein musste, war missverständlich geworden, nachdem inzwischen auch Vertragsarztpraxen mit einem lediglich hälftigen Versorgungsauftrag geführt werden können. Werden Vertragsarztpraxen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag geführt, darf eine Präsenz von zehn Stunden allerdings nicht unterschritten werden.

Ich komme zur Regelung über die Praxisvertretung. In § 20 ist die Anzeigepflicht gegenüber der Ärztekammer im Hinblick auf eine Praxisvertretung entfallen. Da eine Anzeigepflicht bei der überwiegenden Mehrheit der niedergelassenen Ärzte gegenüber der KV besteht, wird die Anzeigepflicht gegenüber der Ärztekammer als entbehrlich angesehen.

Als Nächstes komme ich zu § 23 c, zur Kooperation mit den Angehörigen anderer als der in § 23 b genannten Fachberufe. Dort ist der Passus über die Partnerschaftsgesellschaft herausgenommen worden, weil die Vorschrift zum Teil so verstanden wurde, dass eine Kooperation nur in der Rechtsform der Partnerschaftsgesellschaft zulässig sei. Die Neuerung soll klarstellen, dass derartige Kooperationen in allen Rechtsformen möglich sind.

Auch wurde die bisher bestehende Anzeigepflicht bei der zuständigen Ärztekammer als entbehrlich angesehen und ist daher entfallen.

Beim Notdienst ist von den bisher doch sehr detaillierten Vorschriften in § 26 der (Muster-)Berufsordnung Abstand genommen worden, weil diese angesichts entsprechender Regelungen in den Heilberufs- und Kammergesetzen und den auf ihrer Grundlage von den Ärztekammern beschlossenen besonderen Satzungen als entbehrlich angesehen wurden. Daher ist die Vorschrift nunmehr beschränkt auf die Verpflichtung des Arztes, am Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst entsprechend den landesrechtlichen Bestimmungen teilzunehmen.

Bei den Vorschriften über die berufliche Kommunikation ist das bisher aus anderen Vorschriften der Berufsordnung abgeleitete Verbot der Fremdwerbung nunmehr ausdrücklich in die Regelung über die berufswidrige Werbung aufgenommen worden. Damit wird der Gefahr entgegengewirkt, dass der Arzt berufsfremde Fähigkeiten oder Produkte bewirbt. Davon unberührt bleibt das seit Langem übliche und unbeanstan-

dete Auslegen von Werbung beinhaltenden Zeitschriften im Wartezimmer. Gleiches gilt für über Fernseher ausgestrahlte Werbung, sofern diese, gleich den Zeitschriften, von untergeordneter Bedeutung ist und der Fernseher für Patienten abschaltbar ist.

Die Änderung in § 27 Abs. 4 Nr. 3, nach der Tätigkeitsschwerpunkte, die als solche gekennzeichnet sind, angekündigt werden können, dient der Unterscheidbarkeit der Tätigkeitsschwerpunkte von durch Weiter- oder Fortbildung erworbenen Qualifikationen.

Nächster Punkt ist § 28, der einschränkende Anforderungen an die Zulässigkeit der Eintragung in Verzeichnisse vorgibt. Diese Vorschrift kann insgesamt entfallen, da zum einen die Rechtsprechung die Einschränkung nach Nr. 1 für unzulässig erklärt hat, das heißt also die Regelung, dass Verzeichnisse zu denselben Bedingungen mit einem kostenfreien Grundeintrag für alle Ärzte offenstehen müssen. Zum anderen ergeben sich die weiteren Einschränkungen der Nrn. 2 und 3 bereits aus § 27 (Muster-)Berufsordnung.

Die Änderungen zur beruflichen Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sind in den Absätzen 1, 2 und 4 lediglich aus Gründen der sprachlichen Straffung durchgeführt worden.

In Abs. 3 wird die Beteiligungspflicht gegenüber weiteren Ärzten auf sogenannte anderweitige Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erweitert, damit ärztliche Mitarbeiter auch dann berücksichtigt werden, wenn dem Chefarzt oder leitenden Ärzten kein Privatliquidationsrecht eingeräumt und die Wahlleistungsvereinbarung vom Krankenhaus geschlossen wird, zugleich aber dem Arzt eine Beteiligungsvergütung ausgekehrt wird.

Weiter wird die in Abs. 5 normierte Weiterbildungsverpflichtung zum einen sprachlich vereinfacht. Zum anderen soll mit der neuen Formulierung klargestellt werden, dass die Weiterbildung im Vordergrund steht und dass es sich bei den Weiterzubildenden um approbierte Kolleginnen und Kollegen handelt.

Der neue Abs. 6 resultiert wiederum aus der Auflösung des Abschnitts C und betrifft den diskriminierungsfreien Umgang mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Der neue § 29 a über die Zusammenarbeit mit Dritten resultiert aus der Neufassung des Abschnitts 4 über die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten und wird aus dem bisherigen § 30 Abs. 2 und 3 übernommen und bei der beruflichen Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten verankert.

Jetzt darf ich Ihnen die Änderungen zum Kapitel der Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit erläutern.

Da die berufliche Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Dritten nunmehr in den §§ 29 und 29 a geregelt ist, wird die Überschrift des § 30 geändert in „Ärztliche Unabhängigkeit“. Die Vorschrift insgesamt wird ferner präzisiert auf eine Hervorhebung der ärztlichen Unabhängigkeit als wesentliche Grundlage für die Patienten-Arzt-Beziehung.

Das Zuweisungsverbot in § 31 wird auf die Verordnung und den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln und Medizinprodukten erweitert. Damit wird der bisherige Regelungsgehalt der §§ 33 Abs. 3 und 34 Abs. 1 übernommen. Die Streichung der Heil-

mittel war eine redaktionelle Anpassung, weil sie bereits über die „Zuweisung“ von Patienten erfasst sind.

Der neue Abs. 2 übernimmt das Zuweisungsverbot an Apotheken, Geschäfte und Dienstleister, das bisher in § 34 Abs. 5 geregelt war, und nennt dabei ausdrücklich weitere Leistungserbringer, die von der Vorschrift erfasst werden.

Ferner entfällt die bisher enthaltene Ausnahme zugunsten geringfügiger Vorteile.

Die unerlaubten Zuwendungen regelt nunmehr § 32. Dabei werden alle Formen einseitiger Zuwendungen von Patientinnen und Patienten und anderen, zum Beispiel Herstellern oder Händlern, von und mit Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erfasst.

Das Verbot unerlaubter Zuwendungen greift darüber hinaus auch dann ein, wenn bei Austauschbeziehungen die Leistung des Arztes nur einen scheinbaren oder nicht äquivalenten Wert besitzt und daher bei wirtschaftlicher Betrachtung eine kaschierte einseitige Zuwendung vorliegt.

Der neu eingefügte Satz 2 übernimmt den Tenor der im Jahr 2007 von der Bundesärztekammer veröffentlichten Hinweise und Erläuterungen zum Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Danach stellen verhaltenslenkende finanzielle Anreize für Ärztinnen und Ärzte zwar eine Beeinflussung dar, diese ist aber nicht in jedem Fall berufswidrig, wenn die Anreize auf transparenter sozialrechtlicher Grundlage und im Interesse der finanziellen Stabilität der sozialen Krankenversicherung eine wirtschaftliche Mittelverwendung sichern sollen und den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit abweichender Entscheidungen nicht völlig nehmen. Die Existenz einer sozialrechtlichen Grundlage stellt jedoch nicht frei von der Beachtung des Berufsrechts, sondern vielmehr sind die auf sozialrechtlicher Grundlage erfolgenden Vereinbarungen anhand des Abs. 1 daraufhin zu prüfen, ob sie dem Verfolgen der danach zulässigen Zielsetzung dienen und sie sich darauf beschränken.

Die bisher in § 32 enthaltene Ausnahme zugunsten geringfügiger Vorteile entfällt, sodass es nunmehr ausschließlich auf den Eindruck einer Beeinflussung ankommt.

§ 32 Abs. 2 übernimmt die Regelung zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen des bisherigen § 33 Abs. 4. Der Privilegierung einer finanziellen Unterstützung der passiven Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen wird dabei die Annahme von Fachbüchern oder der kostenlose Zugang zu Online-Fortbildungen gleichgestellt.

Die bisher in § 35 enthaltene Regelung zu Fortbildungsveranstaltungen ärztlicher Veranstalter erfasste nur solche Veranstaltungen, bei denen Kammermitglieder die alleinige Verantwortung für Art, Inhalt und Präsentation der Fortbildungsveranstaltung tragen. Das wurde als zu eng angesehen, sodass diese Einschränkung weggefallen ist.

Außerdem soll klargestellt werden, dass sich das Sponsoring auf das wissenschaftliche Programm zu beschränken hat. Das Rahmenprogramm dagegen müssen die Teilnehmer vollständig selbst bezahlen.

§ 33 umfasst nunmehr die Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit und erfasst alle Austauschbeziehungen, deren Gegenstand nicht unmittelbar die Behand-

lung von Patienten ist. In Satz 1 werden nunmehr die sogenannten Anwendungsbeobachtungen ausdrücklich angesprochen.

Beteiligt sich der Arzt an Anwendungsbeobachtungen, die nicht zum Zwecke eines wissenschaftlichen oder billigenswerten unternehmerischen Erkenntnisgewinns, sondern zur Verdeckung unzulässiger Zuwendungen durchgeführt werden, kann darin ein Verstoß gegen § 32 auch dann liegen, wenn die dem Arzt gewährte Vergütung angesichts des mit seiner Leistung verbundenen Aufwands als angemessen erscheint.

Die Regelungsinhalte der bisherigen Absätze 3 und 4 sind in die Neufassung der §§ 31 und 32 übernommen worden, wobei die Ausnahmen zugunsten geringfügiger Vorteile generell aufgegeben wurden.

Die Vorschrift des § 34 über die Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln kann nunmehr entfallen, da sich die Regelungen des Abs. 1 in § 31 Abs. 1 wiederfinden.

Abs. 2 ist wegen der Regelungen in § 47 Abs. 3 und 4 Arzneimittelgesetz entbehrlich, weil nach dieser in einem Jahr nicht mehr als zwei Muster von der kleinsten Packungsgröße abgegeben werden dürfen.

Die Regelung des bisherigen Abs. 3 wird durch das neue Verbot berufswidriger Fremdwerbung in § 27 Abs. 3 Satz 4 erfasst. Fälle, in denen Ärzte einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung Vorschub leisten, werden von der Generalpflichtenklausel erfasst.

Die Vorschrift des alten Abs. 5 findet sich nunmehr in § 31 Abs. 2.

Die Vorschrift über Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring ist modifiziert in § 32 Abs. 2 übernommen worden und kann daher hier entfallen.

Die Aufteilung der Patientenschutzvorschriften in einen Paragrafenteil sowie in weitere Bestimmungen in Abschnitt C hat sich nicht bewährt und wird daher aufgegeben.

Die bisherigen Regelungen in Abschnitt D sind entweder in den Paragrafenteil übernommen worden oder waren entbehrlich, sodass Abschnitt D ebenfalls entfallen kann.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, vielen Dank, dass Sie mir so aufmerksam zugehört haben. Ich konnte es nicht viel interessanter gestalten. Ich glaube, ein paar Bilder hätten die Sache auch nicht verbessert. Ich wünsche uns eine interessante Diskussion.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Udo, für diese wirklich präzise und gut zusammengefasste Einführung in das Thema.

Meine Damen und Herren, ich möchte an diesem Punkt erwähnen, dass Rechtsanwalt Schirmer, vor allem aber der leider schwer erkrankte Rechtsanwalt Nösser und die Mitarbeiterin der Rechtsabteilung Frau Corina Glorius ganz entscheidend an all diesen Arbeiten mitgewirkt haben. Ohne sie und ohne diese kompetente Unterstüt-

zung durch die Mitarbeiter unserer Rechtsabteilung wäre diese Arbeit so nicht möglich gewesen. Ich glaube, wir schulden ihnen an dieser Stelle einen heftigen Applaus für diese riesige Sisyphusarbeit.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir können jetzt in die Abstimmungen eintreten. Ich schlage Ihnen folgendes Abstimmungsprozedere vor.

(Zuruf)

– Wollen Sie vorweg eine allgemeine Debatte über das Ganze?

(Zurufe)

– Ja. Sie möchten also zuerst über das Ganze diskutieren. Ich habe gedacht, dass die Paragrafen so unterschiedlich sind, dass man sie einzeln diskutiert. Aber wenn Sie das wünschen, schlage ich vor, dass wir zu Beginn zunächst eine allgemeine Aussprache durchführen und danach die einzelnen Paragrafen, die geändert werden sollen, also die einzeln enumerativ aufgeführten Punkte in der Anlage 1 zum Antrag III-01, durchgehen und dann jeweils die Anträge dazu aufrufen. Nach der Diskussion zu dem jeweiligen Paragrafen stimmen wir über die dazu gestellten Anträge ab. Am Ende erfolgt eine Generalabstimmung über den Antrag III-01 in der von Ihnen veränderten oder auch nicht veränderten Fassung in toto.

Sind Sie damit einverstanden? – Gut. Dann rufe ich zunächst diejenigen auf, die in der Generaldebatte sprechen möchten. Die erste Wortmeldung hierzu kommt von Herrn Kollegen Rolshoven, der allerdings auf seine Wortmeldung geschrieben hat, dass er zu § 32 Abs. 1 sprechen möchte. Wollen Sie das zurückstellen? Oder geht es um etwas Allgemeines, Herr Rolshoven? – Es geht um § 32. Sind Sie einverstanden, dass wir das zurückstellen? – Danke.

Dann hat sich Frau Johna zu Wort gemeldet, die zu § 2 sprechen möchte, oder geht es um die Generaldebatte? – Es geht um § 2. Dann bitte ich Sie, das zurückzustellen.

Herr Wagenknecht möchte zu § 32 Abs. 2 sprechen. – Das können wir ebenfalls zurückstellen.

(Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Gelten die drei Minuten noch?)

– Die müssten Sie erst noch beschließen.

Auf der Wortmeldung von Herrn Zimmer steht, dass er zu § 15 Abs. 3 sprechen möchte, nicht zur Generaldebatte.

Auf der Wortmeldung von Herrn Kollegen Lipp aus Sachsen steht „nicht § 16“. Bedeutet das Generaldebatte oder einen einzelnen Paragrafen? – Zur Generaldebatte. Dann ist Herr Lipp der erste Redner.

Zuvor aber müssten wir noch die Frage von Herrn Biedendieck nach der geschäftsordnungsmäßig zu bescheidenden Redezeitbegrenzung behandeln. Ich nehme an, er hat drei Minuten im Auge gehabt.

(Zuruf)

– Ich höre: zwei Minuten.

(Zuruf)

– Drei Minuten, so viel Zeit muss sein. Es ist also eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beantragt. Wer für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Dann ist die Redezeit auf drei Minuten begrenzt. Herr Lipp ist das erste Opfer.

Dr. Lipp, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich halte die meisten Änderungen, die hier angesprochen wurden, für ausgesprochen sinnvoll. Ich möchte folgende mündliche Empfehlung geben – wir haben das gerade bei uns in der Landesärztekammer kurz diskutiert –: Es wäre sinnvoll, wenn man bei Facharztprüfungen generell auf die Berufsordnung mit ein oder zwei Fragen eingeht, um die Kollegen zu zwingen, das zu lesen. Die meisten nehmen nämlich nie Kenntnis davon.

(Zuruf)

– Das ist kein Scherzantrag, sondern das ist durchaus ernst gemeint.

Präsident Dr. Montgomery: Also: Lesezwang als Berufsordnungspflicht.

Dr. Lipp, Sachsen: Zur Telemedizin bitte ich darum, den Antrag III-01-17 unbedingt anzunehmen. Er setzt letztlich das um, was Sie jetzt in der Berufsordnung geändert haben. Nähmen Sie diesen Antrag nicht an, legten Sie im ambulanten Bereich im Prinzip die Telemedizin lahm, weil dann kein Arzt das anwenden könnte. Das ist also ein wichtiger Antrag.

Ferner bitte ich, den Antrag 2 positiv zu bescheiden. In § 1 der (Muster-)Berufsordnung steht nur „Gesundheit“. Wir reden ständig von Betreuung, Rationierung, Priorisierung, Qualitätssicherung, Honorierung usw. Alles bezieht sich letztlich auf den Begriff Gesundheit. Aber der Begriff Gesundheit ist eigentlich nicht definiert. Alles bezieht sich immer noch auf die WHO-Definition, die wir zwar alle kennen, die wir alle aber auch für nicht sachgemäß halten, um unsere Vorstellungen im Gesundheitssystem umzusetzen. Wenn man sich auf die WHO bezöge, wäre jeder Streit mit der Ehegattin, jeder Neid, der an der Seele nagt, kassenpflichtig und behandlungsfähig.

Insofern bitte ich Sie dringend, mit hoher sozialpolitischer Relevanz den Begriff Gesundheit in unserem Bereich zu definieren. Das hätte eine enorme Schlagkraft bis ins SGB V hinein. Hier könnten wir wirklich politisch Einfluss nehmen, was in Deutschland Gesundheit ist, was auf diese Weise behandelt wird.

Stichwort Pädiatrie: Nicht jede Normänderung ist im Alter automatisch eine Krankheit. Das sind halt Zustände. Nicht jeder, der krank ist, fühlt sich nicht gesund. Solche Dinge sollten beachtet werden, sollten neu definiert werden. Ich denke, wir könnten auf diese Weise berufspolitisch enorm etwas erreichen.

Ich danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Lipp aus Sachsen. – Zur allgemeinen Debatte habe ich jetzt die Wortmeldung von Herrn Wieland Dietrich, Ärztekammer Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sollten uns vielleicht die Frage stellen, wie viele der Kollegen draußen in den Praxen und Kliniken die Berufsordnung wirklich kennen. Ich habe auch Zweifel, dass viele der Delegierten hier die Berufsordnung im Detail kennen.

Der Kollege aus der Klinik hat vorgestern im Zusammenhang mit der Palliativmedizin darauf hingewiesen, dass der Hausarzt, der Fragen zur Sterbebegleitung hat, gar nicht weiß, was dazu in der Berufsordnung steht. Vor diesem Hintergrund bin ich der Auffassung, dass die Berufsordnung in der jetzigen Form überfrachtet ist, dass zu viele Dinge dort aufgeführt sind. Wir erwarten zu viel von den jungen Kolleginnen und Kollegen, wenn wir erwarten, dass sie das alles kennen. Gerade wenn sie von der Universität in den Beruf wechseln, brauchen sie einen Leitfaden, einen Anhaltspunkt, den sie verstehen können, der nicht mit technischen Regulationen bis hin zu Fragen der Kooperation verschiedener Arzttätigkeiten überfrachtet ist.

Wir brauchen eine (Muster-)Berufsordnung, die den Landesärztekammern die Möglichkeit gibt, darauf aufbauend Dinge transparent und verständlich zu regeln, die der Kollege auch ohne einen Juristen versteht und dann umsetzen kann. Deshalb bin ich der Auffassung – diese Auffassung wird von einer ganzen Reihe von Kolleginnen und Kollegen geteilt –, dass sich die (Muster-)Berufsordnung wirklich auf das Wesentliche konzentrieren und die Möglichkeit bieten sollte, eine identitätsstiftende Funktion für die jungen Kolleginnen und Kollegen zu entwickeln.

Wir haben deshalb den Antrag 6 mit dem Titel „Entwicklung einer neuen zukunftsweisenden Berufsordnung“ gestellt. Wir greifen damit nur eine Überlegung des Ärztetages 2006, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, auf, der dies bereits gefordert hat. Ich möchte Sie bitten, grundsätzlich zu überdenken, ob wir diesen hohen Regelungsbedarf in der Berufsordnung haben sollten, einschließlich der Änderungen, die eben vorgestellt wurden, die die Sache ja nicht einfacher, sondern nach meinem Dafürhalten wesentlich komplizierter machen. Ich bitte Sie, dem Antrag 6, der fraktionsübergreifend von Delegierten der Ärztekammer Nordrhein gestellt wird, zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Wieland Dietrich. – Jetzt Herr Michaelis zur allgemeinen Debatte.

Michaelis, Thüringen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir sprechen von der (Muster-)Berufsordnung. Die (Muster-)Berufsordnung ist – so hat der Referent ausgeführt – eigentlich sachlich nicht unbedingt zu verändern. Man muss es substanziell nicht machen, weil die meisten Dinge aufgrund dieser Ordnung als Vorlage in den Landesärztekammern und KVen – je nachdem,

worum es geht – zu Rate gezogen werden. Aus diesem Grunde muss man sehr vorsichtig sein, was man ändert.

Lassen Sie mich als Beispiel § 26 zum ärztlichen Notfalldienst erwähnen. Das ist sehr diffizil. Sie wissen, welche zwischenärztliche Brisanz dieses Thema aufweist. Es gibt kaum ein Land, das keine Probleme damit hat. Es gibt Ungerechtigkeiten, beispielsweise beim kassenärztlichen Notfallvertretungsdienst hinsichtlich des Anteils der ermächtigten Ärzte. Da hat die Kammer mitzureden.

Wenn wir das entsprechend der jetzigen Formulierung auf die Landesärztekammern herunterbrechen, entzieht sich die Bundesebene dem Regelungsbedarf. Aus diesem Grunde bitte ich Sie inständig, § 26 in der jetzigen Form zu belassen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist der Kollege Professor Bertram aus Nordrhein.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Thema der Berufsordnung steht schon seit vielen Jahren auf der Tagesordnung. Wir betreiben immer wieder Flickschusterei und versuchen, die Berufsordnung anzupassen. Aber letztlich fehlt das große vollständige Konzept. Dazu sollte man sich Gedanken machen. Zum Teil verstehen die Kollegen die Berufsordnung überhaupt nicht, weil sie kaum mehr lesbar ist.

Wir sollten berücksichtigen, dass das Versorgungsgesetz jetzt einige Änderungen vorsieht. Es ist zum Teil schon sehr absehbar, was da kommt. Dann sitzen wir nächstes Jahr wieder vor dem Thema. Es geht nicht nur um die Telemedizin, es geht auch um die Kooperationen. Sie sollen zum Teil eingeschränkt werden. Der Gesetzgeber will sie ausweiten, wie es im Entwurf steht. Wir sollten wirklich aufpassen, dass wir nicht über das Ziel hinausschießen.

Mir kommt es so vor: Da gibt es ein oder zwei schwarze Schafe in Deutschland, die man zu stoppen versucht, indem man Hunderte von Kollegen, die sinnvolle Dinge tun, bremst, indem man eine spezielle Regelung erlässt. Wenn irgendwo ein Einbruch stattfindet, den man nicht verhindert hat, versucht man, eine Mauer um die Häuser zu ziehen. Das wird dann immer mehr ausgeweitet. Diesen Eindruck habe ich bei manchen Bestimmungen, die eingeführt werden sollen, die uns im Alltag im Kammerbereich – wir haben in Nordrhein eine große Kammer – überhaupt keine Probleme machen, aber trotzdem will man etwas verschärfen.

Bitte berücksichtigen Sie nachher bei der Detaildiskussion auch, dass wir Ärzte zunehmend in Konkurrenz zu anderen Berufen stehen. Es gibt nicht nur die Heilpraktiker, sondern zunehmend medizinische Hilfsberufe und andere Gesundheitsberufe, die über eine Heilpraktikererlaubnis zum Teil in medizinische Bereiche eindringen, so beispielsweise Krankengymnasten in die Orthopädie oder Optiker in die Augenheilkunde. Wenn wir dann in die Berufsordnung schreiben, dass wir mit ihnen kooperie-

ren müssen, dann müssen wir dies tun, wenn sie es wollen, auch wenn sie noch solche Scharlatane sind. Umgekehrt gilt das nicht.

(Beifall)

Das müssen wir uns nicht auch noch in der Berufsordnung auferlegen.

Wir müssen allgemein auch berücksichtigen: Wir schaffen Regeln für Ärzte. Diese Berufsordnung gilt nicht für MVZ-Träger, nicht für Krankenhausträger, nicht für ein LASIK-refraktivchirurgisches Zentrum. Diese Zentren lachen sich zum Teil ins Fäustchen, denn sie dürfen werben ohne Ende, während der Arzt es nicht darf. Wenn wir dem Arzt alles und jedes verbieten, verschaffen wir den Kollegen Nachteile.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bertram. – Jetzt habe ich zur allgemeinen Aussprache die Wortmeldung von Frau Kollegin Eva Müller-Dannecker aus Berlin. Eva, Du sprichst zum Allgemeinen?

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Es ist eine gewisse Mischung.

Präsident Dr. Montgomery: Entmische mal. Du kannst nachher noch zu den Paragrafen sprechen.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Dann beginne ich mit dem Allgemeinen. Nachher spreche ich dann noch zu § 7. Ich möchte etwas zu dem Kollegen sagen, der erklärt hat, dass wir den Auftrag erteilen, die Berufsordnung sozusagen mächtig zu verschlanken. Ich möchte sagen, ohne Juristin zu sein, dass ich den vorgelegten Text ausgesprochen gut verstehen kann.

(Beifall)

Ich möchte auch sagen, dass es eine unserer wichtigen Aufgaben in der Weiterbildung ist, dass wir uns mit der Frage beschäftigen, welche Berufsordnung wir uns selbst auferlegen. Dafür brauchen wir ganz konkrete Handlungsanweisungen, die hier konsentiert sind. Das ist für mich eine der wichtigsten Aufgaben, die wir hier auf dem Deutschen Ärztetag haben. Je allgemeiner und unkonkreter wir sind, desto schwieriger ist die Auslegung.

Ich möchte ausdrücklich dafür danken, dass es modernisiert wurde, das neue Fragen mit aufgenommen wurden. Man kann über viele Punkte streiten. Mein Antrag, zu dem ich nachher noch Stellung nehmen möchte, läuft darauf hinaus, dass wir uns wohl überlegen müssen, wie wir das aufbauen, an welchen Stellen wir welche Dinge sagen wollen. Dazu werde ich mich noch im Zusammenhang mit § 7 äußern.

Ich finde es sehr richtig, dass wir hier ein Werk vorgelegt bekommen haben, das für alle eine Leit- und Richtlinie ist. Ich möchte, dass wir das entsprechend gutheißen

und die Berufsordnung vielleicht doch unter Berücksichtigung von Änderungsanträgen annehmen und nicht dem Antrag einer grundsätzlichen Verschlankung folgen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Meine Damen und Herren, jetzt habe ich zur allgemeinen Aussprache keine weiteren Wortmeldungen mehr vorliegen. Jetzt hat der Referent kurz das Wort. Danach beginnen wir mit den Abstimmungen.

Udo, Du hast das Wort.

Dr. Wolter, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Lipp, im Berufsordnungsausschuss sitzt kein Geringerer als Herr Bartmann, der die Telematikgremien der Bundesärztekammer leitet. Wir haben gesagt: Mit diesem Paragrafen soll klargestellt werden: Telemedizin – ja, aber es muss in jedem Fall eine Behandlung durch einen Arzt erfolgen. Es ging uns darum, dass nicht nur telemedizinische Verfahren zur Anwendung kommen, ohne dass der Patient jemals einen Arzt gesehen hat. Ich denke, das kommt im Text unseres Paragrafen ganz gut zum Ausdruck.

Es wird wahrscheinlich sehr schwierig zu sein, Gesundheit zu definieren. Sie müssen sich entscheiden, ob Sie uns die Möglichkeit geben, eine entsprechende Befragung vorzunehmen. Wir persönlich sind der Meinung, dass es sehr schlecht geht.

Herr Dietrich, vielleicht habe ich es bei meinem Vortrag nicht so gut zum Ausdruck gebracht: Wir haben von Nordrhein bereits den Auftrag erhalten, deren Berufsordnung zu übernehmen. Das haben wir im mehrmaligen zweistufigen Normsetzungsverfahren in der Ständigen Konferenz „Berufsordnung“ diskutiert. Jedes Mitglied aus Nordrhein, das dort sitzt, weiß das. Damals war noch der Vizepräsident für die Berufsordnungsgremien zuständig. Er hat uns das in der Ständigen Konferenz vorgestellt. Das ist 16 : 1 abgelehnt worden.

Nun frage ich mich: Soll dieser Antrag noch einmal gestellt werden? Soll er noch einmal 16 : 1 abgelehnt werden? Es war der Wunsch aller Länder außer Nordrhein, die entsprechenden Paragrafen der Berufsordnung zu ändern und keine Neufassung vorzunehmen.

Ich habe das am Anfang erwähnt, aber vielleicht nicht akzentuiert genug. Deshalb habe ich es jetzt noch einmal ausgeführt, damit man es versteht.

Herr Michaelis, es gibt in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedliche Definitionen des Notfall- oder Bereitschaftsdienstes und auch die Handhabung in diesem Bereich ist sehr unterschiedlich. Manchmal gibt es entsprechende Verträge zwischen KV und Kammer, die an die Berufsordnung angehängt werden. In einigen Bereichen macht es nur die KV, in anderen Bereichen nur die Kammer. Deshalb haben wir die entsprechenden Bedingungen zurückgenommen und gesagt: Jeder muss diesen Dienst mitmachen. Alles andere regelt das Landesrecht. So soll kein Land, wenn es verschärfte Vorschriften entwickelt, gegen die Berufsordnung verstoßen.

Herr Bertram, wir haben bei den letzten Novellierungen der Berufsordnung die Werbung so weit zurückgenommen, dass sie nur noch dann berufswidrig ist, wenn sie anpreisend, vergleichend und irreführend ist. Mehr können wir doch nicht tun. Man braucht sich nur an diese drei Einschränkungen zu halten, dann ist man gegenüber anderen doch nicht benachteiligt. Nach meinem Dafürhalten haben wir uns bemüht, einigen Druck herauszunehmen. Wir haben das nicht als Strafgesetzbuch der Ärzte entwickelt, sondern wir wollten die entsprechende Arbeit vor Ort nicht allzu sehr beeinflussen.

Ich bitte Sie, das bei der zukünftigen Diskussion ein bisschen mit im Hinterkopf zu behalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Udo Wolter. – Damit können wir jetzt in die Bearbeitung der einzelnen Anträge einsteigen. Ich bitte Sie, dazu die Anlage 1 zum Antrag III-01 zur Hand zu nehmen. Wir werden über die einzelnen Punkte abstimmen und die entsprechenden Anträge zur Diskussion stellen.

Der erste Punkt läuft darauf hinaus, dass in der Präambel nicht von „deutschen Ärztinnen und Ärzten“ die Rede sein soll, sondern von „in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzten“. Hierzu liegen uns keinerlei Wortmeldungen vor, sodass wir jetzt direkt in die Abstimmung einsteigen können. Wer ist dafür, dass wir so verfahren? – Bitte die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Auch niemand. Dann haben Sie einstimmig diese wirklich wichtige Modernisierung durchgeführt. Ich danke Ihnen.

Nun kommen wir zu den Anträgen, die sich mit Punkt 2 der Anlage befassen, also den Änderungen zu § 2 der (Muster-)Berufsordnung. Es liegen uns zwei Änderungsanträge zum Antrag des Vorstands vor: Das sind die Anträge 27 und 19. Die Rednerliste dazu beginnt mit Frau Kollegin Susanne Johna aus der Landesärztekammer Hessen.

Dr. Johna, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In § 2 soll ein Satz neu eingeführt werden, der bisher unter § 16 – Beistand für Sterbende – stand. Es geht um den Satz:

> *Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.*

Wenn man den Satz liest, sagt man im ersten Moment: Das ist doch selbstverständlich. Aber beim zweiten Lesen wird der, wie ich meine, überzogene Anspruch, beinahe pathetische Anspruch dieses Satzes klar, der nämlich jetzt, da er unter dem Oberbegriff „Allgemeine ärztliche Berufspflichten“ steht, eine ganz andere Bedeutung bekommt.

