116. Deutscher Ärztetag

Stenografischer Wortbericht

Hannover, 28. bis 31. Mai 2013

116. Deutscher Ärztetag 2013

Stenografischer Wortbericht

Hannover, 28. bis 31. Mai 2013

HINWEIS

Die Lesezeichen der PDF-Datei bieten als feingegliedertes Inhaltsverzeichnis eine schnelle und zielführende Navigation durch den Bericht.

IMPRESSUM

© Bundesärztekammer 2013

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

Stenograf:
Rüdiger Weber, Berlin

Titelfoto:
© Hannover Marketing und Tourismus GmbH

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

- Begrüßung: Dr. Martina Wenker
  Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen 5

- Grußwort: Stephan Weil
  Niedersächsischer Ministerpräsident 10

- Grußwort: Bernd Strauch
  Oberbürgermeister der Stadt Hannover 12

- Totenehrung 14

- Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 16

  Prof. Dr. med. Dr. phil. Siegfried Borelli 16
  Prof. Dr. med. Hermann Hepp 19
  Prof. Dr. med. Christel Taube 22
  Prof. Dr. med. Hans-Joachim Woitowitz 25

  Dankesworte: Prof. Dr. Dr. Siegfried Borelli 27

- Grußansprache: Daniel Bahr, MdB
  Bundesminister für Gesundheit 30

- Referat: Dr. Frank Ulrich Montgomery
  Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Hamburg 47

II. Arbeitstagungen des Plenums

1. Tag, Dienstag, 28. Mai 2013, Nachmittagssitzung 61

2. Tag, Mittwoch, 29. Mai 2013, Vormittagssitzung 115
2. Tag, Mittwoch, 29. Mai 2013, Nachmittagssitzung 189

3. Tag, Donnerstag, 30. Mai 2013, Vormittagssitzung 258
3. Tag, Donnerstag, 30. Mai 2013, Nachmittagssitzung 319

4. Tag, Freitag, 31. Mai 2013 390

Eröffnungsveranstaltung

Dienstag, 28. Mai 2013, 10.00 Uhr
Hannover Congress Centrum − Kuppelsaal

(Musikalischer Auftakt: Georg Friedrich Händel:
Ouvertüre zur Feuerwerksmusik [HWV 351])

Dr. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer: Als furiosen Auftakt hörten wir die Ouvertüre zur Feuerwerksmusik von Georg Friedrich Händel, temperamentvoll präsentiert durch das Posaunenoktett von Studierenden der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover unter der Leitung von Herrn Professor Bylund. Sie haben uns hervorragend musikalisch eingestimmt und werden uns durch die Veranstaltung begleiten. Herzlichen Dank dafür!

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Gäste! Im Namen der Ärztekammer Niedersachsen und der Bundesärztekammer sowie auch persönlich heiße ich Sie zum 116. Deutschen Ärztetag hier in Niedersachsen, in unserer Landeshauptstadt Hannover, herzlich willkommen. Nach 1949, 1969 sowie 1986 ist der Deutsche Ärztetag jetzt zum vierten Mal zu Gast in Hannover.

Zunächst gilt mein Gruß natürlich Ihnen, den 250 Delegierten aus den Landesärztekammern, sowie Ihren Begleitungen aus dem privaten und dem beruflichen Umfeld. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wie in jedem Jahr haben wir heute zur Eröffnung und zum Teil auch für den gesamten Verlauf unserer viertägigen Beratungen die Freude und Ehre, zahlreiche Gäste bei uns zu haben, von denen ich einige ganz besonders und namentlich begrüßen möchte. Das bedeutet natürlich nicht, dass ich diejenigen, die ich nicht ausdrücklich erwähnen kann, nicht mindestens genauso herzlich begrüße.

An erster Stelle möchte ich selbstverständlich den Ministerpräsidenten des Landes Niedersachsen, Herrn Stephan Weil, nennen, der uns bereits vor zwei Jahren − damals noch als Oberbürgermeister der Stadt Hannover − sein Kommen zugesagt hatte. Herzlichen Dank, dass Sie Ihr Versprechen eingehalten haben.

(Beifall)

Als weiteres Mitglied der niedersächsischen Landesregierung begrüße ich die Ministerin für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Frau Cornelia Rundt. Seien auch Sie uns herzlich willkommen.

(Beifall)

Wir sind Ihnen beiden besonders dankbar, denn Sie haben extra unseretwegen – ich denke, das ist eine große Ehre – Ihre Kabinettssitzung um eine Stunde nach hinten verschoben. Deswegen müssen Sie uns relativ rechtzeitig verlassen. Sehr herzlichen

Dank dafür, dass Sie es möglich gemacht haben, beide heute Vormittag unserer Eröffnungsveranstaltung beizuwohnen.

Als Gast aus der Berliner Politik begrüße ich sehr herzlich unseren Bundesgesundheitsminister, Herrn Daniel Bahr, jetzt schon zum dritten Mal im Rahmen eines Deutschen Ärztetages. Sehr geehrter Herr Minister, das bekommt ja langsam Tradition.

(Beifall)

Ich begrüße alle anwesenden Abgeordneten und Mitglieder des Europäischen Parlaments, des Deutschen Bundestags, des Niedersächsischen Landtags und der Landtage anderer Bundesländer sowie sehr herzlich den Ersten Bürgermeister der Stadt Hannover, Herrn Bernd Strauch. Schön, dass wir heute in Hannover sein dürfen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ein ganz besonderer Gruß gilt dem Landesbischof der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers. Herr Bischof Meister, ich freue mich sehr, dass auch Sie heute unser Gast sind. Uns beide verbinden viele gute persönliche Gespräche insbesondere zu wichtigen medizinethischen Fragestellungen am Lebensanfang und am Lebensende. Es sind für mich immer sehr bereichernde Gespräche. Hierfür möchte ich mich von dieser Stelle aus bei Ihnen bedanken.

(Beifall)

Ganz herzlich begrüße ich Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, sowie den Ehrenpräsidenten dieses 116. Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Heyo Eckel. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Beide sind Träger der Paracelsus-Medaille. An dieser Stelle begrüße ich alle weiteren anwesenden Träger der Paracelsus-Medaille und schließe dabei die heute zu Ehrenden ausdrücklich ein.

(Beifall)

Ein herzliches Willkommen gilt natürlich dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, und unserem Vizepräsidenten Dr. Max Kaplan. Lieber Monti, lieber Max, wir im Präsidium haben jetzt ziemlich genau Halbzeit. Es waren überaus spannende und kurzweilige zwei Jahre mit euch beiden. Es hat außerordentlich viel Freude gemacht. Wir hatten durchaus auch kontroverse Debatten. Das Tolle ist: Wir kommen immer zu guten Ergebnissen. Ich freue mich auf die zweite Halbzeit mit euch beiden.

(Beifall)

Herzlich grüße ich auch den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. Andreas Köhler, sowie den Vorstandsvorsitzenden unserer Schwesterkörperschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsens, Herrn Mark Barjenbruch. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich heiße willkommen den Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe, Dr. Rolf Koschorrek, den Präsidenten und meine Vorstandsmitglieder im Verband der Freien Berufe Niedersachsen sowie die Präsidentinnen und Präsidenten der befreundeten Heilberufekammern und weiterer ärztlicher und heilberuflicher Verbände.

(Beifall)

Für die anwesenden Vertreter des Sanitätsdienstes der Bundeswehr begrüße ich stellvertretend Herrn Generalstabsarzt Dr. Dirk Raphael sowie Herrn Admiralarzt Dr. Stephan Apel. Ihr ärztliches Engagement bei den zahlreichen Auslandseinsätzen gebietet allerhöchsten Respekt und Anerkennung.

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, 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. Ein Beispiel ist die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes, die derzeit unter Vorsitz der Bundesärztekammer überarbeitet wird.

Daher freut es mich ganz besonders, dass viele internationalen Kolleginnen und Kollegen unserer Einladung gefolgt sind und den Deutschen Ärztetag hier in Hannover nutzen, um sich über den Stand der Diskussionen in der deutschen Ärzteschaft zu informieren und so zu einem Austausch unserer gemeinsamen Anliegen beizutragen.

Der Weltärztebund wird in Hannover durch seinen Präsidenten vertreten. Ich begrüße Herrn Dr. Cecil Wilson. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Einen weiten Weg hat der Präsident der American Medical Association hinter sich: Herzlich willkommen, Herr Dr. Jeremy Lazarus.

(Beifall)

Wir freuen uns außerdem sehr über die Teilnahme des Präsidenten des Israelischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Leonid Eidelman.

(Beifall)

Besonders herzlich begrüße ich unsere Kolleginnen und Kollegen, die aus unseren Nachbarländern und allen Teilen Europas angereist sind. Erlauben Sie mir, dass ich aufgrund ihres Amtes aus diesem Kreis stellvertretend für alle europäischen Ehrengäste die Präsidentin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME), Frau Dr. Katrín Fjeldstedt aus Island, begrüße. Seien auch Sie herzlich willkommen!

(Beifall)

Natürlich begrüße ich ganz besonders herzlich meine Vorstandskolleginnen und -kollegen sowohl aus dem Vorstand der Bundesärztekammer als auch aus dem Vorstand der Ärztekammer Niedersachsen.

Ich möchte Sie alle nochmals sehr, sehr herzlich begrüßen. Ich freue mich auf diesen Ärztetag.

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, während die Zeit weiterläuft und sich gesellschaftliche Rahmenbedingungen verändern, bleiben doch manche Themen der deutschen Ärzteschaft gleich. Bereits 1969 diskutierten die Delegierten des vorletzten in Hannover ausgetragenen Deutschen Ärztetages über Maßnahmen gegen den Ärztemangel. Dieses Problem beschäftigt uns nun seit einigen Jahren wieder vermehrt. Es betrifft uns alle in unserer täglichen Arbeit: die niedergelassenen Kollegen in ihren Praxen, die Krankenhausärzte, die Kollegen im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Der Ärztemangel wird sich in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Die Anzahl älterer Menschen steigt, was positiv zu bewerten ist. Damit erhöhen sich jedoch die Morbidität der Bevölkerung und der Bedarf für ärztliche Leistungen. Bereits absehbar stehen heute viele Krankenhaus- und Vertragsärzte kurz vor ihrem Renteneintritt. Bis zum Jahr 2020, also bereits in sieben Jahren, werden 71.000 Kollegen in den Ruhestand gehen. Bezogen auf derzeit knapp 349.000 berufstätige Ärzte in Deutschland sind das etwa 20 Prozent. Junge Ärzte müssen sie ersetzen, um die medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Das bedeutet, dass wir uns vermehrt auf die Arbeitsweise der nachwachsenden Ärztegeneration einstellen, ja vielleicht sogar die Versorgungsstrukturen ein Stück weit deren Erwartungen und Anforderungen anpassen müssen.

Aber welches ist denn eigentlich „die nachwachsende Ärztegeneration“? Wie sehen deren Wünsche aus? Es gibt derzeit wohl kaum einen ärztlichen Kongress, kaum eine gesundheitspolitische Veranstaltung, wo diese Fragen nicht auch diskutiert werden, nicht auch diskutiert werden müssen. Vor zwei Wochen erschien im „Deutschen Ärzteblatt“ ein spannender, sehr lesenswerter Artikel „Vier Generationen unter einem Dach“. Es werden hier soziologisch vier, in ihrer Arbeitsweise zum Teil grundverschiedene Generationen differenziert:

Erstens. Die Wirtschaftswundergeneration – Jahrgang 1945 bis 1955 – sagt von sich selbst: Wir bekommen durch harte Arbeit Anerkennung und Wohlstand.

Zweitens. Die Babyboomer – Jahrgang 1956 bis 1965 – sagen: Die Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil meines Lebens, der mir Befriedigung verschafft.

Drittens. Die Generation X – Jahrgang 1966 bis 1985 – sagt: Wo wir sind, ist vorne. Erst die Karriere und das persönliche Fortkommen, dann die Familie.

Viertens. Die Generation Y – ab Jahrgang 1985 – sagt: Arbeit ist schön, aber nicht das ganze Leben.

Hierbei hat die nachwachsende Ärztegeneration, also die Generation Y, sehr klare Vorstellungen von ihrem zukünftigen Arbeitsplatz: erstens planbare, aber auch flexible Arbeitszeiten mit der Möglichkeit der Teilzeittätigkeit, zweitens die Tätigkeit im Team, in Kooperationen, in vernetzten Versorgungsstrukturen, drittens die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die junge Ärztegeneration ergänzt zudem ihre Anforderungen an die ärztliche Weiterbildung mit den Stichworten „Planbarkeit, Struktur und regelmäßiges Feedback“.

Hier darf ich eine Überschrift aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ vom 8. März 2013 zitieren: „Sie fordern, was alle immer wollten.“

Meine sehr geehrten Damen und Herren, was bedeutet das jetzt für uns? Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus in Zeiten von Ärztemangel, demografischem Wandel, rasantem medizinisch-technischen Fortschritt?

Zwei Aspekte sind aus meiner Sicht besonders wichtig. Zum einen bin ich überzeugt, dass eine umfassende medizinische Versorgung der Bevölkerung auch in 10 oder 20 Jahren gut gelingen kann. Sie kann gelingen, wenn wir es schaffen, die berechtigten Ansprüche aller vier uneingeschränkt hoch motivierten Ärztegenerationen in ihrer täglichen Arbeit in der Praxis, in der Klinik, im öffentlichen Gesundheitswesen zu verwirklichen. Und sie kann gelingen, wenn wir die unterschiedliche Bedeutung von „Unabhängigkeit“ respektieren. So bedeutet Unabhängigkeit für die ältere Ärztegeneration die wirtschaftlich selbstständige Tätigkeit, zumeist in der eigenen Praxis. Für die junge Ärztegeneration bedeutet Unabhängigkeit, dort zu arbeiten, wo es ihnen gefällt, um gegebenenfalls den Arbeitsplatz dann zu wechseln, wenn es ihnen nicht mehr gefällt.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, sehr geehrte Gäste, gestatten Sie mir abschließend, unter den Gesichtspunkten Ärztemangel, Wünschen und Anforderungen der verschiedenen Ärztegenerationen und Sicherstellung der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Deutschland einen Wunsch auszusprechen, der gleichzeitig auch als Impuls von diesem 116. Deutschen Ärztetag ausgehen möge: Ich wünsche mir eine positive „Willkommens- und Wertschätzungskultur“ für alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte.

(Beifall)

Eine positive Willkommenskultur wünsche ich mir für unsere jungen Kolleginnen und Kollegen, unabhängig davon, ob sie aus dem Ausland zu uns kommen oder ob sie hier in Deutschland studiert haben und hier tätig sein wollen.

Eine ehrliche Wertschätzungskultur wünsche ich mir für alle bei uns tätigen Ärztinnen und Ärzte, ebenso selbstverständlich auch für alle im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen.

Wertschätzung bedeutet in diesem Zusammenhang für mich zunächst Hochachtung vor allen Ärztinnen und Ärzten, die tagein, tagaus in einem immer verdichteteren und rigideren Arbeitsalltag tätig sind und im besten Sinne dieses Wortes professionell ihre Patienten behandeln. Umfassende Patientenbehandlung bedeutet auch und gerade, unseren Kolleginnen und Kollegen wieder mehr Zeit für ihre originäre ärztliche Tätigkeit einzuräumen und endlich unseren Arbeitsalltag von Überflüssigem, von Bürokratie und all den Dingen zu entlasten, deretwegen wir wahrhaftig nicht Ärztinnen und Ärzte geworden sind!

(Beifall)

Wertschätzungskultur bedeutet für mich mit Blick auf die zukunftsfähige Ausgestaltung und Fortentwicklung unseres Gesundheitswesens aber auch, die fachliche Expertise der verfassten deutschen Ärzteschaft im zukünftigen Diskussions- und Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Sicherstellung und Nachhaltigkeit der Patientenversorgung sind seit jeher wichtige Anliegen der deutschen Ärzteschaft.

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, mit diesen Gedanken einer langfristigen Sicherstellung einer guten Patientenversorgung und dem Wunsch einer ehrlichen Wertschätzungskultur heiße ich Sie alle nochmals herzlich willkommen in Niedersachsen und hoffe, dass Sie den 116. Deutschen Ärztetag in Hannover in guter Erinnerung behalten werden.

(Beifall)

(Musikalisches Intermezzo: Tielman Susato:
Zwei Tänze aus dem 14. Jahrhundert)

Stephan Weil, Niedersächsischer Ministerpräsident: Herr Bundesminister Bahr! Meine Damen und Herren Abgeordneten! Liebe Frau Ministerin Rundt! Herr Bürgermeister Strauch! Frau Präsidentin Wenker! Herr Präsident Montgomery! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung. Ich bin gern gekommen. Eine Einladung, die zwei Terminkalender überlebt, hat es allemal verdient. Ich bin gern gekommen, weil ich mir sehr bewusst bin, dass der Deutsche Ärztetag das wahrscheinlich wichtigste gesundheitspolitische Forum in der Bundesrepublik ist. Wir in Niedersachsen freuen uns sehr, dass der Deutsche Ärztetag zum vierten Mal Station in Hannover macht. Zum letzten Mal waren Sie 1986 hier.

Wenn ich gleich eingangs eine Bitte äußern darf: Es ist 27 Jahre her, dass Sie zum letzten Mal in Hannover Station gemacht haben; lassen Sie uns bis zum nächsten Mal nicht wieder gar so lange warten, meine sehr verehrten Damen und Herren.

Wir freuen uns sehr, dass Sie in Niedersachsen sind, einem der größten und vielfältigsten Bundesländer in der Bundesrepublik. Deswegen sind wir ein Bundesland, in dem man wahrscheinlich Licht und Schatten unseres Gesundheitswesens besonders gut sehen kann. Wir haben viel Licht. Wir haben beispielsweise an den Universitätskliniken der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Klinikum in Göttingen Spitzenforschung, Spitzenversorgung, Spitzenausbildung. Darüber sind wir sehr froh.

Ich erlaube mir allerdings den Hinweis: Sorgen macht uns die wirtschaftliche Situation dieser Einrichtungen, von denen die große Mehrheit inzwischen tiefrote Zahlen schreibt. Ich bin überzeugt davon, meine sehr verehrten Damen und Herren, ein leistungsfähiges Gesundheitswesen braucht auch solche Spitzeninstitutionen. Die Finanzierung dieses Gesundheitswesens muss auch in der Lage sein, solchen Institutionen gerecht zu werden. Darum bitte ich sehr herzlich all diejenigen, die für die Finanzierung des Gesundheitswesens Verantwortung tragen.

(Beifall)

Gleichzeitig ist Niedersachsen ein Flächenland, das zweitgrößte in Deutschland. Es ist bereits gesagt worden: Ich habe einige Jahre als Oberbürgermeister in Hannover gearbeitet. Das Wort Ärztemangel lernt man in einem solchen Amt nicht kennen. Jetzt bin ich Ministerpräsident von Niedersachsen und da gewinnt das Stichwort Ärztemangel – genauer genommen: Ärztinnen- und Ärztemangel – eine erhebliche Bedeutung. Wir sehen, dass gerade im ländlichen Raum, gerade in der Fläche, viele ärztliche Stellen unbesetzt sind und dass die Sorgen wachsen, wie denn eine gute, eine angemessene medizinische Versorgung in großen Teilen unseres Landes auf Dauer sichergestellt werden kann.

Wir brauchen, wenn ich es recht sehe, eine Stärkung der Allgemeinmedizin, gerade im ländlichen Raum. Es gibt in Niedersachsen ein hochinteressantes Vorhaben: die European Medical School, ein Gemeinschaftsvorhaben der Universität Oldenburg mit der Universität in Groningen. Hier soll die Ausbildung insbesondere mit Blick auf diese ganz wichtige Tätigkeit gefördert werden.

Wir sehen, dass wir über Stipendien sprechen müssen, die auch Anreize setzen sollen, sich künftig gerade im ländlichen Raum ärztlich zu betätigen. Wir reden über Gründungshilfen für junge Ärztinnen und junge Ärzte, die ihre Praxen eröffnen möchten. Wir reden auch über neue Berufsbilder und über die Frage: Welche Tätigkeit kann künftig möglicherweise auch von nicht ärztlichem Personal mit absolviert werden?

Diese Anstrengungen gibt es. Aber mir ist eines bei vielen Besuchen und Gesprächen in Einrichtungen unseres Gesundheitswesens in den letzten anderthalb Jahren klar geworden: Die große Mehrheit jener Absolventen von Hochschulen, über die wir sprechen, sind Absolventinnen. Deswegen wird es in der Tat – da schließe ich gern an das an, was Sie, Frau Präsidentin Wenker, gesagt haben – auch darauf ankommen, unser Gesundheitswesen künftig so zu organisieren, dass zum Beispiel den spezifischen Belangen von jungen Müttern Rechnung getragen werden kann und dass keine Ausschlusswahl zwischen Familie und Beruf zu treffen ist, sondern dass gerade auch für Ärztinnen beides möglich ist.

(Beifall)

Ich spreche diese Themen deswegen hier an, weil wir hier nach meinem Eindruck möglicherweise erst einen Vorgeschmack auf diejenigen Herausforderungen haben, vor denen wir gerade auch im gesundheitspolitischen Bereich im Zeichen des demografischen Wandels stehen. Denn die Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum wird dafür ein Kernthema sein. Wenn es gelingt, dass auch künftig überall in Deutschland eine gute, eine angemessene medizinische Versorgung bereitsteht, werden wir auch weiter attraktive Lebens- und Arbeitsbedingungen dort vorfinden. Wenn umgekehrt Menschen den Eindruck haben, es sei ihrer Gesundheit zuträglicher, in den Ballungszentren zu leben, dann dürfen wir uns nicht wundern, wenn ein Trend hin zum Zuzug in die großen Metropolen auf diese Art und Weise gestärkt wird.

Ich erlebe das beispielsweise bei der Frage der Krankenhausversorgung gerade im ländlichen Raum. Ich will nicht verhehlen, dass mir eine überzogene Kostenorientierung an dieser Stelle Sorgen bereitet. Wir müssen dafür sorgen, dass überall in Deutschland die Menschen den Eindruck haben, im Falle eines Falles eine gute medizinische Versorgung in Anspruch nehmen zu können, unabhängig davon, ob sie in einer Großstadt oder auf dem Lande wohnen. Das ist eine politische Aufgabe ersten Ranges, meine sehr verehrten Damen und Herren.

(Beifall)

Das Stichwort Kosten ist schon einmal gefallen. Ich werde mich hüten, sprechend vor lauter Expertinnen und Experten unseres Gesundheitswesens, mich an dieser Stelle in Details zu verlieren. Aber lassen Sie mich über eine Erfahrung berichten. Bei wirklich sehr, sehr vielen Besuchen und Gesprächen in den vergangenen anderthalb Jahren hat sich wie ein roter Faden die Kritik an einer übermäßigen Bürokratisierung des Gesundheitswesens durchgezogen. Es scheint tatsächlich so zu sein, dass viele

Menschen unglaublich viel Zeit mit Dokumentationen unterschiedlichster Art und Güte verbringen müssen – Zeitfresser und Motivationsbremsen, die wir sicherlich im Sinne besserer und wirtschaftlicher medizinischer Versorgung in Deutschland besser einsetzen könnten. Ich würde mich freuen, wenn an dieser Stelle nach hinlänglich vielen Klagen tatsächlich konsequente Schritte zur Entbürokratisierung unseres Gesundheitswesens gestartet würden, meine sehr verehrten Damen und Herren.

(Beifall)

Ich bin sicher: Sie erwarten viele spannende Diskussionen auf diesem Ärztetag. Lassen Sie mich abschließend eine persönliche Bemerkung machen. Die deutschen Ärztinnen und Ärzte haben gerade eine, wie ich finde, wirklich pfiffige PR-Kampagne in den Zeitungen und an den Plakatwänden organisiert unter dem Slogan „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“. Vielleicht liegt die Betonung auch auf „gern“, was mich noch mehr freuen würde. Ich glaube, das bringt die Sache aus der Sicht vieler Patientinnen und Patienten auf den Punkt. Ich glaube, dass ganz viele Menschen ihren Ärztinnen und Ärzten zutiefst dankbar sind und dass unsere Gesellschaft Grund hat, Ihnen dafür dankbar zu sein, dass Sie vielen, vielen Menschen mit Ihrer Kompetenz und Ihrem Engagement helfen. Deswegen möchte ich gewissermaßen Ihnen stellvertretend für alle Ärztinnen und Ärzte im Namen aller Niedersächsinnen und Niedersachsen abschließend ein ganz, ganz herzliches Dankeschön für Ihre Arbeit sagen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, fühlen Sie sich wohl auf dem Ärztetag hier in Hannover, in der niedersächsischen Landeshauptstadt, und besuchen Sie uns bald wieder.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Bernd Strauch, Erster Bürgermeister der Stadt Hannover: Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen, meine Herren! Herr Ministerpräsident Weil verlässt gerade das Hohe Haus. Herr Bundesminister! Frau Ministerin! Herr Präsident! Frau Präsidentin! Herr Vizepräsident! Werte Ehrengäste! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Ich darf Sie im Namen der 525.111 Einwohnerinnen und Einwohner herzlich in der Landeshauptstadt begrüßen. Ich wünsche Ihnen natürlich einen guten Kongress. Paracelsus soll gesagt haben, allein die Dosis bestimme das Gift. Ich will dies bei meinem Grußwort für Sie berücksichtigen.

Sie sind in eine natürlich wunderschöne Stadt gekommen. Herr Bundesminister Bahr hat gesagt, wir könnten das mit dem Wetter noch ändern. Wir arbeiten daran; das verspreche ich Ihnen. Sie waren 1986 das letzte Mal in Hannover. Ich habe einmal nachgeschaut, was damals Bedeutendes zumindest für Ihre Kolleginnen und Kollegen in Hannover geschah. Die Medizinische Hochschule verpflanzte das einhundertste Herz und die zehntausendste Operation am offenen Herzen wurde hier in der Medizinischen Hochschule durchgeführt. Was heute für Sie selbstverständlich ist - wahrscheinlich schmunzeln Sie darüber −: Das Nordstadt-Krankenhaus, eine damals noch städtische Klinik, transportierte per Bildtelefon aus der HNO-Klinik die Diagnosen, um damit Transporte der Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

Bis heute erfolgten brisante Fortschritte in Wissenschaft und Medizin. Nicht nur Sie merken das, sondern wir merken es auch an dieser Stelle.

Lassen Sie mich aus dem Alltag eines Bürgermeisters sprechen. Ich durfte am 20. April – da es durch die Medien ging, ist es kein Geheimnis – der ältesten Frau Hannovers, einer 111-Jährigen, zum Geburtstag gratulieren.

(Beifall)

Die alte Dame stellte ihre Familie folgendermaßen vor: Da ist mein Ältester, der ist 90. Da ist die Mittlere, die ist 86; die managt das alles. Da ist meine Jüngste, das Nesthäkchen, die ist Ende 70.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, das ist in Großstädten ein Stück Alltag geworden. Das ist fast Normalität. Wir haben mehrere Bürgermeisterinnen und Bürgermeister in unserer Stadt, die hochbetagten Menschen zum Geburtstag gratulieren. Wir haben vor 15 oder 20 Jahren damit beim 85. Geburtstag begonnen. Heute gehen wir ab dem 95. Geburtstag los.

Natürlich freuen wir uns, wenn bis ins hohe Alter alles gut gegangen ist. Die andere Seite, die Sie kennen, lernt man als Bürgermeister auch kennen. Manchmal traue ich mich gar nicht zu fragen: Wie geht es Ihnen? – Herr Bürgermeister, haben Sie Zeit? Ich komme gerade aus dem Krankenhaus und musste eine Augenoperation über mich ergehen lassen. Dann kam die Aussage – das werde ich nicht vergessen; das ist noch gar nicht so lange her −: Meine Frau ist dabei, verrückt zu werden.

Das sind Dinge, die inzwischen den Alltag in einer Großstadt prägen. In Hannover sind von den 525.000 Einwohnerinnen und Einwohnern bereits über ein Drittel über 60 Jahre alt. Dieses verändert die Stadt, dieses verändert das Denken. Ich möchte an dieser Stelle Herrn Ministerpräsidenten Weil unterstützen, und zwar nicht nur, weil er einmal mein Chef war, sondern weil es stimmt: Die Gespräche, die bei den Hochbetagten und ihren Familien geführt werden, drehen sich im Wesentlichen um Ihre Berufsgruppe und darum, wie man behandelt wird. Ich darf Ihnen versichern: Es wird mit hohem Respekt über die Ärztinnen und Ärzte gesprochen. Man möchte – ich gehöre der ersten Generation an, die Sie erwähnt haben, Frau Dr. Wenker; man sieht es leider auch – zu dem Arzt aufschauen und möchte ihm Respekt entgegenbringen. Man möchte das Vertrauen haben, das früher einmal vorhanden war, das heute teilweise durch die Medien zerstört wird, weil man verdienen muss oder wegen anderer Gründe. Aus der Politik kennt man das ja auch.

Ich glaube, man tut den Menschen nichts Gutes – ich rede nicht von den Dingen, die schräg sind, und von den Einzelfällen, die angeprangert gehören −, wenn man in Gänze ein Szenario schafft, das Missgunst erzeugt und vor allen Dingen den Menschen das Vertrauen in die Ärztinnen und Ärzte nimmt. Das geht nicht, das ist nicht gut.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen, meine Herren, wir haben natürlich nicht nur ältere Menschen in der Stadt. Gott sei Dank studieren über 40.000 junge Leute hier. Sie finden hier Beschäftigung. Die Stadt wächst. Wir sind stolz darauf, dass die jungen Leute hierherkommen und hierbleiben. Der größte Arbeitgeber ist das Volkswagenwerk. Der zweitgrößte Arbeitgeber ist in unserer Stadt die Medizinische Hochschule. Das ist beeindruckend. Wir sind in der Bundesrepublik Versicherungsstandort Nummer drei. Ich könnte diese Aufzählung fortsetzen, will mich aber selbst an die Dosis, die Paracelsus mir verordnet hat, halten. Ich habe vor 14 Tagen eine Delegation rus-

sischer Journalisten bei deren Besuch im Rathaus gefragt, was sie in Hannover gut fanden. Die Antwort lautete: Erstens sind die Hannoveraner fröhliche und lockere Leute; zweitens sprechen viele eine Fremdsprache; drittens ist die Stadt sehr sauber – die Hannoveranerinnen und Hannoveraner sehen das anders −; viertens, man sieht in Hannover wenig Polizisten – hier muss man berücksichtigen, dass es sich um Journalisten aus Russland handelte −; fünftens fahren Busse und Bahnen pünktlich.

Meine sehr verehrten Damen, meine Herren, Letzteres können Sie testen, alles andere auch. Ich könnte Ihnen unendlich viel über die wunderschöne Jazz-Hauptstadt der Bundesrepublik Deutschland erzählen. Ich will mich aber darauf beschränken, zum Schluss ein Zitat meines besten Freundes Louis Armstrong zu erwähnen: Ein Hund kann, indem er 30 Sekunden mit seinem Schweif wedelt, mehr Gefühle erzeugen als ein Bürgermeister in einer halbstündigen Rede.

(Heiterkeit – Beifall)

Ich wünsche Ihnen einen gelungenen und guten Ärztetag. Wenn Sie heute Abend nichts vorhaben – ich weiß, dass Sie erst am Donnerstagabend in die AWD-Arena kommen −, dann sollten Sie sich das tolle Konzert von Bruce Springsteen in der AWD-Arena anhören. Auch er ist ein toller Musiker. Auch Ärztinnen und Ärzte müssen einmal entspannen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Willkommen in Hannover!

(Beifall)

Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Hamburg: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Der Deutsche Ärztetag gedenkt in jedem Jahr derjenigen Ärztinnen, Ärzte und Mitglieder von Organisationen, die der Ärzteschaft nahestehen, und die seit dem vergangenen Deutschen Ärztetag verstorben sind.

Ich darf Sie bitten, sich zu erheben.

(Die Anwesenden erheben sich)

(Musikalische Untermalung: Giovanni Gabrieli:
Sonata Pian e Forte)

Stellvertretend für alle erinnern wir an:

Professor Dr. med. Wolfram Augst, Kassel, langjähriger Chefarzt der Augenklinik der Städtischen Klinik Kassel, Träger des Hufeland-Preises, Ehrenmitglied der Vereinigung Rhein-Mainischer Ärzte;

Dr. med. Frieder Bäsler, Berlin, langjähriger Bereichsleiter im Dezernat 6 „Wissenschaft und Forschung“ der Bundesärztekammer;

Professor Dr. med. Dieter Buck-Gramcko, Hamburg, Begründer der ersten selbstständigen Handchirurgischen Abteilung und des ersten Replantationszentrums in Deutschland, Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande, Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie;

Richard Deutsch, Düsseldorf, ehemaliger Vorstandsvorsitzender und Leiter der Rechtsabteilung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse;

Dr. med. Hans-Jürgen Frank-Schmidt, Frankenthal, ehemaliger Präsident des Berufsverbands Deutscher Internisten;

Ferdinand Fraß, Berlin, mehr als 30 Jahre Mitarbeiter der Bundesärztekammer und aktiver Mitstreiter hinter den Kulissen des Deutschen Ärztetages;

Dr. med. Gerhart Hafemeister, Schwerin, langjähriger Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am jetzigen Helios-Klinikum Schwerin, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette;

Professor Dr. med. habil. Rudolf Henke, Erfurt, ehemaliger Lehrstuhlinhaber für Traumatologie an der Universität Greifswald und der Medizinischen Akademie Erfurt sowie Chefarzt und ärztlicher Direktor am Hufeland-Krankenhaus Bad Langensalza;

Professor Dr. med. Hans Günter Hillemanns, Freiburg, Direktor der Universitätsfrauenklinik in Freiburg, ehemaliger Präsident des Baden-Württembergischen Krebsverbands, Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande;

Dr. med. Heino Ital, Mannheim, Ehrenpräsident der Bezirksärztekammer Nordbaden, ehemaliger Vorsitzender des Landesverbands Nordbaden des Marburger Bunds, Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette;

Professor Dr. med. Kurt-Alphons Jochheim, Erftstadt-Lechenich, langjähriger Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. und Präsident von Rehabilitation International, langjähriges Mitglied in nationalen und internationalen Gremien zu Fragen der Rehabilitation, Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse;

Professor Dr. med. habil. Winfried Klug, Dresden, leitender Arzt der Abteilung Chirurgie der Zentralen Hochschulpoliklinik Dresden, Universalprüfer und Prüfer für Chirurgie der Sächsischen Landesärztekammer, Vorsitzender des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“;

Dr. med. Oskar Putscher, Ottendorf, ehemaliger Vorsitzender der Bezirksstelle Stade der Ärztekammer Niedersachsen, Träger der Ehrenplakette der Ärztekammer Niedersachsen;

Dr. med. Klaus Rittgerodt, Königslutter am Elm, langjähriges Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und Vorstandsvorsitzender der Bezirksstelle KVN in Braunschweig, Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen und der Finanzkommission der Bundesärztekammer;

Dr. med. Ullrich Schindlbeck, Herrsching, Mitglied im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Radiologie, Nuklearmedizin und MRT im Berufsverband Deutscher Internisten;

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Wolfgang Spann, München, langjähriger Dekan der Medizinischen Fakultät Freiburg und der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse;

Professor Dr. med. mult. Dr. h. c. Dimitrios Stavrou, Hamburg, ehemaliger Direktor des Instituts für Neuropathologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf;

Hans Trawinski, Heinsberg, langjähriger Geschäftsführer und Leiter der Abteilung „Tarifpolitik“ des Marburger Bunds;

Dr. med. Kilian Tegethoff, Berlin, Vorsitzender des Landesverbands Berlin/Brandenburg des Marburger Bunds, Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Berlin;

Professor Dr. med. Hans Troeger, Rostock/Basel, Mitbegründer der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und des ärztlichen Versorgungswerks der Ärztekammer;

Professor Dr. med. Ernst-Eberhard Weinhold, Spieka, ehemaliges und langjähriges Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Niedersachsen, ehemaliger und langjähriger 1. Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Niedersachsen und 1. Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, ehemaliges und langjähriges Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Träger der Hartmann-Thieding-Medaille des Hartmannbunds, des Großen Bundesverdienstkreuzes und der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

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

Meine Damen und Herren, wir kommen zur Verleihung der **Paracelsus-Medaille 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 2012, auf dem 116. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille auszuzeichnen: Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. Siegfried Borelli, Herrn Professor Dr. med. Hermann Hepp, Frau Professor Dr. sc. med. Christel Taube und Herrn Professor Dr. med. Hans-Joachim Woitowitz.

Ich bitte die vier auszuzeichnenden Persönlichkeiten auf die Bühne.

(Beifall)

Die Verleihungsurkunden haben folgenden Wortlaut:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten* ***Siegfried Borelli*** *in München/Davos, Prof. Dr. med. Dr. phil., Facharzt für Dermatologie und Venerologie und Facharzt für Arbeitsmedizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*
>
> *Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Siegfried Borelli einen Arzt, der sich in seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. In den Sechzigerjahren baute er die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein der Technischen Universität München auf, die er bis zu seiner Emeritierung*

1995 leitete. Zugleich war er Direktor der auf seine Initiative entstandenen Deutschen Klinik für Dermatologie und Allergie Davos. Bemerkenswert ist vor allem auch sein berufspolitisches Engagement. So nahm er allein an 33 Deutschen Ärztetagen als Delegierter teil. Siegfried Borelli hat sich um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Siegfried Borelli wurde am 2. Juni 1924 in Berlin-Wilmersdorf als einziges Kind des Kaufmanns Siegfried Borelli und seiner Ehefrau Irmgard, von Beruf Sekretärin, geboren. Nach der Abiturprüfung, die er 1942 am Humanistischen Gymnasium Berlin-Zehlendorf ablegte, schrieb er sich für das Fach Humanmedizin ein. Er studierte in Berlin, dann in Prag und Hamburg. Unterbrochen vom Militärdienst schloss er sein Studium 1948 ab und wurde zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertationsarbeit „Über Aminosäuren im Blutserum – unter besonderer Berücksichtigung des Eiweißmangelzustandes und Hungerödems“ entstand in der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) unter Leitung von Professor Arthur Jones. Neben der Medizin studierte Borelli auch Psychologie. Mit der Arbeit „Charakterologische Untersuchungen unter besonderer Benutzung der Wartegg-Tests“ wurde er 1950 von der Universität Hamburg zum Dr. phil. promoviert.

Seine erste Stelle als Assistenzarzt trat er 1948 am UKE an. Dort war er zunächst in der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik tätig, dann in der Dermatologischen Klinik und Poliklinik. Gleichzeitig begann er eine Weiterbildung unter anderem in Psychotherapie, autogenem Training und Hypnose. 1951 wurde er wissenschaftlicher Assistent an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Dieser Wechsel sollte seine weitere Laufbahn prägen, denn der Leiter der Klinik, Professor Alfred Marchionini, wurde zu einem wichtigen Vorbild. 1956 habilitierte er sich mit einer Arbeit über die Hautkrankheiten durch Kontaktstoffe im Friseurberuf zum Privatdozenten. So wurde die Berufsdermatologie schon früh zu einem Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit.

1962 wurde er zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Schließlich erhielt er 1967 einen Ruf auf eine ordentliche Professur an die Technische Universität (TU) München. Dort wurde er Direktor der neu zu errichtenden Dermatologischen Klinik und Poliklinik, heute Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein der TU München. Diese leitete er bis zu seiner Emeritierung 1995. Zugleich war er Direktor der „Deutschen Klinik für Dermatologie und Allergologie Davos“ in der Schweiz. Diese wurde 1960 auf seinen Antrag an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zunächst in der dem Ministerium nachgeordneten Schwerkriegsbeschädigten-Klinik Valbella gegründet und von Borelli bis 2001 geleitet. Als Klinikleiter und Hochschullehrer hat er an der Aus- und Weiterbildung des dermatologischen Nachwuchses mitgewirkt. Rund 150 Ärzte führte er zur Facharztprüfung. Unter seiner Betreuung entstanden etwa 200 Doktorarbeiten und 15 Habilitationen. Viele seiner Schüler wurden Chefärzte und erhielten Professuren. Auch er selbst erwarb viele Qualifikationen: Er ist Facharzt für Dermatologie und Venerologie sowie Facharzt für Arbeitsmedizin. Darüber hinaus hat er eine Vielzahl von Zusatzbezeichnungen –

unter anderem Allergologie, Psychotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie sowie Rehabilitationswesen.

Borelli kann auf ein bemerkenswertes wissenschaftliches Lebenswerk blicken. Es umfasst mehr als 500 Publikationen in Fachzeitschriften, Büchern, Handbüchern sowie das sieben Bände und 16.000 Seiten umfassende Nachschlagewerk „Krankheiten der Haut und Schleimhaut durch Kontakte in Beruf und Umwelt“ (1988), das er bis heute als Forschungsgruppe „Noxenkatalog-Datenbank – Krankheiten des gesamten Menschen durch Schadenskontakte aller Art“ fortführt. Weitere Schwerpunkte seiner breit gefächerten Forschungsaktivitäten lagen auf den Gebieten Andrologie, Sexualmedizin, Psychodermatologie und aus psychologischen Gründen der Kosmetischen Dermatologie. Sein Interesse galt vor allem auch der Atopieforschung – insbesondere dem Bereich der Neurodermitis – und der Wirkung des Klimas im Hochgebirge über 1.500 Metern auf bestimmte chronische Dermatosen.

Neben seinem Engagement als Arzt, Forscher und Hochschullehrer brachte er sich über Jahrzehnte aktiv in die ärztliche Selbstverwaltung ein. Seine berufspolitische Heimat ist der Marburger Bund und heute der Hartmannbund (HB). Er engagierte sich als Delegierter bei Deutschen Ärztetagen und war von 1962 bis 1978 Mitglied im Ausschuss „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer (BÄK). Auf Bundesebene fungierte er zudem bis 2004 als Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und von 1985 bis 1993 als Mitglied des KBV-Vorstandes. Er war im gemeinsamen Ausschuss „Rehabilitation“ von BÄK und KBV aktiv. Darüber hinaus war er Mitglied im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, engagierte sich dort in zahlreichen Gremien und Ausschüssen.

Besonders hervorzuheben sind auch Borellis berufspolitische Aktivitäten auf Landesebene. Von 1976 bis 2004 – also über einen Zeitraum von 29 Jahren – saß er in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Dem KVB-Vorstand gehörte er elf Jahre lang an. In der Bayerischen Landesärztekammer war er ebenfalls über viele Jahre aktiv. 34-mal war er Delegierter bei einem Bayerischen Ärztetag. Insgesamt 38 Jahre engagierte er sich im Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München – davon viele Jahre als Vorstandsmitglied und sieben Jahre als Schriftleiter der Münchner Ärztlichen Anzeigen.

Ein wichtiges Anliegen war Borelli stets die ärztliche Fortbildung. Bei einer Vielzahl von Veranstaltungen sowie nationalen und internationalen Kongressen zeigte er herausragenden persönlichen Einsatz – als Vortragender und als Organisator. Beispielhaft genannt seien hier die Fortbildungskongresse „Fortschritte der Allergologie, Immunologie“ in Davos, die Tagungen der „Münchner Allergiegesellschaft am Biederstein“ und die „Davoser Tage“, die unter seiner Federführung stattfanden. Hinzu kommen zahlreiche Fortbildungen an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der TU München. Auch trug er zur Implementierung von Fortbildungen in den neuen Bundesländern bei. 1992 gründete er die gemeinnützige Gesellschaft zur Förderung der ärztlichen Fortbildung der „Euromed Leipzig“. Insgesamt organisierte er etwa 180 Fortbildungsveranstaltungen. Sein Engagement geht weit über das übliche Maß hinaus.

Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt er zahlreiche Auszeichnungen: die Ernst-von-Bergmann-Plakette der BÄK, den Professor-Janowski-Award der Tschechischen Akademie für Dermatologie, den Franz-Kölsch-Preis für Arbeitsmedizin, die Goldene Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die Ehrenmedaille des HB-Landesverbandes Bayern, die Hartmann-Thieding-Medaille des HB Bundesverbandes, den Bayerischen Verdienstorden, das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland (BRD), das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der BRD, das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der BRD sowie das Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst 1. Klasse „Litteris et Artibus" der Republik Österreich. Hinzu kommen Ehrenmitgliedschaften zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften – darunter die Jugoslawische, Bulgarische, Polnische sowie Tschechische Dermatologische Gesellschaft, die Tschechische Akademie für Dermatologie, die Deutsche STD Gesellschaft, die Münchner Dermatologische Gesellschaft und die Medizinische Gesellschaft von Oberösterreich.

Borelli, mittlerweile 88 Jahre alt, verfolgt die von ihm angestoßenen Themen nach wie vor mit großer Aktivität. Er ist als ärztlicher Konsiliarius tätig und verbringt viele Monate des Jahres in Davos beziehungsweise in der Schweiz. Als Emeritus führt er die Arbeit der Forschungsgruppe „Noxenkatalog-Datenbank" fort. Daneben ist er als Autor von Fachpublikationen tätig. Kürzlich war er Mitautor eines Beitrages im Deutschen Ärzteblatt mit dem Titel „Endoprothesenregister: Höchsten Anforderungen genügen". Gemeinsam mit seiner Ehefrau Erika, mit der seit 49 Jahren verheiratet ist, verbringt er gerne Zeit mit seinen vier Enkelkindern. Sowohl Borellis Sohn als auch seine Tochter sind Dermatologen.

116. Deutscher Ärztetag in Hannover, 28. Mai 2013, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Hermann Hepp*** *in Buch am Ammersee, Prof. Dr. med., Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Hermann Hepp einen Arzt, der sich in seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Er ist einer der führenden Vertreter des Faches „Frauenheilkunde und Geburtshilfe" in Deutschland. Mehr als 20 Jahre war er Direktor der Frauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München am Klinikum Großhadern. Besonders hervorzuheben ist sein Einsatz für die ärztliche Selbstverwaltung. Seit 1996 ist er Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, seit 2002 Vorstandsmitglied. Er war federführend an vielen Stellungnahmen und Richtlinien beteiligt – unter anderem zur In-vitro-Fertilisation und Präimplantationsdiagnostik. Hermann Hepp hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in hervorragender Weise verdient gemacht.

Hermann Hepp wurde am 27. Januar 1934 in Singen am Hohentwiel, Landkreis Konstanz, als drittes von sieben Kindern des Optikermeisters August Hepp und seiner Ehefrau Elisabeth geboren. Nach der Volksschulzeit in Singen besuchte er das Humanistische Gymnasium in St. Blasien. Dort legte er 1953 die Abiturprüfung ab und studierte dann zunächst für ein Jahr Philosophie, Soziologie und Kunstgeschichte an der Universität Gregoriana in Rom. 1954 kehrte er nach Deutschland zurück und schrieb sich für das Fach Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg ein. Nach dem Physikum verbrachte er klinische Semester in Hamburg, Wien und München. 1957 wurde er Stipendiat des Cusanuswerks. Das Staatsexamen absolvierte er 1960 und wurde im gleichen Jahr von der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München zum Dr. med. promoviert. In seiner Dissertation, die unter Leitung von Professor Walter Seitz an der Medizinischen Poliklinik der LMU München entstand, befasste er sich mit endokrinologischen und psychosomatischen Aspekten der „Laktation beim Mann".

Seine erste Assistentenstelle trat er 1962 an der Neurochirurgischen Klinik der Universität Freiburg an. Mit dem Wechsel an die Universitätsfrauenklinik in Freiburg traf er 1963 auf seinen maßgeblichen Lehrer Professor Heinrich Wimhöfer. Dieser förderte ihn in seinem wissenschaftlichen Arbeiten, sodass sich Hepp 1969 mit der Arbeit „Immunologische und biologische Bestimmung der hypophysären Gonadotropine im normalen Zyklus und bei der Behandlung mit Clomifen" habilitierte. Die Facharztbezeichnung für Gynäkologie und Geburtshilfe erwarb er 1970, wurde wenig später Leitender Oberarzt. Nach dem Tod von Professor Wiemhöfer folgte er der Bitte von Professor Volker Friedberg in Mainz zur Übernahme einer Stelle des Leitenden Oberarztes an der dortigen Universitätsfrauenklinik. Bereits 1976 erhielt er einen Ruf auf den Lehrstuhl nach Lübeck, den er jedoch ablehnte. 1978 wurde er Ordinarius für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität des Saarlandes. In Homburg an der Saar fungierte er auch ein Jahr lang als Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums. Schließlich folgte er 1984 einem Ruf auf den Lehrstuhl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der LMU München und übernahm die Leitung der Universitätsfrauenklinik am Klinikum Großhadern. Diese leitete er bis 2005, obwohl er schon 2002 emeritierte. In seiner Amtszeit wurde die Klinik zu einem der Leuchttürme der Frauenheilkunde in Deutschland.

Hepp genoss nicht nur hohes Ansehen bei seinen Mitarbeitern, sondern kann auch ein bemerkenswertes wissenschaftliches Lebenswerk vorweisen. Etwa 400 Publikationen veröffentlichte er – insbesondere zu den Themen Endokrinologie, operative Gynäkologie/Onkologie, Reproduktionsmedizin, Diabetes und Schwangerschaft, Extrauteringravidität, Endoskopie, Laser-Gynäkologie sowie Sterilitätsmikrochirurgie. Er war Herausgeber von Fachzeitschriften, unter anderem „Der Gynäkologe". Hinzu kommen Bücher und Buchbeiträge. Außerdem veröffentlichte er auch Artikel zu bioethischen Fragestellungen seines Faches. Unter seiner Leitung entstanden 22 Habilitationen, 19 davon in München. Viele seiner Schüler konnten Lehrstuhl- und Chefarztpositionen besetzen. „Er besitzt die wunderbare Fähigkeit, Menschen durch sein Vertrauen stark zu machen und sie zu überragenden Leistungen zu motivieren", schrieben einige seiner Schüler in einem Beitrag anlässlich seines 75. Geburtstags im „Frauenarzt". Und Professor Hans-Peter Scheidel sagte 2010 in einer Laudatio, Hepp sei nicht nur mit seinem medizinischen Handeln Vorbild gewesen, sondern auch im

Umgang mit Menschen. „Deshalb warst und bist du im wahrsten Sinne des Wortes ein Direktor – ein Leiter und Lenker −, der junge Menschen gebildet und nicht nur ausgebildet hat.“ Hepp hat nicht nur Fachwissen, sondern eine Haltung vermittelt. Sein oberstes Prinzip war stets das Wohl der Patientin und die Überzeugung, dass Ärzte am Anfang und am Ende des Lebens eine ganz besondere Verantwortung tragen.

Seine Kompetenzen waren an vielen Stellen gefragt. Er engagierte sich in zahlreichen Fachgesellschaften, Gremien und Kommissionen. Besonders hervorzuheben ist dabei seine Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) von 1992 bis 1994. Eine historische Leistung in diesem Amt war die Aufarbeitung der Rolle der Frauenärzte im Nationalsozialismus, die er mit Feingefühl und zugleich mit Mut vorantrieb. Der DGGG-Kongress 1994 in München widmete sich diesem Thema.

Viele Jahre fungierte er als Gutachter der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und war Mitglied der Senatskommission der DFG „Humane embryonale Stammzellen“. Er engagierte sich zudem in den 80er-Jahren als Vertreter der DFG in der Benda-Kommission. Er ist Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und war deren Obmann für das Fach Gynäkologie. Darüber hinaus ist er Mitglied des Collegium Gynaekologicum, der Görres-Gesellschaft sowie der International Society of Pelvic Surgeons. Außerdem wirkte er in der „European Commission Science, Research Development, Life Science and Technologies” und der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Kunst.

Bemerkenswert ist auch sein Einsatz in der ärztlichen Selbstverwaltung. Seit 1996 ist er Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, seit 2002 Vorstandsmitglied dieses Gremiums. Bereits seit 1983 war er maßgeblich an der Erstellung von Stellungnahmen und Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirats zur Pränataldiagnostik, Reproduktionsmedizin, Forschung an Embryonen und zum Schwangerschaftsabbruch beteiligt – in vielen Fällen federführend. Insbesondere sind hier zu nennen die Stellungnahmen zum Regierungsentwurf und Entwurf einer Rechtsverordnung des PID-Gesetzes 2012, das Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik 2011 sowie die (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion von 2006.

Hepp ist ein herausragender Wissenschaftler und zugleich tief verwurzelt in christlich-humanistischen Werten. Die Beschäftigung mit ethischen Fragestellungen zieht sich wie ein roter Faden durch sein Berufsleben. Seit 1996 ist er Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Katholischen Akademie Bayern. Außerdem engagierte er sich in der Kommission der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Katholischen Bischofskonferenz zum Thema Stammzellmedizin. Er hatte den Vorsitz der Ethikkommission am Klinikum Großhadern. Von 1987 bis 1993 war er Mitglied der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie.

Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt er zahlreiche Auszeichnungen aus dem In- und Ausland. Er wurde unter anderem mit der Carl-Kaufmann-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ausgezeichnet. Er ist Ehrenmitglied des Berufsverbandes der Frauenärzte sowie zahlreicher

Fachgesellschaften – unter anderem der Deutschen, Österreichischen, Ungarischen, Bayerischen, Mittelrheinischen und Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. 2004 hielt er die Otto-Käser-Gedächtnisvorlesung in Basel.

Hermann Hepp fühlt sich auch heute mit 79 Jahren medizinischen und ethischen Themen verbunden. Nach wie vor ist er Vorstandsmitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Darüber hinaus interessiert er sich für zeitgenössische Kunst, Geschichte und Fotografie. Er ist sportbegeistert. Als passionierter Bergwanderer war er bis 2007 im Himalaya unterwegs. Seit 1961 steht ihm seine Ehefrau Ingrid zur Seite. Die beiden haben vier Söhne und sieben Enkelkinder.

116. Deutscher Ärztetag in Hannover, 28. Mai 2013, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde der um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Christel Taube*** *in Halle (Saale), Prof. Dr. med., Fachärztin für Pharmakologie und Toxikologie und Fachärztin für Biochemie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Christel Taube eine Ärztin, die sich in ihrer Tätigkeit als Wissenschaftlerin und Hochschullehrerin herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Als Professorin für Pharmakologie und Toxikologie sowie stellvertretende Institutsdirektorin an der Universität Halle-Wittenberg hat sie über Jahrzehnte an einer fundierten und praxisnahen Ausbildung von Studierenden mitgewirkt. Für Studentinnen und junge Forscherinnen war sie ein ermutigendes Beispiel dafür, dass man sich als Frau und Mutter in einem von Männern dominierten universitären Umfeld behaupten kann. Christel Taube hat sich um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Christel Taube wurde am 27. Juli 1936 in Sonneberg/Thüringen als Tochter des Chemikers Dr. Hans-Joachim Reusch und seiner Ehefrau, der Sekretärin Erika Reusch, geboren. Sie wuchs gemeinsam mit einem jüngeren Bruder auf. Nach der Schulzeit in Sonneberg legte sie 1954 die Abiturprüfung an der dortigen Oberschule ab. Dann schrieb sie sich für das Fach Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena ein, wo sie auch ihr Staatsexamen ablegte. Prägende Hochschullehrer für Taube – auch für ihre spätere Arbeit in der Lehre – waren der Internist Professor Walter Brednow mit seiner zutiefst humanistischen Einstellung und seiner ganzheitlichen Sicht auf die Medizin sowie der Pathologe Professor Franz Bolck mit seiner Fähigkeit, theoretisches Wissen spannend und praxisnah zu vermitteln.

Nach dem Studium begann Taube 1960 ihre Pflichtassistentenzeit an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und war dort an den Kliniken für Pädiatrie, Chirurgie und Innere Medizin tätig. 1961 erhielt sie die ärztliche Approbation. Wegen der Geburten ihrer beiden Töchter unterbrach sie dann zunächst ihre

Tätigkeit. 1965 kehrte sie ins Berufsleben zurück und wurde wissenschaftliche Assistentin am Institut für Physiologische Chemie der Universität Greifswald, das damals von Professor Norbert Hartmann geleitet wurde. 1966 wurde sie zum Dr. med. promoviert. Ihre Dissertationsarbeit trägt den Titel „Über die Hemmung der Blutgerinnung beim Kaninchen durch Kobalt(II)-Aspartat und Kobalt(II)-Glutamat". Dafür erhielt sie bereits als junge Forscherin viel Anerkennung. Sie wurde 1967 mit dem Ernst-Moritz-Arndt-Preis ausgezeichnet, dem Wissenschaftspreis der Universität Greifswald. 1969 erwarb sie die Facharztbezeichnung für Biochemie.

Im Jahr 1970 wechselte sie an die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Dort war sie zunächst als wissenschaftliche Assistentin am Institut für Pharmakologie und Toxikologie unter der Leitung von Professor Werner Förster tätig. 1973 wurde sie Oberärztin und übernahm die Leitung der Abteilung für Biochemische Pharmakologie. 1977 erwarb sie die Facharztbezeichnung für Pharmakologie und Toxikologie und erhielt die Lehrbefähigung. Als Vorbilder während ihrer beiden Weiterbildungen nennt sie den Biochemiker Professor Samuel Mitja Rapoport und den Pharmakologen Professor Werner Scheler, beide Berlin. Sie gaben der jungen Ärztin Orientierung, was das wissenschaftliche Engagement und die Bemühungen um die medizinische Aus- und Weiterbildung betrifft.

Taubes wissenschaftliche Schwerpunkte waren anfänglich die Themen Blutgerinnung und der Prostanoidstoffwechsel, die sich dann aber zu dem übergeordneten Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiteten. 1979 habilitierte sie sich mit der Arbeit „Über Zusammenhänge von Prostaglandinbiosynthese und Blutdrucksenkung". Zur außerplanmäßigen Professorin wurde sie 1985 ernannt. Im gleichen Jahr wurde sie auch stellvertretende Direktorin des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Halle-Wittenberg. Von 1980 bis 1990 war sie Mitglied der medizinischen Fakultät der Universität. Schließlich wurde sie 1990 zur Universitätsprofessorin berufen. 1996 trat sie in den Ruhestand.

Auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen arbeitete sie eng mit Klinikern und Vertretern anderer theoretischer Institute zusammen, aber auch mit pharmazeutischen Unternehmen. Sie beschäftigte sich insbesondere mit dem Einfluss von Herz-Kreislauf-Medikamenten sowie Ernährungsfaktoren auf die Prostanoidbiosynthese. Im Vordergrund standen hierbei Antihypertensiva und ungesättigte Fettsäuren. Alter, Geschlecht, Ernährung, Begleitkrankheiten und Mobilität in ihrem Einfluss auf die Arzneimittelwirkung waren für sie wichtige Aspekte in der pharmakologischen Forschung. Die Ergebnisse ihrer Arbeit wurden in 147 Publikationen und 176 Vorträgen veröffentlicht. Sie führten zu zwei Patenten. Taube ist Mitautorin des Lehrbuchs „Pharmakologie und Toxikologie", erschienen im Springer-Verlag.

Forschung und Lehre lagen ihr gleichermaßen am Herzen. Als Hochschullehrerin sah sie es als ihre Pflicht an, der künftigen Ärztegeneration einen fundierten Wissensstock mit auf den Weg zu geben. Tatsächlich war es ihr immer ein Anliegen, die wissenschaftlichen Grundlagen der Biochemie sowie später der Pharmakologie und Toxikologie so praxisnah zu vermitteln, dass die Studenten – bei denen die Pharmakologie mitunter als „stupides Lernfach" gilt – befähigt

werden, die grundsätzlichen Mechanismen einer Pharmakotherapie im Kontext von Konstitution und Lebensgewohnheiten zu begreifen. Damit sollten sie in die Lage versetzt werden, eine individuelle Therapie zu verordnen, zu überwachen und entsprechend den Erfordernissen zu modifizieren. Noch heute berichten ehemalige Studenten, dass ihnen Taubes Vorlesungen, Seminare und Praktika in bleibender Erinnerung sind.

An der Universität Greifswald war sie an der Durchführung von Praktika und Seminaren im Fach „Physiologische Chemie für Mediziner" beteiligt. Schon als wissenschaftliche Assistentin übernahm sie Teilabschnitte der Vorlesung „Physiologische Chemie für Mediziner und Stomatologen". Sie betreute Doktoranden und war an der Ausbildung von medizinisch-technischen Assistenten beteiligt. An der Universität Halle-Wittenberg folgten Seminar- und Vorlesungstätigkeiten im Fach Pharmakologie und Toxikologie. Anfänglich verantwortete sie Teilabschnitte der Vorlesung „Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie" für Studenten der Humanmedizin. Später übernahm sie die Hauptvorlesung auch komplett. Begleitend dazu führte sie Praktika und Seminare durch. Sie betreute Studierendengruppen als Tutorin. Darüber hinaus führte sie mündliche Prüfungen im Rahmen des medizinischen Staatsexamens durch. Sie verstand es, junge Menschen für ihr Fach und das wissenschaftliche Arbeiten zu begeistern.

Unter ihrer Betreuung entstanden 22 erfolgreich verteidigte Diplomarbeiten, 15 Promotionen und eine Habilitationsschrift. Von ihren ehemaligen Diplomanden und Doktoranden wird Taube hoch verehrt. Der erfolgreiche Abschluss der Arbeiten der von ihr betreuten Studierenden war ihr oberstes Ziel. Besonders im Blick hatte sie Belange des weiblichen Nachwuchses, denn über den Balanceakt zwischen Karriere und Familie war sie sich aus eigener Erfahrung bewusst. Sie selbst hat dies als Herausforderung empfunden. Die Förderung junger Wissenschaftlerinnen war ihr ein wichtiges Anliegen – ohne dass die Frauen eine Bevorzugung erhielten. Studentinnen und Nachwuchsforscherinnen fanden in ihr ein Vorbild und eine Mentorin. Für sie war Taube ein ermutigendes Beispiel dafür, dass man sich auch als Frau und Mutter in einer universitären Männerdomäne behaupten und eine leitende Position ausfüllen kann.

Nicht nur ihr wissenschaftlicher Werdegang verdient Respekt. Die Themen, mit denen sie sich beschäftigte, betrachtete sie immer umfassend und ganzheitlich. Auch für ethische Fragestellungen interessierte sie sich als Mitglied der Ethikkommission der Universität Halle-Wittenberg. Für ihren unermüdlichen Einsatz und ihre wissenschaftliche Leistung erhielt sie mehrere Auszeichnungen. Neben dem Ernst-Moritz-Arndt-Preis wurde sie 1989 mit dem Titel „Medizinalrat" geehrt.

Auch mit 76 Jahren ist sie pharmakologischen Themen verbunden. Das zeigt ihre Gutachter- und Weiterbildungstätigkeit für Unternehmen und Forschungsinstitute, die sie seit ihrem Eintritt in den Ruhestand freiberuflich ausübt. Ehrenamtlich engagierte sie sich als Schöffin am Landgericht Halle. Darüber hinaus ist sie sehr kulturinteressiert. Sie ist stellvertretende Vorsitzende im Gutenberger Kulturverein Sachsen-Anhalt und fungiert als Kulturbotschafterin der Stadt Halle. Sie ist seit 1958 mit dem Chemiker Professor Rudolf Taube verheiratet. Das Paar hat mittlerweile sieben Enkelkinder und eine Urenkelin.

116. Deutscher Ärztetag in Hannover, 28. Mai 2013, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Hans-Joachim Woitowitz*** *in Pohlheim, Prof. Dr. med., Facharzt für Arbeitsmedizin und Facharzt für Innere Medizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Hans-Joachim Woitowitz einen Arzt, der sich in seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Nahezu 30 Jahre lang leitete er das Institut und die Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Gießen. Sein Interesse galt vor allem der Prävention von Berufskrankheiten und speziell dem Thema „Krebsgefährdung der arbeitenden Bevölkerung". Frühzeitig warnte er vor den Gefahren durch Asbest. Als ausgewiesener Experte war er Vorsitzender vieler Sachverständigengremien. Sein Name steht für eine kompetente Politikberatung durch die Ärzteschaft. Hans-Joachim Woitowitz hat sich um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Hans-Joachim Woitowitz wurde am 18. Oktober 1935 in Allenstein in Ostpreußen als zweites von vier Kindern der selbstständigen Kaufleute Hermann und Hildegard Woitowitz geboren. Nach der Flucht lebte die Familie zunächst in Sachsen, dann in Westfalen. Die Abiturprüfung absolvierte Woitowitz 1955 an der Friedrich-von-Bodelschwingh-Schule in Bethel bei Bielefeld. Danach schrieb er sich für das Fach Humanmedizin ein und studierte in Marburg und in Köln, wo er 1960 erfolgreich sein Staatsexamen ablegte. Ein Jahr später wurde er zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertation trägt den Titel „Über optische Phänomene bei der zyklothymen Depression" und entstand unter der Leitung von Professor Wolfgang De Boor, Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Universität zu Köln.

Seine Zeit als Medizinalassistent absolvierte er am Klinikum der Universität zu Köln. Nachdem er 1963 die ärztliche Approbation erhalten hatte, begann er in der dortigen Medizinischen Klinik auch seine internistische Weiterbildung. In dieser Zeit war er unter namhaften Ordinarien wie Professor Hugo-Wilhelm Knipping und später Professor Rudolf Groß tätig, folgte dann im Jahr 1965 Professor Helmut Valentin, seinem wissenschaftlichen Lehrer, an das neu zu gründende Institut für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg. Zunächst als wissenschaftlicher Assistent, dann als Oberassistent war er hier zuständig für die Poliklinik für Berufskrankheiten. 1969 erwarb er die Facharztanerkennung für Innere Medizin sowie die Zusatzbezeichnung Arbeitsmedizin. Im gleichen Jahr erhielt er auch die erste große Anerkennung als Forscher. Er wurde mit dem E. W. Baader-Preis der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin ausgezeichnet. Die Ehrung wurde ihm für die Arbeit „Zur Dynamik arterieller Blutgaswerte während dosierter Arbeitsbelastung im Hinblick auf die Begutachtung" zuerkannt. Das Atemorgan des arbeitenden Menschen wurde somit schon früh ein Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit.

1971 habilitierte er sich und wurde Privatdozent für die beiden Fächer Arbeitsmedizin und Sozialmedizin. Für seine Habilitation „Arbeitsmedizinisch-epidemiologische Untersuchungen zu den unmittelbaren Gesundheitsgefahren durch Asbest“ wurde er erneut mit dem E. W. Baader-Preis ausgezeichnet. Frühzeitig erkannte er die Gefährlichkeit von Asbest und trug mit späteren Forschungen maßgeblich zur Aufklärung über die oftmals todbringenden Expositionen und zur Aufhellung der Dunkelziffer bei. Woitowitz erkannte eine arztethische Aufgabe darin, dass die Beschäftigten kaum selbst die existenzbedrohenden Krebsgefährdungen an ihren Arbeitsplätzen erkennen und sich entsprechend schützen können. Bereits 1973 erhielt er den Ruf als ordentlicher Professor für Arbeitsmedizin, später Professor für Arbeits- und Sozialmedizin im Zentrum für Ökologie des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen. Im November 1974 folgte er diesem Ruf und übernahm dort die Leitung des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, die er bis zu seiner Emeritierung 2004 ausübte. 1978 erhielt er die Facharztanerkennung für Arbeitsmedizin, einige Jahre später erwarb er die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Einen Ruf nach Köln 1979 lehnte er ab.

Die Arbeitsschwerpunkte des Gießener Instituts hat er maßgeblich und positiv geprägt. Seine Weggefährten beschreiben ihn als geachtete Arztpersönlichkeit, die den Kollegen immer mit Rat und Tat zur Seite stand, und als einen Fachmann, der wesentliche Impulse zur Weiterentwicklung der Arbeitsmedizin geliefert hat. „Die hessischen Arbeitsschützer sind stolz, einen Professor Woitowitz zu haben, und die Bundesregierung kann dankbar sein, über einen so kompetenten Berater zu verfügen“, sagte Gerd Krämer, damals Staatssekretär im hessischen Sozialministerium, im Jahr 2004 in einer Laudatio.

Tatsächlich war der Sachverstand von Woitowitz an vielen Stellen gefragt. 1983 wurde er nach zehnjähriger Mitgliedschaft Leiter der Arbeitsgruppe „Festlegung von Grenzwerten für Stäube“ der Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe. Das Amt hatte er 20 Jahre lang inne und trug in dieser Funktion nicht unwesentlich zum definitiven Asbestverbot in Deutschland 1993 bei. Er engagierte sich in zahlreichen weiteren Expertengruppen und fungierte auf Landes- und Bundesebene als kompetenter Politikberater. Unter anderem war er langjähriger Vorsitzender der Sektion „Berufskrankheiten“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Krebsgefährdung am Arbeitsplatz“ des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung beim Bundesministerium für Gesundheit, wissenschaftliches Vollmitglied des Ausschusses für Gefahrstoffe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung sowie Vorsitzender des Sachverständigenkreises „Prävention im Arbeits- und betrieblichen Gesundheitsschutz“ beim Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. Zudem war er Vorsitzender des interministeriellen Beirats der Zentralen Betreuungsstelle Wismut beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Großes Ansehen genoss er nicht nur in der Politik, sondern auch unter Wissenschaftlern. Von 1991 bis 2000 war er Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Bereits 1987 wurde er Fellow des Collegium Ramazzini, New York/Bologna. Ferner engagierte er sich als Mitglied des Vorstands des Ramazzini Institute for Occupational and Environmental Health Re-

search in Solomons, Washington, USA. Woitowitz ist Autor von mehr als 500 wissenschaftlichen Publikationen.

Ein wichtiges Anliegen war ihm stets die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Dank seiner Bemühungen, junge Kollegen für sein Fach zu begeistern, wurde 1978 die Hessische, später Hessisch-Thüringische Akademie für Betriebsmedizin, Arbeitsmedizin und Sozialmedizin in Bad Nauheim, gegründet. Viele Jahre war er Vorsitzender der Akademie, die später in die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen integriert wurde. In dieser wiederum engagierte er sich als Vorsitzender des Sektionsvorstandes Arbeitsmedizin. Auch in der ärztlichen Selbstverwaltung war Woitowitz aktiv: Als Gutachter und Prüfer wirkte er in den Weiterbildungsgremien der Landesärztekammer Hessen. Auf Bundesebene war er Mitglied der Ständigen Konferenz Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer.

Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt er zahlreiche Auszeichnungen. Das sind neben der zweimaligen Verleihung des E. W. Baader-Preises das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber, die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer und der Ramazzini Award des Collegium Ramazzini New York/Bologna.

Auch mit 77 Jahren bleibt Woitowitz den von ihm angestoßenen Themen und Ideen verbunden. Ungebrochen ist sein Engagement für die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Er geht weiterhin Vortragstätigkeiten nach. Auch trägt er dazu bei, dass Patienten, die berufsbedingt an oftmals todbringenden Erkrankungen leiden, ebenso wie ihre Hinterbliebenen, nicht ihre Rechte verlieren. Er ist als Sachverständiger für nahezu sämtliche Landessozialgerichte der Bundesrepublik tätig. Darüber hinaus unterstützt er die Verbände der Asbestopfer bei ihrem Eintreten für eine sachgerechte Anerkennung der Berufserkrankungen. Nicht zuletzt darin zeigt sich, wie wichtig ihm die moralische Verantwortung seines Faches ist: nach besten Kräften forschen, kompromisslos mahnen und die Patienten unterstützen. Er bekennt sich zu den Worten E. W. Baaders: „Es liegt eine tiefe Tragik darin, wenn der Mensch an der Stelle seiner Arbeit, wo er Brot und Lebenserwerb für sich und die Seinen erhofft, Siechtum und tödliche Krankheit findet". Seit 54 Jahren ist er mit der Ärztin Dr. med. Rotraud Helga Woitowitz verheiratet. Er hat zwei Töchter und drei Enkelkinder.

116. Deutscher Ärztetag in Hannover, 28. Mai 2013, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Hamburg: Meine Damen und Herren! Es ist guter Brauch, dass für die Laureaten ein kurzes Dankeswort gesprochen wird. Die Laureaten haben sich darauf geeinigt, dass dies Siegfried Borelli übernehmen wird. Ich überlasse Dir, lieber Siegfried, die Rostra für die Dankesworte.

Prof. Dr. Dr. Siegfried Borelli: Meine Damen und Herren! Wir vier Geehrten entbieten all denen, die Frau Präsidentin Wenker vorhin in so liebenswürdiger Weise genannt

hat, unseren herzlichen und ehrerbietigen Gruß. Wir vier, die wir hier heute stehen, danken sehr herzlich dafür, dass wir mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet wurden. Wir wissen natürlich sehr genau, dass wir hier ausschließlich pars pro toto stehen für die vielen, vielen Ärztinnen und Ärzte, die außer uns und ungeehrt ihr Leben lang diesen intensiven Dienst am Kranken vollbringen und mitunter wenig Dank dafür erhalten.

Was bewegt uns heute, wenn wir hier stehen? Wir stehen natürlich nicht am Anfang unserer ärztlichen Tätigkeit. Bei mir war dies der 1. Juli 1948. Wir stehen am Ende, blicken zurück und fragen uns natürlich, wenn wir den Arztberuf, den Arztstand, die Ärzteschaft ansehen: Sind wir zufrieden?

Meine Damen und Herren, wir sind in jeder Hinsicht wirklich glücklich und zufrieden über die gewaltigen Fortschritte, die die Ärzte, die ärztliche Kunst, die Wissenschaft, die Pharmaindustrie, die Medizintechnik in diesen Jahrzehnten unserer Tätigkeit bewirkt haben und die uns geholfen haben, vielen, vielen kranken Menschen zu einem längeren Leben und zu einer höheren Lebensqualität zu verhelfen.

Was aber bewegt uns darüber hinaus? Meine Damen und Herren, man muss sagen, dass sich vieles geändert hat und dass man Sorge haben muss um den Arztberuf als freien Beruf und als frei entscheidenden Beruf.

(Beifall)

An sich sollte der Arzt allein nach seiner eigenen Verpflichtung handeln, nach seinem Wissen, nach dem wissenschaftlichen Stand, nach ärztlicher Ethik und in eigener Verantwortlichkeit, denn er trägt allein die Verantwortung für alles, was am Patienten geschieht, niemand sonst außer ihm.

(Beifall)

Wir wissen natürlich um die Problematik, die der Arzt dem Nichtarzt bietet. Bekanntlich hat ein Arzt drei Angesichter. Ich zitiere:

> *Ein Arzt drei Angesichter hat: dem Engel gleich gibt er dem Kranken Rat; und hilft er ihm aus seiner Not, dann gleicht er schon dem lieben Gott. Doch wie er nur um Lohn anspricht, hat er ein teuflisch Angesicht.*

Aus dieser Dreifältigkeit des Arztes erwächst seitens der Kranken die Erwartung – heute eine Forderung – auf eine gute Konsultation, auf erfolgreiche Hilfe und auf Heilung, aber hinsichtlich des Lohnes, angesichts des richtigen Sozialziels der Politik, allen alles Gesundheitsfördernde zu gewähren, möglichst preiswert – heute wirtschaftlich genannt – zu vergüten.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, der Arzt bzw. die Ärztin wird zunehmend der Gefahr einer Einengung ausgesetzt. Der selbstständige freie Beruf unterliegt einer zunehmenden Tendenz, die Ärzte zu bevormunden, abhängig zu machen. Ich zähle auf: Allein der Versuch der uns eigentlich freundschaftlich nahestehenden gesetzlichen Krankenversicherungen, den Vertragsarzt zu einem Auftragnehmer oder Beauftragten der gesetzlichen Krankenversicherungen erklären zu wollen, ist schon pathognomisch!

(Beifall)

Eine Einengung folgt aus der erweiterten Dokumentationspflicht, die den Arzt veranlasst, ständig auf den Bildschirm zu schauen statt auf den Kranken und laufend in den PC einzutippen, was den Kranken enttäuscht und viel weniger der Führung der Krankengeschichte dient als vielmehr der Abwehr von Haftpflichtansprüchen, dem Nachweis einer alle Schadensmöglichkeiten umfassenden Aufklärung, die den Arzt selbst unendlich viel Zeit gekostet hat, in der er den Patienten hätte behandeln können, der Verteidigung gegenüber Kommissionen von Ärzten der Medizinischen Dienste der Krankenkassen zur DRG-Kontrolle oder der Abwehr von Regressen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die mir an sich sehr nahestehen.

(Beifall)

Die Bevormundung des zur Rezeptur berechtigten approbierten Arztes durch „aut idem“, das oft eher ein „aut simile“ ist, gehört auch dazu. Dabei haben die Verträge der gesetzlichen Krankenkassen je nach geografischen Bereichen ganz unterschiedliche Folgen für die Kranken, die in diesem oder jenem Bereich versichert sind.

Das Verhalten der Medien bei einem Kunstfehlerverdacht mit dem ständig wiederholten und nicht einen bestimmten Arzt, sondern die gesamte Ärzteschaft attackierenden Schlagwort „Ärztepfusch“ gehört auch dazu.

(Beifall)

Ein gut gemeintes Patientenschutzrecht, das bei der Bevölkerung die Sorge fördert, der Kranke müsse vor dem Arzt geschützt werden, hätte vielleicht besser ausgesehen als Patienten- und Ärzteschutzgesetz.

(Beifall)

Die Leitlinien mit der Zusammenstellung des neuesten Standes der Wissenschaft sind auch ein Problem. Sie sind notwendig, aber sie werden von Juristen mitunter aufgefasst als Rechtsgrundlagen und von manchen ärztlichen Gutachtern als Evangelien oder Heilige Sakramente, obgleich der einzelne Arzt vielleicht bewusst eine individuelle Entscheidung getroffen hat. Das darf nicht vergessen werden.

(Beifall)

Es gibt eine Medienkritik an selten genug vorgenommenen Erhöhungen der Gesamtvergütung der Vertragsärzte oder noch viel seltener der GOÄ, von der man mitunter den Eindruck hat, sie sei eine mathematische Funktion der Beihilfeordnung.

Eine finanzielle, also wirtschaftliche Einengung der Ärzte attackiert natürlich den „freien Beruf Arzt“ auch. Wir wissen, dass es immer Grenzen gibt, aber mitunter hat man auch den Eindruck, dass es sehr, sehr zögerlich geht und dass man es anders machen könnte und müsste. Andere „freie Berufe“, die nicht an die Wirtschaftlichkeit gebunden sind, haben völlig andere Gebührenordnungen. Auch das muss man sich einmal vor Augen halten.

(Beifall)

Dann gibt es den Vorwurf gegenüber dem an sich doch ganz freien Beruf des Arztes hinsichtlich schädlicher Kontakte zur Pharmaindustrie und zur Medizintechnik mit dem Schlagwort „Ärztekorruption“. Meine Damen und Herren, wie kann man einen freien Beruf immerfort unter einen solchen Generalverdacht stellen! Natürlich gibt es etwas, was schon zu beanstanden ist, aber doch nicht so, dass in der ganzen Bun-

desrepublik ein Rauschen entsteht und man angesichts der Wahlen immerfort neue Gesetze plant.

(Beifall)

Wir beobachten in den langen Jahren unseres ärztlichen Wirkens eine ständig zunehmende Einengung des freien Berufs Arzt und eine ständige Kritik. Der Präsident der Bundesrepublik Deutschland, Herr Joachim Gauck, hat kürzlich – zufällig gerade im Rahmen einer Visite in der niedersächsischen Staatskanzlei – mehr Respekt für Politiker gefordert. Wir nehmen diese wirklich wichtige Aufforderung zu Respekt auf. Respekt ist in unserem Staat ein fast vergessenes Wort und ein fast völlig vergessenes Verhalten.

(Beifall)

Wir vier greifen dieses Wort auf zugunsten des freien Sozialberufs Arzt. Wir fordern unsere Gesellschaft auf und bitten darum, die Medien, die Parteien und die Politik, auch die jeweiligen Vertragspartner der Ärzteschaft wie die gesetzlichen Krankenkassen und die Privatversicherer, die unsere Freunde sind – so habe ich es aus meiner Tätigkeit in der Standespolitik in Erinnerung −, gegenüber dem in seinem wirklich sozialen Beruf hart arbeitenden und gar nicht selten durch schwere Schicksale seiner Kranken psychisch selbst schwer leidenden Arzt, in seinem verantwortungsvollen und psychisch den einzelnen Arzt oft belastenden Einsatz wieder Respekt entgegenzubringen und den Arztberuf als freien sozialen Beruf respektvoll anzuerkennen. Das wäre unser Wunsch: wieder Respekt für den Einsatz am Kranken, wieder Respekt für Ärzte!

(Beifall)

Wir danken Ihnen für die Anerkennung unserer Leistungen und vor allen Dingen fürs Zuhören.