In der Rettungsmedizin lernen wir als Erstes: Eigenschutz geht vor Fremdschutz. Der Notarzt soll als Erstes die Unfallstelle analysieren, ob er für sich selbst ungefährdet den Patienten versorgen und retten kann. Dialektisch auf die Spitze getrieben könnte man sogar fragen: Ist es nicht so, dass, wenn der Facharzt abends das Krankenhaus

verlässt und nur noch der Nichtfacharzt als Bereitschaftsdienstarzt zurückbleibt, dies nicht dem Wohl des Patienten entspricht? Auch diese Frage könnte man sich stellen. Gemeint ist doch sicher eher, nicht das eigene ökonomische Interesse und nicht das ökonomische Interesse Dritter über das Wohl des Patienten zu stellen. Insofern bin ich der Meinung: Entweder fügt man „ökonomisch“ in den Satz ein oder man lässt den Satz ganz weg. Ich bin der Meinung, ansonsten sind die Definitionen, die unter § 2 stehen, durchaus ausreichend. Ich denke, wir sollten uns nicht Ansprüchen stellen, denen wir selber nicht gerecht werden können. Ein Individuum aufzufordern, immer seine eigenen Interessen hinter das Wohl des Patienten zurückzustellen, halte ich für unrealistisch.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Johna. Sie sind ja auch Antragstellerin des Antrags 27, der darauf abzielt, diesen Satz zu streichen. – Als Nächster steht auf der Rednerliste Herr Kollege Wieland Dietrich aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! § 2 Abs. 3 soll in folgender Form neu gefasst werden:

> *Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.*

Das sind Qualifikationsvoraussetzungen für den Arzt, die heute teilweise schwierig umzusetzen sind, und zwar aufgrund der entsprechenden Bevormundung durch die Vorgaben von Kostenträgern und möglicherweise von Klinikleitungen. Deshalb wird im Antrag 19 gefordert, hinter „medizinischen Erkenntnisse“ anzufügen:

> *Die fachliche Unabhängigkeit und Weisungsungebundenheit des Arztes muss gewährleistet sein. Sollten diese Voraussetzungen nicht gegeben sein, so ist der Patient davon in Kenntnis zu setzen.*

Ich halte das für einen wichtigen Aspekt, dass man dem Patienten gegenüber Transparenz schafft und ihn darüber aufklärt, dass Einschränkungen der fachlichen oder persönlichen Unabhängigkeit gegeben sind. Das ist eine ganz wichtige vertrauensbildende Maßnahme in einer Zeit, in der wir über Priorisierung und Rationierung sprechen. Der Patient sollte von solchen Problemen in Kenntnis gesetzt werden.

Deswegen möchte ich Sie bitten, den Änderungsantrag 19 zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dietrich. – Die nächste Rednerin auf der Rednerliste ist Eva Müller-Dannecker von der Ärztekammer Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich möchte zu meinem Vorredner sagen: Ich halte es nicht für eine gute Idee, dass wir die Konflikte, die es vielleicht aufgrund von Bestimmungen gibt, in unserem Verhältnis mit dem Patienten austragen. Ich glaube, dass es zu einer erheblichen Verunsicherung beitragen wird, wenn wir in den Kliniken sagen: Wir würden ja gerne, aber da gibt es den Geschäftsführer, deshalb dürfen wir nicht. Ich glaube, das ist keine gute Idee.

(Beifall)

Ich möchte zu § 7 Stellung nehmen. Die Überschrift lautet dort:

Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

Präsident Dr. Montgomery: Entschuldigung, das ist unser Fehler. Wir haben ein technisches Problem. Wir hatten Ihnen am Anfang nicht vorgegeben, das nach Paragrafen zu sortieren. Deshalb habe ich Dich – entschuldige, Eva – zu früh aufgerufen. Wir müssen das ein bisschen umsortieren. Der nächste Redner zu § 2 ist nach unserer Einschätzung Herr Kollege Thierse. Er möchte zu § 2 sprechen; so steht es zumindest auf dem Wortmeldezettel. Wenn er sich daran hält, ist er jetzt an der Reihe.

Dr. Thierse, Berlin: Ich finde diese Formulierung, dass Ärztinnen und Ärzte das Interesse Dritter nicht über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen dürfen, hervorragend. Das impliziert nämlich eine Änderung des Sozialgesetzbuches, in dem steht, dass wir wirtschaftlich und ausreichend behandeln sollen, nicht am Wohl des Patienten orientiert. Als Appell, das Sozialgesetzbuch zu ändern, finde ich das hervorragend.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Zu § 2 jetzt bitte noch Frau Groß aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Frau Johna unterstützen. Ich habe mit denjenigen Kolleginnen und Kollegen zu tun, die ins Burnout laufen. Ich glaube, dass ein Satz wie „Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen“ nicht in die Berufsordnung eingefügt werden darf. Vielleicht findet man eine andere Formulierung. Ich bitte den Vorstand, darüber noch einmal nachzudenken. Auch ich möchte diesen Satz nicht in der Berufsordnung haben.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Groß. – Der nächste Redner ist der Kollege Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich würde gerne die Kollegin Johna unterstützen. Einer meiner letzten Notarzteinsätze betraf einen Patienten, der in ein Futtersilo gefallen war. Hätte ich mich an § 2 in der vorliegenden Form gehalten, stünde ich heute nicht hier.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Calles. – Hier liegen jetzt keine weiteren Wortmeldungen zu § 2 vor. Wir könnten über die beiden Anträge 27 und 19 abstimmen. Zuvor frage ich: Wünscht der Referent das Wort zu den Anträgen?

Dr. Wolter, Referent: Wir überlegen noch. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass dieser Passus hinsichtlich des Wohles der Patientinnen und Patienten schon seit 1952 in der Berufsordnung steht, also seit der ersten Berufsordnung. Danach wurde im Prinzip schon immer gehandelt. Wenn Sie das jetzt streichen, wissen wir nicht, welches Signal eventuell von diesem Ärztetag ausgeht. Das wird ja auch bewertet. Wir haben das nicht neu eingeführt, sondern diesen Passus gab es schon.

Deshalb schlage ich vor, das abzulehnen, damit wir keine Irritationen erzeugen.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir können dann in die Abstimmung eintreten. Ich rufe den **Antrag III-01-27** zur Abstimmung auf. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Ich habe zwar das Gefühl, das Zweite war die Mehrheit, aber mein Gefühl reicht hier nicht. Ich bitte diejenigen, die dem Antrag folgen und damit diesen Satz streichen wollen, um das Handzeichen. – Jetzt bitte ich diejenigen, die gegen diesen Antrag sind, ihre Stimmkarte in die Höhe zu halten. – Bitte die Enthaltungen. – Ich sehe zwei Enthaltungen. Dann haben Sie diesen Antrag mit 115 : 99 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Jetzt bitte Herr Biedendieck zur Geschäftsordnung.

Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Herr Präsident, die Zeit ist leider zu knapp. Ich möchte bitten, das im Rahmen der Geschäftsordnung zu lösen. Wir haben verständlicherweise und berechtigterweise den ersten Teil des Satzes abgelehnt. Das halte ich für vollständig richtig. Ich halte es allerdings für problematisch, dass vergessen wurde, im zweiten Teil des Satzes, der durchaus sinnvoll und gewollt ist, wenigstens das Wort „ökonomisch“ oder etwas Ähnliches einzubauen. Wie das mit der Geschäftsordnung vor sich geht, weiß ich nicht.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Das kriegen wir schon hin. Ich schlage Ihnen vor, dass, nachdem wir alle Anträge zum Antrag 1 behandelt haben, jemand die zweite Lesung beantragt. Wenn diese zweite Lesung akzeptiert wird, könnten wir uns noch einmal mit dem Antrag insgesamt in Ruhe befassen. Ich meine, das verdient dieser Antrag. Anderenfalls wird vielleicht nicht sauber differenziert zwischen dem Wohl des Patienten und dem Wohl des Arztes im Überlebenssinne auf der einen Seite und im ökonomischen Sinne auf der anderen Seite.

(Beifall)

Wir sollten in der Tat an das Signal denken, das von einem Ärztetag ausgeht, wenn der Arzt davon befreit wird, das Wohl des Patienten über sein eigenes Wohl zu stellen. Das kann man auch dann, wenn man die diffizile Debatte dazu nicht versteht, als ausgesprochene Aufforderung zu Handlungen verstehen, mit denen wir eigentlich alle nicht einverstanden sind. Lassen Sie uns also noch einmal darüber reden. Ich könnte mir vorstellen, dass jemand nachher eine zweite Lesung beantragt. Dann werden wir das tun.

(Zuruf Lange, Niedersachsen)

– Wenn Sie das wollen, können wir das auch sofort machen.

Jetzt Helmut Peters zur Geschäftsordnung.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Delegierte! Ich glaube, da gehen die Begrifflichkeiten etwas durcheinander. Es geht um das Interesse und um das Wohl. Man kann sehr wohl das eigene Wohl berücksichtigen, aber wir müssen das Interesse im Auge haben, dass das Wohl der Patienten nicht unter Interessenslagen leidet. Ich denke, deshalb sollten wir eine zweite Lesung durchführen und den Passus so übernehmen, wie er seit 1952 in der Berufsordnung steht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt wollen wir die Geschäftsordnung nicht weiter biegen, sondern über die zweite Lesung abstimmen. Dazu brauche ich die Zählerinnen, weil die Geschäftsordnungsbestimmung lautet, dass ein Drittel der abgegebenen Stimmen für eine zweite Lesung sein muss. Dazu müssen wir naturgemäß die Stimmen zählen. Ich bitte nun diejenigen, die für eine zweite Lesung sind, um das Kartenzeichen. – Erlauben Sie mir zu sagen, dass das die überwältigende Mehrheit ist, sodass wir auf das Zählen verzichten können.

(Beifall)

Ist jemand dagegen? – Das ist nicht der Fall.

Dann ist hiermit die zweite Lesung beschlossen. Ich eröffne die zweite Lesung zum Antrag III-01-27. Frau Johna, die Antragstellerin, hat das Wort.

Dr. Johna, Hessen: Vielleicht kann man, um einen Kompromiss zu finden, den Antrag umformulieren und nicht die Streichung des Satzes beantragen, sondern die Einfügung des Wortes „ökonomisch“. Dann hieße der Text:

> *Sie dürfen weder ihr eigenes ökonomisches noch das ökonomische Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.*

(Beifall)

Vorhin wurde gesagt: Das stand doch schon immer in der Berufsordnung, wieso man hier etwas zu meckern habe. Dieser Satz stand bisher unter § 16 „Beistand für Sterbende“. In dieser Situation sollten wir sehr wohl unser eigenes Interesse zurückstellen hinter dem Wohl des Patienten, aber nicht immer und überall. Ich habe Probleme, im Rahmen der Rettungsmedizin den Grundsatz „Eigenschutz geht vor Fremdschutz“ beizubringen, während gleichzeitig dieser Satz in der Berufsordnung steht. Das macht einfach keinen Sinn.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Frau Johna hat eben den Antrag gestellt – sie ist ja selber die Antragstellerin –, den Satz folgendermaßen zu formulieren:

> *Sie dürfen weder ihr eigenes noch das ökonomische Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.*

(Widerspruch)

– Mit der Ökonomie habe ich manchmal Schwierigkeiten. Ich höre, es soll heißen:

> *Sie dürfen weder ihr eigenes ökonomisches noch das ökonomische Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.*

So lautet der Antrag.

Jetzt Herr Lipp zur Geschäftsordnung.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das ist ein ganz zentraler Satz unserer eigenen Befindlichkeiten und unseres Selbstverständnisses als Arzt. Ich unterstelle, dass alle hier im Raum das ehrenwerte Ansinnen haben, das zu formulieren. Wir haben die Bedenken gegen diesen Vorschlag geäußert. Das hat der Vorstand aufgenommen. Jetzt besteht die Gefahr, dass wir nunmehr in eine redaktionelle Schlacht geraten, die uns über Stunden bindet. Am Ende wird etwas zerfasert.

Ich schlage vor, dass wir das mit dem ehrenwerten Ansinnen dieser Gruppe an den Vorstand überweisen und er das in diesem Sinne formuliert. Das halte ich für besser, als wenn wir hier eine Redaktionssitzung machen. Die können es besser formulieren und uns das im nächsten Jahr meinetwegen noch einmal vorstellen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Wir sind in der Debatte zu diesem Änderungsantrag. Das war kein richtiger Geschäftsordnungsantrag. Das kann man ja nachher einfach durch Abstimmung regeln. – Jetzt Frau Müller-Dannecker.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich bin der Meinung, dass im Hinblick auf das, was vorhin zum Unterschied von Interesse und Wohl gesagt wurde, die bisherige Formulierung völlig ausreicht, um das auszudrücken, was wir alle wollen. Es gibt ja nicht nur ökonomische Interessen, sondern es gibt beispielsweise auch Interessen, wenn einem etwas zur Facharztweiterbildung fehlt, etwa eine OP. Das wäre kein ökonomisches, sondern ein anderes Interesse. Ich meine, dass die Begriffe „Interesse Dritter“ und „Wohl der Patientinnen und Patienten“ ausreichen, um diesen Sachverhalt darzustellen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt Herr Griebenow zur Geschäftsordnung.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Persönlich neige ich der Meinung von Herrn Peters zu, dass es sich eigentlich um eine Fehlinterpretation handelt. Es dreht sich um die Interessen und nicht das Wohl des Arztes. Wenn etwas modifiziert werden soll, dann doch bitte nicht in der Form, dass nur ökonomische Interessen Dritter nicht über dem Wohl der Patientinnen und Patienten stehen sollen. Es gibt doch auch nicht ökonomische Interessen Dritter. Wir wollen überhaupt keine Interessen Dritter.

Frau Johna, Sie sprechen nicht das Problem der Ökonomie an, sondern Sie sprechen die existenzielle Bedrohung des Arztes im Rahmen eines Einsatzes an. Das wird mit dieser Formulierung auch nicht aufgefangen.

Ich würde doch sehr dafür plädieren, wenn wir es jetzt nicht in der gebotenen Zeit geregelt bekommen, es an den Vorstand zu überweisen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Ich habe vernommen, dass Sie keine Redaktionskonferenz sein wollen, was auch klug und richtig ist. Sie geben uns ja klare Hinweise. Vielleicht ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung, wenn er aus dem Plenum kommt, mit dem Auftrag verbunden, in diesem Sinne zu handeln, damit wir nicht wieder ein ganzes Jahr warten müssen. Sie müssen natürlich die (Muster-)Berufsordnung absegnen. Ich glaube, wir haben alle verstanden, wo das Problem zwischen dem ökonomischen Interesse und dem Wohl der Patientinnen und Patienten liegt. Das wissen wir. Wir werden versuchen, das für Sie klug zu lösen.

Ich habe jetzt eine Reihe von Wortmeldungen, wobei nicht klar erkennbar ist, ob sie zur Geschäftsordnung sind oder nicht.

(Zuruf)

– Was ist, Herr Grauduszus?

Grauduszus, Nordrhein: Ich hätte eine Wortmeldung.

Präsident Dr. Montgomery: Sie ist aber noch nicht an der Reihe. – Jetzt bitte Herr Andrae. Geht es nur um die zweite Lesung oder inhaltlich?

Dr. Andrae, Thüringen: Soweit ich weiß, haben wir über die zweite Lesung gerade abgestimmt. Wenn ich nach der Rednerliste an der Reihe bin, möchte ich gleich zur Geschäftsordnung eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten beantragen.

Präsident Dr. Montgomery: Die drei Minuten haben wir sowieso, aber nicht bei Geschäftsordnungsanträgen. Wenn Sie zur Geschäftsordnung sprechen, wird die Uhr nicht angestellt, weil wir in der Regel davon ausgehen, dass das schneller geht.

Dr. Andrae, Thüringen: Entsprechend der Rednerliste würde ich jetzt gern kurz ausführen.

(Zurufe)

Präsident Dr. Montgomery: Entschuldigung, Sie haben die zweite Lesung beschlossen. Jetzt diskutieren wir über diesen Antrag in der zweiten Lesung. Sie haben eine Vorstandsüberweisung beantragt, aber niemand hat Schluss der Debatte beantragt. Über die Vorstandsüberweisung wird am Ende der Debatte beschlossen. Das heißt, Sie können jetzt Ihren Redebeitrag abliefern. Sie können inhaltlich zu § 2 sprechen.

Dr. Andrae, Thüringen: Der vom Vorstand vorgeschlagene Text spricht von einer Intention. Ich glaube, diese ist richtig. Ich glaube, im Kern wollen wir sie auch haben. Mein Vorschlag lautet: Belassen wir sie dort. Ich halte sie für richtig.

Den zweiten Teil hat Herr Griebenow schon angesprochen. Wenn Frau Johna davon spricht, dass der Arzt in einer Notfallsituation gefährdet ist und deshalb nicht dorthin gehen soll, dann entspricht das nicht seinen ökonomischen Interessen, sondern seinen existenziellen Interessen. Der Arzt handelt, wenn er sich selber schützt, nicht gegen die Berufsordnung, sondern entsprechend den üblichen Mitteln der Notfallmedizin, die besagen: Er soll sich nicht selbst gefährden, damit er in der Folge den Patienten entsprechend behandeln kann. Da sollten wir Berufsordnung und notfallmedizinische Handlungsregeln nicht miteinander vermischen. Ich glaube, wir würden falsch abstimmen, wenn wir darauf aufbauen würden.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke.

(Zuruf)

– Herr Heister aus Nordrhein wünscht Ende der Debatte. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir jetzt über den Antrag auf Schluss der Debatte ab. Wer für Ende der Debatte ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Dann ist jetzt Ende der Debatte beschlossen.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den Antrag auf Vorstandsüberweisung mit der Aufgabe und der Prokura, in dem vorhin dargestellten Sinne eine Formulierung zu finden. – Dazu eine Gegenrede von Herrn Biedendieck.

Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin der Meinung, es nicht unbedingt an den Vorstand überweisen zu sollen. Wir haben eine vernünftige Regelung in § 16, die seit vielen Jahren existiert. Wir bräuchten in diesem Falle uns nur für Nichtbefassung zu entscheiden. Dann bliebe § 16, wie er ist. Dann hätten wir im nächsten Jahr diese Problematik durch den Vorstand vorbereitet und uns vorgelegt. Wir müssten es dann ja ohnehin neu beschließen. Wir hätten bis zu dieser Zeit eine Übergangsregelung, die offensichtlich in Ihrer aller Sinn seit vielen Jahrzehnten richtig gewesen ist. Damit hätten wir für dieses Jahr das Problem gelöst.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Lieber Herr Biedendieck, das ist so leider nicht möglich. Sie haben vor zwei Tagen § 16 in der Debatte über die ärztlich begleitete Sterbehilfe geändert. § 16 sieht jetzt ganz anders aus.

Ich rate Ihnen, bevor hier weitere Verwirrung entsteht, das an den Vorstand zu überweisen. Wir versprechen Ihnen, dass wir es in Ihrem Sinne lösen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Ganz wenige. Dann ist das mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag III-01-19** von der Kollegin Susanne Blessing und anderen. Danach soll in § 2 Abs. 3 hinter „medizinische Erkenntnisse“ angefügt werden:

> *Die fachliche Unabhängigkeit und Weisungsungebundenheit des Arztes muss gewährleistet sein. Sollten diese Voraussetzungen nicht gegeben sein, so ist der Patient davon in Kenntnis zu setzen.*

Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine ganze Reihe von Enthaltungen. Dann haben Sie den Antrag **abgelehnt.**

Ich stelle jetzt den ganzen § 2 mit dem Vorstandsredaktionsauftrag, ansonsten aber unverändert, zur Abstimmung. Wer diesem Vorgehen zu § 2 zustimmt, den bitte ich jetzt um das Handzeichen.

(Zuruf)

– Wir sind in der Abstimmung, Frau Kollegin.

(Zuruf)

– Den Inhalt kennen Sie. Sie haben uns doch den Auftrag gegeben, ihn redaktionell zu ändern, ganz bewusst mit diesem Einschub. Sonst hätten wir jetzt keinen § 2, über den wir abgestimmt haben. Dann müssten wir im nächsten Jahr mit der (Muster-)Berufsordnung wieder zu Ihnen kommen. Das ist die logische Konsequenz.

Wer für § 2 mit dem Redaktionsauftrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Anträge liegen jetzt erst wieder zu § 7 vor. Ich frage Sie, ob Sie den im dritten Punkt der Anlage zum Antrag III-01 aufgeführten Änderungen in § 6 zustimmen? Diese müssten wir ja auch, wenn keine Änderungsanträge Ihrerseits vorliegen, positiv bescheiden. Wer den in § 6 zu ändernden Worten zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Einige. Dann ist das mit großer Mehrheit so beschlossen.

Meine Damen und Herren, Herr Scholz hatte eine Wortmeldung zu § 6 abgegeben, die bei mir leider nicht eingegangen war. Das kann einmal passieren. Andreas Scholz, möchtest Du dazu noch reden? – Er zieht seine Wortmeldung zurück. Ich danke ihm dafür.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zu den Änderungsanträgen zu § 7. Es handelt sich um die Anträge 31, 11, 17 und 18. Die erste Wortmeldung dazu ist die von Eva Müller-Dannecker. Eva, Du hast das Wort.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich bin der Meinung, dass folgende zwei Sätze in diesen Paragrafen gehören:

> *Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*

Dann wäre die leidige Debatte beendet, bei der Professor Hoppe zum Schluss mit der Änderung der Überschrift des § 16 „Beistand für Sterbende“ den Versuch unternommen hat, das passend zu machen. Wenn man das richtig durchdenkt, gehört genau dieser Satz unterhalb des ersten Satzes von § 7, der lautet:

> *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.*

Meiner Meinung nach ist dies der Ort, wo wir diesen Absatz einfügen sollten.

Ich bin mir natürlich bewusst, dass das faktisch eine zweite Lesung zu § 16 bedeutet. Aber ich denke, wenn Sie sich alle dieser Überlegung anschließen können, hätten wir es an der richtigen Stelle.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Als Nächster auf der Rednerliste hat sich Herr Bertram zu Wort gemeldet.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich möchte etwas zum ersten Satz des dritten Absatzes sagen. Ich habe beantragt, ihn zu streichen. Dass die Ärzte zusammenarbeiten, ist eine solche Selbstverständlichkeit, dass wir das meiner Meinung nach gar nicht in die Berufsordnung hineinschreiben müssen. Es sieht eher ein bisschen komisch aus, wenn es dort steht.

(Vereinzelt Beifall)

Die Erwähnung der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen halte ich für problematisch. Das ist zwar wichtig und das machen wir auch, aber dort steht, dass wir zusammenzuarbeiten haben. Das heißt, ein Angehöriger eines anderen Fachberufs kann, und wenn es noch so ein Scharlatan ist, von uns verlangen, dass wir mit ihm zusammenarbeiten, weil er sich auf die Berufsordnung beziehen kann. Umgekehrt gilt das aber nicht.

Ich denke, wir sollten uns als Ärzte in dieser Hinsicht nicht einschränken. Es ist völlig unschädlich, das zu streichen, weil die Zusammenarbeit sowieso erfolgt. Wir werden nachher auch noch ein Papier zur Zusammenarbeit verabschieden. Der Satz, wie er dort steht, kann uns im Zusammenhang mit Wunderheilern in anderen medizinischen Fachberufen Probleme machen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bertram. – Ich frage vorsichtshalber: Gibt es noch weitere Wortmeldungen zu § 7? – Bitte, Herr Biedendieck.

Dr. Biedendieck, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Antrag 31 liegt leider an meinem Platz und in der Umgebung nicht vor. Deswegen melde ich mich so spät zu Wort.

Ich möchte Sie intensiv bitten, diesen Änderungsantrag abzulehnen. Es kann nicht sein, dass wir vor zwei Tagen eine ethische Diskussion auf hohem Niveau geführt haben, die dazu geführt hat, diese Sache zunächst einmal nicht in dieser Form zu bescheiden. Es jetzt mit einem Federstrich ohne eine erneute Diskussion in einen anderen Paragrafen zu übernehmen, halte ich, ehrlich gesagt, für dieser Versammlung nicht angemessen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Biedendieck. – Jetzt habe ich keine weiteren Wortmeldungen mehr vorliegen. Ich kann dem Vorsitzenden unserer Be-

rufsordnungsgremien, Herrn Dr. Udo Wolter, als Referent das Wort zu den Anträgen erteilen.

Dr. Wolter, Referent: Frau Johna, ich meckere nicht, sondern ich versuche immer nur, aus der jahrelangen Diskussion mit den entsprechenden Berufsordnungsgremien, mit den Rechtsberatergremien und mit dem Vorstand ein Fazit zu ziehen und einen Kompromiss zu finden. Sie haben vollkommen recht: Die Tatsache, dass wir das aus § 16 herübergeschoben haben, ist ein bisschen unglücklich verlaufen. Wir arbeiten im Prinzip daran, das ändern zu können.

Jetzt komme ich noch schnell zu § 7. Ich bitte, beide Anträge abzulehnen. Das eine ist schon okay, aber bei den Behandlungsgrundsätzen wollten wir ja allgemeine Richtlinien festlegen. Wenn ein Verbot bei Sterbenden gilt, dann sollte es erst recht bei Gesunden gelten.

Den Antrag hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Fachberufen kann man auch ablehnen. Da haben wir uns auch schon Gedanken gemacht. Wir wollten ja im Prinzip den Ausschluss der Heilpraktiker damit bewirken, mehr nicht.

Danke.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Udo Wolter. – Wir können dann in die Abstimmung eintreten. Ich rufe zunächst den **Antrag III-01-31** von Frau Kollegin Eva Müller-Dannecker auf, über den eben auch diskutiert worden ist. Wer für die Annahme dieses Antrags ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die überwältigende Mehrheit. Bitte die Enthaltungen! – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen dann zum **Antrag III-01-11.** Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Dies ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dieser Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-17.** Da geht es bei den telemedizinischen Verfahren um die Gewährleistung, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Gehe ich Ihnen zu schnell voran? – Nein, gut. Die Beteiligung lässt ein bisschen nach. Da fragt man sich, ob man zu viel Dampf macht.

Wir kommen zum **Antrag III-01-18** von Herrn Dietrich und anderen, das Wort „unverzüglich“ im Text durch das Wort „rechtzeitig“ zu ersetzen. Wer möchte das Wort „unverzüglich“ durch das Wort „rechtzeitig“ ersetzen? – Bitte die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Das kann ich von hier oben nicht entscheiden. Versuchen wir es noch einmal, vielleicht mit ein bisschen mehr Beteiligung. Wer möchte „unverzüglich“ durch „rechtzeitig“ ersetzen? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Weitere Anträge zu § 7 habe ich nicht. Wir könnten also Ziffer 4 in der Anlage zum Antrag III-01 mit der Änderung abstimmen. Wer für diese so geänderte Vorlage des § 7 ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann hätten wir das mit großer Mehrheit so beschlossen.

Wir kommen jetzt zu § 8. Hierzu gibt es keine Wortmeldungen. Wenn keine Wortmeldungen und auch keine Änderungsanträge vorliegen, frage ich, ob Sie dem von uns vorgelegten Änderungsvorschlag in Ziffer 5 der Anlage zustimmen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist das mit zwei Gegenstimmen so beschlossen.

Wir kommen zu Ziffer 6 in unserer Vorlage. Das sind die Änderungen bei § 12. Hierzu gibt es eine Rednerliste. Es gibt inzwischen drei Anträge, nämlich die Anträge 9, 33 und 34. Der erste Redner ist der Kollege Jens Wagenknecht.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 9. Ich möchte Sie ein bisschen vorwarnen. Bei meinem Redebeitrag auf dem vorjährigen Ärztetag in Dresden gab es einen Feueralarm. Seien Sie gewärtig: Irgendwie kann das wieder passieren.

Ich möchte meinen Respekt für den Ehrenpräsidenten, Herrn Professor Hoppe, für seine mutige Darlegung des Problems der individuellen Gesundheitsleistungen in seiner Eröffnungsrede bekunden. Aus diesem Grunde bitte ich Sie, den Antrag 9 nicht anzunehmen, denn dort heißt es in der Begründung:

Diskussionen über derartige Themen

– gemeint sind Vorabinformationen über die Folgen der individuellen Gesundheitsleistungen, Aufklärung über die Kosten in schriftlicher Form –

belasten das Arzt-Patienten-Verhältnis und sollten wir nicht führen müssen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben jetzt so viele Beiträge gehört, in denen wir uns mit unserer Unabhängigkeit und der Aufrichtigkeit unseres Berufs und derartigen Dingen beschäftigt haben. Ich finde es fatal, wenn wir den Vorschlag des Vorstands nicht akzeptieren, wenn wir nicht die Empfehlungen der Bundesärztekammer, die wir schon vor Jahren beschlossen haben, diese zehn Regeln, konsequent auch in unserer Berufsordnung umsetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Wagenknecht. – Als nächster Redner hat der Kollege Wieland Dietrich das Wort.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu § 12 sprechen. Hier soll ein neuer Abs. 4 eingefügt werden. Dieser verpflichtet den Arzt, vor der Erbringung von Leistungen, deren Kosten erkennbar – da stellt sich das Problem: Was ist erkennbar? – nicht von Kostenträgern übernom-

men oder erstattet werden, den Patienten stets schriftlich – ich betone: schriftlich – über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars aufzuklären und auch darüber, dass möglicherweise eine Erstattung durch Kostenträger nicht gesichert ist.

Bei denjenigen Patienten, die nach GOÄ behandelt werden, haben wir ohnehin nach dem BGB eine umfassende Aufklärungspflicht. Sie ist auch durch die Rechtsprechung ausreichend gefestigt und gesichert. Da gibt es nach meinem Dafürhalten keinen Regelungsbedarf. Bei den gesetzlich versicherten Patienten, den Kassenpatienten, regelt der Bundesmantelvertrag ausführlich diesen Sachverhalt der Aufklärungspflicht, auch der schriftlichen Aufklärungspflicht.

Insofern würde hier ein Passus in die Berufsordnung eingefügt, der eigentlich verzichtbar ist und in jedem Fall der auch nur möglichen Nichtübernahme von Kosten die schriftliche Aufklärung verlangt. Ich halte das für überzogen. Ich denke, wir haben in beiden Bereichen – privat und gesetzlich – Rechtsgrundlagen, die ausreichend sind. Ich fände es einen guten Beitrag zum Bürokratieabbau, unmittelbar und konkret. Zum Teil kennen wir ja gar nicht die Versicherung des Patienten. Wir wissen gar nicht, welche Versicherung der Patient hat. Er kann sich als Privatpatient anmelden und hat möglicherweise gar keine Krankenversicherung. Der Patient ist ja nicht verpflichtet, uns das mitzuteilen, weder nach GOÄ noch nach dem Behandlungsvertrag. Wir werden also in eine Sachlage versetzt, bei der wir über den Versicherungsstatus eine völlige Unkenntnis haben, und sollen dann über alle möglichen Dinge aufklären. Das bringt uns letztlich in eine schwierige Rechtsposition.

Deshalb möchte ich Sie bitten, der Streichung entsprechend dem Antrag 9 zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Professor Bertram, Nordrhein.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Herr Wagenknecht hat mir eine Steilvorlage gegeben. Es ist nämlich genau das nicht gemeint, was er uns unterstellt. Im Bundesmantelvertrag steht explizit, dass schriftlich aufzuklären ist. Ich bin Vorsitzender eines großen Berufsverbands. Wir setzen das bei unseren Mitgliedern ganz massiv durch und versuchen, das in geregelten Bahnen laufen zu lassen.