(Beifall)

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Hamburg: Lieber Siegfried, du hast es mir hinsichtlich meiner Rede nachher sehr erleichtert; ich kann fast die Hälfte davon streichen. Aber es bleibt noch etwas übrig, meine Damen und Herren. Da bin ich sicher.

Nach dem musikalischen Intermezzo, das nun folgt, hat der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, das Wort.

(Musikalisches Intermezzo: Girolamo Frescobaldi:
Canzon Vigesimanona)

Daniel Bahr, MdB, Bundesminister für Gesundheit: Sehr geehrter Herr Präsident Dr. Montgomery! Sehr geehrte Frau Präsidentin Dr. Wenker! Sehr geehrte Frau Ministerkollegin! Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vor einer Woche, am Dienstag, war ich in Genf bei der Weltgesundheitskonferenz von 194 Nationen, überwiegend vertreten durch Gesundheitsminister. Wenn ich mir die Diskussion bei der Weltgesundheitskonferenz der WHO in Genf in Erinne-

rung rufe und mir dabei die eine oder andere Debatte und das eine oder andere Gespräch mit den Gesundheitsministerkollegen aus dem einen oder anderen Land vergegenwärtige, kann ich mit einiger Gelassenheit auf die eine oder andere Diskussion in Deutschland schauen. Wenn ich dort mit Gesundheitsministerkollegen spreche – ich meine nicht diejenigen aus den Entwicklungsländern, die erst recht, sondern auch Gesundheitsministerkollegen aus entwickelten Ländern oder aus den Ländern, die gerade aufstreben, aus Europa −, dann stelle ich fest, dass sie auf unser Gesundheitswesen in Deutschland schauen. Welches Land schafft es schon, eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, und zwar in einem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung – bei denjenigen, die privat versichert sind, eher noch mehr −, wo teilweise sogar Zahnersatz versichert ist, während in vielen Nachbarländern – in der Schweiz, in den Niederlanden, in skandinavischen Ländern – noch nicht einmal die Zahnbehandlung versichert ist, sondern aus dem eigenen Portemonnaie bezahlt werden muss? Bei uns ist sogar Akupunktur für einige wenige Indikationen eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wo schafft man es, dass quasi alle versichert sind, dass kein Unterschied beim Einkommen gemacht wird, kein Unterschied bei Vorerkrankungen gemacht wird, kein Unterschied beim Alter gemacht wird, kein Unterschied beim Geschlecht gemacht wird, sondern jeder die akut notwendige Behandlung erhält, die er braucht? Darum beneiden uns andere Länder. Wir in Deutschland sollten stolz auf das sein, was in den letzten Jahrzehnten in Deutschland für die Versorgung der Menschen, für die Versorgung der Patienten erreicht worden ist.

(Beifall)

Das ist durch den vielfältigen Einsatz derjenigen erreicht worden, die tagtäglich im Gesundheitswesen arbeiten: Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Hebammen, Apothekerinnen und Apotheker, auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krankenversicherung und in der Verwaltung der Selbstverwaltung. Sie alle leisten tagtäglich ihren Beitrag, damit sich in Deutschland die Menschen darauf verlassen können, dass sie dann, wenn sie eine schwere Krankheit ereilt, die notwendige Versorgung bekommen, die sie zur Heilung brauchen.

Alles kann immer noch besser werden. Auch auf diesem Ärztetag wollen wir natürlich darüber diskutieren, was in Deutschland noch besser werden kann. Trotzdem besteht die Herausforderung, wie wir dieses Niveau in Deutschland erhalten wollen. Wir haben zwei besonders große Herausforderungen für das Gesundheitswesen in Deutschland. Die erste große Herausforderung ist die Demografie, die alternde Bevölkerung. Das ist eigentlich eine erfreuliche Folge des medizinisch-technischen Fortschritts, eine erfreuliche Folge des unglaublich großen Engagements all derjenigen, die sich im Gesundheitswesen besonders engagiert haben. Die Deutschen werden immer älter.

Aber nicht nur die Lebenserwartung steigt, sondern auch der Wunsch und der Anspruch hinsichtlich der Notwendigkeit bei der Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung. Es ist nun einmal so, dass Leistungen aus dem Gesundheitswesen zu Beginn des Lebens – das ist aber in den ersten Jahren vernachlässigbar −, aber vor allen Dingen in höherem Alter nachgefragt werden. Es ist nicht so – zumindest trifft das nur auf einige wenige Krankheiten zu −, dass diese Krankheiten durch steigende Lebenserwartung sich nach hinten verschieben lassen. Dann könnte man ja sagen:

Es ist nicht so gewaltig, denn wenn die Menschen immer älter werden, erfolgen die Behandlungen eben immer später. Nein, wir wissen, dass sich viele Krankheitsbilder nicht einfach nach hinten verlagern lassen. Die Wahrscheinlichkeit, als 80-Jähriger dement zu sein, liegt bei etwa einem Drittel. Nach allen bisherigen Erkenntnissen haben wir nicht mit einem Durchbruch in der Forschung zu rechnen. In den nächsten 10 oder 20 Jahren müssen wir damit rechnen, dass wir, je mehr 80-Jährige wir haben, umso mehr demente Menschen haben werden. Umso wichtiger wird die Versorgung, gerade bei einer alternden Bevölkerung.

Auch etwas Positives: In welcher anderen Branche als der Gesundheitswirtschaft können wir uns in Deutschland eigentlich so sicher sein, dass die Arbeitsplätze nicht gefährdet sind, dass die Arbeitsplätze nicht einfach nach China, Osteuropa oder Indien zu verlagern sind wie in der Automobilindustrie, im Maschinenbau oder anderen Branchen, wo wir uns durchaus in Konkurrenz zu anderen Ländern befinden? Nein, bei der Gesundheitswirtschaft wissen wir: Die Arbeitsplätze in Deutschland werden nötig sein, sie werden sicher sein, weil die Nachfrage eher steigen wird.

Die demografische Entwicklung steht nicht allein, sondern sie ist im Zusammenhang zu sehen mit dem medizinischen und dem medizinisch-technischen Fortschritt, weil wir wollen, dass Innovationen, die Verbesserungen bringen, allen unabhängig vom Einkommen, unabhängig vom Alter, unabhängig vom sozialen Stand zur Verfügung stehen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat auch seinen Preis. In Verbindung mit der demografischen Entwicklung wird er die Kosten treiben.

Das ist der eine große Megatrend der Herausforderungen, vor denen wir im Gesundheitswesen stehen.

Die zweite große Herausforderung ist der Fachkräftebedarf. Das Gesundheitswesen steht im Wettbewerb mit anderen Branchen. Die alternde Bevölkerung und die geringere Anzahl von Jungen, die nachkommen, führen dazu, dass der Wettbewerb zwischen den Branchen, für die junge Generation attraktiv zu sein, immer schärfer wird.

Der Bürgermeister sagte eben, dass der größte Arbeitgeber in Hannover ein Industrieunternehmen ist. Deutschlandweit ist der größte Arbeitgeber die Gesundheitswirtschaft mit 4,7 Millionen Beschäftigten. Das wird angesichts der Tatsache, dass man bei jeder Konjunkturkrise sofort auf die Automobilindustrie schaut, gern vernachlässigt. Der Beschäftigungsmotor in Deutschland, der dazu beiträgt, dass viele Millionen Menschen in Deutschland einen Arbeitsplatz haben, ist die Gesundheitswirtschaft. Diese Bedeutung der Gesundheitswirtschaft sollte bitte schön in der gesamten Politik wahrgenommen und ernster genommen werden.

(Beifall)

Der Fachkräftebedarf wird eine besondere Herausforderung sein, für den Nachwuchs attraktiv genug zu sein und für ausreichend viele Fachkräfte zu sorgen.

In dieser Legislaturperiode haben wir einiges erreicht, um Antworten auf diese Herausforderungen zu geben.

Ich habe den bisherigen Ausführungen hier entnommen, dass das, was ich – aber nicht ich allein – in den letzten Jahren immer wieder zum Thema gemacht habe, nämlich die demografische Entwicklung, aber auch der Wandel des Berufsbildes in der Medizin, offenbar bei immer mehr Menschen zum Thema wird. Wir sind in der

Analyse ein deutliches Stück weitergekommen. Weitergekommen sind wir aber auch mit den Antworten. Mit dem GKV-Änderungsgesetz haben wir kurzfristig die Arzneiausgaben deutlich senken können. Damit haben wir mit dazu beigetragen, dass endlich wieder mehr Geld für die ambulante Behandlung der Patientinnen und Patienten ausgegeben wird als für die Arzneimittel. Das war, seit Horst Seehofer Gesundheitsminister war, andersherum.

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz hat dafür gesorgt, dass die Interessen der Patienten und der Beitragszahler in Einklang gebracht werden. Wir haben eine neue Preisfindung etabliert. Wir haben mit dazu beigetragen, dass nicht mehr der Arzt in erster Linie für hohe Preise neuer Arzneimittel verantwortlich gemacht wird. Auch das ist ein Paradigmenwechsel, den wir zugunsten der Beitragszahler, aber auch zugunsten der Patienten geschafft haben. Sie können sich weiterhin darauf verlassen, dass ein neues Arzneimittel weiterhin in der Versorgung sofort zur Verfügung steht. Wir schauen genauer hin, ob es sich wirklich um eine Innovation handelt, die einen Zusatznutzen bringt.

Das Finanzierungsgesetz hat uns von den größten Defiziten in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung zu den größten Überschüssen in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung gebracht. Ich kann Ihnen aus eigener Erfahrung sagen: Beides ist nicht leicht. Bei beidem muss man sich hart mit dem Finanzminister auseinandersetzen. Ich darf Ihnen ganz groß versichern: Die Situation, Überschüsse vor dem Zugriff des Finanzministers zu verteidigen, ist die eindeutig schönere. Ich möchte sie noch einige Jahre behalten.

(Beifall)

Wir haben die Finanzierung des Gesundheitswesens stabilisiert. Sie ist künftig unabhängig von der Arbeitsmarktlage. Nicht mehr automatisch führen steigende Gesundheitsausgaben zu steigenden Beitragssätzen und damit zu einem Anstieg der Lohnzusatzkosten. So wird der Keil zwischen dem, was der Arbeitnehmer netto erhält, und dem, was der Arbeitgeber brutto bezahlt, nicht automatisch größer, sodass als Folge Arbeitsplätze abgebaut werden und die Arbeitslosigkeit steigt, was dann wiederum zu Defiziten in der Krankenversicherung führt.

Die Entscheidung, den Beitragssatz im Gesetz festzuschreiben und die künftigen Kostensteigerungen über einkommensunabhängige, aber aus Steuertransfermitteln sozial bezahlte, sozial ausgeglichene Prämien oder Zusatzbeiträge zu finanzieren, ist im Hinblick auf das, was vor uns liegt, eine wichtige Weichenstellung. Sie macht die Finanzierung des Gesundheitswesens unabhängiger von der Arbeitsmarktlage. Schließlich hat die Finanzierung des Gesundheitswesens auch wenig mit der konjunkturabhängigen Arbeitsmarktlage zu tun.

Mit dem Infektionsschutzgesetz haben wir mehr Anstrengungen unternommen, die Hygiene in den Krankenhäusern und in Deutschland insgesamt zu verbessern. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir endlich ein Gesetz auf den Weg gebracht, das die Strukturen anpasst und bei Reformen nicht immer nur in Richtung Kostendämpfungsmaßnahmen denkt, sondern strukturell den Paradigmenwechsel schafft.

Ich bin Ihnen, Frau Dr. Wenker, sehr dankbar für Ihre Ausführungen. Der drohende Fachkräftemangel, der drohende Ärztemangel ist ein Thema, das wir erst in dieser Legislaturperiode politisch angegangen sind. In den vergangenen Legislaturperioden

wurde das vonseiten der Bundesregierung geleugnet, obwohl wir wissen: Nicht in Hannover, nicht in Münster, aber im Münsterland, an der niederländischen Grenze, in der Uckermark, in Vorpommern, an der Schlei oder auch in der Oberpfalz ist es schwieriger geworden, Nachfolger für Haus- und Facharztpraxen zu finden. Es ist schwieriger geworden, offene Stellen in Krankenhäusern zu besetzen. Deshalb war es so nötig, mit dem Versorgungsstrukturgesetz endlich Maßnahmen zu ergreifen.

Es wird gemeinhin als Landärztegesetz bezeichnet. Es bietet aber viel, viel mehr. Die Vergütungen werden wieder in den Regionen festgelegt. Die Residenzpflicht ist abgeschafft worden. Wir haben eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf im niedergelassenen Bereich geschaffen. Wir haben Bürokratie abgebaut. Die Kassen werfen mir ja vor, dass wir de facto die Regresse abgeschafft haben. Das war aber nötig, weil wir die Rahmenbedingungen für diejenigen verbessern wollten, die sich entscheiden, gerade in der Fläche als niedergelassener Arzt tätig zu werden. Sie dürfen keine Reglementierung und eine leistungsfeindliche Vergütung erleben, sondern sie müssen gute Rahmenbedingungen vorfinden, damit sie nicht zwangsweise dorthin gehen, sondern aus innerer Überzeugung, weil die Rahmenbedingungen dort besser sind. Dafür hat das Versorgungsstrukturgesetz gesorgt, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat die medizinische Versorgung in Heimen verbessert, damit nicht vom Pflegeheim als Erstes der Krankenwagen gerufen wird, sondern der Haus- und Facharzt auch noch den Besuch im Heim organisiert. Endlich wird bei der Pflegebedürftigkeit die Demenz berücksichtigt. Das ist viele Jahre lang liegen geblieben.

Das Transplantationsgesetz hat dafür gesorgt, dass in den Krankenhäusern Transplantationsbeauftragte eingesetzt werden. Wir haben parteiübergreifend eine Entscheidungslösung vorangebracht – das war ja auch ein Thema des Ärztetages −, um Menschen immer wieder anzusprechen und aufzufordern, sich beim Thema Organspende zu entscheiden.

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz hat eine 30-jährige Diskussion über die klinische Krebsregistrierung mit einer positiven Entscheidung beendet. Endlich werden alle Behandlungsdaten in Deutschland gesammelt, um dem Krebs, der zweithäufigsten Todesursache in Deutschland, den Kampf anzusagen. Es ist ein gutes Gesetz, das die Krebsbehandlung in Deutschland und die Versorgung dieser Patienten deutlich verbessern wird. Auch das hat internationale Anerkennung gefunden. Viele Länder fragen uns: Wie habt ihr das geschafft? Wie können wir das nachahmen? Wir können stolz auf das sein, was wir mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz vorangebracht haben.

Wir haben mit der Approbationsordnung die Ausbildung modernisiert. Auch das bewirkt Veränderungen des Berufsbildes. Wir haben das Hammerexamen abgeschafft.

Wir haben mit dem Notfallsanitätergesetz eine Aufwertung des Berufs des Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter bewirkt und die Zusammenarbeit zwischen Notfallsanitäter und Notarzt besser strukturiert. Diese Zusammenarbeit kommt den Patienten gerade zu Beginn des Notfalls besonders zugute.

Wir haben mit dem Patientenrechtegesetz genau das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestärkt.

(Widerspruch)

− Nennen Sie mir einen Punkt im Patientenrechtegesetz, der das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient stört. Wir haben gegen den Widerstand vieler in der Öffentlichkeit dafür gesorgt, dass die Beweislastumkehr nicht kommt, sondern dass das, was heute Richterrecht ist, im Gesetz manifestiert wird: Bei groben Behandlungsfehlern, wenn ein Arzt gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen hat, muss er beweisen, dass er alles richtig gemacht hat. Ich will amerikanische Verhältnisse verhindern, nämlich dass der Arzt als Erstes an seine Haftpflichtversicherung denkt, dass er als Erstes daran denkt, welche Risiken er eingeht.

Wir brauchen keine Risikovermeidungskultur, sondern wir brauchen eine Fehlervermeidungskultur in Deutschland. Genau dieser Fehlervermeidungskultur dient das Patientenrechtegesetz. Wir wollen, dass sich Arzt und Patient möglichst auf Augenhöhe gegenübertreten. Wir wollen, dass der Patient seine Rechte dem Arzt gegenüber kennt. Er soll sie auch in Anspruch nehmen können. Wir wollen nicht, dass der Patient schutzlos ist. Aber wir wissen auch, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein besonderes Vertrauensverhältnis ist. Wir stärken es mit dem Patientenrechtegesetz. Wir stellen keine Ärzte unter Generalverdacht. Die Bundesregierung stellt keine Ärzte unter den Verdacht, dass sie nur Pfusch am Patienten produzieren. Aber wir brauchten auch ein Patientenrechtegesetz, das endlich die Rechte und Pflichten von Ärzten und Patienten im Verhältnis zueinander kodifiziert. Ich glaube, es ist ein gutes Gesetz, das uns voranbringt.

(Vereinzelt Beifall)

Nicht zuletzt haben wir Bürokratie abgebaut. Wir haben die Praxisgebühr abgeschafft, weil sie ihre eigentliche Lenkungswirkung nicht erzielt und letztlich nur zu einer bürokratischen Belastung geführt hat.

(Beifall)

Wenn ich auf das zurückblicke, was an Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode in diesem Ministerium geschaffen worden ist, war ich schon ein bisschen überrascht – Herr Borelli, Stichwort Bürokratie – und auch ein bisschen froh, dass sich, als vor zwei Wochen der Bürokratieentlastungsbericht – ich glaube, so heißt er − im Kabinett beraten und bei jedem Ressort geschaut wurde, wer hat einen Beitrag zur Bürokratieentlastung geleistet, herausstellte, dass der größte Beitrag zur Bürokratieentlastung für die Wirtschaft in Deutschland – dazu zählen die freien Berufe, die Krankenhäuser, die Pflegeheime usw. – in den letzten Jahren das Gesundheitswesen erbracht hat, im Bereich des Bundesgesundheitsministeriums. Das mag einen manchmal verwundern, wenn man täglich damit zu tun hat. Aber es zeigt, dass die Richtung die richtige ist. Wir haben in dieser Legislaturperiode die Bürokratie nicht ausgeweitet, sondern wir haben mit vielen Maßnahmen – ich denke an die Streichung der Pflicht hinsichtlich der ambulanten Kodierrichtlinien, ich denke an die Regressängste, die wir abgebaut, die wir de facto gestrichen haben, ich denke an die Abschaffung der Praxisgebühr und viele andere Dokumentationspflichten, die wir im Gesetz abgeschafft haben – einen wichtigen Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet.

Ich sage Ihnen auch ganz klar: Es ist nur ein Schritt in die richtige Richtung. Es stellt aber eine Veränderung gegenüber den vergangenen Legislaturperioden dar. In den vergangenen Legislaturperioden zeigten die Bürokratieberichte, dass es mehr Bürokratie für die Wirtschaft und auch das Gesundheitswesen gab. Wir haben es in dieser Legislaturperiode geschafft, weniger Bürokratie zu erreichen. Wir haben die Bürokratie abgebaut.

Sie können sagen, das reicht Ihnen noch nicht, aber Sie müssen anerkennen: Es geht in die richtige Richtung, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Wenn wir wissen, was die Bürgerinnen und Bürger vom Gesundheitswesen erwarten, wollen wir uns kurz vergegenwärtigen, wie es heute ist und wie es künftig sein wird. Die Menschen erwarten klar bezahlbare Beiträge in der gesetzlichen wie in der privaten Krankenversicherung. Sie erwarten auch einen Schutz vor Überforderung. Die Menschen erwarten mit Recht, dass die Qualität der medizinischen Versorgung stimmt. Sie wünschen sich, dass Innovationen schnell allen Patienten zur Verfügung stehen, unabhängig davon, ob diese privat oder gesetzlich versichert sind. Gerade Menschen, die unter seltenen oder chronischen Erkrankungen leiden, hoffen ja auf eine Verbesserung der Lebensqualität.

Die Menschen wollen den Arzt, die Ärztin und die Apotheke in ihrer Nähe. Sie wünschen sich einen Wettbewerb um die besten Leistungen. Sie wollen wählen und selbst entscheiden können, sie wollen den Arzt frei wählen. Sie erwarten von Ihnen als ihrem Arzt und ihrer Ärztin Verantwortung, die sich in Ihrer Unbestechlichkeit und dem Anspruch widerspiegelt, das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Die Menschen als Patientinnen und Patienten wollen Mitsprachemöglichkeiten und keine Bevormundung. Sie wollen ernst genommen werden, wenn sie sich mit ihren Sorgen und Nöten an ihren Arzt oder ihre Ärztin wenden. Kurz gesagt: Sie erwarten von Ihnen eine Behandlung auf Augenhöhe.

All das wird in Deutschland bei aller Kritik an der einen oder anderen Stelle meines Erachtens sehr, sehr gut gewährleistet durch das tagtägliche Engagement der vielen Gesundheitsberufe und auch durch Strukturen und Gesetze, die andere Länder so nicht kennen.

Ich begrüße es deshalb, dass sich die deutsche Ärzteschaft auf diesem Ärztetag der künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens widmet. Genau das ist die Herausforderung: Wie schaffen wir es vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die eher kostensteigernd wirkt, und vor dem Hintergrund des künftigen Fachkräftewettbewerbs, dieses Niveau zu erhalten? Ich begrüße es, dass sich die deutsche Ärzteschaft anders als in vergangenen Jahren auch in die Diskussion über die zukünftige Finanzierung einbringt. Ich glaube, dass wir in dieser Legislaturperiode schon einige Weichenstellungen geschaffen haben, die diese Finanzierungsdiskussion prägen und dazu beitragen, dass das Gesundheitswesen in seiner Finanzierung stabil ist und dass dieses Niveau auch in den kommenden Jahren gehalten werden kann.

Wir befinden uns in diesem Jahr wieder in politischen Auseinandersetzungen über die Finanzierungskonzepte und die Grundausrichtung in der Gesundheitspolitik. Dabei stellt sich immer die Frage, ob ein Vorschlag für eine Lösung wirklich eine Lösung

bringt. Die Richtungsfrage in diesem Jahr lautet: Welche Finanzierung bietet die besseren Antworten auf beide Herausforderungen der demografischen Entwicklung und des Fachkräftebedarfs? Mich ärgert, dass diese Diskussion allzu häufig von Gesellschaftsbildern und Ideologie geprägt ist. Der Vorschlag kommt gerade von denjenigen, die *eine* Schule für alle, die *eine* Rente für alle und jetzt auch die *eine* Krankenkasse für alle fordern. Ich glaube nicht, dass das den Bedürfnissen und den Wünschen der Menschen gerecht wird. Menschen sind vielfältig. Menschen, gerade Patienten, haben höchst individuelle Bedürfnisse, individuelle Sorgen und Nöte. Deswegen kann es keine Einheitslösung für diese Probleme geben.

(Beifall)

Ich glaube nicht, dass das den Menschen und den Bedürfnissen gerecht würde. Ich glaube auch nicht, dass das dem Problem gerecht würde. Wie wäre es eigentlich – wir können ja in andere Länder schauen, die das haben −, wenn wir eine Kasse für alle hätten und man dann als Versicherter oder Patient unzufrieden ist?

Wir haben eine Bundesagentur für Arbeit. Nach einer großen Reform heißt sie jetzt so; früher hieß sie Bundesanstalt für Arbeit. Versuchen Sie einmal, dort einen Termin zu bekommen! Wenn Sie einen Termin bekommen haben – stellen wir uns das jetzt einmal auf die Gesundheit bezogen vor – und sich beschweren wollen und sagen, Sie wollten wechseln, weil Sie unzufrieden sind – wohin wollen Sie denn wechseln, wenn es nur noch eine Krankenkasse für alle gibt?

Da wird gemeint: Es können ja verschiedene sein. Aber ich möchte daran erinnern, wie durch die sogenannte Bürgerversicherung der Weg in eine staatlich-zentralistisch gelenkte Einheitskasse geebnet wird. Ich sage: Die Bürgerversicherung macht den Versicherten und Patienten zum Bittsteller einer Einheitskasse.

(Beifall)

Das ist nicht im Interesse der Wahlfreiheit, das ist nicht im Interesse der Patienten und der Versicherten, die selbst entscheiden wollen, wie sie versichert sein wollen. Ich habe Herrn Köhler heute noch nicht persönlich gesehen, aber bei der Begrüßung gehört, dass er anwesend ist. Ich kann mich an unsere KBV-Messe erinnern, auf der ich Gast sein und sie mit eröffnen durfte. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine Messe durchgeführt, um neue Versorgungsmodelle zu präsentieren. Wir gingen von Stand zu Stand; es wurden wirklich tolle und innovative Konzepte – einmal etwas anderes als immer nur der Kollektivvertrag – präsentiert. Es wurde gezeigt, wie es in den Regionen funktioniert.

Einen Stand habe ich gut in Erinnerung. Da war ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse. Diese gesetzliche Krankenkasse, eine große Kasse aus Hamburg, die Techniker Krankenkasse, hat dort ein Konzept angeboten, bei dem sie garantiert, dass ihre Versicherten innerhalb von fünf Tagen einen Facharzttermin bekommen und bei einem vereinbarten Facharzttermin maximal 30 Minuten warten. Ich habe gesagt: Das finde ich gut. Ich bekomme ja häufiger Briefe, dass es immer mal wieder schwierig ist, einen Facharzttermin zu bekommen.

Ich habe den Mitarbeiter der Techniker Krankenkasse gefragt: Warum machen Sie das? Der Mitarbeiter sagte mir: Das müssen wir seit einigen Jahren machen, weil wir Sorge haben, dass sonst viel mehr Versicherte in die private Krankenversicherung

wechseln. Deswegen sind wir unter Druck, unseren Service für die Versicherten zu verbessern.

Bei aller Diskussion darüber, was in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gut läuft, bei aller Diskussion darüber, was in der privaten Krankenversicherung auch nicht gut läuft und sich verändern muss, glaube ich, dass die Vielfalt des Versicherungssystems, der Wettbewerb der Systeme untereinander dazu beiträgt, dass für alle die Versorgung in Deutschland besser wird. Schauen Sie in Länder, die diesen Wettbewerb nicht haben. Der Leistungskatalog einer vergleichbaren gesetzlichen Krankenkasse ist dort viel geringer, denn in einer staatlich-zentralistischen Krankenversicherung fällt es der Politik viel leichter, die Leistung zu streichen, weil sie sich eben nicht im Wettbewerb befindet, dass sich die Versicherten entscheiden können, sich woanders zu versichern. Deswegen tut das duale Gesundheitssystem, das wir in Deutschland seit vielen Jahren haben, der Versorgung der Patienten so gut. Wir sollten es verändern, wir müssen es weiterentwickeln, aber wir sollten auch kurz innehalten und uns klarmachen, was wir mit diesem dualen System in Deutschland mittlerweile bei der Patientenversorgung im internationalen Vergleich Gutes erreicht haben.

Deshalb sollte man das nicht so leichtfertig einfach infrage stellen, weil man vielleicht ideologisch ein ganz anderes Ziel verfolgt, meine Damen und Herren.

(Lebhafter Beifall)

Es ist doch paradox: Ich lese heute im Ticker, man sollte die PKV nicht künstlich am Leben erhalten. Ich will nur einmal festhalten: Über Jahrzehnte musste im Schnitt jedes zweite Jahr ein GKV-Rettungsgesetz beschlossen werden, immer mit kurzfristigen Maßnahmen, weil die GKV nicht überlebensfähig war. Erst in dieser Legislaturperiode hat die jetzige Bundesregierung zwei Maßnahmen ergriffen, um den privat Krankenversicherten etwas Gutes zu tun. Zum einen sollen die Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben auch den privat Krankenversicherten zugutekommen. Zum anderen wurde den exorbitanten Provisionsabschlüssen endlich Einhalt geboten, weil es dort Auswüchse gab, die wir nicht akzeptieren konnten.

Ansonsten war die private Krankenversicherung über viele Jahrzehnte stabil. Sie wird natürlich auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Kostensteigerungen vor Herausforderungen stehen. Aber auch da werden wir politische Antworten finden. Wir werden das in der nächsten Legislaturperiode aufgreifen, um die private Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen. Sie aber ganz infrage zu stellen, das wird, glaube ich, dem Anspruch an die Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht gerecht.

Es ist doch aberwitzig, dass ich als Liberaler, als Blau-Gelber erwähnen muss, dass Rot-Grün mit der Agenda 2010 eine historische Entscheidung getroffen hat, weil man bei der Rente erkannt hat, dass die alternde Bevölkerung enorme Belastungen für die kommenden Generationen mit sich bringt und es deswegen sinnvoll ist, die Eigenvorsorge zu stärken, Gelder für steigende Kosten im Alter zur Seite zu legen, mit der Riester-Rente die Kapitaldeckung zu fördern, weil wir uns nicht allein auf die gesetzliche Rente als Umlagesystem verlassen können. Warum soll bitte schön in der Pflege und in der Krankenversicherung plötzlich falsch sein, was bei der Rente richtig erkannt wurde?

Nein, auch in der Krankenversicherung und auch in der Pflegeversicherung brauchen wir mehr Eigenvorsorge, zusätzlich zum Umlagesystem, um die Herausforderungen der demografischen Entwicklung zu bewältigen, weil das Umlagesystem vom Heute lebt und nicht an das Morgen denkt, weil das Umlagesystem der gesetzlichen Krankenversicherung ansonsten die Lasten immer weiter auf kommende Generationen schiebt. Das wollen wir den kommenden Generationen nicht zumuten, sondern wir wollen den fairen Interessenausgleich der Generationen untereinander. Deswegen ist der Ansatz der Altersrückstellungen bei der privaten Krankenversicherung ein Beitrag dazu, das Gesundheitssystem demografiefester zu machen. Das sollte man nicht einfach streichen. Sonst müssten wir es, wie bei der Rente gerade erlebt, mühsam wieder aufbauen. Das ist von daher aus meiner Sicht eine gute Antwort auf die demografische Entwicklung.

(Beifall)

Beide Systeme haben ihre Vor- und Nachteile. Wir sollten die Nachteile abbauen und die Vorteile weiterentwickeln. Beide Systeme können voneinander lernen und sich in diesem Lernprozess auch gemeinsam weiterentwickeln; nicht Revolution, sondern Evolution. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung sollten die Zusatzbeiträge weiter ausgebaut werden, damit ein Wettbewerb um Tarife, Wahltarife und Versorgung entsteht, damit die Versicherten in Euro und Cent sehen, was ihre Krankenversicherung kostet und was sie dafür leistet.

Summa summarum: Wir wollen ein Krankenversicherungssystem, das auf Vielfalt aufbaut, das den individuellen Bedürfnissen der Patienten und Versicherten gerecht wird, das nicht das Ziel verfolgt – das gibt es auch gar nicht −, eine Einheitsversorgung durch eine Einheitskasse für den Einheitspatienten zu schaffen.

Meine Damen und Herren, wir kennen in Deutschland keine Einheitskinder − deswegen wollen wir keine Einheitsschule −, wir kennen in Deutschland keine Einheitsleistung – deswegen sollte es keine Einheitsrente geben – und da wir auch keine Einheitspatienten kennen, sondern jeder Patient höchst unterschiedlich ist, darf es auch keine Einheitsversorgung durch eine Einheitskasse geben, sondern wir wollen ein Gesundheitssystem weiterentwickeln auf der Basis von Wahlfreiheit, Vielfalt und freier Entscheidung der Versicherten und Patienten.

(Beifall)

In Deutschland haben wir eine wohnortnahe Versorgung mit Haus- und Fachärzten. Ich bin es nicht, der das infrage stellt, sondern der das stärken will, weil ich glaube, dass wir die Fachärzte auch in der Niederlassung weiterhin brauchen. Wir brauchen eine bessere Kooperation und Zusammenarbeit zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor.

Ich bin enttäuscht, dass es bei der spezialfachärztlichen Versorgung nicht so weit gekommen ist, wie es der Gesetzgeber vorgesehen hat. Hier ist eine Chance bisher nicht ausreichend genutzt worden. Es ist dem Patienten nicht zu erklären, dass diese starre Sektorengrenze zwischen der Versorgung in der Klinik und der Versorgung im ambulanten Sektor bestehen bleiben soll. Das ist in Deutschland zwar historisch begründet, aber aufgrund der Anforderungen nicht mehr gerechtfertigt. Es werden weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um hier eine bessere Zusammenarbeit zu erreichen.

Das muss natürlich unter fairen Bedingungen geschehen, denn die Voraussetzungen sind unterschiedlich. Ich habe als Gesundheitsminister nicht die Krankenhäuser einseitig für den ambulanten Bereich geöffnet, sondern wir wollen einen Bereich schaffen, in dem unter fairen Bedingungen der Wettbewerb um die bessere Leistung nach den Wünschen der Patienten entschieden wird.

Ich glaube auch nicht an die These, dass sich nur der eine gegen den anderen durchsetzt, sondern ich glaube, die Zukunftsform wird die Kooperation zwischen niedergelassenen Fachärzten und Klinikärzten im Interesse der besseren Versorgung der Patienten sein.

Jeder bekommt in Deutschland das, was nötig ist, unabhängig von Vorerkrankung, Einkommen, Geschlecht und Alter. Das gibt es in anderen Ländern so nicht. Die hohen Güter der freien Wahl des Arztes, des Krankenhauses, der Krankenversicherung und der Therapie wollen wir erhalten. Wir sollten sie auch erhalten. Ich bin dagegen, dass wir solche hohen Güter in Deutschland ideologisch infrage stellen. Das ist es nämlich, was die Patienten in Deutschland nach allen Umfragen zu schätzen wissen. Deshalb wollen sie, wenn sie im Ausland einen Unfall hatten, so schnell wie möglich nach Deutschland zum Arzt ihres Vertrauens kommen.

Wir haben mit dem Versorgungsstrukturgesetz viele Antworten auf die Entwicklung gegeben. Ich habe vorhin einige Beispiele genannt. Ich finde es zum Schmunzeln – das Gesetz wird ja gern als Landärztegesetz bezeichnet −, dass jetzt – ich weiß nicht, ob das eine Folge des Gesetzes ist – die TV-Serie „Der Landarzt“ im Fernsehen abgesetzt wurde. Wir wissen, dass damit noch nicht alle Probleme gelöst worden sind. Aber es wurden erste Maßnahmen ergriffen. Das war eine idyllische Vorabendserie: der Landarzt an der Schlei, rund um die Uhr zur Verfügung, für alle sozialen Probleme der Bauersfamilie zuständig und auch noch dafür, wenn mit den Tieren etwas nicht in Ordnung ist. Das entspricht aber – man mag es bedauern – nicht mehr dem Wunsch, dem Anspruch und dem Ziel der kommenden Medizinergenerationen.

Ich habe vor zwei Jahren bei meinem ersten Ärztetag und auch bei allen anderen Veranstaltungen gesagt – Frau Dr. Wenker hat es eben auch angesprochen −, dass sich etwas tut. Ich habe letztes Mal etwas frech gesagt: Wenn ich hier in die Reihen schaue, sind Sie nicht repräsentativ für die kommende Medizin. Ich stelle fest: In diesem Raum hat sich in diesem Jahr noch nicht so viel geändert, was aber auch nicht schlimm ist, weil es ja der Ärztetag ist.

Aber in den Krankenhäusern tut sich etwas. Ich habe als Gesundheitsminister die Freude, jede Woche in irgendwelchen Einrichtungen an der Klinik oder in einer niedergelassenen Arztpraxis zu sein. Manchmal ziehe ich mir einen Arztkittel über und arbeite mit. Das ist ganz faszinierend: Da wird der Gesundheitsminister selten erkannt. Sobald ich einen Arztkittel anhabe, wird mir viel mehr zugetraut als vorher.

(Heiterkeit – Beifall)

Als ich einmal in der Nachtschicht im Rettungsdienst mit Notarzt mitgemacht habe, haben die Patienten und Angehörigen gar keinen Unterschied gemacht. Sie trauten mir alles zu. Aber ich durfte es ja nicht. Seinerzeit haben mir die Notärztin und die Rettungsassistentin gesagt, meine Aufgabe sei es, sich um die Angehörigen zu kümmern, nicht um den Verletzten. Dummerweise wurden die Angehörigen immer

schwieriger, denn sie drohten uns umzufallen. Offenbar hat man den Eindruck, dass sich der Politiker mit solchen Situationen besser auskennt.

Das hat mir Folgendes gezeigt. Ich sehe hier viele Standesvertreter. Es ist legitim, dass Sie Ihre Interessen als Standesvertretung in die politische Diskussion einbringen. Ich habe eben das Notfallsanitätergesetz genannt. Ich bin froh, dass wir die politischen Diskussionen zwischen den Berufsgruppen engagiert im politischen Raum führen. Ich bin aber auch froh, dass die Zusammenarbeit vor Ort zwischen den verschiedenen Berufsgruppen viel besser funktioniert als manche berufspolitische Diskussion, die ich erlebe.

(Beifall)

Ich glaube deswegen, dass wir gerade als Antwort auf die Versorgung in der Fläche diese Zusammenarbeit der verschiedenen Berufe in den kommenden Jahren verbessern müssen. Wir haben im Versorgungsstrukturgesetz die Delegation ärztlicher Tätigkeiten vorgesehen. Auch das kommt voran. Aber ich glaube, da könnten wir noch ein bisschen mehr Gas geben, ein bisschen mehr Tempo machen.

Natürlich wird die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe immer wichtiger, auch um anderen Gesundheitsberufen eine Perspektive zu geben. Wir können die Versorgung nicht nur mit 1,0-Abiturienten, die Medizin studieren, gewährleisten. Pardon, aber so ist die Realität. Ich war gestern wieder einmal an meiner Heimatuniversität Münster, an der Universitätsklinik. Die Hälfte der Medizinstudierenden haben ein 1,0-Abitur. – Herr Windhorst, Sie nicken. Ich habe eben den Landespolitikern zur Krankenhausfinanzierung sehr gern zugehört. Ich habe immer gedacht, da schließe sich noch ein Satz an. Ich werde nachher noch etwas zur Krankenhausplanung und zur Investitionskostenfinanzierung sagen.

Aber auch bei der Medizinerauswahl gibt es für mich als Bundesgesundheitsminister ein strukturelles Problem. Ich habe aber keine Möglichkeit, darauf Einfluss zu nehmen. Wenn wir in der Medizinerausbildung nur 1,0-Abiturienten haben – vielleicht bis 1,3; so ist es zumindest in Münster −, dann dürfen wir uns nicht wundern, wenn uns diejenigen in der einfachen Versorgung in der Fläche als Haus- oder Facharzt fehlen. Mir hat der Kollege mit der Fliege letztens vorgeworfen, ich würde damit Haus- und Fachärzte diskreditieren. So ein Unsinn! Ich glaube nur nicht, dass sich ein guter Arzt am Durchschnitt der Abiturnoten bemisst. Ein guter Arzt bemisst sich vielmehr an der Begeisterung, am Engagement, an der Erfahrung, an der sozialen Empathie. Das lässt sich nicht immer an Abiturnoten zur Schulzeit messen, meine Damen und Herren.

(Lebhafter Beifall)

Der Beruf wird sich ändern. Deswegen kündige ich hier an: Wir müssen eine Diskussion über das Thema der Delegation ärztlicher Tätigkeit anfangen. Ich weiß, wie schwierig das ist. Wir müssen auch eine Diskussion über die Substitution ärztlicher Tätigkeit beginnen. Ich habe den Anspruch, in der Politik nicht nur an den nächsten Wahltermin zu denken, sondern wir müssen jetzt Entscheidungen treffen, wie wir in 10 oder 20 Jahren vorgehen. Ich glaube, dass wir hier eine bessere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und auch eine Aufteilung bestimmter Tätigkeiten brauchen. Ich bin Generation X, wenn ich es vorhin richtig verstanden habe. Das war die einzige Generation, die über 20 Jahre geht. Die anderen waren Zehnjahresgenerationen. Unsere Generation scheint hinsichtlich der Veränderung etwas langwei-

liger gewesen zu sein. Wie haben Sie es beschrieben? Wir sind diejenigen, die noch für die Leistung arbeiten wollen; oder so ähnlich. Ich stelle in meiner Generation eines fest – das kann man beklagen; ich weiß, dass es in vielen Kliniken beklagt wird, aber ich glaube, es lohnt sich nicht, das zu beklagen, weil die Veränderungen da sind und wir Antworten geben müssen −: Diese Generation der kommenden Medizinerinnen und Mediziner – vor allen Dingen der Medizinerinnen – hat eine andere Einstellung zum Beruf. Sie suchen nach geregelten Arbeitszeiten, nach geregeltem Einkommen, nach Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf. Sie wollen nicht mehr das Modell vergangener Generationen: Der Mann ist Arzt, arbeitet 60 Stunden pro Woche, die Frau kümmert sich zu Hause um die Familie. Sie wollen vielmehr beide arbeiten, sie wollen beide die Familie gründen. Ich mache es ja auch gerade; noch drei Wochen, dann werde ich Vater. Bestellt, aber noch nicht geliefert.

(Beifall)

Ich höre von jungen Ärzten, wie schwierig es in der Klinik ist, Elternzeit zu nehmen, weil das in den Kliniken nicht so beliebt ist und Chefärzte gelegentlich Schwierigkeiten machen. Als Minister darf man leider keine Väter- oder Elternzeitmonate nehmen. Das bedauere ich sehr.

Auf diese Herausforderungen bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf müssen wir Antworten geben. Gerade in Gesundheitsberufen, wo wir eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung wollen, werden familiengerechte Arbeitszeiten und entsprechende Arbeitszeitmodelle wichtig sein. Dazu muss die Politik einen Beitrag leisten. Wir haben das mit dem Gesetz in dieser Legislaturperiode gemacht.

Ich sage auch: Das wird eine Aufgabe in den Kliniken, das wird eine Aufgabe in den Kassenärztlichen Vereinigungen sein, denn die Strukturen im Gesundheitswesen bauen sehr stark auf dem alten Familienbild, auf der alten Struktur des Mannes als dem Hauptarbeiter in der Familie auf. Die Strukturen müssen sich hier verändern.

Insofern ein großes Lob – wir sind ja hier in Hannover zu Besuch −: Nach meiner Kenntnis ist die Medizinische Hochschule Hannover in Deutschland die Universitätsklinik mit den meisten eigenen Kitaplätzen. Das ist ein gutes Zeichen. An meiner Heimatuniversität sind seit einiger Zeit 150 Kitaplätze geschaffen worden. Ich weiß, dass bei einigen anderen noch Nachholbedarf besteht. Ich sehe, dass sich der Wettbewerb der Krankenhäuser natürlich an Landesbasisfallwerten, DRGs und Ähnlichem, das auch ganz wichtig ist, entscheidet. Aber mein Eindruck ist, dass die jungen Medizinerinnen und Mediziner sich bei der Frage, in welchem Krankenhaus sie arbeiten wollen, viel mehr danach entscheiden, ob es eine gute strukturierte Weiterbildung gibt und wie es mit familiengerechten Arbeitszeitmodellen aussieht.

Deswegen ist ein Wettbewerb der Krankenhäuser und auch der Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander vonnöten: Wie geben wir Antworten auf dieses veränderte Berufsbild? Dazu wollen wir in der Politik unseren Beitrag leisten. Ich glaube, das wird eine Herausforderung für die nächsten Jahre sein. Die Folge darf aber nicht der falsche Schluss sein, die Herausforderungen durch den gesellschaftlichen Wandel und den Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf dadurch zu lösen, dass die selbstständige Tätigkeit als freiberuflicher niedergelassener Arzt infrage gestellt wird. Ich glaube nicht, dass wir eine bessere Versor-

gung haben, wenn wir im niedergelassenen Bereich nur noch angestellte Ärzte in Zentren haben.

(Beifall)

Im Gegenteil, das Gesundheitswesen in Deutschland ist deswegen so leistungsfähig, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, zwischen Patient und Arzt ist deswegen so stark, weil es die freie Wahl des Arztes gibt, weil es die Freiberuflichkeit gibt, weil gelegentlich viel mehr gearbeitet wird und man sich anstrengt, als es nach geregelten Arbeitszeiten der Fall wäre. Das ist eine Anerkennung, die die Patienten und ich als Gesundheitsminister den freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten zusprechen.

Weil wir wissen, dass dadurch das Gesundheitssystem in der Versorgung besser ist, will ich daran festhalten, dass der freie Beruf des Arztes und der Ärztin auch in den kommenden Jahren erhalten bleibt. Wir haben mehrere gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um den freien Beruf zu stärken. Wir sind nicht dafür, dass eine Gewerbesteuerpflicht für freie Berufe kommt. Ich bin nicht dafür, dass wir niedergelassene Fachärzte nur noch in Zentren haben, möglicherweise angedockt an Krankenhäuser. Ich bin dafür, dass wir die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und des niedergelassenen Arztes so modernisieren, dass auch kommenden Medizinergenerationen der Wunsch erfüllt wird – es ist dies der Wunsch der kommenden Medizinergeneration −, den freien Beruf des Arztes auszuüben. Dafür wollen wir uns einsetzen.

(Beifall)

Weil wir uns sehr dieser Freiberuflichkeit verpflichtet fühlen, habe ich mich gefreut, als im vergangenen Jahr das Urteil des Bundesgerichtshofs kam, das festgestellt hat, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte nicht Amtsträger einer Krankenkasse sind. Das mag sich technisch anhören, ist aber eine wesentliche und fundamentale Grundsatzfrage zum Selbstverständnis des niedergelassenen Haus- und Facharztes. Ich habe dieses Urteil begrüßt und verteidigt.

Ich bin nicht dafür, dass wir Bestechlichkeit und Korruption dulden. Ich weiß, immer wenn man das anspricht, entsteht der Eindruck, dass man alle Ärztinnen und Ärzte unter einen Generalverdacht stellt. Ich tue das nicht und habe das nie getan. Sie werden keine entsprechende Formulierung von mir finden. Ich bin der Überzeugung, dass es in jeder Berufsgruppe schwarze Schafe gibt und dass es im ärztlichen Bereich sehr wenige sein werden, bei denen man den Verdacht auf Bestechlichkeit oder Korruption erheben kann. Aber wir können nicht verneinen, dass es diese wenigen Fälle gibt. Zum Schutz der vielen, der meisten, fast aller Ärztinnen und Ärzte, die sich an Regeln und Gesetz halten, müssen wir die Möglichkeit haben, gegen den Verdacht auf Bestechlichkeit und Korruption vorgehen zu können.

Eine der ärgerlichen Folgen des Urteils des Bundesgerichtshofs ist, dass die Staatsanwaltschaften infolge des Urteils ihre Ermittlungen in aktuellen Fällen eingestellt haben und die Staatsanwaltschaften seit dem Urteil vom letzten Sommer nicht mehr ermitteln. Ich habe zunächst gesagt – Sie wissen das −: Es ist ja nicht so, dass damit Bestechlichkeit und Korruption erlaubt sind. Es gibt genügend Regeln im Berufsrecht und im Sozialrecht, die dagegen vorgehen.

Wir wissen – wir haben uns lange Zeit genommen, auch gemeinsam; ich hatte um Stellungnahme vieler Organisationen, auch von Ihnen, gebeten −: Die Möglichkeiten des Berufs- und Sozialrechts reichen nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs nicht aus, weil Schritte im Berufs- und Sozialrecht erst dann auf den Weg gebracht werden können, wenn es staatsanwaltliche Ermittlungen gibt. Deshalb müssen wir den Zustand wiederherstellen, dass Staatsanwaltschaften bei einem Verdacht ermitteln können, damit die Erkenntnisse, die die Staatsanwaltschaften haben, auch genutzt werden können.

Ich habe gehört, dass die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern gern selbst mehr Befugnisse haben wollen. Lieber Herr Montgomery, Sie sehen sicherlich in so einem schicken Trenchcoat als Ermittler wahnsinnig gut aus, noch schicker und noch besser.

(Heiterkeit)

Aber wir wollen einmal festhalten, dass aus meiner Sicht Ermittlungen wegen Korruption und Bestechlichkeit noch immer sehr gut bei den Staatsanwaltschaften aufgehoben sind, die das können. Ich glaube, es ist gut, dass wir es dort belassen.

(Beifall)

Insofern brauchen wir eine Regelung, um diesen Zustand wiederherzustellen.

Ich habe einen vernünftigen Weg gewählt, weil ich nämlich genau das nicht möchte, was andere wollen. Sie sehen häufig hinter den Formulierungen der Forderungen und dem, was konkret vorgeschlagen wird, genau den Gedanken: Man will über die Debatte über strafrechtliche Regelungen die niedergelassenen Ärzte zu Angestellten, quasi zu Verwaltungsangestellten der Krankenkassen machen. Das will ich nicht. Ich sage: Niedergelassene Ärzte sollen nicht zuerst dem Wohl der Krankenkasse verpflichtet sein. Ich sage aber auch: Sie sollen nicht zuerst dem Wohl eines anderen Unternehmens verpflichtet sein, sondern niedergelassene Ärzte sollen zuerst dem Wohl des Patienten verpflichtet sein. Deswegen sollen sie nicht Amtsträger oder Verwaltungsangestellte sein, sondern sie sollen freiberuflich tätig sein.

(Beifall)

Seit 20, 30 Jahren wird über strafrechtliche Regelungen für Freiberufler diskutiert. Seit 20, 30 Jahren tut sich nichts, weil die Freiberufler – und dies aus guten Gründen – eine Sonderstellung haben. Ihr Steuerberater – seien Sie froh – ist nicht in erster Linie dem Finanzamt verpflichtet, sondern Ihnen als seinem Mandanten. So ist es auch bei den anderen freien Berufen. Deswegen ist es klug, dass Sie eine Sonderstellung haben. Ich glaube, eine Diskussion, dass man strafgesetzliche Regelungen für alle freien Berufe schafft, wird dazu führen, dass nichts kommt oder die Amtsträgereigenschaft der niedergelassenen Ärzte hinsichtlich der Krankenkassen. Das wird dann kurzfristig die Lösung sein. Deshalb sage ich: Vorsicht, wenn solche Forderungen gestellt werden, alle freien Berufe ins Strafgesetzbuch zu schreiben und für sie eine Korruptionsregelung zu schaffen. Meine Erfahrung ist – ich habe mir die Geschichte angeschaut, wie das diskutiert wurde −, dass dies nicht zu einer Lösung führen wird.

Manche sagen, das müsse strafgesetzlich für alle freien Berufe geregelt werden, weil sie in Wahrheit keine Regelung haben wollen. Auch das würde zu einer Debatte über die Amtsträgereigenschaft führen. Ich glaube, die Regelung im Sozialrecht ist die

treffende. Wir haben nun einmal eine besondere Situation. So wie der Steuerberater nur seinem Mandanten gegenüber ein Vertragsverhältnis hat, so hat auch der niedergelassene Arzt nicht nur gegenüber dem Patienten ein Vertragsverhältnis, sondern vor allem auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, Stichwort Sachleistungsprinzip. Die Bezahlung erfolgt aus Pflichtbeiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Zwischen Patient und Arzt steht die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Tatsache rechtfertigt, warum wir im Sozialrecht eine besondere Regelung mit dem Schutz vor Bestechlichkeit und Korruption finden müssen, aber eben auch nur für die großen Fälle, damit es nicht um die Pralinenschachtel, den Kalender oder den Schreibblock geht. Es darf nur um Fälle gehen, bei denen die ärztliche Therapie tangiert wird.

Ich glaube, dass wir mit unseren sozialrechtlichen Regelungen genau dieses Dreiecksverhältnis zwischen Patient, Arzt und gesetzlicher Krankenversicherung gefunden haben. Das gibt es eben bei privatärztlich tätigen Ärzten nicht. Sie haben allein ein Vertragsverhältnis mit dem Patienten. Das ist wiederum eine besondere Stellung, die rechtfertigt, warum wir das im Sozialrecht regeln. Ich glaube, das ist der klügere Weg, um schnell eine Lösung zu finden. Dafür setze ich mich ein, damit wir auch hier eine Lösung des Problems bekommen und keine weiteren Diskussionen bekommen, die aus meiner Sicht in der Folge eher dazu führen werden, dass die Amtsträgereigenschaft kommt.

Wenn ich bei den unangenehmen Themen bin, möchte ich auch noch kurz die Organspende ansprechen. Sie wissen, dass ich seit zehn Jahren selbst in einer Bewegung aktiv bin, die sich für die Organspende einsetzt. Mich hat es massiv geärgert, dass im letzten Jahr ausgerechnet, als sich endlich einmal alle Parteien einig waren – wann gibt es das schon einmal, dass alle Parteien eine Entscheidungslösung beschließen, damit Menschen aufgefordert werden, sich bei der Organspende zu entscheiden −, sich zunächst ein Arzt, vielleicht auch weitere – wir wissen es nicht; es wird weiter ermittelt −, auch vereinzelt an anderen Kliniken, auch dort sicherlich nicht solche Verdachtsfälle von Manipulationen, aber offenbar auch Unregelmäßigkeiten festgestellt worden sind. Das hat mich als jemand, der es damals als großen Erfolg gefeiert hat, dass wir das endlich alle gemeinsam voranbringen, sehr geärgert.

Ich kann guten Gewissens – ich bitte Sie um Unterstützung – die Bevölkerung weiter auffordern – ich tue es −, sich für die Organspende auszusprechen, denn diejenigen, die sich gegen die Organspende aussprechen, bestrafen nicht den Arzt, der jetzt in U-Haft sitzt, sondern die 12.000 Menschen auf der Warteliste, die dringend auf ein Spenderorgan warten. Denen gegenüber sind wir verpflichtet, alles dafür zu tun, dass sie eine zweite Chance auf ein weiteres Leben bekommen. Jeder, der sich aktiv für die Organspende entscheidet, ist ein Lebensretter.

Helfen Sie dabei mit, dass wir die Menschen überzeugen, dass die Regeln in Deutschland so streng sind wie in keinem anderen Land der Welt und dass wir dafür sorgen, dass derjenige das Organ bekommt, der es braucht, dass es kontrolliert wird, dass wir die Kontrollen noch einmal verschärft haben, dass es heute diese Manipulationsversuche gar nicht mehr geben kann, weil ein Arzt allein gar nicht mehr über die Daten selbst entscheidet, sondern mehrere Ärzte, die das unabhängig voneinander kontrollieren, weil wir gemeinsam im Dialog unabhängige Kontrollen geschaffen haben, weil wir die Strukturen sukzessiv anpassen. Wir unterstellen die Richtlinien auch noch einmal einer politischen Verantwortung.

Bitte helfen Sie mit, dass das Vertrauen in die Organspende wieder wächst. Helfen Sie mit, dass wir gegen die eine oder andere Verunsicherung durch die Berichterstattung angehen. Mich hat es schon geärgert, dass ausgerechnet, nachdem es in Regensburg und Göttingen passiert war, auflagenstarke Zeitschriften und Zeitungen eine große Berichterstattung über die „organisierte Kriminalität beim internationalen Organhandel“ berichteten. Das, was auf den Philippinen oder in Indien passiert, hat nichts mit der Organspende in Deutschland zu tun. Weil wir wissen, dass das nichts miteinander zu tun hat, müssen wir auch Sorge dafür tragen, dass das in der öffentlichen Darstellung nicht vermengt wird, sondern dass Vertrauen in das Organspendewesen in Deutschland herrscht. Wir müssen den Menschen dieses Vertrauen zurückgeben, damit sie sich für die Organspende entscheiden, um damit anderen Menschen das Leben zu retten und ihnen die Chance auf ein neues Leben zu geben. Bitte helfen Sie mit, dass wir gemeinsam dieses Vertrauen zurückgewinnen.

(Beifall)

Ein allerletzter Punkt zu dem, was in den nächsten Jahren noch ansteht. Ich bin da noch voller Tatendrang auch in den nächsten Monaten. Ich habe bereits ein paar gesetzliche Regelungen genannt, aber ich möchte mich noch weiter einbringen. Die Gebührenordnung für Ärzte ist dringend renovierungsbedürftig. Wir haben in dieser Legislaturperiode nach langen Diskussionen die GOZ überarbeitet. Wir haben nicht eine Einheitsgebührenordnung vorgesehen, wie sie in der Schublade lag, als ich den Schreibtisch übernommen habe. Wir haben eine freiheitliche Gebührenordnung auf den Weg gebracht. Dies soll auch das Ziel für die Gebührenordnung für Ärzte sein. Nun ist das Wünschbare nicht immer das Finanzierbare; das wissen wir. Es gibt immer begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen. Das gilt auch für die kommenden Jahre. Das gehört auch zum Anerkennen der Realität.

Selbstverständlich braucht die Gebührenordnung für Ärzte nach den vielen Jahren der Nichtanpassung an die neuen Herausforderungen auch an die Kostenstrukturen, die sich entwickelt haben, eine Anpassung. Ich begrüße sehr, dass die Ärzteschaft und die private Krankenversicherung diesen Dialog nie ganz abgebrochen haben – so war mein Eindruck −, auch wenn es schwierig war. Aber vielleicht wünsche ich mir von beiden Seiten noch mehr Begeisterung, noch mehr Setzen darauf, dass eine gemeinsame Lösung die größten Realisierungschancen in der Politik hat.

Wir wissen, dass es viele Finanz- und Innenminister der Länder gibt, die mit anderen Augen darauf schauen als ein Gesundheitsminister. Deshalb hilft es uns ungemein, wenn Ärzteschaft und private Krankenversicherung einen gemeinsamen Vorschlag machen. Ich werde Sie dabei unterstützen, dass das auch kommt. Dafür müssen sich beide Seiten bewegen, damit es zu einer gemeinsamen Lösung kommt.

Schließlich möchte ich noch die Krankenhausfinanzierung ansprechen. Sie diskutieren hier über Markt und Medizin. Nie wird das Wünschbare finanzierbar sein, sondern es geht immer um begrenzte Ressourcen, die effizient eingesetzt werden müssen. Natürlich muss es dabei auch wirtschaftliche Betrachtungsweisen geben. Es ärgert mich sehr, weil ich glaube, dass es mit Ökonomie eigentlich nichts zu tun hat, dass wir in den Krankenhäusern einen Mengendruck erleben, eine Arbeits- und Leistungsverdichtung, die das Gefühl erzeugt, man müsse immer mehr tun. Dabei geht es nicht um das, was ich unter Ökonomie verstehe, nämlich einen Leistungswettbewerb um die bessere Qualität der eigenen Leistung. Ich sage das selbstkritisch, weil

es uns in dieser Legislaturperiode nicht ausreichend gelungen ist: Wir haben gedacht, wir würden mit den Leistungsabschlägen einen Anreiz setzen, nicht in den Mengendruck zu gehen. Wir haben offenbar über die Kollektivhaftung den Mengendruck sogar noch verstärkt. Das sage ich selbstkritisch. Es gehört für mich auch zur Politik, dass man, wenn man sieht, dass etwas in die falsche Richtung geht, eine Korrektur vornimmt. Wir korrigieren es gerade. Wir wollen diesen Effekt der Kollektivhaftung kurzfristig beseitigen.

Ich sage aber auch: Dieses Finanzierungssystem setzt die falschen Anreize. Es hat mit Ökonomie gar nichts zu tun. Im Markt würde nie nach Mittelmaß bezahlt. Im Markt würde nie jeder gleich bezahlt, egal ob er gute oder schlechte Arbeit leistet. Wenn wir aus der Arbeits- und Leistungsverdichtung herauswollen, wenn wir zu Motivation und Leistungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen kommen wollen, brauchen wir eine Finanzierung, die Leistung belohnt, die bessere Qualität und bessere Ergebnisse belohnt und nicht alle nach dem Mittelmaß vergütet, egal wie gut oder schlecht sie sind. Mit einer Mittelmaßorientierung bekommt man nie Spitzenleistungen. Das wird die Herausforderung für die nächste Legislaturperiode sein, hier ein neues Finanzierungssystem auf den Weg zu bringen, um die Motivation im Gesundheitswesen zu stärken. Diejenigen, die sich mehr anstrengen als andere, die besser sind als andere, sollen davon profitieren. Mein Ziel für die nächsten Jahre ist ein vernünftiger Qualitäts- und Leistungswettbewerb.

Sie haben – ich lese das auf den Plakaten – die Kampagne gestartet „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“. Sie haben meinen Ausführungen entnommen, was wir alles getan haben. Nicht alles gefällt Ihnen; das ist klar. Ich glaube aber, dass vieles entsprechend auch Ihren Forderungen in die richtige Richtung geht. Das wollen wir gern fortsetzen. Ich greife Ihren Slogan „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ auf und sage: Ich engagiere mich für Ihre Arbeit gern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Anhaltender Beifall)

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Hamburg: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Nach diesem Feuerwerk möchte man eigentlich kurz aufstehen, die Beine ausschütteln und ein klein wenig Prävention betreiben. Der Minister hat in seiner Rede ein wahrhaft seehofersches Format bewiesen. Herr Seehofer hat eine neue Zeiteinheit geprägt, nämlich etwa dreimal so lange wie vorher angekündigt. Dafür bedanken wir uns. Es war ein beeindruckendes Feuerwerk.

Ich danke Ihnen, dass Sie sich erhoben haben. Ich glaube, es war gut zur Thromboseprophylaxe.

Ich bedanke mich bei Minister Bahr. Ich glaube, wir sind in einer besonderen Situation. Wir wissen alle: In diesem Jahr ist Wahlkampf. Da muss neben den sachlichen Themen eine Möglichkeit gegeben sein darzustellen, wie die Bilanz eines Ministeriums aussieht. Wir verfügen ja über viele, viele Jahre Erfahrung im Umgang mit dem Ministerium. Auch wenn man nicht immer in allen Punkten einig ist, auch wenn man vielleicht nicht immer mit derselben Sprache spricht, ist man doch in den letzten Jah-

ren bei der Kommunikation deutlich vorangekommen. Dafür bedanke ich mich auch an dieser Stelle.

(Beifall)

Lieber Herr Bahr, wir haben das Gefühl, dass wir mit unseren Anliegen, mit unseren Problemen, mit unserer Darstellung ernst genommen und wahrgenommen werden. Uns ist völlig klar, dass Sie leider nicht alles tun können, was wir wollen. Aber nach dem 22. September können wir vielleicht auch darüber noch einmal reden. Auf jeden Fall würde ich mich durchaus auf der rein persönlichen Ebene – damit Sie mich nicht falsch verstehen – freuen, wenn sich Ihre Androhung, die Sie vor einiger Zeit ausgesprochen haben, nämlich dass Sie weitere fünf Jahre Gesundheitsminister sein wollten, zumindest für Sie persönlich erfüllt. Wir arbeiten hervorragend zusammen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eigentlich könnte man einen Teil der Rede von Herrn Bahr und einen Teil der Rede von Herrn Borelli schon als Präsidentenrede zur Kenntnis nehmen. Damit würde ich Ihnen jetzt etwa 20 bis 25 Minuten ersparen. Aber ich glaube, wir sollten noch ein paar Punkte hier festhalten.

Lassen Sie mich eingangs ein paar Dankesworte sagen. Ich glaube, wir sind hier in Hannover nicht nur ausgesprochen gut aufgehoben. Herr Strauch, Sie haben mit viel Empathie über diese schöne Stadt gesprochen. Das einzige Problem, das wir haben, betrifft das Wetter. Als Engländer habe ich inzwischen verstanden, warum das Haus Hannover nach England ausgewandert ist, nämlich um sich dort dem hannoverschen Regen zu entziehen. Die Gründe für manche Entscheidung werden im Lichte solcher Dinge später besser erkennbar.

Liebe Martina Wenker und auch alle Mitglieder und Mitarbeiter der Ärztekammer Niedersachsen, ihr habt hier eine tolle Organisationsarbeit geleistet. Dafür möchte ich mich schon an dieser Stelle ganz herzlich bedanken. Hier läuft wirklich alles smooth und reibungslos. Das freut einen und dann weiß man als Präsident dieser Organisation, dass der Ärztetag in einem guten Fahrwasser ist und gut ablaufen kann. Ganz herzlichen Dank also für die perfekte Organisation.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, das ist nach den vielen Erfahrungen, die es in Hannover gibt, eigentlich überhaupt kein Wunder, denn dies ist immerhin schon der vierte Ärztetag, der in Hannover stattfindet. 1949 stand er ganz im Zeichen des beginnenden Wiederaufbaus und befasste sich vor allem auch mit der schwierigen Aufarbeitung der Nürnberger Prozesse. 1969 konnte man schon einen Erfolg in der wirtschaftlichen Aufbauleistung konstatieren. Damals war Ernst Fromm, ein Hamburger, Präsident der Bundesärztekammer. Er drückte das in der ihm eigenen feinen Sprache so aus: Man erkenne doch, dass in der Nachkriegszeit die Prosperität nicht gänzlich spurlos an der Stadt und den Ärzten vorbeigegangen sei. Ich bin nicht sicher, ob wir heute uneingeschränkt zu solchen Bekenntnissen bereit wären. Der Ärztetag 1986 stand sehr unter dem Eindruck des Reaktorunglücks von Tschernobyl. Die Ärztekammer Niedersachsen und ihr späterer Präsident Heyo Eckel haben sich damals sehr für die Betroffenen des Reaktorunglücks von Tschernobyl eingesetzt.

Was wird der Ärztetag 2013 bringen? Wir wollen uns mit der Zukunft befassen. Wir wollen uns mit den Chancen der nächsten Generation für eine gute medizinische

Versorgung befassen, und zwar sowohl aufseiten der Ärzte als auch aufseiten der Patienten. Dabei muss unser aller Handeln von dem Oberbegriff der Verantwortung getragen sein. Wir Ärzte stellen uns den Herausforderungen, auch wenn das nicht immer ganz einfach ist, in der Frage der wirtschaftlichen Beeinflussung ärztlichen Handelns, in der Transplantationsmedizin, vor allem aber in den Zukunftsfragen des Gesundheitswesens.

Neben den gesundheitspolitischen Fragen werden wir hier in Hannover um berufs- und standespolitische Essentials ringen. Auf der Agenda stehen die Fortbildungsordnung, grundsätzlich Neues zur Weiterbildung und auch die Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages. Ich hoffe, dass es uns bei aller Freude am Diskurs, der Debatte und dem Streit, den wir ja auch gern pflegen, gelingt, einen Satz von Ludwig Sievers, dem Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen, auf dem Ärztetag 1949 zu beherzigen:

> *Möge der Ärztetag dazu beitragen, den Willen der Ärzteschaft zum gemeinsamen Handeln zu stärken.*

Gemeinsames Handeln ist nötiger denn je. Die anderen Akteure im Gesundheitswesen haben sich weitgehend aufeinander abgestimmt. So haben die Krankenkassen wieder einige Wochen vor dem Ärztetag mit ihren üblichen Kampagnen zur Desavouierung der Ärzteschaft begonnen. Den Auftakt machte – wie üblich – der Spitzenverband Bund mit der Behauptung, die Hälfte aller Klinikabrechnungen sei falsch. Da werden aus kleinen Stichproben absurde Schadenssummen generiert. Dabei wird unterschlagen, dass 96 Prozent aller abgerechneten Fälle selbst nach intensiver Prüfung nicht beanstandet werden.

(Beifall)

Diese Masche, meine Damen und Herren, mit unanständigen Hochrechnungen Politik machen zu wollen, hat die Öffentlichkeit übrigens inzwischen durchschaut. Der „Wirtschaftswoche“ ist zuzustimmen, wenn sie in einem Kommentar schreibt:

> *Mit falschen Rechnungen Politik zu machen ist unterste Schublade.*

Dem können wir nur uneingeschränkt zustimmen.

(Beifall)

Hier fordern wir den Respekt ein, den Siegfried Borelli in seinen Dankesworten angesprochen hat. Hier fehlt einfach an vielen Punkten der Respekt gegenüber den Leistungsträgern im Gesundheitswesen.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat seine Statistik zur Fehlerhäufigkeit zeitgenau vor dem Deutschen Ärztetag platziert. Da wird dann die Schlagzeile veröffentlicht, bei einem Drittel aller Anträge liege ein Fall von „Ärztepfusch“ vor. Schaut man genau hin, so stellt man fest, dass bei 12.000 untersuchten Anträgen den Antragstellern in etwa in einem Drittel der Fälle Recht gegeben wurde. Diese etwa 4.000 positiven Bescheide muss man aber in Relation setzen zu 18 Millionen Krankenhausfällen und etwa 800 Millionen Patient-Arzt-Kontakten. Das aber wird gerne verschwiegen, wie auch die Tatsache, dass es insbesondere die Ärzteschaft ist, die mit den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen hier ein konstruktives Lösungsmodell anbietet, das sehr zur Konfliktlösung im Interesse von Patient und Arzt arbeitet.

Dennoch gewinnt man manchmal den Eindruck, die Schlagzeile rechtfertige alles. Aber so, wie wir Ärzte uns den medizinethischen Standards stellen müssen, so sollten auch im Journalismus die Grundsätze einer sauberen Recherche und einer ausgewogenen Berichterstattung gelten.

(Beifall)

Ärztefehler sind kein Ärztepfusch. Wo Ärzte arbeiten, werden Fehler gemacht; das wissen wir. Und jeder ist einer zu viel. Deshalb haben wir Fehlervermeidungssysteme implementiert wie das sehr erfolgreiche Programm MERS. Warum wird darüber nie berichtet?

Sind wirklich nur bad news good news? Veröffentlicht denn keine Zeitung Umfragen wie die der Innungskrankenkassen aus dem März 2013, in der 87 Prozent der Bürger ihre Zufriedenheit mit den Ärztinnen und Ärzten ausdrücken, in der 84 Prozent sagen, sie fühlten sich vom Arzt ernst genommen? Nur 9 Prozent beklagen eine angebliche „Zweiklassenmedizin“. Das ist die Wirklichkeit, die Herr Bürgermeister Strauch aus seinen Gesprächen wiedergegeben hat.

(Beifall)

In derselben Umfrage sagen übrigens auch 80 Prozent der Patienten, dass sie keinerlei Probleme hätten, zeitnah Termine bei Ärzten zu bekommen. Die meisten unserer Kolleginnen und Kollegen bemühen sich Tag für Tag, dem in sie gesetzten Vertrauen der Patienten gerecht zu werden. Sie spüren diese hohe Verantwortung und handeln aus ethischer Selbstverpflichtung.

Ich frage Sie: Muss man diesen Kolleginnen und Kollegen nicht eher den Rücken stärken, als ihnen in den Rücken zu fallen? Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte, dass auch morgen noch jeder Arzt zu seinen Patienten sagen kann: Ich arbeite für Ihr Leben gern.

Zuvorderst muss die sachliche Aufklärung stehen. Das gilt auch und gerade für die soeben bekannt gewordenen wissenschaftlichen Versuche der Pharmaindustrie in der DDR. Wir wissen noch nicht wirklich, wie der Umgang mit ethischen Standards und arzneirechtlichen Bestimmungen bei den Arzneimitteltests der Pharmaindustrie gewesen ist. Die Akten zu vielen Forschungsvorhaben sind tief in den Archiven versunken und müssen erst gefunden und aufgearbeitet werden. Teilweise sind Akten bereits nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet worden. Wir, Bundesärztekammer und einige Landesärztekammern gemeinsam, unterstützen ein Forschungsvorhaben an der Charité, das überhaupt erst einmal die Fakten zusammentragen soll.

Wir wollen solide Sachaufklärung, exakte Recherche und dann ein gemeinsames Erarbeiten von Konsequenzen. Ich freue mich, dass mir auch Vertreter der hier anwesenden pharmazeutischen Industrie zugesichert haben, dieses Forschungsprojekt mit zu unterstützen. Meine Damen und Herren, so sieht gemeinsam übernommene und gemeinsam getragene „Verantwortung“ aus, keine Vorabverurteilung in den Medien, keine Skandalisierung, sondern erst einmal Faktenbeschaffung und Analyse. Dem haben wir uns in Verantwortung verschrieben.

Meine Damen und Herren, auf Ärztetagen zieht man Bilanz, analysiert die Ausgangsposition für die Zukunft und beschreibt Chancen und Risiken der in Politik,

Gesellschaft und Medizin erkennbaren Entwicklungen. Dies alles tun wir in einem Wahljahr.

Sie alle kennen den schönen Satz von Robert Lembke: Wahlen sind bekanntermaßen der Versuch, die Vorhersagen der Demoskopen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Hier und heute kann niemand sagen, wie das Wahlvolk entscheiden wird. Ich will deswegen auch gar nicht spekulieren. Wir sind ohnehin allein der Sache verpflichtet – unsere Ideologie ist Patientenversorgung und Qualität, nicht Umverteilung und auch nicht Weltverbesserung. Unser Motto ist Verantwortung und Freiheit, nicht Staatsmedizin und Einheitsversicherung.

(Beifall)

Wo also stehen wir? Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen schreitet ungebrochen voran.

> *Während der letzten Jahrzehnte haben Märkte und marktkonformes Denken auf Lebensbereiche übergegriffen, die üblicherweise von marktfremden Normen beherrscht waren. Immer häufiger versehen wir heutzutage nichtökonomische Güter mit einem Preis.*

So sagt es Michael J. Sandel, ein US-amerikanischer Philosoph.

Aus dieser Grundeinstellung wird ein gefährlicher Trend. Im Krankenhaus bekommt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, das EBITDA, also das Ergebnis vor Steuern – das ist ein Begriff, den, glaube ich, viele Ärzte vor Jahren überhaupt noch nicht kannten −, einen höheren Stellenwert als die medizinische Leistungsfähigkeit, die Qualität der Patientenversorgung und die Humanität in der Daseinsvorsorge für die uns anvertrauten Patienten. In der Praxis dominieren Budgets, Pauschalen und Regresse das medizinisch Sinnvolle.

Dieser „Trend“ wird so verinnerlicht, dass auch Ärzte ständig gegen die Versuchung kämpfen müssen, primär in ökonomischen Dimensionen zu denken. Ich will diese Kolleginnen und Kollegen jetzt nicht zu Märtyrern machen, aber ich will dennoch die eigentliche Ursache benennen: die zunehmende Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens und das Einbringen von Markt und Wettbewerb in die Patientenbehandlung.

Sukzessive versuchen die Krankenkassen, über diese Handlungsdeterminanten Einfluss auf die Steuerung ärztlicher Behandlung zu erlangen. Wir haben davor gewarnt, bei den DMPs und auch bei der Einführung der DRGs und wir warnen auch heute, hier auf diesem Ärztetag davor, indem wir die Frage stellen: Wie viel Markt verträgt die Medizin?

Damit Sie mich jetzt aber nicht falsch verstehen: Ich lehne Ökonomie im täglichen Umgang auch im Gesundheitswesen nicht grundsätzlich ab. Jeder von uns fällt täglich eine Vielzahl rationaler, vernünftiger Entscheidungen auf der Basis ökonomischer Überlegungen.

Aber dort ist die „Ökonomie“ ein Werkzeug, ein Hilfsmittel zur Entscheidung, ein Mittel zum Zweck, nicht aber der Zweck an sich. Dieser zunehmende Wandel ist es, den die Patienten spüren und den wir beklagen.

Ich bin sicher, dass uns Giovanni Maio, Medizinethiker aus Freiburg, zu diesem Thema heute Nachmittag eine Fülle kluger Gedanken vermitteln kann.

Da wir die Ökonomie aus unserem Leben nicht mehr ausblenden können, müssen wir über den rationalen Umgang, um ihren Nutzen für die Patienten und die Ärzte und um die ethischen Grenzen, die wir daraus ableiten, immer wieder aufs Neue streiten.

Das konnten wir im letzten Jahr an der Frage der Unregelmäßigkeiten in der Transplantationsmedizin erleben, an der Diskussion um Häufigkeit und Sinnhaftigkeit von medizinischen Eingriffen und an der Diskussion um die angebliche Korruptionsanfälligkeit von Ärzten.

Wir haben auf dem Ärztetag in Nürnberg kraftvoll Position bezogen zur Frage der Freiberuflichkeit und dem Wert, den sie für den Schutz des Vertrauensverhältnisses von Patienten und Arzt darstellt. Wir taten das noch vor dem Urteilsspruch des Großen Senats des Bundesgerichtshofs, von dem wir alle – seien wir doch einmal ehrlich – eigentlich erwartet hatten, dass dieser niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu Amtsträgern oder Beauftragten von Krankenkassen degradieren würde.

Das Gegenteil war der Fall; der Bundesgerichtshof hat die Position der Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten gestärkt. Das haben wir begrüßt, das war ein Sieg für unsere Patienten und die Freiheit! Und daran haben wir durch unsere Diskussionen erheblich mitgewirkt.

Wir haben aber zugleich klargestellt, dass man Ärzte nun mitnichten bestechen dürfte, wie es sogar eine große überregionale Zeitung titelte. Im Gegenteil: Wir haben Wesen, Chancen und Möglichkeiten des Rechts dargestellt und erläutert. Und: Wir haben die Grenzen des Berufsrechts nicht verschwiegen. Die Forderung nach erhöhten Ermittlungskompetenzen bedeutete keinesfalls, lieber Herr Bahr, dass ich die Wahl hatte zwischen dem Trenchcoat von Nick Knatterton und dem gestreiften Glencheck von Sherlock Holmes, sondern dass wir durch gute Zusammenarbeit zwischen Staatsanwaltschaften und Ärztekammern – jeder natürlich die hoheitlichen Grenzen beachtend – zu besseren Lösungen bei den Ermittlungen kommen könnten.

Natürlich rief das all jene sofort auf den Plan, die dem Arzt sowieso ein korruptes Wesen unterstellen. Der bekannte Dreiklang von Polemik, Populismus und Skandalisierung war die Begleitmusik von Ideologen und ihren politischen Helfern. Diese Kampagne ist ja auch zum Teil aufgegangen, nicht was den einzelnen Arzt betrifft, aber hinsichtlich unseres gesamten Berufsstands.

Fragt man die Menschen in diesem Land, so sind bald zwei Drittel davon überzeugt, in der Ärzteschaft „maffiaähnliche Strukturen“ zu sehen, zugleich aber sind 82 Prozent der festen Überzeugung und Gewissheit, „ihr persönlich sie betreuender Arzt gehört nicht dazu, der ist ganz anders“.

Wir müssen, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr darauf achten, dass die böse Saat des Gerüchts, der Verleumdung und Unterstellung nicht den Alltag der Ärzte zerstört. Davor müssen wir die Patienten und auch die Ärzte schützen.

(Beifall)

Noch immer arbeiten viele der Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis wesentlich mehr, als sie vergütet bekommen. Sie arbeiten mit großem Engagement, haben sich verpflichtet, Kranke zu heilen und Schmerzen zu lindern. Sie leben und lieben ihren Beruf und widmen sich ihren Nächsten in besonderer Verantwortung. Deshalb sind sie auch Arzt geworden und nicht Banker oder Krankenkassenvorstand!

Das Fehlverhalten eines einzelnen Arztes wird zum Verhaltensmuster eines ganzen Berufsstands hochstilisiert – auch wenn es zum Schluss oft kurz und scheinheilig heißt, dies sei doch nur die Ausnahme.

Einige Vertreter der Krankenkassen werden nicht müde, in höchst manipulativer Weise dieses perfide Spiel permanenter Verleumdung voranzutreiben. Ihr Ziel ist klar: Desavouierung der Gesamtärzteschaft, um die Steuerungshoheit zu bekommen, der Kassenstaat im Gesundheitswesen – ohne Therapiefreiheit, ohne freie Arztwahl und ohne die ärztliche Freiberuflichkeit.

(Beifall)

Aber diese Rechnung haben sie ohne die Patienten und auch ohne die Ärzte gemacht. Weder die Patienten noch wir Ärzte wollen einen Krankenkassenstaat!

Meine Damen und Herren, einigen sind schlichtweg die Maßstäbe abhandengekommen. Ich möchte das ganz konkret am Beispiel der Korruptionsvorwürfe erläutern.

Ein Interview in einer spiegelnden Wochenzeitschrift befasste sich mit der Vorteilsnahme durch Ärzte. Die Titelgeschichte desselben Blatts allerdings handelte von einem großen Entertainer, der in seinen aus öffentlich-rechtlichen Mitteln finanzierten Sendungen zur besten Sendezeit bestimmte Autos einsetzte und sich dafür von der Autofirma mit Millionen honorieren ließ. Und zeitgleich wurde bekannt, dass der Bundestag wieder einmal die Ratifizierung der Konvention der Vereinten Nationen gegen Korruption abgelehnt hatte, die die unterzeichnenden Staaten verpflichtet, gegen Abgeordnetenbestechung konsequent vorzugehen. Sie meinen, das sei die gleiche Sache? Mitnichten. So unterschiedlich die Begrifflichkeiten, so unterschiedlich ist auch die Wahrnehmung. Bei Ärzten heißt es Korruption, ein schwerer Straftatbestand. Bei Entertainern im Fernsehen reden wir noch von Schleichwerbung und bei Abgeordneten geht es um die Frage, wie man Nebeneinnahmen transparent verbucht und anzeigt.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, lassen Sie uns eines ganz klarstellen: Wir sind gegen jede Form von Korruption, gegen beeinflussende Schleichwerbung, gegen entscheidungsändernde Nebeneinnahmen. Aber in der Art, wie man gerade mit den niedergelassenen Ärzten in dieser Debatte umgegangen ist, sind die Dimensionen komplett verloren gegangen.