Ich sehe die Probleme nicht bei GKV-Versicherten für Leistungen außerhalb der GKV. Unser Problem liegt bei den anderen Patienten, beispielsweise bei einem 30-jährigen Patienten, der mit einem roten Auge zu mir in die Praxis kommt und bei dem erkennbar ist, dass die Privatkasse ihm nichts bezahlt, weil er eine hohe Eigenbeteiligung hat. Ich soll aber vorher schriftlich aufklären, wie viel Geld er bekommen muss.

Wenn er beihilfeversichert ist, ist klar, dass er je nach Bundesland sein 10-Euro-Äquivalent selber bezahlen muss. Darüber soll ich ihn aufklären.

Als Augenarzt bin ich da wegen der Brillen ein etwas gebranntes Kind. Brillen werden zum Teil bezahlt, zum Teil nicht bezahlt. Ich habe jeden Tag Privatpatienten, die fragen: Zahlt mir das meine Privatkasse oder nicht? Dann sage ich jedes Mal: Sie müssen in Ihren Versicherungsvertrag schauen, ich weiß es nicht.

Im GOÄ-Ausschuss bezieht sich jedes dritte oder vierte Problem auf die Postbeamtenkasse. Die Postbeamtenkasse zahlt bestimmte Ziffern einfach nicht bzw. meistens nicht. Warum soll sich der Arzt darum kümmern, ob die Postbeamtenkasse gerade diese Ziffer bezahlt oder nicht, und den Patienten darüber aufklären? Diese Dinge wollen wir im Arzt-Patienten-Verhältnis nicht. Sie belasten dieses Verhältnis.

Es geht eindeutig nicht darum, dass man bei individuellen Gesundheitsleistungen nicht aufklären soll. Ich finde es schade, dass man nicht sachlich und ohne Emotionen über ein solches Thema diskutieren kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bertram. – Zur Geschäftsordnung hat sich Kollege Bodendieck aus Sachsen gemeldet.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Hohes Haus! Es tut mir leid, aber ich bin etwas verwirrt. Sie werden möglicherweise sagen: Das ist uns egal.

Präsident Dr. Montgomery: Das täte uns auch leid.

Bodendieck, Sachsen: Ich möchte Sie an Folgendes erinnern. Sie wissen alle: Wir haben vor einiger Zeit das zweistufige Normsetzungsverfahren besprochen. Dieses zweistufige Normsetzungsverfahren ist bei der (Muster-)Weiterbildungsordnung angewendet worden und es ist angewendet worden der (Muster-)Berufsordnung. Ihre Landesärztekammern sind mehrfach in die Diskussion einbezogen worden. Wir hatten alle sehr viel Gelegenheit, uns dazu zu äußern.

Wir laufen jetzt Gefahr, dass meiner Meinung nach durch einzelne Sichtweisen Verwirrung in die (Muster-)Berufsordnung hineinkommt, die wir in der Kürze der Zeit – sehen Sie es mir nach – in ihren Auswirkungen im Einzelnen nicht erfassen und überblicken können.

(Beifall)

Aus diesem Grunde bitte ich Sie inständig, dem Vorschlag des Vorstands zu folgen, seine Weisheit in Anspruch zu nehmen und die Debatten zur (Muster-)Berufsordnung abzuschließen. Ich habe mich beraten lassen: Wir stimmen jetzt zwar nach einzelnen Punkten geschäftsordnungsmäßig ab, aber die (Muster-)Berufsordnung ist insgesamt ein Tagesordnungspunkt. Aus diesem Grund beantrage ich Schluss der Debatte zum Tagesordnungspunkt (Muster-)Berufsordnung und bitte um Abstimmung über die vorgelegte Fassung der (Muster-)Berufsordnung, da sie eigentlich durchbeschlossen ist.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Der Geschäftsordnungsantrag lautet also auf Schluss der Debatte zum gesamten Tagesordnungspunkt (Muster-)Berufsordnung. Das würde bedeuten, dass alle Änderungsanträge zum Antrag 1 damit obsolet wären und wir sofort über den Antrag 1 abstimmen müssten.

Dazu eine Gegenrede von Klaus Thierse aus der Ärztekammer Berlin.

Dr. Thierse, Berlin: Es gab einmal ein deutsches Parlament, das wurde als „teuerster Gesangsverein“ bezeichnet, weil man dort hinkam, die Nationalhymne sang und dann wieder ging. Wenn diese Argumentation richtig ist, dass wir hier alles zu akzeptieren haben, was in den Gremien beschlossen wird, brauchen wir gar nicht mehr hierhinzukommen.

(Beifall)

Ich habe auch manchmal als Mitglied der Ständigen Kommission „Ärztliche Weiterbildung“ gesagt: Jetzt wird das wieder nach einzelnen Trassen auseinandergefusselt, was wir vorher durchdiskutiert und konsentiert haben.

Trotzdem: Wir sind das Parlament der deutschen Ärzteschaft. Wir sind diejenigen, die das beschließen müssen. Wenn wir hier argumentieren: Das ist in einem Gremium unter Beteiligung einer jeden Landesärztekammer beschlossen worden, wobei wir gar nicht wissen, wie sehr das in der jeweiligen Landesärztekammer konsentiert ist, brauchen wir nicht mehr hierhinzukommen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Jetzt haben wir eine Wortmeldung für Schluss der Debatte zum gesamten Tagesordnungspunkt (Muster-)Berufsordnung und eine Gegenrede gehört. Wir können uns jetzt eine Meinung bilden. Wer für Schluss der Debatte ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Dies ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige.

Dann fahren wir jetzt in der Debatte fort. Es liegen noch zwei Wortmeldungen zu § 12 vor. Ich möchte vorsichtshalber ankündigen, dass ich Sie bitten werde, danach diesen Tagesordnungspunkt kurz zu unterbrechen, damit wir den Bericht des eingeladenen Referenten, Herrn Professor Zepp, hören können, weil ihm sonst irgendwann die Zeit wegläuft und er uns wieder verlassen muss, weil er andere Verpflichtungen hat. Ich hoffe, dass Sie damit einverstanden sind. Anschließend können wir die (Muster-)Berufsordnung und den Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ weiterbehandeln.

Der nächste Redner ist der Kollege Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Mit Abs. 4 habe ich meine Probleme. Er ist okay in Bezug auf die individuellen Gesundheitsleistungen, aber heute haben schon viele Privatversicherte solche Spezialtarife mit hohen Selbstbeteiligungen, dass überhaupt nicht sicher ist, ob es über-

nommen wird. Bei 1.000 Euro Selbstbeteiligung im Jahr sparen Sie einen erheblich höheren Betrag. Sie müssen also das Geld haben, um es bezahlen zu können. Ich kann nicht wissen, ob der Patient im jeweiligen Jahr schon 960 oder 980 Euro Zuzahlung geleistet hat. Dann ist eben die Kostenübernahme durch die Krankenkasse nicht sicher.

Von daher beantragen wir, die Worte „nicht sicher“ zu streichen. Ich bitte da um Ihre Zustimmung. Wir sind nicht die Billigheimer der Nation, die ihre Tarife senken, weil ein Patient einen Spezialtarif vereinbart hat, bei dem er massiv Kosten spart, aber dann, wenn es zu Kosten kommt, erklärt, dass er diese nicht bezahlen möchte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dewitz. – Als nächster Redner hat der Kollege Professor Dietrich aus Bayern das Wort.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich empfinde diese Diskussion ein bisschen als pharisäerhaft. Ich glaube, wir wissen alle, worüber wir reden. Wir reden hier nicht über den Selbstbehalt bei privaten Versicherungen. Wir reden auch nicht über Beihilferegelungen oder Ähnliches. Wir reden hier über individuelle Gesundheitsleistungen. Es ist anscheinend rechtlich nicht möglich, hier „IGeL“-Leistungen hineinzuschreiben, weil das kein rechtlich fassbarer Begriff ist. Aber uns allen ist doch klar, dass es hier um einen Markt geht, der inzwischen 1 bis 3 Milliarden Euro umfasst. Wir wissen nichts über diese Leistungen. Ich hätte es viel lieber gehabt, wenn dieser Paragraf weitaus schärfer gefasst wird, denn es handelt sich hier um nicht qualitätsgestützte, nicht kontrollierte Leistungen, die an einem Patienten erbracht werden, der in vielen Fällen gar nicht weiß, was mit ihm passiert.

Ich denke gerade im Sinne des Antragstellers an die Augeninnendruckmessungen. Wir wissen doch alle, was da passiert. Von daher finde ich es völlig richtig, dass diese Patienten auch über die ökonomischen Folgen aufklärt werden müssen. Es steht uns gut an, wenn wir als Ärzteschaft wenigstens diesen ersten Schritt hin zu einer Einschränkung oder Kontrolle dieser bisher unkontrollierten IGeL-Leistungen machen. Deswegen bin ich ganz dafür, dass dieser Absatz bestehen bleibt.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Dietrich. Sie sind ja von Hause aus Anästhesist. Da ist es sicher manchmal segensreich, dass der Patient nicht weiß, was mit ihm passiert. Ich glaube, das ist manchmal das Ziel dieses Faches. – Die nächste Wortmeldung kommt von Eva Müller-Dannecker aus Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich möchte einen Vorschlag machen, der den Vorrednern vielleicht ein bisschen entgegenkommt. Ich schlage vor, das Wort „grundsätzlich“ einzufügen, und zwar hinter „erkennbar“, sodass der Text lautet:

> *Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar grundsätzlich nicht von einer Krankenversicherung …*

Damit würde klar, dass es um Dinge geht, die in aller Regel nicht erstattet werden. Wir hätten die ganzen Sonderpunkte wie Postkrankenkasse usw. klargestellt.

Danke schön.

Präsident Dr. Montgomery: Danke schön. – Es liegen jetzt dazu keine weiteren Wortmeldungen mehr vor. Ich erteile dem Referenten Udo Wolter das Wort zur Kommentierung der Anträge.

Dr. Wolter, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Unser Vorschlag lautet: ablehnen. Warum? Wir haben uns bei dem Paragrafen auf Ihre Forderungen auf einem Deutschen Ärztetag bezogen. Wir haben versucht, es so zu formulieren, dass alle Aspekte mit geregelt werden. Der Begriff Bundesmantelvertrag sollte in der Berufsordnung an sich vermieden werden. Wir können uns darauf im Prinzip nicht beziehen, weil die Krankenkassen ja nicht bei unserer Berufsordnung mitreden. Unser Vorschlag wäre: ablehnen.

Danke.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir können in die Abstimmungen eintreten. Ich schlage Ihnen vor, über den Antrag 9 als ersten Antrag abzustimmen, weil er der weitestgehende Antrag ist. Es geht ja um die komplette Streichung dieses Absatzes. Ich schlage vor, anschließend über die Anträge 34 und 33 abzustimmen.

Wir beginnen mit dem **Antrag III-01-09,** vollständige Streichung dieses Passus. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-34.** Danach soll in § 12 Abs. 4 Satz 1 das Wort „schriftlich“ gestrichen werden. Ist Ihnen klar, was gestrichen werden soll? Die Übermittlung des Kostenvoranschlags soll also auch mündlich möglich sein. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Dann ist der Antrag bei vielen Enthaltungen **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-33.** Danach sollen am Ende von § 12 Abs. 4 die Worte „oder nicht sicher“ gestrichen werden. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist auch dieser Antrag **abgelehnt.**

Wir könnten jetzt über Nr. 6 der Anlage zum Antrag III-01 zu § 12 ohne jede Änderung in toto abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dies mit großer Mehrheit so beschlossen.

Mit Ihrem Einverständnis unterbreche ich jetzt kurz die Behandlung des Tagesordnungspunkts (Muster-)Berufsordnung und rufe aus dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ das Referat von Professor Zepp auf, der uns über die Perspektiven moderner Präventionskonzepte im Kindes- und Jugendalter einen Vortrag halten wird. Herr Professor Zepp, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Zepp, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich freue mich, dass wir trotz Ihrer intensiven Diskussion und eines gedrängten Programms die Möglichkeit haben, über das Thema Prävention mit dem Fokus auf das Kindes- und Jugendalter zu sprechen. Prävention ist natürlich nicht nur ein pädiatrisches Thema, sondern erfasst faktisch unser ganzes Berufsbild und unsere ganze Lebensumwelt.

Da ich weiß, dass nur ein Teil von Ihnen Kinder- und Jugendärzte sind, habe ich eine kurze historische Einführung in das Thema Kinder- und Jugendmedizin an den Anfang gestellt. Kinder- und Jugendmedizin ist eine relativ junge Disziplin. Sie ist vor etwa 200 Jahren aus der Inneren Medizin entstanden. In Deutschland sind gerade einmal vor 100/110 Jahren in relevantem Umfang die ersten Kinderkliniken entstanden. Natürlich hat es sich in dieser Phase vor allen Dingen um Gesundheit oder die Wiederherstellung von Gesundheit von Säuglingen und Kindern und Heranwachsenden gehandelt.

Wenn wir in die Präambel unseres Standardlehrbuchs schauen, finden wir, dass zur Kinder- und Jugendmedizin auch die Betrachtung von Wachstum und Entwicklung gehört, dass es darum geht, den Menschen so zu begleiten, dass sie als Erwachsene die beste Lebensqualität haben, also das ihnen von der Natur angebotene Potenzial entfalten können. Wir wollen dies tun unter Berücksichtigung physischer und psychomentaler Prozesse, aber auch der Lebensumwelt von Kindern.

Das zeigt, dass Kinder- und Jugendärzte im Prinzip im Kernauftrag präventive Medizin betreiben. Das macht heute zwei Drittel der Arbeit von Kinder- und Jugendärzten aus. Wenn wir die Prävention betrachten, ist es wichtig, sich vor Augen zu führen, dass Prävention „zuvorkommen“ bedeutet. Das heißt, wir wollen mit unseren Interventionen vor dem Eintreten einer Krankheit – idealerweise, bevor sie sich überhaupt entwickeln kann – eingreifen. Die primäre Prävention, das Intervenieren, bevor eine Krankheit überhaupt auftritt, oder aber die Früherkennung spielen eine besondere Rolle. Unter diesen Aspekten werde ich das Thema mit Ihnen behandeln.

Was hat man erreicht? Zwischen 1918 und heute haben wir vor allen Dingen eine erhebliche Abnahme der Kindersterblichkeit bis zum 20. Lebensjahr zu verzeichnen. Zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts war die Säuglingssterblichkeit so hoch wie die Sterblichkeit von Menschen über 65 Jahren. Heute liegt sie unter 3 auf 1.000 Lebendgeborene. Das ist im Vergleich der entwickelten Länder sehr gut. Der große Erfolg der modernen Medizin und der präventiven Medizin hat ganz offensichtlich in diesen Altersgruppen stattgefunden.

Früher standen Fragen der gesunden Ernährung und der Ernährungszusammensetzung im Vordergrund. Damals ging es um die Verhinderung der Rachitis durch Vitamin-D-Mangel. Diese Ereignisse liegen 50 bis 60 Jahre zurück. Zu nennen ist hier auch die Hirnblutung durch Vitamin-K-Mangel.

Ein wesentliches Thema ist auch die Impfung, die Impfkontrolle. Das ist für uns heute eine Selbstverständlichkeit. Die Kontrolle der Pocken ist der größte Erfolg der medizinischen Forschung überhaupt.

Der letzte Punkt, der die vergangenen 150 Jahre bewegt hat, ist der enorme Fortschritt der Neugeborenenmedizin. Das spiegelt sich auch in einer enormen Abnahme der Kinder- und Säuglingssterblichkeit wider. Wir sind heute durch die moderne Medizin in der Lage, sehr kleine Frühgeborene unter schonendsten Bedingungen zu betreuen.

Das heißt, die Prävention ist ein Kernelement der Kinder- und Jugendmedizin. Sie hat sich in den vergangenen zwei Jahrhunderten vor allem fokussiert auf die Sicherung einer regelrechten Entwicklung durch quantitativ und qualitativ ausreichende Ernährung und durch die Infektionskontrolle durch Hygienemaßnahmen und Impfungen. Hinzu kommen die enormen Fortschritte der Neugeborenen- und der vorgeburtlichen Medizin.

Auf dieser Folie sehen Sie die Lebenserwartung der verschiedenen Altersgruppen 1901 und 1995. Heute haben wir eine Lebenserwartung von etwa 80 Jahren. Wir haben also in 100 Jahren die Lebenserwartung verdoppelt. Man sollte sich darüber im Klaren sein, dass dieser Zugewinn an Lebenserwartung vor allen Dingen durch Intervention und Maßnahmen in den ersten Lebensjahren erreicht wurde.

Die Präventivkonzepte in der Kinder- und Jugendmedizin fokussieren sich auf die Themen primäre und sekundäre Prävention. Ich denke, am besten etabliert und im Augenblick am wirksamsten aktiv sind in Deutschland die Angebote zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Wir haben eine Reihe von etablierten Präventionsprogrammen. Ich denke, die sogenannten Früherkennungsuntersuchungen mit den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sind sicherlich die wirkungsvollsten Konzepte, die im Augenblick etabliert sind.

Im Sachverständigengutachten ist einmal kritisiert worden, dass die Früherkennungsuntersuchungen relativ wenig evidenzbasiert sind. Das ist in der Tat so. Das bedeutet einen enormen Aufwand. Ich denke, es muss eine Forderung der Ärzteschaft sein, einen enormen Aufwand in der Versorgungsforschung zu betreiben, um solche Präventions- und Früherkennungskonzepte zu evaluieren. Wir müssen dazu bereit sein, über einen Zeitraum von 10, 20 oder 30 Jahren zu evaluieren. Die Effekte, die wir heute implementieren wollen, werden wir erst in Dekaden nachlesen.

Im Grundsatz ist jede Form der Betrachtung einer normalen Entwicklung ein wichtiges Moment. Wenn wir feststellen, dass ein Mensch zu schnell oder zu langsam wächst, dann bedeutet dies die Erkenntnis, dass sich etwas in dem Korridor, den die Natur vorgegeben hat, nicht in dieser Form entwickeln kann. Das bedeutet, jede Früherkennung ist ein Indikator für eine Intervention.

Es ist wichtig zu wissen, dass Menschen nicht linear wachsen, sondern dass sie in bestimmten Phasen ihres Lebens unterschiedliche Entwicklungsprozesse durchlau-

fen. Die wichtige Aufgabe der frühen sekundären Prävention zur Früherkennung ist es, diesen Korridor zu monitorieren und zu wissen, wann eine Intervention erforderlich ist.

Auch in einem bestimmten Lebensabschnitt ist es nicht so, dass wir einfach Parameter messen, um einen Menschen zu vermessen oder durch Labortests auszuloten. Sie sehen hier das Bild einer Gymnasialklasse aus dem letzten Jahrhundert, in der alle zwölf Jahre alt sind. Es gibt Kinder, die noch wie ein Kind agieren, es gibt aber auch schon junge Adoleszente, die wie junge erwachsene Männer dastehen. Mit anderen Worten: Es geht nicht nur um die Betrachtung der einzelnen Entwicklungsabschnitte, sondern wir müssen wissen, dass die Menschen auf dem Weg dorthin unterschiedliche Bedürfnisse oder auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen haben. Das spielt in der dynamischen Entwicklung unserer Gesellschaft heute eine ganz besondere Rolle. Das sind Fragen, die heute in der Begleitung von jungen Heranwachsenden anstehen, mit denen wir uns im Präventionskonzept noch gar nicht hinreichend beschäftigt haben.

Wir haben in Deutschland ein sehr umfassendes Früherkennungssystem für Fragestellungen im Kindes- und Jugendalter. Es sind eine Reihe gut funktionierender Früherkennungsuntersuchungen etabliert. Es kann eigentlich gar nicht sein, dass wir glauben, wie in § 26 suggeriert, dass die Entwicklung des Kindes schon mit sechs Jahren endet. Da gibt es sicherlich noch weitere Fragen zu klären.

Wir haben es heute zunehmend mit neuen Problemen zu tun, die sich bei der Entwicklung unserer jungen heranwachsenden Mitbürger ergeben, die sich unter dem Aspekt der Jugendmedizin darstellen. Ich nenne hier die Integration in soziale Verbände, das Lernverhalten in den Schulen, eine zunehmende Problematik emotionaler Dysfunktionen innerhalb der Peer Groups, aber auch innerhalb der Familien. Ich nenne ferner Probleme des Suchtverhaltens, der Familienstruktur, die Zunahme von Gewalt oder auch neue Formen und Wahrnehmungen gesellschaftlicher Akzeptanz von Sexualverhalten.

Alle diese Dinge bilden sich heute in unseren Früherkennungssystemen noch nicht ab, reflektieren aber die Entwicklung in unserer Gesellschaft und sollten daher im Prinzip in unsere Früherkennungsprogramme adäquat aufgenommen werden.

Früherkennungsuntersuchungen sind ein tragendes Element der Prävention im Kindes- und Jugendalter. Sie erfassen Störungen der körperlichen und der psychomentalen Entwicklung. Diese Früherkennungsuntersuchungen müssen zukünftig um die Probleme unserer heutigen Lebenssituation erweitert werden. Das heißt, wir müssen uns mit Fragen der Umwelteinflüsse, erneut mit Fragen der Ernährung und der Bewegung befassen, dem Suchtverhalten, dem Medienkonsum, der psychischen Belastung innerhalb der Familie und innerhalb der Gesellschaft. Wir müssen uns auch mit der Frage früherer Bindungsstörungen beschäftigen.

Wir müssen dem Gesundheitssystem auch die Möglichkeiten geben, wenn solche Abweichungen erkannt werden, entsprechende Interventionen einzuleiten.

Die Inhalte dieser Konzepte müssen wesentlich verstärkt in die medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung eingeführt werden. Diese Themen sind in der Ausbildung unserer Studierenden, aber auch in den Weiterbildungsordnungen immer noch unterrepräsentiert. Zudem ist überfällig, dass die Themen der präventiven Medizin bei-

spielsweise durch die Einrichtung von pädiatrischen Weiterbildungspraxen dargestellt werden.

Natürlich müssen diese Prozesse auch monitoriert und wissenschaftlich begleitet werden. Es muss in dieser Gesellschaft eine Diskussion darüber geführt werden, wie man solche Versorgungsforschungsprojekte auflegen kann, die eine lange Laufzeit haben. Es sind Projekte, bei denen man in der Tat erst nach vielen Jahren, manchmal erst nach Jahrzehnten den Erfolg oder Misserfolg messen kann.

Es muss auch klar sein, wer in der Gesellschaft die Kosten dafür übernimmt. Das kann der Steuerzahler sein, das könnten aber auch einmal die Kostenträger sein, denn von gut evaluierten Präventionskonzepten profitieren am Ende auch die Strukturen, die für die Gesundheitserhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit im Lande verantwortlich sind.

Ein wichtiger Punkt, der nicht vergessen werden darf – das ist für Kinder- und Jugendärzte besonders interessant, denn sie haben es ja mit jungen Menschen zu tun –, ist die primäre Prävention, die sich auf Fragestellungen der genetischen Prädisposition und in zunehmendem Umfang auf die Frage der Modulation bezieht, das heißt die Beeinflussung der genetischen Prädisposition durch unsere Umwelt. Wir wissen heute, dass wir die Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich das genetische Konzept eines Menschen verwirklicht, modulieren können, und zwar einmal durch Umweltbedingungen oder auch durch epigenetische Prägung. Auf der anderen Seite spielt unser Verhalten eine ganz wesentliche Rolle.

Da ich nur wenig Zeit zur Verfügung habe, habe ich mich auf ein Thema konzentriert. Ich möchte Ihnen nur noch die Barker-Hypothese vorstellen. Barker war ein Epidemiologe in England, der beobachtet hat, dass in der Altersgruppe der über 60-Jährigen diejenigen Personen besonders häufig Bluthochdruck hatten, die als Kinder mit einem zu niedrigen Gewicht auf die Welt kamen. Ich zeige Ihnen hier die Angaben zu zwei Neugeborenen, bei denen das eine Kind intrauterin ein zu geringes Nahrungsangebot hatte.

Die Untersuchungen, die Barker in den 80er- und 90er-Jahren angestellt hat, zeigen, dass diejenigen Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von unter 2,5 kg auf die Welt gekommen sind, im Alter von über 60 Jahren signifikant häufiger Bluthochdruckerkrankungen hatten, als dies bei normalgewichtigen Kindern der Fall war.

Das ist eine epidemiologische Assoziation, kein kausaler Beweis, sondern ein Modell, um Hypothesen zu generieren. Er hat damit die Grundlage geschaffen für die moderne Forschung. Wir wissen heute, dass ein niedriges Geburtsgewicht und disproportionales fetales Wachstum nicht nur mit Hypertension, sondern auch mit einem erhöhten Risiko von koronarer Gefäßkrankheit, Insulinresistenz, Adipositas und Dyslipidaemie vergesellschaftet sind. Mit anderen Worten: Die Essenz dieser Untersuchung, die mittlerweile sehr gut auch im Tiermodell belegt ist, lautet: Nicht nur die plazentare Versorgung, sondern auch die Zusammensetzung der Nahrung, hormonelle Abnormitäten oder auch Bedingungen der Mutter – Gestationsdiabetes, Übergewicht – spielen eine Rolle. Sie modifizieren unseren genetischen Bauplan. Viele Dinge beispielsweise hinsichtlich des Bluthochdrucks werden im Prinzip festgelegt, bevor wir geboren werden, oder innerhalb unserer ersten Lebensjahre.

Wichtig ist sicher auch die Tatsache, dass Eigenschaften der Mutter, beispielsweise mütterliches Übergewicht, eine Prädisposition für sekundäre Probleme wie Insulinresistenz, metabolisches Syndrom oder Übergewicht darstellen. Wir müssen verstehen, dass Prävention nichts ist, was – wie es die Politiker vielleicht gern hätten – in zwei Jahren Ergebnisse zeitigt, sondern wir müssen heute Interventionen einleiten, um die nächste Generation und in manchen Fällen die übernächste Generation zu beeinflussen.

Eine Untersuchung aus Schweden zeigt in den vergangenen Jahren eine Zunahme der Zahl von übergewichtigen Neugeborenen. Diese Zunahme korreliert mit der Zunahme der Zahl übergewichtiger Mütter. Eine übergewichtige Mutter wird also prädisponierte Kinder zur Welt bringen, die in sich tragen, das Problem an die nächste Generation weiterzugeben. Wenn wir dieses Verständnis einer langfristigen Modifikation von metabolischen Konzepten nicht in unsere primären Konzepte aufnehmen, werden wir immer nur kurzfristige Erfolge haben, werden gewissermaßen Kosmetik am Zustand betreiben.

Es ist ganz offensichtlich so, dass die ersten 24 bis 36 Monate ein besonders attraktives Fenster darstellen, um mit Präventivkonzepten in die Entwicklung einzugreifen. Es gibt eine sehr gute Untersuchung der Familie Bergmann aus dem Robert-Koch-Institut, die zeigt, dass Kinder, die in den ersten sechs Lebensmonaten gestillt werden, ein signifikant geringeres Risiko haben, im späteren Leben adipös zu werden. Man kann es auch in Zahlen fassen: Jeder Monat, in dem ein Kind bis zum sechsten Lebensmonat gestillt wird, bedeutet 4 Prozent Risikoverminderung hinsichtlich der Entwicklung einer Adipositas im späteren Leben.

Kinder- und Jugendärzte kümmern sich natürlich um die Entwicklung von Menschen von der vorgeburtlichen Phase bis ins junge Erwachsenenalter.

Gerade für die primäre Prävention im Kinder- und Jugendalter haben wir offensichtlich ein „window of opportunity“, bei dem wir chronische Krankheiten des Erwachsenenalters durch frühe Intervention bei den Rahmenbedingungen, unter denen Kinder aufwachsen oder Kinder sich im Mutterleib entwickeln, positiv beeinflussen können. Genetische Prädisposition und epigenetische Prozesse werden primärpräventive Interventionsmodelle bestimmen. Neben der Förderung der aktuellen Präventionskonzepte halte ich es für besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass wir gerade an dieser Stelle als Gesellschaft, als Ärzteschaft investieren sollten, um derartige Primärpräventivkonzepte realisieren zu können.

Ich sage noch einmal: Das sind Konzepte, deren Ergebnisse wir in der nächsten und in der übernächsten Generation lesen werden. Das sind Primärpräventivkonzepte, die eine Investition in die Gesundheit zukünftiger Generationen darstellen.

Schließlich komme ich noch zu der Frage: Werden die Präventionskonzepte heute optimal genutzt? Ich möchte nur ein Ergebnis vom Robert-Koch-Institut anführen, das vor einigen Jahren gezeigt hat: Reiche Männer werden älter. Ärmere Menschen sterben früher. In einer wohlhabenden Gesellschaft hängt Gesundheit von Bildung, Arbeitssituation und Wohnbedingungen ab. Das gilt für eine Reihe von chronischen Erkrankungen, besonders des Erwachsenenalters.

Mit anderen Worten: Wenn wir Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung begreifen, müssen wir akzeptieren,

dass eine hohe Solidarität im Hinblick auf die Bereitstellung von Präventionsgütern geschaffen werden muss. Durch die frühe Prävention, die ich Ihnen nur in einem kleinen Ausschnitt zeigen konnte, das heißt die Möglichkeit, heute primär positiv auf das metabolische Lebenskonzept eines Menschen einzuwirken, können wir tatsächlich nachhaltige Effekte über das ganze Leben entfalten.

Damit gesundheitsfördernde Konzepte verfügbar werden, ist es wichtig, dass diese Möglichkeiten in unsere Bildung mit aufgenommen werden, damit sie Bestandteil der Lebensumwelt von Kindern und Jugendlichen werden. Wir sollten nicht erst einem Erwachsenen dies beizubringen versuchen. Sie wissen, nach dem 20., 24. Lebensjahr werden Verhaltensänderungen nur noch sehr schwer umgesetzt. Wir müssen diese Konzepte in die Betreuungspläne der Kindergärten, in die Ausbildungspläne der Schulen, in die Erwachsenenbildung mit aufnehmen, um mit einem langfristigen Konzept die Menschen zu begleiten, nicht mit kleinen punktuellen Modifikationen.

Wir sollten auch investieren – das sehe ich immer wieder bei meinen Besuchen im Ausland – in die Begleitung von Kindern und Schülern. Die School Nurses in Amerika oder Australien sind ein hochinteressantes Konzept. Wir könnten das bei uns beispielsweise durch eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes erreichen.

Ich hoffe, ich habe Sie überzeugen können, dass durch Prävention im Kindes- und Jugendalter überdurchschnittlich viele Lebensjahre mit hoher Lebensqualität gewonnen werden können. Wir sollten uns als Erstes darauf besinnen, die Wirkung etablierter Präventionskonzepte dadurch zu verbessern, dass wir genügend Ressourcen bereitstellen. Wir müssen unsere Mitbürger aber auch ausreichend informieren, ebenso die Ärzte im System. Wir sollten uns in Zukunft vermehrt den primärpräventiven Konzepten zuwenden. Dazu gehört eine starke Intensivierung der Forschung. Wir sollten gemeinsam auch gegenüber der Politik und den Funktionären verdeutlichen, dass eine nachhaltige Prävention immer nur generationsübergreifend wirken kann. Wir sollten die Bereitschaft fördern, heute zu investieren, um in der nächsten und in der übernächsten Generation eine gesündere Lebensumwelt zu erreichen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Zepp, für diesen ausgesprochen informativen und engagierten Vortrag, der uns sicher weitergebracht hat. Wir werden jetzt über diesen Teil diskutieren. Über die Anträge stimmen wir dann später ab. Wenn der Diskussionsbedarf erloschen ist, darf Herr Zepp gehen.