Gleichwohl sind wir bereit – hiermit will ich den gegenwärtigen Stand der politischen Diskussion ansprechen −, einer gesetzlichen Regelung, die ein für alle Mal Klarheit schafft, zuzustimmen, damit endlich diese Grauzone des Verdacht, der Unterstellung, des Gerüchts und markiger Profilierung aufhört. Wir wollen Klarheit und da sehen wir den Gesetzgeber in der Pflicht. Denn nur wenn wir wissen, wofür wir verantwortlich sind, können wir auch konkret Verantwortung tragen.

Auch wir wollen, dass die wenigen, die sich nicht an die Regeln des hippokratischen Eides halten und die sich bestechen lassen, transparent, gerecht und gleich bestraft werden, und wir wollen, dass auch diejenigen, die bestechen wollen, also die Geldgeber dieses unappetitlichen Geschäfts, ebenfalls zur Rechenschaft gezogen werden.

(Beifall)

Das geht nämlich nicht mit den Mitteln des Berufsrechts, das geht nur mit dem allgemeinen staatlichen Recht.

Einige wenige Bedingungen haben wir dennoch an dieses Verfahren zu stellen:

- Es darf keine lex specialis für Ärzte allein geben, auch die anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen müssen erfasst werden.
- Es müssen Bestechende und Bestochene gleichermaßen bestraft werden.
- Es muss ein Übermaßgebot eingehalten werden.
- Und schließlich müssen klare Regelungen vorhanden sein, nicht allein abstrakte juristische Formulierungen, aus deren Interpretationspotenzial dann die nächste Grauzone erwächst.

Meine Damen und Herren, wir wollen nicht, dass die wenigen, die sich falsch verhalten, letztlich den Ruf der vielen rechtschaffenen Ärzte ruinieren, die sich an die Gesetze halten und die es leid sind, immer in einen populistischen Topf mit den anderen geworfen zu werden.

Wie völlig verrückt die Diskussion geführt und auch wahrgenommen wird, zeigt eine Umfrage unter Managern der Pharmaindustrie. Da heißt es doch – und jetzt halten Sie sich fest −, dass sich 63 Prozent von ihnen schärfere strafrechtliche Sanktionen gegenüber Ärzten wünschen, damit sie diese nicht mehr bestechen müssten. Meine Damen und Herren, angesichts solcher Scheinheiligkeit hält sich mein Mitleid in Grenzen!

(Beifall)

Wir sind uns durchaus bewusst, dass an ärztliches Handeln besondere Maßstäbe angelegt werden. Das ist der Preis unseres ärztlichen Ethos. Dem können wir nur durch die Übernahme von Verantwortung begegnen. Umso mehr haben uns die Verfehlungen in der Transplantationsmedizin getroffen. Ein schwerer Vertrauensverlust für die Organspende war die Folge. Falsche ökonomische Anreize haben zu Manipulationen, Fälschungen und Unredlichkeiten bei der Vergabe von Organen geführt. Dabei ging es gar nicht so sehr um einen direkten materiellen Vorteil für Einzelne. Vielmehr ging es um lukrative Operationen für das ganze Haus und natürlich um Ruhm und Ehre. Auch das sind klare ökonomische Anreize, die in der Medizin keinen Platz haben.

Wir haben aber gerade hier bewiesen, dass die ärztliche Selbstverwaltung funktioniert. Es waren die Kommissionen der Bundesärztekammer, die den Anfangsverdacht erhoben haben, die Aufklärung durchgeführt haben und die klare Ergebnisse zu Fehlverhalten und Schuld erbracht haben. Staatliche Institutionen, die zuvor und

danach beteiligt waren, haben viel zu oft weggesehen, haben sich nicht engagiert, haben damit die Fortsetzung des unredlichen Tuns sogar befördert.

Dagegen hat sich unsere Zusammenarbeit von Ärzten und Richtern bewährt. Ich möchte an dieser Stelle den Juristen, die uns in diesen Kommissionen mit so viel Zeit und ehrenamtlicher Arbeit unterstützen, ganz herzlich danken. Ohne sie wären wir heute in der Aufarbeitung dieser Dinge nicht so weit.

(Beifall)

Wer nun angesichts des Erfolgs der Arbeit der Selbstverwaltung immer noch auf staatliche Institutionen zur Regelung der Organspende und der Transplantationsmedizin setzt, der hat nicht begriffen, dass die Probleme vor allem an staatlichen Krankenhäusern stattfanden, dass es die vom Staat in der Krankenhausfinanzierung selbst gesetzten finanziellen Anreize – Stichwort Ökonomisierung der Medizin − waren, die zum Problem geworden sind.

Mehr Staat kann also nicht die Lösung sein. Mehr Selbstverwaltung, mehr Sachverstand und klar geregelte Zusammenarbeit zwischen staatlichen Institutionen und mehr Selbstverwaltung heißt die Lösung. Wir sind bereit, diese Verantwortung zu übernehmen.

In der Organspende hat es einen schweren Verlust des Vertrauens in die Gerechtigkeit der Medizin gegeben. Damit ist eines der wichtigsten Prinzipien unseres Sozialstaats verletzt worden. Es ist deswegen nachvollziehbar, dass inzwischen ein Haftbefehl gegen einen leitenden Arzt ergangen ist. Uns allen muss klar sein: In der Organspendesituation erleben wir schon heute die negativen Folgen von Rationierung. Bei den Wartelisten handelt es sich angesichts des dramatischen Mangels an Organen letztlich um „Gerechtigkeitslisten“, bei denen knappe Organe nach zuvor aufgestellten Kriterien gerecht verteilt werden. Wer dagegen verstößt, wer manipulativ seine Patienten in ungerechtfertigter Weise bevorzugt, bringt andere Menschen auf der Warteliste um ihre Lebenschance. Das ist kein leicht zu nehmendes Problem.

Unser aller Anliegen muss es jetzt sein, durch Aufklärung und Information für neues Vertrauen in die Organspende zu werben. Dabei geht es nicht nur um die Ausstellung möglichst vieler Organspendeausweise, es geht vor allem auch um das Gespräch mit Angehörigen, um die Diskussion innerhalb der Familien, wie man zur Frage der Organspende steht, noch bevor der schwere Entschluss auf einen zukommt.

Wir haben im August des vergangenen Jahres an einem Runden Tisch im Gesundheitsministerium mit dem Minister eine regelmäßige Prüfung aller Transplantationsprogramme in einem dreijährigen Rhythmus besprochen. Wir sind mit der Prüfung der Leberprogramme fast fertig. Sie galten ja als besonders manipulationsanfällig.

In einigen wenigen Fällen haben wir schmerzliche Ergebnisse zutage gefördert, zum Teil war nicht einmal Unrechtsbewusstsein bei den Handelnden erkennbar. Der schon erwähnte Haftbefehl gegen einen leitenden Arzt hat aber wohl auch dem letzten in diesem Bereich Tätigen klargemacht, dass wir bei der Manipulation an Organverteilungslisten nicht von Kavaliersdelikten reden, sondern von schweren Rechtsverstößen. Das hat sicher viele nachdenklich gemacht.

Ich glaube deswegen auch aus tiefster Überzeugung: Die Transplantationsmedizin in Deutschland war noch nie so sicher wie heute. Das muss das Fundament sein, auf

dem wir aufbauen, meine Damen und Herren, und glaubwürdig wieder für die Organspende werben können. Wir unterstützen die Aktionen, Herr Bahr, die wir in dieser Hinsicht zusammen durchführen. Wir müssen uns jetzt darauf konzentrieren klarzumachen: Wir hatten kein Problem mit der Organspende, obwohl es in der Öffentlichkeit oft so dargestellt wurde, wir hatten ein Problem in der Transplantationsmedizin. Das sind zwei Paar Schuhe, auch wenn es nach draußen oft nicht so rüberkommt.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die ärztliche Selbstverwaltung hat diese Herausforderung angenommen und sie hat sich dabei bewährt. Dabei ist und bleibt es unsere Aufgabe, darüber hinaus ein patientengerechtes Gesundheitswesen weiterzuentwickeln und in kritischer Selbstreflexion Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung zu verbessern.

Auf dem diesjährigen Ärztetag befassen wir uns in einem eigenen Tagesordnungspunkt nicht nur mit der anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, sondern insbesondere mit der Stärkung der ambulanten Weiterbildung.

Wir wollen dabei wegkommen von starren Zeitvorgaben und Inhalte sowie Kompetenzen definieren, die der angehende Facharzt erlernen und beherrschen muss. Die Devise heißt: weg vom starren Rahmen, hin zu Flexibilität und Inhalt.

Und wir müssen uns auch darüber unterhalten, wo der Arzt dies alles erlernen kann. Nach wie vor findet der Löwenanteil der Weiterbildung in stationären Einrichtungen statt. Es geht aber um Inhalte der Medizin, die heute nur noch im ambulanten Bereich vorkommen und in einigen Fächern auch nur noch dort erlernt werden können.

Dies und nur dies wollen wir regeln. Dabei dürfen wir aber eines nicht vergessen: Die Verantwortung vor unserem beruflichen Nachwuchs gebietet es, dass wir auch dafür Sorge tragen, dass die Weiterbildung ableistbar bleibt, keine Flaschenhälse entstehen und auch dem Ausmaß an Verantwortung, Arbeit und Leistung, das die jungen Kolleginnen und Kollegen mitbringen, Rechnung getragen wird durch gute Arbeitsbedingungen und ein angemessenes Gehalt, auch im niedergelassenen Bereich.

(Beifall)

Es kann bei dieser Debatte nur um Bildung, Zukunft und Verantwortung gehen, nicht um Honorarordnung, Marktverteilung oder Konkurrenzschutz. Das sind wir unseren jungen Kollegen schuldig.

Meine Damen und Herren, Verantwortung ist nicht teilbar. So stehen in der Verantwortung für die seit Jahrzehnten überfällige Überarbeitung der amtlichen Gebührenordnung nicht nur die Ärzteschaft und die privaten Krankenversicherungen, sondern vor allem auch die Politik. Gleichwohl sind wir in Vorleistung gegangen. Wir haben bei der Bundesärztekammer viel Personal und Geld in die Hand genommen und haben selbst eine neue GOÄ auf betriebswirtschaftlicher Basis entwickelt und kalkuliert.

Zeitgleich verhandeln wir mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen, ob es uns nicht doch noch gelingt, ein gemeines GOÄ-Modell vorzulegen. Es bestehen gute Aussichten, dass diese Verhandlungen bald mit einem positiven Ergebnis abgeschlossen werden können. Dann hätten wir eine zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer abgestimmte GOÄ, der sich der Gesetzgeber eigentlich gar nicht entziehen kann.

Aber es ist auch gut, dass unsere eigene Gebührenordnung nun praktisch fertig ist und dem Ministerium übergeben werden könnte. Der Vorstand wird auf seiner Klausur im Juni – auch im Lichte des Standes der Verhandlungen mit dem PKV-Verband – darüber beraten.

Dennoch müssen wir feststellen, dass in dieser Legislaturperiode keine neue GOÄ mehr rechtsverbindlich werden kann. Damit aber darf sich der Gesetzgeber nicht einfach zufriedengeben. Die kumulierte Inflationsrate für den Punktewert seit der letzten Anhebung beträgt inzwischen über 30 Prozent!

Verschiedene Bundesregierungen haben die Gebührenordnungen anderer freier Berufe innerhalb dieses Zeitraums ebenfalls unter Berücksichtigung des Inflationsausgleichs angepasst. So wurden die Gebührensätze der Gebührenordnung für Tierärzte im Jahr 2008 mit dem Ziel „der Anpassung der Vergütungen an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland seit Inkrafttreten der derzeit geltenden GOT (01.08.1999)“ um 12 Prozent erhöht. Aktuell heißt es in der Begründung des Entwurfs des Gesetzes zur Anhebung der Rechtsanwaltsgebühren:

> *Die Vergütung der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte ist zuletzt mit Inkrafttreten des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes am 1. Juli 2004 an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst worden. Eine erneute Anpassung der Rechtsanwaltsvergütung ist mit Rücksicht auf die gestiegenen Kosten und zur Teilhabe an der allgemeinen Einkommensentwicklung notwendig.*

Im Begründungsteil wird zur Höhe der erwarteten Erhöhung weiter ausgeführt:

> *Insgesamt wird eine prozentuale Steigerung von rund 12 % des Gebührenteils erwartet.*

Mit der Inflationsrate, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist es wie mit dem Wetter: Die ist für alle gleich. Deswegen brauchen wir jetzt und sofort einen Inflationsausgleich in der GOÄ!

(Beifall)

Ganz oben auf der Agenda des Ärztetages steht die Zukunft der Finanzierung der Krankenversicherung. Der gegenwärtige Zustand der Krankenversicherung − gesetzlich wie privat – ist eigentlich gut. Die Geldspeicher sind voll. Es herrscht also überhaupt keine Not, das System von den Füßen auf den Kopf zu stellen. Vielmehr ist eine Stärkung des bestehenden Systems, das doch unstreitig das am besten funktionierende der Welt ist, vorrangig. In diesem Sinne hat auch der letzte Deutsche Ärztetag in Nürnberg argumentiert und sich für einen Beibehalt und eine Stärkung des dualen Versicherungssystems aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung ausgesprochen.

Mehr noch, der Deutsche Ärztetag hat den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, gemeinsam mit Gesundheitsökonomen auf der Grundlage des Ulmer Papiers eine Konzeptskizze für die Fortentwicklung dieses Systems in einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmenden medizinischen Chancen und Möglichkeiten zu erstellen und dieses Papier auch in den politischen Meinungsbildungsprozess einzuspeisen.

Wir sehen uns übrigens an vielen Punkten auch durch die Spitzenvertreter der GKV aufgefordert und bestätigt, an diesem dualen System festzuhalten. So hat selbst

Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Spitzenverbands Bund, unlängst klar formuliert, dass der Leistungskatalog der GKV nur gut und umfassend ist, weil er sich dem Wettbewerb mit der PKV stellen muss, und dass Einheitssysteme wie eine Bürgerversicherung den Leistungskatalog einschränken würden. Diesem Votum aus dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung kann man nur uneingeschränkt zustimmen.

(Beifall)

Unsere Reformskizze liegt nun vor. Unser Konzept hat im Kern sieben Punkte:

Erstens. Ein klares Bekenntnis zum Erhalt der Dualität unserer Krankenversicherung.

Zweitens. Wir wollen die Finanzautonomie der Krankenkassen wiederherstellen. Sie sollen den Anteil der Versicherten als festen einkommensunabhängigen und von ihnen autonom festgelegten Gesundheitsbeitrag erheben.

Drittens. Eine Belastungsgrenze von maximal 9 Prozent des gesamten Haushaltseinkommens wird als Schwelle zum Solidarausgleich definiert.

Viertens. Dieser Ausgleich erfolgt aus Mitteln des Gesundheitsfonds.

Fünftens. Der Arbeitgeberanteil wird zur Ermöglichung einer langfristigen Kalkulation der Lohnkosten für die Arbeitgeber auf 7,3 Prozent festgelegt.

Sechstens. Der Gesundheitsfonds wird umstrukturiert: In ihn hinein fließen die Arbeitgeberbeiträge, analoge Mittel aus der Rentenversicherung und Steuermittel für den Solidarausgleich; aus ihm heraus werden der Sozialausgleich und die Kinder- und Familienmitversicherung finanziert.

Siebtens. Ein Gesundheitssparkonto für jedes in Deutschland geborene Kind wird eingerichtet, auf das aus Steuermitteln eine portable Grundausstattung für jeden dann jungen Erwachsenen zur Verfügung gestellt wird, wenn er eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt.

Gerade dieser letzte Punkt erfreut sich naturgemäß besonderer Beachtung, stellt er doch eine neue Idee dar. Wir stellen aber die Frage: Kann und muss sich der Staat nicht engagieren, um gerade die jungen Menschen, die noch wenig verdienen, so mit einem finanziellen Polster auszustatten, dass ihnen der Start in die Zukunft eines wettbewerblich ausgerichteten Krankenversicherungssystems durch Wahlmöglichkeit statt durch Gleichmacherei ermöglicht wird?

Dass derartige Geldzuwendungen übrigens alles andere als utopisch sind, beweist gerade die Grünen-Spitzenfrau Karin Göring-Eckardt, die ja eine Kindergrundsicherung von etwa 330 Euro monatlich für alle Kinder unabhängig vom Einkommen und Sozialstatus der Eltern vorgeschlagen hat. 100 Euro davon für ein zukunftsorientiertes Gesundheitssparkonto vorzusehen wäre sicher sinnvoll und finanziell auch möglich.

Wir sind es unseren Kindern schuldig, nicht nur an uns, sondern auch an sie zu denken.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, damit komme ich zum letzten Thema, das mir besonders am Herzen liegt. Ich meine die auch in unserer Gesellschaft immer noch bestehenden Zusammenhänge von Armut und Krankheit. Wir sind – immer noch – ein sehr reiches Land. Man hat manchmal den Eindruck, die Krisen um uns herum könnten uns nichts anhaben. Die Wirtschaft prosperiert, die Arbeitslosenzahlen bleiben erstaunlich niedrig. Die Jugendarbeitslosigkeit ist nirgendwo in Europa geringer als bei uns. Und doch: Untersuchungen aus Deutschland und England belegen: Die gesundheitlichen Ungleichheiten haben sich in den letzten Jahrzehnten eher vergrößert als abgenommen. Immer mehr Menschen fallen durch den Rost unseres Gesundheitswesens.

Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kausalitätskette eher heißt „Krankheit macht arm“ oder „Armut macht krank“. In beiden Hypothesen kommt uns als Ärzten, aber auch als Teil dieser Gesellschaft eine enorme Verantwortung zu.

Es ist erschreckend zu sehen, dass es trotz intensiver Debatte um Prävention noch immer nicht gelungen ist, den sozialen Gradienten der Adipositas, der Bewegungsarmut, des Alkoholmissbrauchs und des Tabakkonsums nennenswert zu verringern.

Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, unseren Teil zur Prävention zu leisten. Aber, meine Damen und Herren, das allein wird nicht reichen. Prävention muss viel mehr als eine gesamtgesellschaftliche, soziale Aufgabe begriffen werden, bei der Jugendpolitik, Bildungspolitik, Kommunal- und Infrastrukturpolitik besser ineinandergreifen müssen, um gefährdete Zielgruppen auch zu erreichen, um Verhaltensänderung auch über Verhältnisänderung zu bewirken.

Herr von dem Knesebeck, Medizinsoziologe von der Uni Hamburg, der uns in diesen Tagesordnungspunkt einführen wird, wird uns in seinen Folien nachweisen, dass ein Knabe, der heute in die untersten Schichten unserer Gesellschaft geboren wird, eine um zehn Jahre kürzere Lebenserwartung hat als ein Junge, der am selben Tag in den obersten Schichten der Gesellschaft das Licht der Welt erblickt. 70 Jahre Lebenserwartung statt 80!

Meine Damen und Herren, das ist eine bedrückende Tatsache in einem so reichen, wohlausgestatteten Land wie der Bundesrepublik Deutschland.

Wir alle haben die Pflicht, über unsere eigenen Wünsche, Hoffnungen und Perspektiven hinaus hier Verantwortung zu übernehmen, damit sich das ändert.

Wir Ärzte wollen aber nicht nur über dieses Thema reden. Wir fordern auch Handeln in gemeinsamer Verantwortung.

Ich danke Ihnen, dass Sie mir zugehört haben.

(Lebhafter Beifall)

Meine Damen und Herren, Sie hören jetzt noch einmal das Posaunenoktett von Studenten der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover unter der Leitung von Professor Jonas Bylund mit einem traditionellen rumänischen Zigeunerlied. Ich möchte an dieser Stelle den Musikern ausdrücklich für die fantastische Leistung danken, die sie geboten haben.

(Beifall)

Es ist überliefert, dass Mozart angeblich eine Abneigung gegen Blasinstrumente hatte, weil sie ihm zu schrill und zu laut klangen. Ich war hier in der ersten Reihe beeindruckt, wie Sie es verstanden haben, moduliert und zart mit Blasinstrumenten zu spielen. Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei unserer Veranstaltung.

(Beifall)

Anschließend bitte ich Sie, sich zum Singen der Nationalhymne zu erheben.

(Musikalischer Ausklang: Traditionelles rumänisches Zigeunerlied)

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Meine Damen und Herren, damit ist der 116. Deutsche Ärztetag 2013 in Hannover eröffnet.

Sie können nun in den Foyers des Kuppelsaals beim Empfang der Ärztekammer Niedersachsen und der Stadt Hannover, für den wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken, die Eröffnungsveranstaltung ausklingen lassen.

Ich wünsche Ihnen und uns einen erfolgreichen und guten Ärztetag 2013.

Vielen Dank.

(Beifall)

Musikalische Umrahmung:
Posaunenoktett von Studenten der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover
unter der Leitung von Professor Jonas Bylund

Arbeitstagungen des Plenums

1. Tag, Dienstag, 28. Mai 2013
Nur Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Sie hier heute noch einmal ganz herzlich begrüßen. Es ist gut, dass so viele von Ihnen heute hier zum Deutschen Ärztetag gekommen sind. Ganz besonders begrüßen möchte ich den Ehrenpräsidenten dieses Ärztetages, den ehemaligen Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen, Heyo Eckel.

(Beifall)

Die Halle hat eine gewisse Dimension. Daher werde ich mir für morgen ein Opernglas besorgen, damit ich Sie alle identifizieren kann. Das wird bei den Abstimmungen sicher spannend werden.

Ich begrüße ganz herzlich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Karsten Vilmar.

(Beifall)

Die Halle ist so groß, dass ich nicht weiß, ob diejenigen, die ich jetzt begrüße, wirklich anwesend sind. Ich möchte aber auch nicht den Fauxpas begehen, sie nicht zu begrüßen.

Ich begrüße den Vorsitzenden des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler.

(Beifall)

In seiner Begleitung begrüße ich die stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Regina Feldmann, sowie den Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KBV, Herrn Weidhaas. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich freue mich, dass der Präsident des Bundesverbands der Freien Berufe, Dr. Rolf Koschorrek, MdB CDU, Zahnarzt aus Schleswig-Holstein, heute zu uns gekommen ist. Ein herzliches Willkommen, lieber Rolf!

(Beifall)

Es freut uns, dass unser Ärztetag auch diesmal von einer Delegation der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) begleitet wird. Ihnen allen ein ganz herzliches Willkommen!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, zu uns gekommen sind auch eine große Anzahl von Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland. Es sind so viele, dass ich Ihnen vorschlage, dass Sie sie am Ende der von mir vorgetragenen Liste alle mit einem großen Applaus begrüßen. Anderenfalls bekommen Sie in den nächsten zehn Minuten wunde Handflächen. Ich hoffe, das findet Ihr Einverständnis.

Ich freue mich ganz besonders, dass an der Spitze der ausländischen Delegationen der Präsident des Weltärztebundes, unser Kollege Dr. Cecil Wilson aus Florida, zu uns gekommen ist. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Generalsekretär des Weltärztebunds, der uns bekannte Dr. Otmar Kloiber.

(Beifall)

− Offensichtlich möchten Sie doch jeweils gesondert Beifall spenden.

Vom Weltärztinnenbund ist Frau Dr. Waltraud Diekhaus zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Bei uns ist die Präsidentin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME), Frau Dr. Katrín Fjeldstedt aus Reykjavik. Herzlich willkommen, Katrín!

(Beifall)

Aus Albanien ist zu uns gekommen Professor Ruzhdie Qafmolla, Vizepräsident der Ärztekammer von Albanien.

(Beifall)

Vom Verband der belgischen Ärztegewerkschaften begrüßen wir ganz herzlich Dr. Bernard Maillet.

(Beifall)

Aus Bosnien-Herzegowina ist der Präsident der Ärztekammer der Föderation von Bosnien und Herzegowina, Dr. Harun Drljević, zu uns gekommen. Ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Von der Ärztekammer der Republik Srpska in Bosnien-Herzegowina begrüßen wir Professor Dejan Bokonjić.

(Beifall)

Aus unserem Nachbarstaat Frankreich ist zu uns gekommen Dr. Xavier Deau, Vizepräsident des nationalen Rats der Ärztekammern in Frankreich.

(Beifall)

In seiner Begleitung ist der Generalsekretär des nationalen Rats der Ärztekammern in Frankreich, Dr. Walter Vorhauer. Herzlich willkommen, Walter!

(Beifall)

Wir begrüßen den Schatzmeister des Britischen Ärzteverbands (BMA), Dr. Andrew Dearden. Herzlich willkommen!

(Beifall)

In seiner Begleitung ist der Delegationsleiter beim CPME und Vorsitzender des Ausschusses für Internationale Angelegenheiten der BMA, Dr. Terry John.

(Beifall)

Ebenfalls zu uns gekommen ist der Geschäftsführer der BMA, Richard Beresford. Die Verbindung des Hauses Windsor mit dem Haus Hannover drückt sich heute durch eine starke Delegation aus Großbritannien aus.

Aus Israel zu uns gestoßen ist Dr. Leonid Eidelman, Präsident des Israelischen Ärzteverbands.

(Beifall)

Aus Kasachstan begrüßen wir Professor Maksut Kulzhanov und Frau Gulnara Otepova von der Nationalen Gesundheitskammer der Republik Kasachstan.

(Beifall)

Aus Kroatien ist Dr. Dražen Borčić zu uns gekommen, Vizepräsident der Kroatischen Ärztekammer.

(Beifall)

Aus Lettland ist zu uns gekommen Dr. Maris Plavins, Vizepräsident des Lettischen Ärzteverbands.

(Beifall)

Aus Mazedonien begrüßen wir Professor Koco Cakalaroski und Dr. Dzabin Bajrami, Präsident und Vizepräsident der Mazedonischen Ärztekammer.

(Beifall)

Weiterhin sind von der Mazedonischen Ärztekammer Dr. Muhamed Asani, Dr. Marjan Shokarovski und Dr. Ilbert Ademi heute bei uns. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Montenegro ist vertreten durch Professor Olivera Miljanovic. Auch Ihnen ein ganz herzliches Willkommen!

(Beifall)

Aus Neuseeland begrüßen wir Ian Powell, den Geschäftsführer des Verbands der angestellten Fachärzte von Neuseeland. Er dürfte die weiteste Reise zu uns gehabt haben.

(Beifall)

Von der Österreichischen Ärztekammer ist Dr. Reiner Brettenthaler zu uns gekommen. Wir haben ihm im letzten Jahr das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für seine besonderen Verdienste auch um die deutsche Ärzteschaft verliehen. Herzlich willkommen, Reiner!

(Beifall)

Des Weiteren wird Österreich durch Dr. Herwig Lindner vertreten, Präsident der Ärztekammer für die Steiermark. Schön, dass Sie da sind.

(Beifall)

Aus Polen ist zu uns gekommen Dr. Maciej Hamankiewicz, Präsident der Polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer.

(Beifall)

Rumänien wird vertreten durch Dr. Francisc Jeszenszky, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Ihnen ein ganz herzliches Willkommen!

(Beifall)

Weiterhin ist aus Rumänien zu uns gekommen Dr. Gheorge Borcean, Vizepräsident der Rumänischen Ärztekammer.

(Beifall)

Russland wird vertreten durch Professor Leonid Roshal, Präsident der Nationalen Ärztekammer Russlands, und Dr. Sergey Dorofeev, Vizepräsident der Nationalen Ärztekammer Russlands und gleichzeitig Abgeordneter der Russischen Staatsduma. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Russland wird weiterhin vertreten durch Dr. Leonid Mikhaylov mit seiner Assistentin Dr. Julia Golonova und der Dolmetscherin Alexandra Zubova. Leonid, ein herzliches Willkommen hier in Hannover!

(Beifall)

Ebenfalls bei uns ist Dr. David-Anatol Resnikov, der so viel für die gute Zusammenarbeit zwischen Russland und Deutschland getan hat. Er kommt von der Euro-Asiatischen Medizinischen Gesellschaft. Er ist heute als niedergelassener Arzt im Rheinischen ansässig. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Serbien begrüßen wir die Direktorin der Serbischen Ärztekammer, Frau Dr. Tatjana Radosavljevic. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Die Slowakei wird vertreten durch Dr. Jozef Weber von der Slowakischen Ärztekammer.

(Beifall)

Aus der Tschechischen Republik ist Dr. Zdenek Mrozek zu uns gekommen. Er ist Vizepräsident der Tschechischen Ärztekammer.

(Beifall)

Die Ukraine wird vertreten durch den Präsidenten des Ukrainischen Ärzteverbands, Dr. Oleg Musii.

(Beifall)

Aus Ungarn begrüßen wir den Präsidenten der Ungarischen Ärztekammer, Dr. István Éger. Ganz herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus den Vereinigten Staaten von Amerika ist zu uns gekommen Dr. Jeremy Lazarus, Präsident des Amerikanischen Ärzteverbands (AMA). A heartly welcome to you, Jeremy!

(Beifall)

Sie sehen, meine Damen und Herren, an der Anzahl der zu begrüßenden internationalen Delegationen, welchen Stellenwert der Deutsche Ärztetag in der ganzen Welt hat. Wir sollten jetzt mit einer ganz kräftigen Runde des Applauses unsere internationalen Ehrengäste zusammen begrüßen. Wir freuen uns, dass Sie hier sind.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir haben den Präsidenten des Weltärztebunds, Herrn Dr. Cecil Wilson aus den USA, gebeten, ein kurzes Grußwort zu uns zu sprechen.

Dr. Wilson (in der Übersetzung): Herr Präsident! Sehr geehrte Versammlung! Es ist eine Ehre für mich, dass ich hier in Hannover beim Deutschen Ärztetag dabei sein darf. Ich überbringe die besten Grüße des Weltärztebunds. Der Weltärztebund ist ein weltweiter Dachverband mit 102 Ärzteverbänden, die Millionen von Ärzten weltweit vertreten. Im Auftrag der Patienten und der Ärzte bemüht sich der Weltärztebund, höchstmögliche Standards der medizinischen Versorgung, der Ethik, der Bildung und der gesundheitsbezogenen Rechte für alle Menschen zu erreichen.

Die Bundesärztekammer ist eines der führenden Mitglieder des Weltärztebunds und nicht nur in unserer Generalversammlung, sondern auch im Rat des Weltärztebunds vertreten. Im Laufe der Jahre hat der Weltärztebund aus der tatkräftigen und der konstruktiven Teilnahme der Bundesärztekammer an unseren standespolitischen Aktivitäten einen großen Nutzen gezogen.

Darüber hinaus wird der Weltärztebund derzeit auch unterstützt durch weise und effektive Führungspersönlichkeiten wie Ihren Präsidenten Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, der Schatzmeister des Weltärztebunds ist. Dr. Ramin Parsa-Parsi von Ihrem Dezernat für Internationale Angelegenheiten führt sehr kompetent den Vorsitz der wichtigsten Arbeitsgruppe des Weltärztebunds zum Thema Revision der Erklärung von Helsinki. Eines Ihrer Mitglieder, Dr. Otmar Kloiber, ist der Generalsekretär des Weltärztebunds. Wir ziehen großen Nutzen aus den Führungsqualitäten, den Fertigkeiten und der Weisheit, die er in dieser Funktion mitbringt.

Daher danke ich Ihnen, den Mitgliedern der Bundesärztekammer, für Ihre Teilnahme an der Arbeit des Weltärztebunds. Sie sind für uns sehr wichtig.

Bei meinen weltweiten Reisen im Auftrag des Weltärztebunds denke ich an diese Ziele des Weltärztebunds, nämlich die Erreichung des höchstmöglichen Standards im Bereich der medizinischen Versorgung, der Ethik, der Bildung und bei den gesundheitsbezogenen Rechten für alle Menschen.

Aus diesem Grunde konzentriert sich meine Botschaft auf drei Bereiche, die meiner Meinung nach für die Ärzte und die Patienten, denen wir dienen, von größter Bedeutung sind. Der erste Bereich ist der moralische Imperativ der Ethik in der Medizin. Wir Ärzte sind dann am glaubwürdigsten, wenn wir uns auf ein Fundament von Prinzipien und Ethik stützen. Dabei wird unsere Botschaft glaubwürdiger und wirksamer, wenn wir uns am politischen Prozess beteiligen. Es gibt vermutlich kein deutlicheres Beispiel für die Stellungnahme des Weltärztebunds zum Thema Ethik und Prinzipien als die Erklärung von Helsinki, die Ärzte zum Thema medizinische Forschung an menschlichen Versuchspersonen anleitet.

Der zweite Bereich ist die Herausforderung durch nicht übertragbare Erkrankungen, der führenden Ursache von Mortalität und Morbidität weltweit, und zwar gleichermaßen in Industrie- wie Entwicklungsländern. Diesen Erkrankungen kann man großteils vorbeugen, denn sie werden durch ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, Bewegungsmangel und schlechte Ernährung verursacht.

Wie wir wissen, wird dieses ungesunde Verhalten beeinflusst durch die Umstände, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, die sozialen Gesundheitsdeterminanten. Wir als Ärzte, Regierungen und Gesellschaft im Allgemeinen müssen uns gemeinsam diesen Herausforderungen stellen.

Der dritte Punkt ist die Bedrohung durch den Klimawandel. Die globale Erwärmung, der damit einhergehende Klimawandel und die Wetterextreme wirken sich auf die Gesundheit aus. Als Ärzte haben wir die Aufgabe, unseren Patienten dabei zu helfen, sich an die Auswirkungen des Klimawandels anzupassen, und die Politik bei der Minderung der Schäden durch den Klimawandel zu unterstützen.

Ethik, nicht übertragbare Krankheiten und Klimawandel – die Art und Weise, wie wir in den kommenden Jahren auf diese Herausforderungen reagieren werden, wird ein Prüfstein für unseren Berufsstand werden. Als Ärzte sind wir in unserer Antwort auf diese Herausforderungen durch unser Erbe des Sorgens für Kranke und Leidende gebunden.

Durch die Jahrhunderte sind einzelne Ärzte dieser Verpflichtung dadurch nachgekommen, dass sie ihre Fertigkeiten und ihr Wissen kompetent, selbstlos und manchmal heldenhaft einsetzten.

Als Ärzte sind wir geeint durch unseren gemeinsamen Pakt mit der Menschheit. Wir reichen den Kranken, Behinderten und chronisch Erkrankten die Hand. Das Leiden kennt keine Sprache und das Lindern von Schmerzen oder das Finden von Behandlungen und die Entwicklung neuer Heilverfahren kennen keine Grenzen.

Gemeinsam können wir neue Türen öffnen, neue Erkenntnisse miteinander teilen, neue Heilverfahren finden, Krankheiten abwenden und unseren Patienten in der ganzen Welt dabei helfen, gesünder, glücklicher, länger und produktiver zu leben. Gemeinsam sind wir stärker.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Thank you very much, Cecil. I would like to wholeheartedly endorse your warm words on the good cooperation between the German Medical Association and WMA. We are very happy to have you here. Thank you very much.

Meine Damen und Herren, ich möchte Sie noch auf zwei Ausstellungen hinweisen, die Sie im Eingangsbereich der Niedersachsen-Halle finden können. Es handelt sich zum einen um die Ausstellung „Humanitäre Hilfe – wir sind dabei“. Diese Ausstellung soll nicht nur den wichtigen Stellenwert der Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten bei humanitären Hilfseinsätzen weltweit unterstreichen, sondern sie dient auch dazu, dass wir an dieser Stelle einmal allen Berufskolleginnen und -kollegen aus Klinik und Praxis dafür danken können, dass sie sich bei immer zahlreicher werdenden Katastrophen im Einsatz zur Verfügung stellen. Ich glaube, dafür gebührt ihnen der besondere Dank des Vorstands und auch des Ärztetages für dieses wichtige Engagement.

(Beifall)

Einige dieser Kolleginnen und Kollegen stehen Ihnen für Gespräche zur Verfügung. Ich würde mich freuen, wenn der eine oder andere die Chance nutzen würde, sich sozusagen vor Ort über die Möglichkeiten der eigenen Beteiligung zu informieren.

Zum anderen möchte ich Sie auf die Fotoausstellung „Lebenslang“ des Fotografen Rüdiger Lubricht hinweisen. Er setzt sich mit den Folgen der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl auseinander. Diese Ausstellung wurde von der niedersächsischen Landesstiftung „Kinder von Tschernobyl“ ermöglicht, deren Mitbegründer und heutiger stellvertretender Vorsitzender unser diesjähriger Ehrenpräsident Professor Eckel ist, der sich seit über 20 Jahren mit ganz großem Engagement für die Beseitigung der Folgen der Katastrophe von Tschernobyl einsetzt, insbesondere für die Kinder. Auch dafür von dieser Stelle ein ganz besonders herzlicher Dank an Heyo Eckel.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, jetzt übergebe ich zur Feststellung der Beschlussfähigkeit und zur Erläuterung von Regularien dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herrn Dr. Rochell, das Wort.

Dr. Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Am Sonntag hat unser Präsident mir gegenüber festgestellt, dass für das Wetter beim 115. Deutschen Ärztetag letztes Jahr in Nürnberg der Präsident zuständig gewesen sei und dass das Amt der Wettergestaltung in diesem Jahr auf die Hauptgeschäftsführung übertragen worden sei. Das war nicht ganz unproblematisch. Aber mit Unterstützung von Herrn Strauch, der das heute Morgen ja auch für die Stadt Hannover übernommen hat, können wir Ihnen doch einen etwas sonnigeren Nachmittag bieten, als das in den vorhergehenden Tagen der Fall war. Sollte sich in den nächsten Tagen vielleicht noch der eine oder andere Regentropfen ergeben, so bitte ich das als Freudentränen des Himmels darüber zu werten, dass der Deutsche Ärztetag nach 27 Jahren wieder in Hannover zu Gast sein kann.

Die Einladung zum 116. Deutschen Ärztetag ist Ihnen, den Delegierten, mit der Tagesordnung satzungsgemäß am 2. April 2013 zugesandt worden.

Gemäß der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage lagen diesem Schreiben auch der Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2011/2012 und der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 bei. Gleichzeitig haben wir Sie über die Veröffentlichung des Tätigkeitsberichts der Bundesärztekammer im Internet informiert. Dem Deutschen Ärzte-Verlag an dieser Stelle herzlichen Dank für die rechtzeitige Herstellung des Tätigkeitsberichts in Buchform.

Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer beträgt die Zahl der Delegierten 250. Ich stelle fest, dass weit mehr als die Hälfte der Delegierten anwesend ist. Damit ist der 116. Deutsche Ärztetag beschlussfähig.

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

Der 116. Deutsche Ärztetag behandelt insgesamt zehn Tagesordnungspunkte.

Organisatorische, technische und zeitliche Hinweise zum Ablauf des 116. Deutschen Ärztetages finden Sie wie gewohnt in Ihren Unterlagen.

Das Themenspektrum des Tagesordnungspunkts I „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ umfasst die Themen des Tagesordnungspunkts I a) und damit das von Ihnen in Nürnberg in Auftrag gegebene Konzept zur Zukunft der Krankenversicherung und I b) – Wie viel Markt verträgt die Medizin? – sowie die in der Rede des Präsidenten und in den Anträgen des Vorstands der Bundesärztekammer genannten Schwerpunkte zum Tagesordnungspunkt. Damit werden wir nicht nur darüber diskutieren, dass ein Zuviel an Markt und ein Zuviel an Mangel, wie wir es im Tagesordnungspunkt II unter dem Thema „Armut und Gesundheit“ diskutieren, einen nachteiligen Effekt auf die Gesundheit und auf die Gesundheitsversorgung haben werden, sondern – wir haben es heute Morgen schon erfahren dürfen – auch ein Zuviel an Misstrauen wird hier schädlich sein.

Ich möchte nicht die Vorreden wiederholen. Ich bin optimistisch: Herr Minister Bahr und Herr Ministerpräsident Weil haben ja deutlich dargestellt, dass die Botschaft in der Politik schon angekommen ist, dass wir hier keine Misstrauenskultur, sondern eine Vertrauenskultur brauchen. Ich hoffe, dass diese Botschaft des diesjährigen Ärztetages auch bei unseren Kollegen von den Krankenkassen ankommt; denn wir sehen es als nicht sachdienlich an, wenn der GKV-Spitzenverband auf seiner Homepage Formulare veröffentlicht, wo in die Terminologiekiste von schwarzen, längst abgeschlossen gedachten Zeiten gegriffen wird, wenn es darum geht, Ärzte wegen angeblichen Fehlverhaltens anzuzeigen.

Wir hoffen, dass sich der GKV-Spitzenverband an dieser Stelle zu schade dafür ist, zu einem GKV-Spitzelverband zu degenerieren.

(Beifall)

Es geht viel besser. Ich glaube, das kann man an dieser Stelle lobend erwähnen. Das hat der GKV-Spitzenverband bei der Bewältigung des Transplantationsskandals unter Beweis gestellt. Wir haben dabei in einem sehr konstruktiven Miteinander mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft neue Strukturen geschaffen mit einer Geschäftsstelle Transplantationsmedizin, um gerade hier die Probleme zu beseitigen und gemeinsam dafür zu arbeiten, dass wir etwas, was nicht gut gelaufen ist, künftig besser gestalten, dass wir Probleme abstellen.

Ich glaube, das ist die weitaus bessere Methodik, um das von unseren Patientinnen und Patienten so dringend benötigte Vertrauensumfeld und das Gefühl zu schaffen, sich auch in lebensbedrohlichen Situationen mit großem Vertrauen in die Obhut unseres Gesundheitssystems einfach fallen lassen zu können, als wenn wir uns die Verantwortung für gegenseitige Fehler zuschieben.

Insofern an dieser Stelle meinen ausdrücklichen Dank an den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, dass man hier einmal ein Beispiel gelebt hat, wie man es besser machen kann. Dafür stehen wir auch in allen anderen Bereichen bereit. Es sollte überdacht werden, inwieweit wir hier konstruktiv mehr erreichen als mit der Vorhaltungspolitik, die hier oft betrieben wird.

Anträge zu allen Themen, die nicht explizit auf der Tagesordnung stehen, bitte ich Sie, wie gewohnt, unter dem Tagesordnungspunkt VI Tätigkeitsbericht einzureichen.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle, Ihnen einen Vorschlag zu den Beratungen zum Tagesordnungspunkt VI Tätigkeitsbericht zu machen. Ein Ergebnis der Delegiertenbefragung des letzten Deutschen Ärztetages bestand in dem Wunsch, die Antragsberatung und Entscheidungsfindung weiter zu optimieren, insbesondere beim Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht. Dabei wurde insbesondere eine längere Vorbereitungszeit zum Lesen und Prüfen der Anträge gewünscht.

Wir bitten Sie daher, Ihre Anträge zum Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht, sofern es Ihnen möglich ist, bis Mittwoch 16 Uhr abzugeben. Wir könnten Ihnen dann schon entsprechend früher die in der Abstimmungsreihenfolge vorsortierten Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt zur Verfügung stellen, sodass Sie eine längere Zeit zur Verfügung haben, diese Anträge vor Beratung und Abstimmung ausführlich prüfen zu können. Dies bedeutet selbstverständlich nicht, dass im Anschluss an diese Frist – Mittwoch 16 Uhr – eingehende Anträge nicht mehr angenommen werden. Wir wollen Sie hier bewusst nicht gängeln. Es wäre aber sehr schön, wenn wir mit diesem freiwilligen Verfahren der gewünschten Optimierung der Abläufe schon in einer ganz wesentlichen Frage entsprechen könnten.

Einen ausführlichen Bericht zu den Ergebnissen der Delegiertenbefragung und zur Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages wird Ihnen Herr Dr. Mischo beim Tagesordnungspunkt V a) vortragen.

Hinweisen möchte ich Sie auf die Möglichkeiten der elektronischen Antragserfassung. Sowohl im Delegiertenzentrum als auch im Saal können Sie die speziellen Terminals zur elektronischen Antragserfassung nutzen.

Auf den an diesen Terminals ausgedruckten grünen Antragsformularen können auch direkt die benötigten Unterschriften geleistet werden.

Auch in diesem Jahr können Sie die bereits gedruckten Anträge im Internet abrufen. Die entsprechende Internetadresse finden Sie in Ihren Unterlagen.

Zum Abschluss meiner Ausführungen möchte ich mich ganz herzlich bei unserer Gastgeberin, der Landesärztekammer Niedersachsen, bedanken: bei Frau Wenker und bei Herrn Labuhn und seinem Team für die gute Organisation und die tolle Unterstützung, die wir bisher schon erfahren haben und noch erfahren werden. Ich möchte mich aber auch bei Frau Becker und den Kolleginnen und Kollegen der Bundesärztekammer, die vor und hinter den Kulissen alles dafür tun, um Sie bestmöglich

zu unterstützen, sowie bei den Dienstleistern bedanken. Wenn es klappt und Sie es gut finden, dann loben Sie bitte die vorher Angesprochenen. Wenn etwas nicht klappt, sprechen Sie mich bitte an. Dann haben Sie gleich den Hauptschuldigen vor sich. Wir hoffen aber, dass wir Ihnen hier einen guten Ablauf gewährleisten können.

Dementsprechend wünsche ich uns allen einen erfolgreichen Ärztetag mit guten Debatten und guten Ergebnissen.

Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Bernd Rochell. – Damit, meine Damen und Herren, wären wir mit einer Ausnahme ganz kurz vor dem Eintritt in die Tagesordnung. Ich würde Ihnen gern einen kurzen Hinweis geben. Eine ganze Reihe von Kollegen aus Oldenburg ist im Rahmen einer Spendenaktion als Pedalritter mit dem Fahrrad auf der direkten Route von Oldenburg nach Hannover zu uns unterwegs. Sie möchten gern für den Unterhalt einer kleinen Klinik in Sierra Leone, die sie „Clinic Bo“ nennen, sammeln. Wenn sie hier eintreffen, können wir sie vielleicht, auch wenn das außerhalb der Tagesordnung wäre, kurz begrüßen. Wenn der eine oder andere von Ihnen diese Aktion gut findet, kann er sich, wie es in dem Flyer steht, der auf Ihren Plätzen liegt, direkt mit einem karikativen Akt beteiligen, indem er sein Herz und vor allen Dingen seine Geldbörse ein wenig öffnet und für den Erhalt der „Clinic Bo“ spendet. Dafür wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Ich erkläre hiermit den Eintritt in den **Tagesordnungspunkt I:**

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Der erste Unterpunkt betrifft die Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft. Als Referent bin ich aufgeführt. Da ich Ihnen aber ein zwölfseitiges Papier nicht vorlesen möchte, haben wir den Text vorher allen zur Verfügung gestellt und im Internet veröffentlicht. Die Delegierten des Deutschen Ärztetages hatten die Chance, es vorher zu lesen.

In meiner Rede im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung habe ich nur sieben Kernpunkte angesprochen. Das ganze Papier steht hier selbstverständlich zur Erörterung.

Der von Ihnen eingeforderte und gewünschte ökonomische Sachverstand ist heute bei uns anwesend. Wir haben dieses Papier gemeinsam mit Herrn Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodaten-Analyse in Kiel und Herrn Professor Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik in München erarbeitet. Herr Drabinski ist heute anwesend. Als geladener Gast mit Rederecht hat er die Möglichkeit, auf Fragen zu antworten oder sich auch mit eigenen Redebeiträgen zu beteiligen. Herr Professor Neubauer ist leider wegen einer dringenden Auslandsreise verhindert.

Bevor wir in die Diskussion eintreten, hätte ich gern, dass Sie den Tagesordnungspunkt I b) „Wie viel Markt verträgt die Medizin?“ in das Themenkonvolut aufnehmen. Wir haben Herrn Professor Dr. Giovanni Maio, den Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg, gebeten, uns einen kurzen einfüh-

renden Vortrag zu dieser Thematik zu halten. Anschließend können wir die beiden Themenkomplexe gemeinsam diskutieren.

Herr Professor Maio, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Maio M. A., Referent: Verehrte Ehrengäste! Verehrte Frau Präsidentin! Verehrter Herr Präsident! Verehrte Delegierte! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich danke Ihnen sehr für die ehrenvolle Einladung, hier ein paar Worte zu diesem wichtigen Thema an Sie zu richten. Ich möchte starten mit einer Überlegung, die mir vor Kurzem kam. Ich habe auf der Veranstaltung einer medizinischen Fachgesellschaft einen Nachruf auf einen sehr anerkannten Arzt gehört, in dem neben den wissenschaftlichen Meriten des Verstorbenen die Selbstverständlichkeit gewürdigt wurde, mit der er sich der kranken Menschen angenommen hatte und wie er das Gespräch gerade mit den Menschen suchte, bei denen keine Hoffnung auf Heilen mehr bestand.

Ich habe mich dabei innerlich gefragt, was man wohl in einigen Jahrzehnten für Nachrufe auf die heutige Generation der Ärzte halten wird. Ich habe mich gefragt, ob man dann wohl bei den zu ehrenden Ärzten deren Fallzahlen, deren Case-Mix oder deren Erlöse im Benchmark-Vergleich hervorheben wird. Und schon die Tatsache, dass uns eine solche Vorstellung heute eher merkwürdig vorkommt, zeigt auf, dass das, woran heute die Ärzte gemessen werden, nicht kongruent ist mit dem, was den ärztlichen Beruf von seiner Essenz her ausmacht.

Und doch: Die Bilanzen, die Werte, die Zahlen, sie sind doch alle wichtig für eine gute Medizin. Genau das ist der springende Punkt. Wenn wir heute über die Grenzen der Ökonomisierung der Medizin sprechen, so darf dieses Sprechen nicht als Verweigerung verstanden werden, die Realitäten und Notwendigkeiten anzuerkennen. Ich würde sogar sagen, dass Menschlichkeit und Effizienz keine Gegensätze sind. Humanität oder Ökonomie, das ist schlichtweg die falsche Frage, weil Ökonomie und Medizin keine Antipoden sind. Es sind schlichtweg zwei verschiedene Logiken, die je für sich eine Berechtigung haben.

Die Ökonomie schafft die Ermöglichungsbedingungen für die Medizin. Sie ermöglicht die Strukturen, durch die überhaupt erst ärztliche Hilfe realisiert werden kann. Immer wenn es darum geht, anderen zu helfen, ist man unweigerlich auf gute Strukturen angewiesen. Die Medizin muss gut organisiert sein, sie kann sich kein Missmanagement leisten und sie darf erst recht nicht verschwenden.

Daher kann es nicht darum gehen, das ökonomische Denken zu verteufeln und die Ökonomie als Feindbild zu sehen. Das ökonomische Denken ist eine Notwendigkeit und auch im Interesse der Beitragszahler.

Aber man muss sich darüber im Klaren sein, dass das ökonomische Denken einer ihm eigenen Logik folgt und dass die Logik der Ökonomie in einen Konflikt geraten kann mit der Logik der Medizin. Gerade am Krankenbett erweist sich die Logik der Ökonomie als eine der Medizin fremde Logik, weil die Medizin eben nicht Ökonomie ist, sondern eine soziale Praxis, und weil die Medizin in ihrem Kern es nicht mit Kunden zu tun hat, sondern mit hilfsbedürftigen Menschen, die nichts kaufen wollen und die nicht unverbindliche Angebote einholen wollen, sondern die meist in einer Situa-

tion der Bedürftigkeit und Abhängigkeit nach einem Menschen suchen, der sie aus ihrer krankheitsbedingten Krise herausführt.

Das heißt also, dass die Logik der Ökonomie sich vor allem dort ausbreiten kann, wo es um die Optimierung der Prozesse geht, dort, wo es um die Schaffung einer strukturellen Grundlage geht, durch die eine Arzt-Patient-Beziehung überhaupt erst gestaltet werden kann. Darum muss es gehen.

Je patientennäher aber der Bereich ist, auf den die Ökonomie Einfluss nimmt, desto größer wird die Gefahr der Kollision von zwei verschiedenen Logiken, die dann eben in einen Wettstreit geraten und Dilemmasituationen herbeiführen und Gewissensprobleme evozieren. Je mehr also das ökonomische Denken auch dort sich breit macht, wo eigentlich ein anderes Denken naturgemäß gelten müsste, desto mehr entfremdet sich die Medizin von ihrem eigentlichen Ziel. Daher kann auch nicht von einer Gleichrangigkeit von ökonomischer und medizinischer Logik gesprochen werden, denn es kann ja nicht darum gehen, dass Ärzte nur in bestimmten Situationen das ökonomische Interesse der guten Versorgung unterordnen, sondern der Arzt hat eine Loyalitätspflicht dem Patienten gegenüber, die er nicht einfach abgeben kann. Es geht also nicht um einen Ausgleich, ein Ausbalancieren von ökonomischem Vorteil und Wohl des Patienten, weil das Wohl des Patienten nicht verhandelbar ist.

Die Ökonomie wird also dann zum Problem, wenn sie ihre Logik nicht nur auf die Handlungsbedingungen anwendet, sondern auf den Inhalt der Medizin selbst. Die Frage ist also: Wie weit ermöglicht die Ökonomie ärztliches Handeln und ab wann bestimmt die Ökonomie ärztliches Handeln?

Dass die Gefahr des Bestimmens medizinischer Realität durch die Ökonomie tatsächlich besteht, ist schon im System verankert. Denn Ökonomie meint vom Grundlegenden her den Ansatz, beim Verfolgen von Zielen die richtigen Mittel anzuwenden und dabei auf die Ersparnis des Aufwands zu achten. Die Ersparnis von Aufwand, das ist der Weg zur Effizienz. Was aber ist in der Medizin ein Aufwand, der minimiert werden muss, ein Aufwand, der eingespart werden muss?

Hier ist der Blick in die Realität sehr ernüchternd, denn er zeigt, dass nicht nur in den organisatorischen Abläufen der Aufwand minimiert wird, sondern auch und vor allen Dingen im Arzt-Patient-Kontakt selbst. So zeigen viele empirische Studien, dass die DRG-Einführung einen Trend zur Reduzierung der Personalkosten mit sich gebracht und damit unweigerlich eine starke Arbeitsverdichtung für alle Beschäftigten etabliert hat, eine Arbeitsverdichtung, die auch dadurch begründet ist, dass administrative Aufgaben in Form der DRG-Kodierung und der Bürokratie der Qualitätssicherung dem Arzt zusätzlich aufgebürdet werden, ohne dass er an anderer Stelle Entlastung fände.

Durch diese Verdichtung der Arbeit finden die Gespräche mit den Patienten immer mehr in den Zeiten statt, in denen die Ärzte ihr Arbeitspensum schon erledigt haben, und dies eben oft genug außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit. Durch den Sparzwang und die dadurch evozierte Arbeitsverdichtung entsteht also sukzessive eine neue Kultur des Umgangs mit dem Patienten. Die Klinikumsleitung hat ein Interesse daran, dass die Patientenakte administrativ so rasch wie möglich abgeschlossen wird. Die Ärzte werden dazu angehalten, dem Formalen die oberste Priorität einzuräumen. Es ist wichtiger, die Dokumentation rechtzeitig abzuschließen, als noch ein Patientengespräch zu führen, weil man für das Nicht-sofort-Dokumentieren sanktio-

niert wird, nicht aber für das Hinausschieben oder Verunmöglichen eines Patientengesprächs, das vielleicht für den Patienten ganz entscheidend gewesen wäre.

Auf diese Weise aber etabliert sich immer mehr eine Kultur der formalistischen Korrektheit, die bis zur Unpersönlichkeit geht, weil die Prioritäten so vorgegeben werden. Innerhalb einer ökonomischen Logik wird eben die ärztliche Arbeit wie eine technische Bürokratie aufgefasst; die Abläufe werden fragmentiert, die ärztliche Behandlung wird reduziert aufgefasst wie eine technische Reparatur, die dann eben so kostensparend wie möglich ablaufen soll. Dabei werden aber der Mensch mit seiner Befindlichkeit und die psychosoziale Dimension des Krankseins zu sehr vernachlässigt. So sind dann die sozialen Kontakte relativ starr in einen vorgegebenen Ablaufplan eingefasst, wodurch die Gespräche mit dem Patienten in ein zeitliches Korsett gezwängt werden. So ergibt sich kaum eine Gelegenheit, spontan zu reagieren, sich auch einmal mehr Zeit zu nehmen. Es sind dann die schwachen Patienten, die alten Patienten, die gebrechlichen Patienten, die hier zu kurz kommen, weil sie mehr Erklärungen brauchen, als der formalisierte Zeittakt zulässt.

Gerade bei der Entlassung zeigt sich dieses Manko. So fühlen sich heute sehr viele Patienten schlecht auf ihre Entlassung vorbereitet, weil man sich nicht genügend Zeit dafür nimmt, ihnen Hilfestellungen zu geben und Ratschläge, wie es zu Hause am besten weitergehen kann.

Ökonomie ist der Versuch, ein Ziel durch das Einsparen von Aufwand zu erreichen, haben wir gesagt. Heute wird unter ökonomischem Druck der Aufwand an Gesprächszeit, an Begegnungszeit mit dem Patienten eingespart. So spart die Medizin nicht das Überflüssige ein, sondern sie spart am Kern ihrer Identität ein, weil der Kontakt mit dem Patienten das ist, was der eigentliche Grund war, Medizin als sozialen Beruf zu wählen.

Aber sie spart auch deswegen am Kern ihrer Identität, weil gerade über den Kontakt mit dem Patienten erst eine vertrauensvolle Beziehung entstehen kann. Diese Beziehung ist ja nicht nur idealistisches Sahnehäubchen, sondern sie ist doch die eigentliche Grundlage dafür, dass die Therapien beim Patienten überhaupt eine Wirkung entfalten können. Die Beziehung ist Teil der Therapie, Grundlage der Therapie und nicht etwas fakultativ Hinzukommendes.

Dieser Zeitdruck, diese Arbeitsverdichtung sind nicht nur für den stationären Bereich beherrschend, sondern in gleicher Weise für den ambulanten Bereich. Allein schon deswegen, weil die Krankenhäuser, um Geld zu sparen, sehr viel in den ambulanten Bereich verlagern, aber auch deswegen, weil die Bürokratie gerade auch im ambulanten Bereich einen Großteil der Zeit verschlingt, denn wenn nicht alles lückenlos dokumentiert wird und Belege gesammelt werden, droht die Nichtübernahme der Kosten durch die Kasse.

Zusammengenommen können wir also sagen: Die Ökonomie erscheint heute nicht nur als Unterstützung, die der Medizin erst den Raum verschafft für die medizinische Behandlung, sondern die Ökonomie füllt den Raum selbst aus und wird damit zum Taktgeber. Sie bestimmt die Abläufe, sie bestimmt aber zunehmend auch die Ziele der Medizin. Dies zeigt sich vor allem daran, dass die Patienten selbst nach Rentabilität klassifiziert werden.

Viele empirische Befunde zeigen, dass unter dem Einfluss der DRG-Abrechnung die Tendenz besteht, Patienten in ökonomische Kategorien aufzuteilen. So wird heute den Ärzten subschwellig beigebracht, bei jedem Patienten stets mit zu reflektieren, welche Bilanz er verspricht. Eine schlechte Bilanz versprechen vor allem chronisch Kranke, Patienten mit Mehrfacherkrankungen, Patienten mit Komplikationsrisiken, Patienten mit hohem Versorgungsaufwand und auch Patienten mit völlig unklarer Diagnose, weil sie eine unkalkulierbare Verweildauer und einen offenen Ausgang haben. Wenn also die Medizin die ökonomische Logik verinnerlichte, dann würde der Patient in Not nicht mehr ausschließlich aus der Perspektive betrachtet werden, was seine Not erfordert, sondern konkurrierend auch aus der Perspektive der Bilanz, die er verspricht. Auf diese Weise würde aber die Ökonomie die ärztliche Logik komplett auf den Kopf stellen. Eine Medizin hat es mit schwachen Patienten zu tun. Deshalb ist die Antwort der Medizin auf diese Schwachheit die Selbstverständlichkeit der Hilfe, der Unterstützung, letzten Endes die Übernahme der Verantwortung für den Patienten, um diese Not auszugleichen.

Wenn aber der Patient nun in der ökonomischen Logik unter dem Blickwinkel betrachtet wird, welche Bilanz er verspricht, dann ist das eine komplett andere Logik, denn diese sucht nicht primär nach der Linderung der Not, sondern sieht die Not als Anlass, um gute Zahlen damit zu machen. Das heißt ja nicht weniger, als dass der Patient, der nur noch so gesehen werden würde, im Grunde benutzt werden würde zur Steigerung der Bilanzen. Oder eben auch umgekehrt: Je höher der Aufwand für ihn, je komplizierter seine Krankheit, je anfälliger für Komplikationen, desto mehr würde dieser Patient als mögliche Bedrohung der Bilanzen gesehen werden.

Das Präsenthalten der ökonomischen Zahlen wird so zur Selbstverständlichkeit, dass manche Ärzte es gar nicht mehr merken, wie sie durch das System sukzessive innerlich umprogrammiert werden. Das ist vielleicht die folgenschwerste Veränderung durch die Ökonomisierung, dass die Ärzte Gefahr laufen, sich innerlich zu verändern und Zug um Zug die eigentlich fremde Logik der Ökonomie zu ihrer eigenen Logik zu machen. Je mehr die Ärzte dazu verleitet werden, desto mehr werden sie ganz subtil am Ende von der Ökonomie in gewisser Weise innerlich gekapert. Die Ärzte laufen Gefahr, gekapert zu werden, weil sie vorher durch die strukturellen Entscheidungen und die neuen Machtverhältnisse in die Situation einer strukturellen Bevormundung hineingetrieben worden sind. Es sind die strukturell vorgegebenen knappen zeitlichen Ressourcen, die sozusagen als verdeckte Vorschrift den Ärzten nicht erlauben, immer das zu tun, was sie von ihrem ärztlichen Anspruch her gerne täten.

Diese Bevormundung erfolgt nicht direkt, sondern durch die Etablierung einer Herrschaft von Arbeitsintensität und Zeitdruck. Dadurch wird bevormundet, weil die Ärzte nicht selbst entscheiden können, wofür sie ihre Zeit verwenden können.

Neben der strukturellen Bevormundung haben wir eine ideelle Vereinnahmung der Ärzte dadurch, dass subtil eine Distanzierung von ihren eigenen Idealen nahegelegt wird. Zumindest wird ihnen implizit beigebracht, dass die Erfordernisse des Betriebs, der Klinik mindestens genauso wichtig sind. Das Gefährliche daran ist, dass die neue Wertehierarchie nicht einfach verordnet wird, sondern dass die Ärzte nur indirekt dazu gebracht werden, diese neue als Sachzwang ausgegebene Hierarchie so weit zu verinnerlichen, dass sie am Ende als eine freiwillige Übernahme in Erscheinung tritt.

Die Ökonomisierung verändert also sukzessive die inneren Einstellungen der Ärzte. Und genau das muss unbedingt gestoppt werden, meine ich. Um das zu stoppen,

müssen wir realisieren, dass diese innere Übernahme ökonomischer Logiken drei systemische Gründe hat: Sie liegt an der beschriebenen strukturellen Einzwängung durch Zeit und Dokumentation; sie liegt aber auch an den Anreizsystemen, die sehr geschickt die Ärzte steuern sollen und sie anhalten sollen, sich auf die Unternehmensziele auszurichten. Und sie liegt drittens daran, dass den Ärzten nicht nur die medizinisch-ärztliche Verantwortung, sondern zugleich auch die ökonomische Verantwortung für das Haus aufgebürdet wird. Sie werden einfach zu Mitunternehmern deklariert, und dadurch machen sie die ökonomische Logik zu ihrem persönlichen Anliegen.

Viele Ärzte handeln deswegen ökonomiekonform, weil ihnen auch suggeriert wird, dass, wenn die Zahlen nicht stimmen, die Existenz des Klinikums auf Dauer gefährdet sei. Dadurch werden die Ärzte in gewisser Weise erpressbar. Es ist, wie wenn man sagen würde, dass nur ein bestimmter wirtschaftlicher Erfolg die Ärzte berechtigt, ihren eigenen Arbeitsplatz zu behalten. Niemand schreibt vor, dass die Ärzte nur nach Kostengesichtspunkten Therapien vorschlagen sollen – das wird nie jemand sagen −; es ist vielmehr der Arzt selbst, der meint, sich diese Vorschrift machen zu müssen, wenn auch contre coeur, aber er macht sie sich. Die Internalisierung der Verantwortung für das Überleben des Hauses ist das Eintrittstor für die Aushöhlung der ärztlich-medizinischen Logik. Diese Aushöhlung findet am Ende ohne Vorgaben, sondern durch eine innere Umformung der Mentalitäten statt.

Natürlich hängt diese innere Umformung auch mit dem Zustand der Ärzteschaft selbst zusammen. Die Ärzteschaft hat natürlich selbst auch zu dieser Situation beigetragen, vor allem durch den oft mangelnden internen Zusammenhalt. Natürlich ist die Übernahme der ökonomischen Logik für manche Ärzte auch komfortabel. Auch das darf man nicht vergessen. Aber die meisten Ärzte empfinden die Ökonomisierung als eine zunehmende Sinnentleerung ihres Tuns, weil sie spüren, dass sie als Mitunternehmer ihre Arbeitskraft für ein Ziel einsetzen, wofür sie eigentlich nicht angetreten waren.

Dass der Patient nun im Zeitalter der Fallpauschalen genau kalkuliert werden kann, hat eine weitere Folge. Denn nun können die Krankenhäuser oder auch die einzelnen Abteilungen miteinander genau verglichen werden, was ihren Erlös betrifft. Sehr schnell wird es dann eben ertragreiche Abteilungen und weniger ertragreiche geben, was zu einem Druck auf die weniger ertragreichen führt, sich den anderen anzupassen, wenn sie nicht dem Rotstift geopfert werden wollen. Und wenn sie dem Rotstift geopfert werden, so eben nicht, weil diese Abteilungen unnötig oder weniger wichtig wären oder schlechte Arbeit geleistet hätten, sondern einzig und allein, weil ihre Patienten eben wenig ertragreiche Diagnosen haben.

Hier sehen wir, wie ein neues Qualitätsmerkmal auftaucht: Es gilt nicht mehr das als erhaltenswert, was einen wertvollen Beitrag zur Versorgung der Patienten leistet, sondern nur noch das, was einen finanziellen Beitrag zur Konsolidierung leistet. Das ist ein großer Unterschied. Man kann es auch so sagen: Ob eine Behandlung, eine Abteilung, ein Klinikum gut ist oder nicht, bemisst sich im Zeitalter des Verdrängungswettbewerbs nicht daran, ob sie sinnvolle Behandlungen vornehmen, sondern es bemisst sich allein am Geld, das sie einbringen. Heute möchte man ja den Wettbewerb als Lösung aller sozialen Probleme. Nur Wettbewerb, nur Konkurrenz, das heißt ja, dass die unrentablen Teile des Unternehmens abgestoßen oder einem anderen Träger überlassen werden, der kostengünstiger arbeitet. Das bedeutet, dass

Patienten, die einen hohen Aufwand erfordern, aufgrund ihrer komplexen Krankengeschichte zu reinen Kostenfaktoren oder Kostentreibern werden, die auf dem Markt schlechtere Chancen haben.

Daraus wird deutlich, dass eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung nicht allein dadurch garantiert werden kann, meine ich, dass man einen Verdrängungswettbewerb verhängt, weil dieser Wettbewerb zwar Rückschlüsse auf die Kliniken erlaubt, nicht aber Rückschlüsse auf die Realisierung einer bedarfsgerechten Versorgung. Wenn tatsächlich der Wettbewerb über alles entscheiden soll, dann muss man bedenken, dass es beim Wettbewerb dann nicht um den Patienten an sich geht, um jeden Patienten gehen kann, sondern dann gibt es erwünschte Patienten, das heißt rentable Patienten mit hohem Erlös, und unerwünschte Patienten. Es gibt Patienten, um die man buhlt, und Patienten, die man meidet. Aber eine Medizin, die Patienten meidet, kann sich doch nicht mehr Medizin nennen, meine ich.

(Beifall)

Das heißt also, dass durch die Überbetonung der Effizienz und durch die Etablierung der Wettbewerbsfähigkeit als neues Qualitätsmerkmal einmal mehr aus dem Blick gerät, was Medizin ist und wofür Medizin da ist.

Die Grenze der ökonomischen Logik haben wir dort ausgemacht, wo diese Strukturlogik der Ökonomie auch auf die Kerntätigkeit der ärztlichen Betreuung übertragen wird. Genau diese Übertragung geschieht heute in zunehmendem Maße, aber eben sehr subtil, sehr verdeckt. Deswegen ist das besonders gefährlich. Die ökonomische Systemrationalität kommt dadurch zum Ausdruck, dass das Gesundheitssystem im stationären wie im ambulanten Bereich so aufgebaut ist, als ginge es gar nicht um die ärztliche Erfahrung, die ärztliche Kompetenz, sondern um den Einsatz von klar bestimmbaren Algorithmen. Gerade im extrem durchregulierten ambulanten Bereich findet eine Entwertung der ärztlichen Qualifikation statt. Immer mehr etabliert sich dann ein Verständnis von Medizin, das reduziert wird auf die Einhaltung von Protokollen, Ablaufplänen und einer Fülle an Dokumentationen und Leistungsnachweisen – und Kontrollen.

All das, was nicht gemessen werden kann, fällt aus dem Raster der Bewertung heraus. Und kontrolliert wird nur das Messbare. Man spricht heute von Output-Orientierung, von Leistungspaketen, man spricht von Produktbildungsprozessen und Ablaufoptimierungen. Das mag alles wichtig sein, aber all das erinnert eher an einen Betrieb, wo es gar nicht um Menschen, sondern um die Herstellung von Gegenständen geht. Die Ökonomisierung fördert also ein rational-distanziertes und schematisiertes Vorgehen. Dieses Vorgehen hat zum Teil seine Berechtigung, aber genuin ärztliches Handeln geht darin nicht auf. Darüber müssen wir uns noch einmal neu verständigen.

Das qualifizierte Handeln des Arztes besteht nicht allein in der Anwendung von Regeln und Handlungsanleitungen, vielmehr geht es immer um eine situationsspezifische und kontextgebundene und an der Lebenswelt des Patienten orientierte Antwort auf den Kranken, um eine singuläre Antwort, die erst generiert wird in der Begegnung mit dem Kranken. Es geht also nicht nur um die Qualität der Prozesse, nicht nur um das Messbare, sondern letzten Endes doch um die Qualität des Zuhörens, des In-Beziehung-Tretens, des Sich-einlassen-Könnens, die Qualität der Begegnung mit dem kranken Menschen als Menschen.

Die Ökonomisierung führt zu einer Abwertung dieser nicht messbaren, aber, meine ich, unabdingbar notwendigen Qualitäten, die nicht zuletzt ärztliche Erfahrung erfordern. Diese systematische Nichtbeachtung zwischenmenschlicher Qualitäten wirkt sich demotivierend auf die Ärzte aus, die sich persönlich engagieren. Es darf also nicht nur um einen funktionalen und zweckrationalen Zugang auf den Patienten gehen, sondern es muss vor allem um einen Zugang der Anerkennung, der Sorge, der Anteilnahme gehen, um einen Zugang, durch den der existenziellen Erfahrung der Hilfsbedürftigkeit angemessen Ausdruck verliehen wird. Daher muss ein Umdenken stattfinden und die immer fortschreitende Abwertung des fachlichen und menschlichen Engagements der Ärzte muss gestoppt werden.

Durch die Ökonomisierung entsteht das Bestreben, die ärztlichen Entscheidungen vom System her steuerbar und damit kalkulierbar zu machen; relevante Entscheidungen sollen weitgehend aus der konkreten Arzt-Patient-Beziehung ausgelagert werden. Medizin soll komplett berechenbar gemacht werden, wie in einem industriellen Produktionsprozess.

Aber so funktioniert Medizin nun einmal nicht. Zentrale Tätigkeit des Arztes ist ja nicht einfach die Umsetzung eines Algorithmus, sondern seine zentrale Tätigkeit ist erst einmal der oft komplizierte Weg zur Diagnose, das systematische Abklären verschiedenster Differenzialdiagnosen, das Sich-Herantasten an einen Befund. Zentrale Arbeit ist doch das behutsame Abklären, das In-alle-Richtungen-denken-Dürfen, um ja nichts zu übersehen. Wenn aber nun in den Praxen und Kliniken nur noch Effizienz zählt und die Umsetzung von Algorithmen erwartet wird, dann wird die schnelle Entscheidung belohnt und die Ärzte werden oft zu Abkürzungsstrategien angehalten. So kommt die eigentliche ärztliche Qualität gar nicht mehr zur Geltung. Das Eigentliche ärztlicher Entscheidungen lässt sich nicht einfach abbilden, es lässt sich nicht überführen in Algorithmen, weil das Eigentliche sich in den vielen informellen Gesprächen, in dem Nachdenkprozess, wofür man Zeit haben muss, in dem Einbringen von Erfahrung, Gespür und Intuition niederschlägt. All das kann und darf nicht abgekürzt werden.

Wenn aber nun Ärzte nur noch danach bewertet werden, was sie dokumentieren können, sind sie logischerweise frustriert. Engagierte Ärzte werden in einem ökonomisierten System systematisch demotiviert, denn je mehr sie in die Patientengeschichte investieren, desto mehr erscheinen sie als betriebswirtschaftlich unvernünftig und müssen sogar mit Regressforderungen rechnen. Arzt sein hat mit der Lösung von Problemen zu tun und nicht nur mit der Anwendung von Flussdiagrammen. Und dieses Problemlösen ist immer etwas Kreatives. Der Arzt kann also nicht reduziert werden auf einen Manager, der für einen reibungslosen Ablauf zu sorgen hat. Ärzte sind eben nicht einfach Funktionierer und Vollzugsagenten von vorgegebenen Unternehmenszielen, sondern sie sind gefordert, in der Begegnung mit den Patienten patientengerechte, das heißt singuläre Entscheidung zu fällen.

Der moderne Arzt, gerade im ambulanten Bereich, soll heute in gewisser Weise zum Ingenieur für den Menschen gemacht werden. Dabei wird sein Verstehenwollen, sein erfahrungsgesättigter Zugang auf den Kranken als ganzem Menschen immer weiter gering geschätzt. Was den Arzt aber vom Ingenieur am meisten unterscheidet, ist doch die Tatsache, dass der Arzt ein Vertrauensbündnis mit seinem Patienten eingeht. Das heißt, dass ein Arzt nicht einfach, wie ein Ingenieur, ausrechnet, was geht oder was nicht geht, sondern dass der Arzt sich als Professioneller verpflichtet, beim

Patienten zu bleiben, auch dann, wenn vieles nicht mehr geht. Er erklärt seine Kunst nicht einfach für beendet, sondern er verbündet sich mit seinem Patienten und begleitet ihn. Er sichert ihm zu, da zu sein, weil dieses Dasein zu seinem ärztlichen Auftrag gehört – auch wenn es keine Ziffer dafür gibt.

Daher ist es, meine ich, gefährlich, wenn an den Arbeitsbedingungen der Ärzte gespart wird. Denn die Ärzte sind eine zentrale Ressource für die Gewährleistung dessen, wofür die Patienten in die Praxen, in die Kliniken gehen. Wenn den Ärzten immer mehr Entscheidungsfreiräume geraubt werden und ihnen damit die Identifikationsmöglichkeit mit ihrem Beruf geraubt wird, dann ist das nicht nur ein Raub an den Ärzten, sondern indirekt auch ein Raub an den Patienten, weil Patienten von ihren Ärzten nur dann gut versorgt werden können, wenn diese Ärzte aus tiefer Überzeugung und mit Freude ihren Beruf ausüben. Wenn die Freude am ärztlichen Tun verloren geht, ist das eine Gefährdung der guten Versorgung der Patienten.

Und die Freude geht heute deswegen verloren, weil sich Ärzte heute zerrissen fühlen zwischen widersprüchlichen Anforderungen, die an sie gestellt werden; sie sollen sich einerseits für ihre Patienten einsetzen, andererseits müssen sie helfen, die ökonomischen Unternehmensziele zu erreichen. Ich finde, es ist vom System her unverantwortlich, den Ärzten einen solchen Konflikt aufzubürden.

(Beifall)

Ich denke, es ist wichtig, dass die Politik daher nicht allein auf Wettbewerb setzt, wenn es ihr um eine bedarfsgerechte Versorgung geht, sondern sie muss Planungssicherheit geben und sie muss Strukturen schaffen, durch die die niedergelassenen Ärzte und die Klinikärzte dafür geachtet und wertgeschätzt werden und nicht bestraft werden, wenn sie sich gerade der schwierigen Fälle annehmen, der chronisch kranken Patienten, die nicht so leicht in Raster zu fassen sind und die Begleitung und Anleitung brauchen, der Schwerkranken, die man nicht einfach heilen kann, der Vielfachkranken, die komplexe Krankheitsbilder haben.

Wir sind heute an einem Punkt angelangt, an dem die Ärzte selbst Partei ergreifen müssen für diese schwachen Patienten, die vielen Patienten, die sich eben nicht äußern, nicht kämpfen können. Diese Patienten brauchen die Ärzte, damit diese für sie in die Bresche springen, um eine systembedingte Unterversorgung dieser Patienten zu vermeiden. Es ist eine Unterversorgung, die sehr subtil ist in Form der psychosozialen Betreuung. Die Ärzte sind angehalten, auf diese Unterversorgung, die systembedingt ist, hinzuweisen und sich für diese Patienten neu einzusetzen, damit gerade diesen Patienten geholfen werden kann.

Die systembedingte Unterversorgung zeigt auf, dass Politiker anerkennen müssen, dass die Sorge für die ernsthaft kranken Menschen nicht monetarisiert werden darf. Die Sorge für kranke Menschen darf nicht in Geld ausgerechnet werden, sie darf nicht monetarisiert werden, weil es das Selbstverständlichste der Welt bleiben muss, dass man kranken Menschen hilft, nicht weil es sich rentiert, sondern weil sie Hilfe brauchen und weil man dafür Arzt geworden ist.

(Beifall)

Es kann nicht darum gehen, sich alte Zeiten herbeizusehnen, denn die alten Zeiten hatten ihre eigenen Unzulänglichkeiten. Der heutige Ökonomisierungsschub ist nicht zuletzt auch Resultat des verschwenderischen Umgangs mit Ressourcen in der Ver-

gangenheit. Eine Entökonomisierung allein ist sicher keine Garantie für Humanität, aber eine unangemessene Übertragung ökonomischen Denkens auf die Medizin gefährdet die Humanität. Daher muss man viel mehr für einen konstruktiven Dialog eintreten.

Es wird von Ärzten immer erwartet, dass sie lernen, ökonomisch zu denken. Aber ich meine, es ist noch wichtiger, dass Ökonomen lernen, medizinisch zu denken,

(Beifall)

damit sie wissen und erkennen, wo ökonomisches Denken angemessen ist und wo das ökonomische Denken dem medizinischen den Platz wieder frei machen muss.

Gefragt ist hier also eine dialogische Verständigung. Es kann nicht um ein Überstülpen industriell-ökonomischen Denkens auf die Ärzte gehen. Ein solches Überstülpen findet aber statt, wenn die Regeln zu starr sind.

Standardisierte Vorgaben wie untere oder obere Grenzverweildauer sind unangemessen. Jeder Patient ist für sich genommen etwas Einzigartiges. Genau darin liegt die Kompetenz des Arztes, dass er das allgemeine Wissen auf das Individuum Patient übertragen kann. Je rigider die Vorgaben sind, desto mehr werden Ärzte gezwungen, ihre am Wohl des Patienten ausgerichtete Logik zu verlassen und nach medizinfremden Kriterien zu entscheiden. So werden manche Patienten in der Klinik belassen, obwohl sie entlassfähig sind, nur um die untere Grenzverweildauer nicht zu unterschreiten. Und andere werden auch dann nach Hause geschickt, wenn die Ärzte wissen, dass es für die Wundheilung oder für die Mobilisation noch besser wäre, sie würden noch ein paar Tage bleiben.

Eine solche Situation sollte nicht zugelassen werden. Natürlich müssen Ärzte angehalten werden, keine Ressourcen zu vergeuden. Aber dies in einer Weise zu tun, die die medizinisch-ärztliche Logik außer Kraft setzt, wird auf Dauer kontraproduktiv sein und richtet sich gegen das Interesse der Patienten.

Befriedigung durch die ärztliche Arbeit ist nur möglich, wenn die Ärzte nicht das Gefühl haben, dass sie eingesetzt werden, um Gewinne zu erzielen, sondern wenn ihnen das Gefühl gegeben wird, ihren Auftrag als Ärzte gut erfüllt zu haben, das Gefühl, das geleistet zu haben, wofür sie als Ärzte angetreten sind. Daher müssen Ärzte viel entschiedener formulieren, wofür sie eigentlich angetreten sind und für welche Ziele sie bereit sind zu arbeiten. Die Ärzte müssen zu einer Gemeinschaft zurückfinden und noch klarer machen, dass sie ihre Fürsorgerationalität nicht aufzugeben bereit sind. Die Ärzte müssen sich aktiv für die medizinische Logik einsetzen und sich von den bloß ökonomischen Bewertungsmustern ihrer Arbeit viel konsequenter distanzieren. Denn allein die Patienten sind es, die dem Arzt seine Existenzberechtigung verliehen haben. Daher ist es Zeit, so meine ich, das Bestehende zu hinterfragen, keine Denkverbote hinzunehmen, sondern dafür einzutreten, dass Ärzte nicht zu Geschäftsleuten werden, sondern das bleiben, was sie werden wollten, als sie die Hörsäle betraten, nämlich Anwälte ihrer Patienten.

(Beifall)

Wenn Ärzte dafür eintreten, dann besteht eine Chance, dass in einem Nachruf auf diese Generation vielleicht stehen könnte: „Er war ein guter Arzt. Er hat sich immer für seine Patienten eingesetzt, war aber nie verschwenderisch. Er war ein guter Arzt,

weil er mit den Ökonomen immer den Dialog gesucht hat und weil er sie am Ende davon überzeugen konnte, dass die Zuwendung zum Patienten kein betriebswirtschaftlicher Luxus ist, sondern die Sache selbst."

Vielen Dank.

(Anhaltender Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank. Lieber Herr Maio, Sie haben sich für die Aufmerksamkeit bedankt, aber wir danken Ihnen für den Vortrag. Ich glaube, das war ein gutes Spiegelbild auch zu den Vorträgen, die wir heute schon gehört haben.

Damit können wir in die Diskussion eintreten. Ich teile Ihnen noch mit, dass zu diesem Tagesordnungspunkt Herr Pascal Nohl-Deryk, stellvertretender Bundeskoordinator der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), das Wort erbeten hat. Er ist geladener Gast mit Rederecht. Mit Zustimmung des Präsidenten können wir ihm das Rederecht gewähren. Ich werde das tun.

Es liegt bereits eine imponierende Rednerliste vor. Da an den ersten Stellen einige bekannte Namen aus Diskussionen vergangener Ärztetage stehen, ist es kein Wunder, dass sich schon vor Eintritt in die Diskussion die ersten Geschäftsordnungsanträge bei mir häufen. Das ist geschichtliche Erfahrung; das ist auch völlig in Ordnung. Die Geschäftsordnung lässt das zu.

Wir beginnen deshalb mit dem Geschäftsordnungsantrag von Herrn Dr. Bernd Lücke. Wünschen Sie, den Geschäftsordnungsantrag zu begründen? – Bitte.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die radikale Form der Redezeitbegrenzung steht im Matthäus-Evangelium: Deine Rede sei: Ja, ja; nein, nein. Was darüber ist, das ist vom Übel. So radikal will ich heute nicht sein. Ich bitte Sie, der Redezeitbegrenzung auf drei Minuten zuzustimmen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Redezeitbegrenzung auf drei Minuten ist beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist für Redezeitbegrenzung auf drei Minuten? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen. – Die Antragstellerin des zweiten Geschäftsordnungsantrags möchte diesen zurückziehen, weil er erstaunlicherweise in eine sehr ähnliche Richtung ging.

Das Wort hat Wilfried Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern. Er ist der Erste, der von dieser Redezeitbegrenzung betroffen ist.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Erlauben Sie mir, dass ich mich, bevor ich mich zur Sache äuße-

re, erst einmal an Frau Dr. Wenker wende, die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer hier im Lande. Sie hat eine hervorragende Eröffnungsveranstaltung organisiert. Die Arbeitsatmosphäre hier im Saal lässt auch Gutes erwarten. Herzlichen Dank dafür.

(Beifall)

Herr Präsident, die Eröffnung war eine gelungene Veranstaltung, nicht zuletzt dank Ihrer Rede und dank der Rede des Gesundheitsministers, dem nur wenig Unmutsäußerungen entgegengesprungen sind. An einer Stelle, als es um das Patientenrechtegesetz ging, ging ein leichtes Murren durch den Saal. Das war nicht unbegründet, denn das Patientenrechtegesetz erlegt den Ärzten viele Pflichten auf, die dem Anspruch auf Entbürokratisierung ausgesprochen entgegenstehen.

(Beifall)

Ich denke nicht nur an den Zeitaufwand, sondern auch den Papieraufwand durch die Dokumentation von Unterlagen, von Aufklärungsbefunden, die gefordert werden. Das ist eigentlich eine viel zu weitgehende Regelung, die wegen der bisherigen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs nicht nötig gewesen wären. Aber es ist jetzt Gesetz.

Ich habe mit sehr viel Interesse die Worte von Professor Maio gehört, der uns eigentlich eindeutig vor Augen geführt hat, wohin die Ökonomisierung der Medizin führt. Es ist sehr schade, dass der Minister dem ersten Tag nicht beiwohnt. Diese Worte richten sich meiner Meinung nach ganz deutlich an die Politik, denn sie muss diejenigen Handlungsfelder schaffen, die uns die ärztliche Berufsausübung ermöglichen, die wir von unserem ärztlichen Ethos her wollen, die wir durchsetzen wollen. Das ist unser Anspruch, genauso wie ihn mein Vorredner hier formuliert hat. Wir wollen hoffen, dass der Referent des Ministers die wichtigen Passagen dieser Rede zur Kenntnis gibt. Das ist ganz wichtig.

Unsere Kammer Mecklenburg-Vorpommern wird Ihnen zum Tagesordnungspunkt I zwei Anträge vorlegen. Der eine Antrag trägt den Titel „Diffamierung ärztlicher Berufsausübung“. Auch das klang mehrfach an. Der Antrag fordert radikal den Rücktritt des Vorstands des GKV-Spitzenverbands. Wir beziehen uns dabei auf etwas, was eine fürchterliche Unmöglichkeit ist. Im Januar dieses Jahres hat Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied des GKV-Spitzenverbands, behauptet, 55.000 niedergelassene Ärzte hätten sich bei der ärztlichen Berufsausübung fehlverhalten.

Meine Redezeit ist zu Ende; es tut mir sehr leid. Sie können das im Antrag nachlesen. Ich hätte Ihnen dazu detaillierte Angaben machen können. Sie können sie aber auch sehr genau nachlesen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Herr Schimanke. – Der nächste Redner ist Ellis Huber, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Berlin, früher ganz oft auf Ärztetagen, dann eine Zeitlang nicht, jetzt wieder. Ellis, du hast das Wort.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Schön, mal wieder hier zu sein, 15 Jahre später und 15 Kilogramm schwerer.

(Vereinzelt Beifall)

Professor Maio hat deutlich gemacht, wie die Soziodynamik der Unterwerfung des ärztlichen Berufs durch ökonomische Prinzipien abläuft. Dem ist nichts hinzuzufügen. Jetzt stellt sich nur die Frage: Was tun? Ungefähr vor 15 Jahren meinte ich im Vorstand der Bundesärztekammer, die Situation, dass die Geldmittel einer Gesellschaft zur praktischen Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung begrenzt sind, ist so selbstverständlich Realität wie die Begrenzung eines Familieneinkommens für den Familienvorstand.

Die Frage muss beantwortet werden: Wie managen wir dieses System so, dass die vorhandenen Ressourcen sinnvoll, zielgerichtet und vernünftig eingesetzt werden? Diese Frage kann auf drei Wegen in die Zukunft beantwortet werden. Das ist heute deutlicher als je zuvor.

Der Weg Nr. 1 ist – diesen würde ich nach meinen Dialogen mit Ökonomen, nach meinen Dialogen mit Kassenfunktionären und anderen Verantwortlichen, auch Gesundheitspolitikern, bevorzugen −: Wir Ärzte treten verstärkt vor Staat und Gesellschaft und sagen: Wir übernehmen die Verantwortung, auch die ökonomische, für die Funktionsfähigkeit des gesamten Systems, wir übernehmen die Verantwortung für seine Steuerung.

Dann sind Kassen weitestgehend überflüssig, denn 15,5 Prozent von den Gehaltskonten abzubuchen kann man mit Maschinen machen.

Der zweite Weg ist: Wir verweigern uns dieser sozialen und ethischen Aufgabe. Dann werden wir gnadenlos von Kassenfunktionären in ihrer jeweils eigenen Logik entmachtet, abhängig gemacht und einem ökonomischen Prinzip unterworfen, das den ärztlichen Beruf mit seinen Werten zerstört.

Der dritte Weg wäre, zusammenzukommen und zu sehen, dass die Solidarisierung unserer Gesellschaft über Krankenkassen und die Versorgung der Menschen, damit sie von der Geburt bis zum Tod möglichst gesund sind, zwei Seiten einer Gestaltungsmedaille sind. Wir müssen lernen, das System so zu managen, dass die Ressourcen, die wir haben, in die ärztliche Arbeit, in die Gesundheitsförderung der betroffenen Menschen und nicht in die Bürokratie fließen.

Die Beibehaltung des Dualismus im System ist demgegenüber verantwortungslos. Um es deutlich zu machen: Wir haben lange gebraucht, bis der Dualismus zwischen Leib und Seele überwunden worden ist. Die nächste Legislaturperiode wird den Dualismus zwischen PKV und GKV überwinden. Das wird sich auch für die Ärzte rechnen, wenn sie klug sind und weniger jammern.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich danke dir, Ellis. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Martin Grauduszus aus der Ärztekammer Nordrhein.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Verehrte Damen und Herren! Eigentlich hatte ich mich auf einen etwas längeren Vortrag eingestellt. Ich wollte Herrn Professor Borelli noch einmal wertschätzen, denn er hat heute Morgen vorgeführt, wie man in sehr kurzer Zeit die wichtigsten Dinge sagen kann. Ich glaube, das, was er heute Morgen gesagt hat, hat er uns ins Stammbuch geschrieben. Auch Sie, Herr Montgomery, haben ja gesagt, dass er im Grunde genommen inhaltlich schon die Hälfte Ihres Vortrags wiedergegeben hat. Dafür waren Sie ihm auch dankbar.

Ich war begeistert, dass ein älterer Kollege so die Gesamtsituation skizzieren kann. Ich möchte es auf meine Art kurz zusammenfassen.

In den 70er-Jahren haben wir den Fall „Magen von Zimmer 7“ behandelt. Dann haben wir gelernt, den Menschen ganzheitlich zu betrachten, als Arzt. Wir haben nicht medizinisch behandelt, sondern ärztlich. Medizin ist unser Handwerkszeug.

Heute sind wir in der Situation der Bevormundung angekommen. Wir behandeln wieder Fälle über DRGs, über DMPs. Natürlich versuchen wir, die Menschen, unsere Patienten weiterhin ganzheitlich zu behandeln, aber das System macht es uns immer schwerer.

Unser Beruf wird von allen Seiten verunglimpft, attackiert und niedergemacht. Wir haben auf der einen Seite eine hohe Reputation bei unseren Patienten, bei der Bevölkerung. Aber die Kampagnen gegen unseren Berufsstand insgesamt zeigen immer mehr Wirkung. Da stellt sich natürlich jedem die Frage: Was können wir dagegen tun? Ich glaube, wir brauchen ein neues Selbstbewusstsein. Wir haben uns durch Vorgaben, durch Reglementierungen, durch Ökonomen in einen Aktionismus treiben lassen, der unärztlich geworden ist.

Meine Damen und Herren, in unserer Berufsordnung steht, dass Anweisungen von Nichtärzten in medizinischen und ärztlichen Belangen nicht umgesetzt werden dürfen. Aber es ist heute tägliche Realität in den Krankenhäusern und den Praxen, dass wir dies tun.

(Vereinzelt Beifall)

Das muss sich wieder ändern. Der freundliche Umgang vonseiten der Ärzteschaft mit anderen Institutionen, auch Kostenträgern, stellt sich inzwischen zwar etwas energischer dar, aber ich glaube, wir müssen mit Stil, aber auch mit Energie und Forderungen an die Öffentlichkeit herangehen. Es droht die Einführung der Bürgerversicherung, die die schlimmste Form der Zweiklassenmedizin ist, die wir uns nur vorstellen können. Es muss nach den nächsten Wahlen beim dualen Versicherungssystem bleiben.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Nächster Redner ist Wolfgang Wesiack aus Hamburg.

Dr. Wesiack, Hamburg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch von meiner Seite ganz herzlichen Dank für die rundum gelungene Eröffnungsveranstaltung. Das war wirklich hervorragend und hoffentlich ein starkes Signal nach außen. Ich hoffe, dass die Medien das entsprechend berücksichtigen und aufnehmen werden.

Ich habe zwei Anmerkungen zur Rede von Herrn Bahr. Zum Schluss habe ich mich wie im Bundestag gefühlt. Ich fand die Rede aber sehr gut. Ich denke, man muss vielleicht seine Wahlüberlegungen anlässlich dieser Rede durchaus noch einmal überprüfen.

Was ich ihm mit auf den Weg geben wollte, ist seine Aussage, dass bei uns in der Medizin eine Behandlung auf Augenhöhe durchgeführt werden soll. Ich halte das für naiv, denn der Kranke sucht Hilfe und nicht den gleichberechtigten Dialog. Wir sind in der Verantwortung, ihm diese Hilfe zu gewähren und unsere starke Position nicht auszunutzen, sondern zum Wohle des Patienten einzusetzen.

Ein zweiter Punkt. Er hat über Delegation, Substitution und weitere Gesundheitsberufe gesprochen. Diese sind natürlich wichtig, sind aber in dem Augenblick, wenn es um Verantwortung geht, plötzlich diffundierend. An dieser Stelle ist eine klare Aussage erforderlich: Ärztliche Verantwortung ist unteilbar. Das muss sie auch bleiben.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte meine starke Unterstützung der sieben Punkte in der Reformskizze der Bundesärztekammer, die der Präsident vorgetragen hat, aussprechen, mit einem klaren Bekenntnis zum Erhalt der Dualität in unserer Krankenversicherung. Herr Bahr hat es wunderbar auf den Punkt gebracht: Es gibt keinen Einheitspatienten, es gibt keine Einheitsmedizin, insofern kann und darf es keine Einheitsversicherung geben.

Auch die anderen Punkte – die Finanzautonomie der Kassen, die Veränderungen der Belastungsgrenze, die Umstrukturierung des Gesundheitsfonds und das Gesundheitssparkonto für jedes in Deutschland geborene Kind – halte ich für eine sehr gelungene und gute Idee. Ich hoffe, dass die Politik dies aufgreift.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Wolfgang Wesiack. – Nächster Redner ist Kollege Bernhard Lenhard aus der Ärztekammer Rheinland-Pfalz, dort Vizepräsident.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Damen und Herren des Vorstands! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Präsident, ich habe heute Morgen aus Ihrem Referat gelernt – nicht etwa die reizvolle Vorstellung, wie Sie mit Deerstalker und Trenchcoat aussehen mögen −: Wer in Deutschland Menschen behandelt, hat offensichtlich keinen Stellenwert, zumindest im Handeln der politisch Verantwortlichen bezüglich der Gebührenordnung. Ich habe gelernt, dass zumindest bei den Tierärzten die Gebührenordnung 1999 novelliert wurde und 2008 eine erneute Anpassung erfolgte. Wir kennen das bei unserer Gebührenordnung nicht. Unsere Gebührenordnung ist 1996, also vor 17 Jahren, zum letzten Mal reformiert worden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist ein Skandal und hat nichts zu tun mit einem unbotmäßigen Verlangen nach Wertschätzung. Es ist die Pflicht der Verantwortlichen in der Politik, auch dieses Feld endlich einmal zu beackern. Das ist für alle anderen freien Berufe geschehen: für Rechtsanwälte, für Tierärzte und für Steuerberater. Nur wir sind außen vor. Das finde ich einen Skandal.

Deswegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, fordere ich Sie auf, den Vorstandsantrag I-05 zu unterstützen und mit dafür zu sorgen, dass endlich zumindest eine Punktwertanhebung erfolgt, nachdem es ja offenbar nicht gelungen ist − auch durch das Hinauszögern der PKV −, dafür zu sorgen, dass eine generelle Novellierung zustande kommt. Unterstützen Sie den Vorstandsantrag, damit endlich die Punktwertanhebung in die Diskussion und in die Köpfe der Politiker kommt.

Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Lenhard. – Der nächste Redner ist Dr. Detlef Niemann aus Hamburg.

Dr. Niemann, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Thema ist unser Gesundheitswesen und seine Finanzierung. Ich habe mir die Arbeit gemacht, in diese verschiedenen Papiere sehr intensiv einzusteigen, die auch von verschiedenen Parteien vorgelegt werden. Ich bin verwirrt. Das Ganze ist in hohem Maße komplex. Ich glaube, es ist in der Tat sehr weise, dass wir hier sagen: Wir haben eine Konzeptskizze und legen keinen fertigen Entwurf vor.

Ich kann aber auch bei unserer Konzeptskizze einige Dinge nicht nachvollziehen. Zunächst die guten Dinge. Ich glaube, die Idee mit dem Einstieg in die Kapitaldeckung, bei Kindern, die hier in Deutschland geboren werden, 100 Euro anzulegen, ist genial. Man kommt nach 50 Jahren auf 60.000 Euro. Damit kann man zwar nicht allzu viel bewirken, aber immerhin stimmt die Richtung.

Gut finde ich, dass das Ganze offenbar auch von den Grünen angedacht worden ist. Ich möchte uns auffordern, vielleicht etwas weniger zaghaft Forderungen zu stellen und etwas weiterzugehen. Vielleicht kann man auch höhere Beträge durchsetzen.

Folgender Punkt ist ein bisschen unangenehm. In dem Antrag verstehe ich Folgendes nicht:

> *Der derzeitige Versichertenanteil wird zu einem festen, einkommensunabhängigen Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt, der vom Versicherten an seine Krankenkasse gezahlt wird. Die Beitragsbemessungsgrundlage erstreckt sich auf sämtliche Einkommensarten eines Haushalts und nicht nur allein auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen.*

Was ändert denn diese Erweiterung der Bemessungsgrundlage, wenn es ein fester Beitrag ist? Das konnte mir bisher noch niemand erklären. Das halte ich für einen Widerspruch in sich.

Zur Dualität der Finanzierung des Gesundheitswesens: Dass die PKV der Innovationsmotor schlechthin ist, ist, finde ich, kein sehr starkes Argument dafür, dieses duale System zu erhalten. Es gibt noch einen anderen Punkt, den ich persönlich relativ häufig erlebe. Beispiel: Wenn ein Hausarzt in den Hamburger Elbvororten seinen Patienten ein EKG schreibt, bekommt er dafür 33 Euro. Wenn ein Hausarzt in Hamburg-Wilhelmsburg bei seinem PKV-Patienten ein EKG schreibt, bekommt er dafür gar nichts, weil das in der Pauschale enthalten ist. Die Pauschale beträgt 31 Euro. Dafür versorgt er seinen Patienten ein ganzes Quartal.

Ich frage mich, wie die Finanzierung in diesem dualen System funktionieren soll in den Gebieten, in denen es keine Privatpatienten zuhauf gibt. Ich denke, hier muss man weiter überlegen, was passiert.

Deswegen fordere ich die GOÄ für alle, natürlich mit einer Mengenbegrenzung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Detlef Niemann. Vielleicht können wir nachher Herrn Drabinski bitten, uns etwas zu der Sachfrage zu sagen. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Thomas Schang aus Schleswig-Holstein.

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Frau Dr. Wenker! Meine Damen und Herren! Ich möchte zu unserem Antrag mit dem Titel „Ablehnung von Mengenzielen in Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte und Entwicklung neuer Vergütungsformen unter Beteiligung der Bundesärztekammer“ sprechen. Herr Professor Maio, ich glaube, Ihr Vortrag spricht jedem wirklichen Arzt voll aus der Seele. Sie haben viele Veröffentlichungen in dieser Richtung gemacht. Der Grundtenor ist: Ökonomie ist gut und schön, darf aber nicht die erste Geige spielen; es geht immer zuerst um den Patienten selbst. Wir brauchen Empathie und menschliche Sorge.

Das tut jedem Arzt gut. Aber das gute Gefühl kann nicht alles gewesen sein, sondern wir müssen Konsequenzen ziehen. Was müssen wir tun? Es wurde ja bereits die Bestimmung ins SGB V aufgenommen, dass Mengenziele in Chefarzt- und Oberarztverträgen mit Bonusbewertungen zwar nicht verboten sind, aber, sofern vorhanden, anzeigepflichtig sind. Das ist ein erster guter Schritt. Die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf die Sprachregelung geeinigt − das war nicht ganz leicht −, dass solche Bonusverträge grundsätzlich abzulehnen sind. Verboten sind sie allerdings nicht. Das ist nur die Spitze des Eisbergs; es muss weitergehen. Wir brauchen Vergütungsformen, die Kliniken, letztendlich aber auch Praxen − denn auch Praxen stehen genauso wie Kliniken unter ökonomischem Druck – existenziell unabhängig von fortgesetzten Mengenerweiterungen machen. Das heißt, wir brauchen neue Vergütungsformen, die Empathie und menschliche Zuwendung zumindest nicht bestrafen. Empathie und menschliche Zuwendung kann man nicht kaufen, aber man kann sie besser honorieren.

Dazu gehören Vergütungssysteme, die neben einer Grundvergütung für Kliniken und Praxen, die zunächst existenzsichernd ist – ich weiß, dass das ein Schritt zurück in

alte Systeme ist −, qualitätsbezogene Vergütungen vorsehen, die Qualitäten wie gute und korrekte Indikationsstellung, gute und vernünftige Beteiligung des Patienten an Therapie- und Diagnostikentscheidungen und auch die Ergebnisqualität berücksichtigen. Darauf zielt unser Antrag.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Schang. – Ich habe inzwischen den von Detlef Niemann angesprochenen Satz herausgesucht. Die Beitragsbemessungsgrundlage, die in Zeile 103 auf Seite 6 des Vorstandspapiers angesprochen wird, bezieht sich nicht auf die Höhe des individuell zu entrichtenden Beitrags, sondern auf die Überforderungsgrenze von 9 Prozent des gesamten Haushaltseinkommens, ab der der Sozialausgleich gilt. Es ist in der Tat kompliziert – Herr Niemann, da haben Sie recht −, dass man dasselbe Etikett für zwei unterschiedliche Dinge benutzt. Wir werden das redaktionell überprüfen und einen anderen Begriff dafür finden. Es geht hier also nicht um eine Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der ein prozentualer Beitrag erhoben wird, sondern es geht um die Frage, ab wann der nötige Sozialausgleich greift.

Der nächste Redner ist unser Kollege Heinrich-Daniel Rühmkorf aus Berlin. Herr Rühmkorf war bis vor Kurzem Staatssekretär in der brandenburgischen Landesregierung. Ich freue mich, dass er hier Delegierter auf dem Ärztetag ist. Es ist geradezu ein Aufstieg, lieber Daniel Rühmkorf. Der Ärztetag ist das höchste Gremium der deutschen Ärzteschaft und übt parlamentarische Tätigkeit aus, nicht beamtete Tätigkeit wie bei einem Staatssekretär. Du hast das Wort.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ob das ein Aufstieg ist, möchte ich dahingestellt sein lassen. Es ist mir eine große Freude, heute hier zu sein. Ich glaube, es kommt nicht so oft vor, dass ein Delegierter vorher Staatssekretär war und einfach einmal den Blick auf die andere Seite lenkt. Die Ärztetage – ich habe etliche erlebt – sind immer schnell dabei, die Politik zu verteufeln.

Der Arzt ist für seinen Patienten da. Er ist diesem verpflichtet. Der Politiker ist aber auch einem System gegenüber verpflichtet, dass er sich fragen muss: Wie kann man ein Gesundheitssystem so organisieren, dass neben den Sozialleistungen im Gesundheitsbereich auch die Bildungsaufgaben oder die Aufgaben im Sport oder die Aufgaben im Zusammenhang mit der Straßenbeleuchtung erfüllt werden? Wir müssen schauen, wie viel Geld in ein System hineingegeben werden kann. Wir als Ärzte, als direkt Betroffene, sind diejenigen, die sagen: Es kann nicht genug Ärzte geben, es kann eigentlich auch nicht genug Geld in das Gesundheitssystem gegeben werden.

Das heißt, es muss einen Gegenspieler geben. Der Staat hat sich dazu bereit erklärt und sagt: Wir überlassen es der Selbstverwaltung, miteinander Verträge abzuschließen. Von daher muss ich sagen: Es ist nicht richtig, auf die Kassen einzuschlagen. Sie sind die Gegenspieler, die den Ärzten und auch den Krankenhäusern gegenüber

aufzutreten haben. Ich glaube, es hat uns alle bereichert, dass wir in der letzten Zeit diesen Austausch hatten.

Herr Professor Maio, ich bin sehr froh über Ihren Vortrag. Aber es reicht nicht, wenn der Arzt sagt: Ich kümmere mich um meinen Patienten. Sie haben das DRG-System genannt. Das DRG-System ist gut, um die Leistungen der Krankenhäuser vergleichen zu können. Wir haben in der Versorgungsforschung riesige Defizite. In Deutschland sind zu vielen Dingen noch keine Untersuchungen durchgeführt worden. Deshalb werden wir Anträge stellen, wenn es um die Frage geht: Wo haben wir denn unnötige Leistungen? Wo haben wir unnötige Überweisungen? Wie können wir eigentlich unsere Patienten bestmöglich versorgen? Wie viel Arzt bzw. Arztkontakte braucht es dazu?

Wir müssen uns auch die Frage stellen: Wenn die Ressource Arzt knapp ist, welche der Aufgaben, die in Deutschland vom Arzt erfüllt werden, werden in anderen Ländern gar nicht in dieser Art und Weise erfüllt? Wir sollten uns deshalb die Frage stellen: Ist es, wie es dort praktiziert wird, richtig oder nicht?

Wenn ich jetzt zum internationalen Vergleich komme, dann komme ich, lieber Herr Montgomery, natürlich gern auch zu Ihrem Antrag. Wenn Sie unser Gesundheitswesen umstellen wollen, dann schauen Sie sich bitte die Situation in Holland an. In Holland ist es heute so, dass über die Hälfte der Versicherten staatliche Gelder in Anspruch nehmen müssen, um die Kopfpauschale bezahlen zu können. Ich glaube, es ist der falsche Ansatz, die Menschen in dieser Art und Weise zu Bittstellern zu machen.

Ich glaube, es ist auch nicht richtig zu sagen: Wir wollen nicht einen prozentualen Anteil vom Einkommen nehmen, sondern feste Beiträge. Das würde die Menschen sozial noch weiter voneinander trennen.

Ich denke, es ist gut, dass wir hier die politische Diskussion suchen. Der Arzt muss Politik machen. Ich hoffe, dass wir offener mit unseren Partnern – das ist sowohl die Politik als auch die Selbstverwaltung – umgehen.

Ganz herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Daniel Rühmkorf. – Nächster Redner ist der Kollege Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein.

Zimmer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich war heute Morgen beeindruckt von der Rede unseres Ministers. Ich habe mich gefreut, dass er den Begriff des Ärztemangels im Munde führte. An anderer Stelle heißt es immer wieder: Wir haben so viele Ärzte wie noch nie. Die Wahrheit, Herr Professor Maio, ist ja: Wir haben einen Arztzeitmangel für Patienten. Wir haben viele Köpfe, aber diese vielen Köpfe sind entweder mit der Verwaltung beschäftigt oder sie arbeiten nur noch zu drei Vierteln oder aber sie suchen patientenferne Fächer auf, weil sie genau dem nicht mehr standhalten wollen, was Sie völlig zu Recht anprangern.

Ich denke, vor diesem Hintergrund müssen wir uns in unserer eigenen Diskussion immer sorgfältig auf das begrenzen, was wirklich vorliegt. Es existiert für den Patienten ein Arztzeitmangel; wir haben genügend Ärzte.

Ich habe mich darüber gefreut, dass das Gesundheitswesen so gelobt wurde. Unser Minister weist darauf hin, dass im Krankheitsfall alle wieder zurück nach Deutschland wollen. Er tut so, als sei das eine Leistung gesundheitspolitischer Gestaltungsarbeit. Ich meine: Es ist Ausdruck der Tatsache, dass in Deutschland wie in keinem anderen Land Ärzte, Krankenpfleger, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten sich weit über das bezahlte Maß hinaus ausbeuten und ausbeuten lassen, um die Patienten ihrer ethischen Verantwortung gerecht werdend zu versorgen. Aber das ist unsere Leistung. Ich denke, wir müssen sie zum Schutz unserer jungen Generation ein bisschen zurückfahren. Sie muss ja in diesem Leistungssystem, das Sie beschrieben haben, noch anderem Druck standhalten.

Wir sind als Ärzte gut beraten, die Anträge I-01 und I-02 noch einmal sorgfältig zu überdenken. Ich habe genug Probleme, meine ärztliche Arbeit gut zu machen. Ich möchte nicht wieder für Finanzierungsvorschläge verhaftet werden. Nach den Vorschlägen in Antrag I-01 auf Seite 2 hinsichtlich der Anforderungen an die Krankenversicherung werden wir verhaftet, denn wir haben ja mitgemacht. Wir haben es so vorgeschlagen.

Noch schlimmer ist der Antrag I-02. Dort wird ein sehr dezidiertes System beschrieben. Dazu gab es eben eine kleine Rückfrage. Das ist ein System, für das ich nicht zuständig bin. Ich habe nicht Volkswirtschaft oder Sozialwissenschaft oder so etwas Ähnliches studiert; ich bin nur Arzt. Ich möchte über so etwas nicht mehr befinden. Wir waren in Ulm ein Stück weiter, indem wir gesagt haben: Wir machen gute Medizin, wir definieren das, was wir als Ärzte medizinisch leisten können. Für die Bezahlung sind andere zuständig, die uns ja heute Morgen bestätigt haben: Wir machen eine gute Medizin. Dabei soll es dann bleiben.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Bernd Zimmer. Wir waren schon weiter als Ulm, denn der Auftrag, dieses Finanzierungskonzept zu erarbeiten, ist von Ihnen ergangen, und zwar vom Deutschen Ärztetag in Nürnberg im vergangenen Jahr. Dort wurden wir beauftragt, das zu tun. Insofern weiß ich nicht, ob es zielführend ist, jedes Mal wieder die Grundsatzdebatte zu führen, ob wir uns überhaupt zu solchen Themen äußern wollen oder nicht. Der Deutsche Ärztetag hat uns beauftragt, genau dieses zu tun.

Nächste Rednerin ist Angelika Haus von der Ärztekammer Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie können sich denken, dass ich – das passiert in Nordrhein öfter – eine völlig andere Position als Herr Zimmer vertrete. Wir haben gemeinsam dem Vorstand den Auftrag gegeben. Ich finde es gut, dass er sich daran gehalten und es versucht hat. Ich werde den Vorschlag, den wir jetzt machen, sicherlich unterstützen.

Was mir bei dem Vortrag von Professor Maio nach vielen Ärztetagen, die ich erlebt habe, deutlich geworden ist, ist die Tatsache, wie die ökonomische Problematik die Klinikärzte und die niedergelassenen Ärzte immer mehr vereint. Im Grunde haben wir ganz ähnliche Probleme. Wir kämpfen schon seit Jahren darum, dass wir unter Erhaltung der Praxen möglichst viele Freiräume haben, um die Patienten in der Praxis weiterhin versorgen zu können und uns nicht zu abhängig zu machen von ökonomischen Gesichtspunkten. Mit einer anständigen Bezahlung kann man die Patienten versorgen. In den Kliniken ist es ganz ähnlich.

Wir haben ebenfalls einen Antrag gestellt, der sich darauf bezieht, dass Zielvereinbarungen in Arbeitsverträgen mit Ärztinnen und Ärzten, die auf die Erreichung ökonomischer Ergebnisse ausgerichtet sind, abgelehnt werden. Zielvereinbarungen sollten sich ausschließlich an medizinischen Ergebnissen und der Qualität der ärztlichen Fort- und Weiterbildung orientieren. Die Ökonomie darf nicht diktieren, was in den Kliniken passiert.

Frau Wenker, Sie haben sich heute Vormittag eine positive Willkommens- und Wertschätzungskultur gewünscht. Das hat mir sehr gefallen; ich habe es mir sofort aufgeschrieben. Das hat nicht nur etwas damit zu tun, wie unser Beruf von außen angenommen wird, sondern auch vor allem damit, wie er intern weitergetragen wird: Wie denken unsere jungen Kollegen darüber? Wollen sie sich bieten lassen, was wir uns teilweise bieten ließen?

Im Zusammenhang mit dem Korruptionsgerangel, wie ich es einmal ausdrücken möchte, meine ich, dass Herr Bahr nicht recht hat. Ich meine, dass das nicht ins Sozialgesetzbuch gehört. Ich meine, dass wir keine Sonderregel für Vertragsärzte brauchen oder diejenigen, die im SGB V erwähnt sind. Ich glaube, man kann durchaus akzeptieren, dass auch in der Freiberuflichkeit eine Verpflichtung zu fairem Handeln, ohne Korruption, besteht. Das muss aber, auch wenn es sehr schwierig ist, im Strafgesetzbuch verankert sein, nicht im SGB V.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Haus. – Nächster Redner ist Dr. Christian Albring hier aus Niedersachsen.

Dr. Albring, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Vizepräsidentin! Lieber Herr Kaplan! Meine Damen und Herren! Lieber Herr Maio, vielen herzlichen Dank für Ihren tollen Vortrag. Sie haben auch mir aus der Seele gesprochen. Ich möchte zum selben Thema reden. Ich habe einen Antrag vorbereitet, der folgendermaßen lautet – er ist noch nicht verteilt −:

1. *Die Bundesärztekammer erarbeitet eine eigene Leitlinie zur Deklarierung und Bewertung der Interessenkonflikte … aller Autoren von medizinischen Leitlinien.*

2. *Die Bundesärztekammer errichtet eine Clearingstelle, bei der ärztliche Teilnehmer einer Leitlinienerstellung Fehlentwicklungen offenlegen können.*

Das Thema „Markt und Medizin“ hat viele Facetten. Eine davon ist die Leitlinienerstellung. Die Leitlinien sind meines Erachtens eines derjenigen Medien, die den größten Einfluss auf ärztliches Handeln ausüben können, und das über Jahre hinweg. Das geht hin bis zur Regressüberprüfung. Selbst vor Gericht spielen Leitlinien eine Rolle.

Umso wichtiger ist es, dass wir vernünftige Leitlinien haben, die Patienten und Ärzte gleichermaßen brauchen können. Im „Deutschen Ärzteblatt“ vom 30. November 2012 ist aufgezeigt, dass die Hälfte aller Leitlinienautoren Beziehungen zur Industrie unterhält. Die Offenlegung von Conflicts of Interest hat nicht dazu geführt, dass sich irgendetwas geändert hat oder dass die Beauftragung von Autoren mit Conflicts of Interest seltener geworden ist oder dass Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden. Die Autoren können nicht nur selber, indem sie ausgesucht werden, sondern durch die Wahl des Themas, durch die Auswahl der zur Mitwirkung geladenen Gesellschaften, durch die Abarbeitung der Reviews bis hin zur Erstellung der Leitlinien und sogar durch die Veröffentlichung der Leitlinien in bestimmten Fachzeitschriften Einfluss nehmen. Deshalb ist es für uns besonders wichtig, dass wir hier agieren. Es ist Realität, dass Einfluss genommen wird.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat für Kollegen, auf deren Expertise nicht verzichtet werden kann, die aber in einem großen Interessenkonflikt stehen, empfohlen, dass der Expertenstatus gelten soll. Sie hat auch gesagt, dass sich gerade der federführende Leitlinienautor nur in einem sehr geringfügigen Interessenkonflikt befinden darf. Die Realität sieht aber anders aus. Deshalb müssen wir etwas tun.

Das Ergebnis der Leitlinien ist vorhersehbar, wenn man einen Leitlinienautor beauftragt, der in einem gewissen Conflict of Interest steht. Die deutsche Ärzteschaft ist nicht erst seit Gabapentin, Lipobay oder Vioxx aufgefordert, Fehlentwicklungen offenzulegen und eigene Leitlinien zu entwickeln. Wir müssen Ärzte und Patienten vor fremdbestimmten Leitlinien schützen. Deshalb bitte ich Sie: Stimmen Sie meinem Antrag zu.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Albring aus Niedersachsen. – Nächster Redner ist Professor Dr. Dr. Wulf Dietrich aus München.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag I-02 des Vorstands und zu einem Antrag, der von unserer Seite eingebracht wurde, der aber leider noch nicht umgedruckt ist und auch im System noch nicht auftaucht. Es ist ein bisschen schwierig, über einen Antrag zu sprechen, den Sie nicht kennen; ich tue es trotzdem.

Unser Antrag geht darauf hinaus, dass der Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer rücküberwiesen wird, weil er einfach zu viele Unklarheiten enthält und weil es außerdem in einem Wahljahr politisch äußerst unklug ist, sich auf irgendeine Seite

zu schlagen. Ich weiß nicht, zu welcher politischen Seite dieser Antrag gehören soll, denn er enthält eigentlich alte Kamellen.

Herr Niemann, Sie haben den Widerspruch hinsichtlich der Beitragsbemessungsgrenze und der Kopfpauschale angesprochen. Herr Montgomery hat Ihnen geantwortet, dass der Sinn ist, dass das Erreichen der sozialen Grenze erschwert wird. Der Rentner, der ein niedriges Einkommen hat und vielleicht ein Apartment vermietet, muss die Einnahmen aus der Apartmentvermietung mit angeben. Er fällt also heraus und bekommt keine soziale Unterstützung. Auf der anderen Seite wird es erleichtert, in die private Krankenversicherung zu wechseln. Derjenige, der viel verdient und ein zusätzliches Einkommen hat, kommt natürlich über die Versicherungspflichtgrenze hinaus und kommt in die PKV. Das heißt, die PKV wird durch diesen Antrag unterstützt. Es ist typisch, dass in dem ganzen Antrag, obwohl er so viele Seiten umfasst, Grundbegriffe wie Versicherungspflichtgrenze überhaupt nicht auftauchen, überhaupt nicht diskutiert werden.

Der zweite Punkt ist die unkritische Übernahme des dualen Krankenversicherungssystems. Wir haben das Beispiel der EKG-Abrechnung gehört. Es wurde heute Morgen behauptet, dass es eine Konkurrenz gebe. Das ist unsinnig, das verstehe ich nicht. Hier wird in zwei verschiedenen Ligen gespielt. Genauso wenig wie die Bundesliga eine Konkurrenz zur Regionalliga ist, genauso wenig ist die private Krankenversicherung eine Konkurrenz zur GKV, weil es eine Versicherungspflichtgrenze gibt. Alle, die darüber liegen, müssen in die private Krankenversicherung; alle, die darunter liegen, dürfen nicht in die private Krankenversicherung oder brauchen nicht in die private Krankenversicherung zu gehen, je nachdem, wie man es sieht. Das eine hat mit dem anderen nichts zu tun. Es ist keine Konkurrenz, sondern hier haben wir schlicht und ergreifend eine soziale Ungerechtigkeit, die wir als Ärzteschaft einfach nicht weiterhin so unkritisch hinnehmen dürfen.

Der nächste Punkt betrifft die Frage von Kostenerstattung und Zuzahlungen. Ich glaube, der Deutsche Ärztetag hat sich jetzt schon dreimal hintereinander gegen die Kostenerstattung ausgesprochen. Trotzdem taucht es wieder auf.

Zu den Zuzahlungen: Wir sind froh – Herr Montgomery hat es heute Morgen erneut gesagt −, dass die Praxisgebühr entfallen ist, weil sie keine Steuerungsfunktion hat. Trotzdem wird dieser Blödsinn einer Zuzahlung wieder gefordert, weil angeblich nur vermehrte Zuzahlungen die Motivation der Patienten beeinflussen.

Wir haben acht oder neun Punkte aufgelistet, die gegen die Annahme des Antrags sprechen. Man sollte weiterhin darüber diskutieren – das ist vernünftig −, aber in der jetzigen Phase ist es meiner Ansicht nach politisch äußerst unklug, den Antrag anzunehmen. Der Antrag sollte deshalb rücküberwiesen werden.

Danke sehr.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Dietrich. Nur zur sachlichen Aufklärung: Die Versicherungspflichtgrenze ist deshalb nicht erwähnt, weil Sie sie in dem System nicht mehr brauchen, da die Versicherungen nicht mehr in private und gesetzliche Versicherungen differenziert werden, sondern untereinander im

Wettbewerb stehen. Dann braucht man auch keine Versicherungspflichtgrenze. Das ist ja gerade einer der entscheidenden Knackpunkte. So viel zur sachlichen Aufklärung. – Der nächste Redner ist Klaus Reinhardt, Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Ich empfehle in Bezug auf die Selbstverantwortung der Patienten und die erträgliche Belastung von Patienten einen Blick in die katholische Soziallehre und auf den Begriff der Subsidiarität. Das hilft an dieser Stelle vielleicht.

Ich danke sowohl dem Präsidenten als auch dem Minister, der nicht mehr anwesend ist, für die sehr klaren Worte zur aktuellen und auch zur zukünftigen Gesundheitspolitik. Da haben zwei Redner gesprochen, die sich in wesentlichen Punkten einig sind. Insofern weiß ich nicht, ob das ganz viel hilft. Die Kampagne zur Einführung der Bürgerversicherung und damit irgendwann zu einem nationalen Gesundheitssystem ist in vollem Gange. Wer an die Bertelsmann Stiftung denkt, macht alles richtig.

Es wäre übrigens ein weiterer Schritt in Richtung Entindividualisierung, Herr Professor Maio, wenn wir ein solches System erhielten. Insofern glaube ich, dass wir gut beraten sind, wenn wir vor allen Dingen aus diesen Gründen davor warnen.

In dieser Kampagne werden penetrant zwei Vorurteile bedient. Das eine ist das Thema Zweiklassenmedizin. Davon haben wir heute schon mehrfach gehört. Schauen wir uns die Situation in England, Dänemark oder Schweden an: Dort gibt es ein Finanzierungssystem, aber regelhaft zwei Angebotssysteme. Wir haben zwei Finanzierungssysteme, aber ein Angebotssystem. Insofern, glaube ich, braucht man über das Thema der sozialen Gerechtigkeit in diesem Zusammenhang eigentlich nicht länger zu diskutieren.

Ein weiteres wesentliches Vorurteil, das ständig kolportiert wird, lautet, dass die PKV im Grundsatz abwrackbereit sei. Die Kapitalrückstellungen der privaten Krankenversicherer seien völlig unzureichend und überhaupt nicht in der Lage, die für das Alter gegebenen Zusicherungen einzuhalten. Diese Behauptung hält einer differenzierten Betrachtung nicht stand.

Es ist im Übrigen interessant zu beobachten, dass es einen großen Dissens gibt. In dem SPD-Papier steht, dass der Steuerzuschuss im zukünftigen einheitlichen Versicherungsmarkt, der ja größer werden soll, aus der Erhöhung der Kapitalertragsteuer finanziert werden soll. An dieser Stelle wird auf den Kapitalertrag gesetzt, während man zeitgleich den privaten Krankenversicherern vorwirft, der Kapitalertrag sei nicht da und die Kapitalrückstellungen insofern sinnlos.

Ich finde, mit solchen Absurditäten und logischen Inkompatibilitäten sollten wir uns nicht abspeisen und für dumm verkaufen lassen. Ich appelliere dringend an Sie: Sagen Sie der staatlichen Regulierung gegenüber Nein. Lehnen Sie das ab. Der Deutsche Ärztetag sollte ein klares Nein zur Bürgerversicherung sagen. Stimmen Sie deshalb dem Antrag 15 zu.

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Klaus Reinhardt. – Nächster Redner ist Dr. Peter Scholze aus Bayern.

Dr. Scholze, Bayern: Kolleginnen und Kollegen! Ich kann direkt an meinen Vorredner anknüpfen. Der Finanzdienstleister MLP hat in Kooperation mit dem Institut Allensbach eine Umfrage durchgeführt. Sie hat ergeben, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung für die Einführung einer Bürgerversicherung ist. Die Situation bei den Ärzten ist auch ganz interessant: 51 Prozent der Ärzte sind für die Einführung einer Bürgerversicherung. Bei den Hausärzten sind es 50 Prozent, bei den Klinikärzten 57 Prozent.

Ich will jetzt nicht sagen: Weil so viele für eine Bürgerversicherung sind, müssen wir auch dafür sein. Man kann hier durchaus unterschiedlicher Meinung sein. Aber diesem Umstand Rechnung tragend wäre es Aufgabe des Vorstands gewesen, eine profunde und methodisch saubere Analyse zur Frage Gesundheitsbeitrag/Kopfprämie versus Bürgerversicherung vorzulegen. Das ist aber nicht geschehen. Die Bürgerversicherung ist pauschal als ein Werk des Teufels abgelehnt worden, als der Totengräber der PKV.

Ich denke, dass die Zusammensetzung des Gesundheitsökonomischen Beirats ziemlich einseitig ist. Man hat so den Eindruck, dass man genau diejenigen Wissenschaftler hinzugezogen hat, die wissenschaftlich das belegen sollen, worauf man hinauswill. Ich frage mich, warum hier andere Gesundheitsökonomen, die vielleicht ein bisschen andere Konzepte vertreten, hier völlig unberücksichtigt geblieben sind.

Fakt ist für mich: Der einkommensunabhängige Gesundheitsbeitrag ist nichts anderes als die ins politische Abseits geratene Kopfpauschale. Ich halte das einfach für unsozial.

Mit dem Sozialausgleich sehe ich einen Widerspruch in dem Papier. Einerseits wird davor gewarnt, die Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens auszubauen, andererseits plädiert man dafür, diesen Sozialausgleich allein über die Steuerfinanzierung vorzunehmen. Unberücksichtigt bleiben dabei auch die Erfahrungen in anderen Ländern, beispielsweise den Niederlanden und der Schweiz. In den Niederlanden sind schon 60 Prozent der Bevölkerung in die Härtefallregelung geraten. In der Schweiz sind es meines Wissens 40 bis 50 Prozent.

Was ich auch nicht verstehe, ist – wir sind zwar Ärzte −, dass der Arbeitgeberanteil eingefroren werden soll, obwohl man weiß, dass die Lohnstückkosten durch die Krankenversicherungsbeiträge gar nicht groß beeinträchtigt werden.

Ich hätte noch viele Punkte vorzutragen, kann aber wegen der jetzt ablaufenden Redezeit nur noch einen Punkt erwähnen. Ich lebe in München. Der Überversorgungsgrad in Starnberg liegt bei den Hausärzten bei 145 Prozent. Im Münchener Norden hingegen werden die Praxen nicht mehr besetzt. Diese Ungleichverteilung hat sicherlich auch damit zu tun, dass in Regionen mit hohem Privatpatientenanteil für die Kollegen die Versorgung viel interessanter ist. Wenn wir diese Ungleichversorgung abschaffen wollen, müssen wir unbedingt für alle Regionen etwa gleiche Konditionen haben, unabhängig vom Anteil der Privatpatienten.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Scholze. Sie haben den Vorstand impliziert gerügt, er sei beim Systemvergleich nicht von einer ganz offenen Position ausgegangen. Das ging gar nicht, meine Damen und Herren, denn Sie selber haben uns auf dem 115. Deutschen Ärztetag – das steht auch im Anhang des Papiers – eine Kriterienliste mitgegeben, die wir berücksichtigen sollten. Der wichtigste Beschluss des vorjährigen Deutschen Ärztetages lautete, dass wir uns für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung einsetzen sollten. Damit war von Ihnen selber mitgeteilt, dass wir nicht die Bürgerversicherung prüfen sollten, sondern das duale System.

Was die Umfrage von Marschollek, Lautenschläger und Partner angeht, gestatten Sie mir den Hinweis, dass die Frage in der Tat sehr offen formuliert war: Wie würden Sie sich zur Einführung einer Bürgerversicherung positionieren? Es gibt inzwischen eine Umfrage, die dezidiert nach den beiden bekannten Modellen einer Bürgerversicherung fragt. Sie wird von 87 Prozent der befragten Ärzte abgelehnt. Wenn man mit Umfragen argumentiert, sollte man immer die richtigen zitieren.

Die nächste Rednerin ist die Kollegin Catherina Stauch aus Nordrhein.

Dr. Stauch, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte auf die Stichworte von Professor Maio eingehen: die innere Übernahme der ökonomischen Bedingungen und die Umformung unseres Handelns sowie die Frage, welche Methoden uns in unserem Alltag beeinflussen. Qualitätsmanagement, Disease-Management-Programme, implementierte Qualitätseffizienz, Pay for Performance, Diagnosis Related Groups, Case-Management, Care-Management, Case-Mix, Leitlinien-Controlling, Onlinezwang, elektronische Gesundheitskarte − allein die Aufzählung dieser Begriffe zeigt schon die Absurdität, in der wir leben. Es werden anonyme Prozesse und Abläufe dadurch gekennzeichnet. Es sind Begriffe aus der Industrie, die auf das Herstellen von Gütern spezialisiert sind.

Lassen die soeben genannten Begriffe eigentlich die Annahme zu, dass in den Abläufen auch Menschen vorhanden sind? Ich lasse diese Frage einfach einmal offen. Diese Programme kommen aus Institutionen, in denen Menschen in einem Wabensystem leben und dem Direktionsrecht unterliegen. Aus diesen Institutionen heraus entsteht ein Denken, das der Ärzteschaft in Klinik und Arztpraxis übergestülpt wird.

Wie aber kann man unsere Arbeit als Arzt und Ärztin beschreiben? Von Christiane Woopen, einer Medizinethikerin, findet sich – übrigens in einem Buch über Qualitätsmanagement – ein Artikel über das natürliche Handeln. Das ärztliche Handeln ist das natürliche Handeln per se. Es ist gekennzeichnet durch die tägliche Erfahrung und Beobachtung von Menschen. Es wird gekennzeichnet durch die persönliche Verantwortung, die Auge in Auge übernommen wird. Nun aber dringt dieses institutionelle Handeln mit seiner Anonymität und seiner Macht immer mehr in unser natürliches Handeln in der Klinik und in der Arztpraxis ein. Warum hat dieses Eindringen von institutionellem Handeln eine solche Macht? Es wurde von Professor Maio gesagt: Es ist mit unserer wirtschaftlichen Existenz gekoppelt. Das erzeugt Angst in uns: Angst vor Regressen, Angst vor der KV-Verwaltung mit beispielsweise Plausibilitätsprüfungen, Angst davor, dass die Ärztekammer mit ihren Stellen, Radiologen und Nuklearmedizinern belehrt und hohe Gebühren verlangt.

Wie können wir als Ärztinnen und Ärzte dem Patienten in seiner existenziellen Situation die Angst nehmen, wenn wir selber Angst haben?

Ich schließe mit dieser Frage.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Frau Stauch. – Jetzt hat das Rederecht als geladener Gast Herr Pascal Nohl-Deryk, stellvertretender Bundeskoordinator der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland. Auch für Gäste gilt leider die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Sie haben das Wort, Herr Nohl-Deryk.

Nohl-Deryk, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich zu Beginn im Namen der Bundesvertretung der Medizinstudierenden ganz herzlich für die Einladung zum 116. Deutschen Ärztetag und Ihre freundliche Begrüßung bedanken. Ich möchte mich auch bei Professor Maio für die beeindruckende Rede bedanken. Ich sehe, dass auch Sie von seiner Rede beeindruckt waren und dass es von Ihnen Beifall gegen die Beeinflussung der Medizin durch die Ökonomie gab.

Das sehen wir als Studierende ganz ähnlich. Wir stellen uns ebenfalls gegen Einflüsse, die nicht dem Patientenwohl dienen. Aber Therapien werden nicht nur durch ökonomische Zwänge beeinflusst. Nein, sie werden auch unbewusst durch Kontakte mit der Medizinindustrie beeinflusst. Verstehen Sie mich bitte nicht falsch: Die Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie pauschal zu verurteilen hilft uns nicht weiter. Vielmehr brauchen wir sie für neue und bessere Therapien.

Aber es hat doch nichts mehr mit der ursprünglichen Idee der Unternehmen zu tun, wenn mehr Geld in das Marketing als in die Forschung fließt.

(Beifall)

Wenn wir das als Problem betrachten, dann müssen wir uns fragen: Treffen Ärzte nach dem Besuch eines Industriereferenten noch unabhängige Entscheidungen? Wenn Reisen, Essen, Geschenke, Lehrstühle finanziert werden, behält der Arzt dann die Unabhängigkeit, mit der die Freiheit des ärztlichen Berufs begründet wird?

Die Studienlage zeigt eindeutig, dass sich das Entscheidungsverhalten durch solche Industriekontakte verändert.

Um auch an dieser Stelle selbstkritisch zu bleiben: Auch Studierende können durch Geschenke – Essen, Lernmaterialien, finanzierte Veranstaltungen – beeinflusst werden. Genau deswegen beschäftigt uns dieses Thema. Alle Lehrveranstaltungen zu Kommunikation und Ethik verlieren doch ihren Sinn, wenn die dort gelehrten Werte nicht auch an anderer Stelle vorgelebt werden. Das ist nicht nur zwiespältig, das ist auch schädlich für die Ärzteschaft und für das Vertrauen!

(Beifall)

So wird auch von vielen anderen Stellen ein Vertrauensverlust gegenüber den Ärztinnen und Ärzten beklagt. In der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ war kürzlich die

Rede davon, dass das Arztsein zu einer Dienstleistung mit moralischem Anspruch wird. Ich frage mich und ich frage Sie an dieser Stelle: Darf es so weit kommen? Ich finde: nicht. Müssen nicht wir als jetzige und zukünftige Ärzteschaft alles dafür tun, dass das Vertrauensverhältnis erhalten bleibt? Gerade die Ärzteschaft muss doch sagen können, dass sie gegen Strukturen vorgeht, die Beeinflussung erlauben, dass sie für unbeeinflusste Therapien kämpft und dass sie sich an ihre eigenen moralischen Grundsätze hält.

Genau deswegen müssen die Fälle von Bestechung und Bestechlichkeit durch das Strafgesetzbuch strafbar gemacht werden. Daher müssen Zuwendungen von Arznei- und Medizinproduktehersstellern von ebendiesen Herstellern offengelegt werden. Daher müssen medizinische Sachverständige mit spezifischen Interessenkonflikten von Gremien mit Entscheidungsfunktion ausgeschlossen werden.

Ärztinnen und Ärzte sind nicht mehr die fehlerlosen Halbgötter in Weiß. Sie werden hinterfragt und sie müssen für Anerkennung und Würde vielleicht mehr leisten als früher. Aber das ist doch keine negative Entwicklung, denn es ist keine Diskreditierung der Ärzteschaft. Es ist eine Chance. Es ist eine Chance, neue Wege, diese aufgezeigten Wege, zu gehen. Es ist eine Chance, Vertrauen zu gewinnen und den, wie Jörg-Dietrich Hoppe es ausdrückte, Grundton des Arztseins wieder anzuschlagen. Es ist letztlich die Chance, das Arztsein vom Dienstleistungsberuf mit moralischem Anspruch wieder zum sozialen Beruf mit moralischem Fundament zu machen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Nohl-Deryk. – Nächste Rednerin ist Eva Müller-Dannecker, Ärztekammer Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Sehr verehrte Damen und Herren! Ich danke ganz arg dem Vorredner, der die Ideale des Berufs des Arztes richtig dargestellt und vorgespielt hat. Ich danke auch Herrn Professor Maio für seine sehr differenzierten Worte.

Ich selbst arbeite in einem großen Krankenhauskonzern, aber in hundertprozentiger Trägerschaft der kommunalen Hand. Das ist mir extrem wichtig. Warum? Weil ich es wichtig finde, dass sich das Land und die Kommunen nicht aus der Verpflichtung für die Daseinsvorsorge herausziehen, und zwar immer dann, wenn sie kein Geld mehr haben, weil sie es für Flughäfen oder sonstige Projekte herauswerfen, sodass für die Gesundheit und die Krankenhäuser kein Geld mehr da ist. Wir dürfen nicht zulassen, dass die Daseinsvorsorge der Gewinnmaximierung von großen privaten Konzernen in die Hände fällt.

Wir sind Anwälte der Patienten. Das gilt für die Praxis und für die Klinik. Herr Professor Maio, jeder Niedergelassene führt seine Praxis natürlich als kleines Unternehmen. Deshalb ist es auch wichtig, dass wir uns auch in diesem Kreis gegen zu viel IGeL-Maximierung wenden. Für die Ärzte sowohl in der Klinik als auch in der Praxis gilt, dass sie Anwälte für die Patienten sind.

Frau Haus, wir selbst treffen auch Zielvereinbarungen. Ich erwarte von unseren Chefärztinnen und Chefärzten, dass sie sich bei guten Gehältern nicht von 20 Prozent korrumpieren lassen. Wir Ärztinnen und Ärzte haben eine Ethik und danach handeln wir. Ich erwarte von den Niedergelassenen, dass sie nicht unethisch „igeln“. Ebenso wie ich von den Chefärzten erwarte, dass sie sich nicht durch irgendwelche Zielboni von dem Prinzip abbringen lassen, Anwälte der Patientinnen und Patienten zu sein.

Herr Professor Maio hat das Subtile erwähnt. Was läuft subtil ab? Wo verändern wir uns langsam in unserer Denkweise? Ich bin dem jungen Kollegen sehr dankbar dafür, dass er darauf hingewiesen hat, dass wir von der Medizintechnik und der Pharmaindustrie subtil behandelt werden und immer innovationsgläubig sind. Wir stecken unglaublich viel Geld in Technik, in neue Investitionen, aber wir haben kein Geld mehr, um die Arbeitszeit des Arztes zu bezahlen.

Wir müssen wieder dazu kommen, die Arbeitszeit und die sprechende Medizin wertzuschätzen. Wir dürfen nicht vor lauter Industrie- und Innovationsgläubigkeit Millionen für Technik ausgeben, sodass wir anschließend kein Geld mehr für unsere Beziehungsleistung, für unsere Aufgabe als Anwalt der Patientinnen und Patienten haben.

Ich finde es auch unmöglich, dass sich die Länder bei all diesem herausziehen. Ich möchte, dass wir gemeinsam – Praxis und Klinik – unserem eigentlichen Auftrag gerecht werden, nämlich Arzt in sozialer Verantwortung zu sein.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Eva. – Nächster Redner ist der Kollege Hans-Albert Gehle aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Sie, der Deutsche Ärztetag, haben Gesundheitsminister Bahr mit viel Applaus begrüßt, während seiner Rede applaudiert und ihn mit viel Applaus verabschiedet. Ich möchte hier die Frage stellen, ob das nicht vielleicht ein bisschen zu viel Applaus gewesen ist.

(Vereinzelt Beifall)

Neue Strukturen auf dem Land, Filialpraxen – das ist doch die Notlösung, die wir geschaffen haben, damit die Patienten noch versorgt sind. Was heißt das? Die Wege zum Arzt sind 20, 30, 40 oder 50 Kilometer. Die Menschen, die in diesen Strukturen leben, und auch die Ärzte haben ein schlechtes Gewissen.

Überschüsse im Gesundheitsfonds, da gibt es Begeisterung. Aber zu wessen Lasten geht das? Zulasten der Patienten, zulasten der Beschäftigten. Die Patienten im Krankenhaus kommen sich heutzutage häufig so vor, als seien sie Güter am Verschiebebahnhof. Die Ärzte fühlen sich häufig als Fließbandarbeiter. Das produziert Überschüsse. Ist das richtig?

Wettbewerb der Krankenhäuser um Ärzte – da wird begeistert applaudiert. Krankenhäuser haben keinen Wettbewerb um Ärzte, sondern ums Überleben. Dieser Überlebenskampf tobt unentwegt.

Ökonomischer Druck in den Praxen – was bedeutet das überhaupt? Sind wir in den Praxen nicht schon längst so weit, dass wir ökonomische Überlegungen teilweise vor medizinische Überlegungen stellen müssen? Was bedeutet das für die Gewinnung junger Ärzte für den ambulanten Versorgungssektor? Laufen sie vielleicht deshalb weg?

Der Ausblick von Herrn Bahr in die Zukunft lautete: mehr Wettbewerb um Leistung, um Qualität. Was bedeutet das eigentlich? Was heißt denn Leistung? Was ist Qualität? Leistung ist Arbeit geteilt durch Zeit. Vielleicht braucht man in der Fläche oder beim kranken Patienten mehr Zeit als anderswo. Ist dann die Leistung schlechter?

Ich habe es auf dem Deutschen Ärztetag schon zweimal gesagt: „Generation Y“ halte ich für den falschen Ausdruck. Die Kollegen, die ich kenne, strampeln sich in dem System genauso ab, wie wir das getan haben. Es gibt nur einen Unterschied: Sie können weglaufen, wenn es ihnen nicht passt. Was machen wir dann? Wir haben ein Positionspapier mit dem Titel „Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland“. Ja, wir haben gesagt: Wir wollen etwas über die Finanzierung hören, auch dieser Deutsche Ärztetag. Es war nicht meine Meinung, aber Ihre. Wenn wir das tun, wenn wir ein Konzept zur Finanzierung haben wollen, brauchen wir mehr als ein paar Punkte, die wir erörtern. Das ist kein Konzept.

Wenn wir es betiteln wollen mit „Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland“, dann muss die Antwort für die Menschen und für unsere nachwachsende Generation mehr sein, als dass wir über die Finanzierung reden.

Deshalb kann ich den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer nicht unterstützen. Ich bitte Sie, ihn entweder an den Vorstand zu überweisen oder ihn abzulehnen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans-Albert. – Nächste Rednerin ist Frau Kollegin Ingrid Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte einen Aspekt aufgreifen, der vorhin schon einmal erwähnt wurde, nämlich die sogenannte sozialverträgliche Eigenbeteiligung. In dem Papier des Vorstands steht, dass Erfahrungen aus anderen Ländern gezeigt hätten, dass nur – nur! – eine spürbare finanzielle Eigenbeteiligung eine steuernde Wirkung entfalten könne und zur Vermeidung von überflüssiger Inanspruchnahme beitragen könne. Diese Erfahrungen würden mich interessieren. Ich kenne solche Studien leider nicht.

Im Gegenteil haben wir gesagt − das greift einen Aspekt auf, den wir heute Morgen im Zusammenhang mit Armut und Krankheit unterstrichen haben −, dass uns Ärzten in diesem Bereich eine große Verantwortung zukommt. Da wir wissen, dass insbesondere bei der Praxisgebühr gerade die Armen, die besonders Kranken und diejenigen, denen wenig Ressourcen zur Verfügung stehen, diejenigen waren, die von Arztbesuchen Abstand genommen haben, scheint mir ein kleiner Widerspruch zu bestehen.

Das möchte ich unterstreichen und mich sehr dafür einsetzen, dass dies modifiziert wird, damit es mit dem Thema „Armut und Krankheit“ übereinstimmt. Das ist ein großes Anliegen von mir.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Rothe-Kirchberger. – Nächster Redner ist Privatdozent Dr. Andreas Scholz aus der Ärztekammer Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Wertes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich weiß auch um diesen Antrag, der hier zirkuliert, dass derjenige, der ein Thema zum dritten Mal wiederholt, heute Abend an die Eisbären verfüttert wird. Deswegen werde ich nicht ein Thema zum dritten Mal aufgreifen, sondern einen Punkt aus der Debatte ansprechen, der meiner Meinung nach noch nicht ausreichend berücksichtigt worden ist. Herr Professor Maio hat ihn in abstrakter, korrekter Form dargestellt.

Vor diesem Hintergrund haben wir einen Antrag gestellt, der leider nicht unter Tagesordnungspunkt I, sondern erst unter Tagesordnungspunkt VI behandelt werden soll. Er beschäftigt sich mit der Belegung der Stationen. Der ökonomische Druck führt dazu, dass es Riesenstationen gibt. Die Begründung aus der Lagerchaostheorie lautet, dass man ein Lager optimal verwalten kann, wenn man beliebige Stücke an beliebigen Stellen unterbringen kann; sprich: Man macht Riesenstationen.

Ich will auf Folgendes hinweisen. Das, was Sie korrekt abstrakt als Spagat zwischen der Finanzierung und der Rechtfertigung der ärztlichen Kunst dargestellt haben, stellt sich konkret in dem Skandal der Stafford Hospitals dar. Sie haben es sicherlich gehört: Bis heute kann niemand beziffern, ob durch die dortige jahrelange Misswirtschaft 100, 200, 400 oder im schlimmsten Fall vielleicht sogar 1.200 Patienten verstorben sind. Dieses Missmanagement ist nicht dadurch zustande gekommen, dass eine einzige Institution versagt hat. Hintergrund war auch der dort herrschende ökonomische Druck. Dieses Krankenhaus hatte seine drei Sterne bezüglich der Qualität verloren. Das Management hat danach zu entsprechenden ökonomischen Maßnahmen gegriffen. Die Kontrollinstanzen bis hin zum Gesundheitsministerium haben versagt und es ermöglicht, dass es dort jahrelang zu diesem Skandal kam.

Ich zitiere aus dem Bericht von Robert Francis, demjenigen, der die zweite Untersuchung durchgeführt hat:

> *This was primarily caused by a serious failure on the part of provider Trust Board. It did not listen sufficiently to its patients and staff or ensure the correc-*

tion of deficiencies brought to the Trust's attention … This failure was in part the consequence of allowing a focus on reaching national access targets, achieving financial balance and seeking foundation trust status to be at the cost of delivering acceptable standards of care.

Auf gut Deutsch: Was wir hier diskutieren, ist dort als Skandal schon längst geschehen. Wer glaubt, das könnte uns nicht passieren, der irrt. Insofern müssen wir als Ärztetag dem Einhalt gebieten.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Nächster Redner ist Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Monti! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Professor Maio, gegen Ende Ihres Vortrags haben Sie richtigerweise darauf hingewiesen, dass letztendlich der Patient die Daseinsberechtigung für uns Ärzte liefert. Nicht vergessen werden darf dabei meiner Ansicht nach, dass das Konglomerat aus Patient, Arzt, Pflege, medizinischem Assistenzpersonal und allen anderen Beschäftigten erst die Daseinsberechtigung für Verwaltung liefert.

Heute scheint mir diese Tatsache von den Verwaltungen landauf, landab erfolgreich verdrängt zu werden. So wurde neulich von einem Verwaltungschef wörtlich gesagt: Wir leben in einer neuen Zeit. Die Wirtschaftlichkeit hat höchste Priorität. Es ging bei diesem Gespräch um die fehlende Qualifikation bei der Nachbesetzung einer Führungsposition im Krankenhaus.

Wenn ich mir wirtschaftliche Qualifikation vor fachlicher Qualifikation als Leitungsziel vorstelle, graust mir. Ich denke an Grimms Märchen „Von einem der auszog, das Gruseln zu lernen".

Noch eine Bemerkung zum Kollegen Nohl-Deryk von den Medizinstudierenden. Den Grundstein für eine gewisse Beeinflussung von Lehre und Forschung liefert doch die Politik, indem sie die Institute auffordert, sich zunehmend über Drittmittel zu finanzieren und sich damit zunehmend in die Abhängigkeit von der Wirtschaft zu begeben. Ich denke, hier schleicht sich die Politik ganz gewaltig aus der Verantwortung. Ich wäre sehr dankbar, wenn hier endlich ein Umdenken erfolgen würde.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus Schäfer. – Nächster Redner ist Christoph von Ascheraden, Vorstandsmitglied.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde, das war heute Morgen eine würdige Veranstaltung.

Wir haben interessante Reden gehört, aber wir haben natürlich auch eine Schönfärbung in der Ministerrede bei einigen Dingen gehört. Das muss man wohl sagen. Dass der Wahlkampf dabei keine Rolle gespielt hat, wird er uns nicht klarmachen. Das darf er auch.

Ich möchte ein paar kritische Punkte ansprechen, weil mir das wichtig erscheint. Er hat als Erstes das Patientenrechtegesetz als etwas völlig Bedeutungsloses, als ein Beruhigungsgesetz dargestellt und dies damit begründet, dass die Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern schon Richterrecht sei. In dem Punkt hat er recht. Aber er hat nicht recht, wenn er sagt, es habe überhaupt keinen Einfluss auf das Arzt-Patient-Verhältnis. Das hat es sehr wohl. Die umfassende und unmittelbare Herausgabe aller ärztlichen Unterlagen an den Patienten – zumindest in Kopie – ist in meinen Augen viel zu wenig kritisch hinterfragt worden. Dies ist nicht nur ein monströses bürokratisches Problem, das da auf uns zukommen könnte, sondern es hat auch eine Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung zur Folge.

Der zweite Punkt, den ich ansprechen möchte, ist die PKV-Erhöhung. Er hat sich die Sache natürlich schön elegant hingelegt: Erst dann, wenn wir uns mit der PKV geeinigt haben und einen bis ins Letzte konsentierten Vorschlag unterbreiten, ist er dabei. Das ist ein bisschen zu billig. Die Gestaltungsaufgabe der Politik wird hier sozusagen als heiße Kartoffel weggerollt. Wenn er es ernst meinte, könnte er unabhängig von der bisher nicht erreichten Konsentierung einen Inflationszuschlag als politische Maßnahme auf den Weg bringen. Dieser ist ja nicht konsentierungspflichtig wie die anderen Dinge. Da hat er sich die Sache ein bisschen schöngeredet.

Der dritte Punkt betrifft die Verankerung der Korruption im Sozialgesetzbuch. Das halte ich für sehr problematisch, weil die Stigmatisierung des Arztes implizit enthalten ist. Der Minister kann sagen, das sei nicht der Fall, er meine das nicht so, die anderen seien auch gemeint. Das stimmt einfach nicht. Der Grund, warum sich diese Koalition nicht dazu aufrafft, eine Strafandrohung für freie Berufe ins Strafgesetzbuch zu schreiben, ist doch, dass sich die zuständige Ministerin weigert, im Wahljahr eine vermeintliche Klientel zu verschrecken. Das muss man dem Minister offen sagen. Es ist nicht in Ordnung, wenn er sagt, das sei im Sozialrecht gut aufgehoben. Ich glaube, es ist nicht so einfach, das Urteil des Bundesgerichtshofs auszuhebeln. Ich glaube, das sollten wir ihm auch in der weiteren Diskussion sagen.

Wir haben ihn freundlich aufgenommen, wir haben ihn fair aufgenommen. Das ist in Ordnung. Aber wir wollen nicht alles kritiklos aufnehmen, sondern der Dialog muss von uns kritisch weitergeführt werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christoph. – Nächster Redner ist Ellis Huber.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich werde weiter versuchen, Ihnen zu vermitteln, warum ein duales Krankenversicherungssystem der Gesundheit der Bevölkerung nicht dient und nicht dienen kann. Der Minister hat eine wunderschöne Rede gehalten. Er hat Ihnen schönen Brei um den Mund geschmiert. Aber in Wirklichkeit wird er einknicken, wenn Frau Merkel in der nächsten Legislatur-

periode sagt: Es gibt keine Alternative zu einem einheitlichen Krankenversicherungssystem.

Bürgerversicherung heißt ja nicht Einheitskrankenkasse. Diese ist so vernünftig wie die Aussage: Wir wollen kein duales Straßenverkehrsregelungssystem, für die reicheren Autofahrer etwas anderes als für die kleinen Autos, die auch durch die Gegend fahren. Oder: Wir wollen zwei unterschiedliche TÜV-Systeme. Das wäre verrückt.

Wir brauchen jetzt *ein* Krankenversicherungssystem, das die Finanzierung regelt, das gleiche Rechte und gleiche Pflichten für alle Bürgerinnen und Bürger vorsieht. So hat es die Schweiz geregelt. So unterschiedlich sind die Finanzwege gegenwärtig gar nicht. Schauen Sie doch einmal hin: Die PKV hat 26 Milliarden Euro Einnahmen. Das sind 2.900 Euro pro Versicherten. Die GKV hat knapp 190 Milliarden Euro Einnahmen. Das sind 2.800 Euro pro Versicherten. Haben Sie 10.000 privat Krankenversicherte, stehen Ihnen 29 Millionen Euro zur Verfügung, haben Sie 10.000 gesetzlich Krankenversicherte, sind es 28 Millionen Euro. Damit muss umgegangen werden.

Wir sehen, dass bei der privaten Krankenversicherung der Löwenanteil in die ambulante Versorgung geht und nur ein Teil, nämlich 3,4 Milliarden Euro, gegenüber 5,4 Milliarden Euro in die stationäre Versorgung. In der GKV ist es genau umgekehrt: 30 Milliarden Euro gehen in die ambulante Versorgung, 60 Milliarden Euro in die stationäre Versorgung.

Wie erklären sich solche Daten? Doch nur einfach dadurch, dass in der PKV die gesamte Last des Alters und des Sterbens, das heute bei der BKK Bahn oder bei manchen Ortskrankenkassen präsent ist, noch gar nicht da ist. Kommt das, dann wird es sehr, sehr knapp. Dann werden dort die Beiträge steigen.

Sie müssen sich klarmachen: 90 Prozent der Bevölkerung wollen keine private Krankenversicherung. Sie erfahren tagtäglich vor Ort am eigenen Leib, dass von Arzt zu Arzt unterschiedlich gehandelt wird. Die anerkannten Ärzte sind genau diejenigen, die das nicht tun.

Es ist vernünftig, das Gesundheitssystem neu zu denken und auch die ökonomische Seite in ärztlicher Verantwortung neu zu gestalten. Deswegen bin ich dafür, diesen Antrag an den Vorstand zurückzugeben und noch einmal zu reflektieren und zu einem besseren und vernünftigeren System zu kommen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Susanne Blessing aus Baden-Württemberg ist die nächste Rednerin.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich hatte eigentlich erwartet, dass etwas konkreter über das Papier an sich gesprochen wird und dass Herr Drabinski hier für Rückfragen zur Verfügung steht. Ich lebe im Süden der Republik und habe auch Einsicht in die Schweizer Verhältnisse. Die Schweizer Bevölkerung hat sich gerade deutlich gegen Managed Care ausgesprochen. Dort gibt

es auch Überlegungen, eine Rückversicherung einzuführen, um die Hochrisikopatienten besser abzudecken, damit das Problem gelöst werden kann, dass die Kassen versuchen, die teuren Patienten loszuwerden. Ich hätte Herrn Drabinski gern gefragt, ob so etwas auch hier bereits bedacht worden ist. Der Morbi-RSA macht uns im Alltag so viele Probleme. Vielleicht könnte man das irgendwie anders lösen. Das könnte man unter Entbürokratisierung im Alltag verstehen. Die ICD-Upcoding-Wünsche der Krankenkassen machen uns alltäglich Ärger. Wenn die wahnsinnige ICD-10-Überbewertung verschwinden würde, bliebe uns im Alltag einiges erspart. ICD-10 ist ja inzwischen eine Art Ersatzwährung im Gesundheitssystem geworden. Das darf nicht sein. Die Schwerpunkte müssen woanders liegen.

Ich denke, wenn sich die Bundesärztekammer mit diesem Problem beschäftigt, wäre dieser Aspekt sehr wichtig. Die täglichen Probleme an der Basis müssen berücksichtigt werden. Das wäre für uns wesentlich erleichternd.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Blessing. Herr Drabinski sitzt dort unten. Ich habe eben Martina Wenker gebeten, ihm zu sagen, dass er mir ein Zeichen gibt, wenn er Erklärungsbedarf hat oder wenn es konkrete Fragen gibt. Er hat dann quasi den Status eines Referenten, wenn Sie damit einverstanden sind. Dann könnte er direkt antworten. Das hat er aber bisher nicht getan. Wir warten, bis er mir das Signal gibt. – Das geschieht gerade. Wenn Sie damit einverstanden sind, hören wir jetzt noch Christian Köhne. Dann geben wir Herrn Drabinski Gelegenheit, zu ein paar Fragen Stellung zu beziehen.

Sind Sie damit einverstanden?

(Beifall)

− Dann danke ich Ihnen und bitte jetzt Christian Köhne ans Mikrofon.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich möchte zu den Anforderungen an das duale Krankenversicherungssystem sprechen. Wenn ich ein Papier mit einem solchen Titel vorgelegt bekomme, dann ist meine Erwartungshaltung erst einmal, dass ich etwas über die ganz grundsätzlichen Anforderungen erfahre, weniger über die Details. Was meine ich mit Details? Die Aussage, dass Beiträge durch die Aufsicht genehmigt werden müssen, gehören genauso wenig in ein solches Papier wie ganz konkrete Prozentsätze. Es fällt sicher nicht in unsere Kompetenz, ob 7,2 oder 7,3 Prozent der richtige Satz sind. Es geht um ganz grundsätzliche Dinge.

Meine Kritik geht aber noch weiter. Ich finde das Papier an einigen Stellen inhaltlich einfach unklar. Vorhin wurde bereits der Begriff Beitragsbemessungsgrenze angesprochen. Kurz danach heißt es in dem Text: einkommensunabhängig. Herr Präsident, Sie haben es eben aufgeklärt: Es geht um die Sozialgrenze. Aber an den Begriffen kann ich das nicht erkennen. Wenn ich die Begriffe sehe, denke ich, dass es wahrscheinlich um den Arbeitgeberanteil geht, der vielleicht doch kein Arbeitgeber-

anteil ist, sondern begrenzt wird. Das bleibt schlicht und ergreifend unklar. Insofern ist aus meiner Sicht ein solches Papier zu überarbeiten.

Für die gesetzliche Krankenversicherung wird ein einheitlicher Beitragssatz gefordert. Das kann ich auf der einen Seite verstehen. Auf der anderen Seite passt das aber nicht zu der Forderung an die gesetzliche Krankenversicherung, neue Modelle der Kostenerstattung und der Beteiligung auszuprobieren. Entweder müsste man für alle die Kostenbeteiligung einführen oder man müsste doch einen eigenen Tarif einführen, der zwangsläufig zu neuen Beitragssätzen führen würde. Aus meiner Sicht ist das Papier an dieser Stelle nicht völlig ausgereift.

Ich verstehe auch nicht die Forderung, den Gesundheitsfonds zu begrenzen. Der Gesundheitsfonds hat sich doch etabliert. Der Beitrag, der für ein gesundes 18-jähriges männliches Mitglied an die Kasse fließt, ist deutlich geringer als der Eigenbeitrag, der festgelegt wird. Nähme man das aus dem Gesundheitsfonds heraus, würde das Volumen des Finanzflusses nicht mehr ausreichen.

Ich denke, auch an die PKV sollte man Forderungen stellen. Gerade wenn man Herrn Maio mit seinen Ausführungen über die Medizinethik zugehört hat, sollte man sich Gedanken darüber machen, ob in der privaten Krankenversicherung nicht genauso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge nach einheitlichen Kriterien gebildet werden sollten. Die Berücksichtigung des Geschlechts zeigt, dass das grundsätzlich möglich ist. Die Beiträge können auch unabhängig von Alter und Vorerkrankungen dargestellt werden.

Ich denke, das sollte eine ureigene ärztliche Forderung sein, die man in unser Papier einsortieren kann. Dann haben wir im nächsten Jahr ein Superpapier, das wir alle verabschieden können.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Köhne. – Jetzt kommt Herr Drabinski, der uns auf Ihren Wunsch hin bei der Erstellung dieses Papiers intensiv geholfen hat. Sie sind damit einverstanden, dass Herr Drabinski das Rederecht hat. Bitte, Herr Drabinski.

Dr. Drabinski, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen! Meine Herren! Es sind eine ganze Reihe von Fragen an den Gesundheitsökonomischen Beirat gerichtet worden, der den Vorstand der Bundesärztekammer hat unterstützen dürfen, um den Entschließungsantrag, der vor Ihnen liegt, ausarbeiten zu können. Ich muss, bevor ich auf die einzelnen Punkte eingehe, auf das Hauptproblem, das sozusagen hinter der ganzen Diskussion steht, eingehen. Das Hauptproblem, mit dem sich jedes Reformkonzept beschäftigt, ist das demografische Problem. Heute Morgen wurde davon gesprochen – ich glaube, es war der Bürgermeister −, dass in dieser Stadt 111-Jährige zum Geburtstag gratuliert bekommen.

Aber das, was heutzutage beschrieben wird, ist noch nicht das demografische Problem. Es ist nicht die 111-Jährige, die heute im System versorgt werden muss, es ist

nicht die Oma, die heute irgendwie anderweitig versorgt werden muss, sondern das demografische Problem ist ein ganz anderes: Das sind die geburtenstarken Jahrgänge. Die geburtenstarken Jahrgänge sind die Jahrgänge 1954 bis ungefähr 1970. Dieses demografische Problem gilt es zu lösen, mit jedem einzelnen Reformkonzept; ob es ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt mit der Überschrift „Bürgerversicherung“ ist oder ob es, wie es im Konzept des Vorstands steht, die reformierte Dualität ist.