Bevor wir zur Rednerliste kommen, hat sich Herr Biedendieck zur Geschäftsordnung gemeldet. – Ich sehe seine drei ausgestreckten Finger. Das interpretiere ich so, dass er für diesen Teil der Debatte eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten beantragt. Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Der erste Redner, den dies trifft, ist Herr Kollege Bolay aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Hohes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich habe mich bereits auf diese drei Minuten eingerichtet und werde sie auch nicht überziehen.

Vielen Dank, Herr Professor Zepp. Sie haben uns einen engagierten Vortrag gehalten. Sie haben uns auf viele Möglichkeiten der gezielten Prävention hingewiesen, die weit über das hinausgehen, was heute umgesetzt wird.

Vielen Dank aber auch besonders an den Vorstand, dass Sie Professor Zepp eingeladen haben und die Kinder- und Jugendgesundheit immer wieder zu einem Thema Deutscher Ärztetage machen. Es ist ein Thema, das uns Ärzte, aber in besonderer Weise auch die Gesellschaft dauerhaft herausfordert; denn diese Gesellschaft darf keinen Jugendlichen, kein Kind durch eine vermeidbare Erkrankung, insbesondere durch die neuen Morbiditäten, über die Herr Professor Zepp gesprochen hat, in die soziale Abhängigkeit verlieren.

Mit seinem Leitantrag bestätigt der Vorstand maßgeblich die Bedeutung bestehender und künftiger Präventionskonzepte. Aber in diesen Leitantrag hat sich ein Satz eingeschlichen, der nicht so richtig in den Kontext passt. Der zweite Absatz beginnt mit der Feststellung:

Insgesamt belegt die Studie eine gute Gesundheit unserer Kinder.

Gemeint ist die KiGGS-Studie. Um ein Beispiel zu nennen: Mehr als 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind normalgewichtig. Aber das bedeutet doch im Umkehrschluss: In jeder Schulklasse sitzen vier bis fünf adipöse Kinder. Das trifft auf viele Ergebnisse der KiGGS-Studie zu. Man kann es so oder so drehen, aber eines steht fest: Die Kinder- und Jugendgesundheit kann und muss verbessert werden. Daher möchte ich Sie bitten, diesen Satz zu streichen.

Wir haben eine Reihe weiterer Anträge zur Jugendgesundheit vorgelegt. Die meisten sind selbsterklärend und dienen einer guten Sache. Nach dem Vortrag von Professor Zepp brauche ich darauf nicht mehr einzugehen, ich möchte Sie aber sehr bitten, diese Anträge positiv zu bescheiden.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Bolay. – Der nächste Redner ist Professor Joachim Grifka aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich danke Herrn Zepp herzlich für diesen Vortrag, der gedrängt in den gesamten Ablauf unserer Tagesordnung eingeschoben ist. Er ist aber sehr wichtig und von uns in seiner Bedeutung noch gar nicht so richtig erfasst. Wir sind tagtäglich mit Erkrankungen befasst, sind damit mehr als genug beschäftigt. Aber die Prävention wird allenfalls im Bereich der Sekundärprävention behandelt. Die Primärprävention wird oft vernachlässigt, dabei muss gerade sie im Interesse des Individuums wie auch gesamtgesellschaftlich und unter ökonomischen Gesichtspunkten mehr Bedeutung haben.

Herr Zepp, Sie haben gezeigt, wie sich die Lebensumstände gewandelt haben, von Unterernährung hin zu völlig unvernünftigen Ernährungsgewohnheiten, die zum metabolischen Syndrom führen. Was die Politiker machen, ist plakativ. Da wird der Apfel in der Schule gegessen. Das findet vielleicht in der Zeitung seinen Niederschlag, hat aber keinen Nachhall.

Sie haben uns gesagt, wir brauchen einen langen Atem. Das ist ganz wichtig, wenn wir Probleme vermeiden wollen, die sich ja erst nach Jahrzehnten in Krankheiten manifestieren. Dies ist die Voraussetzung, um gesunde Lebensjahre zu gewinnen.

Das alles wissen wir ja auch, aber es fehlt die Umsetzung. Warum ist das so? Meines Erachtens gibt es dafür zwei wesentliche Gründe. Der eine Grund ist schon angeklungen: Politisch ist das Ganze nicht interessant. Wir zeitigen nämlich keine Erfolge, die mittelfristig oder sogar im Verlauf einer Legislaturperiode zu sehen sind. Das geht längerfristig. Das ist wirklich die Investition in die Zukunft. Das ist dann für die Politik nicht vordergründig interessant.

Zu berücksichtigen sind aber auch die Kostenträger, die die primäre Prävention nicht unterstützen. Ich darf Ihnen das an einem Beispiel erläutern. Rückenschule in der Schule ist eine geeignete Maßnahme, um die Kinder zu erreichen, um Verhaltensweisen so abzustimmen, dass eine Volkskrankheit vermieden wird. Im Dienstleistungsbereich – das ist derjenige Bereich, den wir in Deutschland noch am ehesten bieten können – ist es ganz wichtig, rückengesund zu sein. Wir können aber solche Konzepte nicht umsetzen, weil uns die Kostenträger sagen, dass eine Förderung beispielsweise durch Materialien schon satzungsmäßig nicht möglich ist, weil es ja nicht ihre Versicherten erreicht, sondern ganz allgemein gestreut ist.

Ich glaube auch nicht, dass wir es dem öffentlichen Gesundheitsdienst überlassen können, sondern es muss unser Anliegen sein, dass wir uns um die primäre Prävention kümmern. Dann müssen wir zwangsläufig auch nach Lösungen suchen. Man muss sich sicherlich Gedanken machen, wie man die Kostenträger mit einbezieht, wie man auch von der Politik eine Regelung bekommen kann, dass Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit wir im Bereich der primären Prävention erfolgreich mit den verschiedenen Konzepten sein können und damit in unsere Zukunft investieren.

Vielleicht darf ich das in Richtung Vorstand mit auf den Weg geben, dass man sich einmal Gedanken in diesem Sinne macht, wer alles unser Ansprechpartner ist, um dieses Anliegen, das sehr klar von Herrn Zepp artikuliert wurde, voranzubringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke, Joachim Grifka. – Der nächste Redner ist Kollege Thomas Fischbach von der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Liebes Präsidium! Meine Damen und Herren! Lieber Herr Zepp, vielen Dank für diesen informativen Vortrag. Im Rahmen dieses Ärztetages ist viel über gesellschaftlichen Wandel und seine Folgen für uns und für die nachwachsende Generation gesprochen worden. Wir haben es oftmals in einem anderen Zu-

sammenhang diskutiert. Jetzt bekommen wir durch Herrn Zepp einen Blick darauf, wie sich gesellschaftlicher Wandel auch bei der nachwachsenden Generation kenntlich macht, zum Teil eben auch negativ.

Es ist in der Tat richtig, dass die KiGGS-Studie im Wesentlichen gezeigt hat, dass unsere Kinder und Jugendlichen gesund sind. Wenn man sich diese Studie genau ansieht, kann man an vielen Stellen erkennen, dass hier eine Negativentwicklung hin zu neuen Morbiditäten und soziogenen Entwicklungsstörungen festzustellen ist, die eine gewisse Rasanz hat und sich deutlich fortentwickelt. Wir konnten heute in der Presse lesen, dass der Diabetes Typ II massiv zunimmt, wesentlich stärker zunimmt, als es erwartet wurde. Auch dies ist die Folge eines Priming; Herr Professor Zepp hat davon gesprochen.

Auf der anderen Seite haben wir zwar diese Datenlage – nicht nur durch die KiGGS-Studie –, aber wir haben eigentlich ein Nullengagement der Kostenträger, also der Krankenkassen und auch seitens der Politik, was die Versorgungsforschung anlangt, um genau zu schauen, welche Situation der ärztlichen Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen wir haben.

Wir wissen wenig über regionale Versorgungsstrukturen, aber diese müssten wir unbedingt kennen. Wir wissen immer noch zu wenig über die Wertigkeit unserer bereits etablierten Präventionskonzepte, und zwar sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Deshalb möchte ich Sie sehr herzlich bitten, die zahlreichen Anträge, die wir zu diesem Thema gestellt haben, zu unterstützen.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Fischbach. – Der nächste Redner ist der Kollege Hans-Detlef Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Lieber Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich bei Herrn Zepp für den hervorragenden Vortrag bedanken. Mir liegt ein kleiner Baustein der Früherkennung im Kindes- und Jugendalter sehr am Herzen. Ich bin Orthopäde. Insofern liegt mir das Hüftscreening der Neugeborenen sehr am Herzen, das momentan bei der U3 in der sechsten Lebenswoche stattfindet. Ich denke, das ist zu spät. Professor Mellerowicz konnte in einer großen Studie – ich glaube, das ist die größte Hüftsonostudie weltweit mit über 20.000 Hüften und 15.000 Patienten – nachweisen, dass die Nachreifung der Hüfte in den ersten sechs Lebenswochen exponentiell verläuft, anschließend linear. Das heißt, wenn ich viel erreichen möchte, muss ich viel früher beginnen. Man müsste diese Früherkennung eigentlich in die U2 legen, in die ersten zehn Tage, insbesondere bei Risikobabys, also bei Beckenendlagen oder Mädchen von Eltern, die auch eine Hüftdysplasie hatten. Das findet nach wie vor nach sechs Wochen statt, wenn es eigentlich fast schon zu spät ist. Dann erreicht man wesentlich weniger, als wenn man es gleich nach zehn Tagen macht.

Ich war mit meiner kleinen Tochter schon nach der ersten Woche bei Professor Mellerowicz. Sie hat eine Spreizhose bekommen. Ihr geht es super.

Ich denke, da sollte man etwas tun, dass davon noch mehr Babys profitieren. Das Kind, das nach mir untersucht wurde, war ein Dysplasiekind, das erst nach sechs Wochen kam. Da sind die Aussichten wesentlich schlechter. Ich möchte Sie bitten, sich auch damit zu beschäftigen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dewitz. – Der nächste Redner kommt aus Hessen; es ist der Kollege König.

Dr. König, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch in unserem Fachgebiet – ich bin Gynäkologe – gibt es die Prävention. Wir haben 40 Prozent Prävention. Zunächst hatte ich Angst, dass Sie jetzt auch noch die Mutterschaftsvorsorge übernehmen wollen. Die J2-Untersuchung ist eigentlich auch nicht mehr in Ihrem Bereich angesiedelt. Bei den Damen ist das schon der Bereich der Empfängnisverhütung.

Damit es keine Streitpunkte gibt, möchte ich gleich sagen: Hier sollten wir von vornherein interdisziplinär an diese Sache herangehen und es allen beteiligten Fachgebieten anbieten. Wir sollten es nicht nur in einem Bereich behalten.

(Beifall)

Wir haben inzwischen kommerzielle Anbieter für genetische Diagnostik für die Früherkennung von Krankheiten. Durch einen einfachen Abstrich können diejenigen entdeckt werden, die eventuell zu 90 Prozent diese oder jene Erkrankung bekommen.

Es ist Aufgabe der Bundesärztekammer, darüber zu wachen, dass das nicht in kommerzieller Hand bleibt. Die Aussicht der Kinder sollte unter unserer Kontrolle sein. Hier sollten klare Richtlinien verabschiedet werden, was entdeckt werden kann und wer es macht. Das sollte nicht auf dem freien Markt geschehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr König. – Professor Keller aus Sachsen ist der nächste Redner.

Prof. Dr. habil. Keller, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bedanke mich sehr beim Präsidenten unserer Gesellschaft für seinen Beitrag zur Prävention. Das ist ein Anliegen aller Kinderärzte in unserem Land, und zwar seit Langem. Wir kämpfen darum, dass die Politik, dass die Kassen das unterstützen. Aber es passiert nichts. Ich verweise auf den Antrag des Vorstands. Viele in dem

genannten Bereich bereits funktionierende Modellprojekte und Initiativen, die wir als Kinderärzte durchführen, müssen unterstützt werden. Wir haben in Sachsen zusammen mit der Kammer das Projekt CresNet entwickelt. Es beteiligen sich 400 Kinderärzte. Wir werten die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen aus, Länge und Gewicht. Wir haben im Ärzteblatt, das Sie hoffentlich lesen, eine Publikation über die Früherkennung veröffentlicht.

Wie ist die Resonanz? Ich war bei der Barmer: Herr Keller, Sie sind mit Ihrem Projekt zehn Jahre voraus; wir können Sie nicht unterstützen. Dafür haben wir keine Gelder.

Ich war beim AOK-Bundesvorstand und bei der AOK in Sachsen – keine Unterstützung.

Ich war bei Frau Schmidt. Sie erinnern sich noch an den Vortrag, den sie bei uns gehalten hat: Wo sind denn Ihre Projekte? – Ich habe ihr gesagt: Frau Schmidt, wir haben ein Projekt; CresNet ist ein solches Netzwerk zur Früherkennung in der Kinderheilkunde. – Herr Keller, das ist ganz schön, aber ich kann Sie nicht unterstützen.

Ich war bei Herrn Rösler – keine Unterstützung dieses Projekts.

Wir machen uns etwas vor, wenn wir sagen: Die Politik wird uns unterstützen. Sie wird uns nicht unterstützen. Wir müssen sie zwingen, dass sie solche Präventionsmodelle unterstützt.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Keller. – Der nächste Redner ist Dr. Josten aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte ganz ausdrücklich danken für den Vortrag von Professor Scriba und heute von Professor Zepp. Herr Fischbach hat darauf hingewiesen, dass der Diabetis Typ II deutlich zunimmt. Man kann ergänzen: Er nimmt ganz besonders in der Altersgruppe unter 18 Jahren zu. Das ist erschreckend.

Deshalb möchte ich die Anregung geben, dass die Ergebnisse der Musterung bei den Kreiswehrersatzämtern von Mitte der 50er-Jahre bis zu diesem Jahr der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden. Das ist von der Datenlage her ein einzigartiges Instrument, zumindest für den männlichen Teil der jugendlichen Bevölkerung. Das sollte nicht mit dem Schließen der Kreiswehrersatzämter vergessen, sondern sinnvoll in die Forschung eingebracht werden.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Josten. – Der nächste Redner ist Christian Benninger aus Baden-Württemberg.

PD Dr. Benninger, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Herr Professor Zepp! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich glaube, es gibt kaum eine Investition, die nutzbringender und segensreicher ist als die Investition in die Prävention bei Kindern. Sie haben in diesem Vortrag dicht gedrängt Beispiele gehört. Ich denke, besonders eindrucksvoll war diese Grafik mit der Lebenserwartung, was im frühen Alter geschafft werden kann, was erst im hohen Alter Früchte trägt und wirksam werden wird. Da sieht man, wie sich Investitionen im Jugendalter im Alter bezahlt machen, wenn ich es einmal so ausdrücken darf.

Ich finde es umso schlimmer, wenn vorhandene Programme oder Möglichkeiten gar nicht mehr genutzt werden. Ich möchte nur ein Beispiel nennen, das nach wie vor ein großes Problem darstellt: Das ist die Impfmüdigkeit bzw. die nachlassende Impfbereitschaft. Es ist ein anzuklagender Missstand, dass es Ärzte gibt, die von Impfungen direkt abraten. Das müsste öffentlich laut gegeißelt werden. Hier ist ein großes Defizit vorhanden.

(Beifall)

Ich möchte Sie noch auf ein anderes Problem aufmerksam machen. Es gibt weitere Programme, die weiter unterstützt werden sollten, nämlich die Prävention in puncto Schutz von Kindern vor Misshandlungen. Hier gibt es zahlreiche Initiativen und Hilfen. Ich denke nur an frühe, insbesondere aufsuchende Hilfen bereits in der Schwangerschaft über Hebammen, aber auch nachgeburtlich. Diese Programme müssen fortgeführt werden. Hier kann präventiv viel verhütet oder zumindest früh erfasst werden.

Im Zusammenhang mit dieser Unterstützung auf Länderebene und auf lokaler Ebene insbesondere im Kinderschutzprogramm möchte ich auf die Möglichkeiten hinweisen, die es hier gibt. Es gibt auch viele Möglichkeiten durch Programme, die bereits in der Schule anlaufen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christian Benninger. – Stefan Bilger aus Baden-Württemberg ist der nächste Redner.

Dr. Bilger, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich finde es etwas bedauerlich, dass dieses wichtige Thema unter Zeitdruck so knapp behandelt wird. Hinsichtlich moderner Präventionskonzepte bin ich etwas unzufrieden mit Ihrem Referat, Herr Professor Zepp. Ich denke, ich muss da etwas Wasser in den Wein der Begeisterung gießen. Die Diskussion müsste bei der Frage ansetzen: Was kann ärztliche Prävention leisten? Was ist vielleicht besser durch andere Präventionskonzepte zu erreichen? Wir hören von hohem Fernsehkonsum, von mangelnder sportlicher Betätigung, von mangelnder Bewegung bei der Jugend. Die Förderung des Schulsports, die Förderung der Bewegungserziehung, Maßnahmen, um den Fernsehkonsum zu reduzieren – das sind alles bevölkerungsbezogene Präventionskonzepte und eben nicht primär ärztliche Präventionskonzepte.

Ich kann hier kein Gegenreferat halten, sondern möchte nur noch ein paar Punkte ansprechen, beispielsweise das gesetzliche Verbot, Spielzeug als Beigabe für irgendwelche Fastfood-Nahrung zu verteilen, oder Verbraucherinformationen, in denen steht, dass ein bestimmtes Süßigkeitsprodukt eben kein gesundes Nahrungsmittel ist.

Ich hätte es gut gefunden, wenn neben einem ärztlichen Referenten auch Vertreter anderer Berufsgruppen zu dem wichtigen Thema der Prävention bei Kindern und Jugendlichen gesprochen hätten.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bilger. Herr Zepp hat interessiert zugehört. Er hat nachher noch ein Schlusswort. Dann kann er vielleicht auf diese Vorschläge eingehen.

Jetzt habe ich noch zwei Wortmeldungen zu diesem Punkt, nämlich von Rudolf Henke und danach von Frau Krause-Girth. Ich schaue allmählich auf die Uhr und denke, dass wir anschließend Herrn Zepp zum Schlusswort bitten. Er muss uns dann auch verlassen, weil er einen anderen Termin hat. Dann sollten wir uns wieder der Berufsordnung zuwenden.

Rudolf, Du hast das Wort.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gern drei Bemerkungen machen. Die erste Bemerkung: Ich glaube nicht, dass Sie jetzt alles, was der Vorstand zur Prävention denkt, in einem einzigen Antrag, der sich auf das Thema der modernen Präventionskonzepte im Kindes- und Jugendalter stützt und dabei die ärztlichen Möglichkeiten besonders in den Blick nimmt, finden können. Sie finden aber weitere Elemente zur Prävention in anderen Anträgen, die wir auch noch beraten werden.

Natürlich ist uns klar, dass es eine Überforderung der Ärztinnen und Ärzte und des Gesundheitswesens insgesamt wäre – da stimme ich dem Vorredner ausdrücklich zu –, wenn man jetzt sagte: Prävention wird in der Arztpraxis gemacht, Prävention wird im Gesundheitswesen gemacht. Nein, Prävention ist eine Querschnittsaufgabe, in die aber unser Sachverstand, unsere Kenntnis ebenso einfließen muss wie der Sachverstand von anderen Akteuren in der Prävention. Es geht auch weit über das Segment der Gesundheitspolitik hinaus, weil auch Schulpolitik, Bildungspolitik hier einen Beitrag leisten müssen.

Meine zweite Bemerkung: Ich glaube, dass wir auch Möglichkeiten haben, die Instrumente, die es schon gibt, noch stärker zu nutzen.

Wir haben eben über den Ausbau der Jugendgesundheitsuntersuchungen gesprochen. Ich will nur darauf hinweisen, dass wir bei der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 nach den Daten der KiGGS-Studie zurzeit eine Teilnahme von weniger als 33 Prozent haben. Da ist noch viel zu tun, um bereits vorhandene Instrumente stärker zu nutzen.

Meine dritte Bemerkung. Ich will Ihnen begründen, warum wir als Vorstand diesen kritisierten Satz

Insgesamt belegt die Studie eine gute Gesundheit unserer Kinder

als einen Teil der Zusammenfassung der KiGGS-Studie aufgenommen haben. Der Satz steht so in der KiGGS-Studie. Er ist so mit Frau Professor Kurth vom Robert-Koch-Institut abgestimmt. Es ist nicht so, als sei das erfunden.

Wir haben ja gesagt: Die Bundesärztekammer muss politischer werden. Wir dürfen nicht immer nur die Schattenseiten beschreiben, sondern wir müssen auch beschreiben, was erreicht wurde. Deswegen würde ich doch eher dazu raten, diesen Satz, der in der KiGGS-Studie steht, auch in unserem Antrag stehen zu lassen.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Rudolf. – Die letzte Rednerin auf der Rednerliste ist Frau Professor Krause-Girth aus Hessen.

Prof. Dr. Krause-Girth, Hessen: Verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Herr Kollege Zepp, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich bin sehr froh, dass dieses Thema hier zur Sprache kommt. Ich stimme Ihnen, Herr Henke, in vielen Punkten zu. Natürlich ist die Prävention keineswegs allein eine ärztliche Aufgabe. Aber die Ärzte können dabei viel mitwirken. Ich glaube auch, dass es wichtig ist, dass sie sich dazu äußern. Insofern finde ich auch den Vorstandsantrag wichtig.

Ich möchte zu dem Punkt, den Herr Henke zum Schluss angesprochen hat, eigentlich widersprechen. Man kann sagen: Von der einen Seite aus betrachtet haben unsere Kinder eine gute Gesundheit. Wenn man aber genauer hinschaut, in welchen Gruppen und Schichten die Gesundheit ganz schlecht ist, sieht es ganz anders aus.

Ich finde es schade, wenn wir hier nur auf den somatischen Teil den Schwerpunkt legen. Das ist erst einmal notwendigerweise bei dieser Überblicksuntersuchung wichtig gewesen. Aber gerade die psychotherapeutisch-psychiatrisch tätigen Kollegen wissen, dass die meisten psychischen Erkrankungen im Kindesalter beginnen. Da sieht es gar nicht gut aus. Da zeigen sich wirklich besorgniserregende Entwicklungen.

Die Epidemiologie zeigt eigentlich, dass 20 Prozent der Kinder psychische Probleme haben. In der KiGGS-Studie ist von etwa 15 Prozent die Rede. In der Oberschicht sind es 7 Prozent, in der Unterschicht bis zu 30 Prozent.

Es gibt mehrere Gesundheitsstudien, die besagen, dass bei sechs Jahren mehr als 20 Prozent der Kinder deutliche Auffälligkeiten zeigen. Das gibt Anlass zur Sorge.

Insofern finde ich es gut, dass wir in unserem Vorstandsantrag den Anlass zur Sorge betonen. Er ist aber nicht nur im Hinblick auf das Übergewicht wichtig, sondern auch in der Hinsicht, dass die Gesundheit schon sehr früh sehr unterschiedlich verteilt ist und arme Kinder keineswegs gute Chancen auf gute Gesundheit haben, sondern

etwa 30 Prozent zum Teil mit psychischen Erkrankungen schon im Alter von sechs Jahren zu kämpfen haben. Auch das muss Anlass zur Sorge sein.

Von daher bin ich eigentlich dagegen, diesen Satz unkommentiert zu übernehmen, sondern stimme dem Vorschlag des Antrags 2 a zu. Ich möchte diesen Anlass zur Sorge eher in den Vordergrund stellen, weil wir als Ärzte da auch gefordert sind und auf diesen Präventionsbedarf deutlich hinweisen sollten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Professor Krause-Girth. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Herr Professor Zepp hat die Chance zu einem Schlusswort.

Prof. Dr. Zepp, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Ich bedanke mich für die Diskussion. Ich möchte vorweg sagen, ich bin begeistert, dass Sie so positiv und so intensiv und so lebhaft das Thema Prävention hier diskutieren. Ich bedanke mich dafür, dass Sie, auch wenn ich das ein bisschen gedrängt vorgetragen habe, weil Ihr Programm so dicht ist, Zeit gefunden haben, so viele Aspekte darzustellen.

Zu dem Beitrag von Herrn Bilger möchte ich darauf hinweisen: In meinem vorletzten Dia konnten Sie lesen: Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Wir als Ärztinnen und Ärzte können dazu Beiträge leisten, indem wir einen großen Teil der strukturierten Sekundärpräventionskonzepte entwickeln und umsetzen und mit Interventionskonzepten hinterlegen. Wir leisten auch einen Beitrag in der Forschung, indem wir das Thema der primären Prävention, das ich kurz angesprochen habe, intensivieren.

Es ist völlig richtig: Prävention erfasst nicht nur physisch-körperliche Gesundheit, sondern im Prinzip das ganze Spektrum unserer Lebensumwelt. Dazu gehören Verhaltensmuster, veränderte Rahmenbedingungen oder auch veränderte gesellschaftliche Werte, mit denen nachfolgende Generationen aufwachsen. Das heißt, Kinderärztinnen und -ärzte, aber auch alle anderen Arztgruppen können Initiatoren und Promotoren von Prävention sein. Da können die gesamten Ärzteschaft und die Ärztekammer gesellschaftliche Kraft entfalten. Wir können mahnen, wir können auch fordern. Das sollten wir tun, denn wo sonst sollte man in der Gesellschaft Kräfte fokussieren und die Diskussion konzentrieren? Ich glaube, das ist etwas ganz Wichtiges.

Wer über Prävention redet, redet nicht über Gebietsabgrenzungen. Das kann gar nicht das Thema sein. Ich weiß, dass dies die Menschen beschäftigt; mich beschäftigt das nicht, sondern mich beschäftigt das Konzept. Präventionskonzepte werden an vielen Stellen immer fachübergreifend sein. Wir müssen die Offenheit und die Bereitschaft zeigen, das genauso zu diskutieren, denn an der Fachgrenze macht die Prävention nicht Halt.

Wir Kinderärzte sind einfach in der, wenn Sie so wollen, privilegierten Situation, dass wir den Menschen in derjenigen Phase betreuen, in der er am erfolgreichsten der Prävention zugeführt werden kann. Das heißt ja nicht, dass wir mit 12, 16 oder

18 Jahren aufhören. Wir müssen früh genug anfangen, denn da können wir – das zeigen die neuen wissenschaftlichen Daten – am meisten erreichen.

Wir müssen diesen Prozess weiterführen. Wenn wir beispielsweise über gesunde Ernährung reden, müssen die Kinder nach Hause kommen und ihren Eltern sagen: Das hier ist nicht die richtige Zusammensetzung, wollen wir es nicht anders machen? Wenn wir die Kraft haben, das über 10, 20, 30 Jahre fortzuführen, werden wir gesellschaftlich erfolgreich sein.

Ich bin ganz begeistert, dass Sie, aus den verschiedensten Richtungen kommend, diese Themen so intensiv unterstützen. Ich bin dankbar und begeistert, dass die Bundesärztekammer dieses Thema aufgegriffen hat. Ich glaube, es ist eines der wichtigsten für die zukünftige Gestaltung unserer Möglichkeiten, auch in Zukunft gesundheitsbewusstes Lebensverhalten zu fördern.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mit demselben Engagement in die nächsten Jahre gingen und dies gemeinsam voranbrächten. Wir sollten das als Ärzteschaft nach Kräften mit unserem Wissen und unserer akademischen Fähigkeit unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor Zepp. Ihnen wünschen wir eine gute Reise zurück nach Hause oder zum nächsten Termin. Wir danken dem Referenten noch einmal für das hervorragende Referat.

Wir wollen jetzt nicht über die Anträge dazu abstimmen; das machen wir nachher beim Tätigkeitsbericht.

Wir kehren zurück zur Behandlung der (Muster-)Berufsordnung. Wir kommen jetzt zu Ziffer 7 der Anlage zum Antrag III-01. Das betrifft § 15. Dazu liegen uns drei Änderungsanträge vor, nämlich die Anträge 1, 23 und 30. Es gilt noch die Redezeitbegrenzung von drei Minuten. Die erste Rednerin ist Frau Kollegin Groß aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Ich habe nur eine kleine Bemerkung zu meinem Antrag zu machen. Ich hätte gern im ersten Satz vor „körperliche Integrität“ eingefügt „psychische und“. Wenn Forschungsvorhaben an Patientinnen und Patienten durchgeführt werden, dann können wir nicht nur auf den Körper schauen, sondern wir müssen auch sehen, was die Forschungsvorhaben mit der Seele machen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christiane Groß. – Der nächste Redner ist der Kollege Zimmer.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie bitten, dem vorgelegten Antrag 23 zuzustimmen. Er hat das Ziel, dass das, was in § 15 Abs. 1 beschrieben ist, sich, wenn wir auf die Deklaration von Helsinki 1959 Bezug nehmen, auf alle drei Ebenen bezieht, nämlich auf die Forschung am Menschen, auf die Forschung an Körpermaterial und auf die Forschung an Datenmaterial, und eben nicht nur auf die Forschung am Menschen. Das lässt sich sehr leicht heilen, indem man formuliert:

> *Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Forschung nach § 15 (1) die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes …*

Wir werden sonst Gutachter finden, die sagen: Hier braucht die Deklaration von Helsinki nur beachtet zu werden, wenn es um die Forschung am Menschen geht. Dann wäre sie bei Datenmaterial oder Gewebematerial ausgegrenzt. Helfen Sie bitte mit, die Sachlage für die Kolleginnen und Kollegen, die das lesen, klarzumachen, und stimmen Sie dem Antrag 23 zu.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Zimmer. – Der nächste Redner ist Kollege Scholz aus der Ärztekammer Hessen. – Herr Kollege Scholz scheint nicht anwesend zu sein.

Da ich zu § 15 keine weiteren Redner auf der Rednerliste habe, hat jetzt noch der Referent das Wort, bevor wir zur Abstimmung kommen.

Dr. Wolter, Referent: In Bezug auf die Deklaration von Helsinki möchte ich darauf hinweisen: Das stand in unserer ersten Fassung. Wir haben bei der Diskussion im Vorstand vom Generalsekretär des Weltärztebundes, Herrn Dr. Kloiber, gehört, wir sollten uns definitiv auf die Deklaration, die wir hier angegeben haben, festlegen, weil wir ja nicht wissen, was eventuell in einer anderen Deklaration vorgegeben wird, was eventuell unserer Berufsordnung widerspräche. Was in dieser Deklaration steht, wissen wir hundertprozentig. Ansonsten haben Sie vollkommen recht.

Wir haben keine Probleme damit, wenn in Abs. 1 von „psychischer und“ körperlicher Integrität die Rede ist.

Danke.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir kommen zunächst zur Abstimmung über den **Antrag III-01-01** von Frau Christiane Groß. Danach soll im ersten Satz des Abs. 1 vor „körperliche Integrität“ eingefügt werden „psychische und“. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-23,** der präzisieren möchte, dass die Deklaration von Helsinki nicht nur für die Forschung am Menschen gelten soll, sondern auch für Forschung an Körpermaterial und Daten. Das ist der Antrag des Kollegen Zimmer, der

seinen Antrag hier auch begründet hat. Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine ganze Reihe von Enthaltungen. Gleichwohl ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-30** des Kollegen Thierse, der statt der aufgeführten Deklaration von Seoul die jeweils aktuelle Fassung aufgenommen haben möchte. Ich glaube, die Sache ist klar; Sie wissen, worüber Sie abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einige. Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir stimmen jetzt über den so geänderten § 15 ab. Wer für den so geänderten § 15 ist, möge jetzt die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist das so beschlossen.

Wir kommen zur Behandlung des § 18. Das ist die Ziffer 9 der Anlage. Dazu liegen die Anträge 13 und 12 vor. Der erste Redner dazu ist Herr Professor Bertram.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich möchte kurz und knapp erklären, warum ich dagegen bin, dass die Änderungen in Abs. 1 und 2 a eingeführt werden. Das Versorgungsgesetz wird hier einige Änderungen bringen. Die Koalition hat wörtlich geschrieben:

> *Berufsrechtliche Einschränkungen, z. B. bei Gründung von Zweigpraxen, sollten aufgehoben werden. Die Bundesärztekammer und die Länder werden aufgefordert, das Berufsrecht entsprechend anzupassen.*

Im Abs. 2 a bringen wir genaue Regeln, wie das erfolgen soll. Die Gefahr, dass das nächstes Jahr aufgrund gesetzlicher Änderungen wieder geändert werden muss, sehe ich als sehr groß an. Wir schränken immer weiter ein; der Gesetzgeber will es eher ausweiten. Deswegen bin ich der Meinung, dass man es nicht beschließen soll. Es gibt Paragrafen zur Kooperation. Dort ist an sich alles schon gut geregelt. Noch ausgefeiltere Regelungen müssen nicht unbedingt jetzt sein.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Bertram. – Der nächste Redner ist Herr Rübsam-Simon aus Baden-Württemberg.

Rübsam-Simon, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin zum Ärztetag gefahren mit der konkreten Erwartung einer Klärung hinsichtlich des sogenannten Missbrauchspotenzials in diesem Paragrafen. Ich stelle fest, dass die Veränderungen, die vorgenommen werden sollen, überhaupt keine Verbesserung bringen. Insofern bin ich dafür, dass die Anträge 12 und 13 so abgestimmt werden. Das heißt, wir müssen offensichtlich mit der bisherigen Regelung weitermachen, auch vor dem Hintergrund des Versorgungsgesetzes.

Noch etwas: Es geht um ganz konkrete Auseinandersetzungen. In Baden-Württemberg gibt es etliche große Teilgemeinschaftspraxen, wo diese Frage geklärt

werden muss. Wir sind aber in einer viel zu großen Zeitnot. Ich rege an, dass wir zwischen den Ärztetagen Arbeitssitzungen abhalten, auf denen man solche komplizierten Themen diskutieren und vorbereiten kann.

Die Frage der verdeckten Zuwendung gegen Entgelt, die in § 32 geregelt ist, wird durch die neue Formulierung auch nicht besser geregelt. Es ist das Sozialrecht hineingeschrieben worden in einer Weise, die wir gar nicht brauchen. Das ist eine Regelung, die wir in diesem Zusammenhang nicht nötig hätten.

Der einzige Punkt, den ich in dieser Neuregelung sinnvoll finde, ist die Aufnahme des MVZ, dass es gleichgestellt wird. Darauf muss es hinauslaufen. Dann müsste aber auch die Schlussfolgerung gezogen werden, dass ein gemeinschaftlich erwirtschafteter Gewinn nach gemeinsamer Absprache verteilt werden soll, sodass Praxisgemeinschaften, Teilgemeinschaftspraxen, MVZs gleichbehandelt werden. Diese Gleichbehandlung liegt im Moment nicht vor.

Insofern plädiere ich dafür, die Anträge 12 und 13 zu unterstützen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Rübsam-Simon. – Nach meiner Kenntnis sind zu diesem Paragrafen keine weiteren Wortmeldungen eingegangen. Dann hören wir jetzt noch den Kommentar des Vorsitzenden der Berufsordnungsgremien. Anschließend können wir in die Abstimmung der Anträge 12 und 13 eintreten.

Dr. Wolter, Referent: Zu diesem Paragrafen sind in den einzelnen Ländern verschiedene Ansichten vorgetragen worden. Wir wollten von unserer Seite aus natürlich auch denjenigen Ländern Rechnung tragen, die diese Zuweisung gegen Entgelt nicht ganz strikt ablehnen wollen. Wir schlagen vor, den Antrag 13 abzulehnen, weil wir der Meinung sind, dass das klar geregelt werden soll. Wenn wir Abs. 2 a streichen – das ist Ihre Entscheidung –, würden wir natürlich diejenigen Fälle, die wir vor Jahren in Bremen diskutiert haben – es gibt ja einen bestimmten Anteil von Teilberufsausübungsgemeinschaften –, auch einschränken. Aber das müssen Sie entscheiden.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt können wir in die Abstimmung der Anträge eintreten. Ich rufe zunächst den **Antrag III-01-13** auf, der darauf abzielt, die Streichung des Wortes „lediglich“ in § 18 Abs. 1 nicht vorzunehmen. Wer also das Wort „lediglich“ nicht streichen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Änderungsantrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-12,** der darauf abzielt, keinen neuen Abs. 2 a einzufügen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir stimmen jetzt über den unveränderten § 18 ab. Wer für diesen § 18 ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Paragraf so angenommen.

Wir kommen damit zu Ziffer 10 der Anlage, also zu § 20. Danach soll Abs. 2 entfallen. Abs. 3 wird Abs. 2. Dazu gibt es keine Änderungsanträge und keine Wortmeldungen. Wir können also direkt abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist bei einigen Enthaltungen einstimmig so beschlossen.

Wir kommen zu Ziffer 11 der Anlage, die eine Neufassung des § 23 c vorsieht. Wortmeldungen oder Änderungsanträge liegen nicht vor. Wer für die Änderung, wie dort beschrieben, ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist das einstimmig so beschlossen.

Wir kommen zu Ziffer 12 der Anlage. Das betrifft § 26. Zu § 26 liegen keine Änderungsanträge vor, wohl aber eine Wortmeldung. Das Wort hat Herr Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: In der bisherigen Ordnung ist ja einiges geregelt und einiges entfällt. Wir haben vom Referenten gehört – das habe ich vorhin schon einmal kurz angedeutet –, dass es sachlich eigentlich nicht unbedingt nötig wäre. Aber was streichen wir? Ich bin der Meinung, wir sollten uns das gut überlegen. Ich plädiere dafür, die alte Version zu belassen, obwohl sie natürlich ein bisschen diffus ist. Aber sie enthält einen wesentlichen Satz:

> *Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht von ihrer Verpflichtung, für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.*

Das ist ein ethischer Anspruch – und den streichen wir. Natürlich ist die sachgemäße Ausübung des Berufs überall anders geregelt. Aber so konkret steht es nie drin. Wir haben sehr viele Probleme mit den Arbeitszeiten. Wenn wir das auf der höchsten Ebene, der (Muster-)Berufsordnung, löschen, begehen wir aus meiner Sicht strategisch einen Fehler.

Der bisherige Abs. 2 lautet:

> *Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im Einzelnen sind die von der Ärztekammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.*

Es ist also eigentlich schon geregelt: Die Kammern können es sowieso anders machen. Aus diesem Grunde würde ich bitten, diesen Antrag, der sicherlich dem Istzustand entspricht, abzulehnen. Es ist auch noch geregelt, dass Schwangere entsprechend befreit werden. Wenn in fünf oder zehn Jahren neue Gesetze kommen, existiert das nicht mehr in der (Muster-)Berufsordnung. Ich finde, das ist nicht gut.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Michaelis. Das ist also ein Antrag auf Nichtdurchführung der von uns vorgeschlagenen Änderungen. – Wünscht der Vorsitzende der Berufsordnungsgremien dazu das Wort?

Dr. Wolter, Referent: Herr Michaelis, wir haben uns wirklich die Mühe gemacht, im Berufsordnungsausschuss sämtliche Bereitschaftsdienst- und Notfalldienstordnungen, die schon unterschiedlich heißen, zu prüfen. In einigen Ländern heißen sie „Notdienstordnung“, in anderen Ländern „Bereitschaftsdienstordnung“. Auch die Beteiligung ist unterschiedlich geregelt. Sie haben vollkommen recht: Es sind Dinge enthalten, die gut waren. Aber es gibt zum Teil gegenteilige Aussagen zu Notfalldienst- oder Bereitschaftsdienstordnungen der Länder. Nur deswegen haben wir uns entschlossen, das zu streichen. Wenn wir es wieder festlegen, wird das auch Einfluss auf die Heilberufs- und Kammergesetze der Länder haben.

Einen Antrag haben Sie ja nicht gestellt. Der Ärztetag muss entscheiden.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Der Antrag lautet einfach, diese Änderung nicht durchzuführen. Das müssen wir nicht extra schriftlich einreichen. Das lösen wir durch Abstimmung. – Die Sachlage ist klar. Wir haben zwei Meinungen. Wer sich der Meinung von Herrn Michaelis anschließt, müsste die hier vorgeschlagene Änderung ablehnen. Wer möchte den Vorschlag des Vorstands zur Neufassung des § 26 positiv bescheiden? – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist das im Sinne des Vorstandsantrags beschlossen.

Wir kommen zur Ziffer 13 der Anlage. Das betrifft § 27. Hierzu liegen der Antrag 7 sowie eine Wortmeldung von Professor Bertram vor. Bitte, Herr Professor Bertram.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Zunächst denkt man, der Text ist an sich gut. Das Problem, das ich sehe, liegt in der rechten Spalte der Synopse. In der Synopse steht rechts, dass das nicht für in Wartezimmer ausgelegte Zeitschriften gilt. Die Synopse ist ja nur eine Erklärung für uns; der Text wird nicht mit verabschiedet. Wir können Herrn Schirmer ja einmal fragen, ob das gilt. Meiner Meinung nach gilt das gar nicht. Wir würden mit dem Satz meiner Meinung nach jedes Auslegen von Zeitschriften eigentlich verbieten. Natürlich: Wo kein Kläger, da kein Problem. Aber das ist, glaube ich, keine so gute Lösung. Ich meine, in Abs. 3 steht alles Wesentliche, sodass wir den zusätzlichen Satz eigentlich nicht brauchen.

Es gibt von der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft Patientenbroschüren, die auch im Internet stehen, völlig ohne Werbung. Es gibt sie auch in einer gedruckten Version. Dort steht hinten: mit Unterstützung der Firma XY. Sie dürfte aufgrund dieses Paragrafen eigentlich nicht im Wartezimmer ausgelegt werden. Das war schon einmal ein reales Problem. Deshalb bin ich ein bisschen sensibilisiert und möchte Sie darauf hinweisen.

Meiner Meinung nach wäre es ziemlich unschädlich, diesen Satz nicht einzufügen. Mir ist keine Konstellation eingefallen, die erlaubt wäre, wenn das nicht eingefügt würde.

Herr Schirmer, können Sie vielleicht kurz etwas dazu sagen, wie die Rechtsverbindlichkeit der Erklärung in der Synopse ist.

Präsident Dr. Montgomery: Herr Schirmer, wollen Sie etwas dazu sagen? – Das macht der Vorsitzende der Berufsordnungsgremien, Udo Wolter.

Dr. Wolter, Referent: Ich bin schneller am Mikrofon als Herr Schirmer. – Wir haben die Erläuterungen nur formuliert, damit Sie wissen, in welche Richtung wir gedacht haben. Es hat keinerlei Relevanz. In der Berufsordnung steht einzig der Satz:

> *Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzulässig.*

Ich denke, wir haben es eingeschränkt: eigene gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte. Wir sind doch ungeheuer weit zurückgegangen: Berufswidrig sind irreführend, anpreisend usw. Im Prinzip geht es darum: Sie machen Ernährungsmedizin und machen Werbung für Almased-Dinge. Das ist gemeint.

(Zuruf)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. Jetzt bitte keinen Dialog. – Nun Herr Schirmer zur Rechtsverbindlichkeit.

Schirmer, Justiziar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Was Sie ansprechen, Herr Professor Bertram, ist keine Werbung. Wenn Sie eine Zeitschrift im Wartezimmer auslegen, haben Sie möglicherweise eine ganze Sammlung von Werbung. Das ist aber nicht Werbung des Arztes für ein fremdes Produkt.

Präsident Dr. Montgomery: Ich glaube, die Sache ist klar. Wir können jetzt darüber abstimmen. Weitere Wortmeldungen sind bei mir nicht eingegangen. Damit rufe ich **Antrag III-01-07** auf, der die ersatzlose Streichung des vorgeschlagenen Textes in § 27 vorsieht.

(Zuruf)

– Herr Bertram hat den Antrag **zurückgezogen.**

Dann stimmen wir über § 27 in der Ihnen vom Vorstand vorgeschlagenen Fassung ab. Wer für diese Fassung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Bitte die Enthaltungen! – Dann ist der Antrag ohne Gegenstimmen mit einigen Enthaltungen **angenommen.**

Wir kommen zur Ziffer 14 der Anlage. Das betrifft § 28, der aufgehoben werden soll. Wortmeldungen oder Anträge dazu liegen nicht vor. Wer für den Vorstandsantrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist das einstimmig angenommen.

Wir kommen zu Ziffer 15, dass in der Überschrift zu Abschnitt IV.3 die Worte „mit Ärztinnen und Ärzten“ gestrichen werden soll. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist das mit Mehrheit so beschlossen.

Wir kommen zum § 29. Dazu liegen keine Wortmeldungen vor, aber der **Antrag III-01-26** von Herrn Tegethoff aus Berlin, der darum bittet, § 29 Abs. 3 Satz 2 (alt) in die Novellierung im § 29 Abs. 3 (neu) zu übernehmen und am Ende des Absatzes anzufügen. Herr Kollege Wolter als Vorsitzender der Berufsordnungsgremien erklärt uns, welche Konsequenz das hat.

Dr. Wolter, Referent: Wir waren der Meinung, dass dadurch eine Wiederholung entsteht. Wir brauchen es im Prinzip nur einmal zu erwähnen. Deshalb haben wir es da nicht mit eingefügt.

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Dann stelle ich jetzt den Antrag 26 von Herrn Tegethoff zur Abstimmung. Wer ist dafür? – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Ich stelle jetzt den gesamten unter Ziffer 16 in der Anlage aufgeführten Vorschlag zur Änderung des § 29 zur Abstimmung. Wer ist für diese Änderung? – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann haben Sie das mit überwältigender Mehrheit so beschlossen.

Wir kommen zu Ziffer 17 der Anlage. Das betrifft die Einfügung des § 29 a. Wortmeldungen oder Anträge liegen mir hierzu nicht vor. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann haben Sie das mit einigen Enthaltungen einstimmig so beschlossen.

Wir kommen zu Ziffer 18, der § 30 betrifft, die Neufassung der ärztlichen Unabhängigkeit. Wer für diese Formulierung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann haben Sie das einstimmig so beschlossen.

Wir kommen zu Ziffer 29, die § 31 – unerlaubte Zuweisung – betrifft. Wortmeldungen oder Anträge hierzu liegen mir nicht vor. Wenn Sie für den vorgeschlagenen Text sind, dann bitte ich Sie jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist das bei einer Enthaltung einstimmig so beschlossen.

Wir kommen unter Ziffer 20 zum § 32, zu dem Ihnen eine ganze Reihe von Anträgen und ebenso eine ganze Reihe von Wortmeldungen vorliegen. Ich rufe als ersten Redner den Kollegen Eckart Rolshoven von der Ärztekammer Saarland auf.

Dr. Rolshoven, Saarland: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst ein paar kurze Bemerkungen zu diesem Paragrafen insgesamt. Nach meinem Gefühl haben wir in den vergangenen Jahren zu wenig getan, um solche Zuweisungen gegen Entgelt, auch verbrämte Zuweisungen gegen Entgelt, als Zuwendungen zu vermeiden oder zu ahnden. Wir wurden teilweise sogar von Medizinrechtsanwälten, die eigentlich andere Aufgaben haben, aufgefordert, da etwas genauer hinzuschauen. Gerade im Bereich vieler Vernetzungen sind in meinen Augen

eindeutig verbrämte Zuweisungen gegen Entgelt versteckt. Ich halte es für sehr wichtig, dass wir das noch einmal klarmachen.

Diesen Zusatz, der jetzt dort steht, das Nachvollziehen der sozialrechtlichen Vorgaben, halte ich persönlich nicht für besonders glücklich. Man muss es wohl machen, weil das Sozialrecht hier höhersteht.

Aber ganz eindeutig möchte ich Sie auffordern, den Antrag III-01-10 zurückzuweisen. Wenn wir das ausweiten würden auf alle anderen vertraglichen Abmachungen, dann würden hier dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet. Wir könnten das überhaupt nicht ahnden. Wir haben nicht die Manpower, alle diese Verträge zu überprüfen. Deshalb sollte man es eindeutig nur auf denjenigen Bereich begrenzen, der uns praktisch vom Sozialrecht vorgegeben ist und wo wir es nicht verhindern können. Eine Ausweitung sollte auf keinen Fall erfolgen. An dieser Stelle haben wir einiges zu verlieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Rolshoven. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Svea Keller aus Berlin.

Dr. Keller, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich spreche zum Antrag 10 und sehe das ein bisschen anders. Alle reden davon, dass man den ambulanten Sektor und den stationären Sektor besser miteinander verzahnen soll. Aber: Jetzt versuchen Sie doch einmal, einen sinnvollen Kooperationsvertrag zwischen niedergelassenen Ärzten und einem Krankenhaus abzuschließen, ohne – das ist der Knackpunkt – dass Sie eine Krankenkasse dabei haben wollen, einfach nur einen Vertrag zwischen denen, die hier zusammenarbeiten wollen.

Sie werden ganz schnell feststellen, dass ein solcher Vertrag in diesem Land rechtswidrig ist, ob man es glaubt oder nicht. Er kommt entweder nie zustande oder er wird, wenn er doch aus Versehen zustande kommt, sofort auf Eis gelegt. Da gibt es nämlich diverse Fußangeln im Wettbewerbsrecht, im Sozialrecht und leider auch in unserer Berufsordnung, die solche Verträge verhindern.

Um diese Fußangeln endlich loszuwerden, ist zum einen die Politik gefragt – aber das ist hier jetzt nicht das Thema –, zum anderen brauchen wir Ihre Hilfe: Es muss nämlich in § 32 das Wort „sozialrechtlich“ durch „vertraglich“ ersetzt werden. Dann wären wir schon ein ganzes Stück weiter. „Sozialrechtlich“ heißt hier nämlich: Verträge nach § 140 b könnt ihr abschließen, aber wenn ihr euch nicht von einer Krankenkasse reinreden lassen wollt, dann lasst es bleiben. Das geht nicht. Wenn man stattdessen „vertraglich“ schreibt, dann geht es eben auch ohne Kassen.

Zuweisungen gegen Entgelt müssen natürlich verhindert werden. Das wollen wir doch alle nicht; da sind wir uns einig. Aber man muss es eben so regeln, dass nicht das Kind der Kooperation mit dem Bade der Zuweisung gegen Entgelt ausgeschüttet wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Keller. – Der nächste Redner ist der Kollege Harb.

Dr. Harb, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich sehe das wiederum etwas anders als Frau Keller. In der Tat: Verträge zwischen niedergelassenen Ärzten – ob sie nun Vertragsärzte sind oder privatärztlich tätige Ärzte – und Krankenhäusern sind ohne Weiteres möglich. Wenn wir diese Verträge auf eine freie Basis stellen, dann sind dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet. Daher plädiere ich schon dafür, dass wir das etwas sozialrechtlich absichern.

Die in dem Antrag angeprangerte Unklarheit des Gesetzes sehe ich gar nicht. Im Gegenteil, wenn wir es zuließen, dass nur privatrechtliche Verträge abgeschlossen werden, hätten wir Möglichkeiten der Interpretation. Dann werden wir mit Sicherheit dieses nicht mehr einfangen können. Deshalb bitte ich Sie, diesen Antrag zurückzuweisen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Harb. – Jetzt bitte Herr Professor Dietrich aus der Bayerischen Ärztekammer.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich habe zu § 32 drei Änderungsvorschläge. Sie sind im Antrag III-01-04 abgebildet. Der erste Vorschlag bezieht sich darauf, dass sich meiner Meinung nach im Vorschlag der Bundesärztekammer eine sehr schwammige Formulierung findet, indem es heißt:

> *… Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird.*

Was heißt „wenn der Eindruck erweckt wird“? Das ist eine völlig schwammige Formulierung und sollte meiner Meinung nach nicht aufgenommen werden. Deshalb habe ich den Vorschlag gemacht, Schluss zu machen nach den Worten:

> *… von Arzneimitteln und Medizinprodukten für sich oder Dritte zu fordern oder anzunehmen.*

Ich glaube, das ist eine klare und eindeutige Sache: Es ist verboten, Geschenke anzunehmen. Das sollte man so klarmachen, nicht irgendeine schwammige Formulierung: wenn dadurch irgendein Eindruck entstehen könnte.

Wir haben vor einigen Monaten im „Deutschen Ärzteblatt“ den Artikel von Herrn Klemperer über die eigene Wahrnehmung der Beeinflussbarkeit von Ärzten und Beeinflussbarkeit von Kollegen lesen können. Es ist bekannt, dass jeder Arzt selber immer meint, er sei durch Geschenke nicht beeinflussbar. Herr Klemperer ist aber sehr wohl der Ansicht, dass seine Kollegen durch Geschenke beeinflusst werden, sei es durch die Pharmaindustrie oder sonst jemanden.

Ich glaube, wir sollten hier klipp und klar sagen: Geschenke gehören nicht zur ärztlichen Tätigkeit und sollten deshalb untersagt werden.

Ich habe in meinem Antrag den letzten Satz einfach deshalb weggelassen, weil er für mich völlig unverständlich ist. Selbst nach mehrmaligem Nachfragen verstehe ich es nicht. Ich weiß nicht, was es soll. Ich denke, wenn ich es nicht verstehe, gibt es auch andere Kolleginnen und Kollegen, die das mit den „sozialrechtlichen Grundlagen“ nicht verstehen. In meiner Umgebung wurde es so verstanden, dass Zielvereinbarungen von Chefärzten und leitenden Ärzten mit der Krankenhausleitung verboten werden sollten, weil Zielvereinbarungen, die sich auf das direkte Gehalt eines Chefarztes beziehen, mit einer medizinischen Behandlung verbunden werden und von daher unzulässig sind. Ob das damit gemeint ist, weiß ich nicht.

Vielleicht noch entscheidender ist mein Punkt 2. Dort steht eindeutig, dass Satz 1 auch für die finanzielle Unterstützung der passiven Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu gelten hat. Das heißt, die Pharmaindustrie, die Gerätehersteller oder sonst wer dürfen nicht mehr die passive Teilnahme an Kongressen oder Fortbildungsveranstaltungen finanzieren. Das bedeutet einen starken Einschnitt in unser Fortbildungsverhalten. Das ist mir klar. Aber wir sollten in der Kollegenschaft endlich einmal klarmachen: Fortbildung ist unsere Sache, ist nicht Sache der Pharmaindustrie. Wir sind verpflichtet, selbst dafür aufzukommen. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, das zu machen. Alles andere sind Geschenke, die immer den Ruch an sich haben, dass damit eine Beeinflussung unseres medizinischen Handels verbunden ist. Deshalb möchte ich, dass die passive Teilnahme nicht mehr gesponsert werden darf.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. Sie haben von drei Änderungen gesprochen. Wir stimmen nachher aber nur über zwei Änderungen ab, nämlich die Punkte 1 und 2 Ihres Antrags.

(Zuruf Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern)

– Ist implizit mit enthalten. – Der nächste Redner ist der Kollege Franke aus Bayern.

Dr. Franke, Bayern: Verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich möchte ganz kurz Stellung nehmen zu den Regelungen zum Sponsoring. Ich würde Sie dringend bitten, die Regelung zu unterstützen, wie sie formuliert ist. Wenn wir großen Wert auf die Therapiefreiheit legen, müssen wir sowohl für uns als auch für die Leute draußen darlegen, dass wir unsere Therapieentscheidungen so unbeeinflusst, wie es möglich ist, fällen.

Danke schön.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Franke. – Reinhard Griebenow, Ärztekammer Nordrhein, ist der nächste Redner.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu den Anträgen 4 und 20 Stellung nehmen. Herr Dietrich hat eben schon auf seinen Antrag hingewiesen. Er geht mit der Herausnahme der Finanzierungsmöglichkeit einer passiven Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen hinter die be-

stehende Regelung zurück. Die Frage ist: Haben wir damit in den letzten Jahren schlechte Erfahrungen gemacht? Ist dort irgendetwas passiert, was diese Verschärfung erfordert?

Ich spreche hier als Beauftragter für die Zertifizierung einer Kammer, die pro Jahr 25.000 Anträge zur Zertifizierung vorliegen hat. Wir können das aus unserer Praxis heraus eigentlich nicht bestätigen.

Zweitens gäbe es Probleme für die angestellten Ärzte, die in ihren Tarifverträgen stehen haben, dass sie sogar mehr Fortbildungstage bei Fremdfinanzierung haben als ohne.

Drittens gibt es mittlerweile an jeder Stelle klare und ausgefeilte Regelungen lokal bezüglich der Einhaltung des Antikorruptionsgesetzes, dessen Vorschriften sicherlich sehr viel schärfer sind, als wenn wir hier generell diese Möglichkeit herausnähmen.

Sie dürfen viertens nicht die Tatsache unterschätzen, dass mittlerweile wesentliche Teile unserer Entscheidungsfindung auf internationaler Ebene stattfinden, etwa die Erarbeitung von Leitlinien und Ähnliches. Dies ist in der Regel mit Kosten verbunden, die kein Arbeitgeber übernehmen würde.

Ich möchte Sie also dringend bitten, diesen Passus so zu übernehmen, wie er im Entwurf des Vorstands steht.

Noch radikaler ist der Antrag 20, der die Finanzierung nicht nur bei passiver Teilnahme, sondern auch bei aktiver Teilnahme ausschließt. Hier plädiere ich dafür, dass Sie sich abstimmungsmäßig mit diesem Antrag nicht befassen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Griebenow. – Es ist Nichtbefassung in der Abstimmung zum Antrag 20 beantragt. – Ich möchte Ihnen jetzt mitteilen, dass der **Antrag III-01-21** vom Antragsteller, dem Kollegen Hesse, **zurückgezogen** wurde.

Der nächste Redner ist der Kollege Wagenknecht.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich kann an meine Vorredner gleich anknüpfen, möchte aber zu Beginn erst einmal Herrn Dr. Bartmann persönlich zu dem gelungenen gestrigen Abend gratulieren. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit mit ihm im „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“, in den ich als Vorstandsmitglied gewählt worden bin. Für das Vertrauen des Plenums möchte ich mich auch hier noch einmal bedanken.

(Beifall)

Ich spreche zu dem eben zitierten Antrag 20, den wir gestellt haben. Es sind zum Teil Delegierte aus Niedersachsen, zum Teil aus anderen Landesärztekammern. Warum haben wir diesen Antrag gestellt? Weil wir diesen Paragrafen, der früher fast wortgleich als § 33 Abs. 4 vorhanden war, seit Jahren nicht mehr in unserer Berufs-

ordnung haben. Wir Niedersachsen kommen tatsächlich ohne diesen Paragrafen aus.

Ich möchte Ihnen sagen, warum wir – wir haben schon viele Argumente gehört – in unserer Unabhängigkeitsdebatte darauf so viel Wert legen wollen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang etwas zitieren, was auch aus diesem Hohen Hause stammt. Unser Kollege Landesärztekammerpräsident Dr. Friebel hat einmal in einem sehr interessanten Interview zu diesem ganzen Themenkomplex Stellung genommen. Die Frage der Journalisten lautete:

> *Der Verein zur Freiwilligen Selbstkontrolle der Arzneimittelindustrie arbeitet seit sieben Jahren an der Durchsetzung von ethischen Verhaltensnormen im Pharmamarketing. Woher kommt deren Motivation?*

Herr Friebel ist Spruchrichter in diesem Verein zur Freiwilligen Selbstkontrolle. Herr Friebel antwortete:

> *Die Akzeptanz des Vereins ist aus der Vergangenheit heraus zu erklären. Bevor der SFA gegründet wurde, war die Zusammenarbeit der pharmazeutischen Industrie mit den Partnern im Gesundheitswesen nicht frei von Begünstigungen und Vorteilsnahmen. Die Arzneimittelindustrie benutzte äußerst attraktive Mittel, um beispielsweise Ärzte oder Apotheker in ihren Entscheidungen und Therapien zu beeinflussen. Geld und Geschenke sowie luxuriöse Fortbildungsveranstaltungen waren in hohem Maße erfolgreich. Das stieß immer mehr auf Unverständnis und Ablehnung in einer breiten Ärzte-, aber auch Unternehmerschaft, die sich damals und heute zu ethischem Verhalten verpflichtet fühlen. Auf Grundlage des Antikorruptionsgesetzes gab sich der SFA Kodexregelungen, um den Fachkreisen wie auch Patientenorganisationen Verhaltensrichtlinien in die Hand zu geben.*

Das ist eine sehr schöne Übersicht über das Problem. Dieses Problem wird durch die passive Teilnahme, so wie wir es jetzt in die Berufsordnung schreiben wollen, aufrechterhalten. Wenn Sie das herausnehmen, dann haben wir das Problem ein bisschen besser gelöst. Die Industrie selbst wird in allen Ländern – in den USA, in Großbritannien – zurzeit von den Antikorruptionsbehörden massiv unter Druck gesetzt. Manche europäischen Konzerne haben sich entschieden, jegliche Kongressunterstützung auszusetzen, um die Leitlinien nicht zu gefährden. Es besteht natürlich die Gefahr, dass, wenn Zuwendungen an Leitlinienautoren offengelegt werden, die ganze Leitlinie wegen Befangenheit einkassiert wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Professor Bertram.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich möchte etwas zum letzten Satz dieses Paragrafen sagen. Ich habe dazu einen Änderungsantrag gestellt. Ich möchte ihn kurz begründen. Aber zunächst einmal möchte ich sagen, damit ich nicht in den Verdacht gerate,

das große Lied der Industrie oder von sonst wem zu singen: Ich sitze in diversen Ausschüssen und habe schon seit Jahren von der Pharmaindustrie kein Geld mehr bekommen. Das kann man auch an der Selbsteinstufung bei Empfehlungen und Leitlinien sehen, an denen ich mitgearbeitet habe.

Wir müssen dahin kommen, dass die Referenten bei Kongressen ihre Verquickungen mit der Industrie angeben. Das wendet sich letztlich an den Veranstalter. Das Problem ist nur: Die Berufsordnung wendet sich nicht an die Veranstalter, sondern an die Ärzte. Für die Veranstalter ist das letztlich egal.

Der Arzt, der eine Fortbildung veranstaltet – das gilt nicht für die Pharmafirma –, muss die Bedingungen und den Umfang des Sponsorings offenlegen. Er muss also genau sagen, wofür wie viel Geld bezahlt wird. Das ist für einen vernünftigen Kongress kaum machbar, dass man das genau aufdröselt und praktisch einen Finanzplan veröffentlicht, wofür was gezahlt wird.

Meiner Meinung nach reicht es völlig, wenn formuliert wird, dass das Sponsoring bei der Ankündigung und der Durchführung der Veranstaltung offenzulegen ist. Das reicht an sich aus, damit man das einordnen kann.

Anderenfalls fördern wir Veranstaltungen der Pharmaindustrie, die zumindest in unserem Fach – ich bin in diesem Bereich auch für Fortbildungen zuständig – firmeneigene Referenten einsetzt, weil sie dann nichts auszuweisen brauchen. Dann haben sie es deutlich einfacher. Wenn sie aber einen externen Referenten holen, einen wirklichen Fachmann, der vielleicht völlig unabhängig referiert, müssen sie das Sponsoring ausweisen und haben von daher mehr Probleme.