Demografisches Problem – was bedeutet das? Das demografische Problem bedeutet, dass die geburtenstarken Jahrgänge nicht genügend Nachkommen hinterlassen haben. Die geburtenstarken Jahrgänge haben sich nicht reproduziert. Das klingt ein bisschen komisch, aber das heißt für Deutschland nichts anderes, als dass in Deutschland in den Jahrgängen 1970 bis 2013 20 Millionen Menschen fehlen.

Vor diesem Hintergrund wurde die Diskussion geführt. Vor diesem Hintergrund hat der Gesundheitsökonomische Beirat versucht, das Konzept mit zu unterstützen, und zwar vor zwei, drei grundlegenden Fragestellungen. Es ging vor allem erst einmal um die Frage: Wie müsste ein Konzept aussehen, damit es demografieresistent ist? Wie kann man 20 Millionen fehlende Personen in 20, 30 oder 40 Jahren kompensieren? Damit müssen wir heute anfangen, weil die ersten geburtenstarken Jahrgänge in fünf Jahren in Rente zu gehen beginnen.

Es ging auch darum, ein Finanzierungskonzept zu haben, das Konjunkturschwankungen ausgleicht. Im Moment haben wir eine gute Konjunktur. Unabhängig davon, wie viel Arbeitslose es gibt, unabhängig davon, wie viele Personen in Elternzeit, in Ausbildung sind, sollte ein Finanzierungsmodell erarbeitet werden. Darauf gibt das Konzept eine Antwort.

Es sollte auch ein solidarisches System sein.

Diese Eigenschaften, die ich gerade beschrieben habe, können nur durch ein Konzept umgesetzt werden, das quasi einen pauschalen Gesundheitsbeitrag vorsieht, das aber auch mit einem sozialen Ausgleich bestückt ist.

In dem Konzeptpapier stehen Prozentsätze. Das ist der aktuelle Stand der Diskussion im ökonomischen Bereich. Sie wurden in das Modell mit übernommen.

Ich komme damit zu einigen Fragen, die gestellt wurden. Es wurde gefragt, ob man auch ins Ausland geschaut hat, beispielsweise in die Schweiz. In der Schweiz gibt es ein ähnliches Modell, wie es in dem Konzept niedergelegt ist. Auch die Frage der Eigenbeteiligung ist in dem Konzept mit angesprochen.

Insgesamt ist das Konzept so gedacht, dass es eine Generationengerechtigkeit in der Finanzierung herbeiführt, auch wenn das jetzt im politischen Kontext vor der Bundestagswahl natürlich auch auf Widerstand stößt. Das können Sie bereits heute in den Medien beobachten. Letztendlich ging es darum – das war die Motivation dieses Konzepts −, für das, was hier Generation X und Generation Y genannt wurde, Lösungen bereitzustellen, und zwar nicht nur für die junge Generation, sondern damit die junge Generation die Ansprüche der geburtenstarken Jahrgänge in der Zukunft finanzieren kann. Es geht nicht um die heute Alten, es geht nicht um die Jungen, es geht um die geburtenstarken Jahrgänge. Ich denke, darauf hat das Konzept eine sehr gute Antwort gefunden, auch vor dem Hintergrund der medizinethischen Frage-

stellungen. Je knapper das Geld im System wird, wie durch einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt zu erwarten ist, desto schwieriger wird es letztendlich für die medizinische Versorgung und auch für die medizinischen Berufe.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Drabinski. Ich glaube, Sie haben die Motivation für das Papier und seine Grundzüge noch einmal darlegen können.

Wir fahren in der Rednerliste fort. Der nächste Redner ist Herr Medizinaldirektor Dr. Karl Breu aus Bayern.

MD Dr. Breu, Bayern: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zur Organspende und zu unserem gemeinsamen Antrag:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 in Hannover setzt ein Zeichen für die Organspende.*

Unser Präsident und der Herr Gesundheitsminister haben heute Morgen schon sehr sensibel dieses Thema angesprochen. Herr Bahr sagte, dass diejenigen, die sich gegen die Organspende aussprechen, nicht den Arzt treffen, der manipuliert hat, sondern sie treffen die 12.000 Menschen, die auch heute noch auf ein Organ warten, das ihnen das Leben ermöglicht oder es zumindest wesentlich verbessert.

Zur Steigerung der Organspendezahlen beschloss der Deutsche Ärztetag in Kiel die Entscheidungslösung, die dann tatsächlich auch Eingang ins Transplantationsgesetz fand und seit November 2012 gilt. Die darin empfohlenen Maßnahmen konnten aber überhaupt nicht greifen, da die Unregelmäßigkeiten bei der Vergabe von Organen an einzelnen Kliniken das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Organspende schwer erschütterten.

Obwohl der Vorstand der Bundesärztekammer zielgerichtet und schnell reagierte, für mehr Transparenz sorgte und strengere Qualitätskriterien einführte, müssen wir gemeinsam das Vertrauen zurückgewinnen. Deshalb sollte der 116. Deutsche Ärztetag ein Zeichen für die Organspende setzen. Die 250 Delegierten erklären, dass sie eine Entscheidung treffen werden und das auch dokumentieren. Für diejenigen, die das noch nicht getan haben, stehen auch morgen Vertreter der Deutschen Stiftung Organtransplantation vor den Türen und werden Organspendeausweise ausgeben, die es jetzt übrigens auch im Scheckkartenformat gibt.

Sie wissen: Täglich sterben drei Menschen, weil nicht genügend Organe zur Verfügung stehen. Setzen Sie, setzen wir gemeinsam ein Zeichen, stimmen Sie für unseren Antrag und treffen Sie für sich und Ihre Angehörigen eine Entscheidung.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Breu. – Meine Damen und Herren, es ist jetzt 17.45 Uhr. Unsere heutige Tagungszeit ist bis 18 Uhr kalkuliert. Herr Maio wird uns morgen nicht mehr zur Verfügung stehen. Deswegen habe ich jetzt folgenden Vorschlag zu machen: Wir diskutieren jetzt noch etwa zehn Minuten. In dieser Zeit können ungefähr drei Redner zu Wort kommen. Anschließend fragen wir Herrn Maio, ob er ein Schlusswort aus der Sicht des Referenten sprechen möchte. Wenn er das möchte, werden wir die Behandlung der Tagesordnung nach seinem Schlusswort unterbrechen. Wir würden morgen früh mit dem Tagesordnungspunkt „Gesundheit und Armut“ fortfahren. Dafür haben wir etwa zwei Stunden vorgesehen. Danach können wir die vorliegende Rednerliste abarbeiten und über die Anträge abstimmen.

Heute weiterzumachen hat nicht viel Sinn, weil wir Ihnen noch nicht Anträge umgedruckt vorlegen können. Sie sind ausgesprochen fleißig, was die Antragstellung angeht. Ich müsste Sie ansonsten damit überfordern, von Ihnen nicht gesehene und nicht gelesene Anträge ausschließlich nach der Projektion zu beurteilen. Das fände ich nicht gut. Deswegen schlage ich Ihnen vor, so zu verfahren wie eben beschrieben.

Wir hören jetzt noch Herrn Rolshoven, Herrn Hellmann und Herrn Dehnst. Danach bitte ich Herrn Maio um sein Schlusswort.

Herr Rolshoven, bitte.

Dr. Rolshoven, Saarland: Lieber Herr Präsident! Liebe Frau Wenker! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag I-06 der saarländischen Delegation. Es geht in diesem Antrag zum einen darum, ein Verbot quantitativer Vorgaben in Arztverträgen durchzusetzen, und zum anderen um die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von Dokumentationspflichten. Das sind Anträge, die wir schon kennen und die auch aus anderen Delegiertenkreisen kommen. Das wird also relativ gut durchgehen.

Der dritte Punkt ist eine Anpassung des DRG-Systems an individuelle Patienteninteressen. Dieser Punkt liegt uns sehr am Herzen. Deutschland hat mit dem hier praktizierten DRG-System ein hochziseliertes System eingeführt, zu dem aber unsere Patienten nicht mehr passen. Der Standardpatient ist ein multimorbider Patient, der im DRG-System sehr schlecht abgebildet ist und deshalb im Alltag eher vermieden wird. Gut abgebildet sind die klar definierten Prozeduren, einfache Dinge, die sich schnell durchsetzen lassen. Deshalb richtet sich das System auch darauf aus.

Wir fordern, da wir eine Abschaffung dieses Systems nicht für durchsetzbar halten, eine Anpassung an die Bedürfnisse unserer Patienten. Wir wollen damit auch Dinge erreichen, die durchaus auch in dem Vortrag von Herrn Professor Maio vorkamen, nämlich dass sich die Sozialisation unserer jungen Kollegen auf dieses System ausrichtet. Die jungen Kollegen kommen mit guter Motivation in den Beruf und werden dann mit den Anforderungen, die durch das DRG-System gestellt werden, auf einmal konfrontiert und ändern ihre Einstellungen.

(Unruhe)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Entschuldigen Sie, Herr Rolshoven, können Sie bitte ganz kurz unterbrechen. – Darf ich fragen, was das dahinten soll? Meine Damen und Herren, wir sind hier noch in den Beratungen des Deutschen Ärztetages. Könnte ich Sie bitten, noch einen Moment draußen zu warten. Wir unterstützen ja Ihr Anliegen, aber es geht nicht, dass man ohne Zustimmung der Sitzungsleitung einfach in die Sitzung kommt. Ich bitte Sie, noch einen Moment draußen zu warten. Wir sind wahrscheinlich in wenigen Minuten mit der Sitzung fertig. Dann werden wir uns mit Freude Ihrem Anliegen widmen. Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Herr Rolshoven, Sie bekommen noch einmal drei Minuten Redezeit.

Dr. Rolshoven, Saarland: Ich möchte nur noch sagen: Unsere jungen Kollegen werden auf diese Weise auf einen Pfad geleitet, wo sie selber nicht hinwollen und wo wir sie bisher auch nicht haben wollen.

Ich will Ihnen zum Schluss ein Beispiel nennen, das ein befreundeter Kollege – Arzt und Psychiater – über die Ausbildung seines Sohnes in der Klinik in unserer Nähe erzählt hat. Er hat das sehr humorvoll getan; er mag seinen Sohn natürlich gern. Er hat gesagt: Der junge Mann hat dort nicht gelernt, gescheit zu untersuchen. Er kann kein EEG auswerten, er kann kein EMG auswerten, aber er kodiert wie eine gesengte Sau. Da wollen wir nicht hinkommen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Rolshoven. – Nächster Redner ist Dr. Andreas Hellmann aus Bayern.

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bedanke mich ausdrücklich beim Präsidium für das vorgelegte Papier. Ich sehe eigentlich den Blick darauf etwas verkürzt, weil es so lang ist. Jeder kann sich das heraussuchen, was ihm gerade passt oder auch nicht passt. Schon die Überschrift „Finanzierung des Gesundheitssystems“ greift zu kurz. Es handelt sich um ein Papier der Weiterentwicklung dieses Systems. Es soll natürlich nicht verkürzt werden auf die banale Aussage: Das duale System und die private Versicherung müssen erhalten werden. Genau das steht dort nämlich nicht. Der entscheidende Satz ist meiner Ansicht nach, dass das GKV-System weder nachhaltig noch generationengerecht ist. Das ist doch der entscheidende Satz.

Wenn ich das mit der Rede von Herrn Maio in Verbindung bringe, sehe ich genau dort das Dilemma. Das Dilemma der Ökonomisierung unserer eigenen Handlungen, die wir letztendlich schon verinnerlicht haben, sehe ich im GKV-Bereich insbesondere dadurch dargestellt, dass ich zunehmend die Zwänge der Ökonomie in einem intransparenten System darstellen muss. Die GKV zwingt mich zur grauen Rationierung, nämlich zu überlegen: Kann ich das noch, kann ich das nicht?

Die Äußerungen vieler Patienten, die uns fragen „Herr Doktor, kriege ich das noch? Ich zahle es auch selber!“, sind doch genau der Ausdruck dafür, dass uns die Patienten schon misstrauen, dass wir diese Rationierung vornehmen, ohne dass wir sie fragen. Das möchte ich nicht mehr haben.

(Vereinzelt Beifall)

Gleichwohl bitte ich, nicht die Gefahr zu unterschätzen, dass wir, wenn wir eine andere Vergütung haben, in die andere Richtung nicht mehr ehrlich sind, dass wir übertherapieren, weil es dafür vielleicht mehr Geld gibt. Herr Maio, ich hätte von Ihnen zum Schluss gern einen Hinweis, wie wir aus diesem Dilemma herauskommen.

Ich glaube, wir können nur durch maximale Transparenz Erfolg haben. Wir dürfen uns nicht in die Gefahr begeben, die ohne Zweifel zunehmende Belastung durch Bürokratie bloß deswegen abzuwehren, weil wir sagen: Es gibt zu viel Bürokratie. Wir müssen unserer Transparenzverpflichtung insbesondere den Patienten gegenüber viel umfassender nachkommen als bisher, sonst verlieren wir die Legitimation, eine Vergütung nach der tatsächlichen Leistung zu fordern. Das halte ich für ganz entscheidend wichtig.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Hellmann. – Letzter Redner in der heutigen Diskussion ist der Kollege Joachim Dehnst aus Westfalen-Lippe.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben in der Vergangenheit mehrfach die Übernahme ökonomischer Verantwortung abgelehnt, auch in Ulm. Leider haben wir auch auf dem letzten Ärztetag dem Vorstand den Auftrag gegeben, ein Konzept für die Krankenversicherung in der Zukunft auszuarbeiten. Jetzt – das finde ich ein bisschen bedrückend − diskutieren wir zusammengefasst in einem Tagesordnungspunkt, wie die Ökonomie unser ethisches Handeln erwürgt, und auf der anderen Seite stellen wir ein eigenes Finanzierungskonzept vor. Ich meine, damit verlieren wir unsere Unschuld und übernehmen eine Verantwortung, die wir gar nicht tragen können.

Dieses Papier, das vor uns liegt, zeigt mir umso deutlicher, dass wir das gar nicht hätten tun sollen. In diesem Konzept holt man Kapitalmarktrisiken in die gesetzliche Krankenversicherung. Man setzt auf mehr Steuerfinanzierung, beispielsweise bei den Mitteln für den Sozialausgleich, bei den Ausgaben für Kinder, bei der beitragsfreien Familienversicherung. Es wird insgesamt weniger Geld für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Der Gesundheitsbeitrag ist in Wirklichkeit eine Kopfpauschale. Höhere Einkommen, insbesondere von Singles, werden entlastet werden und geringere Einkommen von Familien werden belastet werden.

Zu guter Letzt sind wir dabei, der privaten Krankenversicherung, die uns in den Verhandlungen immer sehr partnerschaftlich behandelt hat, einen Persilschein auszustellen.

Verstehen Sie dies nicht als eine Rede gegen das duale Versicherungssystem; mitnichten. Aber wir sollten denen, die uns signalisieren, dass sie sich komplett von der Vollversicherung verabschiedet haben, nicht noch einen Persilschein ausstellen, dass wir sie unbedingt erhalten wollen. Wir sollten unsere Energie vielmehr darauf verwenden, uns damit zu beschäftigen, wie die Leitwährung der Vergütung ärztlicher Leistungen in der Zukunft aussehen sollte. Dieses Papier – ich muss es leider so sagen – sollten wir einfach nur in die Schublade stecken und nicht mehr weiter verhandeln.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Kollege Dehnst. – Damit schließe ich die Rednerliste für heute und bitte Herrn Maio zu seinem Schlusswort.

Prof. Dr. Maio M. A., Referent: Verehrte Delegierte! Lassen Sie mich am Ende ein paar ganz kurze Worte sagen. Zunächst einmal finde ich es sehr zukunftsträchtig, dass Sie in diesem Forum über diese grundlegenden Fragen nachgedacht haben.

Minister Bahr spricht sich gegen Korruption aus. Aber die Boni, die sich an der Menge orientieren, sind im Grunde eine Form der subtilen Bestechung der Ärzte. Deswegen müssen Sie unbedingt dagegen vorgehen.

(Beifall)

Sie müssen in Ihren Beschlüssen und weiteren Überlegungen dagegen vorgehen, diszipliniert zu werden. Die Disziplinierungsmethoden sind überall vorhanden, nicht nur der MDK, der Ihnen ständig Anfragen schickt und auf diese Weise die Ärzte diszipliniert, damit sie ja quasi krankenkassenkonform entscheiden und sich nicht besonders engagieren, sondern auch die Plausibilitätsprüfungen sind Disziplinierungsmaßnahmen. Sie müssen selber viel aktiver werden, um als Ärztinnen und Ärzte selbst zu definieren, was medizinische Qualität ist. Das können nur Sie.

Je weniger Sie das selber tun und da offensiv vorgehen, desto mehr wird Ihnen eine Pseudoqualitätsvorgabe von außen aufgedrückt. Ich finde, dass Sie da bisher nicht offensiv genug gewesen sind.

Sie dürfen die DRGs nicht als ein einfach nur neues Instrument der Finanzierung verstehen. Sie sind ein Einsparinstrument. Es ist ein Spardiktat verhängt worden. Mit den DRGs wird getestet, wie weit man bei den Ärzten und den Pflegenden sparen kann, wie weit sie eigentlich mit Arbeitsverdichtung und Personalabbau belastbar sind. Das geht auf Kosten der Patienten. Das müssen Sie viel offensiver nach außen vertreten.

Das Sparsamkeitsdiktat ist von den Politikern so gar nicht formuliert worden, sondern einfach nur als ein Berechnungssystem. Aber es ist ein Sparsamkeitsinstrument. Dagegen müssen Sie sich wehren, indem Sie aufzeigen, wo dadurch eine Unterversorgung der Bevölkerung stattfindet. Genau in diese Lage werden Sie gebracht, dass Sie im Grunde eine Unterversorgung Ihrer Patienten in Kauf nehmen, weil Ihnen das System eine gute Versorgung nicht erlaubt. Minister Bahr hat heute Morgen gesagt:

Jeder kriegt alles. Das ist unter dem DRG-System, wenn es so starr vollzogen wird, heute nicht mehr gegeben. Sie müssen darauf hinweisen, wo die Engpässe sind und warum das System aufgeweicht werden muss.

(Beifall)

Als Internist, der ich einmal war, und als Ethiker, der ich bin, habe ich mich immer für die Frage interessiert – sie ist die Legitimationsgrundlage des Arztseins −: Was erwartet der Patient? Der Patient erwartet natürlich Ärzte, die viel können und die natürlich ganz rational vorgehen. Aber die Patienten erwarten von Ihnen auch, dass Sie sich ohne Hetze und ohne zu sehr immer nur irgendwelche Zahlen im Kopf haben zu müssen, einfach auf sie einlassen. Das hat nichts mit Gefühlen zu tun. Sie erwarten von Ihnen, dass Sie Zeit für das Gespräch mit ihnen haben. Das ist keine Romantik, sondern das ist genau die Erwartung der Patienten. Viele neue Umfragen zeigen genau das.

Deswegen müssen Sie dafür eintreten, dass nicht diejenigen Ärzte, die einfach nur sehr invasiv vorgehen, die sehr technikinvasiv sind, viel verdienen, sondern dass diejenigen Ärzte, die vermeintlich nur Beziehungen pflegen und die chronisch Kranken und die multimorbiden Patienten begleiten, einerseits moralisch wertgeschätzt werden, aber natürlich auch finanziell dafür belohnt werden, dass sie sich diese Zeit nehmen.

(Beifall)

Sie selber schaffen im Grunde die Form der Bezahlung; Köhler & Co. Sie selber entscheiden darüber, wie das Geld verteilt wird. Diese Steuerungsmöglichkeit dürfen Sie nicht aus der Hand geben, indem Sie sich dafür einsetzen, dass die sprechende Medizin anders vergütet und eine Umgewichtung vorgenommen wird, damit nicht hinterher diejenigen Ärzte, die im ambulanten Bereich wenig invasive Tätigkeiten vornehmen, auf Dauer gar nicht existieren können. Sie müssen aufgewertet werden.

Daher meine ich, dass die Debatten darüber, was das Wesentliche ist, die Grundlage darstellen, um zu konkreten Beschlüssen zu kommen und am Ende das zu realisieren, wofür Medizin da ist. Ich finde, Medizin ist eine Sorge für den Kranken in technisch-könnerischer, aber eben auch in zwischenmenschlicher Hinsicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Herr Maio. – Herr Voigt zur Geschäftsordnung.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte den Deutschen Ärztetag bitten, ganz kurz noch die Kolleginnen und Kollegen zu empfangen, die aus Oldenburg hierher geradelt sind, die ein humanitäres Projekt in Sierra Leone unterstützen. Sie haben extra den Deutschen Ärztetag zum Anlass genommen hierherzukommen. Das ist die etwas feurig musikmachende Truppe von vorhin. Wenn Sie damit einverstanden sind, bitte ich sie kurz herein. Eine Sprecherin wird das Projekt kurz vorstellen. Die Ärztekammer Nieder-

sachsen engagiert sich seit vielen, vielen Jahren bei humanitären Hilfsprojekten. Das ist ein Schwerpunkt unserer Arbeit. Deswegen würde ich es sehr begrüßen, wenn Sie damit einverstanden wären.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke sehr, lieber Herr Voigt. – Ich will Ihnen jetzt nicht die Frage stellen „Wolle mer se reinlasse?“, sondern sage: „Mer lasse se einfach rein“.

Ich beende jedenfalls die normale Tagesordnung und die Rednerliste. Wir sehen uns morgen um 9 Uhr wieder. Ich bitte Sie, jetzt noch hierzubleiben, damit die Kolleginnen und Kollegen aus Oldenburg mit Fahrrädern und Musik einrücken können und uns kurz erklären, was der Inhalt ihres Projekts ist.

Dr. Gorris-Vollmer: Sehr geehrter Herr Montgomery! Sehr geehrte Frau Wenker! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir sind eine Abordnung aus Oldenburg. Wie Sie sehen: Oldenburger sind dynamisch, Oldenburger haben stramme Waden. Diese sieben Kollegen aus den Oldenburger Kliniken sind heute Morgen in Oldenburg gestartet und nonstop hierhergefahren.

(Beifall)

Sie tun das nicht für die Fitness – die haben sie sowieso −, sondern sie tun es, um auf humanitäre Einsätze aufmerksam zu machen, die unser aller Anliegen sind. Sie möchten diesem Ärztetag gern eine Petition überreichen mit zwei Kernanliegen: Zum einen bitten wir darum, dass Ärzte, die sich in humanitären Einsätzen befinden, eine Arbeitsplatzgarantie erhalten, zum anderen bitten wir darum, dass die humanitären Einsätze durch die Arbeitgeber in Form der Freistellung gefördert werden.

(Beifall)

Ich denke, Oldenburg ist in dieser Hinsicht vorbildlich. Wir haben eine Modellpatenschaft in Oldenburg. Ein kleiner Verein, „Hilfe direkt“, hat gemeinsam mit den fünf Oldenburger Kliniken in Sierra Leone eine Klinik errichtet, die vor anderthalb Jahren eingeweiht wurde und die bereits nach einem Jahr ihre Kosten einfahren kann. Das geht nur, weil deutsche Ärzte bereit sind, im Monatsrhythmus dort die ärztliche Versorgung mit zu übernehmen.

Wir werben auf diesem Ärztetag für unsere Klinik und für den freiwilligen humanitären Einsatz in unserer Klinik. Wir werden während des gesamten Ärztetages im Foyer vertreten sein und freuen uns über Ihr Interesse.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Dr. Voigt, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde es eine ganz tolle Initiative. Es wird dazu einen Antrag geben. Ich habe ihn bereits gestellt. Ich

warte auf weitere Unterstützer. Ich bin davon überzeugt, dass der Deutsche Ärztetag dem Ansinnen der Kollegin folgen wird.

Ich danke allen für die tolle Aktion. Ich habe bereits einen entsprechenden Antrag gestellt und bitte um weitere Unterstützer. Ich danke allen für die tolle Aktion und werde in den nächsten Tagen draußen im Eingangsbereich dafür werben wollen, genauso wie für die anderen humanitären Projekte, die wir Ihnen vorstellen.

Ich darf Ihnen noch einmal ganz herzlich dafür danken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, sich das anzuhören. Schönen Abend noch!

(Beifall)

2. Tag, Mittwoch, 29. Mai 2013
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir beginnen mit unserer Sitzung. Ganz herzlich begrüße ich wieder unsere vielen internationalen Ehrengäste, die zu uns gekommen sind. Wir hatten gestern einen ausgesprochen angenehmen internationalen Abend. Ich bedanke mich auch bei den Vorstandsmitgliedern, die daran teilgenommen haben. Dieser Abend war Ausdruck unserer großen internationalen Verbundenheit. Vielen herzlichen Dank dafür.

(Beifall)

Ich grüße herzlich den Ehrenpräsidenten des 116. Deutschen Ärztetages, Heyo Eckel. Ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Wir haben heute zwei Geburtstagskinder unter uns; beide kommen aus dem Land Sachsen-Anhalt. Wir beglückwünschen ganz herzlich zu ihrem Geburtstag Frau Dr. Petra Bubel und Herrn Dr. Peter Wolf.

(Beifall)

Mir hat gerade der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mitgeteilt, dass Herr Professor Dr. Klaus Dommisch, Delegierter der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, heute ebenfalls Geburtstag hat. Auch Ihnen einen ganz herzlichen Geburtstagsgruß!

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, bevor wir gleich in die Tagesordnung eintreten, noch ein paar Hinweise. Wir haben uns ja gestern darauf verständigt, jetzt mit dem Tagesordnungspunkt II „Gesundheitliche Auswirkungen von Armut“ mit dem Referenten Professor Dr. Olaf von dem Knesebeck zu beginnen. Wir wollen das Referat zu diesem Tagesordnungspunkt hören, dann diskutieren und anschließend die Anträge dazu verabschieden. Anschließend treten wir wieder in die Diskussion zum Tagesordnungspunkt I „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ mit den Unterpunkten a) und b), die wir gestern hier ausführlich diskutiert haben, ein. Anschließend stimmen für über die dazu vorliegenden Anträge ab. Danach gehen wir zur Fortbildungsordnung über. Wenn dann noch Zeit ist, behandeln wir den Tagesordnungspunkt Weiterbildungsordnung. Wir müssen sehen, wie wir das alles zeitlich hinbekommen. Wir haben in den nächsten Tagen ja auch noch andere Programmpunkte.

Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, bitte ich die Präsidentin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME), Frau Kollegin Dr. Katrín Fjeldstedt aus Reykjavik, um ein kurzes Grußwort an die Delegierten. Katrín, the floor is yours.

Dr. Fjeldstedt: Guten Tag! Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Monti! Sehr geehrte Damen und Herren! Es ist eine große Freude und Ehre für mich, den deutschen Kolleginnen und Kollegen anlässlich des 116. Deutschen Ärztetages zu begegnen und

einige Worte an sie zu richten. Erlauben Sie mir, ein Schlaglicht auf die Arbeit der Europäischen Ärzte zu werfen und Ihnen einen europäischen Ausblick auf die nahe Zukunft zu geben.

Als Erstes möchte ich betonen, wie sehr die Arbeit jedes einzelnen Arztes in der Europäischen Union wertzuschätzen ist. Es ist anerkennenswert, wie belastbar Ärzte in ihrem Beruf sein müssen und gleichzeitig das Familienleben nicht vernachlässigen. Der Beruf Arzt bedeutet, sich immer weiterzubilden und auf dem neuesten Stand modernster Medizin zu sein und nicht den menschlichen Faktor zu vergessen.

Die EU-Richtlinie zu Patientenrechten ist der erste Schritt zu einem vernetzten Europa für die Erstattung von Gesundheitsleistungen und Behandlungen außerhalb des eigenen Landes. Heute gehen nur circa 4 Prozent aller Patienten über die Grenze, um Gesundheitsleistungen zu erhalten. Jeder Mitgliedstaat hat bis Ende Oktober 2013 die eigenen Gesetze an die Richtlinie anzupassen. Diese Einführung wird viele Veränderungen bringen, zum Beispiel was die Vorabgenehmigung für die Behandlung von Patienten außerhalb Deutschlands angeht, den Einsatz von elektronischen Gesundheitsdiensten und die Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien.

Jedoch wird die Umsetzung auch Schwierigkeiten mit sich bringen, da die Wirtschaftskrise nicht vor dem Gesundheitssektor haltmacht. Länder, die stark von der Krise betroffen sind, reduzieren rigoros den nationalen Haushalt für die Gesundheitsversorgung, was folglich zu Ungleichheiten unter anderem im Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten führen kann.

Jedoch ist es falsch, in Bezug auf die Wirtschaftskrise nur von Kosten zu sprechen. Wir als europäische Organisation sehen auch gerade die ethischen Auswirkungen der Krise, denn für uns ist die Ethik überall wichtig.

Das CPME tritt jedoch nicht nur für Europa ein. Unsere Organisation arbeitet auch direkt mit Mitgliedsorganisationen zusammen, die Unterstützung auf nationaler Ebene wünschen. So hat das CPME zum Beispiel in 2012 Estland geholfen, die Arbeitsbedingungen für Ärzte zu verbessern, und hat sich 2013 dafür eingesetzt, die serbische Ärztekammer bei der Sicherung ihrer Unabhängigkeit zu unterstützen.

Während die Europäische Kommission den Gesundheitsbereich für einen Motor für wirtschaftliches Wachstum betrachtet, sieht das CPME Gesundheit als einen Grundwert, wenn nicht gar als ein Grundrecht an, zu dem jeder Mensch in Europa Zugang haben sollte.

(Beifall)

Die Wirtschaftskrise darf und soll daher nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden.

(Beifall)

Das CPME schätzt die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und ihren konstruktiven Beitrag zu einer starken Stimme europäischer Ärzte sehr.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche dem Deutschen Ärztetag einen fruchtbaren Austausch und eine erfolgreiche Tagung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Katrín, und auf weitere gute Zusammenarbeit im Exekutivausschuss des CPME!

Meine Damen und Herren, wir treten jetzt in den **Tagesordnungspunkt II** ein:

Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

Ich habe gestern in meiner Einführungsrede darauf hingewiesen, dass wir in Deutschland nicht nur über die Zukunft von Versicherungssystemen, über die Integration hochmoderner Technik in moderne Patientenversorgung reden wollen, sondern dass wir uns auch mit dem Problem beschäftigen müssen, dass es bei vielen messbaren gesundheitsökonomischen Parametern einen großen sozialen Gradienten gibt. So gibt es nach wie vor einen großen sozialen Gradienten der vier bei der Prävention am meisten interessierenden Parameter Adipositas, Alkoholgebrauch, Tabakgebrauch und Bewegungsmangel. Ich glaube, dass wir auch das aufarbeiten und uns die Frage stellen müssen, ob das allein mit Mitteln der medizinischen Prävention, allein mit Mitteln der Gesundheitspolitik bewältigt werden kann oder ob wir hier nicht auch die Hilfe anderer Professionen und anderer Politikfelder benötigen.

Wir haben Herrn Professor Dr. Olaf von dem Knesebeck gebeten, uns hierzu einen Einführungsvortrag zu halten. Er ist Sozialwissenschaftler. Er hat von 1987 bis 1993 an der Universität Düsseldorf im Hauptfach Sozialwissenschaften mit den Nebenfächern Informationswissenschaft, Entwicklungs- und Sozialpsychologie studiert. 1997 Promotion, 2003 Habilitation. Seit 2004 ist er Direktor und Professor des Instituts für Medizinsoziologie am Universitätsklinikum in Hamburg-Eppendorf. Er ist ausgewiesen durch vielfältige Arbeiten auf dem Gebiet, über das wir hier reden wollen.

Ich freue mich jetzt auf Ihren Vortrag, Herr Professor von dem Knesebeck.

(Beifall)

Prof. Dr. von dem Knesebeck, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich freue mich ganz außerordentlich, zum heutigen Deutschen Ärztetag diesen Beitrag liefern und aus der Sicht der Medizinischen Soziologie dieses sehr wichtige Thema der gesundheitlichen Auswirkungen von Armut mit Ihnen gemeinsam diskutieren zu können. Ich verstehe meinen Vortrag so, dass ich einen Impuls für die Diskussion liefere, die im Anschluss stattfinden wird. Die Tatsache, dass dieses Thema bereits 2005 vom Deutschen Ärztetag behandelt worden ist, spricht für die Gewissenhaftigkeit und das Engagement der Ärzteschaft, sich diesem Thema zu widmen. Insofern freue ich mich ganz besonders, heute hier zu sein.

Ich habe mich entschieden, das Thema in vier Teile zu untergliedern. Im ersten Teil meines Vortrags möchte ich auf das Thema Armut zu sprechen kommen und zunächst Konzept, Messung und Ausprägung von Armut sowie die Risikogruppen darstellen. Anschließend werden wir uns mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Armut auseinandersetzen. Schließlich will ich versuchen, Erklärungsansätze zu fin-

den, womit die gesundheitlichen Ungleichheiten eigentlich zusammenhängen. Zum Schluss werden wir uns – auch als Überleitung zum Entschließungsantrag – mit den praktischen Konsequenzen auseinandersetzen.

In der Literatur wird normalerweise zwischen absoluter und relativer Armut unterschieden. Absolute Armut bezeichnet die unzureichende Mittelausstattung, um lebenswichtige Grundbedürfnisse zu befriedigen. Wir gehen davon aus, dass dies in Deutschland nicht das vorherrschende Konzept von Armut ist, sondern dass es sich eher um eine Form von relativer Armut handelt. Diese ist definiert als die Unterschreitung eines soziokulturell definierten Minimums. Das heißt, man verfügt über unzureichende Mittel, um an der Lebensweise im jeweiligen Land zu partizipieren.

Die relative Armut wird normalerweise gemessen, indem man das mittlere Einkommen zugrunde legt und dann Einkommensgrenzen definiert, die sehr unterschiedlich ausfallen. Derjenige, der eine bestimmte Einkommensschwelle unterschreitet, gilt als arm.

Hier unterscheiden wir drei Grenzen. Wenn jemand weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens zur Verfügung hat, sprechen wir von milder Armut oder auch von Armutsgefährdungsquote. Bei dieser Grenze von 60 Prozent handelt es sich um die Definition, die von der Europäischen Union verwendet wird.

Bei einer Grenze von 50 Prozent sprechen wir von relativer Armut. Das sind bei einem Single zurzeit etwa 790 Euro im Monat.

Von strenger Armut sprechen wir, wenn jemand weniger als 40 Prozent des durchschnittlichen Einkommens zur Verfügung hat.

Das Konzept der relativen Armut ist nicht ganz unumstritten. Vielleicht können wir in der Diskussion darauf zurückkommen. Vielfach wird gesagt, dass dort vielleicht eher Einkommensungleichheit abgebildet wird als Armut. Aber es ist die Definition, die in Deutschland wie auch in anderen Ländern weithin verwendet wird.

Wenn man sich anschaut, wie sich die Armut anhand der 50-Prozent-Grenze entwickelt hat, so sieht man, dass ab 1997 ein Zuwachs zu verzeichnen ist und wir zurzeit nur noch einen leichten Zuwachs haben. Zurzeit fallen etwas über 10 Prozent der deutschen Bevölkerung unter diese 50-Prozent-Grenze, gelten also als relativ arm. Besonders häufig betroffen von relativer Armut sind zum einen Alleinerziehende, deutlich häufiger als 10 Prozent. Ferner sind zu nennen: kinderreiche Familien, Personen mit Migrationshintergrund, niedrig gebildete Personen und Langzeitarbeitslose. Die letztgenannte Gruppe ist dafür bekannt, dass sie besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist. Aber das gilt im Prinzip für alle Risikogruppen, die ich hier genannt habe.

Frauen und jüngere Menschen sind etwas häufiger betroffen als Männer und ältere Menschen. Sie wissen, dass die Diskussion zurzeit in die Richtung geht, dass man befürchtet, dass sich diese Tendenz ändert und wir eine vermehrte Häufigkeit von Altersarmut bekommen, die wir aber zurzeit noch nicht haben.

Welche gesundheitlichen Auswirkungen gibt es? Die offenkundigste und vielleicht gravierendste Auswirkung ist, dass Menschen in relativer Armut kürzer leben. Sie wissen wahrscheinlich, dass es in den letzten Jahren viele Bemühungen gegeben hat, dieses Thema auch anhand von harten Daten zu validieren. Wir wissen, dass

ein Mann, der weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens hat, etwa 70 Jahre alt wird, während ein Mann, der mehr als 150 Prozent des durchschnittlichen Einkommens hat, also ein deutlich überdurchschnittliches Einkommen, etwa 81 Jahre alt wird. Das sind etwa elf Jahre Unterschied. Bei den Frauen ist der Unterschied etwas geringer.

Was mich immer frappiert – das zeigt sich auch in anderen Ländern −, ist, dass wir hier nicht nur Unterschiede haben zwischen denjenigen, die besonders wenig Einkommen haben, und denjenigen, die möglicherweise besonders viel Einkommen haben, sondern wir haben im Prinzip eine Differenzierung, die sich durch das gesamte Einkommensspektrum zieht. Jemand, der bereits ein überdurchschnittliches Einkommen hat, lebt möglicherweise kürzer als jemand, der noch mehr Einkommen hat. Wir nennen dies den sozialen Gradienten. Das heißt, es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung.

Solche gesundheitlichen Ungleichheiten sind keineswegs auf Deutschland beschränkt. Wir finden sie in fast allen Ländern, aber auch zwischen Ländern und Regionen. 2008 gab es mehrere Bemühungen, dies abzubilden. Sie sehen auf dieser Folie die erhöhten Risiken von Männern, wie sie sich in den verschiedenen Ländern darstellen, wenn diese Männer über eine niedrige Bildung verfügen. Sie sehen, dass in allen Ländern die Balken nach oben gehen, also erhöhte Mortalitätsrisiken bestehen. Besonders ausgeprägt ist dies in den osteuropäischen Ländern.

Nach einem Gutachten der WHO aus dem Jahr 2008 beträgt die Lebenserwartung von Männern in Afghanistan 45 Jahre, in Indien 62 Jahre. Ein Mann in Glasgow kann, je nachdem in welchem Stadtteil er lebt, eine sehr unterschiedliche Lebenserwartung haben. So hat ein Mann im Stadtteil Calton eine durchschnittliche Lebenserwartung von 54 Jahren, im Stadtteil Lenzie eine Lebenserwartung von 82 Jahren. Ein Mann in Calton hat insofern eine geringere Lebenserwartung als ein Mann in Indien, wo ein Mann im Durchschnitt etwa 2 Euro pro Tag zur Verfügung hat, um sein Leben zu gestalten. Die Distanz zwischen Calton und Lenzie beträgt nicht einmal 8 Meilen. Das heißt, man verliert auf 8 Meilen fast 30 Prozent der Lebenserwartung.

Für welche Erkrankungen ist das besonders gut nachgewiesen? Das gilt vor allem für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, für chronische Lebererkrankungen, chronische Lungenerkrankungen und Diabetes.

Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich in allen Lebensphasen zeigen, vom Beginn des Lebens bis ins hohe Alter. Schon bei Kleinstkindern sind die gesundheitlichen Einflussfaktoren je nach Einkommen unterschiedlich. Zum Teil gilt das auch für die Zeit vor der Geburt. Sie sehen auf der Folie die vom Einkommen abhängigen Prozentzahlen im Hinblick auf das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, im Hinblick darauf, dass das Kind nie voll gestillt wurde, und in Bezug auf die Tatsache, dass nicht alle U-Untersuchungen wahrgenommen wurden.

Nach einer ökologischen Studie aus dem Vorjahr kann man ersehen – hier werden nicht Personen, sondern Länder verglichen −, dass es einen systematischen Zusammenhang gibt zwischen dem Anteil der Haushalte, denen grundlegende Güter und Besitztümer fehlen, und der Mortalitätsrate bei Kindern unter fünf Jahren. Je höher der Anteil der Haushalte ist, in denen grundlegende Güter fehlen, desto höher ist die Mortalität unter den Kleinkindern.

Das gilt für alle Altersgruppen. Die Unterschiede bei niedriger Bildung und Mortalität in verschiedenen Altersgruppen werden in den höheren Altersgruppen geringer. Wir beobachten relativ häufig, dass in den höchsten Altersgruppen die Unterschiede entlang von Einkommen und Bildung etwas geringer werden. Das hängt möglicherweise auch mit einer selektiven Mortalität zusammen, also mit der Tatsache, dass die Menschen gar nicht so alt werden und sich dadurch die Unterschiede verringern.

Gesundheitliche Ungleichheiten werden beobachtet, seit es verfügbare Daten gibt. Sie zeichnen sich in allen industrialisierten Ländern ab, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Gesundheitliche Ungleichheiten werden für die unterschiedlichsten Maße der Gesundheit und des sozioökonomischen Status nachgewiesen. Es gibt keinen „Schwellenwert“, der sozusagen systematisch und allein auf Armut beschränkt ist, sondern gesundheitliche Ungleichheiten folgen einem sozialen Gradienten. Es gibt Hinweise darauf, dass sich diese Unterschiede in den letzten Jahren eher vergrößert als verringert haben. Bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit kann man zwei grundlegende Hypothesen unterscheiden. Entweder sagt man, dass die Krankheit die Ursache für die Lebensbedingungen ist, also möglicherweise für die Einkommenssituation. Vereinfacht kann man davon sprechen, dass Krankheit arm macht. Das kommt ganz ohne Zweifel vor. Oder man sagt, dass die Einkommensbedingungen krank machen. Hier würde man sagen, dass Armut krank macht.

Es gibt viele Studien, die sich mit diesen beiden Hypothesen auseinandergesetzt und gefragt haben, was denn eigentlich stimmt. Die allermeisten Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die These der sozialen Verursachung deutlich häufiger vorkommt als die sogenannte Drift-Hypothese.

Deswegen möchte ich mich nun mit den Faktoren beschäftigen, die der These der sozialen Verursachung zugeordnet sind. Zum Ersten geht es um gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Wir wissen, dass sich Männer und Frauen, die ein relativ geringes Einkommen und auch eine relativ geringe Bildung haben, häufiger gesundheitsschädigend verhalten: Sie rauchen häufiger, sie treiben im Durchschnitt weniger Sport, sie ernähren sich in der Tendenz schlechter. Es gibt eine Ausnahme: Beim Alkoholkonsum sind die Unterschiede nicht ganz so eindeutig. Häufig zeigt sich sogar ein umgekehrter Effekt, nämlich dass die höheren sozialen Schichten mehr Alkohol konsumieren als die niedrigeren sozialen Schichten.

Frauen, die weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens haben, haben ein mehr als dreifach erhöhtes Risiko, adipös zu sein, also einen Body-Mass-Index von über 30 zu haben.

Wenn man sich anschaut, welche materiellen und psychosozialen Faktoren eine Rolle spielen, so kann man sehen, dass in den letzten Jahren insbesondere im Bereich der Arbeitsbelastung sehr viel Forschung betrieben wurde, um zu erhellen, inwieweit Arbeitsbedingungen dazu beitragen, dass solche Unterschiede existieren. Es gibt zwei Modelle, und zwar zum einen das Anforderungs-Kontroll-Modell, das aussagt, dass eine erhöhte Gesundheitsgefährdung immer dann vorliegt, wenn die Tätigkeiten der Betroffenen durch ein relativ geringes Kontrollausmaß und eine hohe Leistungsdichte gekennzeichnet sind. Zum anderen gibt es das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen meines Doktorvaters Johannes Siegrist, das aussagt, dass eine erhöhte Gesundheitsgefährdung bei Personen vorliegt, die dauerhaft in ihrem Job mehr leisten, als sie tatsächlich dafür bekommen.

Das ist insbesondere in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen relativ eindrücklich und auch konsistent nachgewiesen worden. Sie sehen an den Terzilen, also der 30-Prozent-Grenze bei den jeweiligen Belastungen, dass Arbeitnehmer, die solchen Belastungen ausgesetzt sind, 2- bis 2,5-fach erhöhte Risiken haben, in einem Zeitraum von fast 26 Jahren an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu versterben. Diese Studie ist zwar schon etwas älter, aber sie ist besonders eindrücklich, weil der Beobachtungszeitraum von fast 26 Jahren sehr selten ist.

Eine dritte Erklärung ist, dass möglicherweise das Versorgungssystem, also der Zugang, die Inanspruchnahme oder auch die Qualität der Versorgung, zu den gesundheitlichen Ungleichheiten beiträgt. Es sind in den letzten Jahren mehrere Übersichtsarbeiten erschienen, die deutlich zu machen versucht haben, welche Versorgungsungleichheiten es in Deutschland eigentlich gibt. Es lassen sich ganz ohne Zweifel Versorgungsungleichheiten im Zugang, in der Inanspruchnahme und in der Qualität in unterschiedlichen Versorgungsbereichen beobachten. Allerdings ist die Forschung nicht besonders stark, weil wir im Moment relativ wenige systematische Untersuchungen haben. Das sieht man daran, dass wir am häufigsten bei der Inanspruchnahme Studien haben, die darauf hindeuten, vor allem im Bereich der Prävention. Es gibt Untersuchungen seltener beim Zugang und noch seltener im Bereich der Qualität.

Dabei zeigt sich, dass häufig – aber nicht immer – diese Versorgungsungleichheiten zu Ungunsten von Personen mit niedrigem sozialen Status ausfallen.

Wenn man feststellt, dass es hier Unterschiede gibt, sagt man noch relativ wenig darüber aus, inwieweit solche Ungleichheiten dazu beitragen, die Unterschiede bei der Lebenserwartung oder bei der Morbidität zu erklären. Ohne Zweifel trägt die medizinische Versorgung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit bei. Aber verallgemeinerbare Aussagen zum Umfang des Erklärungsbeitrags sind zurzeit in Deutschland eigentlich nicht möglich. Es ist davon auszugehen, dass dieser Beitrag eher über- als unterschätzt wird.

Welche praktischen Konsequenzen ergeben sich aus dem, was ich Ihnen deutlich zu machen versucht habe? Die größten Konsequenzen liegen ganz ohne Zweifel im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung. Herr Professor Montgomery hat bereits angedeutet, dass besonders im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung am ehesten die Möglichkeiten gegeben sind, die Unterschiede zu minimieren oder zu reduzieren. Dabei gilt es, das „inverse prevention law“ zu bedenken. Wir wissen, dass diejenigen, die möglicherweise den höchsten Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung haben, häufig nicht diejenigen sind, die solche Angebote tatsächlich auch in Anspruch nehmen. Das gilt ganz explizit auch für die unteren Einkommensgruppen.

Insofern haben wir in den letzten Jahren immer wieder beobachten müssen, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch zu einer Verschärfung von Ungleichheiten beitragen können, weil nämlich diejenigen, die wir eigentlich erreichen wollen, häufig gar nicht diejenigen sind, die solche Angebote in Anspruch nehmen.

Aus meiner Sicht ist die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten eine der zentralen politischen und gesellschaftlichen Aufgaben, die über die Zuständigkeit ärztlichen Handelns hinausgehen, die, wie ich sogar sagen möchte, auch über die Zuständigkeit gesundheitspolitischen Handelns hinausgehen und ganz unterschiedliche

Politikfelder – Sozialpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Familienpolitik − betreffen. Nur dann, wenn wir es schaffen, diese unterschiedlichen Politikfelder auf dieses Ziel hin auszurichten, haben wir eine Chance, wirklich nachhaltig zu einer Reduzierung von Ungleichheiten beizutragen.

Es gibt viele Beispiele und Initiativen. Ich nenne die Initiative „Armut und Gesundheit“, die vor allem in Berlin eine Vielzahl von Initiativen zusammengeführt hat. Ich nenne den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, wo Projekte dokumentiert werden, die sich ganz eindeutig diesem Thema der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten verpflichtet haben. Ferner nenne ich die Initiativen im Zusammenhang mit dem Präventionsparagrafen im SGB V.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Gesagten für die Ärzteschaft? Ich kann das hier nur skizzieren und will das ein wenig letztendlich der Diskussion und Ihren Entschließungen überlassen. Aus meiner Sicht ergeben sich insgesamt fünf praktische Konsequenzen:

Erstens ist es ohne Zweifel wichtig, soziale Risiko- und Schutzfaktoren im Rahmen des ärztlichen Handelns zu berücksichtigen.

Zweitens nenne ich die Mitwirkung bei zielgruppenspezifischer Prävention, beispielsweise bei Alleinerziehenden, Schwangeren, Kindern und Jugendlichen oder bei anderen Risikogruppen im Erwachsenenalter. Wir wissen: Wenn wir unspezifische Präventionsangebote machen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, werden Ungleichheiten eher verschärft, weil auch diejenigen solche Angebote in Anspruch nehmen, die möglicherweise nicht zu den Risikogruppen gehören.

Drittens nenne ich die Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Kontexte. Wir wissen, dass die Verhaltensprävention allein, also die individuelle Ansprache, die individuelle Aufklärung über Risiken, zu kurz greift. Wir müssen die Lebensbedingungen, den Kontext, in dem die Betroffenen leben, einbeziehen, wann immer dies möglich ist.

Viertens. Es geht auch darum, den Patienten zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen. In der derzeitigen Forschung gehen wir davon aus, dass ein solches „Empowerment“ möglicherweise den herkömmlichen Erziehungsmaßnahmen, die in der Prävention lange Zeit eine Rolle gespielt haben, überlegen ist.

Als Hochschullehrer nenne ich fünftens die Forderung, dass diese Bereiche in der medizinischen Ausbildung weiter gestärkt werden, also Prävention und Gesundheitsförderung wie auch soziale Determinanten von Gesundheit.

Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen und bedanke mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor von dem Knesebeck, für diesen in die Thematik einführenden klaren Vortrag. – Wir steigen nun in die Diskussion ein. Bisher liegen mir folgende Anträge vor: der Antrag II-01 vom Vorstand, der Antrag II-02 aus Nordrhein, der Antrag II-03 aus Berlin und der Antrag II-04 aus verschiedenen Landesärztekammern. Weitere Anträge kenne ich bisher nicht. Wenn Sie Anträge stellen möchten, sollten Sie dies jetzt tun.

Die erste Wortmeldung kommt vom Kollegen Peter Scholze aus Bayern. Er hat jetzt das Wort.

Dr. Scholze, Bayern: Guten Morgen alle miteinander! Ich möchte direkt an das sehr gute Referat von Herrn von dem Knesebeck anknüpfen. Es gibt eine Reihe von epidemiologischen Untersuchungen, die zeigen, dass Armut ein wichtiger Faktor für gesundheitliche Gefährdungen ist, aber ein fast noch wichtigerer Faktor ist soziale Ungleichheit. Es gibt ein sehr gutes Buch der beiden englischen Epidemiologen Richard Wilkinson und Kate Pickett. Es wurden ausführliche Studien in allen Industrienationen durchgeführt. Sie haben für viele Gesundheitsparameter nachgewiesen, dass die gesundheitliche Gefährdung sehr stark mit sozialer Ungleichheit korreliert. Japan und die skandinavischen Länder weisen die geringsten sozialen Ungleichheiten und die besten Gesundheitsparameter auf, wohingegen die USA, United Kingdom und Portugal die größten Ungleichheiten unter den Industrienationen aufweisen und auch die ungünstigsten Gesundheitsparameter haben. Man hat die Lebenserwartung, die Säuglingssterblichkeit, die Fettleibigkeit, psychische Erkrankungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, die Selbstmordrate untersucht. Dieses Buch ist wirklich sehr lesenswert.

Ich möchte an das anknüpfen, was Sie, Herr Professor von dem Knesebeck, gesagt haben: Es reicht nicht, wenn man so etwas erkennt, sondern es müssen auch Konsequenzen daraus gezogen werden. Das bedeutet, dass diese Faktoren viel mehr Berücksichtigung in Prävention, Diagnostik und Therapie finden müssen.

Wir haben deswegen einen Antrag formuliert, der darauf abzielt, dass sich der Deutsche Ärztetag dafür ausspricht, dass Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit, zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit strukturiert in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung implementiert werden. Das kann man nicht in einem Hauruckakt machen, aber das, was Herr Professor von dem Knesebeck sagte, sollte in eine Agenda Eingang finden.

Zweitens wird empfohlen, dass neue Präventions- und Behandlungskonzepte von ärztlichen Präventionskommissionen, vom Vorstand usw. entwickelt werden, die dem Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit Rechnung tragen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Scholze. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Kollege Johannes Grundmann aus Bremen.

Dr. Grundmann, Bremen: Lieber Herr von dem Knesebeck, vielen Dank für dieses schöne Referat. Ich möchte ein paar Aspekte nennen, die mir für die Diskussion bedeutsam erscheinen. Es gibt die Sonderausgabe eines Schattenberichts der Nationalen Armutskonferenz. Dort werden verschiedene Aspekte beleuchtet, an die zu denken ich Sie bitte: Arm trotz Arbeit, Leben mit Hartz IV, familiäre Armut – ein vermeidbares Phänomen, Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit, Leben in Altersarmut.

Die Nationale Armutskonferenz ist, wenn Sie es nicht wissen, ein Zusammenschluss von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, der Kirchen, des DGB, bundesweit organisierter Initiativen mit professionellen und ehrenamtlich Tätigen. Diese verfügen über unterschiedliche Armutserfahrungen und kennen die Auswirkungen von Armut und sozialer Ausgrenzung sehr genau. Ziel dieser Armutskonferenz ist es laut dieser Sonderausgabe, über Armut aufzuklären, die Auswirkungen zu beschreiben, Lösungsmöglichkeiten zur Vermeidung von Armut und sozialer Ausgrenzung in die Öffentlichkeit und in den politischen Prozess zu tragen.

Die kritische Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen gehört ebenso dazu wie der Dialog und die Bereitschaft zur Mitarbeit in den politischen Gremien.

Herr von dem Knesebeck, Sie haben es schon gesagt: Der Sozialdatenreport 2011 sagt, dass armutsgefährdete Menschen ab dem 45. Lebensjahr häufiger zum Beispiel Schlaganfälle, Herzinfarkte, Diabetes mellitus, Hypertonie und Depressionen erleiden als die Altersgenossen, die nicht in Altersarmut leben. Herr Professor Montgomery hat es gestern schon gesagt: Auch die Morbidität und Mortalität bei Menschen mit Armut ist erhöht. Laut dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung leben arme Männer in Deutschland im Durchschnitt elf Jahre weniger als ihre Geschlechtsgenossen, die nicht bedürftig sind. Bei den Frauen sind es etwa acht Jahre.

Ich denke, es tut dem Deutschen Ärztetag gut, wie Herr Professor Montgomery gesagt hat, nicht nur über Krankenversicherung, IGeL-Leistungen und Ähnliches nachzudenken, sondern den Teufelskreis von „Armut macht krank“ und „Krankheit macht arm“ ärztlicherseits zu durchbrechen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Herr Kollege Grundmann. – Jetzt habe ich einen Antrag zur Geschäftsordnung von Herrn Lücke aus Niedersachsen. Herr Lücke, Sie haben jetzt das Wort.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Ich möchte darum bitten, dass wir uns in der Diskussion etwas beschränken. Ich beantrage eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstimmen. Wer für Redezeitbegrenzung auf drei Minuten ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer dagegen ist, hat jetzt die Chance, dies auszudrücken. – Einige. Enthaltungen? – Keine. Dann ist mit großer Mehrheit die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen.

Der Erste, der davon betroffen ist, ist der Kollege Carsten König aus Nordrhein.

Dr. König MPH, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Professor von dem Knesebeck, ich komme, wie Sie mit meinem MPH sehen können, auch aus Düsseldorf, auch aus der Zeit von Johannes Siegrist. Insofern sind mir die Dinge sehr bekannt. Ich kann berichten, dass in der Stadt, aus der Sie einmal gekommen sind, eine Reihe von Dingen bereits umgesetzt wurde. Sie haben Ursachen und Folgen von Armut – vor allem die Folgen von Armut – sehr gut zusammengefasst.

Neben meiner hausärztlichen Tätigkeit leite ich seit 18 Jahren eine Obdachlosenpraxis. Im Rahmen dieser Obdachlosenpraxis konnten wir das Thema Wohnungslosigkeit und Gesundheit sowie Armut und Gesundheit institutionalisieren, in die Gesundheitskonferenz einbinden. Es ist ein fester Bestandteil in der Planung der Stadt Düsseldorf. Das hat in den vergangenen 15 Jahren zu einer ganzen Reihe von Projekten geführt, die die Situation beispielsweise von obdachlosen Patienten, von Einkommensschwachen, von Alleinerziehenden, von Risikokindergruppen verbessert haben.

Ich kann also sagen, dass diese Daten und Untersuchungsergebnisse, wenn man sich in einem entsprechenden Kreis engagiert, zu echten Erfolgen führen können. Wir konnten das in der tatsächlichen Arbeit nachweisen, indem wir Patientengruppen aus der Normalpraxis mit den chronischen Krankheitsbildern, die Sie genannt haben, beispielsweise Diabetes, mit obdachlosen Patienten verglichen haben. Wir konnten sehen, dass bei diesen Patienten diese chronischen Erkrankungen durchschnittlich zwischen acht und zwölf Jahren früher auftraten. Wenn wir die Krankheiten frühzeitig erwischten, waren sie zwar schon da, aber sie wurden immerhin behandelt. Das heißt, eine adäquate Therapie und Behandlung kann helfen. Ich möchte Sie einfach motivieren, das in Ihren Kreisen auch zu tun.

Einen anderen Bereich hat Herr von dem Knesebeck nicht angesprochen, nämlich den Bereich der Gewalt. Gewalt findet in allen Bevölkerungsschichten statt, ganz besonders in sozial schwächeren Bevölkerungsschichten.

In einem anderen Arbeitsbereich haben wir gesehen, dass Gewaltopfer – 90 Prozent der Gewaltopfer in Deutschland sind Frauen – ganz oft durch einen Faktor schlechter behandelt werden, der mit der Ärzteschaft zu tun hat. Ich meine eine schlechte Befunddokumentation und Befunderhebung.

Ich bitte Sie, den sehr einfachen Antrag II-02 zu unterstützen. Es geht darum, dass wir mit ganz einfachen Mitteln als Ärzteschaft lernen können, wie wir mit einfachen Checklisten oder mit einem einfachen Modul akut traumatisierte Patientinnen und Patienten besser untersuchen und versorgen können, damit diese Patientinnen und Patienten nicht vor Gericht zum zweiten Mal zum Opfer werden, weil unsere Dokumentation bei der Erstbefundaufnahme schlecht war.

Ich bitte Sie, diesen vollkommen unideologischen Antrag, der die Versorgung unserer Patienten nur verbessert, zu unterstützen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr König, für diesen Beitrag. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Ellis Huber aus Berlin.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Herr von dem Knesebeck! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herzlichen Dank für dieses Thema auf diesem Ärztetag. Ich bin seit Jahren mit diesem Thema verbunden. Wir haben eben gehört, welche einfachen Möglichkeiten es gibt, damit Ärzte auch soziale Ungleichheit abbauen helfen und abbauen helfen können. Die Arztpraxis ist ja eine Art Seismograf für diese Gefahren. Wir brauchen Programme, um mehr Gesundheit fördern zu können.

Das ist kein unbekanntes Thema für uns. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet, wurde von einem deutschen Arzt, Mitglied der Ärztekammer Berlin, heute Professor in Bremen, Helmut Milz, gemeinsam mit Professor Ilona Kickbusch formuliert. Dort sind diese Strategien des Empowerments – Wie können wir Menschen beteiligen, sodass sie selbst mehr Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen? – dargelegt und festgeschrieben.

Die Ärztekammer Berlin hat bereits kurz nach der Wende mit Arbeitsfördermaßnahmen die Obdachlosenmedizin in Berlin mit begründet, gemeinsam mit Professor Trabert, der damals in Mainz eine Obdachlosenpraxis führte. Aus dieser Aktion entstanden die Jenny De la Torre-Stiftung zur Betreuung obdachloser Menschen in Berlin und der Kongress „Armut und Gesundheit“, der seit 1992 in Berlin durchgeführt wird.

Ich habe Ihnen einen Antrag vorgelegt, in dem ich darum bitte, dass sich die Bundesärztekammer wie die Ärztekammer Berlin als Partner an diesem Kongress beteiligt. Die Bundesärztekammer ist bereits an dem Netzwerk zum Abbau sozialer Ungleichheiten und den entsprechenden Institutionen und Initiativen in einzelnen Ländern der Bundesrepublik beteiligt. Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Ich selbst bin ja jetzt Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Präventologen. Das ist mein Versuch, mit anderen zusammen Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen besser und stärker zu verankern.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Ellis. − Ich weise Sie an dieser Stelle darauf hin, dass sowohl der Antrag von Herrn König als auch der Antrag von Herrn Huber finanzrelevant sind. Sie wissen, dass wir uns selber auferlegt haben, finanzrelevante Beschlüsse nicht ad hoc zu treffen, sondern nach einer ersten Runde an den Vorstand zu überweisen, damit er prüft, wie sie in das Finanzmuster der Bundesärztekammer hineinpassen. Wir werden ja später noch über Haushaltsfragen reden. Sie wissen, dass die Haushaltslage der Bundesärztekammer im Moment alles andere als rosig ist. Ich sage das nicht, weil ich überhaupt nicht hinter den Anträgen stünde; im Gegenteil. Sie wissen, dass mir dieses Thema ein Herzensanliegen ist. Aber ich muss Sie an Ihre eigenen Beschlüsse erinnern, dass wir finanzrelevante Dinge nur nach Rücksprache mit den Finanzgremien umsetzen wollen.

Lieber Herr Grauduszus, Sie sind der Nächste auf der Rednerliste.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe beim Thema Armut in Deutschland und bei der Situation, wie es diskutiert wird, immer ein

bisschen Grummeln im Magen und frage mich: Wie werden wir eigentlich aus anderen Ländern betrachtet? Dass es in unserem Land in weiten Bereichen Armut gibt, wissen wir. Das sehen wir tagtäglich. Herr König sprach eben die Obdachlosen an.

Aber ist es wirklich richtig, allein anhand von ökonomischen Daten und Zahlendaten Armut festzulegen? Fragen wir uns doch einmal, wie Kenianer oder Bulgaren darüber denken, wenn sie hören, dieser oder jener Prozentsatz der Bevölkerung in Deutschland sei arm. Wir wissen doch, dass die Menschen dort gern so viel Geld hätten wie die wirtschaftlich Armen bei uns. Die Frage ist, ob wir als Ärzte, wenn wir dieses Thema in erster Linie so ökonomisch angehen, etwas ganz Wichtiges vernachlässigen. Die Frage lautet nämlich: Woher kommt denn die wirtschaftliche Bedürftigkeit? Sicherlich kommt sie auch aus Krankheit, das sollten wir nicht vernachlässigen. Sie hängt mit Stimmungslagen, mit Motivationen, mit den Persönlichkeitsprofilen der Menschen zusammen.

Nach meiner Erfahrung als Hausarzt herrscht echte Armut dort, wo die Menschen nicht ausreichend lebenstüchtig sind, sich um ihre Interessen zu kümmern. Dann kann man komplett durch das soziale Netz fallen. Man verschwindet irgendwo in seiner Wohnung, in seinem Zimmer oder letztlich unter der Brücke. Da muss man ansetzen. Da müssen auch wir als Ärzte ansetzen, dass wir in einem Bereich, der sich nicht um die Gesundheit dreht, dafür sorgen, dass die Patienten wieder lebenstüchtig sind, dass sie sich um ihre Probleme kümmern können. Dann werden wir viel weniger echte Armut in Deutschland haben.

Meine Damen und Herren, denken wir doch darüber nach, dass nach diesen Zahlen bei Studenten, die nur auf das BAföG angewiesen sind, zwar keine schwere Armut vorliegt, aber zumindest eine deutliche Armut. Das stellt die Dinge doch ein bisschen auf den Kopf.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Grauduszus. – Nächster Redner ist Eckart Rolshoven aus dem Saarland.

Dr. Rolshoven, Saarland: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrter Herr von dem Knesebeck! Meine Damen und Herren! Ihre Ausführungen, Herr von dem Knesebeck, die in der Tendenz seit Langem bekannt sind – vorwiegend durch die Arbeiten von Siegrist −, richten sich ja in erster Linie an die Politik. So verstehe ich es jedenfalls. Die Ärzteschaft ist sicherlich aufgerufen, an dieser Stelle zu sehen, was sie tun kann. Aber zunächst einmal geht es um die Veränderung der sozialen Verhältnisse im politischen Raum. Dort sollten wir natürlich mit dabei sein, das sollten wir mit fördern.

Ich habe ein bisschen Bedenken, wenn ich mir die Konsequenzen vorstelle, die die Ärzteschaft eventuell aus diesen Dingen zieht. Unsere Aufgabe ist es, ein niedrigschwelliges Angebot des Zugangs zu machen. Ich denke, das haben wir in Deutschland. Manche Patienten, besonders solche der untersten Schichten, nutzen

diesen Zugang sehr wenig. Für diesen Zweck müssen wir sicherlich aufsuchende Strukturen schaffen.

Der normale Reflex, den ich befürchte, ist, dass wir fordern, monatliche Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Das ist etwas, was die Ärzteschaft nicht leisten kann und was in vielen Bereichen seine Wirkung auch noch nicht nachgewiesen hat. Ich weise insbesondere auf den Check-up-35 hin, der in vielen soziologischen und medizinökonomischen Untersuchungen durchaus umstritten ist.

Ich bin seit 30 Jahren als Hausarzt niedergelassen und stelle fest, dass diese Untersuchungen ganz überwiegend von der Mittel- und Oberschicht wahrgenommen werden. Wenn wir dort noch mehr anbieten, dann werden unsere Praxen voller werden. Dann werden wir nicht 18 Besuche im Jahr haben, sondern 30. Das werden wir bei den kommenden Strukturen nicht umsetzen können.

Ich bin also dafür, dass wir diese Dinge sehr wohl wahrnehmen. Wir müssen uns um diese untersten Schichten kümmern. In meiner 30-jährigen Erfahrung als Hausarzt habe ich festgestellt – auch an mir selber −, dass es bei der Adipositasbekämpfung selten ein Erkenntnisproblem, sondern fast immer ein Umsetzungsproblem gibt. Ich habe in den einfachen Familien sehr häufig mehr Fritteusen gefunden als in anderen Familien. Man muss darüber nachdenken, woran das liegt. Da muss man an die Strukturen herangehen. Die Ärzteschaft ist hier sicher gefordert, aber in erster Linie ist, wie ich glaube, die Politik gefordert.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Rolshoven. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Günther van Dyk, Delegierter der Ärztekammer Hamburg.

van Dyk, Hamburg: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrter Herr von dem Knesebeck! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Gesundheitserziehung beginnt bereits im Kindergarten, wird über den Hort weitergeleitet und sollte dann in der Schule ihren Höhepunkt erfahren. Alle, die wir Eltern sind und ihre Kinder in dieser Zeit begleitet haben, werden feststellen, dass dem eigentlich so nicht ist. Wir, Eltern und Ärzte, haben den Schulen in Süd-Schleswig-Holstein und teilweise in Hamburg angeboten, Gesundheitsunterricht in der Zeit zu geben, in der es Freistunden gibt. Wir haben ihnen angeboten, Brückentage zu benutzen, um die Lehrer zu entlasten und dann den Kindern in sechs Stunden Entsprechendes zu vermitteln. Mein Haus, die Asklepios Klinik Barmbek, hat angeboten, einen Tag lang Schulklassen durchs Haus führen zu lassen. In all den Jahren ist es nicht einer einzigen Schule gelungen, bei uns einen entsprechenden Antrag zu stellen und einmal vorbeizukommen, damit wir etwas über Gesundheit erzählen.

Da müssen wir tätig werden, da müssen wir ansetzen. Nur dort werden wir das Problem von Armut und Krankheit etwas reduzieren können. Wir werden es nicht ganz beseitigen können. Wir werden nicht diejenigen erwischen, die etwas älter sind und

die Schule verlassen haben. Aber nicht einmal in der Berufsschule, wo man eigentlich arbeitsmedizinisch tätig werden sollte, funktioniert das System.

Für uns als Ärzte ist es, weil wir Krankheiten behandeln, vielleicht ein Erfolg im Sinne der Behandlung, aber ein Misserfolg im Sinne der Prävention.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Günther. – Nächster Redner ist Giesbert Voigt, Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident! Herr von dem Knesebeck! Meine Damen und Herren! Ganz herzlichen Dank dafür, dass wir uns heute Morgen mit diesem Thema beschäftigen. Ich bin Pädiater und begrüße es außerordentlich, dass wir dieses Thema heute behandeln. Herr von dem Knesebeck hat hervorgehoben, dass ein ganz großes Risikopotenzial Alleinerziehende und kinderreiche Familien sind. Das ist eine Klientel, mit der wir es von Berufs wegen häufig zu tun haben.

Wir können als Ärzte sicherlich nicht das Problem der Armut lösen; das ist klar. Aber ich denke, wir können dazu beitragen, dass die Versorgung besser wird. Deswegen möchte ich den Blick auf den Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer lenken, der meiner Meinung nach sehr klug und ausgewogen formuliert worden ist. Dort ist eine ganz zentrale Forderung enthalten, nämlich der Erhalt und der Ausbau des kinder- und jugendärztlichen Dienstes innerhalb des ÖGD. Dort bestehen Riesendefizite. Wenn wir diese nicht beseitigen, werden wir keine Möglichkeit haben, einen großen Teil dieser Kinder zu erreichen.

(Vereinzelt Beifall)

Ein Teil der Kinder kommt heute eher in die Praxen, weil es in vielen Bundesländern verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen gibt. Das ist aber auch nur für einen Zeitraum von null bis vier oder fünf Jahren der Fall. Danach erreichen wir diese sozialen Schichten nicht. Deshalb ist es eminent wichtig, dass wir an diesem Punkt den ÖGD nicht nur erhalten, sondern weiter ausbauen. Anderenfalls können wir diesen Kindern nicht gerecht werden.

Bitte unterstützen Sie den Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Ich halte ihn für sehr klug und ausgewogen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Voigt. – Nächster Redner ist Michael Hammer, Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Hammer, Nordrhein: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Ich möchte Ihnen mit einem Beispiel, das ernst gemeint ist, verdeutlichen, dass die Armutsdefinition, wie wir sie von Brüssel mit den 50 oder 60 Prozent übernommen haben, nicht funktioniert. Wer mit Brüssel und Politikern dort zu tun hat, weiß, dass man dort nicht mehr auf der Basis von 50 oder 60 Prozent definiert. Es gibt einen schlauen Index, mit dem man die Armut definiert, wenn man wirklich ernsthaft diskutieren will. In Luxemburg ist arm, wer als Einzelperson weniger als 1.895 Euro verdient. Armut wird nach diesem von hochkarätigen Wissenschaftlern definierten Index bestimmt.

Ich sage Ihnen folgendes Beispiel, das ernst gemeint ist. Wenn morgen drei Milliardäre Deutschland verlassen, gibt es nach dieser Definition 10.000 Arme weniger. Das ist ernst gemeint.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Hammer. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Professor Schwantes, Vizepräsident der Ärztekammer Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Vortrag von Herrn von dem Knesebeck richtet sich natürlich an uns Ärzte. Wir sind diejenigen, die an der vordersten Front stehen und erleben, was Armut eigentlich bedeutet. Wir müssen den Mut haben – ich erinnere an den gestrigen Vortrag von Herrn Maio −, der Anwalt der Patienten zu sein. Wir müssen Stellung beziehen und sagen, was draußen eigentlich passiert. Wir sind die Allerersten, die das erleben. Wir können das Thema nicht abwenden, indem wir sagen, die Politik solle erst einmal die Verhältnisse verändern, dann steigen wir ein.

Schon Virchow hat gesagt, dass Medizin eine soziale Wissenschaft ist. Diesen Auftrag müssen wir weiterhin annehmen; er besteht fort.

Herr von dem Knesebeck, ich möchte gern auf den letzten Punkt zurückkommen, den Sie vorgetragen haben, nämlich die Verankerung in der medizinischen Ausbildung. Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass das gemacht wird. Ich gehe da ein ganz klein wenig weiter: Ich meine, dass das Empowerment, auf Patienten bezogen, auch für Studenten gelten muss. Wir müssen sie empowern, wir müssen sie mutig machen, in der medizinischen Ausbildung genau dies zu tun: Stellung zu beziehen aus ihrem medizinischen Wissen heraus klar und deutlich Anwälte für die Patienten zu sein.

In den 90er-Jahren haben wir in Düsseldorf gemeinsam mit Herrn Siegrist eine interdisziplinäre Unterrichtsveranstaltung durchgeführt, wo gemeinsame Vorlesungen und Seminare von Sozialmedizinern und Hausärzten durchgeführt wurden. Es war für die Studenten damals sehr gut zu sehen, wie aus dem unmittelbaren Handlungsfeld heraus die wissenschaftlichen Erkenntnisse kommen, die Sie uns hier vorgetragen haben.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schwantes. – Thomas Lipp aus Sachsen ist der Nächste.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Inhalt des Themas ist zweifellos von uns allen grundsätzlich anerkannt. Da wird es keine Streitigkeiten geben. Ich möchte auf einen Aspekt aufmerksam machen, der mir hier manchmal ein wenig fehlt, sodass die Diskussion hier ein bisschen in eine Gutmenschendiskussion abdriftet. Man muss manchmal individuell die Ursache der Armut hinterfragen. Ich habe meine Praxis in sozialen Brennpunkten. Ein Teil dieser Menschen hat diesen Zustand bewusst gewählt und ist in der Anamnese nicht schuldlos daran. Das geht in der Schule los. Manche kämpfen eben, aber manche verweigern sich bis zum Schluss und haben schlechte Bildungsergebnisse und kommen in entsprechende soziale Schichten.

Es geht bei der ganzen Diskussion um Armut auch um Eigenverantwortung. Es ist nicht immer nur fremdgemacht, während man selbst schuldlos ist. Wir Ärzte müssen helfen, wir müssen Angebote machen, wir müssen Ungerechtigkeiten ausgleichen. Wir müssen für Chancengleichheit sorgen.

Wir müssen als Gesellschaft aber auch damit leben, dass es in der Gesellschaft einen Prozentsatz von Menschen gibt, die aus ihrer Situation nicht herauswollen, die sich in ihr einrichten. Ich erlebe in der Praxis immer wieder ein ganz erhebliches Maß an Missbrauch seitens dieser Patienten, die sich auf einem Niveau eingerichtet haben und von dort nicht herunterwollen. Herr Grauduszus hat absolut recht, wenn er sagt: Wir müssen die Ressourcen auf diejenigen konzentrieren, die aus ihrer Situation nicht herauskönnen, nicht auf diejenigen, die nicht herauswollen. Das sind vor allen Dingen die Kinder, das sind aus verschiedenen Gründen sozial Schwache. Auf diese müssen wir unsere Ressourcen konzentrieren.

Ich warne davor, Armut immer nur als fremdbestimmt zu betrachten und zu glauben, dass wir alle aus dieser Situation herausholen können. Das werden wir nicht schaffen. Diese Kraft werden wir nicht aufbringen, weil wir uns ansonsten maßlos überforderten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lipp. – Der nächste Redner ist Andreas Crusius vom Vorstand.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Wir in Mecklenburg-Vorpommern haben die Politik als Verantwortliche mit ins Boot geholt. Wir haben gegen den Willen des Ministeriums die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und Prävention aufrechterhalten, die abgewickelt werden sollte. Wir haben gemeinsam mit der Politik Kindergesundheitsziele festgelegt. Es geht darum – das hat Herr Lipp vorhin auch gesagt −, diejenigen, die es nicht allein schaffen, aus ihrer Armut herauszuholen. In unserem Bundesland herrscht eine hohe Arbeitslosigkeit. Mit den Kindergesundheitszielen sind Maßnahmen festgelegt worden, wie wir unsere Ziele erreichen können.

Ich nenne als einfache Beispiele das Schulbrot oder die Ernährung in den Kindertagesstätten oder auch die Belegung. Angehörige der ärmeren Schichten können überhaupt nicht in die Sportvereine hinein, weil sie nicht in der Lage sind, den Beitrag zu bezahlen. Wir haben gemeinsam mit dem Landessportbund in der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung dafür gesorgt, dass die Ärmeren, die weniger Bewegung und damit einen höheren Grad von Adipositas haben, in die entsprechenden Gruppen kommen und nicht isoliert werden. Sie sind sonst isoliert, weil sie außen vor sind. Die aus den sozial begünstigten Schichten gehen zum Sport und sie selbst können dort nicht mitmachen.

Bei uns haben sich auch die Medizinstudenten mit eingebracht. Sie haben einen Arbeitskreis gegründet, um herauszufinden, wie man Obdachlose am besten medizinisch betreut. Sie suchen Ärzte und vernetzen die Ärzte, die – gegen die Berufsordnung – diese Patientinnen und Patienten unentgeltlich behandeln.

Es ist richtig, die Eigenverantwortung zu stärken. Aber wir müssen denjenigen Hilfestellung geben, die ihre Eigenverantwortung nicht wahrnehmen können, weil sie es einfach nicht mehr schaffen. Sie sind zum Teil so weit abgerutscht, dass sie es allein nicht mehr schaffen, aus dem Circulus vitiosus herauszukommen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Nächste Rednerin ist Frau Kollegin Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte an meinen Vorredner anschließen und vor vereinfachten Erklärungsmodellen, noch dazu solchen, die auf eine Beschuldigung der Betroffenen hinauslaufen, warnen. Wir besprechen hier ein außerordentlich komplexes Thema. Ich denke, das wurde bereits bei dem Vortrag von Herrn von dem Knesebeck deutlich. Es geht nicht darum, einfache Ursache-Wirkung-Zusammenhänge aufzuzeigen. Wir wissen alle, dass diese Vorgänge hochkomplex sind und dass es um Wechselwirkungen geht.

Ich möchte an den gestrigen Vortrag von Professor Maio erinnern. Insbesondere die psychosoziale Dimension ist ganz zentral, ebenso die Beziehungsmedizin, auf die Herr Professor Maio gestern besonders hingewiesen hat. Ich denke, es geht nicht nur um einen Ansatz, der präventiv oder psychoedukativ ist. Es geht auch um einen Ansatz, der Ärzte mit einschließt, wenn es um die Frage geht, wie wir solchen Menschen, solchen Patienten gegenübertreten, ob wir offen sein können dafür, dass sich diese Menschen in den wenigsten Fällen freiwillig dazu entschieden haben, arm und krank zu sein. Eine solche Entwicklung hat eine lange Geschichte. Die Geschichte beginnt bereits in der Schwangerschaft und setzt sich im Kleinkindesalter fort, wo die späteren Erwachsenen schlechte Bedingungen haben.

Es ist wirklich notwendig, sehr früh einzusetzen und alles zu tun, um diesen Menschen zu helfen, die in unserem Lande, das wirklich in einem guten Zustand ist, sol-

che Benachteiligungen haben, und zwar sowohl im Hinblick auf die Gesundheit als auch im Blick auf die Lebensqualität.

Mir geht es darum, keine vereinfachten Modelle in der Richtung zu verfolgen: Der Mensch ist ja frei und kann einfach alles machen, was er will. Das stimmt so nicht.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Rothe-Kirchberger. – Nächster Redner ist Vorstandsmitglied Christoph von Ascheraden.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr von dem Knesebeck hat ja bereits auf den Zusammenhang zwischen Armut und Suchterkrankung hingewiesen, implizit mit dem Alkoholverbrauch usw. in Korrelation zur verkürzten Lebenserwartung. Ich glaube, es ist ein ganz wichtiger Punkt, der uns in den letzten Jahren besser verständlich wurde, welcher Zusammenhang zwischen Armut und Suchterkrankung und Suchterkrankung und Armut – das ist ein wechselhafter dialektischer Prozess – besteht, der sich vor allen Dingen auch in den Generationenfolgen immer wieder nachvollziehen lässt.

Deshalb möchte ich als Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer dieses Thema zur Diskussion stellen und Sie bitten, die entsprechenden Anträge zur Stützung der Suchttherapie als ureigene und originäre ärztliche Leistung zur Verbesserung der Rahmenbedingungen sowohl in rechtlicher als auch in materieller Hinsicht zu unterstützen. Damit können wir in dem großen Komplex Armut und Kapituierung der Armut einen auch ganz direkten ärztlichen Beitrag leisten, hier eine Verbesserung herbeizuführen.

Ich danke Ihnen für die Unterstützung der Anträge, die später kommen werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christoph. – Ellis Huber aus Berlin ist der Nächste auf der Rednerliste.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich wollte ich mich nicht mehr melden, aber die Bemerkung, Monti, dass eine Unterstützung des Kongresses „Armut und Gesundheit“ uns wegen der Haushaltsrelevanz hindern würde, Sie aufzufordern zu prüfen, ob eine solche Unterstützung möglich ist, fand ich nicht notwendig. Ich bin durchaus in der Lage, auch zu erkennen, wo finanzrelevante Beschlüsse gefasst werden und wo die Grenzen und Möglichkeiten der Bundesärztekammer liegen.

Das Thema Armut und Gesundheit bewegt die Menschen, es berührt die Menschen. Herr Crusius hat bereits darauf hingewiesen: Überall entstehen Gesundheitskonferenzen. Ich halte es einfach für sinnvoll und notwendig, dass sich die Ärzteschaft zu diesem Thema positioniert, deutliche Aussagen macht und sich auch beteiligt.

Die Kosten einer Beteiligung an diesem Kongress liegen unter 5.000 Euro; so viel kann ich sagen. Von daher halte ich es für sinnvoll, dass wir hier beschließen: Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Partnerschaft bei diesem Kongress zu prüfen. Das ist eine einmalige und besondere Gelegenheit, uns zu profilieren und unser Image im Umgang mit der Frage von Armut und Gesundheit zu schärfen. Von daher fände ich es nicht schön, wenn dieser Antrag als Beerdigung zweiter Klasse an den Vorstand zurücküberwiesen würde. Wir können das beschließen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Natürlich kann man das beschließen. Aber Sie müssen selber erinnern, dass Sie gesagt haben: Finanzrelevante Dinge müssen geprüft werden, ob wir sie uns leisten können. Ich setze ja nur um, was Sie selber beschlossen haben, indem ich Sie darauf hinweise. – Heidrun Gitter ist die Nächste, die sich zu Wort gemeldet hat.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte das ergänzen. Letztendlich ist ein Beschluss, der die Bundesärztekammer verpflichtet, immer auch einer, der alle Landesärztekammern und deren Haushalte verpflichtet, weil wir das ja durch unsere Überweisung finanzieren. Da möchte ich mir schon das Recht der Prüfung vorbehalten. Das heißt ja nicht, dass man sich nicht beteiligen will, aber es ist zu klären, in welcher Form. Das möchte ich richtigstellen.

Ich möchte jetzt etwas zu dem Thema sagen, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu fördern; das ist ja schon einmal angeklungen. Ich hatte das Vergnügen, für die kommunalen Kliniken an den letzten Tarifverhandlungen teilnehmen zu können. Dort ist der öffentliche Gesundheitsdienst auch angesprochen worden. Unsere Verhandlungspartner auf der anderen Seite waren der Meinung, das seien ja alles Verwaltungsärzte, deswegen müsse man sie nicht so vergüten wie andere Ärztinnen und Ärzte. Ich würde mich freuen, wenn von diesem Deutschen Ärztetag ein klares Signal ausginge, dass es nicht so ist. Das kann man an den Themen von gestern und heute eigentlich sehr gut sehen. Ich finde es unverschämt, so zu argumentieren und damit den wesentlichen Beitrag, den die Kolleginnen und Kollegen im öffentlichen Gesundheitsdienst für das Gesamtwohl leisten, herabzuwürdigen.

(Beifall)

Ich möchte nichts gegen Verwaltungsärzte sagen. Aber hier geht es um eine ärztliche Tätigkeit, die umfassend und sehr wichtig ist, wie wir gehört haben.

Es gibt einen ganz guten Zusammenhang zwischen der Ökonomisierung und dem Thema „Armut und Gesundheit“, weil die Zeit für Zuwendung immer unmoderner und auch gar nicht mehr vergütet wird. Ich weiß, weil ich in Sachen Kinderschutz sehr viel unterwegs bin: Alle diese Themen sind letztlich schon zu Hobbythemen von Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis geworden. Wenn man sich wirklich kümmern will, kann man das eigentlich nur in seiner Freizeit tun.

So geht es eigentlich auch nicht weiter. Hier muss man endlich andere Strukturen einführen. Es ist sehr wichtig, dass wir die beiden Themen der Ökonomisierung der

Medizin und „Armut und Gesundheit“, Rationierung von Zeit und Zuwendung, die wir brauchen, in einem Zusammenhang sehen.

Es ist herausgearbeitet worden, dass die Bildung ein ganz wesentlicher Bestandteil des Komplexes „Armut und Gesundheit“ ist. Es ist vor vielen Jahren unmodern geworden, dass man in Realschulen und Hauptschulen Schulküchen hat. Das betrachtete man als Diskriminierung. Wenn man sieht, was man damit in der Gesundheitserziehung und auch in der ökonomischen Erziehung hätte anfangen können, finde ich das eine bedenkliche Entwicklung. Wir reden über das Elterngeld, statt die Kindergärten und die Grundschulen mit mehr Erziehern und Sozialarbeitern zu fördern. Das ist eine bedenkliche Entwicklung. Das möchte ich hier an dieser Stelle auch noch einmal sagen. Da sollten die Politiker zurückrudern.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Nächster Redner ist Daniel Rühmkorf aus Berlin.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor von dem Knesebeck, auch von meiner Seite. Es war ein sehr guter Vortrag, der sehr deutlich gemacht hat, was wir als Ärzte tun können und wo der Sozialstaat gefordert ist. Ich habe ja in der Verantwortung einer Landesregierung gestanden und muss sagen: Dadurch, dass man sich die Schuldenbremse verordnet hat, ist es nicht nur ein Problem der ostdeutschen Kommunen, sondern der Kommunen generell, dass sie ihre sozialstaatlichen Aufgaben immer weniger wahrnehmen können. Wenn die Kommunen diese Aufgaben nicht wahrnehmen können – Frau Gitter, ich danke Ihnen für den Hinweis auf den öffentlichen Gesundheitsdienst −, dann bluten viele Bereiche aus. Das gilt beispielsweise auch für die frühen Hilfen. Hier wird von den Kommunen immer öfter abgelehnt. Die Kassen kommen mit Projekten mit den Landesregierungen überein, dass sie da Geld für die Prävention ausgeben.

Ich bin keiner, der gegen eine Prävention sprechen möchte, die von den Kassen finanziert wird. Aber Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir unterhalten uns oft über die Frage: Was sind versicherungsfremde Leistungen? An dieser Stelle muss auch vom Ärztetag ein deutliches Signal an die Länder gesendet werden, dass sie in ihren Kommunen eigene Verpflichtungen haben, die sie wahrnehmen müssen, angefangen vom öffentlichen Gesundheitsdienst bis hin zu den Jugendämtern, die vernünftig ausgestattet und finanziert werden müssen, denn das, was dort an Defiziten aufläuft, kann von der Ärzteschaft allein nicht aufgefangen werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Daniel. – Nächster Redner ist Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Prävention ist, wie Herr Rühmkorf gerade eben noch einmal richtig sagte, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das können wir als Ärzte nicht schultern. Ich bin immer ganz stolz, wenn die Politik zu mir kommt und sagt: Sie als Hausärzte können doch Prävention machen! Was soll der Quatsch? In der Hausarztpraxis habe ich den Patienten in der Regel mit einem gesundheitlichen Problem. Soll ich ihm, wenn er wegen einer akuten Bronchitis oder wegen einer Pneumonie japsend vor mir sitzt, etwas über präventive Maßnahmen erzählen?

Im Übrigen herrscht in der Praxis ein 1 : 1-Verhältnis. Wenn wir etwas erreichen wollen, dann müssen wir es multiplizieren. Multiplizieren können wir die Aufklärung, die Erfahrung, beispielsweise in der Schule, auch schon im Kindergarten. Die Kinder sollten dort erleben, was gesundes Verhalten, gesunde Ernährung bewirken kann. Wir haben in Hamburg in Zusammenarbeit mit der AOK das Projekt „Gesund macht Schule“. Ich finde es gut und scheue mich nicht zu sagen, dass wir dabei auf den Erfahrungen aufbauen, die die AOK in Nordrhein mit demselben Projekt bereits gemacht hat. Wir gehen mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung an die Schulen. Das ist in meinen Augen der richtige Weg.

Nur: Dieses Pflänzchen ist noch so mickrig, ist wie ein junger Baum, der immer wieder vom Rasenmäher kurzgehalten wird.

Dies müsste quasi wie eine Tsunamiwelle über die Bundesrepublik ausgebreitet werden können. Da sind nicht die Krankenkassen die richtigen Ansprechpartner, sondern die Politik. Das ist eine sozial verantwortliche, eine soziale Aufgabe, hier ist mehr Engagement zu fordern. Vonseiten der Ärzteschaft ist, denke ich, die Bereitschaft vorhanden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus. – Nächster auf der Rednerliste ist Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Es ist gut, Herr Schäfer, dass Sie dieses Projekt „Gesund macht Schule“ erwähnt haben. Ich möchte Sie nur darauf aufmerksam machen: Das alleinige Copyright liegt nicht bei der AOK Rheinland, sondern das ist ein Projekt, das in der Ärztekammer Nordrhein entwickelt wurde und inhaltlich betreut wird.

(Beifall)

Wir haben die AOK Rheinland als Vertragspartner dafür gewonnen. Wir sind dankbar für dieses Engagement. Insofern ist es ein Beispiel, wie sich erfolgreiche Projekte ausbreiten lassen. Es gibt vergleichbare Erfahrungen in Westfalen-Lippe. Insofern lässt sich vieles verbessern, indem wir uns darüber austauschen, was möglich ist.

Es ist auch kein Monopol etwa der Berliner Ärztekammer in den Zeiten, als Ellis Huber sie leitete, dass man sich um das Thema kümmert. Herr Trabert, der eben

erwähnt wurde, hatte seinen ersten großen medialen Auftritt in einer Pressekonferenz des Marburger Bunds Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz. Wir haben damals eine Hauptversammlung durchgeführt, auf der er erstmals einer nationalen Öffentlichkeit diese Konzepte, die er in Mainz entwickelt hat, hat vorstellen können.

Ich will damit nur sagen: Es sind hier nicht einige, die die Moral für sich gepachtet haben, und die anderen kümmern sich um nichts.

(Beifall)

Am 29. Juni 2013 führen wir in Nordrhein ein Kammerkolloquium „Kindergesundheit" durch. Das ist unser drittes Kammerkolloquium im Land. Wir kümmern uns dort um die Themen soziogene Entwicklungsstörungen und Inklusion in der Schule. Wir kümmern uns um die Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes im Bereich der frühen Hilfen. Wir kümmern uns um das Thema Gewalt gegen Kinder, weil wir den Weg vom Verdacht zur Diagnose bei körperlicher Kindesmisshandlung in den Blick nehmen. Wir brauchen viele konkrete Projekte, weil wir als Ärztekammern, weil wir als Gesamtärzteschaft einen sozialmedizinischen Auftrag haben.

Herr Schäfer, der Ort Praxis, der Ort der Begegnung zwischen Arzt und Patient, ist eine exzellente Chance, um alle Schichten der Bevölkerung zu erreichen.

(Vereinzelt Beifall)

Über 90 Prozent der Menschen in unserem Land suchen im Jahr die Arztpraxis, das Krankenhaus, den Kontakt zu Ärzten. Wenn wir dieses Setting nicht dazu nutzen, auch denjenigen, die sozial schwach sind und in anderen sozialen Settings nicht erreicht werden, einen Impuls zu geben, dann ist das ein Fehler.

Deswegen bin ich dafür, dass man das auch mit den Instrumentarien des Sozialgesetzbuchs so stärkt und auch die finanziellen Voraussetzungen dafür schafft, dass die Prävention bei uns in der Arztpraxis genauso selbstverständlich ist wie beispielsweise in den Zahnarztpraxen mit der Gruppenprophylaxe. Ich glaube, deswegen ist es richtig, wenn Sie dem Vorstandsantrag zustimmen.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Rudolf. – Der nächste Redner kommt aus Berlin: Kollege Dr. Hans-Detlef Dewitz.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dieses Thema ist hochbrisant. Ich denke, man sollte es um einen weiteren Punkt erweitern. Ich denke, auch die gesundheitlichen Auswirkungen von Bildungsferne sind ein sehr wichtiger Aspekt. Ich möchte mich für den Vortrag von Herrn von dem Knesebeck bedanken. Er hat uns die Probleme aus der universitären Sicht geschildert. In Berlin gibt es jemanden, der sich seit 2000 mit diesem Thema aus der Sicht von unten beschäftigt. Dietrich Delekat hat für Berlin eine landesweite Schuleingangsuntersuchung entworfen und auch umgesetzt. Dabei kam heraus, dass insbesondere die Bildungsferne ein wesentlicher Indikator ist. Herr Grauduszus hat vorhin darauf hingewiesen, dass ein Medizinstudent letztendlich nicht arm oder gesundheit-

lich gefährdet ist. Laut Sozialstrukturatlas liegt der Bezirk Prenzlauer Berg beim Sozialindex, der eine Korrelation zum Sozialhilfebezug darstellt, auf Platz 18 von insgesamt 23 Plätzen. Aber beim Statusindex, der mit Bildung, Hochschulabschluss und Ähnlichem zu tun hat, steht er an erster Stelle. Das gilt auch für die Aspekte Kinderfreundlichkeit und Förderung von Kindern.

Es geht also nicht nur um Geld, sondern es geht um Bildungsferne oder Bildungsnähe. Wir dürfen die Politik nicht aus der Verantwortung entlassen, dass die Weichen schon vor der Schule, beinahe schon vor dem Kindergarten gestellt werden müssen. Wir haben beispielsweise in Kreuzberg das Problem, dass 50 Prozent der Kinder, die häufig aus Migrantenfamilien stammen, kein bildungsfähiges Deutsch sprechen, dass ihre visuomotorischen Fähigkeiten so schlecht sind, dass sie dem Unterricht kaum folgen können. Diese Kinder verlieren wir im Verlauf der Zeit.

Wir können das nur aufzeigen. Die Politik muss endlich handeln. Sie darf es nicht totschweigen. Dietrich Delekat hat man – das war einmal ein Titelthema in unserem Kammerblatt – von der Landesebene heruntergezogen und nach Kreuzberg-Friedrichshain gesteckt, damit er seine hochbrisanten Daten nicht mehr vortragen kann. Die Politik tut einfach nichts, sie fördert nicht, sie schließt die Augen. Wir verlieren diese Kinder leider.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dewitz. – Andreas Crusius, Vorstandsmitglied.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Entschuldigung, dass ich Sie das zweite Mal belästige, aber als Finanzverantwortlicher vom Vorstand muss ich Sie darauf aufmerksam machen, dass jeder finanzrelevante Beschluss einer Deckung bedarf. Die Ärztekammer Berlin, der Ellis Huber früher einmal vorstand, hat bei der Haushaltsberatung Nein gesagt. Das nur am Rande, damit Sie Bescheid wissen, wenn Sie nachher den Antrag behandeln. Ich bitte für diesen Antrag um Vorstandsüberweisung. Zu den anderen drei Anträgen, die schon verteilt sind, bitte ich Sie um Zustimmung.

Ich möchte noch zu Herrn Dewitz sagen: Die Bildungsferne spielt natürlich eine wahnsinnig große Rolle. Es gibt den alten Spruch: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr. Wenn man den Kindern nicht in den Kindertagesstätten beibringt, was gesunde Ernährung ist, dann lernen sie es später nicht, dann sitzen sie nur an den Pommesbuden. Ich bin einmal von McDonalds attackiert worden, weil ich verlangt habe, in Mecklenburg-Vorpommern in einem Umkreis von einem Kilometer um die Schule herum diese Frittenbuden abzuschaffen. Da fängt es doch an.

(Beifall)

Vor fünf Jahren haben wir den ersten rauchfreien Strand verlangt. Die kleinsten Kinder stecken die Kippen vielleicht einmal in den Mund. Auch da bin ich attackiert wor-

den. Jetzt gibt es die ersten rauchfreien Strände in Mecklenburg-Vorpommern, damit die Kinder geschützt sind.

(Beifall)

Sie sehen: Steter Tropfen höhlt den Stein. Ich möchte unterstützen, was Frau Gitter zu den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst gesagt hat. Sie sind super wichtig, weil sie die Kinder bei den Untersuchungen und bei den Impfungen erreichen. Deswegen müssen wir uns als Ärztetag hinter die Forderung stellen, dass diese Ärztinnen und Ärzte endlich tarifadäquat und nicht als Verwaltungsangestellte der Städte und Gemeinden bezahlt werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Die Nächste auf der Rednerliste ist Birgit Wulff aus Hamburg.

Dr. Wulff, Hamburg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich bin sehr dankbar für den Vortrag von Herrn Professor von dem Knesebeck. Wir haben in der Diskussion den wesentlichen Schwerpunkt auf die Themen Prävention, Kinder, mittleres Lebensalter gelegt. Das ist auch gut so. Da ist Grund für Optimismus, da kann man etwas machen. Ich bitte Sie aber – vor allem die vielen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen kennen das −, auch die andere Seite am Ende des Lebens zu betrachten. Es gibt eine zunehmende Altersarmut. Die angespannte Finanzlage macht es schwierig, sich für dieses Thema am Ende des Lebens noch zu engagieren. Das ist ein Thema, das keinen Spaß macht. Aber ich glaube, wir sollten es nicht aus dem Blick verlieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Birgit. – Nächster Redner ist Privatdozent Andreas Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, der Vortrag hat sicherlich versucht zu beleuchten, wie die Zusammenhänge sind. Mich hat ein wenig gestört – das ist eine typische Erkrankung bei den Medizinern −, dass man mit Korrelationen gearbeitet hat. Es mag richtig sein, dass es in bestimmten Bereichen eine hohe Korrelation gibt. Aber erklärt das die darunterliegende Ursache? Hier, Herr Professor von dem Knesebeck, habe ich mein Problem. Es gibt auch eine hohe Korrelation zwischen der Abnahme der Zahl der Störche im Elsaß und der Geburtenrate im Elsaß. Aber wir glauben doch alle nicht ernsthaft, dass diese Dinge wirklich ursächlich zusammenhängen.

Ich frage mich: Gibt es bei der angesprochenen Problematik nicht ganz andere verborgene Ursachen? Wir könnten an Suchterkrankungen oder an psychiatrische

Erkrankungen denken, die sowohl das eine als auch das andere befördern. Hier wäre eine Beleuchtung erhellend und helfend, um Ursachen und Folgen abstellen zu können.

Ich möchte Sie ermuntern, uns hierzu noch ein Statement zu geben. Ich würde es auch sehr begrüßen, wenn wir als Ärzteschaft ein klares Signal gäben, dass wir die Prävention selbstverständlich befördern wollen, dass wir hier helfen wollen, dass wir uns aber nicht von Krankenkassen vereinnahmen lassen sollten. Warum machen sie bestimmte Aktionen? Warum werben sie? Wenn man die Krankenkassen direkt fragt, sagen sie relativ offen: Natürlich, um Mitglieder zu gewinnen. Genuin interessiert es die Krankenkassen gar nicht, in der Tiefe, wie es die Ärzteschaft interessiert, Prävention zu betreiben, hier wirklich zu einer Verbesserung zu gelangen. Ich fände es gut, wenn der Ärztetag hier ein klares Signal setzen und sagen würde: Ja, das kommt aus der Tiefe der deutschen Ärzteschaft, das wollen wir entsprechend unterstützen; aber wir wollen uns nicht darauf beschränken, nur einen Tropfen auf den heißen Stein zu bringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Nächster Redner ist Kollege Mustafa Yilmaz aus Niedersachsen.

Dr. Yilmaz, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin, auch wenn sie gerade nicht auf ihrem Platz sitzt! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich bei Frau Kollegin Gitter und bei Kollegen Crusius dafür bedanken, dass sie eine Lanze für den öffentlichen Gesundheitsdienst gebrochen haben. Ich möchte mich als jemand outen, der im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig ist, der in einem Gesundheitsamt arbeitet. Das Thema, das wir gerade diskutieren, ist für uns in den Gesundheitsämtern ein sehr wichtiges Thema. Wir haben vielfältige Kontakte zu den Menschen, die betroffen sind, zu den armen Menschen, aber auch insgesamt zu diesem Thema. Wir haben in der Regel sozialpsychiatrische Dienste. Wir haben vorhin etwas darüber gehört, in welchen sozialen Lagen psychisch oder psychiatrisch erkrankte Menschen leben.

Wir haben kinder-/jugendärztliche Dienste. Es klang vorhin schon an, dass sehr viele Alleinerziehende von Armut betroffen sind. Wir haben einen großen Teil an Begutachtungen durchzuführen. Wir begutachten Menschen, die mit Hartz IV leben müssen. Wir begutachten aber auch Menschen, die Akademiker sind. Es kommt auch der Oberbürgermeister zu uns, weil er eine Rückfrage in einer Beihilfesache hat. Wir sehen im Prinzip das gesamte Spektrum.

Last but not least sind wir auch für die meldepflichtigen Infektionskrankheiten zuständig, beispielsweise die Tuberkulose. Die Tuberkulose war früher – zum Teil ist das heute wiederum der Fall – eine sogenannte Arme-Leute-Erkrankung.

Wir haben also sehr viele Berührungspunkte. Der öffentliche Gesundheitsdienst versteht sich daher als Anwalt der heterogenen armen Bevölkerungsgruppe. Es gibt im Gesundheitsamt letztendlich zwei große Themenbereiche: den Gesundheitsschutz –

dazu gehören die Infektionskrankheiten – und die Gesundheitsfürsorge. Auf letzteren Punkt möchten in Zukunft viele Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst ihren Schwerpunkt legen. Ich möchte auf das Positionspapier verweisen, das eine Expertengruppe des Deutschen Landkreistages erstellt hat.

Ich möchte mich abschließend dafür bedanken, dass das Thema „Armut und Gesundheit“ heute in diesem Hohen Hause eine so große Rolle spielt. Herzlichen Dank dafür, dass der öffentliche Gesundheitsdienst insgesamt so positiv bewertet wird und die Unterstützung der ärztlichen Kollegen hier hat.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Yilmaz. – Letzter auf der Rednerliste ist der Kollege Klaus Schäfer.

Schäfer, Hamburg: Ich mache es ganz kurz. Schade, Herr Henke ist jetzt nicht anwesend. Ich habe ganz bewusst darauf hingewiesen, dass es keine Hamburger Idee war, sondern dass wir von den Erfahrungen in Nordrhein gelernt haben. Ich bitte um Entschuldigung, dass ich nicht wusste, wer in Nordrhein im Einzelnen an der Entwicklung dieses tollen Projekts verantwortlich mitgewirkt hat. Auf jeden Fall: All denen, die zuvor mit ihrem Gehirnschmalz diese Idee befördert haben, meinen Dank. Ich denke, auch der Dank dieses Hohen Hauses ist ihnen gewiss.

Hier wurde darauf hingewiesen, dass 90 Prozent der Bevölkerung in die Arztpraxis kommen. Das ist ja ganz schön, bloß: 100 Prozent der Bevölkerung sind in der Schule. Wenn Eltern der Meinung sind, sie wollen ihre Kinder nicht in die Schule schicken, können sie sogar per Gericht gezwungen werden, ihre Kinder in die Schule zu bringen. Da haben wir eben nicht 90 Prozent, sondern 100 Prozent. Wir haben gestern schon die Diskrepanz zwischen Ökonomie und Gesundheit andiskutiert. In der Schule haben wir durch die Tatsache, dass einer informiert und 30 zuhören, einen Verstärkungseffekt mit dem Faktor 30. Das würde ich mir manchmal bei unseren Honoraren wünschen.

Es ist ganz klar, dass ökonomische Überlegungen und Gesundheit nicht immer kontträre Dinge sind, sondern in genau diesem Fall sind ökonomische Überlegungen und Gesundheit deckungsgleich. Das eine befördert das andere. Ich finde die Schule einen optimalen Ansatz, Informationen in alle Bevölkerungsschichten, auch die armen, zu transportieren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Ich stelle fest, dass wir damit die Aussprache zu diesem Tagesordnungspunkt beendet haben. Jetzt hat der Referent die Gelegenheit zu einem Schlusswort. Herr von dem Knesebeck, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. von dem Knesebeck, Referent: Ganz herzlichen Dank für die Möglichkeit, abschließend noch ein paar Worte zu sagen. Zunächst einmal möchte ich mich ganz herzlich für die engagierte und auch konstruktive Diskussion bedanken. Ich habe das als insgesamt sehr unterstützend im Hinblick auf das Thema, das uns hier zusammengebracht hat, erlebt.

Ich möchte drei oder vier Punkte aufgreifen, die mir im Kopf geblieben sind, wobei das keine Priorisierung nach Relevanz sein soll. Der erste Punkt, an dem sich eine gewisse Diskussion entzündet hat, war das Konzept der relativen Armut in Abgrenzung zum Konzept der absoluten Armut. Diese Diskussion ist relativ weit verbreitet. Sie ist auch nachvollziehbar, weil es letztlich beim Konzept der relativen Armut eine definitorische Entscheidung gibt, dass eben 50 Prozent verfügbares Einkommen und weniger relative Armut bedeuten. Der Hintergrund dafür ist, dass man sagt: Ab dann soll möglicherweise eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben zumindest erschwert sein.

Bei der absoluten Armut geht es eher darum, dass Grundbedürfnisse systematisch eingeschränkt sind. Einige Redner haben vollkommen zu Recht darauf hingewiesen, dass auch solche Formen von Armut in Deutschland zwar nicht ganz so weit verbreitet sind, aber dennoch existent. Ich gebe gern zu, dass ich in meinem Vortrag diesen Aspekt vernachlässigt habe. Insofern bin ich sehr dankbar dafür, dass das in einigen Beiträgen ganz klar konturiert worden ist.

Ich möchte auch darauf hinweisen, dass die Frage der Definition von Armut am Thema der gesundheitlichen Auswirkungen relativ wenig ändert. Wenn wir sagen, die absolute Armut sollte diejenige Definition sein, die wir zu Rate ziehen, verschärft dies das Problem. Dann haben wir kein geringeres Problem, sondern das Problem ist dann verschärft.

Ich bin auch dankbar dafür, dass wir hier einige Gruppen benannt haben, die von einer solchen absoluten Armut betroffen sind, beispielsweise Obdachlose. Es ist auf die Obdachlosenversorgung hingewiesen worden. Das ist eine sehr sinnvolle Ergänzung des Vortrags.

Andere Ergänzungen betrafen die Integration von Gewaltopfern, die ich ebenfalls vernachlässigt hatte.

Eine Diskussion ist mir besonders im Kopf geblieben, nämlich dass verschiedene Redner darauf hingewiesen haben, dass dieses Thema eigentlich bereits im Kindes- und Jugendalter adressiert werden sollte. Das ist absolut auch meine Auffassung. Hier sind aus meiner Sicht die Auswirkungen, auch die gesundheitlichen Auswirkungen, besonders gravierend. Wahrscheinlich erleben wir sie an diesem Punkt auch als besonders ungerecht.

Man muss sich klarmachen, dass sich solche gesundheitlichen Auswirkungen bereits bei der Geburt zeigen, dass Kinder aus benachteiligten Gruppen häufiger untergewichtig sind, dass sie bei der Geburt im Durchschnitt kleiner sind und dass sich gesundheitliche Auswirkungen der Herkunftsschicht selbst noch im höheren Erwachsenenalter zeigen. Nach Kontrolle der eigenen Bildung, nach Kontrolle des eigenen Einkommens kann man zeigen, dass die Herkunftsschicht, also der Status der Eltern, im höheren Erwachsenenalter immer noch Auswirkungen auf die Gesundheit hat.

Es ist auch darauf hingewiesen worden, dass wir gerade bei den Kindern und Jugendlichen geeignete Settings, wo man ärztliches, aber auch darüber hinaus gehendes Engagement im Bereich der Prävention etablieren kann, beispielsweise die Schule, braucht.

Es ist auch darauf hingewiesen worden, dass wir entsprechende Interventionen nicht auf das Kindes- und Jugendlichenalter beschränken, sondern auch auf das höhere Lebensalter ausweiten sollten. Das ist ein sehr sinnvoller Hinweis, weil eigentlich erst in den letzten Jahren das Thema der Prävention im höheren Lebensalter auch in Öffentlichkeit und Forschung aufgegriffen wurde.

Ich bin explizit gebeten worden, auf den Unterschied zwischen Korrelation und Kausalität einzugehen. Das will ich tun. Mir ist diese Diskussion absolut bekannt und auch sehr bewusst. Es ist mir auch vollkommen klar, dass wir in der Epidemiologie häufig das Problem haben, korrelative von kausalen Befunden abzugrenzen. Nur: In den letzten Jahren hat es in der Epidemiologie so viele Bemühungen gegeben, prospektive Studien durchzuführen, qualitativ hochwertige prospektive Studien, in denen auch die Wirkungsverläufe gesundheitlicher Ungleichheit abzubilden versucht wird. Insofern sollten wir davon ausgehen: Auch wenn noch immer Forschungsbedarf besteht, können wir bereits Aussagen treffen.

Ich möchte schließen mit der Aussage, dass die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit eine sehr aufwendige Arbeit ist, eine komplexe Tätigkeit, aber eine ausgesprochen lohnende. Darüber sind sich alle Kommissionen einig, auch in Europa.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor von dem Knesebeck. – Damit können wir in die Antragsabstimmung eintreten. Vor Ihnen liegen vier Anträge. Der erste Antrag ist der **Antrag II-01** vom Vorstand der Bundesärztekammer:

Gesundheitliche Ressourcen sozial Benachteiligter stärken

Änderungsanträge zu diesem Antrag sind mir nicht vorgelegt worden. Wer diesem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Ich sehe keine. Enthaltungen? – Zwei Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig bei zwei Enthaltungen **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag II-02** von verschiedenen Kolleginnen und Kollegen aus der Ärztekammer Nordrhein:

Befunderhebung und Befunddokumentation bei akut traumatisierten Patienten

Auch hierzu liegen mir keine Änderungsanträge vor. Allerdings hat Frau Kollegin Gitter schriftlich den Wunsch auf Vorstandsüberweisung wegen der in diesem Antrag enthaltenen Finanzrelevanz geäußert. Der Antrag auf Vorstandsüberweisung geht anderen Anträgen vor. Wir müssen darüber also zuerst abstimmen. Wer für die Vorstandsüberweisung dieses Antrags ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte

die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Eine. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Ich habe vorhin in einem Nebensatz von Ellis Huber den Ausdruck „Beerdigung zweiter Klasse“ gehört. Wir haben selber ein hohes Interesse an diesem Thema. Wir haben es selber auf die Tagesordnung gesetzt. Ich versichere Ihnen, dass wir den Antrag auf Vorstandsüberweisung ausschließlich im Sinne der Finanzrelevanz sehen. Wir werden sehr prüfen, was wir da tun können und ob wir etwas tun können.

(Beifall)

Das ist keine Beerdigung zweiter Klasse.

Der nächste Antrag, der zur Abstimmung vorliegt, ist der **Antrag II-03** von Herrn Kollegen Huber als Delegierter der Ärztekammer Berlin. Der Titel lautet:

Gesundheitliche Chancengleichheit

Hierzu hat der Kollege Crusius mündlich Vorstandsüberweisung aus denselben Gründen wie eben beantragt. Ich stelle zuerst die Frage an Sie: Wer wünscht, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen schließlich zum **Antrag II-04**:

Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit

Antragsteller sind der Kollege Scholze und andere aus den Ärztekammern Bayern und Berlin. Wer ist gegen diesen Antrag? – Wer ist für diesen Antrag? − Enthaltungen? – Vigilanzprobe bestanden. Bei einigen Enthaltungen haben Sie den Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Damit haben wir den Tagesordnungspunkt II abschließend behandelt. Ich danke noch einmal Herrn Professor von dem Knesebeck für seinen tollen Vortrag und seine Beteiligung an der Debatte.

(Beifall)

Lieber Herr von dem Knesebeck, Sie haben jetzt die Chance, unseren Beratungen weiter beizuwohnen oder etwas Vernünftigeres zu tun. Ich überlasse es vollkommen Ihnen, was Sie tun wollen. Wir freuen uns jedenfalls, wenn Sie noch einen Moment bei uns bleiben. Wir reden ja auch über die Zukunft der Krankenversicherung. Noch einmal herzlichen Dank für Ihre Beteiligung.

Wir treten jetzt wieder in die Beratungen des Tagesordnungspunkts I ein, so wie wir das beschlossen hatten. Wir haben zu diesem Tagesordnungspunkt noch eine Rednerliste von gestern. Ich erinnere Sie daran, dass Sie selber zu diesem Tagesordnungspunkt eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten beschlossen haben. Es liegen auch eine ganze Reihe von Anträgen vor.

Oliver Funken aus Nordrhein ist der erste Redner. Oliver, du hast das Wort.

Dr. Funken, Nordrhein: Lieben Dank, Herr Präsident. – Meine Damen und Herren! Der Wechsel des Themas zurück ist natürlich sehr schwierig. Ich möchte Ihnen in Erinnerung rufen: Es ging darum, die Ökonomie gegenüber den medizinisch-ethischen Grundvorstellungen, die wir als Ärzte vertreten, abzugrenzen. Ich meine, wir sollten uns Gedanken darüber machen, was auf uns zukommen wird, nicht nur über das, was wir zurzeit wahrnehmen.

Das Problem ist, dass wir in einer veränderten Welt leben, in der wir Ärzte mit unseren moralisch-ethischen Wertauffassungen Anachronismen sind. Das führt dazu, dass wir von den Ökonomen ziemlich in die Ecke gedrängt worden sind; das wurde gestern dargestellt. Die Generation X, die jetzt größtenteils das Geschäft in leitenden Funktionen mitträgt, hat ja den Kampf um das Goldene Kalb sehr gut gelernt und dabei ethisch-moralische Grundvorstellungen größtenteils über Bord geworfen, die in der Aufbaugeneration der Nachkriegszeit noch präsent waren.

Interessanterweise hat jetzt die Generation Y diese Selbstausbeutung und diese Strategie verlassen. Das heißt aber, dass ein Sozialsystem auf der Basis der marktwirtschaftlichen Selbstausbeutung der Ärzte mit dem Prinzip der Aufbaugeneration, der Zwischengeneration, der Generation X, nicht mehr funktionieren kann. Deswegen wird es für die Ökonomie sehr wichtig und interessant zu sehen, wie man die Gesundheitsversorgung ohne Selbstausbeutung der Ärzte, ohne Selbstausbeutung der Gesundheitsberufe zukünftig stemmen kann, wenn man die Rahmenbedingungen dazu nicht schafft.

Ich denke, es ist eigentlich unsere Aufgabe als Deutscher Ärztetag, schwer darüber nachzudenken, inwieweit wir den Weg für die Generation Y bereiten müssen, die Rahmenbedingungen zu schaffen, dass sie die Aufgaben des Arztberufs mit den Ressourcen – regelmäßige Arbeitszeiten, sichere Arbeitszeiten, keine Selbstausbeutung mehr – erfüllen kann. Ich bitte Sie, vor diesem Hintergrund noch einmal zu überprüfen, ob unsere Anträge das beinhalten. Ich denke, der Antrag des Vorstands zu diesem Thema ist sehr weitreichend.

Es gibt aber ein Problem bei der Finanzierungsstruktur. Dieses Problem torpediert etwas diesen Gedankengang. Die Konvergenz war eigentlich schon als Conclusio, als Kompromiss des Lahnsteinpapiers von 1992, beschlossene Sache. Der Sachverständigenrat hat in seinem Papier von 2008 bestätigt, dass die Bürgerversicherung kommen muss. Wir sollten uns also Gedanken machen, wie wir die Generation Y vor einer wie auch immer gearteten neuen Versicherung retten wollen.

Ich möchte außerhalb der Redezeit noch kurz eine persönliche Bemerkung machen. Gestern wurde an mich herangetragen, dass die Studenten, deren Vertreter hier gesprochen hat, draußen angesprochen worden sein sollen, sie mögen sich bitte mäßigen, sie sollten nicht schulmeisterlich vor dem Deutschen Ärztetag auftreten. Ich glaube, dass das nicht wahr sein kann. Ich glaube nicht, dass das Hohe Haus das so mittragen würde. Ich bitte darum, dass mir gegebenenfalls mitgeteilt wird, dass das nicht so war.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Herr Funken, das müssen wir jetzt einmal klarstellen. Ich weiß nicht, wer das getan haben soll. Von uns hier oben hat das keiner getan. Ich möchte gern einmal hören, was da gewesen sein soll. Das muss man vielleicht erst einmal bilateral klären. Ich teile Ihre Auffassung total. Der Studentenvertreter hat hier nicht schulmeisterlich gesprochen, sondern ich habe das als sehr engagierten Vortrag empfunden. Ich habe mich gefragt, ob ich nicht schon einen der nächsten Ärztekammerpräsidenten an der Rostra erlebt habe.

(Beifall)

Ich möchte jetzt nachholen, was ich vorhin vergessen habe, nämlich unseren Ehrenpräsidenten Karsten Vilmar zu begrüßen, der auch heute wieder bei uns ist. Ich freue mich auch, dass der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Köhler, zu uns gestoßen ist. Herr Drabinski, unser Experte für Fragen aus gesundheitsökonomischer Sicht, ist auch wieder anwesend und begleitet unsere Debatte. Vielen herzlichen Dank, dass Sie gekommen sind, und ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Nun hat Herr Lücke aus Niedersachsen das Wort.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag I-07. In Anbetracht der Vielzahl der vorliegenden Anträge erlaube ich mir, den Antrag vorzulesen:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, allen Ärztinnen und Ärzten zu empfehlen, mögliche Interessenkonflikte, z. B. durch von der Industrie unterstützte Fortbildungsveranstaltungen, Anwendungsbeobachtungen oder klinische Studien, aber auch Bonuszahlungen aus entsprechenden Verträgen mit Krankenhäusern, über geeignete Veröffentlichungen, z. B. als Warte- bzw. Patientenzimmerplakate oder aber auch im Internet, gegenüber den Patientinnen und Patienten transparent zu machen.*

Es geht letztlich um das, was in den USA, glaube ich, ab dem 1. Juni gelten wird, nämlich der sogenannte Sunshine Act. Moralisch zweifelhaftes Verhalten findet eigentlich immer in Dunkelheit und Grauzone statt. Das ist es, was man uns vielleicht manchmal zu Recht vorgeworfen hat. Ich denke, hier müssen wir in die Offensive gehen und unseren Patienten zeigen, dass wir wirklich nichts, aber auch gar nichts zu verbergen haben. Dies müssen wir in die Öffentlichkeit tragen. Letztlich nutzen gute klinische Forschung und Studien im hohen Maße auch unseren Patienten. Das müssen wir einfach deutlich machen und dürfen uns nicht in eine Ecke drängen lassen. Soviel, liebe Kolleginnen und Kollegen, zu diesem Antrag.

Ceterum censeo bin auch ich für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems. Daher bitte ich Sie in aller Freundlichkeit, den Antrag I-19 von Herrn Kollegen Scholze und Herrn Kollegen Dietrich, die fordern, dass letztlich eine Bürgerversicherung eingeführt wird, abzulehnen.

Ganz herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lücke. – Nächster Redner ist Herr Professor Dr. Dr. Wulf Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Auch ich möchte zum Antrag des Vorstands zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems sprechen. Zuvor habe ich ein bisschen Kritik zu üben an der Regie zu diesem Tagesordnungspunkt. Wir haben zuerst das duale Krankenversicherungssystem, dann haben wir den Vortrag von Herrn Maio, dann kommt die Transplantationsmedizin, dann geht es um die Bonuszahlungen, dann um Bestechung. Hier ist alles Mögliche enthalten. Das macht es unheimlich schwierig, hier zu diskutieren, wenn der Vorredner zu dem einen Punkt spricht, der andere Redner zu einem anderen Punkt.

(Beifall)

Ich hätte es viel glücklicher gefunden, wenn man diese ganzen Unterpunkte in den Tagesordnungspunkt VI gesteckt hätte, wie es bisher immer üblich war. Dann hätten wir zu einem Thema immer eine vernünftige Diskussion. So aber geht es wie Kraut und Rüben durcheinander.

Ich möchte zwei Dinge anmerken. Ich habe bei der Regie ein bisschen den Verdacht, dass der Vorstand doch ein etwas schlechtes Gewissen bei seinem Vorschlag zur Weiterentwicklung hatte und als Kompensation für sein sehr unsoziales kapitalistisch orientiertes Krankenversicherungssystem Herrn Maio mit seiner katholischen Soziallehre dagegengestellt hat, um das ein bisschen abzuschwächen.

(Zuruf: Eindeutig nein!)

− Ich halte meine Aussage für richtig.

Um einige Unklarheiten aufzuzeigen: Herr Montgomery hat gestern gesagt, es gebe keine Beitragsbemessungsgrenze mehr. Das heißt also, gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenversicherung können in allen Einkommensbereichen gegeneinander konkurrieren. Gleichzeitig soll ein einheitlicher Beitrag, ein Gesundheitsbeitrag in gleicher Höhe für alle Versicherten erhoben werden. Wie ist die Situation einer Krankenschwester, die sich dafür entscheidet, in die private Krankenversicherung zu gehen? Sie hat natürlich die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber. Aber was passiert nach sechs Wochen? Muss sie sich verpflichten, eine Zusatzversicherung abzuschließen, um ein Krankentagegeld zu behalten?

Wie ist es bei einem Jungunternehmer, der vielleicht nur 2.000 Euro verdient, der keinen Arbeitgeber hat, also keine Lohnfortzahlung erhält? Muss er sich zusätzlich bei der privaten Krankenversicherung versichern? Oder zahlt ihm die gesetzliche Krankenversicherung seine Lohnfortzahlung? Wenn dies so wäre, hieße dies auf jeden Fall, dass wir keinen einheitlichen Versicherungsbeitrag mehr haben, sondern die Situation ist unterschiedlich, je nachdem welches Modul der Einzelne auswählt. Wir hätten ein völliges Durcheinander an einheitlichen Beiträgen, die alles andere sind als ein einheitlicher Versicherungsbeitrag von 135 oder 170 Euro.

Ich meine, in diesem Antrag steckt viel Unausgewogenes. Ich denke, wir sollten ihn zurücküberweisen. Ich halte es für unklug, wenn sich die Ärzteschaft in einem Wahljahr, das ein so unklares Ergebnis zeitigen wird, politisch eindeutig positioniert. Ich

verweise auf das heutige Titelbild der „Süddeutschen Zeitung“. Ich glaube, es ist politisch unklug, wenn wir uns in diese Debatte so einmischen.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. Sie haben über die Motive des Vorstands spekuliert, warum wir Herrn Maio mit eingebunden haben. Sie haben von einem schlechten Gewissen gesprochen. Ich kann Ihnen nur sagen, dass der Vorstandsbeschluss, Ihnen dieses Papier als Antrag vorzulegen, einstimmig bei zwei Enthaltungen gefasst wurde. Ich glaube, klarer kann man nicht verdeutlichen, dass da nichts an schlechtem Gewissen oder Ähnliches dahintersteckt. Einstimmig bei zwei Enthaltungen ist eine ganz gute Abstimmung.

Herr Scholze aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Scholze, Bayern: Ich möchte zu zwei Punkten sprechen, und zwar zum einen zu den Zuzahlungen. Da heißt es in dem Papier:

> *Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass nur spürbare finanzielle Eigenbeteiligungen eine steuernde Wirkung entfalten und zur Vermeidung von überflüssiger Inanspruchnahme beitragen können.*

Ich möchte fragen: Was sind „spürbare Zuzahlungen“? Mir ist dazu nur bekannt, dass erstens geringe Zuzahlungen keinen positiven Steuerungseffekt auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigen. Das zeigt ja auch die Praxisgebühr, die wir für völligen Quatsch hielten und die keinen sinnvollen Steuerungseffekt hatte.

Zweitens. Wenn man hohe Zuzahlungen – das ist vielleicht mit dem Begriff „spürbare Zuzahlungen“ gemeint – vorsehen will, kann es sehr schnell sein, dass man keinen positiven Steuerungseffekt erzielt, sondern einen negativen, indem vor allen Dingen finanziell schwächer Gestellte auf notwendige Behandlungen verzichten und dadurch Behandlungen verschleppt werden.

Ich finde, das muss in dem Papier nachgearbeitet und präzisiert werden.

Unser Antrag zielt darauf ab, dass der Vorstand bis zum nächsten Ärztetag 2014 zwei Dinge überprüft: Wie haben sich qualitativ und quantitativ die Patientenzuzahlungen in den letzten 25 Jahren entwickelt? Welche qualitativen und quantitativen Steuerungseffekte hatten die Zuzahlungen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Der zweite Punkt, den ich ansprechen möchte, ist, dass das Papier als einzigen Maßstab zur Prüfung eines Finanzierungsmodells das duale Prinzip angibt. Das ist wohl das Wichtigste. Ich finde, wir sollten bei Finanzierungsmodellen sehr stark berücksichtigen, wie weit damit medizinische Gleichbehandlung und Verteilungsgerechtigkeit gewährleistet sind. Ich denke, diese zentralen ethischen Normen müssen berücksichtigt werden. Da muss die Bundesärztekammer Klartext sprechen.

Ganz kurz noch ein Beispiel. Das habe ich vorgestern zufällig im Internet gelesen. Dort hat eine Kollegin ihre Praxis dargestellt. Sie hat einen Aushang in der Praxis, der lautet: Liebe Patientinnen und Patienten, man hört immer wieder von Ärzten, die Privatpatienten bevorzugen, da sie für deren Behandlung mehr Geld erhalten. Ich glaube, dass kranke Menschen das gleiche Recht auf Behandlung haben, unabhängig davon, wie sie versichert sind. Deswegen ist es unser ausdrücklicher Anspruch, alle Patienten gleich gut zu behandeln. Unterschiede werden nur dann gemacht, wenn dies aus Krankheitsgründen erforderlich ist, zum Beispiel bei Notfällen. Die Versicherung spielt dabei keine Rolle.

Ich finde, so etwas sollte sich eigentlich in jeder Praxis als Leitbild finden. Ich fände es sehr schön, wenn ein solcher Text in jedem Wartezimmer und auch in jedem Krankenhaus als Leitbild zu finden wäre.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Scholze. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist der Kollege Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich ein paar Bemerkungen zur Bürgerversicherung und zu Zuzahlungen machen. Für mich ist es ein enormer Genuss – ich kann mir kaum ein anderes Land vorstellen, in dem es möglich ist −, dass ich in meiner täglichen Praxis einem Patienten völlig unabhängig von seinem sozialen Status seine Behandlung zukommen lassen kann, wie das heute der Fall ist. Es ist völlig egal, ob ich einen Alkoholiker oder einen Obdachlosen oder einen Habilitierten zum Patienten habe, ich bekomme für jeden dieser Patienten die gleiche Behandlung und in der Regel zum gleichen Preis. Das ist eine Sache, die ich fachlich ausgesprochen genieße.

Nun geraten die PKV und die GKV in Konkurrenz zueinander. Es wird von der Abschaffung des dualen Systems gesprochen. Diese Abschaffung hielte ich für ausgesprochen falsch, und zwar nicht aus Einkommensgründen. Mein Einkommen aus der PKV beträgt höchstens 5 Prozent. Aber ich halte die PKV für einen ganz wichtigen Grund für das hohe Niveau der Chancengleichheit auf einem hohen Niveau der medizinischen Versorgung.

Die PKV und die GKV sind wie ein Zug: Sie setzen sich in den Zug und kommen zum selben Moment an. Das Einzige, was bei den beiden Systemen unterschiedlich ist, ist der Service. Bei den einen bekomme ich einen Kaffee und die „Bild“-Zeitung, bei dem anderen vielleicht – bei den nicht lebenswichtigen Dingen – eine andere Therapie, was Medikamente oder einen anderen Termin angeht. Aber bei den Essentials werden die Patienten beider Systeme in Deutschland gleich behandelt.

Wenn Herr Huber sagt, dass der GKV-Patient schlechter behandelt wird, dann liegt es vielleicht an ihm persönlich. Meine Erfahrung ist es jedenfalls nicht, auch vieler Kollegen nicht.

(Beifall)

Die PKV wird auch nicht von irgendwelchen Reichen gestützt, die sich dem Sozialsystem entziehen. Die meisten PKV-Patienten, die ich habe, sind Handwerker, Mittelständler, kleine Krauter, die sich bewusst für die PKV entschieden haben.

Herr Huber, Sie haben auch Unrecht, wenn Sie sagen – vielleicht haben Sie ein gestörtes Verhältnis zur Statistik −, dass 90 Prozent die GKV wählen. Es würden ja viel mehr die PKV wählen, wenn sie es denn könnten.

Warum bin ich so gegen die Bürgerversicherung? Das ist kein parteipolitisches Bekenntnis, sondern ein Sachargument. Die Bürgerversicherung als ein einheitliches System hatten wir schon einmal, und zwar zu einer Zeit – dieser Vergleich tut mir jetzt leid −, als es keine Zuzahlung, keine Eigenverantwortung gab. Es gab nur ein einheitliches System. Daran ist man zugrunde gegangen, weil Eigenverantwortung und Wettbewerb fehlten.

(Beifall)

Wenn wir den Armen und Minderbemittelten auf hohem Niveau weiterhin eine medizinische Betreuung zukommen lassen wollen, brauchen wir den Wettbewerb, auch wenn wir das einzige Land sind, das dieses System aufweist. Vielleicht haben wir ja das bessere System als andere.

Deswegen sage ich: Lassen Sie uns bitte nicht daran herumschrauben. Alles andere ist ideologisch intendierte Sozialromantik. Ich bitte Sie, dem Antrag 10 zuzustimmen und den Antrag 22 abzulehnen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Lipp. – Nächster Redner ist Herr Professor Schwantes aus Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir springen inhaltlich ein bisschen hin und her. Ich beziehe mich auf den gestrigen Vortrag von Professor Maio und möchte ganz gern dem, was er gesagt hat und was uns weiterhin beschäftigen wird, besonders in der medizinischen Ausbildung, einen Aspekt hinzufügen. Die ökonomische Verformung setzt sehr viel früher und auch sehr subtil an. Der Wettbewerb um den Zugang zum ärztlichen Beruf beginnt ja bereits in den Schulen. Die Auswahl der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte misst sich vor allem an der Abiturnote. Damit wählen wir vorwiegend im Wettbewerb trainierte und, wie ich meine, sagen zu dürfen, auf den ökonomischen Wettbewerb vorbereitete Menschen aus. Das folgende Medizinstudium findet dann überwiegend in einem Klima härtester Kompetition statt, das heißt vor allem mit ärztlichen Vorbildern, die sich in diesem Wettbewerb durchgesetzt haben.

Was können wir tun? Ich glaube, dass wir die Auswahlkriterien für das Medizinstudium erweitern müssen. Der Präsident hat bereits in seiner gestrigen Rede ein Bekenntnis abgegeben: Es geht eben nicht nur um das Wissen, das notwendig ist, wenn man Arzt werden will, sondern um andere Dinge, um soziale Kompetenzen usw.

Ich glaube, außerdem müssen wir das Medizinstudium anders gestalten. Ich denke, es geht besonders darum, dass weniger Verschulung stattfindet und mehr Zeit für kritische Reflexionen gegeben wird, die den Studierenden ermöglicht wird. Vor allen Dingen ist es dann ein studentenorientiertes Studium, ein auf die Menschen, die Ärztinnen und Ärzte werden wollen, ausgerichtetes Studium. Das, was wir von ihnen erwarten, das sie hinterher im Umgang mit Patienten ausüben sollen, müssen wir während des Studiums an ihnen selbst erfahrbar machen, das Sich-Einlassen, die Begegnung und das Zuhören-Können.

Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schwantes. – Nächster Redner ist Kollege Wolfgang Bärtl aus Bayern.

Dr. Bärtl, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Verehrte Gäste! Ich möchte gern zum Erhalt und der Weiterentwicklung des dualen Versicherungssystems sprechen. In der gestrigen Argumentation wurde eine Statistik von MLP bemüht, wonach sich angeblich über 50 Prozent für eine Einheitskasse ausgesprochen haben. Dieser Statistik möchte ich eigene Statistiken entgegensetzen, die unser Verband zusammen mit dem Ärztlichen Nachrichtendienst vorwiegend unter den Niedergelassenen durchgeführt hat. Auch die letzte Studie, die von TNS Emnid, hat gezeigt, dass sich bis zu 90 Prozent der befragten Ärzte gegen eine Einheitsversicherung aussprechen.

Warum dieses klare Votum gerade aus der niedergelassenen Ärzteschaft gegen eine Bürgerversicherung oder eine Einheitskasse? Wir haben in den letzten Jahren entsprechende Erfahrungen gemacht. Wir haben erlebt, wie Budgetierung und Reglementierung zu einer kontinuierlichen Entwertung unserer Leistungen geführt haben. Wir haben erlebt, wie wir durch das Hamsterrad getrieben worden sind und wie wir unter der Budgetierung dem Patienten gegenüber letztendlich eine Rationierung durchführen mussten. Wir haben Erfahrungen mit diesem System. Es trifft gerade die Grundleistungen, die Leistungen, die ärztliches Handeln bestimmen, wie wir gestern bei Herrn Professor Maio und bei Herrn Professor Borelli gehört haben: Zeit und Zuwendung. Das ist nicht messbar. Diese Leistungen fallen hinten herunter. Wenn Sie sehen, dass HNO-Ärzte in Nordrhein mit 12 Euro oder Hausärzte in Hamburg mit 35 Euro ein ganzes Vierteljahr Patienten mit Zuwendung, Anamnese, Untersuchungen und grundsätzlicher Therapie betreuen sollen, dann wissen Sie, was bei einer Bürgerversicherung auf uns zukommt. Das ist auch nicht im Sinne der Patienten. Deswegen ist die Einheitskasse mit den Zielen der Basis der Vertragsärzteschaft nicht vereinbar.

Nahezu 90 Prozent der Vertragsärzte haben sich bei der Befragung im letzten Herbst als dominante Forderung für angemessene und feste Preise ausgesprochen, weil sie in diesem Hamsterrad nicht mehr arbeiten können. Eine Einheitskasse würde diesen Zielen diametral entgegenlaufen.

Wir wollen also keine Einheitskasse, wir wollen auch keine Angestellten von Einheitskassen sein. Wir wollen keinen Einheitsversicherer, der Medizin nach Kassen-

lage macht. Wir wollen vielmehr Wettbewerb und Vielfalt. Der Antrag des Vorstands mit den Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland ist das richtige Signal zur richtigen Zeit.

Gestatten Sie mir einen letzten Satz, weil ich Herrn Drabinski hier sitzen sehe: Auch das Thema Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung dürfen wir nicht ausgliedern. Jeder von uns weiß: Was nichts kostet, ist nichts wert. Wenn Bischof Zollitsch in seiner Weihnachtsbotschaft 2010 gesagt hat „Vielleicht ist eine sozial abgefederte Selbstbeteiligung eine Möglichkeit, dieses hohe Niveau in Deutschland zu erhalten“, dann befinden wir uns auch ethisch auf gutem Grund.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Bärtl. – Nächster Redner ist Kollege Detlef Lorenzen aus Baden-Württemberg.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Verehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Im Rahmen der Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitswesens möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf die Finanzierung der stationären Versorgung lenken. Die DRGs wurden eingeführt, um erstens die Kosten für stationäre Behandlungen zu senken, um zweitens den Bettenabbau in den Krankenhäusern zu fördern, drittens um die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen zu fördern. Was ist in den zehn Jahren seit der Einführung der DRGs geschehen? Erstens. Der Anstieg der Ausgaben für die stationäre Behandlung sollte gebremst werden. Tatsächlich aber sind die Ausgaben seither erheblich stärker gestiegen als in den Vergleichszeiträumen vorher. Zweitens. Der wirtschaftliche Wettbewerb, dem die Krankenhäuser durch das neue Finanzierungsgesetz ausgesetzt sind, sollte durch die Insolvenz von Kliniken den politisch gewünschten Bettenabbau bewirken. Tatsächlich hat sich seit der Einführung der Fallpauschalen der Bettenabbau sogar abgeschwächt. Wenn Betten stillgelegt werden, dann deshalb, weil sie sich betriebswirtschaftlich nicht mehr rechnen. Die Folge ist ein zunehmender Verlust der flächendeckenden Behandlung von Krankheiten, die für das Krankenhaus besonderen wirtschaftlichen Nutzen bringen, nämlich Wirbelsäulen- und Gelenkoperationen, Herzkatheter, Katheterintervention und Herzoperationen.

Die Bezahlung nach Fallpauschalen sollte Transparenz und Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen in den unterschiedlichen Krankenhäusern herbeiführen. Tatsächlich ist das Abrechnungssystem derart kompliziert und undurchsichtig, dass zwischen Krankenhäusern und Kliniken ein unlösbarer Dauerkonflikt über die Frage entstanden ist, wie ein Fall konkret abgerechnet wird. In der Folge wurde der MDK der GKV zu einer allumfassenden und immens teuren Kontrollbehörde aufgerüstet. Parallel dazu werden in den Krankenhäusern zusätzliche Kapazitäten für ein DRG-bezogenes Controlling geschaffen, und zwar einerseits als Gegengewicht gegen Kassen und MDK, andererseits zur innerbetrieblichen Optimierung.

Weder werden die Personalkostensteigerungen durch DRGs vollständig ausgeglichen, noch werden die bei der Kalkulation der DRGs unberücksichtigten notwendigen Krankenhausinvestitionen durch die dazu verpflichteten Länder ausreichend finanziert. Daher müssen die Kliniken die Zahl und die Behandlungsschwere der von ihnen behandelten Patienten stetig steigern.

Wir sollten fordern, dass eine Finanzierung der Krankenhäuser keine Profite abwerfen darf. Wir sollten fordern: Die notwendige Personalintensität der Behandlung und Betreuung kranker Menschen muss adäquat berücksichtigt werden. Die Krankenhausversorgung ist Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Daher muss die Leistungsbereitschaft finanziell abgesichert werden, auch wenn Krankenhäuser zu bestimmten Zeiten nicht ausgelastet sind.

Ich bitte Sie daher, den Antrag I-37 zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Lorenzen. – Bevor Herr Kollege Hammer als nächster Redner das Wort erhält, ein kurzer Hinweis auf einige musikalische Veranstaltungen. Nachher in der Mittagspause haben Sie alle die Chance, nach Art eines musikalischen Appetithäppchens bereits die Band zu genießen, die morgen beim Gesellschaftsabend in der AWD-Arena spielen wird. Sie kommt heute in der Mittagspause schon einmal hierher, um Ihnen beim Essen eine Freude zu bereiten. Das ist sicherlich eine schöne Chance, die Band schon einmal kennenzulernen.

Der Ärztliche Verein hier in Hannover unter der Leitung von Cornelia Goesmann lädt Sie alle ganz herzlich heute Abend in den Vortragssaal des Ärztehauses Hannover ein, wo ein Programm von Mozart bis Musical dargeboten wird. Es gibt am Ende eine kulinarische Zugabe. Die Veranstaltung ist kostenfrei. Wer heute Abend nichts vorhat oder sich überhaupt der Musik zugeneigt fühlt, ist herzlich eingeladen. Die musikalische Darbietung erfolgt durch das Kammerensemble des Ärzteorchesters Hannover. Herzlichen Dank an die hiesige Organisation für die Einladung zu dieser Veranstaltung.

(Beifall)

Das Wort hat jetzt Michael Hammer aus Nordrhein.

Dr. Hammer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebes Präsidium! Ich spreche Sie bewusst an, lieber Herr Präsident, und habe zwei Fragen an das Präsidium. Zunächst zum dualen Versicherungssystem von GKV und PKV. Mit meinen GKV-Patienten musste ich vor 10, 15 Jahren dauernd diskutieren. Sie hatten viele Probleme. Es war wunderschön, wenn PKV-Patienten kamen. Ich habe noch heute Patienten, die sechsfach versichert sind. Heute ist es umgekehrt: Wenn ich meinen GKV-Patienten erklären will, dass sie Zuzahlungen leisten müssen, sagen sie mir: Natürlich, Herr Doktor, das weiß ich ja. Meine PKV-Patienten dagegen werden immer unzufriedener.

Im Vorstandsantrag ist durchaus manches angesprochen. Wie verhandeln Sie? Wir von der KV oder auch der KBV sprechen immerfort mit den Krankenkassen, mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie als Bundesärztekammer müssen ja mit der PKV sprechen. Solche Gespräche, die ich aus meinem Bereich kenne, sind nicht sehr ertragreich. Wir wissen: Die haben keinen Wettbewerb. Für mich ist es selbst-

verständlich, dass auch die PKV einen Wettbewerb zulassen muss. Den hat sie jetzt nicht. Ich nenne nur das Stichwort: Portabilität.

Es gibt keine Transparenz. Ich sollte dreimal an der Wirbelsäule operiert werden – in meinem Alter darf man das −; man wollte mir nicht die Spritze unter dem CT bezahlen. Es gibt überhaupt keine Transparenz, keinen Wettbewerb.

In dem Antrag wird auch die Werbung angesprochen. Ich glaube, es sind über 1.800 Leute unterwegs, die bis zu drei Jahren für ein geworbenes Mitglied 15.000 Euro Prämie bekommen haben. Daniel Bahr hat das zurückgeführt. Jetzt gibt es nur drei Monatsbeiträge. Das alles sind für mich im Moment extreme Probleme bei der PKV.

Meine zweite Frage an Sie betrifft die GKV. In meinen Augen haben Sie im „Deutschen Ärzteblatt“ die Wahltarife, die etwas mit Finanzierung zu tun haben, nicht genügend berücksichtigt. Wann überweisen wir in die Klinik? Eine Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt erfolgt nur bei Wahltarif 1, wenn der Hausarzt es für sinnvoll hält. Ich sage als Facharzt: Das ist völlig okay. Bei Wahltarif 2 erfolgt die Überweisung ebenfalls vom Hausarzt zum Facharzt, aber der Patient muss zusehen, wie er es bezahlt bekommt. Ich bitte Sie, dass Sie auch diese Fragen berücksichtigen.

Zum Schluss: Für mich ist Daniel Bahr ein Kenner der Materie. Er hat zumindest im Sinne einer nachhaltigen Versorgung etwas gesagt, was ich weitgehend richtig finde.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Hammer. Sie haben konkrete Fragen an das Präsidium oder die Arbeitsgruppe gestellt. Sie haben konkrete Fragen zur heutigen Ausgestaltung der PKV gestellt. Liebe Kolleginnen und Kollegen, bei vielen Wortmeldungen war ganz klar zu erkennen, dass es um Probleme mit der heutigen PKV geht. Sie projizieren das in das Zukunftsprogramm und vergessen dabei: Es handelt sich um Anforderungen an eine zukünftige PKV. Es handelt sich um eine Konzeptskizze. Es ist kein voll durchdekliniertes Programm. Ich bin auch erstaunt, wenn Vertreter von anderen Ideen von uns verlangen, dass wir uns zu exakten Details hinsichtlich Versicherungspflichtgrenze, Beitragsbemessungsgrenze usw. äußern. Hier geht es um eine Zielrichtung für die Fortentwicklung der Krankenversicherung, nicht um einen ausformulierten Gesetzentwurf.

Im Übrigen empfehle ich Ihnen an dieser Stelle, auch einmal die Alternativvorstellungen beispielsweise zur Bürgerversicherung zu lesen. Dann stellen Sie fest: Sie sind in den Detailregelungen genauso skizzenhaft wie unser Papier. Es geht um die Richtung, in die wir gehen wollen. Da haben Sie uns klar beauftragt: Erhalt des dualen Finanzierungssystems, Abprüfung von Anforderungen auf der Basis des Ulmer Papiers, das wir selber verabschiedet haben.

Das ist der Inhalt der Skizze, die Ihnen vorliegt. Das ist kein sofort umsetzbarer Gesetzentwurf. Wir würden unsere Kompetenzen weit überschreiten, wenn wir den Eindruck erwecken würden, wir könnten so etwas vorlegen.

(Beifall)

Jetzt hat Rudolf Henke das Wort.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Vor einem Jahr haben die 29 Delegierten der Ärztekammer Nordrhein übereinstimmend und gemeinsam einen Antrag gestellt, den Sie mit ganz großer Mehrheit bei einigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen angenommen haben. Auch da ging es um den Tagesordnungspunkt „Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft“. Dort haben wir unter der Überschrift „Die private Krankenversicherung nutzt allen“ dargelegt, warum wir für den uneingeschränkten Erhalt einer privaten Vollkostenversicherung im deutschen Gesundheitswesen sind, und zwar als eine Möglichkeit, die möglichst vielen Bürgern offenstehen soll, gerade auch im Wettbewerb der Systeme. Dies ist – so haben wir formuliert – der beste Weg, die Leistungskraft des gesamten Gesundheitssystems zu stärken und den medizinischen Fortschritt besonders für die gesetzlich Versicherten schneller verfügbar zu machen.

Dem haben Sie vor einem Jahr zugestimmt. Es war ein komplett einheitlicher Antrag aus Nordrhein. Ich will daran erinnern, weil man bei manchen Diskussionsbemerkungen ja das Gefühl haben kann, als hätte die Meinungsbildung von vor einem Jahr heute keinen Stellenwert, keine Bedeutung, keine Bindekraft mehr. Das ärgert mich ein bisschen. Deshalb die Erinnerung daran.

Nun wird ja gesagt: Die Dualität der Versicherungssysteme ist die eigentliche Quelle von Ungleichheit. Deshalb müsse sich das Präsidium für diesen Text – ich gehöre nicht zu den Autoren – schämen, das sei unsozial usw. Was für ein Unsinn! Wenn Sie sich dieses Konzept anschauen, stellen Sie fest, dass es doch nicht dadurch unsozial ist, dass der Ausgleich nicht innerhalb des Beitragssystems stattfindet, sondern dass der soziale Ausgleich über das Steuersystem finanziert wird. Das Steuersystem hat ein progressives Aufkommen, sodass diejenigen, die am meisten dazu beitragen können, im Steuersystem auch am stärksten belastet werden, während der Beitragssatz, der heute im gesetzlichen System den Ausgleich bewirkt, ein identischer Ausgleich ist. Das heißt, diejenigen, die sagen, es sei viel sozialer, das im Beitragssystem zu machen, stellen sich dagegen, dass der soziale Ausgleich in einer Weise, die die Bessergestellten stärker belastet, umgestaltet wird.

Da muss ich schon sagen: Das ist ein Taschenspielertrick, das hat nichts mit unsozial zu tun. Es mag sein, dass es schwierig umsetzbar ist, es mag sein, dass es lange brauchen wird, bis dafür politische Unterstützung zu erhalten sein wird. Vielleicht wird es sie auch gar nicht geben. Aber das ist kein Antrag, für den sich irgendjemand, der ihn unterstützt, schämen muss.

(Beifall)

Da meine Redezeit abgelaufen ist, muss ich mich nachher noch einmal zu Wort melden, weil ich noch ein zweites sehr wichtiges Argument habe.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Rudolf. – Nächster Redner ist Klaus Reinhardt aus Westfalen-Lippe.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich möchte die Diskussion auf einen ganz einfachen Punkt zurückführen. Wer in der Vorstellung lebt, dass die Bürgerversicherung oder die integrierte Einheitsversicherung, wie auch

immer das Konstrukt heißen soll, dazu dient, soziale Gerechtigkeit herzustellen, oder dass die Motivation für die Einführung die soziale Gerechtigkeit sei, der glaubt an den Weihnachtsmann.

Zwei Dinge soll die integrierte Einheitsversicherung leisten. Das Erste ist, dass das Demografieproblem der GKV um mindestens 10 bis 15 Jahre verschoben wird. Dann sind diejenigen Politiker, die es heute einführen, nicht mehr in der Verantwortung. Das Zweite ist, dass sie ein staatlich reguliertes System herstellen soll, bei dem die Rationierung top-down regelbar ist. Dann, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist der Patient Bittsteller; da hat der Minister völlig recht. Dann gibt es auch eine Zweiklassenmedizin.

Die Rede von der sozialen Gerechtigkeit ist Sand in Ihre Augen gestreut, sonst gar nichts.

(Beifall)

Folgendes noch als Aperçu: Eine mittelbare Beeinflussung dieser Diskussion wird dann, wenn die Bürgerversicherung eingeführt ist, einen Aspekt der sozialen Sicherungssysteme treffen, bei dem wir, bei dem Sie alle sich tatsächlich entsolidarisiert haben. Die PKV ist ja keine Entsolidarisierungsveranstaltung – das wissen wir zu gut −, da sind die Strukturen stabilisierend. In den berufsständischen Versorgungswerken haben wir uns tatsächlich entsolidarisiert. Es wird uns sehr schwerfallen, die Debatte über die Rechtfertigung deren Existenz in diesen Zeiten erfolgreich leisten zu können. Ich sage Ihnen voraus, dass nach einer eingeführten Bürgerversicherung unsere berufsständischen Versorgungswerke auf dem Prüfstand stehen. Wenn Sie das nicht zulassen wollen, dann erteilen Sie der Bürgerversicherung auf diesem Deutschen Ärztetag eine klare Absage.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Klaus. – Nächster Redner ist der Kollege Rudolf Kaiser aus Westfalen-Lippe.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Ich möchte die Argumente meines Vorredners unterstreichen. Man kann an einem Beispiel belegen, dass die staatliche Finanzierung im Gesundheitswesen ineffektiv ist und dass Vorgaben und Versprechungen nicht eingehalten werden, und zwar seit Jahrzehnten. Das betrifft auch den Entschließungsantrag I-47 zur Finanzierung der Krankenhäuser. Die Krankenhausfinanzierung ist, ich will nicht sagen: eine Betrugsangelegenheit, aber eine Sache, die seit Jahrzehnten nicht funktioniert. Es ist versprochen worden, dass über die duale Finanzierung die Länder die Investitionen von Krankenhäusern finanzieren. Bis heute ist das bei Weitem nicht in dem erforderlichen Maße geschehen.

Daraus kann man leicht ableiten: Wenn man die Versicherungssysteme oder das Gesundheitswesen auf die Versprechungen von Politikern und auf Steuereinnahmen und Steuerfinanzierung gründet, wird es nicht funktionieren. Im Krankenhausbereich hat es nicht funktioniert. Das kann jeder nachlesen und sich ein Bild davon machen. Deshalb wird es genauso wenig in einer sogenannten Bürgerversicherung funktionieren, die im

Wesentlichen durch Steuermittel finanziert werden müsste. Daher sollten wir diesen Versuch ablehnen und uns darin einig sein, dass wir uns das nicht gefallen lassen.

Ich bitte Sie: Bringen Sie das Beispiel der dualen Finanzierung in den Krankenhäusern zur Sprache. Betriebskosten über die Kassen, Investitionen über die Länder – bis heute ist das nicht in dem erforderlichen Maße geschehen. Die Krankenhäuser mussten jahrzehntelang die Investitionen aus den Betriebskosten finanzieren. Das ging und geht bis heute zulasten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Rudolf Kaiser. – Wilfried Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern ist der nächste Redner.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Niemand hier im Hause – ich glaube, auch der Vorstand nicht – wird erwarten, dass dieses Papier 1 : 1 umgesetzt wird. Das wäre blauäugig. Aber meiner Meinung nach kommt es genau zum richtigen Zeitpunkt, gerade weil wir ein Wahljahr haben. Herr Dietrich, ich kann Sie absolut nicht verstehen, warum wir die Meinung der Ärzteschaft nicht artikulieren sollen, warum wir das noch einmal zurückstellen sollen bis nach der Wahl. Wem soll das nützen?

(Vereinzelt Beifall)

Mit diesem Papier werden wir auch unseren Patienten eine Entscheidungshilfe geben, weil wir ihnen sagen: Wir engagieren uns für die Krankenversicherung der Zukunft. Wenn wir es zurückstellen, ist es ein Signal genau in die falsche Richtung.

Ich möchte noch etwas zu dem von uns eingebrachten Antrag 32 sagen. Dazu gibt es inzwischen einen Änderungsantrag 32 a, den wir zur Ergänzung eingebracht haben. Der Antrag 32 trägt den Titel:

Diffamierung ärztlicher Berufsausübung

Wir haben ihn recht radikal formuliert, wohlwissend, dass er so wahrscheinlich auch nicht umgesetzt wird, ebenso wie das Papier des Vorstands nicht 1 : 1 umgesetzt wird. Aber wir müssen ein Signal setzen. So geht es nicht weiter. Der GKV-Spitzenverband diffamiert fortgesetzt die gesamte Ärzteschaft. Der Fisch stinkt nun einmal vom Kopfe her. Deshalb soll diese radikale Forderung verdeutlichen und ein Signal geben, dass wir damit nicht mehr einverstanden sind und dass wir die Zusammenarbeit so nicht fortsetzen wollen.

Andreas Köhler hat auf der KBV-Vertreterversammlung formuliert, dass die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen dort am besten funktioniert, wo sie basisnah erfolgt. Der GKV-Spitzenverband ist sowohl von der Basis als auch von der Ärzteschaft so weit entfernt, dass ich Sie bitte, diesem Antrag zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Wilfried Schimanke. – Andreas Crusius aus dem Vorstand ist der nächste Redner.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu den Anträgen I-39, I-40 und I-41 von Herrn Professor Dietrich und Herrn Dr. Scholze aus Bayern. Sie betreffen die Organtransplantation.

Erstens. Im Antrag 39 ist ein falscher Bezug gewählt. In § 10 TPG ist nur die Herausnahme aus der Warteliste geregelt, nicht aber die Nichtaufnahme.

Zweitens. Die von Herrn Dietrich in Punkt 2 aufgestellten Forderungen sind längst erfüllt, weil das Sechsaugenprinzip in allen Richtlinien für alle Organe eingeführt wurde und immer dieselben Leute unterschreiben müssen, wenn ein Patient nach Eurotransplant gemeldet wird. Das ist also erledigt.

Drittens. Alles Weitere findet sich im Vorstandsantrag I-04, dem Sie bitte zustimmen mögen.

Damit komme ich zum Antrag 40. Hier wollen Herr Dietrich und Herr Scholze eine zentrale Bundesbehörde eingerichtet wissen. Nein, meine Damen und Herren, wir müssen nicht nach dem Staat rufen; wir sind die Fachleute, wir können das regeln. Die Transplantationsprogramme werden von den Ländern geregelt. Da können wir gar nichts machen. Die Einrichtungen werden von den Landesministerien zugelassen, aber eine zentrale Bundesbehörde wollen wir nicht. Monti hat in seinem Referat darüber berichtet. Das Dezernat 6 der Bundesärztekammer hat den Missbrauch aufgeklärt und an die Staatsanwaltschaften gemeldet. Herr Dietrich, die Staatsanwaltschaft in Bayern hat das Verfahren, das in Regensburg hätte laufen müssen, eingestellt. Wenn wir jetzt nach dem Staat rufen, machen wir den Bock zum Gärtner. Ich bitte Sie also, auch den Antrag I-40 abzulehnen.

Zum Antrag 41: Herr Dietrich und Herr Scholze, die Abwägung zwischen Dringlichkeit und Erfolgsaussicht erfolgt in den Richtlinien nach dem TPG. Die Fachkompetenz liegt bei den Transplantationschirurgen und bei denjenigen Kolleginnen und Kollegen, die die Patienten bis zur Transplantation konservativ betreuen. Auch da ist der Ruf nach dem Staat, Maßstäbe für die Abwägung zwischen Dringlichkeit und Erfolgsaussichten zu definieren, der falsche Weg. Wir Ärztinnen und Ärzte sind die Fachkompetenten. Wir haben die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer in der Zentralen Transplantationskommission. Dort sitzen auch Juristen. Ich bitte Sie, auch den Antrag 41 abzulehnen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Joachim Dehnst aus Westfalen-Lippe ist der Nächste auf der Rednerliste.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe Ihnen bereits gestern meine Bedenken gegen den Antrag I-02 mit dem dort

dargestellten Krankenversicherungssystem der Zukunft dargelegt. Ich habe insbesondere dargelegt, dass nach meiner Einschätzung nach dieser Vorstellung letztendlich weniger Geld im System sein wird als nach den aktuellen Bedingungen.

Heute möchte ich auf die Kritikpunkte eingehen, die Ihnen Herr Köhne gestern bereits dargelegt hat, indem er auf die Kleinzelligkeit dieses Konzepts hingewiesen hat.

Generationen von Gesundheitsökonomen haben sich mittlerweile bei der Entwicklung von Modellen zur soliden Finanzierung eines nachhaltigen Finanzierungskonzepts unseres Gesundheitswesens verhoben. Auch das, was wir nun vorliegen haben, möchte ich als einen netten Versuch bezeichnen. Es wird eine demografische Entwicklung bis zum Jahr 2060 zugrunde gelegt. Es werden aber eigentlich nur die daraus resultierenden finanziellen Einnahmeprobleme in Erwägung gezogen. Die entstehenden Mehrkosten für demografisch bedingte Morbiditätszunahmen werden nur ganz marginal erwähnt. Ganz ausgeklammert sind die Kosten für den medizinisch-technischen Fortschritt.

Auf der anderen Seite tauchen konkrete Zahlen auf, beispielsweise Prognosen zur Steuersubvention von 21 Prozent, 35 Prozent. Das Ganze gipfelt in absoluten Preisangaben von 135 Euro bis 170 Euro. Ich darf Ihnen sagen: Das kann so meine Zustimmung nicht finden. So kann ich mich nicht festlegen. Aus meiner Sicht ist das letztendlich zu naiv.

(Beifall)

Unser wirkliches Problem ist doch der Preisverfall, den wir für unsere Leistungen erleben. Ein Konzept zur realen Finanzierung der erbrachten Leistungen kann ich nicht erkennen.

Ich habe bereits gestern betont: Ich spreche nicht gegen das duale Finanzierungssystem. Aber hier wird sich massiv für die private Versicherungswirtschaft in die Kurve gelegt. Dazu gehört auch ein Partner. Was tut dieser Partner denn? Ich kann aus den Erfahrungen der letzten Jahre nicht erkennen, dass es der Partner ist, der mit uns gemeinsame Wege geht.

(Beifall)

Wir müssen vor allen Dingen auch die private Versicherungswirtschaft auffordern, uns bei der Tarifgestaltung und bei den Verhandlungen zur GOÄ entgegenzukommen.

Ich meine, von daher bleibt erst einmal abzuwarten, wie sich der entsprechende Partner verhält, bevor wir solche Beschlüsse hier fassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Joachim Dehnst. – Als Nächster steht Joachim Calles aus Bayern auf der Rednerliste.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag I-30. Kollege Rühmkorf glaubt, im Zusammenhang mit Korruption feststellen zu müssen, dass die Selbstreinigungskräfte der Kammern nicht ausgereicht haben und die Sanktionsmaßnahmen bei ärztlichem Fehlverhalten zu überprüfen sind. Für Bayern kann ich feststellen, dass wir schon jetzt drakonische Maßnahmen ergreifen können. Die Berufsgerichte können im Augenblick 50.000 Euro Strafe verhängen. Im Sommer wird das Kammergesetz dahin gehend geändert, dass 100.000 Euro die Obergrenze sein können. Bei besonders berufsunwürdigem Verhalten kann schon jetzt die Approbation entzogen werden. Wenn jemandem die Approbation entzogen wird, fällt er heraus und kann nicht mehr nach unserer Berufsordnung entsprechend verfolgt werden.

Ich gebe dem Kollegen insofern recht, als dass man wirklich überprüfen muss: Wie sieht es in den Kammern aus? Vielleicht kann das schleswig-holsteinische Modell ein Weg sein, bei dem es einen sogenannten Ermittlungsführer gibt, der sogar Beschlagnahmungen durchführen kann. Zumindest ist das meine Kenntnis.

Das, was Sie hier vorschlagen, nämlich im nächsten Jahr einen Überblick über festgestelltes ärztliches Fehlverhalten vorzulegen, ist meiner Ansicht nach nicht der zielführende Weg. Vielleicht sollte einmal abgefragt werden, welche Möglichkeiten sowohl der Ermittlungsverfahren als auch der Sanktionen in den einzelnen Kammern bestehen. Dann kann über die Politik Druck gemacht werden. Dieser Druck könnte sich dann in einer vielleicht möglichen Harmonisierung der entsprechenden Kammergesetze darstellen, zumindest in einzelnen Teilen.

Im Antrag I-23 heißt es zur Ärzteschaft:

> *Sie ist gleichzeitig verantwortlich für die adäquate Behandlung von Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig ist sie Sachwalter der vorhandenen Mittel.*

Daraus wird gefolgert, dass Vorschläge hier vom Hause unterbreitet werden sollen, wie die vorhandenen begrenzten Ressourcen an Mitteln und Personal besser genutzt werden können. Nun, ich denke, die Ärzteschaft hat das schon einige Male getan. Als Stichwort nenne ich nur den Begriff der Priorisierung. Das ist von der Politik aber nicht unbedingt angenommen worden.