Deshalb plädiere ich dafür, dass Sie die Regelung bezüglich der Bedingungen und des Umfangs streichen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bertram. – Der nächste Redner ist der Kollege Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich muss noch etwas zum Antrag 32 sagen und Herrn Dr. Harb entschieden und energisch widersprechen. Benachteiligungen von uns Ärzten sind dermaßen tief in das SGB V eingepflegt, dass man es kaum glaubt. Es gibt Integrationsverträge, die die Kassen abschließen müssen, die zum Teil so ablaufen, dass, wenn die Kassenärztliche Vereinigung einem bestimmten Arzt die Anrechnungsgenehmigung wegen räumlicher, operativer oder fachlicher Ungeeignetheit entzieht, eine Krankenkasse daherkommt, um mit ihm einen preiswerten Vertrag für genau diese Leistungen abzuschließen. Das kann nicht sein. Die Krankenkassen dürfen alles. Das heißt dann wie bei Ulla: gewünschte Steuerung. Sie dürfen Zuweisungsverträge abschließen ohne eine Bindung an die GOÄ für die Vor- und Nachbetreuung von Patienten. Das heißt, sie können sagen: Schickt mal alle für eine bestimmte Operation in das Krankenhaus, dann bekommt ihr einfach 200 Euro überwiesen. Das dürfen Krankenkassen.

Wir wollen jedoch Verträge abschließen, die individuell nach Diagnose und vor- und nachstationärem Aufwand abzuschließen sind und einzeln abgerechnet werden. Das dürfen wir nicht. Wir verstoßen damit gegen die Berufsordnung, gegen Vorschriften des SGB V.

Wenn Sie meinen, dass die Krankenkassen über eine höhere Weisheit verfügen und solche Dinge nicht tun, dann können Sie dabei bleiben. Aber ich denke, dass wir Ärzte selber beschließen können und sollten, wie, wann und wo wir zusammenarbeiten, wenn wir uns an die Regeln der Berufsordnung halten: kein Entgelt für eine Zuweisung, sondern ein Entgelt für erbrachte Leistungen. Das Geld soll dorthin fließen, wo die Leistung erbracht wird. Daher bitte ich um Zustimmung zu unserem Antrag.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dewitz. – Als nächster Redner bitte Herr Lenhard aus der Ärztekammer Rheinland-Pfalz.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Änderungsantrag 4 des Kollegen Dietrich aus Bayern. Ich bitte Sie dringend, diesen Antrag abzulehnen. § 32 Abs. 1 soll lauten:

> *Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, Geschenke oder andere Vorteile von Patientinnen oder Patienten … anzunehmen.*

Ich komme aus Rheinhessen. Da pflegt man, wie man an mir sieht, eine gewisse Lebensart. Da wird einem auch einmal von einem Patienten, der einen wertschätzt, eine Flasche Wein geschenkt. Wenn ich diese Flasche Wein annehme, würde ich danach berufsunwürdig handeln. Das möchte ich nicht. Dasselbe gilt für den Kaffee, den die Helferinnen bekommen. Deshalb bitte ich Sie dringend, diesen Antrag abzulehnen. Anderenfalls setzen Sie sich alle ins Berufsunrecht, wenn Sie einmal etwas von einem Patienten geschenkt bekommen.

Ich bitte Sie also ebenso wie andere Vorredner, dem Antrag des Vorstands zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lenhard. – Als nächster Redner bitte der Kollege Bilger aus Baden-Württemberg.

Bilger, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Herr Kollege Dietrich, ich möchte auf Ihre Frage antworten, was denn mit dem zweiten Satz im ersten Abschnitt gemeint ist:

> *Eine Beeinflussung ist dann nicht berufswidrig, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient …*

Gemeint sind hier nicht die Chefarztzielvereinbarungen, denn dafür gibt es keine sozialrechtliche Grundlage, sondern gemeint sind die Regelungen in Selektivverträgen, dass bestimmte Arzneimittelziele vereinbart werden, die dazu führen, dass ein Arzt, der bestimmte Quoten beispielsweise bei Generika erreicht, einen entsprechenden Honoraraufschlag erhält. Das ist nicht so viel, dass es von großer wirtschaftlicher Bedeutung wäre. Aber es ist letzten Endes ein Beitrag zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise in einer Zielvereinbarung mit der Krankenkasse. Das kann ja nicht schlecht sein.

Bei uns in Baden-Württemberg wurden die Hausarztverträge unter anderem damit kritisiert, dass gesagt wurde: Es ist etwas Unehrenhaftes, wenn ihr dafür Geld bekommt, dass ihr auf der anderen Seite Geld spart, möglicherweise noch zulasten des Patienten. Wir sparen natürlich nicht zulasten des Patienten, sondern wir betreiben eine rationale Pharmakotherapie. Es gibt immer die Möglichkeit, auch gegen diese Quoten zu entscheiden. Wichtig ist, dass es nicht berufswidrig ist, wenn solche Vereinbarungen in Verträgen getroffen werden. Es ist naheliegend, dass es da letzten Endes um vernünftige Einsparungen geht, die man auch vonseiten der Berufsordnung nicht sanktionieren sollte. Das muss ausdrücklich formuliert sein.

Zum zweiten Punkt: Auch diese Änderung ist eigentlich überflüssig, weil die Teilnahme als Referent oder Mitreferent an einer Veranstaltung selbstverständlich ein Honorar wert ist. Das will niemand in Abrede stellen. Jemand, der aktiv eine Fortbildungsveranstaltung oder Ähnliches mitgestaltet, sollte doch die Reisekosten erstattet bekommen, auch wenn die Industrie der Veranstalter ist. Das halte ich für eine Selbstverständlichkeit. Ich habe mich zusammen mit anderen Kollegen dafür ausgesprochen, den zweiten Absatz ganz zu streichen, damit nicht der Eindruck entsteht, dass die Bezahlung von Fortbildungen für Ärzte durch die Industrie sozusagen gang und gäbe ist und dass man es billigen sollte.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Bilger. – Der nächste Redner ist Herr Franke aus Bayern.

Dr. Franke, Bayern: Ich möchte Herrn Bertram antworten. Er befürwortet, dass jetzt nur noch Firmensprecher statt irgendwelcher neutraler Referenten kommen, damit die angezeigten Aufwendungen für Sponsoring kleiner ausfallen. Ehrlich gesagt ist es mir wesentlich lieber, wenn der Firmensprecher kommt. Dann weiß ich nämlich, woran ich bin.

(Beifall)

Wenn James Bond plötzlich ein neues Auto fährt, dann weiß ich: Da ist Geld geflossen. Jetzt hat die bayerische Autofirma Geld ausgegeben, damit er gerade dieses Modell fährt.

Wenn der Firmensprecher kommt, weiß ich: Der vertritt die Interessen der Firma. Das große Problem sehe ich darin, dass wir Referenten haben, die eben doch nicht ganz neutral sind. Ich hatte selbst Referentenverträge auf dem Tisch, bei denen sich die Firma vorbehalten hat, die Dias vorher anzuschauen und Einfluss zu nehmen, sofern es den wissenschaftlichen Charakter und die Neutralität nicht gefährdet. Sie alle wissen, was man von solch einer Formulierung zu halten hat.

Ich halte es wirklich für unabdingbar, dass die Bedingungen für das Sponsoring enthalten sind. Wir müssen auch unsere Referenten unterstützen, wenn sie solche Verträge nicht annehmen wollen. Außerdem möchte ich einfach nicht betrogen werden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Franke. – Der nächste Redner ist Kollege Adib Harb aus Hamburg.

Dr. Harb, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielleicht verstehe ich Sie ein wenig falsch, Herr Dewitz. Was haben Sie gegen Wettbewerb? Wenn die Krankenkassen irgendwelche Verträge mit Krankenhäusern abschließen und wenn sie genau dieselben Konditionen vereinbaren – gleicher Preis und gleiche Qualität –, dann glaube ich nicht, dass sie im Wettbewerb unterlegen sind. Wir wollen doch den Wettbewerb haben. Wir wollen eine Konkurrenz zwischen allen Anbietern im Gesundheitswesen.

Daher kann ich nicht verstehen, was es uns bringen soll, dass wir eine Sondervertragsregelung haben sollen, einen privatrechtlichen Vertrag, der nicht nur für diese Fälle anwendbar wäre, sondern auch für alles, was wir verhindern wollen, nämlich diese Zahlung für Leistungen, die man nicht erbracht hat, ganz offen gesagt.

Vielen Dank.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Adib Harb. – Das Wort hat jetzt Klaus Ottmann aus Bayern, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Ottmann, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir in Bayern haben uns intensiv mit diesem Thema beschäftigt. Ursprünglich hieß der Text ja, dass das Sponsoring bei der Ankündigung und der Durchführung der Veranstaltung offenzulegen ist. Das würde bedeuten, dass auf einer solchen Einladung nur steht: Es findet eine Unterstützung durch die Firma XY statt. Das entspricht dem Text, wie er schütter dort steht. Wir haben uns lange Gedanken darüber gemacht, dass das nicht ausreicht. Wir wollen wissen, ob auf den wissenschaftlichen Gehalt Einfluss genommen wird. Wir wollen auch wissen, wie viel. Deshalb ist dieser Satz erweitert worden um die Bedingungen und den Umfang. Das muss auch enthalten sein. Wenn es nur heißt „Die Veranstaltung ist mit Unterstützung der Firma XY durchgeführt“, dann ist das zu dürftig.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie herzlich, den Text genauso, wie er hier steht, anzunehmen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Ottmann. – Der nächste Redner ist Herr Professor Dietrich, ebenfalls aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Bilger hat mich überzeugt. Ich habe jetzt verstanden, wofür dieser unverständliche Satz im ersten Absatz steht hinsichtlich der sozialrechtlichen Grundlagen. Ich möchte also mit in meinen Antrag übernehmen, dass das nicht gestrichen wird, sondern dass dieser Satz, obwohl er so unverständlich ist, weiterhin bestehen bleibt.

Hier wurde die Frage gestellt: Warum dürfen wir keinen Rheinhessenwein mehr annehmen? Warum dürfen wir nichts mehr annehmen für die Kaffeekasse unserer Krankenschwestern oder unserer Arzthelferinnen? Meine Damen und Herren, wo ist da die Grenze? Wir haben als städtische und auch als staatliche Angestellte in München extrem enge Grenzen. Das hört schon beim Bleistiftverschenken auf, was wir offiziell dürfen. Das finde ich eigentlich auch richtig. Wir können uns einen Kugelschreiber selber kaufen. Ich kann mir auch eine Flasche Wein leisten. Wir müssen unseren Patienten klarmachen, dass wir unabhängig sind. Sie können dem Roten Kreuz spenden, sie können „Ärzte ohne Grenzen“ spenden. Aber es geht nicht an, dass wir zu Weihnachten körbeweise Rheinhessenweine bekommen. Wo ist die Grenze? Bei einer Flasche, bei zwei Flaschen? Ist eine Kiste Wein schon eine Bestechung?

(Zurufe)

– Sie mögen gern Wein trinken, aber den können Sie sich auch selber kaufen, denke ich. Ich glaube, wir sollten hier klipp und klar sagen: Geschenke gehören nicht dorthin, wo sie die ärztliche Handlung, die ärztliche Behandlung beeinflussen können. Wir sollten keine Hintertürchen öffnen: Wenn vielleicht doch keine Beeinflussung vorliegt, dann geht es.

Dasselbe gilt meiner Meinung nach auch für die aktive Teilnahme. Ich kenne, weil ich mit der Industrie viele Verträge abgeschlossen habe, diese Paragrafen, dass man sich das vorher anschauen will, dass die Dias eingereicht werden müssen, dass die Manuskripte hinterher beurteilt werden, hinterher, wenn eine Studie abgeschlossen ist. Es gibt mannigfache Beurteilungen, die weit über das hinausgehen, was wir hier beschließen, die davon nicht erfasst werden. Ich möchte sie im Moment auch nicht erfassen; aber das ist ein anderer Punkt.

Ich glaube, es ist eine minimale Sache, dass wir sagen: Wir haben eine reine Weste, wir nehmen keine Geschenke an, die unsere ärztliche Unabhängigkeit beeinflussen können.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. Sie haben also Ihren Antrag geändert. Ich werde das nachher noch verlesen. Das bekommen wir hin. – Jetzt eine Bemerkung von Herrn Schirmer.

Schirmer, Justiziar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich wollte kurz etwas zu dem Antrag sagen, der die Worte „auf sozialrechtlicher Grundlage“ durch „auf vertraglicher Grundlage“ ersetzen will. Der Bezug auf die sozialrechtlichen Grundlagen hat etwas mit den im SGB V sehr praktizierten Selektivverträgen zu tun, wo es immer verschie-

dene Formen von Bonifikationen für bestimmte Umgangsweisen gibt. Da ist immer das Problem aufgetreten: Ist das ein Verstoß gegen die Regel über die ärztliche Unabhängigkeit? Da diese Verträge aber sozialrechtlich erlaubt sind und in bestimmten Maßen auch praktiziert werden, haben die Berufsordnungsgremien gemeint, dass es sinnvoll ist, das in einer positiven Wendung anzusprechen.

Nicht betroffen ist zunächst einmal die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Das ist ein Kapitel für sich und ist hier nicht erfasst. Man muss es auch nicht erfassen, weil solche Kooperationen nicht verboten sind, es sei denn, es ist das sogenannte Phänomen der Zuweisung gegen Entgelt. Hier gibt es aber auch eine Rechtsprechung, die besagt: Wenn eine Gegenleistung des Arztes für bestimmte Untersuchungen und Ähnliches erfolgt, ist das natürlich auch zulässig. Sie kennen vielleicht die Debatte aus dem vergangenen Jahr über die sogenannten Zuweiserprämien. Das ist ja politisch sehr hochgespielt worden.

Die Bundesärztekammer hat sich an einem Arbeitspapier beteiligt, das gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu diesem Thema verfasst wurde und mit dem Wort „Clearingstellen“ in die Welt gegangen ist, die solche Verträge auch berufsrechtlich prüfen, wenn sie dies tun wollen.

Im Übrigen ist ja die Berufsordnung Ausdruck Ihres eigenen beruflichen Verständnisses. Deswegen ist es eine Frage, die Sie als Angehörige dieses Berufs selbst entscheiden müssen, wie Sie mit Geschenken umgehen wollen, wie Sie mit Sponsoring umgehen wollen. Das ist keine Sache, die man juristisch entscheiden kann, sondern das ist eine Wertungsfrage, die Sie selber beantworten müssen.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Rechtsanwalt Schirmer. – Damit ist die Debattenlage klar. Wir kommen jetzt in die Abstimmung zu den Änderungsanträgen zum § 32. Sie gestatten mir, dass ich Ihnen kurz das Prozedere darstelle, weil ja inzwischen einige Änderungen eingetreten sind.

Ich bitte Sie, sich dem ersten Teil des Antrags 4 von Herrn Dietrich zuzuwenden, mit dem er inzwischen durch die Hinzunahme des zweiten Satzes mit „sozialrechtlich“ im Grunde genommen aus dem Vorstandsantrag nur den Halbsatz „wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird“ streichen möchte.

Danach würden wir uns dem Antrag 20 zuwenden, der § 32 komplett streichen möchte. Das geht weiter als der zweite Teil des Antrags 4 von Herrn Dietrich, der diesen Paragrafen ändern möchte.

Dann würden wir uns als Nächstes dem Antrag von Frau Keller zu § 32 Abs. 1 zuwenden und dann dem Antrag 32 hinsichtlich der Worte „dessen Bedingungen und Umfang“. Sind Sie damit so einverstanden? – Gut. Dann kommen wir zunächst zum **Antrag III-01-04,** in dessen erstem Punkt gefordert wird, folgenden Text zu streichen:

> *… wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird.*

Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Teil des Antrags mit großer Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag III-01-10,** der sich wiederum mit Satz 1 befasst, von Frau Dr. Svea Keller. Sie möchte den ersten Absatz anders fassen. Muss ich Ihnen das vorlesen? Sie sehen den Text auf der Leinwand. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **abgelehnt.**

Damit entfällt der zweite Teil des Antrags, der in § 31 eine Folgeänderung vorsah.

Wir kehren zurück zum **Antrag III-01-04** von Herrn Professor Dietrich, wonach § 32 Abs. 2 in dem von Herrn Dietrich vorgeschlagenen Sinne geändert werden soll. Wer für die Änderung von Herrn Dietrich – das ist Ziffer 2 des Antrags 04 – ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Einzelne. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann ist das **abgelehnt.** Damit ist in meinen Augen Antrag 4 komplett behandelt, nachdem Herr Dietrich einen Teil davon zurückgezogen hatte.

Dann liegt zum **Antrag III-01-20** von Herrn Kollegen Wagenknecht der Antrag auf Nichtbefassung vor. Ich stelle also zunächst die Frage: Wollen Sie sich mit dem Antrag von Herrn Wagenknecht befassen oder nicht? Wer für Nichtbefassung ist, möchte jetzt die Karte heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war in meinen Augen die Mehrheit. Enthaltungen? – Damit ist **Nichtbefassung** zum Antrag 20 beschlossen.

Damit kommen wir zum **Antrag III-01-32,** der in § 32 Abs. 3 in Satz 2 die Worte „dessen Bedingungen und Umfang“ gestrichen haben will. Sprachlich korrekt ist dementsprechend das Wort „sind“ durch „ist“ zu ersetzen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist in meinen Augen die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann haben Sie diesen Antrag **abgelehnt.**

Dann haben Sie nach meinem Eindruck § 32 so belassen, wie ihn der Vorstand vorgeschlagen hat, sodass ich jetzt § 32 in unveränderter Fassung zur Abstimmung stelle. Wer hierfür ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann haben Sie mit großer Mehrheit § 32 in unveränderter Fassung beschlossen.

Damit kommen wir zu Ziffer 21 der Anlage. Das betrifft § 33. Dazu liegen die Anträge 8 und 5 vor. Herr Professor Dietrich hat sich dazu zu Wort gemeldet. Bitte.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Entschuldigen Sie, wenn ich Ihre Zeit mit meinen dauernden Wortmeldungen so in Anspruch nehme.

Präsident Dr. Montgomery: Nein, ist ja spannend.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Ich werde nachher nur noch zur Abschaltung von Atomkraftwerken sprechen. Das ist also meine letzte Wortmeldung hierzu.

In § 33 geht es um Leistungen für die Hersteller von Arzneimitteln oder Medizinprodukten. Hier ist die Rede von Anwendungsbeobachtungen. Es heißt:

> *Die Verträge über die Zusammenarbeit … sollen der Ärztekammer vorgelegt werden.*

Ich möchte das Wort „sollen“ durch das Wort „müssen“ ersetzen. Eine Vorschrift mit „sollen“ heißt eigentlich gar nichts; man kann es machen, man kann es nicht machen. Die Ärztekammer hat letztendlich damit gar nichts zu tun. Ich meine, wenn wir es bei „sollen“ belassen, dann können wir den ganzen Absatz streichen.

Ich würde ihn eigentlich noch viel schärfer fassen, denn Anwendungsbeobachtungen haben überhaupt nichts mit medizinischem Erkenntnisgewinn zu tun. Anwendungsbeobachtungen sind reine Werbeveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie. Sie sollten, wenn möglich, verboten werden. Ich weiß, es geht nicht zu verbieten. Es ist gut, wenn sie hier genannt werden.

Es betrifft aber natürlich auch andere wissenschaftliche Studien, die wir in den Kliniken durchführen, die mit wissenschaftlichem Charakter durchgeführt werden, anders als bei Anwendungsbeobachtungen. Die Vergütung dieser Geschichten ist ein sehr, sehr weites Feld. Auf jeden Fall meine ich, dass zum einen Verträge darüber abgeschlossen werden sollen und dass sie zum anderen der Ärztekammer vorgelegt werden müssen und nicht nur vorgelegt werden sollen.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Dietrich. – Die Lage ist klar. Wir können also, wenn es keine weiteren Wortmeldungen gibt, den Vorsitzenden der Berufsordnungsgremien bitten, uns hierzu einen Kommentar zu geben.

Dr. Wolter, Referent: Die Umformulierung könnte übernommen werden. Hinsichtlich des Wortes „sollen“ haben wir uns im Prinzip entschieden, die ganze Sache aus der Sicht der Kammer zu sehen. „Müssen“ ist definitiv, wie Sie selbst gesagt haben. „Sollen“ ist müssen, wenn man kann. Man sollte berücksichtigen, ob man eventuell die Arbeitsbelastung der einzelnen Kammern ein bisschen regulieren kann, und nicht seitens der Berufsordnung zu doktrinär vorgehen. Deshalb haben wir uns für „sollen“ entschieden.

Vielen Dank.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Meine Damen und Herren, wir können jetzt in die Abstimmung eintreten. Ich rufe zunächst den **Antrag III-01-05** auf, der auf Wunsch von Herrn Dietrich den eben dargestellten Zusammenhang zwischen „sollen“ und „müssen“ in anderer Form in die Berufsordnung hineinbringt. Wer ist dafür, dass wir statt „sollen“ „müssen“ an dieser Stelle in die Berufsordnung einfügen? –

Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Damit ist der Antrag **abgelehnt.** Es bleibt bei „sollen“.

Damit kommen wir zum **Antrag III-01-08.** Es geht um die Klarstellung bei Herstellung und Erbringung. Das kann ohne Weiteres eingefügt werden, weil das in der Tat sprachlich besser ist. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt stelle ich den so geänderten § 33 zur Abstimmung. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist § 33 mit der kleinen Änderung angenommen.

Wir kommen zu Ziffer 22 der Anlage. Es geht um die Aufhebung der §§ 34 und 35. Wortmeldungen oder Anträge liegen nicht vor. Wer ist dafür? – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Keine.

Wir kommen zur Ziffer 23 der Anlage. Ich frage Sie, ob Sie die Kapitel C und D aufheben möchten. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einstimmig. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen.

Antrag III-01 in der von Ihnen in akribischer Arbeit veränderten Fassung wird jetzt insgesamt zur Abstimmung gestellt.

(Zuruf)

– Die Wortmeldung geht zu spät ein; wir sind im Abstimmungsvorgang. Tut mir leid, aber irgendwo müssen wir eine Grenze setzen.

Wer für den Antrag III-01 ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Meine Damen und Herren, Sie haben sich eine neue (Muster-)Berufsordnung gegeben; ich danke Ihnen.

(Beifall)

Wir haben jetzt noch einige wenige Anträge, die sich mit allgemeinen Fragen der Berufsordnung befassen. Dies sind die Anträge 2, 5 und 6. Wenn Sie einverstanden sind, rufe ich sie nacheinander auf.

Wir beginnen mit dem **Antrag III-02.** Es geht um den Begriff „Gesundheit“. Es ist vorhin, wenn ich mich richtig erinnere, dazu bereits gesprochen worden. Jetzt liegen keine Wortmeldungen vor. Oder wünscht der Vorsitzende der Berufsordnungsgremien, dazu noch zu sprechen?

Dr. Wolter, Referent: Ich hatte vorhin ja schon gesagt: Es ist schwer zu definieren. Wenn Sie den Antrag nicht ablehnen wollen, dann sollten Sie ihn an den Vorstand überweisen. Dann befassen wir uns damit noch einmal und überlegen, ob wir das irgendwie in eine Definition bringen können.

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Herr Wolter hat Vorstandsüberweisung vorgeschlagen. Ich frage: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! –

Enthaltungen? – Keine. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen nun zum **Antrag III-05.** In § 9 soll ein neuer Abs. 5 eingefügt werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünschen Sie Vorstandsüberweisung für diesen Antrag? – Wissen Sie, worüber wir abstimmen? Ich habe das Gefühl, dass es nicht ganz klar ist, weil es jetzt sehr schnell geht.

Ich erläutere es ganz kurz. Herr Dietrich beantragt, unter § 9 der (Muster-)Berufsordnung, der in dem heutigen Kontext nicht im Detail aufgerufen war, einen neuen Abs. 5 hinzuzufügen:

> *Der Arzt darf nicht am Aufbau elektronischer Patientendatenbanken mitwirken, die das Recht des Patienten auf Schutz seiner Intimsphäre, die Sicherheit und den Schutz des Privatlebens gefährden oder schmälern. Jede Patientendatenbank muss einem Arzt unterstellt sein, der namentlich benannt ist.*

Udo, möchtest Du etwas dazu sagen? – Nein. Wird das Wort gewünscht? – Zunächst Frau Groß.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Ich möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen und für die Ablehnung dieses Antrags plädieren, weil ich denke, man kann in Krankenhäusern und anderen Institutionen nicht gewährleisten, dass ein namentlich benannter Arzt für die Patientendatenbank zuständig ist.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. Das war ein Plädoyer gegen die Vorstandsüberweisung und für eine klare Ablehnung. – Jetzt bitte Herr Dietrich.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich plädiere gegen die Vorstandsüberweisung und für die Zustimmung zu diesem Änderungsantrag, und zwar aus folgendem Grund. Der zitierte Text ist originärer identischer Bestandteil der Europäischen Berufsordnung der Ärzte, die auch von der Bundesärztekammer ratifiziert wurde und in diesem Sinne auch in nationales Recht umgesetzt werden soll.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir denken beispielsweise nicht nur an die elektronische Gesundheitskarte. Sie wissen vielleicht, dass es Tumorboards gibt, wo große Pharmakonzerne mithilfe von Selbsthilfegruppen heutzutage zunehmend versuchen, im Sinne ihrer Produktvermarktung Einfluss auf die Patienten zu gewinnen. Zu diesem Zweck betätigen sich sogenannte Selbsthilfegruppen. Sie akquirieren Patienten. Die Daten der Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern werden in Datenbanken überführt. Keiner weiß, auch nicht die Leiter dieser Tumorboards, wer diese Datenbanken eigentlich verwaltet. Das ist überhaupt nicht bekannt.

Hier gibt es also große Interessen auch internationaler Konzerne, diese Daten zum Zwecke der Vermarktung zu verwalten. Das ist ein wesentliches Argument, das uns bewegen sollte, diese Datenbanken stets unter der Kontrolle des Arztes zu halten und dieses auch zu fordern.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. – Herr Rechtsanwalt Schirmer hat sich wegen der Wertigkeit der Europäischen Berufsordnung zu Wort gemeldet.

Schirmer, Justiziar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist zutreffend, dass der Text dieser Empfehlung aus dem europäischen Deontologischen Code stammt. Dieser stammt aber aus dem Jahre 1987, was nicht bedeuten soll, dass Grundsätze nicht auch 25 Jahre alt sein können. Gleichwohl darf ich darauf hinweisen, dass in Deutschland für diese Problematik inzwischen auch das Bundesdatenschutzgesetz gilt. Das Bundesdatenschutzgesetz erlaubt, dass – natürlich unter der Verantwortung der für eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus maßgeblichen Personen - Datenbanken geführt werden können, sogar externe. Der Externe ist nach § 203 StGB ebenso wie der Arzt zum Schweigen verpflichtet.

Ich darf Sie hinweisen auf die Empfehlungen der Bundesärztekammer aus dem Jahre 2008, die eingehend mit dieser Problematik Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis umgehen und verschiedene Hinweise enthalten.

Ich kann rechtlich nicht ausräumen, dass das nach unseren datenschutzrechtlichen Bestimmungen möglicherweise zu eng ist, wenn ein namentlich benannter Arzt hierfür verantwortlich sein muss. Meines Erachtens kann man das aufgezeigte Problem, dass Außenstehende irgendwelche Zugänge haben, auf der Grundlage des geltenden Rechts lösen. Das wäre ja unzulässig.

Sie müssen letztlich selbst entscheiden, ob Sie diese engere Fassung haben wollen. Sie ist bisher nicht in die Berufsordnung eingegangen.

Präsident Dr. Montgomery: Danke schön. – Zur Klarstellung möchte ich als Ihr Vertreter im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte sagen: Die Vereinigung, die das 1987 verabschiedet hat, nämlich die Europäische Konferenz der Ärztekammern, ist ein inzwischen auf fünf Nationen zusammengeschrumpfter, sehr frankophoner und frankophiler Verein ohne jeden Rechtscharakter. Er hat nicht einmal ein Statut. Er steht in Konkurrenz zu der großen Vertretung, bei der wir Sie vertreten, nämlich dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte. Was 1987 vielleicht einmal groß und wichtig war, stellt sich 2011 doch etwas realistischer dar. Ich hoffe, Sie haben die Botschaft verstanden.

Das Wort hat jetzt Franz Bartmann.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Sie haben ja den umgedruckten Text der Europäischen Berufsordnung vorliegen. Sie können ihn auch ohne Weiteres auf der Homepage der Bundesärztekammer abrufen. Ich zitiere:

> *Der Arzt darf nicht am Aufbau elektronischer Patientendatenbanken mitwirken, die das Recht des Patienten auf Schutz seiner Intimsphäre, die Sicherheit und den Schutz des Privatlebens gefährden oder schmälern.*

Von daher ist es eingeschränkt auf eine bestimmte Art von Datensammlungen, die nichts zu tun hat mit irgendwelchen kontrollierten elektronischen Patientenakten. Sonst wären ja im Grunde genommen alle Patientenakten darunter zu verstehen.

Dieser Formulierung kann ich ohne Weiteres zustimmen. Solche Datensammlungen darf es in der Tat nicht geben. In der (Muster-)Berufsordnung haben wir, wo es um die Forschung geht, ähnlich restriktive Einschränkungen. Auch dort wird gefordert, dass solche Datenbanken nur mit Zustimmung des Patienten und auch nur an einer definierten Stelle geführt werden dürfen.

Wenn man den Wortlaut dieses Paragrafen nimmt, ist das eigentlich ohne Abstriche zu unterschreiben. Man muss aber sehen, dass es sich auf diese Form der Akten einschränkt, die in die Intimsphäre des Patienten eingreifen und teilweise ohne seine Zustimmung existieren.

Der Paragraf ist in Ordnung, aber bitte nicht auf alles übertragen, was wir in Verbindung mit der elektronischen Patientenakte und elektronischen Gesundheitsakten diskutieren.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Die Rednerliste ist erschöpft. Wir kommen zur Abstimmung. Zur Abstimmung steht der **Antrag III-05.** Vorhin ist Vorstandsüberweisung beantragt worden. Wir müssen also zuerst über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Falls Sie es nicht an den Vorstand überweisen wollen, müssen Sie über Ablehnung oder Zustimmung befinden. Wer ist für Vorstandsüberweisung des Antrags III-05? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Das Erste war die Mehrheit.

(Zurufe)

– Wünschen Sie, dass gezählt wird? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag III-06,** über den Ihnen Herr Wolter vorhin bei seinen einleitenden Bemerkungen sehr deutlich gesagt hat, dass er schon mehrfach in der Konferenz und auf dem Ärztetag behandelt worden ist. Es geht hier um die Erarbeitung einer komplett neuen Berufsordnung. Sie haben eben die Berufsordnung modernisiert und überarbeitet. Sie würden damit wieder in diese Dauerbaustelle einsteigen.

Wer möchte dem Antrag III-06 zustimmen? – Einige. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Drei Enthaltungen. Damit ist der Antrag **abgelehnt.**

Weitere Anträge zum Tagesordnungspunkt „Berufsordnung“ liegen mir nicht vor. Damit haben wir diesen Tagesordnungspunkt abgearbeitet.

Das Schlusswort hat jetzt Udo Wolter, der Vorsitzende der Berufsordnungsgremien.

Dr. Wolter, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist mir ein Bedürfnis, allen zu danken, die mitgemacht haben. Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Nösser, der leider erkrankt ist. Er wollte gern hier sein. Er hat sich länger mit diesen Problemen beschäftigt. Mein Dank geht auch an Herrn Schirmer und Frau Glorius von der Rechtsabteilung, die ganz intensiv in der letzten Phase mitgewirkt haben. Mein Dank geht auch an den Berufsordnungsausschuss. Wir haben in unermüdlichen Sitzungen jedes Wort auf die Waage gelegt.

Vielen Dank auch für die Anregungen aus der Ständigen Konferenz, die von den Ländern kamen. Hier haben wir in sehr guten Sitzungen bestimmte Positionen festgelegt.