Nachdem ich gestern gehört habe, was Sie, Herr Rühmkorf, vorher gemacht haben, frage ich mich bei diesem Antrag, der relativ harmlos daherkommt, ob das ein Trojanisches Pferd ist. Wir haben eine Priorisierung: 91 Euro für einen Notarzteinsatz, der mit einer entsprechenden Transportbegleitung ins Krankenhaus drei Stunden dauern kann, gleichzeitig Rückvergütungen an Patienten, die sich der Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben, von 200 Euro. Das ist nicht in unserem Priorisierungskatalog. Darüber sollte man nachdenken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Calles. Ich darf zur sachlichen Aufklärung Folgendes sagen. Diese Dokumentation gibt es bereits. Wir sind im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens im Zusammenhang mit der Beantwortung einer Anfrage durch die Bundesregierung gebeten worden, die gesetzlichen Grundlagen in allen Ärztekammern zusammenzutragen und darüber hinaus konkrete

Zahlen von Fällen, in denen das gegolten hat, zu liefern. Wir haben das zum Anhang einer Anfrage der Fraktion der Grünen in den Deutschen Bundestag eingespeist. Wenn Sie diesen Antrag stellen, wäre es für uns sehr einfach, das mindestens rückwirkend zu tun. Das ist aber nicht ohne Aufwand zu schaffen. Es hat unsere Rechtsabteilung zwei bis drei Wochen Arbeit gekostet, das aus allen Landesärztekammern zusammenzutragen. Also: Die Dokumentation gibt es längst. Sie war auf Grundlage der Befassung durch den Deutschen Bundestag erstellt worden.

Der nächste Redner ist Christoph von Ascheraden.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist vorhin Kritik an der Regie geübt worden, dass unter diesem Tagesordnungspunkt so viele Themen behandelt werden. Ich glaube, wir sollten das so beibehalten, denn die wichtigen Themen, die gestern angesprochen wurden, sollten am Anfang und nicht am Ende diskutiert werden. Wie würden Sie reagieren, wenn wir das alles unter Tagesordnungspunkt VI subsumieren, wo quasi in einem Hammelsprungverfahren abgestimmt wird? Ich glaube, dann wäre die Kritik viel schärfer und auch berechtigt.

Ich spreche zum Antrag I-04 des Vorstands und zu den Anträgen 39, 40 und 41 bezüglich der Transplantationen. Herr Kollege Dietrich, wie sind wir denn in diese schwierige Situation gekommen? Weil wenige Kollegen in Bayern in Abkehr von allen Regeln, die gelten – Transplantationsgesetz, Richtlinien −, ihre, wie man sagen muss, kriminelle Energie ausgelebt haben. Was hat die Kammer getan? Sie hat es erkannt, sie hat Maßnahmen ergriffen und das Ganze der Staatsanwaltschaft gemeldet.

Die staatlichen Behörden haben versagt. Sie haben es eingestellt. Es hat zwei Jahre gedauert, bis das Ganze wirklich hochkam. Sollen wir jetzt den staatlichen Behörden die weitere Aufklärung übertragen? Ist das wirklich Ihr Ernst? Rufen wir nach dem Staat, wenn Kollegen in Einzelfällen Verfehlungen begangen haben?

Ich glaube, was die Bundesärztekammer, die DSO und auch die Transplantationsbeauftragten in den letzten Monaten geleistet haben, sollte gewürdigt werden. Fast alle Lebertransplantationszentren sind noch einmal einer Sonderprüfung unterzogen worden. Die ganzen Protokolle sind nachgeschaut worden. Das ist eine Sisyphusarbeit. Es zeigt sich: Es gibt einige wenige, aber das Gros der Transplanteure und aller Beteiligten arbeitet sauber.

Zur Dringlichkeit und zu den Erfolgsaussichten: Die Erfolgsaussicht wird nicht etwa nach dem Alter des Patienten, sondern nach der immunologischen Verträglichkeit der Transplantate festgelegt. Ich glaube nicht, dass ein Gesetzgeber dafür Kriterien festlegen kann. Das ist eine wissenschaftliche Frage. Da müssen wir als Ärzte hinstehen und Verantwortung übernehmen. Das ist auch in den Richtlinien geklärt.

Die Dringlichkeit stellt allerdings eine Schwierigkeit dar. Wenn sich der Gesundheitszustand des Patienten auf der Warteliste unvorhergesehenerweise oder trotz aller Maßnahmen dramatisch verschlechtert, dann ist ein Punkt erreicht, bei dem wir heute wissen: Wir müssen Fehler und Verfehlungen mit dem Sechsaugenprinzip, mit einer lückenlosen Dokumentation und entsprechenden Prüfungen vermeiden.

Ich kann Sie nur bitten: Stimmen Sie unserem Antrag I-04 zu. Wir brauchen nicht mehr Staat, sondern wir brauchen Selbstverwaltung, wir brauchen Transparenz. Dafür sorgen die Beteiligten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Christoph. – Nächster Redner ist Kollege Lücke aus Niedersachsen.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Punkt Korruption/Transparenz. Wir haben eine gute (Muster-)Berufsordnung. In § 32 Abs. 1 wird formuliert: wenn der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. In § 32 Abs. 2 findet sich die Konkretisierung dessen, was erlaubt ist. Das ist für die Kollegen sehr hilfreich, weil sie genau wissen, wo die Grenze des Erlaubten und wo die Grenze des Nichterlaubten ist.

Ich darf dazu anmerken: Der Hartmannbund hat in Niedersachsen eine Umfrage unter Krankenhausärzten und niedergelassenen Kollegen durchgeführt. Wir haben rund 10.000 Kollegen angeschrieben. Wir haben mittlerweile 4.400 Antworten bekommen, die dafür plädieren, dass § 32 Abs. 2 eine sinnvolle und hilfreiche Ergänzung zu § 32 Abs. 1 ist. Wir haben ungefähr 50 negative Antworten. Die Quote von 4.400 Antworten bei 9.000 Angeschriebenen ist für jeden Meinungsforscher eine sensationelle Quote.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Lücke. – Frau Professor Alexandra Henneberg aus Hessen hat das Wort.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich fahre immer wieder gern zum Deutschen Ärztetag, und zwar auch deshalb, weil ich mich dafür interessiere, wie wir das Arztbild nach außen hin gestalten. Nun haben wir hier ein eigenes Kapitel Korruption mit den dazugehörigen Anträgen. Ich habe versucht, mir das Ganze einmal praktisch vorzustellen, was wir hier als Antrag vorliegen haben. Zum einen möchte ich davor warnen, dass wir die alten Feindbilder bezüglich der pharmazeutischen Industrie wieder hochziehen. Aber das nur ganz am Rande.

Wie soll das gehen? Es gibt keinen Fachkongress mehr, der ohne Werbung der pharmazeutischen Industrie stattfindet. Wie soll ich das mit meinem Wartezimmer jetzt gestalten? Ich war einmal Leiterin der Parkinson-Klinik in Bad Nauheim. Dort habe ich selbst diese Kongresse organisiert, und zwar mit vielfältiger Unterstützung der pharmazeutischen Industrie. Soll ich für alle Parkinson-Mittel, für die dort einmal geworben wurde, den Namen des Herstellers in mein Wartezimmer hängen? Oder noch viel schöner: Es gibt für die Epileptologen schöne Qualitätszirkel. Wenn nun die Firma UCB einen solchen Zirkel gesponsert hat und ich daran teilgenommen habe,

soll ich dann tatsächlich für meine Patienten diesen Firmennamen aushängen, noch mit dem Präparatenamen dazu? Das Levetiracetam ist ein hervorragendes Präparat in der Epileptologie. Wer von meinen Patienten wird mir denn glauben, dass ich das wirklich meine und nicht vielleicht heimlich irgendwelche Gelder eingesackt habe?

Wenn wir uns selbst so präsentieren, dass wir sagen, es muss alles offengelegt werden, wir dürfen keine Kugelschreiber annehmen, da wir uns sonst bestechlich machen würden, lenken wir doch den Verdacht auf uns. Ich halte das, ehrlich gesagt, für überhaupt keine gute Idee.

(Beifall)

Ich finde, dass wir dafür einstehen sollten. Wer an irgendwelchen Anwendungsbeobachtungen teilnehmen möchte, muss das mit seinem Gewissen vereinbaren. Mir sind sie meist zu unwissenschaftlich. Ich denke, wir sollten uns der Öffentlichkeit gegenüber nicht falsch präsentieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Henneberg. – Das Wort hat Kollege Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Aufgrund der Regie müsste ich mich jetzt eigentlich schizophren teilen, mich verdoppeln, und einerseits zum Transplantationsgesetz und andererseits zu Korruption und Bestechung reden. Das macht die Situation für mich etwas schwierig. Im Zusammenhang mit dem Tagesordnungspunkt VI kommen wir glücklicherweise bei dem Vorschlag, die (Muster-)Berufsordnung zu ändern, noch einmal auf das Thema Korruption und Bestechung zurück. Ich möchte jetzt also nicht auf unseren Antrag wegen korrupten Verhaltens eingehen, sondern ich möchte Ihnen ganz kurz schildern, was hinter diesen doch etwas technokratisch aussehenden Anträgen zur Transplantationsmedizin steckt.

Herr Montgomery hat natürlich recht: Die Bundesärztekammer hat es aufgedeckt. Herr Montgomery hat aber nicht recht, wenn er sagt: Es war effektiv. Denn diese Verstöße gegen die Transplantationsrichtlinien sind passiert, ohne dass es die Bundesärztekammer oder irgendeine Kommission oder auch die Staatsanwälte mitbekommen haben. Das heißt, post hoc hat man natürlich etwas gesehen, aber man war nicht in der Lage, dieses falsche Verhalten der Transplantationsmediziner zu korrigieren oder zu beseitigen. Es ist meiner Ansicht nach nicht nur das Verhalten einiger krimineller oder fast krimineller Transplantationsmediziner, sondern es ist das Problem der Lebertransplantation. Ich kenne mich in der Herztransplantation relativ gut aus, weil ich auf diesem Gebiet sehr viel gearbeitet habe. Das gilt weniger für die Leber. Da gibt es relativ klare Richtlinien. Auch bei der Niere ist es relativ klar. Wir haben ein Ersatzverfahren. Man kann auch fünf Jahre auf die Niere warten. Auch beim Herzen steigern wir uns. Wir haben Assist Devices, mit denen man die Patienten eine ganze Zeit lang hinhalten kann. Bei der Leber gibt es dies nicht. Außerdem gibt es bei der Leber relativ verschiedene Grunderkrankungen, die es in der Herzchirurgie beispielsweise nicht gibt. Das heißt also, die Lebertransplantation ist etwas

ganz Spezielles. Es gibt den sogenannten MELD-Score, der zur Entscheidung dient, wann transplantiert wird.

Im Transplantationsgesetz steht, dass Dringlichkeit und Erfolgsaussichten entscheidend sind. Beides schließt sich aber aus. Denn am besten transplantieren Sie bei einem Leberpatienten, der gesund ist, der einen MELD-Score von 30 oder etwas weniger hat, denn da hat man sehr gute Erfolgsaussichten. Er hat aber auch Erfolgsaussichten, zwei, drei oder vielleicht sogar fünf Jahre ohne Transplantation zu überleben.

Auf der anderen Seite haben Sie die Dringlichkeit mit einem MELD-Score von fast 40. Diese Patienten werden innerhalb kürzester Zeit sterben und haben sehr schlechte Erfolgsaussichten. Aber bei ihnen ist die Transplantation am notwendigsten.

Das steht so im Transplantationsgesetz. Die Ärzteschaft soll es regeln. Das ist sehr schwierig, denn es geht hier um eine Entscheidung zwischen Leben und Tod. Wir können zwar jeden Studienplatz einklagen, aber kein Patienten kann die Position auf der Transplantationsliste einfordern.

Meine Anträge zielen darauf ab, dass man zum einen diese Dinge klärt und zum anderen ein Register schafft, in dem nachvollziehbar steht, was gemacht wurde bzw. nicht gemacht wurde. Bisher wird es nur aufgelistet, es wird dokumentiert, aber es wird nicht in einem Register dokumentiert. Darauf laufen diese Anträge hinaus. Das kann ich jetzt nicht in drei Minuten klären, denn es geht um sehr viele technische Dinge. Ich wollte nur die Diskussion anstoßen, um zu zeigen, dass doch nicht alles ganz so einfach ist, wie es nach außen hin ausschaut, und dass wir als Ärzte noch Etliches an Arbeit vor uns haben, um saubere Verhältnisse zu schaffen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dietrich. – Nächster Redner ist Kollege Wolfgang Wesiack aus Hamburg.

Dr. Wesiack, Hamburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Gestatten Sie mir bitte, noch einmal zum Konzept des Vorstands der Bundesärztekammer zu den Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland zu sprechen, und zwar nicht zu irgendwelchen kleinen Punkten, sondern zur Gesamtschau.

Ich möchte drei Punkte erwähnen, und zwar erstens Wettbewerb und Qualität, zweitens Zweiklassenmedizin, drittens das Konzept der Nachhaltigkeit.

Es gibt in beiden Systemen Reformbedarf. Ich denke, das zeigt das Papier sehr deutlich. Aber das Entscheidende ist doch, dass wir einen Wettbewerb um Qualität führen. Den können wir natürlich nur haben, wenn wir keine Einheitsversicherung haben, wenn wir kein Monopol haben. In der Tat ist es so – das war in der Vergangenheit so −, dass neue Leistungen sehr häufig erst über die PKV eingeführt wurden und dann als Katalysator für die Einführung in der GKV dienten.

Ich komme zur Zweiklassenmedizin. Es wird gesagt, das duale System sei der Ausdruck einer Zweiklassenmedizin. Deutschland ist dasjenige Land, in dem es am wenigsten Zweiklassenmedizin gibt. In anderen Ländern, vor allem dort, wo es eine Einheitsmedizin gibt, finden Sie Wartelisten. Dort hätte man gern eine Gastroskopie oder ein EKG innerhalb einer Woche. Sie bekommen es aber erst innerhalb von Monaten, beispielsweise in England. Wenn man es dort selbst zahlt, bekommt man die Leistung innerhalb einer Woche.

Wir haben unterschiedliche Systeme, die aber in dieselbe Richtung gehen, wobei beide Systeme profitieren. Beide Systeme müssen reformiert werden.

Auf das Konzept der Nachhaltigkeit ist gestern, wie ich finde, sehr gut eingegangen worden. Aber in der heutigen Diskussion hat es keine Rolle gespielt. Auch das Prinzip der Generationengerechtigkeit ist in dieser Reformskizze des Vorstands der Bundesärztekammer enthalten. Deshalb bitte ich Sie, dieses Konzept zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Wolfgang Wesiack. – Jetzt Ulrich Clever, Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr verehrter Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich gebe ehrlich zu: Als das schlechte Gewissen kam, fühlte ich mich berufen, hier doch etwas dazu zu sagen, wie die Historie zu den Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland aussieht. Man muss feststellen, dass wir uns viele Jahre auf den Ärztetagen bewusst und manchmal sicher auch unbewusst nicht zur Finanzierung geäußert haben. Das hat dazu geführt, dass heute in den Krankenhäusern nicht mehr Chefärzte den Ton angeben, sondern Ökonomen. Wenn es um die ethische Verpflichtung zur Verteilung der Ressourcen geht, brauchen wir die Ökonomen. Aber es kann nicht sein, dass sie allein die Herrschaft im Krankenhaus ausüben. Ich glaube, das ist inzwischen Common Sense und angekommen. Ähnlich verteilen wir in der Niederlassung durch Überweisungen und Rezepte unsere enormen Geldvolumina.

Das hat dazu geführt, dass bei einem politischen Sonderärztetag in Berlin erstmals die Finanzierungsfrage doch als mögliches Thema der Ärzteschaft angesehen wurde. Dazu gab es im Ulmer Papier erste Formulierungen. Der Ärztetag hat im letzten Jahr den Vorstand beauftragt, sich darum zu kümmern. Man kann dem Vorstand also nicht vorwerfen, dass er das getan hat.

In dieser Entwicklung zeigt sich – das ist die historische Veränderung −, dass die Ärzteschaft ihre Ansicht geändert hat, in finanziellen Dingen, obwohl wir es nicht studiert haben, obwohl wir nicht die Fachleute sind, die Hände in Unschuld zu waschen und sich nicht dazu zu äußern.

Ich betone nochmals: Es geht um die Anforderungen zur Weiterentwicklung. Das ist eine Skizze. Wir können über alles diskutieren. Dass das im Wahljahr und durch die Presse ausgenutzt wird, dass die Ärzte für die Privatversicherung seien, damit muss

man rechnen. Es ist die Sache wert, dass man sich das Papier anschaut und sich die Hintergründe des Gesundheitsbeitrags klarzumachen versucht. Die Sache ist es auch wert, die Frage des Sozialausgleichs und die Frage, inwieweit der Einsatz von Steuermitteln sinnvoll ist oder nicht, zu diskutieren und das Papier mit den Bürgerversicherungswahlprogrammen der Parteien zu vergleichen.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Ulrich Clever. – Jetzt habe ich einen Antrag zur Geschäftsordnung des Kollegen Zeuner aus Baden-Württemberg.

Dr. Zeuner, Baden-Württemberg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben diskutiert, wir haben aber zum Teil, so merke ich, redundant diskutiert. Wir haben auch Entscheidungen zu treffen. Darum beantrage ich, nachdem schon viel gesagt worden ist, Schluss der Debatte, damit wir dann auch zu unseren Entscheidungen kommen können. Ich beantrage Schluss der Debatte zu Tagesordnungspunkt I.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank. – Wünscht jemand, gegen Schluss der Debatte zu Tagesordnungspunkt I zu sprechen? – Formal. Wer ist für Schluss der Debatte zu Tagesordnungspunkt I? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist Schluss der Debatte zu Tagesordnungspunkt I beschlossen.

Wir können in die Abstimmung über die Anträge eintreten. Nach der Geschäftsordnung hat der Referent die Möglichkeit zu einem Schlusswort. Da ich selber der Referent zu diesem Tagesordnungspunkt bin, möchte ich Ihnen jetzt ein Schlusswort zu diesem Tagesordnungspunkt ersparen und stattdessen in die Abstimmung über die Anträge eintreten.

Wir kommen zunächst zum Antrag I-01 des Vorstands der Bundesärztekammer:

Menschen statt Margen in der Medizin

Dazu gibt es einen Änderungsantrag der Kollegen Köhne und Dehnst, auf den Seiten 2 und 3 den gesamten Abschnitt „Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft“ zu streichen. Das ist natürlich eine gewisse Perspektive auch für die Frage des Konzeptpapiers zur Krankenversicherung der Zukunft.

Ich rufe zunächst den **Antrag I-01 a** auf. Wer im Vorstandsantrag den Abschnitt „Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft“ gestrichen haben möchte, gebe jetzt bitte das Kartenzeichen. – Ich bitte um die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist die Streichung **abgelehnt.** Weitere Änderungsanträge liegen mir nicht vor.

Jetzt gibt es einen Antrag zur Geschäftsordnung. Wir sind in der Abstimmung. Eva, bitte.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich beantrage, dass man beim Antrag 1 über die Einzelpunkte getrennt abstimmt.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der Antrag auf Einzelabstimmung ist gestellt. Ich glaube, wir erledigen das am einfachsten, indem wir das machen.

(Widerspruch)

− Gut, Sie wünschen, darüber abzustimmen. Wer möchte dem Antrag von Eva Müller-Dannecker folgen und über die Einzelpunkte im Leitantrag getrennt abstimmen? – Ich bitte um die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? − Einzelne Enthaltungen. Damit stimmen wir über diesen Antrag in toto ab. Wer für den **Antrag I-01** ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Wir können jetzt in die Abstimmung über die Anträge zum Konzeptpapier zur Krankenversicherung der Zukunft eintreten. Ich schlage Ihnen vor, das in folgender Reihenfolge zu tun. Wir beginnen mit dem Antrag 16, der die komplette Rücküberweisung vorsieht. Wenn Sie diesem Antrag zustimmen, entfallen alle weiteren Anträge. Antrag 31 des Kollegen Huber enthält die Aufforderung zur Wiedervorlage. Das ist nicht so weitgehend wie die komplette Überweisung. Deshalb rate ich Ihnen, erst den Antrag 16 und danach den Antrag 31 abzustimmen. Anschließend kommen wir zu Detailänderungen und schließlich zum Papier an sich.

Ich rufe den **Antrag I-16** von Professor Dietrich aus Bayern und Herrn Dr. Scholze aus Bayern auf, der da lautet:

> *Der Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer „Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland“ wird an den Vorstand rücküberwiesen.*

Wer diesem Antrag folgen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **abgelehnt.**

Es gibt den **Antrag I-31** aus Berlin, der nicht nur um Rücküberweisung, sondern um Neuvorlage auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf bittet. Wer möchte für diesen Antrag stimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist auch dieser Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag I-02 c** von Ulrich Schwille als Delegierter der Landesärztekammer Brandenburg. Danach sollen in Zeile 130 die Worte „in der gesetzlichen Krankenversicherung“ gestrichen werden sowie in Zeile 131 der Begriff „Ausgaben der“ geändert werden in „Beiträge für“. Ich schlage Ihnen vor, in Zeile 130 das Wort „Krankenversicherung“ zu erhalten. Der Text sollte schon lauten:

> *Die Familienmitversicherung muss in der Krankenversicherung neu geregelt werden. So werden die Beiträge für Kinder bis zur GKV-Altersgrenze durch den*

Bundeszuschuss über einen neu zu konzipierenden Gesundheitsfonds finanziert.

So würde es in meinen Augen auch sprachlich mehr Sinn machen. Herr Schwille, sind Sie damit einverstanden, dass wir das Wort „Krankenversicherung“ erhalten? – Der Antragsteller stimmt zu. Dann können wir uns über den so geänderten Antrag I-02 c eine Meinung bilden. Wer dem zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-02 a.** Im Kapitel „Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung“ sollen in Zeile 161 die Worte „und zur Vermeidung von überflüssiger Inanspruchnahme beitragen können“ gestrichen werden. Es soll eine Ergänzung durch folgende Formulierung erfolgen:

Ein nur durch Pflichtversicherung und Sachleistungsprinzip geprägtes Gesundheitssystem nimmt Versicherten und Patienten ihre Autonomie. Fehlendes Bewusstsein für die Behandlungskosten erhöht die Gefahr der Inanspruchnahme medizinisch nicht notwendiger Leistungen.

Haben Sie es alle vorliegen und auch den Bezug im Papier hergestellt? – Dann frage ich Sie jetzt: Wer möchte dem zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Ich schlage vor, dass wir sozusagen als Einstimmung auf den Freitag die Zähler auf ihre Plätze bitten. Ich bitte jetzt also noch einmal diejenigen, die dem Antrag zustimmen möchten, um ihr Kartenzeichen. Bitte nutzen Sie die gelben Karten und halten Sie sie so, dass man sie auch sehen kann. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Einzelne. Ich glaube, das brauchen wir nicht zu zählen. Es gab 108 Stimmen dafür und 110 Stimmen dagegen. Es hat sich gelohnt zu zählen. Sie sehen: Unsere Augen sind richtig gut. Wir erkennen auch Unterschiede, die wir eben nicht erkennen können. Das ist gut. Der Antrag ist also **abgelehnt.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-02** mit der einen in der Zeile 131 vorgenommenen Änderung, den ich hiermit zur Abstimmung stelle:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 beschließt die „Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland“ (Anlage).

Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen. Der Antrag des Vorstands ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen dann zum **Antrag I-10** mit dem Titel:

Bürgerversicherung ist abzulehnen!

Sie haben den Antrag vorliegen; ich brauche ihn nicht zu verlesen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-21:**

Zukünftiges Finanzierungsmodell auf dem Boden von medizinischer Gleichbehandlung und Verteilungsgerechtigkeit

Wünschen Sie, dass ich den Antragstext vorlese? – Nein. Dann können wir direkt darüber abstimmen. Wer wünscht, diesem Antrag zuzustimmen? – Einzelne. Wer ist dagegen? – Die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag I-44:**

Bewertung des Leistungskataloges der GKV

Herr Pötsch zur Geschäftsordnung. Aber bitte nur zu diesem Antrag. Wir sind in der Antragsbehandlung.

Dr. Pötsch, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte den Antrag auf Nichtbefassung mit diesem Antrag stellen, auch wenn ein Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer an ihm beteiligt ist. Aus meiner Sicht der Dinge geht der Antrag in eine falsche Richtung. Hier will man, weil man sich offenbar darüber ärgert, dass der MDK IGeL-Leistungen prüft, die gesetzliche Krankenversicherung auffordern, ihren Leistungskatalog durch den MDK überprüfen zu lassen. Das ist aber nicht die Aufgabe des MDK, weder die Überprüfung von IGeL-Leistungen noch die Überprüfung des Leistungskatalogs.

(Beifall)

Die Aufgabe, dieses zu tun, liegt beim Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, einem gemeinsamen Gremium unserer Selbstverwaltung, und zwar dort beim Arbeitsausschuss „Ärztliche Behandlung“, der Verfahrensrichtlinien entworfen hat, wie Leistungen auf ihre Evidenz hin zu überprüfen sind. Wenn sie keine Evidenz haben, dann gehören sie nicht in den Leistungskatalog.

Also müsste dieser Antrag leisten, dass sich der MDK auf seinen gesetzlichen Auftrag besinnen sollte und der Bundesausschuss sollte die Leistungen überprüfen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Herr Pötsch, das geht jetzt leicht über einen Geschäftsordnungsantrag hinaus. – Es ist der Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Der Antragsteller wünscht dagegenzusprechen.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Gegenrede! Es geht nicht darum, dass man sich ärgert, dass der MDK oder wer auch immer IGeL-Leistungen bewertet, es geht darum, dass permanent bei uns rumgekrittelt wird und nicht vor der eigenen Tür gekehrt wird.

(Beifall)

Deshalb ist dieser Antrag inhaltlich motiviert: gleiches Recht für alle, gleiche Bewertung für alle.

Ich habe aber gerade gelernt, dass der Adressat, nämlich der MDK, möglicherweise ein Problem darstellt. Deswegen beantrage ich ganz einfach Vorstandsüberweisung. Dann kriegen wir das schon hin.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Außerdem kann man ja im Rahmen des Tätigkeitsberichts mit dem richtigen Adressaten wiederkommen. – Der Antrag auf Nichtbefassung geht vor. Ich stelle also zunächst den Antrag auf Nichtbefassung zur Abstimmung. Wer sich damit nicht weiter befassen möchte, der möge jetzt die Karte erheben. – Die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Sie wünschen also, sich weiter damit zu befassen. Damit stelle ich jetzt den Antrag auf Vorstandsüberweisung zur Abstimmung. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen.

(Zuruf)

− Es kommt der Zuruf, der Antrag komme doch vom Vorstand. Dazu sage ich: Er kommt von einem Vorstandsmitglied. Deswegen ist der Antrag beim Vorstand gut aufgehoben, wenn sich die anderen auch noch einmal damit befassen.

(Beifall)

Der Antrag ist also **an den Vorstand überwiesen.** Günther Jonitz wird uns ein Glas Sekt ausgeben, wenn wir den Antrag in der nächsten Vorstandssitzung gemeinsam behandeln.

Wir kommen zum **Antrag I-03:**

Für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin

Wortmeldungen hierzu liegen nicht vor. Das liegt vielleicht auch daran, dass wir die Forderung nach einem Fortpflanzungsmedizingesetz schon öfter erhoben haben. Wenn jemand diesem Antrag zuzustimmen wünscht, hat er jetzt durch Erheben der gelben Karte dazu Gelegenheit. – Die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? − Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir können jetzt in den Themenbereich Transplantationsmedizin eintreten. Hier beginnen wir mit dem **Antrag I-04** vom Vorstand der Bundesärztekammer, der den Gesetzgeber auffordert, ein Transplantationsregister zu schaffen. Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-36:**

Vertrauen für die Organspende

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit einigen Enthaltungen einstimmig **angenommen.**

(Zuruf)

− Wir sind in der Abstimmung. Geht es um diese Fragen?

(Erneuter Zuruf)

− Der Antragsteller selber bittet für die nächsten drei Anträge um Vorstandsüberweisung. Dabei könnte man ihm ja eigentlich folgen. Ich rufe also die **Anträge I-39, I-40 und I-41** auf. Der Antragsteller selber bittet, wie gesagt, um Vorstandsüberweisung. Wenn Sie die Anträge ablehnen wollen, müssen Sie zunächst die Vorstandsüberweisung ablehnen. Wenn Sie die Anträge an den Vorstand überweisen, werden wir uns damit befassen. Wer die Anträge 39, 40 und 41 an den Vorstand überweisen möchte, der möge jetzt die Karte erheben. – Wer das nicht möchte, möge jetzt die Karte erheben. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit sind diese drei Anträge **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum Komplex GOÄ. Hier liegt Ihnen der **Antrag I-05** vom Vorstand vor. Wer diesem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einige wenige. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-33:**

> *Angemessene Erhöhung der Honorierung für die ärztliche Leichenschau im Rahmen der anstehenden Novellierung der GOÄ*

Wer den Antrag ablehnen möchte, möge jetzt die Karte erheben. – Einige. Wer möchte den Antrag annehmen? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zu dem in dieselbe Richtung gehenden **Antrag I-42.** Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-35:**

> *Inflationsausgleich GOÄ*

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? − Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-43:**

> *Finanzierung der Krankenversicherung der Zukunft*

Sie haben ihn alle gelesen. Inhalt ist, eine einheitliche Gebührenordnung auf Basis der GOÄ zu schaffen. Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Das ist schwer zu sehen. Deshalb frage ich noch einmal: Wer für diesen Antrag ist, der möge jetzt kraftvoll die gelbe Karte nach oben recken. – Wer ist gegen den Antrag? – Es ist deutlich zu erkennen, dass das die Mehrheit ist. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Damit kommen wir aus dem Komplex GOÄ zum Komplex Zielvereinbarungen und Boni. Wir stimmen zunächst über den **Antrag I-17** vom Vorstand ab. Änderungsanträge hierzu sind mir nicht bekannt. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kar-

tenzeichen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Auch nicht. Dann haben Sie den Antrag einstimmig **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-06:**

Das Gesundheitswesen muss mehr am Patienten und weniger an der Betriebswirtschaft ausgerichtet werden

Herr Rolshoven hat den Antrag engagiert begründet. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann haben Sie den Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-12:**

Zielvereinbarungen nur an medizinischen Zielen und Qualität der Fort- und Weiterbildung orientieren

Das geht in dieselbe Richtung. Wer dafür ist, möge jetzt die Karte erheben. – Wer dagegen ist, der hat jetzt die Chance, das zu tun. – Eine Gegenstimme. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit einer Gegenstimme mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-15:**

Ablehnung von Mengenzielen in Arbeitsverträgen von Ärztinnen und Ärzten und Entwicklung neuer Vergütungsformen unter Beteiligung der Bundesärztekammer

Herr Kollege Schang aus Schleswig-Holstein hat gestern dazu gesprochen. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer möchte ihn ablehnen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-26:**

Zielgrößen für Bonuszahlungen

Der Antragstext lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt alle Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize abstellen, ab.

Das ist zwar erledigt, aber es schadet auch nichts. Die Begründung veröffentlichen wir ja auch. Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-38:**

Leitende Ärzte – Bonusvereinbarungen von ökonomischen Zielgrößen entkoppeln

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex Korruption. Wir kommen zunächst zum **Antrag I-07:**

Für Transparenz im Gesundheitswesen

(Zurufe: Vorstandsüberweisung!)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Keine. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-13:**

Kein Sonderstrafrecht für Ärzte

Sie haben alle den Antrag gelesen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Der nächste Antrag ist der **Antrag I-48,** der in dieselbe Richtung geht:

Kein genereller Bestechungs-/Korruptionsstraftatbestand nur für Ärzte

Eigentlich haben wir darüber eben schon abgestimmt. Aber wir können es noch einmal tun. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag I-18.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Die Gegenprobe! – Das Erste war deutlich die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-28:**

Ärzteinitiative gegen Korruption

(Zurufe: Vorstandsüberweisung!)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Ich hatte Ihnen vorher berichtet, dass wir das längst getan haben, und zwar auf Wunsch einer parlamentarischen Anfrage des Deutschen Bundestages. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-30:**

Verlorenes Vertrauen wieder gewinnen

(Zurufe: Vorstandsüberweisung!)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer wünscht, den Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Eine. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen damit zum **Antrag I-45:**

Korruption und Fortbildung

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Herr Bertram wünscht, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, man sollte dem Antrag zustimmen und ihn nicht an den Vorstand überweisen. Er enthält einen Prüfauftrag für die Gremien, weil wir mit dem Pharmakodex immer mehr Probleme bekommen. Ich will den Antrag hier jetzt nicht ausführlich begründen, aber die Industrie legt den Pharmakodex so aus, dass wir mit Werbung überschüttet werden, weil man offenlegen müsse, wer wie viel sponsert, und zwar vor jedem Vortrag, vor jeder Sitzung im Hörsaal. Die Referenten werden durch die Bestimmungen des Pharmakodex dazu getrieben, sich ihre Vorträge zum Teil vorher von der Industrie absegnen zu lassen. Das sind Themen, die diskutiert werden sollten. Ich meine, wir könnten hier beschließen, dass das ein Missstand ist. Das hat nichts mit den Anträgen zuvor zu tun.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke, jetzt sind Sie klüger und können sich zuerst eine Meinung über die Vorstandsüberweisung bilden. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einzelne. Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann haben Sie die Vorstandsüberweisung abgelehnt. Jetzt können Sie den Antrag selber bescheiden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-50:**

Physicians Payment Sunshine Act

Wir haben das selber in politischen Äußerungen schon mehrfach gefordert.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Herr Lücke.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Hauptvorwurf, der einem bei Diskussionen mit Funk, Presse und Fernsehen gemacht wird, lautet, dass das, was zwischen uns und der Industrie – egal um welche Form der Industrie es

sich handelt – passiert, nicht hinreichend transparent ist. Dieser Antrag führt dazu, dass alles hundertprozentig transparent ist. Das heißt, dass ein wesentlicher Kritikpunkt an dieser ganzen Geschichte ad acta gelegt wird und alle gezwungen werden, größtmögliche Transparenz herzustellen.

Ich denke, es steht dem Deutschen Ärztetag an, genau das zu beschließen und die Politik aufzufordern, dieses auf den Weg zu bringen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Sehr gut. – Dann können wir uns jetzt eine Meinung über die Vorstandsüberweisung bilden. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer lehnt Vorstandsüberweisung ab? – Das ist die Mehrheit. Damit ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung abgewiesen. Wir kommen jetzt zur Befassung mit dem Antrag. Wer ist für diesen Antrag? – Das finde ich ausgesprochen gut. Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann haben wir diesen Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich bin wegen des Protokolls gebeten worden, aber auch weil einige Kollegen das zu Recht anmahnen, auf Folgendes hinzuweisen. Wir haben auf dem letzten Deutschen Ärztetag gebeten, dass, wenn jemand Vorstandsüberweisung beantragt, er uns kurz seinen Namen mitteilt, damit wir für das Protokoll wissen, wer es war. Einige meinten, es wäre auch gut, dass man aufstünde, damit man sieht, wer das beantragt. Ich finde das eine gute Idee. Die Namensnennung ist wichtig, weil ich Sie ab der dritten oder vierten Reihe zwar noch sehen, aber nicht mehr identifizieren kann. Deshalb bitte ich Sie, zukünftig in dem Fall, dass Sie Vorstandsüberweisung beantragen, aufzustehen und Ihren Namen zu nennen.

(Zuruf)

− Für das Protokoll: Herr Tempel übernimmt alle schon erfolgten Vorstandsüberweisungen.

(Heiterkeit)

Mit dem Namen „Tempel“ muss man manchmal eben auch seligmachend wirken. Das ist so, Jürgen. Herr Weber, also bitte rückwirkend überall „Tempel“ hinschreiben. Aber das dürfen Sie eigentlich gar nicht, denn Sie müssen ja den Gang der Verhandlungen sachgerecht wiedergeben.

Wir kommen zum Themenkomplex Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich rufe zunächst den **Antrag I-08** auf:

Keine Politik nach Kassenlage – keine Senkung der Steuerzuschüsse

Der Antragstext lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, den Steuerzuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht weiter zu kürzen …

Wenn Sie dem zuzustimmen wünschen, erheben Sie bitte Ihre Karte. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen. – Dann ist der Antrag einstimmig bei einigen Enthaltungen **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag I-19:**

Finanzierungsbasis für die GKV verbreitern

Frau Gitter hatte dazu Vorstandsüberweisung beantragen wollen, war aber nicht mehr zum Zuge gekommen wegen Schluss der Debatte. Sie hat mir schriftlich mitgeteilt, dass sie Vorstandsüberweisung für diesen Antrag beantragt. Das kann sie kurz begründen.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Danke, Herr Präsident. – Meine sehr verehrten Damen und Herren! Der Antragstext selber ist durchaus nachvollziehbar, dass man darüber nachdenken möchte, die Finanzierungsbasis der GKV zu verbreitern. Selbstverständlich ist das auch ein solidarisches System. Aber die Begründung, die mit veröffentlicht wird, zielt ganz eindeutig auf eine Einheitsversicherung. Diese haben wir gerade abgelehnt. Ich mag U-Boote nicht so gern. Deshalb bitte ich, den Antrag an den Vorstand zu überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Mit Verlaub, um im Bild zu bleiben: Wenn man das U-Boot zum Auftauchen zwingen will, dann muss man es abschießen. Dann müsste man der Vorstandsüberweisung nicht folgen, sondern den Antrag ablehnen. – Der Antragsteller hat das Recht zur Gegenrede.

Grauduszus, Nordrhein: Ich wollte den Antrag auf Nichtbefassung stellen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der Antrag auf Nichtbefassung ist gestellt. – Dann kann sich Herr Scholze als Antragsteller gleich zu beiden Anträgen äußern.

Dr. Scholze, Bayern: Ich möchte mit einem Missverständnis aufräumen. Es wird immer jedes Konzept von integrierter Krankenversicherung, es wird jedes Konzept von Bürgerversicherung mit dem Begriff der Einheitsversicherung attribuiert. Das ist reine Polemik. Frau Gitter, dort steht nicht, dass wir für eine Einheitsversicherung sind. Ich schlage vor, dass man die Dinge in Zukunft klar auseinanderhält.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Aber dort steht:

So kann alleine durch den Einbezug aller Bürger in die GKV …

Wir haben jetzt den Antrag auf Nichtbefassung und für den Fall, dass dieser Antrag nicht angenommen wird, den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Ich beginne mit dem

Antrag auf Nichtbefassung. Wer für Nichtbefassung ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? − Einige Enthaltungen. Dann haben Sie mit Mehrheit **Nichtbefassung** beschlossen.

Wir kommen zum **Antrag I-46,** der eine Vereinfachung der Kodierpflichten wünscht. Sie haben den Antrag gelesen. Wer wünscht, diesem Antrag zuzustimmen? – Gegenprobe! – Das ist ein bisschen müde, wenn ich mir die Bemerkung erlauben darf. Vielleicht ist das in der Debatte nicht ausreichend erklärt worden, sodass der eine oder andere nicht so genau weiß, was gemeint ist. Ich würde Ihnen vielleicht vorschlagen, dass Sie den Antrag an den Vorstand überweisen. Dann wird der Antrag immerhin gerettet.

(Zuruf)

− Herr Tempel wünscht Vorstandsüberweisung.

(Heiterkeit − Zuruf)

− Herr Lange aus Niedersachsen übernimmt die Pflicht von Herrn Tempel. Herr Lange aus Niedersachsen wünscht Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir über Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung des Antrags I-46? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zum Komplex Zuzahlung. Es beginnt mit dem **Antrag I-22:**

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Streichung aller Zuzahlungen von Patienten zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Ausweitung von Zuzahlung und Selbstbeteiligung wird abgelehnt.*

Wenn Sie die Streichung aller Zuzahlungen fordern, ist ja eine Ausweitung eigentlich nicht mehr drin.

(Zuruf)

− Herr Lange beantragt Vorstandsüberweisung. Wer ist dagegen? – Formal. Wer wünscht Vorstandsüberweisung? – Einige. Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Damit ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung abgelehnt. Wir befassen uns jetzt inhaltlich mit diesem Antrag. Wer dem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wenige. Gegenprobe! – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist dieser Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag I-25:**

> *Zuzahlungen und deren Steuerungseffekte*

Hierzu möchte ich auch vom Präsidium aus eine Anmerkung machen. Der Antrag ist auf der einen Seite finanzrelevant, weil nämlich eine Analyse zur Entwicklung von Zuzahlungen für medizinische Leistungen ausgesprochen aufwendig ist. Nach kurzer Überlegung, wie man das machen könnte, wissen wir das nicht so recht, ehrlich gesagt, weil uns dazu jede Datenbasis fehlt. Wir müssten diese Daten wahrscheinlich von den Krankenkassen einkaufen. Deswegen ist das hochgradig finanzrelevant. Sie sollten sich deshalb fragen, wie Sie mit diesem Antrag umgehen.

Da ich keinen Antrag auf Vorstandsüberweisung höre, stelle ich den Antrag direkt zur Abstimmung. Wer ist für den Antrag I-25? – Zumindest die Antragsteller. Die Gegenprobe! – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag I-29:**

Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle sicherstellen

Ich stelle den Antrag zur Abstimmung. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen zum Komplex Krankenhausfinanzierung. Dazu liegt Ihnen der **Antrag I-37** vor:

Abschaffung der Fallpauschalen

Wer ist für die Abschaffung des DRG-Systems? – Wer möchte das DRG-System erhalten? – Das ist nicht gerade überwältigend. Ich gebe Ihnen eine kurze Zeit zum Überlegen. Das war, bei allem Respekt, keine Beteiligung.

Ich stelle noch einmal die Frage: Wer möchte dem Antrag I-37, der implizit die Abschaffung des Fallpauschalensystems beinhaltet, zustimmen? Ich bitte Sie, sich an der Abstimmung zu beteiligen. – Jetzt wird es klarer. Die Gegenprobe! – Weniger. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Dann ist bei vielen Enthaltungen und einigen Gegenstimmen mit Mehrheit der Antrag **angenommen,** dass wir die Regierung auffordern, die Fallpauschalen abzuschaffen.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-47:**

Krankenhausfinanzierung dauerhaft sichern

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Zeigen der gelben Karte. – Wer dagegen ist, möge jetzt die gelbe Karte erheben. – Keiner. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-49:**

Politische Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung

Liegt Ihnen der Antrag umgedruckt vor? – Ja. Der Antragstext lautet:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert, dass die Länder und Kommunen ihrem Auftrag zur Daseinsvorsorge verstärkt und insbesondere ihren gesetzlichen Investitionsverpflichtungen in Bezug auf die Krankenhäuser nachkommen …*

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Drei Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag bei drei Gegenstimmen mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Themenbereich Markt und Medizin. Ich rufe den **Antrag I-20** auf:

Agenda zu „Wie viel Markt verträgt die Medizin?“

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Einzelne. Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine große Zahl von Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag I-24:**

Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses vor Ökonomisierung und Misstrauensbürokratie

Sie haben den Antrag vorliegen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, jetzt die gelbe Karte in die Höhe zu halten. – Wer dagegen ist, kann das jetzt tun. – Niemand. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig angenommen.

(Zuruf)

− Waren da Gegenstimmen? – Dann ist der Antrag nicht einstimmig, sondern mit überwältigender Mehrheit **angenommen.** Es waren so wenige Gegenstimmen, dass ich sie von hier aus nicht sehen konnte. Wenn Sie die gelbe Karte hochhalten, ist es förderlich, wenn Sie sie mit der Seite nach vorn halten. Wenn Sie sie schräg halten, wirft sie vielleicht Schatten auf den Kopf Ihres Nachbarn, ist aber von hier vorn nicht erkennbar.

Wir kommen jetzt zum Punkt Diverses. Ich rufe den **Antrag I-09 neu** auf:

Diskreditierungskampagne stoppen, Selbstverwaltung erhalten!

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Vier klare Gegenstimmen habe ich gesehen. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag I-23:**

Verantwortungsbewusster Umgang mit den vorhandenen Mitteln

Sie haben den Antrag vorliegen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

− Von Herrn Calles aus Bayern wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-27:**

Markt und Medizin

(Zuruf)

− Von Herrn Griebenow wird Vorstandsüberweisung beantragt. Ich hätte Sie auch auf die eventuelle Finanzwirksamkeit dieses Beschlusses hingewiesen. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Bevor Herr Albring das Wort erhält, möchte ich sagen: Herr Tempel hat den Geschäftsordnungsantrag auf

zweite Lesung des Antrags I-37 – Abschaffung von Fallpauschalen – gestellt. Darüber stimmen wir am Ende des Abstimmungskonvoluts ab.

Herr Albring, bitte.

Dr. Albring, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Deutsche Ärztetag hat sich noch nie zu den Leitlinien geäußert. Wir sind aufgefordert, Leitlinien korrekt und klar für die Patientinnen und Patienten zu schaffen. Der zweite Punkt hinsichtlich der Errichtung einer Clearingstelle könnte an den Vorstand überwiesen werden, weil Sie ja sagen, dass das mit Kosten verbunden ist. Über den ersten Punkt müsste aber abgestimmt werden. Das wird auch in den Berichten der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gefordert.

Insofern bitte ich darum, über die beiden Punkte des Antrags getrennt abzustimmen. Bei Punkt 2 bin ich damit einverstanden, dass er an den Vorstand überwiesen wird.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der Antrag von Herrn Griebenow lautete: Vorstandsüberweisung, nicht die Differenzierung nach Punkten. Darüber müssen wir zuerst abstimmen. Ich habe den Geschäftsordnungsantrag des Antragstellers so verstanden, dass wir, wenn Sie die Vorstandsüberweisung ablehnen, über die beiden Punkte einzeln abstimmen sollen. Wer für Vorstandsüberweisung dieses Antrags ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen,** und zwar in toto.

Wir kommen zum **Antrag I-32:**

Diffamierung ärztlicher Berufsausübung

Der Antragstext lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Rücktritt des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes.

Dazu gibt es den **Antrag I-32 a,** wonach dem Antrag 32 ein zweiter Satz hinzugefügt werden soll:

Die fortgeschrittene Diffamierung der ärztlichen Berufsausübung trägt mittlerweile demagogischen Charakter und macht eine Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit dem GKV-Spitzenverband unmöglich.

Wenn ich es richtig sehe, sind die Antragsteller der Anträge 32 und 32 a identisch. Dann bräuchten wir darüber nicht abzustimmen. Dann könnten wir das als Übernahme durch die Antragsteller betrachten und hätten nur einmal abzustimmen.

Herr Lücke hat sich zur Geschäftsordnung gemeldet.

(Dr. Lücke, Niedersachsen: Ich beantrage Nichtbefassung mit beiden Anträgen!)

− Herr Lücke beantragt Nichtbefassung zu beiden Anträgen. Wünscht der Antragsteller dagegenzusprechen? – Herr Schimanke.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Nichtbefassung wäre genau das falsche Signal.

(Beifall)

Ich glaube, die meisten hier im Saal wissen – auch unser Präsident hat in seiner Eröffnungsrede darauf hingewiesen −, dass mittlerweile ein unerträglicher Zustand eingetreten ist. Mit diesem Vorstand kann man nicht mehr zusammenarbeiten. Uns ist schon klar, dass er nicht zurücktreten wird, aber das Signal, das von unserer Forderung ausgeht, ist uns wichtig.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Gleichwohl sage ich, lieber Herr Schimanke: Bei politischen Gremien, wo es gewählte Parlamentarier gibt, die auch einer parlamentarischen Kontrolle unterliegen, halte ich die Forderung nach einem Rücktritt für vertretbar. Aber bei einem als Wirtschaftsunternehmen aufgestellten Unternehmen, das Vorstandsverträge vergibt, wird das, wie Sie selber richtig gesagt haben, völlig verpuffen.

(Beifall)

Ich teile die Intention und den Gedanken, der hinter diesen Anträgen steht. Wir sind inhaltlich komplett bei Ihnen. Aber ich glaube nicht, dass das furchtbar viel Eindruck macht.

Von Herrn Lücke wurde der Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Herr Schimanke hat dagegengeredet. Ich frage Sie: Möchten Sie sich mit diesen Anträgen befassen? – Einige möchten sich damit befassen. Die Vigilanz war zu hoch. – Der Antrag auf Nichtbefassung liegt vor. Wer möchte sich mit diesen Anträgen nicht befassen? – Bitte die Gegenprobe. – Da brauchen wir die Zähler. Jetzt befassen sich die Zähler mit dem Antrag auf Nichtbefassung. Noch einmal: Wer sich mit den Anträgen nicht befassen möchte, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. Wer möchte sich damit befassen? – Der Antrag ist mit 138 zu 106 Stimmen durchgegangen. Sie haben also **Nichtbefassung** mit den Anträgen 32 und 32 a beschlossen.

Wir kommen zum **Antrag I-34:**

Novellierung des Notfallsanitätergesetzes

(Zuruf)

− Kollege Ramm aus Hamburg beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir über Vorstandsüberweisung ab. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-52:**

Therapiefreiheit, ein „Grundrecht der Patienten“

Ist der Antrag verteilt? Ich habe ihn bisher nur auf gelbem Papier. – Ja, er ist verteilt. Wir können uns also eine Meinung bilden.

(Zuruf)

− Von Frau Eva Müller-Dannecker wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns jetzt über die Vorstandsüberweisung eine Meinung bilden. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Damit hätten wir diesen Teil im ersten Durchlauf erledigt. Mir liegt zu zwei Anträgen der Antrag auf zweite Lesung vor. Nach der Geschäftsordnung brauchen Sie für einen Antrag auf zweite Lesung mindestens zwei Drittel der Abstimmenden. Wir werden das also zählen müssen, es sei denn, die Abstimmung ist total klar, sodass das auch optisch klar erkennbar ist.

Ich erteile Herrn Tempel das Wort. Er beantragt eine zweite Lesung zum **Antrag I-37:**

Abschaffung der Fallpauschalen

Dr. Tempel, Niedersachsen: Herr Montgomery! Sehr verehrte Damen und Herren! Wir haben wieder gemerkt, wie brillant gut unser Präsident es geschafft hat, uns über 50 Anträge so zu orientieren, dass der Vorstand nicht demnächst einmal für und einmal gegen einen bestimmten Sachverhalt sprechen muss. Ich behaupte: Die Abschaffung von Fallpauschalen ist ein derart brisantes Thema, dass dies sicherlich einen eigenen Tagesordnungspunkt rechtfertigen würde,

(Beifall)

das nicht nebenbei besprochen werden sollte. Wir haben es eben sehr nebenbei gemacht. Ich möchte jetzt nicht inhaltlich einsteigen. Es ist für mich etwas schwierig zu sagen: Ein Finanzierungssystem darf keine wirtschaftlichen Interessen haben. Hier ist im Antrag ein Widerspruch in sich selbst.

Ich bitte darum, sich entweder mit diesem Antrag überhaupt nicht zu befassen oder ihn zumindest an den Vorstand zu überweisen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Herr Montgomery das demnächst im Auftrag des Deutschen Ärztetages nach außen hin begründen kann. Ich bitte also um eine zweite Lesung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist der Antrag auf zweite Lesung gestellt. § 18 der Geschäftsordnung lautet:

Auf Verlangen des Vorsitzenden oder eines Drittels der abgegebenen Stimmen … findet eine 2. Beratung und Beschlussfassung (2. Lesung) statt.

Das tun wir jetzt. Wir bilden uns eine Meinung über die zweite Lesung. Ich bitte diejenigen, die für eine zweite Lesung sind, jetzt die Karte zu erheben. Ich bitte die Zähler, das zu zählen. – Meine Damen und Herren, da jetzt bereits 130 Kolleginnen und Kollegen und damit mehr als die Hälfte der Versammlung abgestimmt haben, ist es gar nicht mehr möglich, das eine Drittel zu verhindern. Können wir uns also mit Ihrer Zustimmung den zweiten Durchgang ersparen?

(Beifall)

Damit ist also die zweite Lesung von Ihnen beschlossen. Wir können in die zweite Lesung des Antrags I-37 eintreten.

(Zuruf)

− Kollege Herrmann aus Schleswig-Holstein bittet um Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Niemand. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer für die Vorstandsüberweisung des Antrags I-37 ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag in zweiter Lesung mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt gibt es noch den Antrag auf zweite Lesung zum **Antrag I-26:**

Zielgrößen für Bonuszahlungen

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich glaube, wir brauchen eine zweite Lesung zum Antrag I-26, damit Sie klären können, was nun gelten soll. Sie haben vorhin mit großer Mehrheit dem Vorstandsantrag I-17 zugestimmt:

Ökonomisch ausgerichtete Zielgrößen für Bonuszahlungen im Rahmen von Chefarztvergütungen gefährden die Unabhängigkeit ärztlich-medizinischer Entscheidungen

In diesem Antragstext haben Sie vorhin mit großer Mehrheit beschlossen:

Unbedenklich sind demgegenüber Bonuszahlungen, welche nicht an die Erreichung von ökonomischen, sondern von qualitätsbezogenen Zielen im ärztlich-medizinischen Bereich anknüpfen. So können Bonuszahlungen vor allem an medizinisch-qualitativen Kriterien (z. B. Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen, Einführung von Fehlermelde- und -managementsystemen, Maßnahmen zur Verbesserung der Aus- und Weiterbildung, Mitarbeiterzufriedenheit etc.) ausgerichtet werden. Die Kritik der Bundesärztekammer richtet sich insofern also nicht generell gegen Zielvereinbarungen und Bonusregelungen mit leitenden Krankenhausärzten.

So Ihr Beschluss. Das ist etwas, was, wie ich zufällig weiß, ähnlich auf der Hauptversammlung des Marburger Bunds beschlossen wurde:

Der Marburger Bund fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf, in ihrer „Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag“ zukünftig bei der Festle-

gung von möglichen Zielgrößen von Bonusvereinbarungen auf ökonomische zugunsten qualitätsorientierter Ziele zu verzichten …

Nun bleibt aber eine Bonusvereinbarung eine materielle Anreizsetzung, weil ein Bonus, der finanziell keine Folge hat, kein Bonus ist.

Wenn wir das so sagen, heißt das, dass ein finanzieller Anreiz zugunsten qualitativer Kriterien möglich bleibt.

Nun enthält aber der von Ihnen beschlossene Antrag I-26 von Professor Dietrich und Dr. Scholze die Formulierung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt alle Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize abstellen, ab.

Das bedeutet natürlich, wenn man der Begründung folgt, dass auch sogenannte qualitätsorientierte Zielvereinbarungen abzulehnen sind. Man kann diese Auffassung vertreten. Die Antragsteller sagen ja sogar: Es steht im Gegensatz zur (Muster-)Berufsordnung, wenn man solche Systeme will. Sie müssen aber der Bundesärztekammer und dem Präsidium sagen, ob Sie wollen, dass wir das eine vertreten, oder ob Sie wollen, dass wir das Gegenteil dessen vertreten. Dass Sie uns sagen, wir sollen das eine vertreten und auch das Gegenteil dessen vertreten, macht mich unbefriedigt, denn dann weiß ich nicht, was Sie eigentlich wirklich wollen.

Das kann man nur dadurch lösen, dass man darüber in eine zweite Lesung eintritt. Dann sagen Sie uns, ob Sie den Antrag I-26 wirklich beschließen wollten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der Antrag auf zweite Lesung ist wohlbegründet. Herr Dietrich, wünschen Sie dagegenzusprechen? – Ja.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Henke, ich habe Ihre Fragestellung nicht so ganz verstanden. Es steht dort eindeutig: finanzielle Anreize. Qualitätsanreize fielen nicht darunter. Das heißt, wenn Sie gute Qualität liefern und dafür eine Oberarztstelle bekommen oder sonst etwas, dann ist das kein finanzieller Anreiz.

Mich hat Folgendes etwas verwundert. Wir hatten den Antrag geändert. Eigentlich sollte dort stehen: Anreize für leitende und Chefärzte. Ich weiß nicht, warum das im Text nicht auftaucht. So hieß der eigentliche Antragstext. Das ist meiner Ansicht nach eine Sache, die die Regie irgendwo vermasselt hat.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Entschuldigen Sie, Sie selber haben den Antrag I-26 eingereicht und um den geht es.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Den haben wir aber geändert. Das habe ich bei der Antragsannahme gemacht. Der ist auch von mir eingetippt worden. Ich weiß nicht, woher der zweite Antrag kommt. Dort steht: für leitende und Chefärzte. Das wurde ergänzt. Das muss irgendwo in Ihrer EDV untergegangen sein.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Aber das hätten Sie uns doch zumindest bei der Abstimmung noch mitteilen können.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Ich lese mir doch nicht alles durch, was ich einmal geschrieben habe, Herr Montgomery. Das machen Sie doch auch nicht.

(Heiterkeit)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das ist ja nur ein kurzer Satz:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt alle Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize abstellen, ab.*

Meine eigenen Anträge, lieber Herr Dietrich, habe ich wenigstens schon einmal gelesen.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Aber Sie haben noch nicht so viele gestellt wie ich hier.

(Heiterkeit)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wenn Sie das nach Seiten berechnen, habe ich mehr gestellt als Sie.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Ich habe es doch selbst getippt. Ich weiß nicht, wo das untergegangen ist. Ich habe es jetzt nicht gelesen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich bekomme von der Regie einen Antrag gereicht, in dem in der Tat steht:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt alle Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für leitende und Chefärzte abstellen, ab.*

Das steht hier so. Ich sehe nichts von Änderungen. Entschuldigen Sie. Das ist das, was Sie eingereicht haben.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Bei dem, was bei mir auf meinem Rechner steht, und bei dem, was verteilt worden ist, steht es nicht drin. Bei dem, was ich hier jetzt sehe, steht: finanzielle Anreize.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dann ist es ja noch besser, dass wir die Chance einer zweiten Lesung haben. Wenn wir über einen falschen Antrag abgestimmt haben, dann bedarf es ja unendlich mehr der zweiten Lesung, als wenn wir einen richtigen Text abgestimmt haben.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Montgomery, dann ändere ich meine Meinung und stimme Ihrem Vorschlag oder dem Vorschlag von Herrn Henke zu, dass wir das jetzt noch einmal diskutieren, weil da die EDV irgendwo einen Wurm reingebracht hat. Dann diskutieren wir es halt in einer zweiten Lesung und stimmen dann ab.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dann entwurmen wir das jetzt. Nun haben Sie die Möglichkeit, sich eine Meinung zu bilden.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Montgomery, das ist eine erste Lesung, denn wir haben uns damit noch nicht befasst. Deshalb ist es erst die erste Lesung.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nun wollen wir nicht formal werden. Wenn Sie sich mit dem Antrag – mit oder ohne Chefärzte – noch einmal befassen wollen, dann dürfen Sie jetzt die Karte erheben. – Die Gegenprobe! – Das war so eindeutig, dass wir uns das Auszählen ersparen können.

Wir treten in die zweite Lesung ein. Der Antragsteller selber bittet darum, den Text zu ändern. Er soll jetzt lauten:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt alle Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für leitende und Chefärzte abstellen, ab.*

Das ist der geänderte Antrag.

(Zuruf)

− Vorstandsüberweisung ist beantragt. Natürlich muss man in der zweiten Lesung auch wieder Wortmeldungen berücksichtigen. Die Debatte ist also wieder eröffnet. Frau Müller-Dannecker weiß jetzt schon, dass wir den Antrag auf Vorstandsüberweisung von Herrn Kollegen Ramm notiert haben. Sie hat jetzt das Wort.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich lehne den Antrag ungern ab, aber ich bin ehrlicherweise der Meinung, dass Zielvereinbarungen ein sinnvolles Instrument sind. Der Antrag der Bundesärztekammer ist an dieser Stelle meines Erachtens ausgewogen. Ich bin der Meinung: Es gibt – genau wie in der Praxis – ökonomische Notwendigkeiten, die man auch transportieren können muss. Die Frage ist, wie. An dieser Stelle müssen wir nach möglichen und sinnvollen Lösungen suchen. Aber ich lehne es ab, generell Zielvereinbarungen abzulehnen. Selbstverständlich muss man sehen, wie man ökonomisch agiert. Das ist in der Praxis so, das ist im Klinikum so. Wir müssen zu vernünftigen Vereinbarungen kommen, nicht auf Profitmaximierung und Fallzahlen zielen. Wir müssen selbstverständlich zusehen, dass wir Verschwendung vermeiden und miteinander Ziele finden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Herr Dietrich.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Frau Wenker hat in ihrer Eröffnungsrede auf die verschiedenen Generationen hingewiesen. Die Generation Y ist eine Generation, die sehr auf Teamarbeit aus ist und erfolgsorientiert ist. Heute haben wir Teamarbeit im Krankenhaus. Für mich ist Medizin Teamarbeit. Deshalb verstehe ich nicht, warum Chefärzte davon profitieren sollen, dass ein Team von Medizinern gut arbeitet. Das geht meiner Ansicht nach nicht. Das alte hierarchische System, bei dem der Chefarzt alles entscheidet, für alles verantwortlich ist und alles gut oder schlecht macht, gibt es nicht mehr, sollte es nicht mehr geben. Wir sollten dafür eintreten, dass es abgeschafft wird. Es geht nicht an, dass ein Chefarzt oder ein leitender Arzt davon profitiert, dass die ganze Abteilung von der Putzfrau über die Schwester bis zu den Assistenzärzten und Oberärzten gut arbeitet. Darum steht in dem Antrag eindeutig: finanzielle Anreize für leitende Ärzte und Chefärzte. Ich glaube, das ist eindeutig und entspricht auch dem Antrag des Vorstands.

Der Antrag des Vorstands ist meiner Meinung nach sehr weich formuliert. Weiter hinten im Text steht: Eigentlich geht es finanziell doch, es widerspricht nicht der Berufsordnung. Man sollte scharf draufgucken, man muss das verhandeln. Gut, das ist ein Kompromiss, der mit der Krankenhausgesellschaft geschlossen wurde. Aber wir als Ärztetag sollten ganz klar feststellen: Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize abzielen, sollten nicht getroffen werden, und zwar zum einen, weil es unmoralisch ist und gegen die Berufsordnung verstößt, zum anderen – das ist für mich der wichtigste Grund – weil Medizin heute Teamarbeit ist und nicht ein Einzelner von diesem Team profitieren sollte.

Deshalb bitte ich Sie, diesen klar formulierten Antrag anzunehmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank.

(Zuruf)

− Kollege Zimmermann aus Niedersachsen beantragt Schluss der Debatte.

(Beifall)

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir jetzt über Schluss der Debatte zu diesem Antrag abstimmen. Wer ist für Schluss der Debatte? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist jetzt Schluss der Debatte beschlossen.

Wir können uns nun eine Meinung über den Antrag bilden, der geändert worden ist. Er lautet jetzt:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt alle Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für leitende und Chefärzte abstellen, ab.*

(Zurufe)

− Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer möchte gern der Vorstandsüberweisung zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann haben Sie Vorstandsüberweisung abgelehnt und wünschen, sich mit dem Antrag zu befassen. Wer dem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. − Einzelne. Gegenstimmen? – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Dann haben Sie den Antrag **abgelehnt.**

Damit stelle ich die Beendigung des Tagesordnungspunkts I fest. Ich danke ganz besonders auch noch Herrn Drabinski, dass er bis zuletzt ausgehalten und sich das spannende Abstimmungsverfahren mit angeschaut hat.

Ich wünsche Ihnen allen jetzt eine frohe, wenn auch kurze Mittagspause. Um 14 Uhr treffen wir uns wieder und beginnen dann mit dem Tagesordnungspunkt III, der Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung.

2. Tag, Mittwoch, 29. Mai 2013
Nachmittagssitzung

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Wir setzen unsere Sitzung fort. Sie hören jetzt nicht Montis Stimme, sondern hier oben hat die Sitzungsleitung gewechselt. Ich rufe **Tagesordnungspunkt III** auf:

Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung

Ich freue mich sehr, dass Herr Dr. Kaplan aus München, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer, in seiner Funktion als Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung der Referent zu diesem Tagesordnungspunkt ist. Lieber Max, du hast das Wort. Vielen Dank für die Vorbereitung.

Dr. Kaplan, Referent: Martina, vielen Dank. – Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Ich muss jetzt in die postprandiale Müdigkeit hinein den Vortrag halten. Ich hoffe, Sie sind trotzdem wach.

Es geht um die Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung. Ich möchte sagen: Was lange währt, wird hoffentlich endlich gut. Bereits vor knapp drei Jahren hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet und sich mit dieser Materie befasst. Mittlerweile hat diese (Muster-)Fortbildungsordnung einige Schleifen durch die Gremien sowohl der Bundesärztekammer als auch der Landesärztekammern gezogen. Fortbildung ist ein immanenter Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Es ist für uns Ärztinnen und Ärzte eine Selbstverständlichkeit, die wir nicht nur fordern, sondern die wir auch fördern, dient doch die Fortbildung eindeutig der Qualitätssicherung. Deswegen haben wir die Fortbildungspflicht schon seit eh und je in der Berufsordnung verankert. In § 4 der (Muster-)Berufsordnung heißt es:

> *Der Arzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.*

Für den Gesetzgeber ist die Fortbildung so bedeutend und eminent wichtig, dass er die Notwendigkeit gesehen hat, die Fortbildung im Sozialgesetzbuch festzuhalten. Sie wissen, dass wir immer wieder die öffentliche Diskussion um die Rezertifizierung führen müssen. Deswegen war es uns auch nicht so unrecht, dass der Gesetzgeber die Fortbildung ins Sozialgesetzbuch V geschrieben hat. In § 95 findet sich die Regelung für Vertragsärzte. Sie müssen den Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbringen. § 137 enthält die Regelung für Fachärzte im Krankenhaus. Dort hat der Nachweis im Rahmen des Qualitätsberichts des Krankenhauses zu erfolgen. Entscheidend ist, dass für die Fortbildung und für das Fortbildungszertifikat die Ärztekammer zuständig ist.

Wir haben bereits auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 das freiwillige Fortbildungszertifikat eingeführt. Damals war die Intention, dass derjenige, der sich regelmäßig fortbildet, dies auch irgendwie ausweisen kann. Der folgende Deutsche Ärztetag 2004 hat die bis heute geltende (Muster-)Fortbildungssatzung – heute sprechen

wir von der (Muster-)Fortbildungsordnung – verabschiedet. Die damalige Fortbildungssatzung schaffte die Grundlage für die Erlangung des Fortbildungszertifikats, das Anerkennungsverfahren und Bewertungskriterien für Fortbildungsmaßnahmen.

Dass die damals verabschiedete Fortbildungssatzung ihre Aufgabe erfüllt hat, sehen wir allein daran, dass seit Einsatz des elektronischen Informationsverteilers im Jahr 2006 die Anzahl der von uns anerkannten Fortbildungsveranstaltungen von 167.000 auf 337.000 im Jahr 2012 gestiegen ist. Die alte Fortbildungssatzung ist also nichts Schlechtes. Deshalb brauchen wir hier auch nichts Neues zu erfinden, sondern wir brauchen nur auf dem Bewährten aufzubauen.

Nach neun Jahren – bis es einmal umgesetzt wird, vergehen sicherlich insgesamt zehn Jahre – macht es Sinn, gewisse Entwicklungen zu berücksichtigen. Wir haben – auch die Fachabteilungen in den Landesärztekammern – Erfahrungen im gegenseitigen Austausch mit der jetzigen Fortbildungssatzung gemacht, aber auch im Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten, mit den Veranstaltern, auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Gerade § 137 betreffend haben wir auch Erfahrungen mit dem Unterausschuss des G-BA gemacht. Wir sollten die Erfahrungen, die wir gemacht haben, in einer novellierten (Muster-)Fortbildungsordnung berücksichtigen. Hier geht es einmal um Klarstellungen, auch von Formulierungen. Es geht beispielsweise um das Thema Standortprinzip: Welche Kammer ist zuständig bei medialen Fortbildungen? Es geht auch um die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungszertifikaten. Es geht auch darum, dass berufliche Auszeiten wie Elternzeit oder auch Erkrankung oder Pflege von Angehörigen entsprechend Berücksichtigung finden, nämlich dahin gehend, dass sich der Fünfjahreszyklus entsprechend verlängert.

Die Verantwortung des wissenschaftlichen Leiters haben wir deutlicher beschrieben und etwas stringenter geregelt. Auch die EDV-Nutzung, die ja gerade das Führen des Fortbildungspunktekontos erleichtert, haben wir mit in die (Muster-)Fortbildungsordnung aufgenommen.

Wir müssen natürlich auch dem technischen Fortschritt gerecht werden. Mittlerweile sind alle Kolleginnen und Kollegen online unterwegs und bilden sich auch online fort. Deswegen müssen wir die Online-Fortbildung hier mit aufnehmen und entsprechende neue Fortbildungsmethoden berücksichtigen wie eLearning, Blended Learning oder auch das Peer Review.

Wir haben es uns mit der Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung nicht leicht gemacht. Es waren viele Gremien beteiligt. Hier nenne ich die Arbeitsgruppe (Muster-)Fortbildungsordnung aus Vertretern des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, der Geschäftsführungen der Landesärztekammern sowie der Rechtsberater. Übrigens hat mein Vorgänger, Franz Bartmann, damals diese Arbeitsgruppe geleitet. Schon daran sehen Sie, dass einige Jahre ins Land gegangen sind.

Auch der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung hat sich mit dieser Thematik des Öfteren befasst, sowohl der Vorstand als auch der Deutsche Senat. Beteiligt waren ferner die Rechtsberaterkonferenz, die Ständige Konferenz der Vertretungen der Geschäftsführungen der Landesärztekammern und natürlich auch der Vorstand der Bundesärztekammer.

Zuletzt haben sich die Landesärztekammern Ende des letzten Jahres nochmals mit dieser Materie befasst. Wir haben alles sehr transparent dargestellt. Wir hatten eine

Wiki-Plattform, wo jede Landesärztekammer ihre Vorschläge einstellen konnte. Dann hat sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung im Januar dieses Jahres nochmals mit dem Thema befasst. Wir haben alle Empfehlungen gesichtet. Wir konnten leider nicht alle berücksichtigen; da bitte ich um Verständnis. Last but not least hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer im Februar mit der (Muster-)Fortbildungsordnung befasst. Sie sehen also: Viele Gremien haben sich mit dieser Materie befasst, viele Schleifen haben wir gezogen, sodass ich glaube, dass ich Ihnen jetzt eine klar strukturierte und relativ schlanke (Muster-)Fortbildungsordnung vorstellen kann. Ich bitte Sie, sie möglichst in dieser schlanken Form zu belassen, damit eine (Muster-)Fortbildungsordnung geschaffen wird, die von allen Landesärztekammern möglichst bundeseinheitlich übernommen werden kann.

Ich möchte es Ihnen ersparen, die ganze (Muster-)Fortbildungsordnung Paragraf für Paragraf mit Ihnen durchzugehen. Ich möchte Ihnen nur die wesentlichen Änderungen darstellen. In § 1 geht es um das Ziel der Fortbildung. Wir haben das Fortbildungsspektrum von fachliche auf berufliche Kompetenz erweitert, dem heutigen Arztbild entsprechend. Es genügt nicht, sich fachlich-medizinisch die Kompetenz zu erhalten, sondern es geht auch um andere Kompetenzkriterien wie beispielsweise Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Praxismanagement, Wissensvermittlung oder das Führen von gesundheitsfördernden Gesprächen.

In § 5 geht es um die Berücksichtigung von Unterbrechungszeiten in der Berufstätigkeit. Wir haben einen vierten Absatz hinzugefügt:

> *Üben Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder während einer länger als drei Monate andauernden Erkrankung nicht aus, verlängert sich der Zeitraum nach Absatz 2 entsprechend.*

In § 6, bei dem es um die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen geht, haben wir die Kategorie C aufgenommen, nämlich das Peer Review. Beim Peer Review geht es um eine Selbstreflexion und eine Fremdreflexion mit Kollegen, sozusagen im kollegialen Gespräch und auf Augenhöhe zur Verbesserung der beruflichen Qualität. Dies ist ein Verfahren, das aus der Erprobungsphase herausgetreten ist. Deswegen konnten wir es in die normale Fortbildungsmethodik mit aufnehmen neben Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Intervision und Fallkonferenzen.

Wir haben zwei neue Kategorien mit aufgenommen, den neuen Methoden gerecht werdend. Da ist zum einen die Kategorie I. Hier geht es um tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahmen. Das Tutorielle ist uns sehr wichtig, denn hier soll eine beraterunterstützte Fortbildungsmaßnahme durchgeführt werden, die aber auch gewisse Qualitätskriterien zu erfüllen hat. Deswegen haben wir in einem eigenen Papier diese Qualitätskriterien definiert. Wir unterscheiden zwischen Grundkriterien und qualitätssteigernden Kriterien. Grundkriterien sind: Produktneutralität, komfortable Nutzerführung, zweckmäßige mediendidaktische Aufbereitung und Qualitätssicherung. Qualitätssteigernde Kriterien sind: herausragendes Betreuungskonzept, anspruchsvolle didaktische Umsetzung, optimale mediale Gestaltung und angemessene Benutzerunterstützung.

Für eine 45-minütige Fortbildungseinheit gibt es einen Punkt. Wenn qualitätssteigernde Kriterien eLearning der Bundesärztekammer berücksichtigt werden, gibt es einen zweiten Fortbildungspunkt.

Neu ist auch die Kategorie K für Blended Learning. Hier geht es um eine Fortbildungsmaßnahme in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstützten Online-Lernmodulen und Präsenzveranstaltungen. Dies dient dazu, dass vielleicht schon bevor der Kurs beginnt die Kursteilnehmer auf den gleichen Wissensstand gebracht werden. Eine solche Präsenzveranstaltung kann eventuell online nachbearbeitet werden. Das ist eine ideale Kombination, die sicherlich auch dazu dient, die Präsenzzeit auf das notwendige Minimum zu reduzieren.

Ich komme zur Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen, bei denen es sich um wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge handelt. Es geht auch um Posterausstellungen. Derjenige, der eine wissenschaftliche Arbeit erstellt hat, soll fünf Punkte erhalten. Wenn das Ergebnis der wissenschaftlichen Arbeit entsprechend bei den Kollegen vermittelt wird, bekommt er als Moderator einen zusätzlichen Punkt und natürlich auch die Punkte entsprechend seiner Präsenz. Wir haben die Autorentätigkeit etwas aufgewertet. Früher gab es einen Punkt, jetzt sind es fünf Punkte. Wir sahen die Notwendigkeit, hier eine Begrenzung einzuziehen. Auf der einen Seite möchten wir die wissenschaftliche Arbeit honorieren, auf der anderen Seite kann es aber nicht sein, dass jemand allein durch Spezialwissen sich fünf Jahre lang fortbildet. Deshalb gibt es hier als einzige Ausnahme eine Begrenzung auf 50 Punkte in fünf Jahren. Ansonsten haben wir überhaupt keine Begrenzungen eingeführt. Wir möchten niemanden bevormunden. Jeder soll sich dort fortbilden, wo er Defizite sieht. Er soll sich auf diejenige Weise fortbilden, die seinen Vorstellungen entspricht. Hier gibt es keine Reglementierung.

In § 7 geht es um die Konkretisierung des sogenannten Standortprinzips. Das war notwendig bezüglich der ortsunabhängigen medialen Fortbildungsmaßnahmen wie eLearning und Kategorie D, wo unklar war, welche Kammer für die Zertifizierung zuständig ist. Wir haben jetzt ganz klar definiert: Es ist diejenige Kammer zuständig, in deren Zuständigkeit der Sitz des Anbieters ist.

In § 8 geht es um die Voraussetzungen der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen. Es geht um die Offenlegung von Interessenkonflikten. Bisher hieß es, es müssen ökonomische Verbindungen zur Industrie offengelegt werden. Das haben wir jetzt deutlich konkretisiert. Wir haben auf die Veranstalter und die Referenten abgehoben. Jetzt heißt es in Abs. 1:

> *Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass … 3. die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten offengelegt werden.*

Des Weiteren haben wir den wissenschaftlichen Leiter stärker in die Pflicht genommen im Sinne von Qualität und Unabhängigkeit einer Veranstaltung, indem wir festlegen, dass der wissenschaftliche Leiter bei einer Präsenzveranstaltung anwesend sein muss. Der bestellte wissenschaftliche Leiter muss eine Selbstauskunft über mögliche Interessenskonflikte vorlegen.

Ferner verpflichten wir den wissenschaftlichen Leiter dazu, die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer, die wir parallel zur (Muster-)Fortbildungsordnung novellieren, entsprechend zu beachten.

Das waren die wesentlichen Neuerungen, die ich Ihnen kurz vorstellen wollte. Letztendlich geht es darum, dass wir eine möglichst schlanke Fortbildungsordnung haben. Es sind nur fünf Seiten und nur zwölf Paragrafen. Ich habe mir vorgestern die österreichische Fortbildungsordnung angeschaut. Es sind 15 Seiten und, glaube ich, 30 Paragrafen. Wir haben uns bemüht, eine möglichst schlanke Fortbildungsordnung zu erarbeiten, und zwar in der Hoffnung, dass diese bundesweite (Muster-)Fortbildungsordnung möglichst einheitlich von den einzelnen Landesärztekammern umgesetzt werden kann und dennoch die Landesärztekammern natürlich die Möglichkeit haben, durch das Erlassen von ergänzenden Richtlinien das eine oder andere zu konkretisieren oder auch zu vertiefen.

Weitere Möglichkeiten als Ergänzung zur (Muster-)Fortbildungsordnung bieten natürlich die Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung, die von der Bundesärztekammer erarbeitet werden, Qualitätskriterien zum Thema eLearning und ein Papier zur Fortbildung und zum Sponsoring.

Mir bleibt die Hoffnung, dass die (Muster-)Fortbildungsordnung möglichst so schlank, wie ich sie Ihnen vorgestellt habe, verabschiedet wird. Ich freue mich auf die Beratung und eine hoffentlich positive Abstimmung.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Lieber Max, ganz herzlichen Dank, vor allen Dingen für die klare Darstellung. – Bisher liegen zwei Wortmeldungen vor. Die erste Rednerin ist Frau Buckisch-Urbanke aus Niedersachsen.

Dr. Buckisch-Urbanke MPH, Niedersachsen: Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Kaplan, herzlichen Dank dafür, dass Sie ein komplexes Werk so gut und übersichtlich dargestellt haben, dass ich glaube, dass klar geworden ist: Der vorgeschlagene Entwurf ist wirklich eine gute Grundlage für möglichst einheitliche Fortbildungsordnungen in den einzelnen Ländern. Wir in Niedersachsen haben sehr um die Inhalte gerungen. Ich glaube, es ist ein wirklich guter Entwurf geworden.

Ich spreche zu dem Änderungsantrag III-01-01. Die Tatsache, dass ein solcher Änderungsantrag gestellt wird, soll nicht bedeuten, dass jetzt wieder ins Kleinklein gegangen werden soll. In § 8 ist in Abs. 3 richtigerweise die Offenlegung von potenziellen Interessenskonflikten geregelt. Ich finde, hier fehlt der Adressat. Natürlich müssten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Fortbildungsveranstaltung der Adressat einer solchen Offenlegung sein.

Ich bitte um Zustimmung zu dem Änderungsantrag, damit kein Spielraum aufkommt, wem gegenüber die Offenlegung gilt. Es sollte kein Platz sein für ungewollte Interpretationen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank, Frau Dr. Buckisch. – Jetzt kommt Herr Zimmer von der Ärztekammer Nordrhein.

Zimmer, Nordrhein: Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Max! Ich beantrage zunächst einmal eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten, die ich auch schon für mich gelten lassen möchte. Geht das?

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Sie dürfen noch so lange reden, wie Sie wollen. Aber es gilt: je kürzer, desto besser, Herr Zimmer.

Zimmer, Nordrhein: Ich möchte mich ausdrücklich bedanken. Ich habe jetzt zweieinhalb Jahre lang immer wieder Produkte dieser Art gesehen. Die Fortbildungsordnung ist exzellent. Die neuen Medien wurden exzellent eingepflegt. Das Ganze ist so schlank und so transparent gemacht worden, dass viele Prozeduren, die in der Geschäftsführung unhandlich waren, mittlerweile so klar in ihrer Durchführung sind, dass man in den Kammern die entsprechenden Akademien und Abteilungen mit dieser (Muster-)Fortbildungsordnung hervorragend schulen kann.

Ich persönlich glaube: Das ist ein schönes Beispiel für ein positives Ergebnis des zweistufigen Normsetzungsverfahrens. Ich würde mich freuen, wenn wir nicht erst morgen zur Abstimmung kämen, sondern die Änderungen auch heute noch erledigt bekämen.