Diese Worte mussten einfach sein, denn die Berufsordnung ist ja keine One-Man-Show. Ich sehe das als unser Gesamtwerk an.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Ich glaube, in diesen Dank können wir alle nur einstimmen.

Bevor wir jetzt gleich in den Tagesordnungspunkt VI eintreten, noch zwei Dinge. Ich möchte an dieser Stelle die Studentin Carolin Fleischmann, Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, begrüßen, die wirklich in großer Geduld unseren Beratungen zu dem für sie eminent interessanten Thema der Berufsordnung zugehört hat. Das weist schon darauf hin, dass sie später einmal eine talentierte Berufspolitikerin werden wird, wenn sie einen ganzen Freitag bei so schöner Sonne hier bei uns ist. Seien Sie herzlich willkommen! Es freut uns, dass Sie da sind.

(Beifall)

Zum Zweiten habe ich eine Frage an Sie. Unser Stenograf hat unter anderem mitgeteilt, dass es bestimmte menschliche Bedürfnisse gibt, die Sie zwischendurch erledigen können, er aber nicht so ohne Weiteres. Ich frage Sie, ob wir uns auf eine zehnminütige Sitzungsunterbrechung verständigen könnten, damit wir uns alle einmal kurz die Beine vertreten können.

(Beifall)

Wenn Sie damit einverstanden sind, unterbrechen wir jetzt die Sitzung für zehn Minuten.

(Zuruf)

– Geschäftsordnungsantrag dazu? Wir können das nach der Sitzungsunterbrechung behandeln.

(Zuruf)

– Nein, Herr Thierse besteht darauf, dass der Geschäftsordnungsantrag jetzt behandelt wird.

Dr. Thierse, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist jetzt schon nach 14 Uhr. Das offizielle Ende ist für 16 Uhr vorgesehen. Wir haben bisher umgedruckt 123 Anträge, die mit Sicherheit zu 99 Prozent ganz wichtig sind. Auch die Themen sind alle gleich wichtig. Die Frage ist: Wie gehen wir damit um? Machen wir jetzt eine Pause und nehmen dann im 30-Sekunden-Rhythmus die Abstimmungen vor? Oder überweisen wir – das ist das Weitestgehende – komplett an den Vorstand, womit sich diese Pause erübrigt hätte? Das ist der Grund, warum ich den Antrag stellen wollte. Wenn jemand einen besseren Vorschlag hat, möge er ihn machen.

Präsident Dr. Montgomery: Das ist geschäftsordnungsmäßig nicht das richtige Prozedere. Hier ist der Antrag gestellt worden, den Tagesordnungspunkt VI „Tätigkeitsbericht“ in toto mit allen dazu gestellten Anträgen und ohne Äußerungen an den Vorstand zu überweisen. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann haben Sie jetzt die Chance, dieses durch Abstimmung zu entscheiden. Wer dafür ist, alle 123 Anträge an den Vorstand zu überweisen, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Es geht nicht anders. Wer für die Überweisung aller Anträge an den Vorstand ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Jetzt bitte die Gegenprobe! – Dann haben Sie mit 82 : 34 Stimmen beschlossen, alle Anträge hier zu behandeln, also keine Vorstandsüberweisung.

(Beifall)

Das heißt natürlich aber auch, dass eigentlich niemand mehr weggehen darf, zumindest niemand, der für die Behandlung aller Anträge gestimmt hat.

Jetzt machen wir zehn Minuten Pause. Ich hoffe, Sie danach alle wieder hier im Saal anzutreffen.

(Unterbrechung)

Präsident Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Ich bitte Sie, wieder in den Saal zu kommen und die Plätze zu besetzen. Vielleicht kann jemand denjenigen, die draußen gewissen Gelüsten nachgehen, sagen, dass die Raucherpräventionspolitik der Bundesärztekammer es eigentlich nicht gern sieht, wenn Ärzte rauchen. – Ich werde ermahnend darauf hingewiesen, dass das Wort „eigentlich“ falsch war.

Ich könnte jetzt natürlich damit drohen, schnell die Beschlussfähigkeit feststellen zu lassen. Dann hätten Sie auch frei. Aber ich glaube, es kommen noch einige Kolleginnen und Kollegen von draußen in den Saal. Sie hatten ja eben die Möglichkeit, das auf geordnetem Wege zu machen. Es ist ja viel besser, Sie sagen selber, dass Sie Schluss machen wollen, beispielsweise durch einen Geschäftsordnungsantrag wie vorhin, als dass jemand die Frage stellt: Sind wir noch beschlussfähig? Es sieht viel blöder aus, wenn wir sagen müssen: Wir sind nicht mehr beschlussfähig. Wenn wir aber sagen, wir überweisen den Rest an den Vorstand und gehen dann nach Hause, ist das ein geordnetes und vernünftiges Prozedere, nicht ein überraschungsartiges

Ausdünnen. Es ist ja auch legitim, wenn jemand nach so vielen Verhandlungsstunden sagt: Nun kann ich nicht mehr.

Jetzt bitte Herr Bertram zur Geschäftsordnung.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich möchte beantragen, dass wir geschäftsordnungsmäßig festlegen, dass wir noch alle Vorstandsanträge abstimmen und danach den Rest an den Vorstand überweisen.

Präsident Dr. Montgomery: Das ehrt uns sehr, Herr Professor Bertram. Darüber müssen wir in der Tat abstimmen. Der Antrag lautet, dass über die Vorstandsanträge zu den einzelnen Punkten abgestimmt wird. Die Frage ist: mit Änderungsanträgen oder ohne?

(Zurufe)

– Mit Änderungsanträgen? Das bringt dann nicht so dramatisch viel.

Jetzt wird die Gegenrede zu diesem Antrag gewünscht. Bitte, Herr Dietrich.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es liegen noch zahlreiche Anträge aus unseren eigenen Reihen vor. Es sind natürlich viel zu viele, als dass wir sie heute umfassend beraten können. Aber sich nur auf die Vorstandsanträge zu beschränken und unsere eigenen Anträge einfach wegzuschieben, das halte ich nicht für die richtige Einstellung. Wenn schon, dann sollten wir den Ärztetag vorher beenden und insgesamt Vorstandsüberweisung beantragen. Oder aber wir diskutieren weiter. Deshalb plädiere ich gegen den Antrag des Kollegen Bertram.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt stimmen wir ab. Herr Professor Bertram hat beantragt, die Vorstandsanträge mit den dazugehörigen Änderungsanträgen zu behandeln und alle anderen Anträge an den Vorstand zu überweisen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Damit wollen Sie jetzt in die Tagesordnung eintreten.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt VI** auf:

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Wir haben 123 Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt vorliegen. Wir haben Ihnen eine Gruppierung mit enumerativer Aufzählung der einzelnen Anträge ausgelegt. Wenn ich richtig informiert bin, ist das heute Vormittag geschehen, sodass Sie das schon sortieren konnten. Wir werden in der entsprechenden Reihenfolge vorgehen.

Ich habe das Gefühl, genau dazu meldet sich jetzt Herr Stagge als Delegierter der Ärztekammer Nordrhein zur Geschäftsordnung.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident, heute Morgen hatten Sie einen schönen Antrag formuliert, den ich übernommen habe, nämlich dass wir das beschleunigte Verfahren wählen: Wenn jemand gegen einen Antrag spricht, kann er das tun, und dann ist auch eine Rede für den Antrag möglich. Ansonsten wird nur abgestimmt.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Das müssen Sie beschließen. Geschäftsordnungsmäßig ist der Antrag auf verkürztes Verfahren gestellt. Ich frage immer nur: Ist jemand gegen den Antrag? Wenn das nicht der Fall ist, stimmen Sie ab. Anderenfalls hat der Antragsteller noch die Möglichkeit der Gegenrede. Wer möchte mit den Anträgen, die jetzt vorliegen, so verfahren? – Bitte die Gegenprobe! – Eine Gegenstimme. Enthaltungen? – Keine Enthaltungen. Dann haben Sie mit einer Gegenstimme so beschlossen.

Wir haben noch unlimitiertes Rederecht, was ich als Sitzungsleiter ausgesprochen begrüße.

(Zuruf)

– Zwei Minuten?

(Zuruf)

– Eine Minute?

(Zuruf)

– Zwei Minuten. Wer ist für eine Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten? – Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Dann sind zwei Minuten beschlossen.

Ich rufe den Komplex „Prävention, Rehabilitation“ auf, der bereits durch das einleitende Referat von Herrn Professor Zepp, das leider zeitversetzt gehalten werden musste, vorbereitet werden sollte. Ich rufe den Antrag VI-02 auf, der vom Vorstand kommt und sich mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befasst. Hierzu gibt es zwei Änderungsanträge, nämlich die Anträge 2 a und 2 b, die Sie hoffentlich beide vorliegen haben. Wir behandeln zunächst den Antrag 2 a. Er umfasst drei Punkte. Der erste Punkt läuft daraus hinaus, im zweiten Absatz den ersten Satz zu streichen, der lautet:

Insgesamt belegt die Studie eine gute Gesundheit unserer Kinder.

Gibt es jemanden, der dagegensprechen möchte? – Bitte, Rudolf Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich widerspreche diesem Streichungswunsch. Ich hätte nichts dagegen, im vierten Spiegelstrich im zweiten Satz das Wort „Gesundheit“ durch „Gesundheitserziehung“ im Namen des Vorstands zu übernehmen. Aber die Streichung finde ich nicht in Ordnung. Hier ist ausdrücklich auf die psychischen Auffälligkeiten aufmerksam gemacht, hier ist ausdrücklich auch auf den größeren Anteil derjenigen mit deutlichen Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten aufmerksam gemacht. Es gibt auch einen Satz, der ausdrücklich besagt, dass für fast

alle gesundheitlichen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen sich ein starker Zusammenhang zur sozialen Schichtzugehörigkeit findet.

Alles das, was jetzt als nicht ausreichend belichtet dargestellt worden ist, wird explizit erwähnt. Es ist halt wie mit dem halb vollen und dem halb leeren Glas. Ich finde nicht, dass man die Durchsetzung seiner Ziele dadurch erleichtert, dass man ein halb volles Glas als total leer bezeichnet. Deshalb meine ich, dass der Satz, der ja in der KiGGS-Studie steht, im Text enthalten sein sollte, weil wir die vollständige Wahrheit annehmen und nicht nur einen Teil davon.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wünscht der Antragsteller, für seinen Antrag zu sprechen? – Bitte, Herr Voigt.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Noch einmal: Wir haben heute über ein Drittel Kinder in unserer Betreuung, die chronisch erkrankt sind, die eine relevante dauerhafte Erkrankung haben. Das ist etwas, was sich auch tendenziell erhöht hat.

Vor diesem Hintergrund eine Aussage zu treffen, die Gesundheitssituation der Kinder sei gut, ist eine plakative Falschdarstellung. Deswegen möchte ich, dass dieser Satz gestrichen wird.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Wir können uns jetzt eine Meinung über den **Antrag VI-02 a** durch Abstimmung bilden. Wer dafür ist, dass dieser Satz gestrichen wird, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine. Der Antrag ist **angenommen.** Damit ist der Satz gestrichen. Damit ist automatisch die redaktionelle Anpassung im zweiten Satz durch Streichung des Wortes „jedoch“ vorgenommen.

Wir kommen zum **Antrag VI-02 b.** Danach soll im vierten Absatz als erster Spiegelstrich eingefügt werden:

> *die Kompetenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu nutzen und ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Rahmen der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen und zu stärken.*

Wünscht jemand, gegen diesen Antrag zu sprechen? – Wenn das nicht der Fall ist, können wir ihn abstimmen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen **angenommen.**

Damit kehren wir zurück zum Antrag VI-02 a. Danach soll im zweiten Satz des vierten Spiegelstrichs das Wort „Gesundheit“ durch „Gesundheitserziehung“ ersetzt werden. Das wird von demjenigen übernommen, der es für den Vorstand formuliert hat. Dann brauchen wir uns darüber keine Meinung zu bilden. Wir übernehmen das und sind Ihnen dankbar.

Damit können wir den geänderten **Antrag VI-02** insgesamt zur Abstimmung stellen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-06:**

> *Verhaltensbezogene Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V sinnvoll gestalten, Ärzte strukturell einbinden*

Der Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Kontra? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir abstimmen. Wer ist für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-07:**

> *Stärkung des Arztes in der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Suchterkrankungen*

Kontra? – Das ist nicht der Fall. Dann bitte ich Sie um das Kartenzeichen für den Antrag. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei zwei Enthaltungen **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-13:**

> *Sicherung der Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch ausreichende Finanzierung*

Kontra? – Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit einigen Enthaltungen **angenommen.**

Ist es zu schnell? – Okay, ich will nicht, dass hinterher jemand auf dem Felde der Ehre zurückbleibt.

Wir kommen zum **Antrag VI-14:**

> *Stärkere Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Patientinnen und Patienten bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen*

Kontra? – Niemand. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag bei einigen Gegenstimmen mit großer Mehrheit so **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-66** von Frau Kollegin Lux und anderen Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer:

> *Prävention*

Möchte jemand dagegensprechen? – Ja. Rudolf Henke möchte dagegensprechen.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Vielleicht kann Frau Lux den ersten Satz ein bisschen umformulieren. Wir sagen auf der einen Seite:

> *Prävention ist auch eine ärztliche Aufgabe.*

Das bedeutet also: Prävention ist nicht nur eine ärztliche Aufgabe, sondern sie spielt sich natürlich auch – das hatten wir eben auch so diskutiert – in anderen gesellschaftlichen Bereichen ab. Dann heißt es weiter:

> *Eine Vergütung für alle Präventionsleistungen muss in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden.*

Wenn man der Logik des Satzes folgt, was vielleicht nicht sein muss, bedeutet das, dass kein Raum mehr bleibt für Präventionsleistungen, die aus anderen Quellen als der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Das ist mindestens für den Bereich derjenigen Leistungen, die etwa durch die Pflegekasse bezahlt werden, die nach anderen Sozialgesetzbüchern bezahlt werden, die etwa im Rahmen der Jugendämter bezahlt werden, nicht richtig.

Insofern finde ich diese Engführung „alle Präventionsleistungen im Leistungskatalog der GKV“ extrem schwierig. Ich bitte darum, den Antrag zur weiteren Einzelbefassung an den Vorstand zu überweisen. Wenn Sie sich dazu aber nicht entschließen können, dann müsste man mindestens diesen ersten Absatz herausnehmen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Präsident Dr. Montgomery: Danke schön. – Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht die Antragstellerin oder einer der anderen Antragsteller für den Antrag zu sprechen? – Herr Kollege Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Ich möchte gegen Vorstandsüberweisung sprechen. Ich möchte einfach sagen, dass wir hinter das Wort „alle“ das Wort „ärztlichen“ einfügen sollten. Dann ist der Satz entschärft.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Jetzt kann ich die Antragstellerin nicht fragen, ob sie das übernimmt, weil sie nicht mehr da ist. Aber vielleicht können wir das für sie übernehmen. – Max Kaplan übernimmt das. Dann haben wir das ohne Abstimmung erledigt.

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt für den so geänderten Antrag. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war in meinen Augen die Mehrheit. Wird das hier oben bestätigt? – Ja. Dann haben Sie den Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-68,** auch von der Kollegin Lux und weiteren Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer:

> *Tertiärprävention*

Kontra? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist dafür? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann haben Sie den Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Von dem Kollegen Bolay und anderen Delegierten ist der **Antrag VI-96** gestellt worden:

Neue Vorsorgeuntersuchungen – „Novellierung des § 26 SGB V“

Ist jemand berufen dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit bei wenigen Gegenstimmen **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VI-97** des Kollegen Bolay und weiterer Delegierter:

Prävention – Verhinderung des plötzlichen Kindstods …

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stelle ich den Antrag zur Abstimmung. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-107:**

Präventionsforschung zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

Dieser Antrag kommt von den Kollegen Voigt, Bolay und Fischbach. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stelle ich den Antrag zur Abstimmung. Wer dafür ist, der möge die Hand heben. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Damit haben wir den Themenblock „Prävention, Rehabilitation“ abgearbeitet. Wir kommen nunmehr zum Themenblock „Qualitätssicherung“. Hierzu liegen uns eine ganze Reihe von Anträgen vor. Als ersten Antrag rufe ich den Vorstandsantrag VI-03 auf. Dazu liegt der Änderungsantrag 03 a vor. Der Titel des Vorstandsantrags lautet:

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Der **Antrag VI-03 a** der Kollegen Bertram, Stagge und Rütz sowie der Kollegin Haus läuft darauf hinaus, dass am Ende des Vorstandsantrags auf Seite 4 ein Punkt 4 eingefügt wird:

4. Finanzierung der Qualitätssicherung

Sowohl im Probebetrieb als auch nach der Einführung muss die Qualitätssicherung von den Kostenträgern mit zusätzlichem Geld … finanziert werden.

Herr Bolay, möchten Sie gegen den Antrag 3 a sprechen? – Sie möchten gegen den gesamten Antrag sprechen. Wir diskutieren jetzt aber erst zu 3 a. Möchte jemand gegen den Antrag 3 a sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann kann ich den Änderungsantrag 3 a zur Abstimmung stellen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung? Wir waren schon in der Abstimmung. Wer möchte dem Änderungsantrag zustimmen? – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Änderungsantrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum gesamten **Antrag VI-03.** Herr Bolay möchte dagegensprechen. Bitte.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Hand aufs Herz: Wer von Ihnen hat beim ersten Durchlesen diesen Antrag verstanden? Wer hat ihn dann auch noch ein zweites Mal gelesen? Dieser Antrag des Vorstands wird seinem Ziel, bestimmte Forderungen transparent und mit Nachdruck zu transportieren, nicht wirklich gerecht. Historische Entwicklung, Zustandsbeschreibung, Betrachtung zu Datenschutz und Motivation sind so ineinander verschlungen, dass die eigentlichen Forderungen kaum gefunden werden und, wie ich befürchte, auch nicht wirklich verstanden werden. Das wäre das Schlimmste, was passieren könnte.

Ich möchte Sie bitten, diesen Antrag an den Vorstand zurückzuüberweisen mit der Bitte um eine verbesserte Fassung.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Ich danke Ihnen. Es ist Vorstandsrücküberweisung, wie man in diesem Fall ja wirklich sagen muss, beantragt. Ich stelle dies zur Abstimmung. Wer ist für Vorstandsrücküberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum Antrag 63:

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Dazu gibt es den **Antrag VI-63 a** des Kollegen Josten, mit dem er das Wort „grundsätzlich“ in der ersten Zeile gestrichen haben möchte. Die Zeile lautet dann:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die gesamte Behandlung eines Krankheitsbildes ambulant und stationär, vor- und nachstationär in den Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einzubeziehen …

Möchte jemand gegen den Antrag 63 a sprechen? – Das wird vom Antragsteller übernommen. Damit ist die Befassung sozusagen obsolet. Möchte jemand gegen den so geänderten **Antrag VI-63** sprechen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Bitte noch einmal, vielleicht mit einer besseren Beteiligung. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Die Gegenprobe! – Das kann ich nicht entscheiden. Das müssen wir auszählen.

Ich frage also noch einmal: Wer für Vorstandsüberweisung ist, möge bitte die Karte heben. – Jetzt bitte ich Sie, die Gegenprobe durchzuführen. – Enthaltungen? – Eine. Dann haben Sie mit 91 : 77 Stimmen den Antrag **in der geänderten Fassung an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-64.** Es geht um das Endoprothesenregister. Möchte jemand dagegensprechen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann frage ich Sie: Wollen Sie den Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann haben Sie den Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-81:**

Ablehnung von Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses …

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stelle ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für die Annahme dieses Antrags? – Die Gegenprobe! – Das kann ich nicht beurteilen. Das ist sehr blockweise. Es ist einfach nicht zu sehen. Halten Sie die Karten bitte so, dass wir sie sehen können.

Ich frage also noch einmal: Wer ist für die Annahme dieses Antrags? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit hätten wir den Komplex „Qualitätssicherung“ erledigt. Wir kommen zum Thema „Gesundheitsberufe“. Der erste Vorstandsantrag dazu ist der Antrag 4. Dazu liegt als Änderungsantrag der **Antrag VI-04 a** von Herrn Professor Bertram vor. Danach soll in der letzten Zeile des zweiten Absatzes hinter „ambulanten“ eingefügt werden „und stationären“. Ich glaube, das können wir als Vorstand einfach übernehmen. Damit haben wir nicht das geringste Problem. Dann brauchen wir darüber nicht abzustimmen.

Dann kann ich Sie fragen, ob jemand gegen den **Antrag VI-04** sprechen möchte. – Das ist nicht der Fall. Dann bitte ich diejenigen, die dagegen sind, jetzt um das Handzeichen. – Die Vigilanzprüfung hat funktioniert. Wer ist dafür? – Enthaltungen? – Damit ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-05:**

Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten fördern!

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer dem zustimmt, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-120** von Herrn Kollegen Bodendieck:

Einsatz der Medizinischen Fachangestellten qualifikationsgemäß gewährleisten

Wünscht jemand, gegen den Antrag zu sprechen?

(Zurufe)

– Den haben Sie nicht?

(Zurufe)

– Haben Sie ihn alle vorliegen? Wissen Sie, worüber Sie abstimmen? – Dann frage ich noch einmal: Wünscht jemand dagegenzusprechen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt.

(Zurufe: Nein!)

– Nicht Nein sagen, sondern dann müssen Sie handeln und es ablehnen. Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, möge die gelbe Karte heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Die Vorstandsüberweisung ist abgelehnt.

Damit können wir uns jetzt mit dem Antrag selber befassen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Damit ist der Komplex „Gesundheitsberufe“ erledigt. Wir kommen jetzt zum Komplex „Menschenrechte“. Hier liegen Ihnen wiederum eine ganze Reihe von Anträgen vor. Wir beginnen mit dem **Antrag VI-08:**

Folgen von Gewalt – Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Einstimmig. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag VI-43:**

Informations- und Kriterienkatalog zur Beteiligung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen verbindlich einführen

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer ist für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Gegenstimmen mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum Antrag VI-46 von Herrn Dietrich:

Eingangsuntersuchung zur Aufdeckung kranker und traumatisierter Menschen in Abschiebehaft

Dazu gibt es den **Antrag IV-46 a** von Frau Kollegin Christiane Groß, der darauf abzielt, in der dritten Zeile „Psychologen und“ zu streichen. Wir befassen uns zuerst mit dem Änderungsantrag. Wünscht jemand, gegen den Änderungsantrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Änderungsantrag abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Hauptantrag, dem **Antrag VI-46** von Herrn Dietrich. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne Gegen-

stimmen. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Damit ist Antrag 46 **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VI-92:**

> *Probleme bei der medizinischen Behandlung und der Kostenerstattung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern*

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung über die Vorstandsüberweisung bilden. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-94.** Da habe ich lediglich die Frage, ob die Antragsteller etwas übernehmen können. Sagen Sie doch nicht, Sie bitten den Vorstand der Bundesärztekammer, den Bundestag aufzufordern, sondern fordern Sie doch selber direkt die Bundesregierung auf; diese ist nämlich dafür zuständig.

(Zuruf)

– Sie übernehmen es. Dann heißt es also:

> *Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die gesetzliche Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen …*

Wünscht jemand, gegen diesen so geänderten Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei ganz wenigen Gegenstimmen und wenigen Enthaltungen **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-118** von Frau Rothe-Kirchberger:

> *Menschenrechte – Recht auf freie Arztwahl*

Kontra? – Das ist nicht der Fall. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum Themenkomplex „Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung“. Zum Antrag VI-09 liegt der **Antrag VI-09 a** vor, der darauf abzielt, den fett gedruckten Abschnitt 5 auf Seite 3 des Antrags VI-09 zu streichen. Dabei geht es um folgenden Text:

> *Der 114. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, eine vierwöchige Famulatur sowie ein verlängertes Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin für alle Medizinstudierenden in der Approbationsordnung für Ärzte festzuschreiben.*

Dieser Text soll gestrichen werden. – Gegenrede durch den Kollegen Max Kaplan.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich habe volles Verständnis für das Petitum der Studenten, möglichst wenig verpflichtende Elemente in der Ausbildung zu haben. Trotzdem bitte ich, von der Erfüllung des Petitums der Medizinstudenten abzusehen, und zwar aufgrund der Wichtigkeit dieser Forderung. Die Famulatur dauert vier Monate. Die Antragsteller waren der Meinung, dass die Allgemeinmedizin ein so wichtiges Gebiet sei, dass die Studentinnen und Studenten während ihres Studiums für einen längeren Zeitraum – das sind vier Wochen – in einer hausärztlichen Praxis tätig sein sollten, um das Berufsbild kennenzulernen und, wenn sie diesen Beruf doch nicht erwerben, so viele Kenntnisse zu haben, um zu wissen, wie in der hausärztlichen Versorgung vorgegangen wird.

Deswegen sind wir der Meinung, dass von vier Monaten vier Wochen verpflichtend zumutbar sind. Deswegen bitte ich Sie, den Antrag 9 a abzulehnen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Jetzt hat die Antragstellerin das Recht auf Gegenrede.

Kulike, Berlin: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich habe diesen Antrag gestellt, um dem Positionspapier der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland vom 1. Mai 2011 Rechnung zu tragen, in dem sich die Bundesvertretung der Medizinstudierenden ausdrücklich gegen die Einführung einer Pflichtfamulatur und eines verpflichtenden PJ-Abschnitts in der Allgemeinmedizin ausspricht. Sie tut das mit der Begründung, dass im Wesentlichen die Qualität der Ausbildung in der Allgemeinmedizin gesteigert werden muss, dass es nicht zu einer rein quantitativen Stärkung der Allgemeinmedizin kommen darf.

Eine weitere Begründung ist, dass man die Gefahr sieht, dass durch eine zu starke Fokussierung auf die Allgemeinmedizin jetzt schon bestehende Nachwuchsprobleme in anderen Fächern vernachlässigt würden und in näherer Zukunft eine ähnliche Debatte über andere Fächer geführt werden müsste. Stattdessen sollte an Fakultäten, an denen die Lehre der Allgemeinmedizin nicht ausreichend etabliert wird, diese qualitativ weiter ausgebaut werden. Langfristiges Ziel soll die Einrichtung von Lehrstühlen sein.

Ich bitte auch zu bedenken, dass es bereits eine Pflichtfamulatur im ambulanten Sektor gibt. Mit dieser Formulierung hätte man zwei Pflichtfamulaturen im allgemeinen Sektor. Ich denke, das ist schon eine starke Einschränkung der Wahlfreiheit im Studium.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kulike. – Frau Gitter hat sich zur Geschäftsordnung gemeldet.

Dr. Gitter, Bremen: Ich bitte um getrennte Abstimmung. Zum einen geht es um die Verlängerung des Blockpraktikums im Studium. Die Kollegin hat eben dargelegt, dass die Studenten gegen die Pflichtfamulatur und gegen den Pflicht-PJ-Abschnitt waren, aber nicht gegen den im Studium integrierten Hauptpraktikumsabschnitt. Man könnte also herauszufinden versuchen, ob die Versammlung vielleicht für eine Verlängerung des Blockpraktikums im Studium wäre – wir alle wollen ja die Ausbildung praktischer machen – und dann vielleicht auch der eine oder andere die Famulatur als Pflicht nicht möchte.

Vielen Dank.

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Frau Kulike, vielleicht können Sie das noch einmal ganz kurz erklären. So viel Zeit muss sein.

Kulike, Berlin: Ich möchte bitten, bei der Entscheidung über eine getrennte Abstimmung zu berücksichtigen, dass sich die Studenten explizit gegen eine quantitative Stärkung aussprechen. Ich möchte auch daran erinnern, dass man durchaus den Praxisanteil am Studium vergrößern kann, ohne das Ganze in die Blockpraktika zu stecken. Ich denke, es ist sowieso eine bessere Ausbildung, wenn man das im Studium verteilt, statt das Blockpraktikum auszudehnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, würden Sie beides ablehnen wollen, auch bei getrennter Abstimmung. – Gut. Ich frage Sie, ob Sie dem Geschäftsordnungsantrag, den Frau Gitter gestellt hat, folgen wollen, diese beiden Punkte getrennt abzustimmen. Wer für getrennte Abstimmung ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann stimmen wir über den Antrag 9 a in toto ab. Wer ist für den Antrag 9 a? – Bitte die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Es geht nicht anders.

Ich frage also noch einmal: Wer für den Antrag 9 a ist, hebe jetzt bitte die Hand. – Bitte die Gegenprobe! – Bitte die Enthaltungen! – Einzelne. Dann ist der Antrag 9 a bei 77 : 71 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen jetzt zu dem so veränderten **Antrag VI-09.** Der fett gedruckte Absatz ist also gestrichen. Wer dem Rest des Antrags in toto zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist bei ganz wenigen Gegenstimmen und wenigen Enthaltungen der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-51:**

Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Hier geht es um die Rückzahlungsklausel für die Fördergelder. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir abstimmen. Wer ist für

den Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Bei einigen Enthaltungen ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-90:**

Förderung der universitären Allgemeinmedizin

Wünscht jemand dagegenzusprechen? - Das ist nicht der Fall. Dann können wir jetzt den Antrag bescheiden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Eine Gegenstimme. Enthaltungen? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit können wir uns dem Komplex „Vertragsärztlicher Bereich/SGB V“ zuwenden. Hier gibt es eine Fülle von Anträgen. Wir beginnen mit dem **Antrag VI-34:**

Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS)

In der Begründung steht „siehe Anlage“. Zumindest bei mir war die Anlage nicht dabei.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist gewünscht. Zuvor formal die Frage: Wünscht jemand, gegen den Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Nein. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einigen Enthaltungen einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-48:**

Eingriffe in die ärztliche Behandlung durch gesetzliche Krankenversicherungen verhindern

Hier geht es um die Beratungstätigkeit gesetzlicher Krankenkassen zur ärztlichen Zweitmeinung. Wünscht jemand, gegen diesen Antrag zu sprechen? – Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer für diesen Antrag ist, möge die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit einigen Enthaltungen einstimmig **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VI-53:**

Unterversorgung verringern – ärztliche Tätigkeit vergüten

Hier geht es um die Finanzierung von Ärzten in der Weiterbildung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Gibt es eine Wortmeldung gegen Vorstandsüberweisung? – Rudolf Henke, bitte.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich will hier nicht zur Marathontätigkeit schreiten. Wir hatten diese Diskussion vorhin schon einmal. Ich bin einfach dafür, dass wir diese Forderung unterstützen. Ich finde es nämlich absolut richtig, dass wir die Tätigkeit, die ein weiterzubildender

Arzt in der Praxis eines niedergelassenen Arztes verrichtet, in vollem Umfang abrechnen können. Das ist es doch, was wir bei der Förderung der Weiterbildung auch diskutiert haben.

Wenn wir das an den Vorstand überweisen, muss das erst noch kompliziert in vielen Gremien noch einmal beraten werden. Der Weiterbildungsausschuss muss sich damit befassen, die Ständige Konferenz muss sich damit befassen, der Vorstand muss sich damit befassen. Ich bin dafür, dass wir diesen Weg abkürzen, indem wir sagen, was wir meinen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Eine Gegenrede.

N. N.: Ich möchte dafür werben, das an den Vorstand zu überweisen, weil der Antrag derart dezidiert in die Honorarverteilung im KV-System eingreift, dass das ohne Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht möglich und sinnvoll ist. Wir wollen die Ärzte in den Praxen ausbilden und nicht ausbeuten und nicht zur Umsatzmehrung in den Praxen einstellen, sondern sie ausbilden. Das ist nicht glücklich; das muss vorher abgestimmt werden.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Herr Kollege, ich hatte das Vergnügen, bei der Diskussion über diesen Antrag beim Marburger Bund anwesend zu sein. Ich kann Ihnen versichern: Hier geht es nicht darum, dass die Vertragsärzte dieses vergüten sollen, sondern dass sie es abrechnen können gegenüber den Krankenkassen. Das muss gesetzlich geregelt werden. Das ist die Intention dieses Antrags.

N. N.: Wenn es dort so unpräzise steht, muss es in den Vorstand.

Präsident Dr. Montgomery: Es liegt der Antrag auf Vorstandsüberweisung vor. Wir haben einen dafür, einen dagegen gehört. Ich habe mich auch ein bisschen unbotmäßig in die Debatte eingemischt. Wir können uns jetzt eine Meinung bilden. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe! – Das müssen wir auszählen. Das wage ich nicht von hier oben aus zu entscheiden.

Ich frage noch einmal: Wer den Antrag an den Vorstand überweisen will, der möge die Hand heben. – Jetzt bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Wie gut, dass wir gezählt haben: Sie haben mit 79 gegen 71 Stimmen die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Dann können wir uns jetzt über den Antrag selber eine Meinung bilden. Wer für den Antrag 53 ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Damit ist der Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VI-62:**

Änderung der Finanzierung des Medizinischen Dienstes (MDK) der Krankenkassen

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-74:**

Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien beibehalten

Wünscht jemand, gegen den Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer ist für den Antrag? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-114** von Herrn Kollegen Christian Pfeiffer:

Änderung des § 95 a Abs. 2 SGB V

Der Antragstext lautet:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den § 95 a Abs. 2 SGB V zu ändern mit dem Ziel, dass mit erfolgreichem Abschluss einer Weiterbildung in jedem Fall eine Eintragung ins Arztregister erfolgen kann, und zwar ohne dass es auf die Einhaltung einer Frist ankommt.

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir diesen Antrag bescheiden. Wer ist für diesen Antrag? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Viele. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-75:**

Abschaffung des § 95 b SGB V

Wir sollen der Auffassung von Verfassungsrechtlern folgen, dass die Regelung des § 95 b SGB V mit dem Grundgesetz unvereinbar ist. Deswegen soll er gestrichen werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist gewünscht. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Herr Kollege Dietrich.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im letzten „Rheinischen Ärzteblatt“ ist ein großer Beitrag zum Thema SGB V erschienen: „Gefangen im Labyrinth“. Dort sagt unser Ehrenpräsident Herr Professor Hoppe: Wir wollen kein Patient-Arzt-Verhältnis, in dem wir zu Vollstreckern von Sparzwängen degradiert werden.

§ 95 b SGB V wird dort als hochproblematisch betrachtet. Wir würden uns mit dieser Bewertung maßgeblichen Verfassungsrechtlern anschließen, die das ebenso sehen.

§ 95 b SGB V sagt, dass Vertragsärzte, die gemeinschaftlich auf ihre Zulassung verzichten, mit einer Zugangssperre für die vertragsärztliche Versorgung von mindestens fünf Jahren belegt werden. Das ist eine Maßnahme, die in der heutigen Situation, in der es darum geht, den Arztberuf attraktiver zu gestalten, und für die Niederlassung inakzeptabel ist.

(Beifall)

Ich plädiere deshalb dafür, dass wir gerade als niedergelassene Kolleginnen und Kollegen und auch als ermächtigte Ärzte, die ebenfalls diesem Paragrafen unterliegen, einen Punkt setzen und deutlich machen, dass § 95 b mit der Freiberuflichkeit nicht vereinbar ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. – Wir reden jetzt über die Vorstandsüberweisung. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Dann ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Wir bilden uns jetzt eine Meinung über den Antrag selbst. Wer ist für diesen Antrag? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VI-91:**

> *Förderung innovativer Projekte in der ärztlichen Versorgung von Patienten in der stationären Pflege und in Pflegeheimen*

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Bitte.

Dr. Zöllner, Bayern: Ich möchte gegen den Antrag 91 sprechen, und zwar weniger wegen des eigentlichen Antragstextes, der nicht so sehr tiefschürfend ist, als vielmehr wegen der Begründung. Es mag sein, dass es in Berlin nicht funktioniert mit der Betreuung von Altenheimen und Heimärzte nötig sind. Auf dem flachen Land wie bei mir funktioniert es, finde ich, relativ gut.

Ich sehe das Problem weniger darin, dass wir nicht genügend speziell ausgebildete Heimärzte oder Ähnliches haben, sondern das Problem liegt sicher zu einem wesentlichen Teil in der Bezahlung. Ich habe mir einmal die Mühe gemacht, für ein Quartal den Zeitaufwand, den ich im Altenheim habe, und die Bezahlung dafür festzustellen. Ich bin auf eine Stundenvergütung zwischen 8 und 10 Euro gekommen. Das ist eigentlich mehr eine ehrenamtliche Tätigkeit.

Ich denke, bei vielen Kollegen liegt vor allen Dingen dort das Problem, nicht bei der besonderen speziellen Ausbildung. Die Behandlung alter Patienten gehört für einen Allgemeinarzt zum täglichen Brot, ob er nun im Altenheim ist oder nicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Zöllner. – Jetzt hat die Antragstellerin das Recht auf Gegenrede.

Kulike, Berlin: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Es ist natürlich wunderbar, dass es bei Ihnen so gut klappt. Trotzdem denke ich, dass in anderen Regionen Deutschlands auf jeden Fall noch Bedarf besteht, die Betreuung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Gerade wenn man ein Problem nicht in der gesamten Breite mit einem einfachen Gesetz lösen kann, können innovative Projekte helfen. Im Sinne von Best Practice und dem Lernen am Modell macht es durchaus Sinn, solche innovativen Projekte zu fördern.

Natürlich ersetzt das nicht das Erfordernis einer adäquaten Finanzierung. Vielleicht kann der Kollege einen entsprechenden Antrag auf dem nächsten Ärztetag stellen. Trotzdem könnte man die innovativen Projekte durchaus fördern.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Nun ist zu dem Antrag inhaltlich diskutiert worden.

(Zuruf)

– Jetzt beantragen Sie Vorstandsüberweisung. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Nein. Dann stimmen wir erst über den Antrag auf Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Keine Enthaltungen. Dann ist Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Wir können uns eine Meinung über den Antrag selbst bilden. Wer dem Antrag VI-91 zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-116** des Kollegen Oliver Funken:

Sicherstellung hausärztlicher Versorgung durch Tarifautonomie

Es geht darum, über die gesetzliche Brücke der Hausarztverträge nach § 73 b SGB V die hausärztliche Versorgung zu sichern. Das ist ein Plädyoer für die Selektivverträge, wenn ich das richtig verstehe.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt.

(Zuruf)

– Das habe ich eben gehört. Hat jemand Vorstandsüberweisung gerufen? – Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Wer den Antrag positiv bescheiden möchte, möge jetzt die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag VI-109:**

Die ambulante Basisversorgung sichern

Wir sollen uns für ein transparentes, berechenbares, angemessenes Honorar für die persönlich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte einsetzen. Wünscht jemand, gegen diesen Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stelle ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für den Antrag VI-109? – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit haben wir den Themenkomplex „Vertragsärztlicher Bereich/SGB V“ abgearbeitet. Wir können uns den Anträgen zum Thema „Ausbildung“ zuwenden. Wir beginnen mit dem **Antrag VI-10** vom Vorstand, der sich mit dem Kapazitätsrecht beim Medizinstudium befasst. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir den Antrag 10 zur Abstimmung stellen. Wer ist für den Antrag 10? – Bitte die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag bei einer Gegenstimme **angenommen.**

Wir kommen zum Antrag VI-11:

Auswahlverfahren an den Hochschulen

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung von 11 und 11 a ist beantragt. Wer möchte dagegensprechen? – Formal. Dann frage ich Sie: Wer möchte die Anträge 11 und 11 a dem Vorstand rücküberweisen? – Niemand. Wer möchte nicht an den Vorstand überweisen? – Das ist die große Mehrheit.

Dann können wir uns jetzt mit den Anträgen 11 und 11 a befassen. Wir beginnen mit dem **Antrag VI-11 a.** Im vierten Absatz nach Satz 1 soll eingefügt werden:

Bei der Modifikation des Auswahlverfahrens sollen die Bewerber für ein Zweitstudium einbezogen werden.

Wer wünscht, gegen diesen Antrag zu sprechen? – Niemand. Dann können wir über den Antrag 11 a abstimmen. Wer ist für 11 a? – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.** Damit ist dieser Satz eingefügt.

Wir kommen jetzt zum **Antrag VI-11** mit dem eingefügten Satz. Wünscht jemand, gegen den Antrag 11 zu sprechen? – Ja, Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir alle empfinden, dass die Zulassung zum Medizinstudium zum Nachdenken anregen sollte. Gleichwohl ist aber überhaupt nicht geklärt, dass die Zulassung über das Auswahlverfahren ein gerechtes Verfahren ist, weil man nämlich für ein gerechtes Zulassungsverfahren verlässliche und transparente Kriterien haben müsste, die für alle Hochschulen gelten sollten. Deswegen hätte ich es lieber gehabt, wenn der Antrag

an den Vorstand gegangen wäre mit der Bitte, eine konzeptionelle Idee für die Zulassung zum Medizinstudium zu entwickeln, die diesen Kriterien gerecht wird. Der Numerus clausus ist natürlich auch keine Lösung; das ist mir klar.

Man müsste eigentlich ein besseres Konzept haben. Wenn man sagt „Hochschulauswahlverfahren“, müssten die Kriterien transparent und einheitlich sein. Anderenfalls sind der Mauschelei in diesen Gesprächen Tür und Tor geöffnet im Hinblick auf einen durch Steuergelder subventionierten Studienplatz. Das geht aus meiner Sicht auch nicht. Deswegen kann ich in dieser Situation nur bitten, den Antrag in dieser Form abzulehnen.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Das Wort hat jetzt für den Vorstand der Vorsitzende unserer Ausbildungsgremien Herr Professor Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Gitter, wenn die Verhältnisse klarer wären, könnten wir das natürlich beschließen. Aber die Verhältnisse an den deutschen medizinischen Fakultäten sind heterogen. Wir wissen alle genau, dass wir mit dem Numerus clausus, also mit dem Notendurchschnitt, ein perfektes Studium realisieren, wir wissen aber nicht, ob die weichen Faktoren, die wir als Ärzte für absolut wichtig halten – Empathie, soziales Mitgefühl für die Patienten –, genügend berücksichtigt sind. Das sind unserer Meinung nach wichtige Voraussetzungen für den Arztberuf. Deshalb betonen wir sie hier auch.

Bisher gibt es keinen flächendeckenden Kriterienkatalog, weil die Fakultäten sagen: Es wird ein aufwendiges Verfahren, die Sachen in Einzelgesprächen zu realisieren. Aber Kohortenstudien, die die Studenten vom Eintritt ins Studium bis zum Arzt verfolgen, gibt es bisher in Deutschland nicht. Wir können also sagen: Unsere Hypothese, weiche Faktoren verbindlich einzubeziehen, ist bis zum heutigen Tag nicht verifizierbar. Wir haben das hier – Frau Gitter, da haben Sie recht – in einer weichen Form niedergelegt. Aber die Fakultäten tun es nicht. Der Medizinische Fakultätentag, der in unserem Ausschuss durch Herrn Professor Hildebrandt vertreten ist, lehnt das bisher ab, eine verbindliche Einführung dieser weichen Faktoren für alle vorzusehen. Deswegen ist es nur eine Tendenz, eine Unterstreichung des Wollens. Sie haben recht: Es wäre besser, wir hätten etwas. Aber wir haben es nicht.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Das war die Begründungsrede für den Antrag, nachdem die Gegenrede von Frau Gitter geführt wurde. – Wir können uns jetzt eine Meinung durch Abstimmung bilden. Wer dem Antrag VI-11 zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dieser Antrag **angenommen.**

Wir können uns nun dem **Antrag VI-19** zuwenden:

Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate

Danach bekräftigt der Deutsche Ärztetag seine Forderung an den Gesetzgeber, das dreimonatige Krankenpflegepraktikum auf zwei Monate zu verkürzen. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Herr Bolay wünscht dagegenzusprechen.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dort steht, durch eine Verkürzung des Krankenpflegepraktikums soll die Attraktivität des Arztberufs verbessert werden. Ich bitte Sie! Wer keine drei Monate lang Pflege machen kann, die Basis im Krankenhaus erleben kann, was der erste Prüfstein ist, der soll es mit dem Medizinstudium doch bleiben lassen! Bitte widersprechen Sie diesem Antrag.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bolay. – Für den Antrag spricht Frau Haus.

Haus, Nordrhein: Erstens sollte man den Antrag nicht an dem Satz in der Begründung scheitern lassen. Die Sache als solche ist ja schon öfter angesprochen worden. Sie müssen die Begründung so lesen, wie sie gemeint ist, nämlich dass unnötige Dinge vermieden werden sollen, um die ganzen Hindernisse, die möglicherweise entgegenstehen, zu beseitigen. Manchmal ist es schwierig, das Krankenpflegepraktikum so zu bekommen, dass es passt. Es bringt offensichtlich nicht viel. Erinnern Sie sich bitte an Ihre eigenen Praktika. Das war eigentlich nicht immer unbedingt dasjenige, was einen auf das Medizinstudium vorbereitet hat.

Ich denke, wir sollten den Wünschen der Studenten Rechnung tragen. Wir sollten versuchen, ihnen zu helfen. Die Wünsche kommen ja von den Medizinstudenten.

Danke.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Wir haben jetzt einen dafür und einen dagegen gehört. Wir können uns eine Meinung über den Antrag VI-19 bilden. Wer möchte dem Antrag VI-19 zustimmen? – Bitte die Gegenprobe! – Das ist in meinen Augen die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen.

(Zuruf)

– Wünschen Sie zu zählen? – Ja. Dann zählen wir aus. Ich bitte diejenigen, die dem Antrag 19 zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einzelne. Dann haben Sie diesen Antrag mit 81 gegen 57 Stimmen **abgelehnt.**

(Beifall)

Wir kommen zum Antrag 20 mit dem Änderungsantrag 20 a. Der Antrag 20 trägt den Titel:

Kein Pflichtabschnitt Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr

Der Antrag 20 a möchte den letzten Satz gestrichen haben:

> *Stattdessen wäre die Einführung einer verbindlichen Famulatur Allgemeinmedizin sinnvoll.*

Das knüpft an die Debatte an, die wir vorhin gehabt haben.

Wünscht jemand, gegen den Änderungsantrag zu sprechen? Das müsste jetzt logischerweise Herr Lipp wollen. – Niemand wünscht, gegen den Änderungsantrag zu sprechen. Dann stimmen wir zuerst über den **Antrag VI-20 a** ab. Wer ist für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe! – Noch einmal bitte, vielleicht mit ein bisschen mehr Beteiligung. Wissen Sie genau, worüber Sie abstimmen? Sie stimmen jetzt nur über den Änderungsantrag ab, den letzten Satz des Antrags 20 zu streichen. Über den Antrag selber stimmen wir nachher noch ab. Wer für diesen Änderungsantrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Wer für den Änderungsantrag 20 a ist, der möge die Hand heben. – Bitte die Gegenprobe!

(Zuruf)

– Geschäftsordnungsantrag bitte erst nach der Abstimmung. – Bitte die Enthaltungen! – Einige. Dann haben Sie diesen Antrag mit 59 gegen 50 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Jetzt kommt der so geänderte **Antrag VI-20** in die Diskussion und Abstimmung. Wer möchte gegen den Antrag sprechen? – Niemand. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Bei einigen Enthaltungen ist dieser Antrag mit Mehrheit **abgelehnt.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-21:**

> *PJ-Tertiale in der ambulanten Versorgung ermöglichen*

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich Sie: Wer ist für diesen Antrag? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-30:**

> *Zulassung zum Medizinstudium*

Das Zulassungsverfahren soll allein den medizinischen Fakultäten übertragen werden, weg von der Stiftung für Hochschulzulassung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Bitte, Herr Mau.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Lieber Fritz, bei allem Respekt: Das ist ein gut gemeinter Vorschlag, aber er nützt nichts. Es nützt nichts, wenn der Ärztetag dies beschließt. Die Bundesärztekammer kann dem Fakultätentag nichts anweisen, kann ihn nicht auffordern, etwas zu beschließen. Er kann allenfalls vorsichtig ersuchen.

Ferner ist es so, dass die Fakultäten, wenn ihnen die vollständige Pflicht zur Auswahl übergestülpt wird, einer Belastung unterzogen werden, die keine Fakultät im Moment aushält. Es ist schon jetzt so, dass die Auswahlgespräche zu einer Belastung in den Fakultäten werden, dass die Verantwortlichen uns sagen: Würden Sie bitte wenigstens einen Tag der Auswahl widmen? Das ist ungeheuer zeitaufwendig. Es gibt dafür überhaupt kein Äquivalent. Herr Schulze wird es bestätigen.

Die Untersuchungen, die uns in die Lage versetzen zu sagen, diese Studenten sind besser als diejenigen, die nach dem bisherigen Verfahren ausgewählt wurden, will bis jetzt keiner zur Kenntnis nehmen. Deswegen müssen wir andere Wege finden. Es macht leider keinen Sinn, dieses zu beschließen.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Das war die Rede dagegen. Wünscht der Antragsteller dafürzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir jetzt über den Antrag abstimmen. Wer möchte dem Antrag VI-30 zustimmen? – Einige. Die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag VI-59:**

Ärztliche Prüfung vor das Praktische Jahr verlagern

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist dieser Antrag **angenommen.**

Nun kommt der **Antrag VI-67:**

Bundeseinheitliche Gleichwertigkeitsprüfung

Es geht um eine schriftliche Prüfung zur Feststellung der Gleichwertigkeit der Ausbildung.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Bitte, Herr Kollege.

Dr. Langer, Sachsen-Anhalt: Es handelt sich um eine wichtige Frage. Der Antrag ist sehr kurz und kann auch erfasst werden. Man kann ihn jetzt vor Ort annehmen oder ablehnen.

Präsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. Das war die Rede gegen die Vorstandsüberweisung. – Ich stelle jetzt den Antrag auf Vorstandsüberweisung zur Abstimmung. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann haben Sie den Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit ist der Themenkomplex „Ausbildung“ absolviert. Meine Damen und Herren, erinnern Sie sich bitte ganz kurz: Die Auszählung eben hat ein Ergebnis gebracht,

das in der Nähe der Beschlussfähigkeitsgrenze lag. Jetzt habe ich eine Bitte. Weil er finanzrelevant ist, müssen wir einen Beschluss über die Abhaltung des 116. Deutschen Ärztetages treffen. Das hat ausgesprochene Finanzkonsequenzen und muss deswegen von Ihnen während der deutlich vorhandenen Beschlussfähigkeit festgestellt werden. Wären Sie damit einverstanden, dass wir jetzt zwischendurch den Tagesordnungspunkt XI „Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013“ absolvieren?

(Beifall)

Bevor wir dazu kommen, zunächst ein Geschäftsordnungsantrag von Herrn Stagge.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Antrag 19 eine zweite Lesung beantragen. Ich habe zwei Monate Krankenpflegepraktikum gemacht und bin damals dafür bezahlt worden. Ich bin auch Arzt geworden; ob ein guter, das mögen meine Patienten beurteilen. Ich glaube nicht, dass drei Monate unbedingt notwendig sind. Das kann man anders sehen. Aber das ist der Einstieg, dass wir ausgenutzt werden. Die kriegen heute keinen Cent Geld. Das kann von diesem Hause so nicht verabschiedet werden.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. Es ist die zweite Lesung beantragt. Darüber bilden wir uns gleich eine Meinung. – Jetzt bitte noch der Kollege Holfelder.

Dr. Holfelder, Hessen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Sie haben vorhin selber darauf hingewiesen, dass es sinnvoller ist, bevor wir beschlussunfähig sind, dafür zu sorgen, dass die Tagesordnung einigermaßen flüssig abläuft. Ich fürchte, wenn wir den Tagesordnungspunkt zur Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag abgehandelt haben, dass sich dann die Reihen abrupt lichten.

Deswegen möchte ich den Antrag von Herrn Thierse aufgreifen, den Rest der Anträge – grob geschätzt sind es 40 bis 50 Anträge – insgesamt an den Vorstand zu überweisen. Sonst werden wir nie fertig.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke schön. – Meine Damen und Herren, es liegen jetzt zwei Geschäftsordnungsanträge vor. Der erste Antrag betrifft die zweite Lesung. Diesen Antrag kann man eigentlich erst am Ende des Tagesordnungspunkts behandeln. Aber weil wir die Diskussion jetzt präsent haben und zwischendurch so viele andere Dinge machen würden, frage ich Sie: Sind Sie damit einverstanden, dass ich direkt über diesen Antrag abstimmen lasse, damit wir die Diskussion noch präsent haben?

(Beifall)

Ich frage Sie jetzt also: Wer möchte zum Antrag VI-19 eine zweite Lesung? – Das müssen wir zählen, denn wir brauchen hier die klare Feststellung des Drittels. – Ich

bitte diejenigen, die gegen die zweite Lesung sind, jetzt um das Handzeichen. – Das Abstimmungsergebnis lautet 70 : 71. Damit ist das Drittelquorum erreicht. Wir führen also eine zweite Lesung durch, aber jetzt noch nicht.

Jetzt müssen wir über den Geschäftsordnungsantrag von Herrn Kollegen Holfelder abstimmen, nach dem Tagesordnungspunkt XI alles in toto an den Vorstand zu überweisen. – Dagegen hat sich Herr Kollege Crusius gemeldet.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wenn Herr Holfelder einverstanden ist, möchte ich den Antrag abändern. Wir haben wenigstens noch fünf Anträge vom Vorstand an Sie als Hohes Haus. Wenn Sie uns diese Anträge zurückgeben, machen wir einen Circulus vitiosus daraus. Insofern bitte ich darum, dass die fünf Anträge, die der Vorstand eingereicht hat, gleich noch behandelt werden können. Sonst bringt uns das ja nicht vorwärts.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Danke. – Wir müssen uns jetzt eine Meinung darüber bilden. Herr Crusius hat den Antrag von Herrn Holfelder dahin gehend modifiziert, dass die Vorstandsanträge behandelt werden sollen. Eigentlich ist die Modifikation eines Geschäftsordnungsantrags nicht möglich. Das wäre dann ein weiterer Geschäftsordnungsantrag. Der Antrag von Herrn Holfelder ist der weitergehende Antrag. Ich schlage vor, dass wir das als zwei Geschäftsordnungsanträge behandeln.

Zunächst behandeln wir den Geschäftsordnungsantrag von Herrn Holfelder, der darauf abzielt, nach Absolvierung des Tagesordnungspunkts XI „Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013“ und der zweiten Lesung alle danach noch restierenden Anträge an den Vorstand zu überweisen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Damit erübrigt sich der Antrag von Herrn Kollegen Crusius.

Sie haben jetzt mit großer Mehrheit beschlossen, die Tagesordnung so zu ändern, dass wir jetzt noch den Tagesordnungspunkt XI behandeln und dann die zweite Lesung zum Antrag VI-19 durchführen. Im Grunde genommen sind bereits jetzt alle anderen Anträge in toto an den Vorstand überwiesen. Wir könnten dann in die Abschiedszeremonie eintreten.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt XI** auf:

Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013

Ich bitte jetzt die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, unsere Kollegin und Vizepräsidentin Martina Wenker, uns darüber aufzuklären, wo und wann der Deutsche Ärztetag 2013 stattfinden soll. Martina, Du hast das Wort.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Das ist ja schon keine Überraschung mehr. Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der übernächste Deutsche Ärztetag, also der 116. Deutsche Ärztetag, soll im Jahre 2013, wenn Sie dem zustimmen, in Hannover stattfinden. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Februar 2010 die Geschäftsführung beauftragt zu prüfen, ob der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover stattfinden kann. Im Ergebnis dieser Prüfung hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 18. Februar 2011 entsprechend beschlossen. Wir möchten Sie also zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 nach Hannover einladen.

Es ist dann 26 Jahre her, dass ein Deutscher Ärztetag in Niedersachsen stattgefunden hat. Wir Niedersachsen würden uns sehr freuen. Es wäre uns eine große Ehre, wenn Sie nach Hannover kämen.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank. – Wir haben dazu keinen Antrag verteilt.

(Widerspruch)

– Doch. Ist etwa jemand dagegen? – Wünscht jemand, sich dazu zu enthalten? – Dann haben wir einstimmig den finanzwirksamen Beschluss gefasst, uns im Jahre 2013 in Hannover treffen zu wollen.

(Beifall)

Wir können jetzt mit einem herzlichen Dank an die Präsidentin der Landesärztekammer Niedersachsen zum letzten aus Tagesordnungspunkt VI verbliebenen Antrag zurückkehren. Es ist die zweite Lesung zum **Antrag VI-19** beschlossen worden. Wir haben noch das alte Verfahren mit Kontra und Pro. Ich frage Sie: Wünscht jemand, gegen diesen Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit hätten wir alle Anträge aus dem Tagesordnungspunkt VI beschieden oder an den Vorstand überwiesen.

Ich stelle fest: Wir sind am Ende der Sitzungen des 114. Deutschen Ärztetages angekommen. Ich habe jetzt die große Freude, liebe Kolleginnen und Kollegen, einen besonderen Dank an die Ärztekammer Schleswig-Holstein abzustatten, allen voran natürlich dem Präsidenten Franz-Joseph Bartmann.

(Beifall)

Ihr habt einen tollen Ärztetag hingelegt. Ihr habt sogar für gutes Wetter gesorgt.

(Beifall)

Das war die kleinere Leistung. Die organisatorische war grandios. Dafür haben der Hauptgeschäftsführer Carsten Leffmann und sein Team großen Applaus verdient.

(Beifall)

Unser Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztekammer Schleswig-Holstein und den Studentinnen und Studenten, die bei uns die Verteilung der Drucksachen übernommen haben.

(Beifall)

Wir danken der Stadt Kiel und Kiel Marketing, die das wunderschöne Rahmenprogramm organisiert und die hier wirklich nicht ganz einfache Hotelbuchung für uns übernommen haben.

Nicht zuletzt danken wir auch dem Team der Sparkassen-Arena, das mit unseren etwas ausgefallenen Anforderungen an diese Halle hervorragend klargekommen ist.

Ihnen allen danke ich für die präzise und konzentrierte Beratung der Anträge bis zuletzt.

Meinem Vorgänger Professor Hoppe möchte ich besonders gerne danken für die Sitzungsleitung in den vergangenen zwölf Jahren.

Ein ganz besonderer Dank geht – wie immer – an unseren Stenografen Rüdiger Weber, der in wirklich fantastischer Arbeit alles zusammenstellen wird.

(Beifall)

Unserer Geschäftsführung möchte ich in ganz besonderer Art und Weise danken. Sie alle waren uns eine große Hilfe, den Ärztetag in dieser präzisen Art und Weise über die Bühne zu bringen.

Es gibt jemanden, dem wir an dieser Stelle ganz besonders danken möchten. Dieses war der letzte Ärztetag für Herrn Professor Christoph Fuchs, den Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, der uns im Sommer dieses Jahres völlig geplant und, wie ich beinahe gesagt hätte, routinemäßig aus den Gründen, die man ihm nicht ansieht, die aber in seiner Geburtsurkunde stehen, verlassen wird. Er hat 24 Ärztetage mit uns in dieser Funktion erduldet. Das ist eine fantastische Arbeit.

Er hat darüber hinaus die Arbeit der Bundesärztekammer in vielen Punkten inhaltlich geprägt und sich auch immer wieder eingebracht, besonders bei ethischen Fragestellungen und Themen. Er hat den Umzug der Bundesärztekammer von Köln nach Berlin geregelt und abgeschlossen. Er wird am 1. Juli 2011 seine aktive Laufbahn beenden.

Wir wollen ihn nicht gehen lassen, liebe Kolleginnen und Kollegen, ohne ihm zumindest ein kleines Geschenk zu machen, das ihn auf seinem Weg weiter begleiten kann. Wir haben uns gedacht, ihm eine Auswahl von schönen klassischen Musik-CDs mitzugeben. Man kann sie bereits auf der Heimreise im Auto hervorragend hören.

Lieber Herr Fuchs, ganz herzlichen Dank für Ihre viele Mühe und Arbeit.

Das für ihn viel größere Geschenk wird das Symposium zur Versorgungsforschung im September sein, zu dem ich Sie an dieser Stelle schon sehr herzlich einlade. Sie können Herrn Professor Fuchs die Freude machen, dass Sie ihm einen Tag schenken, indem Sie sich mit diesem wichtigen Thema befassen. Dazu fordere ich Sie hier auf. Bis dahin hat er ein bisschen Musik zum Hören.

(Anhaltender Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Meine Damen und Herren! Liebe Delegierte! Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter! Ich stehe das letzte Mal an diesem Mikrofon und möchte mich einfach bedanken. Zum einen möchte ich mich dafür bedanken, dass Sie mich mit dieser Aufgabe betraut haben und mir über 21 Jahre Vertrauen geschenkt haben, die operativen Geschäfte der Bundesärztekammer in Köln wie – in den letzten sieben Jahren – in Berlin zu leiten. Ich möchte einfach sagen: Ohne Ihr Vertrauen, ohne Ihren Rückhalt und ohne die unglaubliche Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer wären diese Erfolge, die vielleicht im Einzelnen zu verzeichnen waren, nicht möglich gewesen.

Ich habe mich einfach für die Mitarbeiter und mit den Mitarbeitern an das Credo gehalten: gestalten statt verwalten. Das ist ein Credo, das Sie formuliert haben.

Ich möchte keine Rückschau halten. Ich möchte Sie nur ermuntern, die Politik zu fordern und von ihr zu fordern und dies vielleicht auch als Selbstverpflichtung zu verstehen, die Attraktivität des Arztberufs zu erhöhen, insbesondere für die nachrückende Ärztegeneration dergestalt, dass diese Generation Freude hat, in die kurative Medizin einzusteigen und zu verwalten. Das ist verbunden mit dem Wunsch für die Zukunft der deutschen Ärzteschaft, dass die Begeisterung für den Arztberuf als eines freien Berufs erhalten bleibt und damit auch Interesse und Neugierde für die ärztliche Selbstverwaltung geweckt werden. Freiberuflichkeit und ärztliche Selbstverwaltung haben unmittelbar miteinander zu tun. Sie bedingen einander.

Ich schließe mit den Worten unseres neuen Ehrenpräsidenten, der gesagt hat: Ohne Selbstverwaltung ist alles nichts.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Dr. Montgomery: Lieber Herr Fuchs, das war jetzt das letzte Mal, aber sicher wiedersehen werden wir zwei Ihrer Mitarbeiterinnen, die ich jetzt zu mir auf die Bühne bitte: Frau Thoms und Frau Becker.

(Beifall)

Die überreichten Blumensträuße sind stellvertretend auch für alle anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Jetzt bleibt mir nur noch, unserer inzwischen durch zehn oder zwölf Ärztetage erfahrenen Crew der Firmen evenco und Helliwood zu danken. Sie haben auch diesmal wieder technisch fehlerfrei und brillant funktioniert. Sie haben diese Handballhalle in eine perfekte Ärztetagshalle verwandelt. Das ist eine Riesenleistung. Noch größer ist die Leistung, dass alles wieder verschwunden sein muss, weil morgen der THW Kiel ein Spiel absolviert. Dann wird man nichts mehr davon ahnen, dass wir hier waren. Ich glaube, das ist eine große logistische Leistung. Deswegen werden die Verantwortlichen froh sein, wenn ich möglichst schnell den Mund halte, damit die Arbeit beginnen kann.

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wünsche ich eine gute Heimfahrt und ein gesundes Wiedersehen auf dem 115. Deutschen Ärztetag vom 22. bis zum 25. Mai 2012 in Nürnberg.

Fahren Sie vorsichtig. Auf Wiedersehen!

(Beifall)