(Beifall)

Ich danke ausdrücklich denjenigen, die die Arbeit geleistet haben. Ich hoffe, dass wir heute ein vernünftiges Ergebnis beschließen und damit eine (Muster-)Fortbildungsordnung bekommen, die zehn Jahre Bestand hat. Ich freue mich auf die vielen Punkte, die wir dann haben. Rein rechnerisch hatten wir ja pro Arzt genau eine Zertifizierung für die Bundesrepublik pro Jahr vorgenommen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herr Zimmer, herzlichen Dank. Ich habe den Geschäftsordnungsantrag aufgenommen, gleichwohl wage ich die Frage, ob wir tatsächlich über die Redezeitbegrenzung abstimmen wollen, obwohl es nur noch zwei Redner gibt. Ich denke, wir fahren erst einmal in der Rednerliste fort. Vielleicht können sich die folgenden Redner etwas disziplinieren. – Der nächste Redner ist Herr Roy aus Thüringen.

Dr. Roy, Thüringen: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Fortbildung ist gut, Fortbildung ist wichtig. Mit dem vom Vorstand vorgelegten Antrag, den ich übrigens sehr gut finde, habe ich allerdings ein Problem. Es finden sich dort neun verschiedene Fortbildungskategorien. Man muss sich die Frage stellen: Wie viele sollen es denn noch werden? Das Alphabet lässt ja noch ein paar Möglichkeiten übrig. In meinem Änderungsantrag, der Ihnen leider noch nicht umgedruckt vorliegt, zeige ich, es geht auch anders. Less is

more, wie schon 1855 der Dichter Robert Browning sagte; reduce to the max. Der Sinn meines Antrags ist – es werden übrigens auch die neuen Fortbildungsformen beachtet –, das Ganze zu reduzieren. Um es mit dem Slogan eines Sportartikelherstellers zu sagen: impossible is nothing. Ich bitte Sie, dem Änderungsantrag zuzustimmen.

Herzlichen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank, Herr Dr. Roy. – Als Nächster Herr Privatdozent Dr. Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Vorredner haben es mir leicht gemacht, die Redezeit einzuhalten, da sie bereits zwei Punkte vorweggenommen haben. Ich habe noch folgende Frage: Wie stellen Sie sich das Peer-Review-Verfahren vor? Bei Zeitschriften kann ich mir das gut vorstellen, aber wie konkret wollen Sie das anerkennen?

Ich verstehe natürlich Ihre Einlassung, dass die Zertifizierung durch die Landesärztekammer, die für den Ort des Anbieters zuständig ist, erfolgen soll. Sie wollen wahrscheinlich ein Shopping vermeiden. Aber wie können wir erreichen, dass Anbieter nicht gezielt ihren Sitz wechseln, um irgendwelche Dinge zu unterlaufen?

Danke.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank. Herr Kaplan wird darauf antworten. – Jetzt Herr Crusius vom Vorstand.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Vizepräsidentin, liebe Martina! Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Herr Roy hat eben schon eine Kurzfassung unseres Änderungsantrags vorgetragen; leider liegt Ihnen der Antrag umgedruckt noch nicht vor. Er soll schon gedruckt sein, aber er ist noch nicht verteilt.

Wir Ärztinnen und Ärzte reden vom Bürokratieabbau. Das hat auch der Minister vorgestern getan. Herr Roy hat über die Wichtigkeit der Fortbildung gesprochen. Da sind wir uns alle einig. Nun soll es die Kategorien A bis K geben. Die jungen Ärztinnen und Ärzte sagen uns immer: Wir verstehen die Weiterbildungsordnung nicht mehr. Jetzt kommen wir bei der Fortbildung mit x Kategorien.

Wir haben uns deswegen erdreistet, bei aller Akzeptanz eines Konvergenzverfahrens die Kategorien A bis D vorzusehen im Sinne des Bürokratieabbaus und der Transparenz für die Kolleginnen und Kollegen. Deshalb haben Herr Roy, Herr Wesser, Herr Bodendieck und meine Wenigkeit den Antrag gestellt, das zu simplifizieren; nicht weil wir an der Intelligenz der Kolleginnen und Kollegen zweifeln, sondern wir wollen als Ärzteschaft unseren Kolleginnen und Kollegen das Leben doch nicht so erschweren. Letztendlich, meine Damen und Herren, handelt es sich um eine Verwaltungsvorschrift für den internen Umgang der Ärztekammern. Das muss so einfach wie mög-

lich sein. Deswegen haben wir uns auf die Kategorien A bis D beschränkt, die alle Punkte der Kategorien A bis K enthalten, aber in vereinfachter Form.

Ich denke, falls es nicht schon geschehen ist, sollte der Antrag jetzt verteilt werden. Wir vom Vorstand haben ihn bisher noch nicht. Ich bitte Sie, den Änderungsantrag zum Vorstandsantrag positiv zu bescheiden.

Vielen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank, Herr Crusius. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Grundmann aus Bremen.

Dr. Grundmann, Bremen: Meine Damen und Herren! Ich muss mich ganz kurz zu Wort melden. Ich möchte ganz klar sagen: Wir müssen uns bewusst machen, dass die (Muster-)Fortbildungsordnung seit Jahren in der Diskussion ist. Alle Landesärztekammern hatten Gelegenheit, in dem Konvergenzverfahren ihre Meinung zu äußern. Diese Vorschläge wurden sämtlich eingearbeitet.

Ich finde es ganz wichtig, dass man das Gefühl hat: Es ist ein gemeinsames Ganzes, aber die Landesärztekammern haben auch Möglichkeiten, über Durchführungsbestimmungen Variationen vorzunehmen. Ich möchte ganz inständig an Sie appellieren, dieser gut geschneiderten (Muster-)Fortbildungsordnung – Herr Kaplan, großes Kompliment – so, wie sie vorgelegt wurde, zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank. – Jetzt kommt Herr Dr. Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Werte Frau Wenker! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Kaplan, vielen Dank für die (Muster-)Fortbildungsordnung. Wir möchten – den entsprechenden Antrag haben wir gerade gestellt −, dass in § 2 der (Muster-)Fortbildungsordnung am Ende des Absatzes hinzugefügt wird:

> *Die Fortbildung hat sich auf medizinische Inhalte zu erstrecken, die durch naturwissenschaftliche Evidenz oder erfahrungswissenschaftliche Werte − wenigstens entsprechend der Empfehlungsstärke „klinischer Konsens (Good Medical Practice)“ – belegbar sind.*

Es geht darum, pseudowissenschaftliche Inhalte wie orthomolekulare oder mikrobiologische Medizin nicht anerkennungsfähig zu machen. Das heißt, dass Inhalte, die nicht medizinisch begründet sind, nicht anerkannt werden. Ich bitte Sie, unseren Antrag zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank. – Jetzt Herr Dr. Mischo, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes.

Dr. Mischo, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Zu den letzten Ausführungen muss ich als Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Versorgungswerke unbedingt einen Kommentar abgeben. Das mag Sie auf den ersten Blick verwundern. Wir sollten diese Fortbildungsordnung nicht so eng fassen, dass man daraus beispielsweise für die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung und die Zuordnung zu den ärztlichen Versorgungswerken Schlüsse ziehen und uns von außen sagen kann: Hier steht ja, ihr dürft euch nur medizinisch-fachlich fortbilden. Dann fallen viele Ärzte, die im Qualitätsmanagement arbeiten, die in den Geschäftsführungen von MVZs arbeiten, die wir als Ärzte mit in die Versorgungswerke integrieren wollen, heraus.

Fassen Sie die Fortbildungsordnung also bitte so großzügig und weit, wie es bisher geschehen ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank, Herr Mischo. – Jetzt bitte Frau Wulff aus Hamburg.

Dr. Wulff, Hamburg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir bitten Sie um Zustimmung zu einem Ergänzungsantrag, der Ihnen gleich zugehen wird. Wir möchten, dass die Inhalte der Fortbildung obligat um gendermedizinische Aspekte ergänzt werden. Wir wissen alle: Medizin und Krankheit haben auch etwas mit sozialem und biologischem Geschlecht zu tun. Dazu gibt es im Moment eine Fülle von Erkenntnissen, die wir immer auch in der Fortbildung abbilden sollten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank, Frau Wulff. – Es folgt Herr Professor Griebenow aus Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ohne den Wortlaut des Antrags von Herrn Roy und des zuletzt angesprochenen Antrags, der die Zertifizierung auf ein bestimmtes Spektrum medizinischer Themen begrenzen möchte, zu kennen, möchte ich Folgendes sagen. Natürlich kann man die Systematik auch anders wählen, Herr Roy und Herr Crusius. Aber dazu besteht eigentlich keine dringende Notwendigkeit.

Ich glaube, man muss mit einem Missverständnis aufräumen: Anders als bei der Weiterbildungsordnung, wo der Betroffene es in der Tat verstehen muss, weil er es

machen soll und muss, muss die Fortbildungsordnung von den Anbietern verstanden werden, die etwas anbieten und es in eine bestimmte Kategorie einordnen müssen.

Was die Eingrenzung von Themen angeht, kann ich den Faden von Herrn Mischo eigentlich nur aufnehmen. Wir wollen und müssen extrem breit definieren, was Fortbildung ist. Das wollen wir auch, weil wir die berufliche Kompetenz in breitem Umfang sicherstellen wollen und dazu auch beispielsweise juristische Themen gehören. Nun hat jede Medaille zwei Seiten. Wir bekommen im Zusammenhang mit der Fortbildungszertifizierung immer wieder Anträge zu Themen, bei denen wir etwas mit der Stirn runzeln. Als Verantwortlicher für die Zertifizierung in einer der größeren deutschen Kammern kann ich Ihnen sagen: So etwas lässt sich im Einzelfall in der Regel klären. Meistens scheitern diese Anträge letztlich daran, dass es sich im Wesentlichen um Werbeveranstaltungen handelt. Die anerkennungsfähigen Veranstaltungen werden in der Regel mit entsprechend anerkannten und anerkennungsfähigen Referenten bestückt. Es bleibt das Problem, dass man den Anträgen nicht von vornherein ansehen kann, was gelaufen ist.

Ich rate dazu, einen solchen Antrag an den Vorstand zu überweisen, denn er beinhaltet auch juristische Fallstricke. Die Diskussionen im Deutschen Senat zeigen, dass sich die Juristen nicht einig sind, ob nicht möglicherweise alles, was nicht verboten ist, letztlich für die Fortbildung anerkennungsfähig sein muss.

Vielen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank, Herr Professor Griebenow. – Da manche Anträge noch nicht umgedruckt sind und auch noch neue Anträge kommen, schlage ich vor, dass wir, wenn wir die Rednerliste abgearbeitet haben, Herrn Kaplan die Möglichkeit eines Schlussworts geben und wir die Abstimmung morgen durchführen, wenn wir alle Anträge zusammen haben und Sie sie umgedruckt vor sich haben. Ich glaube, dann können wir uns alle etwas substanzieller mit den Anträgen befassen. Ich denke, das ist vernünftig.

Wenn Sie damit einverstanden sind, arbeiten wir jetzt noch die Rednerliste ab. Herr Professor Bach ist der nächste Redner. Sie haben das Wort.

Prof. Dr. habil. Bach, Sachsen: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Ich bin der Meinung, dass wir nach diesem über Jahre gehenden und immer wieder reflektierenden Diskussionsprozess bei einer Fassung bleiben sollten, wie sie jetzt vorliegt. Das ist meine innere Überzeugung.

(Beifall)

Was würde es bedeuten, wenn wir in § 8 aufnähmen, dass der Referent vor dem Publikum vortragen muss, ob er Geld für Vorträge oder anderes erhält? Sollen die dann abstimmen und sagen: Der darf nicht reden? Das führt eigentlich zu Kuriositäten.

Ich bin der Meinung: Es ist die Aufgabe der Akademie und der Verantwortlichen in der Kammer, im Vorfeld bestimmte Fragen, die mit Ethik usw. zu tun haben, zu klä-

ren und mit den Anbietern entsprechend umzugehen. Das ist unsere Aufgabe in der Kammer. Wir können sie nicht aufs Publikum übertragen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herr Professor Bach, herzlichen Dank. – Jetzt sehe ich keine Wortmeldungen mehr. Ich schlage Ihnen jetzt folgendes Verfahren vor: Herr Kaplan fasst zusammen, wir drucken in Ruhe alle Anträge aus und können morgen über alles abstimmen.

(Widerspruch)

− Oder wollen wir die Anträge gleich behandeln?

(Zustimmung)

− Dann machen wir es doch so. – Herr Kaplan, fassen Sie es bitte so zusammen, dass wir uns substanziell Gedanken über die Anträge machen können.

Dr. Kaplan, Referent: Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Vielen Dank für diese sachliche Diskussion und die Anregungen, die ich inhaltlich alle verstehen kann. Aber ich habe eingangs schon erwähnt, dass diese (Muster-)Fortbildungsordnung seit drei Jahren kursiert und mehrere Schleifen gezogen hat. Ich meine, deswegen sollten wir heute eine fertige Fortbildungsordnung in einer möglichst schlanken Form abstimmen.

(Beifall)

Ich möchte jetzt noch kurz auf einige Anregungen eingehen. Frau Buckisch-Urbanke hat angeregt, dass wir die Adressaten, denen gegenüber die Interessenkonflikte dargestellt werden sollen, mit aufnehmen sollen, das heißt: gegenüber den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Das halte ich eigentlich für eine Selbstverständlichkeit, hätte aber kein Problem, das mit aufzunehmen. Aber um die schlanke Form zu erhalten möchte ich vorschlagen, dass diejenigen Landesärztekammern, die dies als so bedeutend erachten, in Form von Richtlinienregeln die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwähnen. Ich kann Ihnen auch sagen, dass wir bei der Überarbeitung der Empfehlungen der Bundesärztekammer dies entsprechend mit vermerken werden. Dann sind alle wissenschaftlichen Leiter angehalten bzw. verpflichtet, das entsprechend zu handhaben. Ich glaube, damit wären wir dem Petitum von Frau Dr. Buckisch-Urbanke gerecht geworden.

Der Kollege Dr. Scholz aus Hessen hat zwei Fragen an mich gestellt. Die erste Frage bezog sich darauf, wie das Peer Review bewertet wird. Hier handelt es sich um eine interaktive Fortbildung, nämlich zwischen einem Reviewer und einem Reviewten oder auch einem Team. Für die Selbstreflexion sollen fünf Punkte anerkannt werden und für das evaluative Gespräch ebenfalls fünf Punkte. In dieser Kategorie können also zehn Punkte erlangt werden, und zwar sowohl für den Reviewten als auch für den Reviewer.

Die zweite Frage betraf das Standortprinzip. Sie haben recht: Wir haben es nicht in der Hand, wenn ein Online-Anbieter seinen Standort ständig wechselt. Dann ändert sich auch die Zuständigkeit der Kammer. Aber das halte ich doch eher für eine Ausnahme. Was wir erreichen wollen, ist, dass ein Anbieter nicht einfach von einer Kammer zur anderen wechselt und meint, vielleicht die eine Kammer gegen die andere austricksen zu können. Deswegen ist es hier so festgeschrieben.

Kollege Ramm aus Hamburg hat um eine Ergänzung in § 2 gebeten. Dieses Thema wie auch die Ergänzungsbitte von Frau Dr. Wulff bezüglich der Gendergesichtspunkte ist eingehendst diskutiert worden, sowohl im Vorstand des Deutschen Senats als auch im Großen Senat. Hier waren wir bis auf eine Gegenstimme bei der Endabstimmung der Meinung, wir sollten bei der Schlankheit bleiben und nichts Zusätzliches aufnehmen, was nicht unbedingt in die (Muster-)Fortbildungsordnung gehört. Deswegen möchte ich Sie bitten, bei der vorgeschlagenen (Muster-)Fortbildungsordnung zu bleiben.

(Beifall)

Kollege Mischo hat darum gebeten, die Themen der Fortbildung nicht zu sehr einzuengen. Genau das wollen wir nicht. Wir haben in § 1 ja schon von „fachlich“ auf „beruflich“ erweitert. Das heißt, alle Kompetenzen, die zur Ausübung des ärztlichen Berufs notwendig sind, gehören in die Fortbildung. Wir haben meines Erachtens das Spektrum erweitert. Ich glaube, deshalb sind wir dem Petitum von Kollegen Mischo schon nachgekommen.

Ich hoffe, ich habe niemanden vergessen. Ich bedanke mich für die Zustimmung vor allem von Herrn Dr. Grundmann und Professor Bach. Ich möchte mich deren Petitum anschließen und Sie bitten, auch bei einzelnen Bedenken, die Sie vielleicht hatten, die (Muster-)Fortbildungsordnung in der Ihnen vorgelegten Form positiv zu bescheiden.

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir bei den Empfehlungen zur Fortbildungsordnung, die wir auf der Ebene der Bundesärztekammer gerade überarbeiten, Ergänzungen vornehmen werden. Ich möchte nochmals darauf hinweisen, dass die einzelnen Landesärztekammern das Recht haben, durch Richtlinien das eine oder andere noch etwas mehr zu konkretisieren, als wir es bei der Fortbildungsordnung getan haben.

Nochmals vielen Dank für die Diskussion. Ich bitte Sie um eine positive Abstimmung.

Danke schön.

(Beifall − Zuruf)

− Ich habe die Anträge von Dr. Roy und Dr. Crusius vergessen, die eine Verschlankung empfehlen. Wir hatten schon relativ viele Kategorien; das ist schon richtig. Wir haben jetzt noch zwei Kategorien hinzugenommen. Aber die Vielzahl der Kategorien war bisher überhaupt kein Problem. Das hat auch Herr Professor Griebenow dargestellt. Probleme haben höchstens die Anbieter, aber niemals unsere Kolleginnen und Kollegen. Dank des EIV ist es vom Handling und vom Verwaltungsaufwand her überhaupt kein Problem, hier ein paar Kategorien zusätzlich zu schaffen. Diese Kategorien dienen dazu, die Bepunktung transparent und klar für jeden zu machen, der sich damit zu befassen hat.

Deswegen bitte ich Sie, diese Kategorien jetzt nicht zu verändern. Ich nehme es als Auftrag für die nächste Novellierung der Fortbildungsordnung mit. Dann können wir gern darüber diskutieren, ob wir hier vielleicht doch eine Verschlankung für notwendig erachten.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Ich danke für das Abschlussstatement des Referenten und stelle Schluss der Aussprache fest. – Jetzt gibt es einen Antrag zur Geschäftsordnung von Dr. Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Vizepräsidentin! Lieber Monti! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Herr Dr. Roy hat um 11.30 Uhr den Antrag abgegeben. Wir wissen, dass er eingegangen ist, weil in der Mittagspause versucht wurde, dass wir ihn zurücknehmen. Der Antrag ist jetzt umgedruckt. Jetzt steht er im Internet. Aber Sie haben ihn noch nicht vorliegen.

Warum haben wir den Antrag gestellt?

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Bitte zur Geschäftsordnung, nicht inhaltlich.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich bitte Sie, erst dann über die Anträge abzustimmen, wenn sie Ihnen in schriftlicher Form vorliegen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Jetzt Herr Schimanke zur Geschäftsordnung. Ich denke, wir können uns nachher ein Bild machen, ob wir darüber abstimmen wollen. Ich habe alle Anträge hier vor mir liegen. Ich biete an, dass ich den Antragstext jeweils vorlese. Wir können gemeinsam gucken, um welchen Paragrafen es sich handelt. Anschließend stimmen wir ab. Ich glaube, das kriegen wir hin. Es sind nicht ganz viele Anträge.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Frau Vizepräsidentin, in Ihrem Sinne beantrage ich, den Tagesordnungspunkt auf morgen zu verschieben. Im Internet steht zwar der neue Antrag III-01-02, aber die beiden anderen Anträge, die auf der Liste stehen, sind dort noch nicht zu finden. Das Entscheidende beim Antrag III-01-02 ist der Anhang. Er steht nicht im Internet und verteilt ist beides noch nicht. Ich fände es unfair, wenn wir keine Gelegenheit bekämen, das vorher richtig gelesen zu haben. Also bitte vertagen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Darüber stimmen wir jetzt ab. Wer ist dafür, dass wir das gesamte Antragskonvolut auf morgen verschieben, dass wir also die Aussprache beenden, die Anträge umdrucken und morgen abstimmen? − Wer ist dafür, dass wir jetzt über die Anträge abstimmen? Ich lese sie gegebenenfalls vor. – Das ist die deutliche Mehrheit. Damit wird jetzt abgestimmt.

Wir behandeln zunächst den Vorstandsantrag III-01. Dazu gibt es den **Antrag III-01-03.** Danach soll am Ende von § 2 hinzugefügt werden:

> *Die Fortbildung hat sich auf medizinische Inhalte zu erstrecken, die durch naturwissenschaftliche Evidenz oder erfahrungswissenschaftliche Werte − wenigstens entsprechend der Empfehlungsstärke „klinischer Konsens (Good Medical Practice)“ − belegbar sind.*

(Zuruf)

− Der Antragsteller wünscht Vorstandsüberweisung. Das geht vor. – Gegenrede von Herrn Dr. Kaplan.

Dr. Kaplan, Referent: So gern sich der Vorstand und der Deutsche Senat mit diesem Thema befassen möchten, bitte ich Sie, keine Vorstandsüberweisung zu beschließen, sondern den Antrag abzulehnen. Anderenfalls schaffen wir es nicht, heute die (Muster-)Fortbildungsordnung endgültig abzustimmen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Ich stelle den Antrag auf Vorstandsüberweisung zur Abstimmung. Wer dafür ist, den Antrag an den Vorstand zu überweisen, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Ganz wenige. Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die riesengroße Mehrheit. Dann werden wir uns jetzt substanziell mit diesem Antrag befassen. Wer stimmt diesem Antrag zu? – Einige wenige. Wer ist dagegen? – Die große Mehrheit. Enthaltungen? – Bei wenigen Enthaltungen mit großer Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-05,** wonach als letzter Satz in § 2 ergänzt werden soll:

> *Die Inhalte der Fortbildung sollen auch gendermedizinische Kenntnisse umfassen.*

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? − Dieser Antrag ist mit großer Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-01-02.** Danach sollen die in § 6 vorgegebenen Kategorien A bis K durch die neuen Kategorien A bis D ersetzt werden. Herr Roy hat das vorgestellt, Herr Crusius hat sich dafür eingesetzt. Wer möchte die Kategorisierung ändern?

(Zuruf)

− Es gibt einen Geschäftsordnungsantrag.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es tut mir leid, dass ich Sie damit befassen muss, aber ich finde es nur fair, dass alle

Anträge wenigstens eingeblendet werden. Es gibt eine Tabelle, auf der das alles aufgelistet ist. Ich bitte darum, diese Tabelle einzublenden. Das war bisher auf Deutschen Ärztetagen so und ich möchte, dass wir daran festhalten.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Ehe das jetzt zu kompliziert wird, schlage ich vor, diesen einen Antrag morgen zu behandeln. Das schaffen wir.

(Widerspruch)

Ich könnte den Antrag jetzt natürlich abstimmen lassen und fragen: Möchten Sie es ohne den Anhang abstimmen? Vielleicht können wir es nachher abstimmen.

(Widerspruch)

− Dann verlese ich jetzt den Anhang und Sie hören in aller Ruhe zu. Es liegt der Antrag auf Vorstandsüberweisung vor.

(Zurufe: Nein!)

− Er ist gestellt.

Ich schlage jetzt vor, dass ich das verlese. Es ist nicht so viel; das kriegen wir hin. Sie sind jetzt mal ganz ruhig. Herr Dr. Crusius setzt sich jetzt mal auf seinen Platz. Andreas, setze dich jetzt bitte hin, ich lese das vor.

(Heiterkeit – Beifall)

Jetzt ist die Tabelle eingeblendet. Die Antragsteller möchten in § 6 „Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen“ die bisherige Kategorisierung von A bis K durch die Kategorie A „Präsenz“, die Kategorie B „Printmedien/Onlinemedien“, die Kategorie C „Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge“ und die Kategorie D „Selbststudium durch Fachliteratur und -bücher sowie Lehrmittel“ ersetzen. Schauen Sie sich das jetzt noch einmal in Ruhe an.

Haben sich das jetzt alle in Ruhe anschauen können? Sind Sie in der Lage, substanziell über diesen Antrag abzustimmen? – Wer möchte die von den Antragstellern vorgeschlagene neue Kategorisierung haben und somit dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die riesengroße Mehrheit. Wer enthält sich? – Bei einigen wenigen Enthaltungen ist der Antrag **abgelehnt.** Es bleibt bei der alten Kategorisierung A bis K.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag III-01-01.** Danach soll in § 8 Abs. 3 ergänzt werden:

> *Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referentinnen und Referenten müssen gegenüber den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden.*

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die deutliche Mehrheit. Wer enthält sich? – Bei einer Reihe Enthaltungen mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Jetzt rufe ich den so geänderten **Antrag III-01** in Gänze auf. Wer möchte dem Antrag in der geänderten Form zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige wenige. Enthaltungen? – Auch einige wenige. Dann ist der Antrag mit sehr großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag III-02:**

> *Die 2004 erstmalig beschlossene (Muster-)Fortbildungsordnung hat sich als anwendungssicher, unbürokratisch und allen Arztgruppen gleichermaßen gerecht werdend erwiesen. Voraussetzung hierfür war der für alle Ärztinnen und Ärzte freie und gleiche Zugang zu Fortbildung und zu Fortbildungspunkten, wesentlich basierend auf dem Gebot der Arztöffentlichkeit von Fortbildung und der freien Wahl von Fortbildungsinhalten und -methoden.*
>
> *Alle Vorschläge zur Novellierung der (Muster-)Fortbildungsordnung werden sich daher daran messen lassen müssen, ob sie einen Beitrag dazu leisten, die oben genannten Charakteristika der (Muster-)Fortbildungsordnung zu erhalten bzw. zu stärken.*

Wer dem zustimmen möchte, gebe bitte das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Einige wenige. Wer enthält sich? – Eine etwas größere Zahl. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt möchte Herr Dr. Roy eine persönliche Erklärung abgeben.

Dr. Roy, Thüringen: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nur eines sagen: Ich fand die Vorstellung dieses Antrags so, wie es gelaufen ist, sehr unglücklich. Ich hätte mir gewünscht, dass er vorher verteilt und auch im Internet korrekt dargestellt wurde. Der Antrag ist sehr pünktlich abgegeben worden. Ich bitte darum, dass dieses im Zuge des demokratischen Prozesses verbessert wird.

Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank, Herr Roy. – Damit ist der Tagesordnungspunkt III beendet. Ich übergebe die Sitzungsleitung völlig echauffiert an Herrn Montgomery.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Martina. Du machst gar keinen erschöpften Eindruck. Vielen Dank für die souveräne Sitzungsleitung mit den doch etwas komplizierten Fragen zum Schluss.

(Beifall)

Bevor wir mit dem Tagesordnungspunkt IV fortfahren, habe ich noch eine kurze Ansage für Sie. Wir hatten Sie gestern in den Ausführungen des Hauptgeschäftsführers darum gebeten, die Anträge zum Tätigkeitsbericht, die Sie alle schon kennen und die Sie in Ihren Köpfen und vielleicht auch in Ihren Computern haben, heute bis 16 Uhr

abgegeben zu haben, damit wir sie klassifizieren können, innerhalb welcher Themengruppen wir über sie abstimmen können. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie das täten. Das impliziert nicht, dass Sie nicht weitere Anträge oder Änderungsanträge stellen können. Das erleichtert den Umdruck, mit dem wir, wie Sie gemerkt haben, nur deswegen ein Problem haben, weil es so wahnsinnig viel ist. Sie sind auf diesem Ärztetag ausgesprochen antragsfreudig. Deswegen müssen wir sehen, wie wir das handhaben. Am besten tun wir das dadurch, dass Sie uns bis 16 Uhr alle Anträge zum Tagesordnungspunkt VI, die Sie schon kennen, eingereicht haben. Selbstverständlich können Sie dann noch Änderungsanträge stellen, selbstverständlich können Sie auch noch Dringlichkeitsanträge nachreichen. Das wäre für uns eine riesige Hilfe.

Wir treten jetzt ein in den **Tagesordnungspunkt IV:**

(Muster-)Weiterbildungsordnung

Referent hierzu ist Herr Dr. Franz-Joseph Bartmann aus Bad Segeberg, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer. Ich habe eine Bitte an Sie: Wenn Sie während des Vortrags von Herrn Dr. Bartmann Wortmeldungen abgeben, trennen Sie bitte nach den beiden Unterpunkten, nämlich a) Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung und b) ambulante Weiterbildung. Wir möchten nachher sowohl die Diskussion als auch die Abstimmung zu diesem Tagesordnungspunkt in zwei getrennten Blöcken durchführen.

Geladener Gast zu diesem Thema ist Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er hat Rederecht. Er gibt mir ein Signal, wenn er dieses ausüben möchte.

Das Wort hat jetzt Franz-Joseph Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wenn Sie damit einverstanden sind, werde ich in meinem Vortrag zunächst diese beiden Unterpunkte gemeinsam abhandeln. Ich denke, dass gerade zu b) ein erheblicher Diskussionsbedarf bestehen wird und wir es eventuell schaffen könnten, heute doch noch mit der Abstimmung durchzukommen. Das ist immer etwas glücklicher, als am nächsten Tag noch einmal in das Verfahren einzusteigen. Der Präsident hat bereits darauf hingewiesen, dass Herr Köhler jederzeit seinen Redebeitrag dazwischenschieben kann.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, ich stehe zu diesem Thema ja nicht das erste Mal vor Ihnen. Sie wissen alle, dass ich seit Dresden, wo die Wogen, was die Weiterbildung angeht, nicht nur beim Marburger Bund, sondern auch im Deutschen Ärztetag sehr hochkochten, Ihnen immer wieder über das berichtet habe, was wir an Änderungsbedarf wahrnehmen, wo wir meinen, dass man die Probleme, die wir mit der Weiterbildungsordnung haben oder auch nicht haben, eventuell durch eine Systematisierung lösen könnte. Ich sehe hier einige, die nicht nur auf den Ärztetagen, sondern unterjährig einige meiner Vorträge, die ich dazu gehalten habe, miterlebt haben. Ich bitte diejenigen um Entschuldigung dafür, dass manches redundant erscheinen mag. Ich kann Ihnen allerdings auch versprechen: Wenn Sie es schaffen, Ihre Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, werden Sie zwischendurch eine ganz neue

Art der Präsentation erleben, die bisher nur drei Mitarbeiterinnen des Dezernats kennen, nämlich Frau Güntert, Frau Hoeft und Frau Roether, die – natürlich mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Hintergrund mitarbeiten – diese Mammutarbeit stemmen. Sie werden vielleicht im Verlauf meines Vortrags einen Eindruck davon gewinnen, was das bedeutet.

Ich lege sehr großen Wert darauf, dass man bei einem Sachstandsbericht einfach mit den Punkten einsteigt, die sich eventuell gegenüber dem letzten Mal geändert haben. Zum einen haben nämlich nicht alle mitbekommen, was beim letzten Mal der Stand des Verfahrens war, und zum anderen handelt es sich um ein derart komplexes Verfahren, dass man, wenn man sich nicht immer wieder einmal vor Augen führt, was uns eigentlich veranlasst hat, das Ganze zu machen, leicht Gefahr läuft, das eigentliche Ziel aus dem Auge zu verlieren, und eventuell über die Komplexität auf Seitenstraßen gerät, die das Verfahren möglicherweise eher aufhalten, als dass sie es fördern.

Ich bitte also um Geduld, wenn ich mit den Problemen beginne, die wir haben. Eines der größten Probleme ist der Konflikt, den wir auszuhalten haben, dass die Weiterbildungsordnung nicht nur in ihrer Funktion als Bildungsordnung für unsere jungen Ärztinnen und Ärzte zum Einsatz kommt, sondern auch als ein Katalog, der bei der Regulierung der Berufsausübung alles enumerativ aufzählt, was zum Fach gehört. Sie wissen alle, welche Konsequenzen das hat. Wenn sozialrechtlich irgendeine Leistung infrage steht, wird der Weiterbildungskatalog herangezogen. Was dort nicht steht, wird eben auch nicht vergütet. Umgekehrt wird das, was dort steht, vergütet. Deshalb mein Verständnis dafür, dass man Wert darauf legt, einen möglichst kompletten Umfang des gesamten Gebiets zu haben.

Nur: Es geht natürlich nicht an, dass in diesem Katalog verpflichtend, sogar noch mit Richtzahlen, Leistungen aufgenommen sind, die erst während der späteren Berufslaufbahn, nach Abschluss der Weiterbildung, von Relevanz sind, oder dass sich Weiterbildungsinhalte über längere Zeit in der Weiterbildungsordnung halten, ohne dass sie in irgendeiner Weise umgesetzt werden, was nur dazu führt, dass wir Zeugnisse präsentiert bekommen, die nicht dem entsprechen, was tatsächlich in der Weiterbildung geleistet worden ist.

Das Ganze hat auch mit Richtzahlen zu tun, denn es besteht immer die Tendenz sowohl zur Abgrenzung zu anderen Gebieten als auch innerhalb des eigenen Gebiets die Richtzahlen möglichst so zu halten, dass damit ein Konkurrenzschutz erreicht wird. Ich kann Ihnen versichern: Uns ist bewusst, dass Richtzahlen von 5.000, wie sie von einzelnen Gebieten vorgeschlagen werden, didaktisch genauso wenig vertretbar sind wie Richtzahlen von unter zehn. Letzteres würde bedeuten, dass man bei einer fünf- bis sechsjährigen Weiterbildung einen Eingriff maximal ein- bis zweimal pro Jahr macht. Mir kann keiner erzählen, dass diese Richtzahl dazu führt, dass man anschließend kompetent und eigenverantwortlich einen solchen Eingriff durchführen kann.

Sie alle haben erlebt – das ist eine sehr positive Entwicklung −, dass wir – nicht nur wegen der Generation Y, sondern auch wegen derer, die schon etwas länger dabei sind – über eine Regulierung der Regelarbeitszeiten die tatsächlichen Präsenzzeiten im Krankenhaus, wo noch immer ein großer Teil der Weiterbildung stattfindet, deutlich haben reduzieren können. Zurzeit gelten Regelarbeitszeiten, die denen der normalen Arbeitszeit entsprechen. Trotzdem fallen noch viele Überstunden an. Aber

man kann deutlich sagen, dass dieselben Inhalte, die schon vor einigen Jahren zu leisten waren, heute in einer deutlich kürzeren Präsenzzeit abzuleisten sind, was nicht zuletzt die Weiterbilder vor erhebliche Probleme stellt, weil sie nicht immer damit rechnen können, dass diejenigen, die für eine bestimmte Eingriffsebene an der Reihe wären, auch wirklich zur Verfügung stehen.

Nun sagen manche: Ist schon richtig, die Leute sind vielleicht kürzere Zeit am Arbeitsplatz, aber ihr schleust ja auch immer mehr Patienten durch. Genau das ist die zweite Seite des Problems, nämlich dass der Arbeitsdruck, der mittlerweile durch die Verdichtung stattgefunden hat, aus ökonomischen Gründen vielfach Weiterbildungsoperationen nicht mehr zulässt, denn eine Weiterbildungsoperation, eine assistierte Operation, dauert länger, selbst wenn ein kompetenter Weiterbilder im Hintergrund steht. Hier kommt es also eher zu einer Reduzierung der Weiterbildungsmöglichkeiten.

Das eingeschränkte Leistungsspektrum durch Spezialisierung ist allen bewusst.

Noch eine Bemerkung zur Befugniserteilung. Wir lassen uns zwar bei einer Befugniserteilung den Leistungsumfang einer Abteilung mitteilen, ohne allerdings die Möglichkeit zu haben, valide Zahlen zur tatsächlichen Leistung einer Abteilung zu haben, und außerdem haben wir kaum eine Möglichkeit, bei langen Weiterbildungsbefugniszeiten zwischenzeitlich zu entdecken, dass in einer Abteilung mittlerweile ein ganz anderes Leistungsspektrum durchgeführt wird, sodass sich die Basis der Befugniserteilung mittlerweile komplett geändert hat.

Wir arbeiten nicht nur, weil es uns Spaß macht und wir langfristig gesehen Probleme ändern möchten, sondern wir haben klare Aufträge des Deutschen Ärztetages. Wir haben darüber hinaus 2009 und 2011 eine Befragung „Evaluation der Weiterbildung“ durchgeführt. Wir haben dadurch Erkenntnisse gewonnen, die nicht erst übermorgen, sondern möglichst rasch umgesetzt werden müssten. Wenn ich eine solche Evaluation durchführe, daraus aber keine kurzfristigen Folgen resultieren, dann kann man es eigentlich auch von vornherein bleiben lassen. Also auch das setzt uns unter einen gewissen Druck.

Ich habe Ihnen schon gesagt: Die Fachgesellschaften und die Verbände haben natürlich ein Interesse daran, den Kanon der Leistungen in einem Gebiet möglichst komplett darzustellen. Das ist teilweise berechtigt, weil der wissenschaftlich-technische Fortschritt in der Medizin deutlich kürzere Halbwertszeiten hat als die Halbwertszeit einer Weiterbildungsnovelle, die bei circa zehn Jahren liegt. Wir schleppen teilweise einen Ballast mit uns herum, der zwischenzeitlich längst ausgeräumt gehört hätte.

Auf die Versorgungslandschaft werden wir später bei der Diskussion über die ambulante Weiterbildung ausführlicher eingehen. Es ist nicht nur die Verschiebung von stationär zu ambulant, sondern auch innerhalb der jeweiligen leider noch starren Sektoren kommt es zu Veränderungen, die Anlass geben, immer wieder darüber nachzudenken, wie die Weiterbildungsordnung eventuell angepasst werden müsste.

Ich komme zu den Grundsatzbeschlüssen der letzten Deutschen Ärztetage. Daraus scheint ein Crescendo hervorzugehen. Es gab 2009 die ersten Anträge, die jetzt noch Berücksichtigung finden. 2012 gab es eine ganze Menge von Anträgen. Ich kann Ihnen sagen: Die Wogen der Empörung und der Änderungsdruck waren

besonders groß und 2010 und 2012 sind deshalb so viele Anträge gekommen, weil man uns verpflichtet hat, heute hier einen Sachstandsbericht zu dem zu geben, was wir in der Zwischenzeit erarbeitet haben.

Ich habe die Forderungen, die Sie an uns gerichtet haben, aufgelistet, nämlich eine umfassende Novellierung anzustreben. Das machen wir. Die Abschnitte A, B und C der (Muster-)Weiterbildungsordnung sollen beibehalten werden. Das machen wir. Es soll eine kompetenzbasierte Definition der Weiterbildungsinhalte geben. Ich sage jetzt nicht jedes Mal „Das machen wir“, sondern unterstellen Sie bitte, dass wir überall da, wo Sie uns einen Auftrag gegeben haben, diesen auch in die jetzige Novelle haben einfließen lassen.

Es geht weiter mit einem für mich ganz wesentlichen Teil, nämlich der Flexibilisierung der Weiterbildung. Sie haben auf der vorhergehenden Folie gesehen, dass eines der Ziele darin besteht, dass wir von dem Diktum der Weiterbildungszeit, innerhalb deren bestimmte Weiterbildungsinhalte zu erwerben sind, mehr zu der inhaltlichen Definition kommen. Das heißt auch, dass wir natürlich Bereiche haben, wo teilweise nur wenige Leistungen in dem Portfolio einer Weiterbildungsstätte fehlen, die man nicht unbedingt in einer zusammenhängenden Weiterbildungszeit von eventuell einem halben Jahr ableisten muss, um dann möglicherweise zufällig die 20 Eingriffe zu bekommen, die einem fehlen, sondern es muss möglich sein, diese Inhalte, wenn sie von Relevanz sind, kumulativ, nämlich zu gewissen Zeiten, entweder in der Ambulanz oder aber in einer anderen Weiterbildungsstätte einer Klinik zu erlangen. Das ist schon heute kein großes Problem. Bei uns jedenfalls ist es Praxis, dass wir, wenn wir bei der Beantragung einer Weiterbildungsprüfung auf solche Lücken stoßen, schon heute dafür sorgen, dass diese Inhalte auf diese schonende Art und Weise und eben nicht durch eine Verlängerung der Weiterbildungszeit erlangt werden müssen.

Die berufsbegleitende Weiterbildung ist für mich ein großes Anliegen. Das wissen diejenigen, die mich schon mehrfach gehört haben. Es ist in der Klinik natürlich kein Problem, wenn man dort kontinuierlich in Lohn und Brot steht, noch einmal Weiterbildungsinhalte zu erlangen. Ob man das nach zwei oder drei Jahren macht, spielt keine Rolle. Wenn ich aber erst einmal in der Niederlassung bin, müsste ich, wenn ich neue Inhalte im Weiterbildungsrecht erwerben wollte, meine Erwerbsbiografie unterbrechen. Dann ist die Situation manchmal umgekehrt zu dem, was wir im Moment an Problemen in der Weiterbildung haben, wo die Finanzierung im Krankenhaus gewährleistet ist, in der Praxis aber nicht. Man muss eventuell nicht nur seine Praxistätigkeit unterbrechen und sie vertretungsweise fortführen lassen, sondern man nimmt möglicherweise auch nicht unerhebliche Einkommenseinbußen in Kauf.

Das sollte eigentlich überall da nicht nötig sein, wo tatsächlich keine Zeiten sinnvoll sind. Es kann natürlich auch sein – Medizin ist eine Erfahrungswissenschaft; deshalb auch das Festhalten an Mindestweiterbildungszeiten −, dass man auch Verläufe kennenlernen muss und sich nicht nur einzelne Handlungen akquirieren muss. Für diese Bereiche ist sicherlich die Zusatzweiterbildung immer noch die adäquate Lösungsmöglichkeit.

Herr Ramm hat auf der Vertreterversammlung der KBV am Montag eine Umfrage aus Hamburg vorgestellt. Ich glaube, es waren knapp unter 500 Praxen, die sich sehr gut vorstellen können, Weiterbildung in der Ambulanz anzubieten. Er hat mir diese Umfrage vorher gezeigt. Mich hat nicht überrascht, dass von diesen fast 500 Praxen

420 oder 425 Praxen sich dies im Rahmen von Weiterbildungsverbünden vorstellen können und nicht in klassischer Weise, dass man eventuell lange Zeiten vereinbart. Das kann in einzelnen Gebieten notwendig und sinnvoll sein, aber Verbünde sind sicherlich eine Option, bei der immer geprüft werden müsste, ob man nicht auf diese Art und Weise vernünftige Weiterbildungskomplexe zusammenbekommt.

Natürlich hat auch die Evaluation der Weiterbildung für uns verpflichtenden Charakter gehabt. Einer der wesentlichen Punkte war, dass die Weiterbildungspläne trotz Logbuch, das von vielen auch als Lügbuch bezeichnet wird, umstrukturiert sind. Der Bedarf an planbarer Weiterbildung auch über einen längeren Zeitraum steht bei unseren jungen Kolleginnen und Kollegen ganz im Vordergrund.

Eine weitere Erkenntnis aus der Evaluation der Weiterbildung ist die Ermöglichung von Verbundweiterbildungen. Es wird nur noch selten Kliniken geben, die eine komplette Weiterbildungsbefugnis oder -ermächtigung haben. Die Nomenklatur ist je nach Kammerbezirk unterschiedlich. Deshalb wechseln auch bei mir die Begriffe gelegentlich; sehen Sie mir das bitte nach. Das gilt erst recht für Kliniken der Maximalversorgung. Bisher galt immer: Ich bin eine Universitätsklinik, ich kann das schon alles anbieten. Genau da ist teilweise die Spezialisierung auch ein Hinderungsgrund, dass man gerade die Leistungen aus den etwas einfacheren Grundlagen des Faches kaum noch zu Gesicht bekommt. Es gibt gynäkologische Abteilungen, die keine Geburtshilfe mehr machen. Aber das gehört zum Fach hinzu. Wir wollen die jungen Assistentinnen und Assistenten ja nicht zwingen, ständig den Arbeitgeber zu wechseln, was Auswirkungen hat: Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw. An all dies muss man denken. Man darf es nicht schwerer machen, als es unbedingt erforderlich ist. Verbundweiterbildungen und Rotationen bei einem Weiterbildungsbefugten, der das Ganze koordiniert, sind ein Weg, bei dem es immer zu ventilieren gilt, ob das nicht eine Option ist.

Ich komme zur Entschlackung der Weiterbildungsordnung. Wer wie Dieter Mitrenga, der sehr aufmerksam zuhört, schon mehrere Weiterbildungsnovellen durchgemacht hat, weiß, dass das in keiner Novelle fehlen darf. Das haben wir immer angestrebt. Dieses Mal könnten wir es vielleicht sogar erreichen, wenn wir es schaffen, dass wir die Eingriffe, die heute wegen der Berufsausübung enthalten sind und die für die Weiterbildung bis zur Erlangung der Facharztreife keine Rolle spielen, aus dem verpflichtenden Katalog herauszunehmen, sie aber natürlich im Gebiet belassen. Man muss ex post das Ergebnis am Ende der Weiterbildung sehen und die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten nur zu den Dingen verpflichten, die sie bis zu ihrer Facharztprüfung brauchen. Natürlich wird ihnen erlaubt, alles andere fakultativ zu machen. Es gibt Überflieger, die können das. Aber es gibt auch andere, die sind froh, wenn sie mit ihrem Katalog, der der Mindestkatalog ist, fertig werden.

Ich zeige Ihnen hier ein Beispiel für die strukturierte Weiterbildung aus der Anästhesiologie, basierend auf der jetzigen Weiterbildung. Man kann schon jetzt Strukturierung in die Weiterbildung bringen. Bei der Anästhesie ist es relativ einfach, weil es ein überschaubares Fach ist. Ich bin Chirurg, ich kann das beurteilen.

(Heiterkeit)

Die Anästhesie ist schließlich aus der Chirurgie hervorgegangen. Das ist nicht despektierlich gemeint, die Anästhesie ist ein sehr seriöses Fach mit einem, wie Sie mir

zugeben müssen, Leistungsspektrum, das sehr gut planbar ist, wo man die Schwere der Eingriffe gut aneinander aufreihen kann.

Wir hatten große Bedenken, ob das eventuell bei anderen Gebieten auf Probleme stoßen könnte. Wir haben die Urologen gewinnen können, auch ein chirurgisches Fachgebiet, das in gewisser Weise überschaubarer ist als manch anderes Gebiet. Siehe da: Es ging. Es ging auch in anderen Bereichen.

Ich habe am Samstag beim Marburger Bund gelernt, dass meine größten Bedenken, die ich hatte, nämlich dass alle Fächer, die mit „Psycho“ beginnen, eventuell ein Problem haben, diese Systematik umzusetzen, unzutreffend sind. Genau das Gegenteil ist der Fall. Professor Janssen, der für die PPP-Fächer verantwortlich ist, hat gesagt: Das ist wunderbar. Sie sind uns dankbar, dass wir ihnen die Möglichkeit der systematischen Darstellung der Leistungen auch der PPP-Fächer mit dieser neuen Systematik gegeben haben.

Es gab einige Anträge, die die Frage aufgeworfen haben: Wenn wir jetzt schon die einzelnen Kompetenzblöcke definieren und umsetzen, ist es dann nicht möglich, dass man nach diesen Kompetenzblöcken eventuell auch eine Zwischenprüfung macht und nachher die Summe aller Zwischenprüfungen als Basis für die Facharztreife nimmt?

Es ist immer schwierig, gerade aus der Medizin Beispiele zu bringen. Die meisten von Ihnen kennen bestimmt die schöne Bildergeschichte von Meister Eckhard und Werner Brösel. Meister Eckhard liefert Werner Brösel an der Baustelle ab und sagt: dreizölliges Rohr, erster Stock, bündig anflanschen! Brösel weiß, wie man ein dreizölliges Rohr anflanscht. Er geht in den ersten Stock, macht aber den richtigen Handgriff an der falschen Stelle und löst eine Katastrophe aus. So ist es auch in der Medizin. Ich hatte einmal einen Oberarzt – ich hatte mich schon als Chirurg geoutet −, der immer dann, wenn er mit uns nicht zufrieden war, auf Bayerisch sagte – ich sage es auf Hochdeutsch −: Ich gehe gleich runter, hole mir drei Müllmänner, die trainiere ich drei Wochen, dann machen sie es besser als ihr! Man kann Handgriffe tatsächlich trainieren. Wenn man aber nicht den Gesamtkontext kennt, wenn das nicht auf medizinischen Basiskenntnissen aufbaut, dann wird es die reine Katastrophe, wenn man denkt, man könne es, während in Wirklichkeit vielleicht genau das Falsche getan wird. Deshalb kann letztendlich nur der Gesamtkomplex aller Kompetenzblöcke zu der Bescheinigung führen, dass man die Facharztreife erreicht hat. Jeder Kompetenzblock stellt keinen in sich abgeschlossenen Zwischenabschnitt dar, sondern es muss eine Gesamtbeurteilung erfolgen.

Jetzt wird es schwierig. Ich bitte um verstärkte Aufmerksamkeit, und zwar nicht nur deshalb, weil ein neuer Präsentationsmodus folgt, den, wie gesagt, noch kaum jemand gesehen hat, nämlich die Kompetenzebenen. Sie kennen alle die Kompetenzpyramide nach Miller. In der Vorabdiskussion ist überall – zuletzt habe ich es auch bei der KBV gehört – der Eindruck entstanden, das sei eine hierarchische Gliederung, als sei es weniger wert, wenn ich die Kompetenzebene 2 komplett beherrsche, als wenn ich die Kompetenzebene 4 komplett beherrsche. Das ist eine falsche Sicht. Natürlich gibt es auch eine vertikale Schichtung. Ich kann nur etwas können, was ich vorher kennengelernt habe, ich kann nur etwas beherrschen, was ich auch kann. Aber es gibt auch – das ist bei den Kompetenzebenen zu beachten – die vertikale Sicht.

Ich glaube, es ist das größte Problem, dass man sich auf einen Kompetenzbegriff einigen muss, denn unter Kompetenz versteht jeder etwas anderes. Sie sehen hier den Kompetenzbegriff von Hutter. Er ist, wie Sie dem zweiten Spiegelstrich entnehmen können, der Didaktik entlehnt. Entscheidend ist der Satz:

Kompetent sein heißt, Situationen angemessen zu meistern.

Die Miller-Pyramide ist sehr viel komplexer als das, was wir hatten. Das war nur zweidimensional. Diese Pyramide ist ein dreidimensionales Modell, didaktisch wunderbar durchdekliniert. Miller unterscheidet auf der Vertikalebene zwischen Cognition und Behaviour.

Ich komme jetzt zu der Darstellung, wie es in der Weiterbildungsnovelle erscheinen wird. Die drei obersten Begriffe sind in Anführungszeichen gesetzt, denn sie gehören eigentlich zur Weiterbildung. Sie müssen jetzt immer mit denken – ich sagte schon: ex post −: Das muss der Facharztkandidat am Ende der Weiterbildung kennen, am Ende der Weiterbildung können und am Ende der Weiterbildung beherrschen. Und nicht etwa das, was später noch hinzukommt.

Entscheidend ist der untere Block, das Grundlagenwissen. Das ist nämlich das, was ich als Arzt von der Universität, wo schon ein kompetenzbasierter Lernzielkatalog zum Tragen kommt, mitbringe. Das ist auch die Basis dafür, dass der Arzt, sobald er approbiert ist und ins Krankenhaus kommt, als Arzt arbeiten darf und als Arzt bezahlt wird. Die höchstrichterliche Rechtsprechung – ich glaube, vom Februar 2011 − besagt: Die Approbation erlaubt die Ausübung der Heilkunde.

Dieses Grundlagenwissen, das wir neu aufgenommen haben, war bis weit in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts die Arbeitsbasis des Praktischen Arztes.

Ich habe ein Faible für Aphorismen. Es gibt aus der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts den Aphorismus: junger Arzt, höckriger Friedhof. Das basiert auf der Wahrnehmung und in gewisser Weise auch auf der Akzeptanz der damaligen Bevölkerung – das ist heute nicht mehr vorstellbar −, dass man dem jungen Arzt zugesteht, dass er eine Lernkurve zu durchlaufen hat und dass er diese Lernkurve während der Praxis in dem Ort, in dem er tätig ist, durchläuft. Das haben wir heute abgestellt, indem wir die zunächst dreijährige, später fünfjährige Weiterbildung für die Allgemeinmedizin eingeführt haben. Das Grundlagenwissen wird in den fünf Jahren der Weiterbildung in diesen Kompetenzblöcken aufgehen.

Nur: Im Gegensatz zu allen anderen Facharztrichtungen wird der Facharzt für Allgemeinmedizin die Basis, das Grundlagenwissen, fast unverändert durch seine Berufsbiografie hindurchziehen müssen.

Sie dürfen einen Chirurgen oder einen Kardiologen bei der Weiterbildungsprüfung nicht mehr nach häufigen Krankheitsbildern aus der HNO fragen, den Allgemeinmediziner aber durchaus, denn dessen Aufgabe besteht darin, aus der Fülle der möglichen Erkrankungen bei einem Patienten, der mit bestimmten Symptomen kommt, das Richtige herauszusuchen und diesen Patienten nicht nur auf die richtige Facharztebene, sondern möglichst auch auf die richtige Versorgungsebene zu bringen. Das ist eine sehr große Leistung, die zeigt, dass der Allgemeinmediziner tatsächlich

eine etwas andere Arbeitsgrundlage, nämlich eine viel breitere Arbeitsgrundlage, mitbringen muss.

Er muss die Krankheitsbilder aus der HNO wissen, aber er muss beispielsweise nicht wissen, wie man eine Galle Schritt für Schritt operiert. Das muss der Viszeralchirurg wissen. Aber er muss die Differenzialdiagnose des rechtsseitigen Oberbauchschmerzes kennen. Der Spezialist macht bei der Facharztprüfung nicht etwa auf der Ebene 4 Schluss, sondern das geht anschließend weiter. Der Viszeralchirurg spezialisiert sich weiter. Wenn Sie die Stellenanzeigen im „Deutschen Ärzteblatt“, die immer seltener werden, obwohl weiterhin Arztmangel besteht, lesen, finden Sie häufiger, dass ein Upper GI Surgeon oder ein Lower GI Surgeon gesucht wird. Das bedeutet aber auch, dass ich mit zunehmender Spezialisierung meinen Handlungsrahmen zunehmend beschränke. Viele von Ihnen werden sich ebenso wie ich an die Zeit von 1993 erinnern, an die Torschlusspanik, als alle diejenigen noch in die Praxis gestürmt sind, die heute kurz vor der Rente stehen. Das ist ein Teil des Problems. Ich habe damals viele Kollegen verloren, die Facharzt für Chirurgie waren. Sie haben sich aber nicht als Facharzt für Chirurgie niedergelassen, sondern als Praktiker, weil sie nach den damaligen Abrechnungsverfahren eine viel breitere Abrechnungsebene hatten, als wenn sie sich als Facharzt für Chirurgie niedergelassen hätten.

Das Ganze hat immer auch verschiedene Seiten. Je weiter ich mich spezialisiere, desto weiter schränke ich mich auch ein.

Bei dieser Darstellung, die Sie hier sehen, habe ich mich lange gefragt: Soll ich das bringen oder nicht? Ich habe die beiden Ebenen unterschieden, damit Sie auch in etwa die Wertung sehen können. Warum habe ich so lange überlegt? Sie kennen das Klischee vom Chirurgen als dem hirnlosen Aufschneider. Der Chirurg ist nun einmal im oberen Bereich angesiedelt. Ein Chirurg, der keine Eingriffe beherrscht, ist bestenfalls irgendein anderer Facharzt.

(Heiterkeit)

− Ich habe gesagt: irgendein anderer Facharzt. Da ich selbst Chirurg bin, habe ich dieses Risiko hintangestellt, weil ich ja weiß, dass Chirurgen in ihrer wahren Natur hochsensible, empathiefähige und intellektuell anspruchsvolle Leute sind.

(Heiterkeit – Beifall)

− Vielen Dank. Ich sehe viele Chirurgen, aber auch Nichtchirurgen, die applaudieren. Chirurgen müssen sich durchaus in diesen Hirnebenen aufhalten. Ich kann nicht einfach nur wie ein Handwerker mein Handwerk beherrschen und dann glauben, ich mache Medizin. Ich bin Mediziner und brauche als Chirurg die Basis in den Hirnebenen. Allerdings braucht der Allgemeinmediziner genauso nicht nur die Hirnebene, sondern überall da, wo er be-handelt, nämlich in die Handlungsebene hineingeht, braucht er natürlich denselben Kompetenzlevel wie die anderen auch. Das betrifft technische Leistungen, medikamentöse Einstellungen beispielsweise des einfachen Diabetes, beispielsweise des Bluthochdrucks, Differenzialdiagnose, Prävention, Rehabilitation, aber eben auch die Be-handlung.

So viel zu dem Missverständnis, das immer geherrscht hat, man könne doch die Allgemeinmediziner nicht nur auf den unteren Levels belassen. Wenn es hierarchisch gemeint ist, kann ich es gut nachvollziehen. Aber so ist es nicht gemeint, sondern es sind unterschiedliche Qualitäten, die in den unterschiedlichen Kompetenzebenen

wiedergegeben werden. Ich hoffe, dass ich es zumindest ansatzweise geschafft habe – es ist schwer −, dieses Missverständnis, das ich inzwischen immer besser verstanden und nachvollzogen habe, etwas aufzuheben.

Ich habe eben gesagt: Einzelne Kompetenzblöcke bringen gar nichts. Auch einzelne Kompetenzebenen bringen nicht viel. Der Facharzt findet in dem bunten Spektrum, das Sie hier dargestellt sehen, alles das wieder, was er in den Kompetenzebenen für sein Gebiet erworben hat.

Jetzt können Sie auch verstehen, dass es, wenn man einen solchen Facharzt konzipiert, durchaus nicht so sein muss, dass man eine hierarchische Gliederung der einzelnen Ebenen vorsieht. Man kann die einzelnen Ebenen nach und nach in den Blöcken abbilden, sodass im Grunde genommen kein Facharzt wie der andere aussieht. Alles spielt sich vor dem Hintergrund des Grundlagenwissens ab, sodass dies alles den Facharzt XYZ oder ABC abbildet.

Wenn man einen solchen Plan aufstellt, kann man auf die Weiterbildungsstätte und eventuell auf den Wechsel einer Weiterbildungsstätte Rücksicht nehmen, indem man die Zusammensetzung der einzelnen Leisten, die jeweils ein Jahr repräsentieren, modifiziert, sodass es wieder Sinn macht, auf eine Weiterbildungsstätte abgebildet zu werden.

Das war die bildhafte, die plakative Darstellung. So ähnlich wird die Definition im Paragrafenteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung aussehen. Die Kompetenzebene 1 ist nicht Gegenstand der Weiterbildung, gleichwohl bildet sie die Basis für die Weiterbildung, nämlich das Ergebnis der Ausbildung.

Die Kompetenzebene 2 beschreibt eingehende Kenntnisse in Bezug auf die Vorbeugung, Früherkennung, Erkennung usw. Die Kompetenzebene 3 beschreibt Erfahrungen und setzt die Fähigkeit voraus, medizinische Methoden und Maßnahmen bei den wesentlichen Krankheitsbildern/Handlungsfeldern des Kompetenzblocks anzuwenden.

In der Kompetenzebene 4 sind diejenigen Eingriffe bezeichnet – nur diese sind mit Richtzahlen belegt −, die man am Ende der Weiterbildung als Facharzt generell beherrschen sollte. Wenn ich bezüglich dieser Eingriffe geprüft worden bin, müsste man in der Lage sein, auch Angehörigen zu sagen: Der kann das, der ist Facharzt für … Ich erwähne in diesem Zusammenhang immer den Whipple, diesen komplexen Oberbaucheingriff, Pankreasresektion. Wir hatten bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung 2003 den Whipple noch mit Richtzahlen enthalten. Jeder weiß: Das ist ein Eingriff, der im Zenit einer Berufsbiografie durchgeführt wird. Jeder weiß: Es gibt – auch hier im Saal – mehr Viszeralchirurgen, die noch nie in ihrem Leben einen Whipple operiert haben, als solche, die es gemacht haben. Jeder weiß auch, dass allen bescheinigt worden ist, dass sie ihre fünf Whipple-Eingriffe durchgeführt haben. Das führt dazu, dass die Zahlen des Statistischen Bundesamts über die Eingriffshäufigkeit in Deutschland, die jährlich herausgegeben werden, verglichen mit den Zahlen, die uns gegenüber bescheinigt werden, dass es allein in der Weiterbildung abgeleistet wurde, um Zehnerpotenzen voneinander abweichen. Das gilt für andere Eingriffe genauso gut.

Auf der Kompetenzebene 3 sollen sich diese Eingriffe wiederfinden. Ich soll wissen, wie es geht. Ich soll auch jeden Handgriff erklären können, wie man vorgeht, ich soll

jede Anastomose erklären können. Das sind Eingriffe, die heute auch für den jungen Oberarzt noch unter Supervision stattfinden. Aber ich muss – „shows how“ – ganz genau wissen, wie es geht.

So viel zum Verständnis, wie wir es schaffen wollen, tatsächlich zu dieser Entschlackung bei der (Muster-)Weiterbildungsordnung bei denjenigen Maßnahmen zu kommen, die wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen abverlangen.

Hier sehen Sie eine der für mich wichtigsten Folien. Sie sollen das nicht lesen; da kommen nur Gerüchte auf. Auf der x-Achse sehen Sie die Kompetenzblöcke, auf der y-Achse sehen Sie die Kompetenzebenen 2, 3 und 4. Sie können sich mit ein bisschen Fantasie – so groß muss die Fantasie gar nicht sein – vorstellen, dass Sie jeden Behandlungskomplex, den Sie in einem Gebiet haben, in diesem Koordinatensystem verorten können. Sie können sich vielleicht auch vorstellen, dass Sie damit die Chance haben, dass ein Eingriff, der bei der Verabschiedung einer Novelle noch in der Kompetenzebene 4 vorgesehen war – wie die proximal-selektive Vagotomie, die heute keiner mehr operiert −, nicht noch zehn Jahre mitgeschleppt wird und auch bescheinigt wird, dass alle das gemacht haben, obwohl der Eingriff längst durch medikamentöse Maßnahmen abgelöst worden ist. Sie können, ohne die Gesamtsystematik aufzubrechen, den Eingriff verschwinden lassen und durch andere Maßnahmen ersetzen. Sie können ihn auch weglassen.

Wenn eine diagnostische Maßnahme – ich verzichte auf ein Beispiel; vielleicht mag der eine oder andere erahnen, was ich damit meine – für das eine oder andere Fachgebiet von enorm großer Bedeutung ist und nur an Universitätskliniken angeboten wird, gehört sie natürlich irgendwie schon in den Dunstkreis des Gebiets, aber wie wollen Sie sie vermitteln? Sie dann in den Katalog als eine Maßnahme aufzunehmen, die schon irgendwo obligat ist, bewirkt nicht nur einen Flaschenhals, sondern ist grober Unfug. Wenn der Weiterbildungsassistent im Jahr 2013 sie kennen muss und diese Maßnahme zunehmend ins Gebiet diffundiert, dann kann eine solche Maßnahme – in diesem Fall eine diagnostische – auch einmal eine Wanderung durchmachen, nämlich von der Kompetenzebene 2 in die Kompetenzebene 3, dass man es also schon einmal gesehen haben sollte, bis in die Kompetenzebene 4 hinein, wenn irgendwo die Chance besteht, dass es tatsächlich verbindlich in der Weiterbildungsordnung im Level 4 aufgenommen wird, wenn es überall so angeboten wird, dass jeder Assistent es auch mit wenig Mühe erlangen kann. Das Shiften innerhalb dieses Systems und auch das Bereinigen des Systems fallen wesentlich leichter, als wenn man nur eine enumerative Liste hat, aus der man irgendeine einzelne Leistung herausstreichen will.

Sie haben möglicherweise registriert, dass es mittlerweile zwischen unterschiedlichen Gebieten, die früher kaum zueinander gehörten, Überschneidungen gibt. Zu meiner Zeit unterschieden sich die Internisten von anderen dadurch, dass sie gemessenen Schrittes mit dem Stethoskop um den Hals durch die Klinikflure wanderten. Das hat sich mittlerweile angeglichen. Sie hetzen heute auch schon mit dem Koloskop durch die Gänge, wenn auch nicht unbedingt um den Hals.

(Heiterkeit)

Sie sind sehr interventionell geworden. Es gibt Überschneidungen zwischen den Viszeralchirurgen und den Gastroenterologen, was dazu führt, dass im September ein erster großer Kongress in Nürnberg über Viszeralmedizin stattfinden wird. Beide

Fachgesellschaften veranstalten gemeinsam einen Kongress, in dem sie gemeinsam Kompetenzblöcke anbieten, die sowohl von dem einen als auch von dem anderen erworben werden können, weil eben die Schnittmenge zwischen einem Viszeralchirurgen und einem Gastroenterologen schon heute größer ist als zwischen einem Viszeralchirurgen und einem Unfallchirurgen. Ich kann es beurteilen und sage Ihnen: Es ist so. Genauso gibt es Schnittmengen zwischen Angiologen, Gefäßchirurgen und Radiologen bei interventionellen Techniken. Dasselbe gilt für Kardiochirurgen und Kardiologen. Vor Ort funktioniert das wunderbar, vor Ort arbeitet man schon heute kooperativ zusammen. Aber in der übergeordneten Systematik tut man sich schwer. Da wird noch immer eher abgegrenzt, als dass man zusammenführt.

Hier haben Sie die wunderbare Gelegenheit, wenn Inhalte in unterschiedlichen Gebieten vorkommen, sie gleich an die richtige Stelle zu stellen, und zwar entweder in dem maternalen Gebiet, wo man sich selbstverständlich auf der Kompetenzebene 4 befindet, und eventuell in einem anderen Gebiet, wo es nicht jeder können muss, man aber trotzdem auch über Kenntnisse des anderen verfügen muss. Sie erscheinen auf einer anderen Kompetenzebene, aber sie erscheinen in beiden Gebieten und werden damit den zunehmenden Überschneidungen in den einzelnen Gebietsbereichen gerecht.

Jetzt noch Folgendes mit Blick auf Herrn Köhler. Ich habe den Facharzt pseudonymisiert; es gäbe ja noch mehr Gerüchte, wenn ich jetzt sagte, das gehe nur ambulant. Sie können schon zu Beginn der Weiterbildung in Abhängigkeit von der Befugnis des dort tätigen Leiters der Weiterbildung genau entscheiden, welche Abschnitte dort eventuell nicht erlangt werden können und welche Abschnitte anderweitig, auch in der Ambulanz, zu erbringen sind. Man kann sich frühzeitig einen Plan zurechtlegen, wie man diese Abschnitte in der Systematik und auch in der eigenen Lebensplanung am besten unterbringt. Wie das dann geschieht, ob in zusammenhängenden Zeiten oder kumulativ, ob im Verbund oder in fester Anstellung, bleibt dahingestellt. Sie haben jedenfalls schon zu Beginn einer Weiterbildung die Planungsmöglichkeit und können sehen, wo Sie eventuell die Weiterbildungsstätte und eventuell sogar die Einrichtung von stationär nach ambulant oder auch umgekehrt wechseln müssen.

Hier sehen Sie unseren sehr ehrgeizigen Zeitplan. Wir sind verständlicherweise von vielen Fachgesellschaften kritisiert worden, weil wir einen relativ engen Zeitplan vorgegeben haben, innerhalb dessen die ersten Einstellungen auf Wiki-BÄK eingegangen sein sollten, nämlich vier oder fünf Monate, von Dezember bis Ende April. Das war eine sehr kurze Zeit; das ist klar. Ich bin der festen Überzeugung, weil ich nicht nur Chirurg, sondern auch Mensch bin, dass die Ergebnisse nicht besser werden, wenn man weiß, dass man es erst im Oktober abgeben muss. Dann fängt man eventuell erst im Juli an.

Dass das nicht auf Anhieb alles hundertprozentig funktioniert, war klar. Der Zeitplan ist erstaunlich gut eingehalten worden. Die Abgabefrist war der 30. April 2013. Wir haben noch am Tag zuvor viele Anrufe bekommen, in denen gesagt wurde: Wir sind kurz davor. Daraufhin haben wir die Frist um eine Woche verlängert und haben den 7. Mai 2013 als Datum gewählt.

Bis zum 7. Mai ergab sich folgendes Ergebnis: Bei den Facharztbezeichnungen haben 51 von 51 Fachgesellschaften eingestellt, bei den Schwerpunktbezeichnungen

10 von 10 und bei den Zusatzbezeichnungen 47 von 47. Chapeau an alle, die hier im Saal versammelt sind, die daran mitgewirkt haben.

(Beifall)

Wir sind im ersten Anlauf komplett. Das ist das Ergebnis eines neuen Verfahrens und einer neuen Systematik. Ein solches Ergebnis hatten wir eigentlich gar nicht erwartet. Wir sind begeistert und bedanken uns bei allen.

Dann trat auch das Übliche ein: Es gab gleich den Wunsch nach vier neuen Facharztbezeichnungen. Bei einem Wunsch rennt man wahrscheinlich offene Türen ein, wenn es derjenige ist, den ich im Kopf habe. Es soll noch eine Schwerpunktbezeichnung hinzukommen, obwohl wir eigentlich zunehmend von den Schwerpunktbezeichnungen weggekommen sind.

Es überrascht nicht, dass es 22 Vorschläge für neue Zusatzbezeichnungen gab. Die Notwendigkeit, auch nach einer abgeschlossenen Weiterbildung noch Weiterbildungsinhalte zu akquirieren, ist im Moment am besten über Zusatzweiterbildungen zu realisieren, jeweils angeflanscht an die Gebiete, denen sie zugeordnet sind. Da werden wir eine Dynamik erleben.

Wir werden zunehmend sehen, dass über das neue Kapitel D, das wir planen, sozusagen eine Zusatzweiterbildung ohne feste Zeiten, alles das, was man curriculär erlangen kann, wo man reine Verläufe beobachten muss, wo man eventuell Inhalte braucht, die man aber kumulativ erringen kann, als auch über die eine oder andere Zusatzbezeichnung den Weg in der Systematik gehen wird, nämlich in den Kompetenzen, bis es letztendlich in dem Gebiet aufgegangen ist, und zwar immer dann, wenn diese in der Regel neuen Verfahren in die Systematik des Gebiets Eingang gefunden haben und dann natürlich nicht mehr im Kapitel D stehen, sondern zunehmend in das Kapitel B der (Muster-)Weiterbildungsordnung diffundieren.

Das ist ein weiterer Beweis dafür, dass wir nicht nur um Flexibilität bemüht sind, sondern dass Flexibilität erreichbar ist, wenn wir das Verfahren so oder zumindest so ähnlich umsetzen können.

Wir haben über das interaktive Wiki-BÄK-Verfahren nicht nur die Fachgesellschaften permanent eingebunden, die im Gegensatz zu Gerüchten, die immer wieder auftauchen, natürlich weiterhin lesen und kommentieren können. Jeder, der das Leserecht hat, hat auch das Kommentarrecht.

Neben den Fachgesellschaften und den Verbänden sind natürlich jetzt auch die Kammern einzuschließen. Wenn sich die Kammern auf eine Version geeinigt haben, muss man noch einmal mit den Fachverbänden und den Berufsverbänden zusammenkommen. Ich sage Ihnen ganz glatt: Das wäre bei einem papiergestützten Verfahren nicht möglich gewesen. Es geht gar nicht, aus einer Regalwand von DIN-A4-Ordnern jeweils die passende Eingabe herauszufinden. Wir haben in der Vergangenheit häufig erlebt, dass, wenn wir auf dem Ärztetag donnerstags über die Weiterbildungsordnung abgestimmt haben, am folgenden Montag ein Sturm der Entrüstung losbrach, weil alle registriert haben, da gibt es etwas Neues. Die haben es zunächst gar nicht mitbekommen. Bei diesem transparenten Verfahren können wir, wenn wir Glück haben und wenn die Damen aus dem Weiterbildungsdezernat nicht unter der Last zusammenbrechen – die Gefahr besteht immer; wir werden versuchen, sie möglichst aufrechtzuhalten −, das ehrgeizige Ziel 2014 erreichen.

Sie sehen in der Übersicht einen kleinen Pfeil, der die Option eines Abschlusses 2015 offenhält. Auch hier geht Qualität vor Schnelligkeit. Wir werden nichts verabschieden lassen und verabschieden lassen können, was nicht so weit konsentiert ist, dass wir zumindest von der weitgehenden Erreichung unserer hochgesteckten Ziele ausgehen können. Der Zeitplan bleibt bestehen, aber es gibt die Option, dann, wenn es notwendig sein sollte, noch eine zusätzliche Runde zu drehen.

Wir haben den kurzen, knackigen Antrag IV-01 gestellt, mit dem wir Sie bitten, diesen Sachstand zur Kenntnis zu nehmen, uns das Go zu geben, auf dieser Basis weiterzuarbeiten, sodass wir im Idealfall im nächsten Jahr in Düsseldorf eine konkrete Novelle werden vorlegen können. Sie sind da nicht außen vor; gerade Ihre Verbände und Fachgesellschaften sind immer in das Verfahren einbezogen. Das heißt, es wird nichts ohne die Kenntnis derer gemacht, die betroffen sind.

Es ist mir ein großes Anliegen, unter diesem Tagesordnungspunkt auch auf die Evaluation der Weiterbildung einzugehen. Sie haben eben mehrfach von mir gehört, dass wir 2009 und 2011 zusammen mit der Technischen Hochschule Zürich eine Evaluation durchgeführt haben. Das war eine Zusammenarbeit, die sich immer gut gestaltet hat. Gerade Professor Siegrist hat uns da nach Kräften unterstützt. Wir haben im Laufe der Zeit gesehen, dass das, was die Schweizer als für sich optimal ansahen, nicht immer das war, was unseren Bedarfen entsprach. Immer dann, wenn wir sowohl bei der Konzeption des Fragenkatalogs als auch anschließend bei der Auswertung Sonderwünsche hatten, war es teuer. Es wurde immer teurer. Im November 2011 wollten wir auch auf Wunsch des Ärztetages eine bestimmte Sonderauswertung durchführen. Das Ganze sollte kostenmäßig im fünfstelligen Bereich liegen. Wir haben uns dann einvernehmlich getrennt, zumal wir auch inhaltlich zunehmend Probleme mit der 1 : 1-Übernahme des Schweizer Katalogs gesehen haben.

Sie müssen dazu auch wissen: Die Befragung der Befugten war nur bei uns. Die Schweizer tun dies nicht, sie befragen nur die Weiterbildungsassistenten. Die Schweizer haben nie die elektronische Form gewählt, sondern haben das Ganze immer in Papierform abgewickelt. Es gab gute Gründe, im Dezember die Zusammenarbeit in aller Form aufzukündigen. Man hat uns erlaubt, noch bis März mit der Plattform zu arbeiten und alle Daten, die wir brauchten, zu importieren.

Dass es bei uns weitergeht, war und ist keine Frage. Wir haben uns entschlossen, zunächst einmal die Ergebnisse zu evaluieren – das geht nicht von heute auf morgen – und dann aufgrund der Evaluation einen neuen, auf deutsche Verhältnisse zugeschnittenen Fragenkatalog zu erstellen. Das war Mitte 2012.

2013 wäre die nächste Befragung fällig gewesen. Das konnten wir parallel zu dieser Arbeit, die Sie gerade gesehen haben, die in der Präsentation vielleicht banaler aussieht, als sie ist, mit dem vorhandenen Personal nicht leisten. Also haben wir zunächst einmal gesagt, dass wir es 2013 nicht schaffen. 2014 war die Situation im Grunde genommen schon durch die derzeitigen Verhältnisse infrage gestellt. Es heißt immer: Wir haben das aus Kostengründen gecancelt. Ein Körnchen Wahrheit ist immer an solchen Gerüchten. Natürlich hatten wir Kosten eingestellt, die dann frei wurden. Aber wir hätten es auch rein kapazitätsmäßig nicht schaffen können.

Nun wird es folgendermaßen weitergehen. Die Bundesärztekammer ist ja eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern. Hier hat sich dieser Status der Arbeitsgemeinschaft besonders bewährt. Eine Anzahl von Landesärztekammern hat sich

bereit erklärt, diesen Fragenkatalog in Abstimmung mit uns zu entwickeln und 2014 in allen Kammern, die das für sich mit eigenem Personal und eigenem Aufwand betreiben können, die Evaluation durchzuführen. Das Problem ist, dass nicht schon alle Kammern im Bundesgebiet ein eigenes Portal haben. Die nächste Erhebung soll über die Kammerportale erfolgen.

Diejenigen, die die Voraussetzungen aufweisen, führen 2014 über ihr Kammerportal diese Pilotierungsbefragung. Diese Pilotierung dient uns dann 2015 bei der nächsten bundesweiten Befragung. 2015 ist gesetzt. Auch diejenigen Kammern, die 2014 das Pilotprojekt umsetzen, haben uns fest zugesichert: Auch wenn nur ein Jahr Zwischenraum ist, beteiligen sie sich auch 2015 wieder. Dann hätten wir eine komplette bundesweite Erhebung präsent.

Jetzt noch die Anmoderation zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung. Wir haben im vergangenen Jahr von Ihnen den Arbeitsauftrag mitbekommen, uns Gedanken zu machen, wie die ambulante Weiterbildung umgesetzt werden könnte und wie man vor allem die Finanzierung umsetzen könnte. Es hat sich eine Unterarbeitsgruppe gebildet, die aus dem Ausschuss „Ambulante Versorgung“, dem Ausschuss „Krankenhaus“ und dem Weiterbildungsausschuss besteht. Wir waren laufend im Gespräch mit der KBV; über den Ausschuss „Ambulante Versorgung“ war die KBV natürlich kooptiert und über die einzelnen Schritte informiert. Es bestand also eine breite Entscheidungsbasis.

Das entscheidende Problem ist – das können Sie auch unserem Antrag entnehmen −, dass die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung nicht so erfolgen kann, wie sie im stationären Bereich erfolgt, dass da nämlich der Assistent mit seiner Arbeitskraft, die er als Arzt einbringt, beteiligt ist. Das ist ein manchmal ganz schwieriger Drahtseilakt, denn je mehr man eine strukturierte Weiterbildung fordert, desto mehr Arbeitskraft geht im Krankenhaus verloren. Man muss sehr vorsichtig sein, dass man da die Balance hält. Mit dieser Arbeitskraft, die er dort abliefert, finanziert der Assistent letztendlich seine Weiterbildung.

Das geht in der Ambulanz nur sehr beschränkt. Zwar kann der Praxisinhaber die Leistungen, die ein Weiterbildungsassistent dort abliefert, als persönliche Leistungserbringung abrechnen, aber nur bis zu einem gewissen Grade, nämlich bis zu 3 Prozent Steigerungsvolumen. Damit kann man natürlich keinen Weiterbildungsassistenten finanzieren.

Deshalb war die Basis des Vorschlags des Arbeitsgremiums, dass man zumindest den Versuch machen sollte, die Bedingungen, unter denen die Weiterbildung in der stationären Versorgung finanziert wird, auch weitestgehend in der ambulanten Versorgung herzustellen.

Dazu gibt es einen weiterführenden Antrag, der zu diesem Antrag des Vorstands, basierend auf dem Ergebnis der Arbeitsgruppe, von der KBV in ihrer Vertreterversammlung beraten worden ist. Ich denke, dass Herr Köhler jetzt oder später auch noch etwas dazu sagen wird.

Ich bedanke mich auf jeden Fall dafür, dass Sie mir so lange so aufmerksam zugehört haben. Der Saal ist noch gut gefüllt. Ich denke, das ist nicht nur deshalb so, weil Sie anschließend unbedingt mitdiskutieren müssen, sondern auch deshalb, weil etwas von dem, wovon ich berichtet habe, nicht ganz uninteressant war.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Franz, für diese ausführliche Darstellung. Er hat gemeinsam über die Tagesordnungspunkte a) und b) berichtet. Gleichwohl schlage ich Ihnen vor, dass wir über diese beiden Tagesordnungspunkte getrennt diskutieren.

Ich frage Herrn Andreas Köhler, ob er jetzt oder lieber später das Wort haben möchte. – Herr Köhler wird sich später, wenn wir in den Punkt b) einsteigen, zu Wort melden.

Wir können jetzt in die Diskussion einsteigen. Es gibt bereits eine lange Rednerliste. Deshalb verwundert es mich gar nicht, dass schon gleich der erste Geschäftsordnungsantrag vorliegt. Herr Lücke aus Niedersachsen hat den Geschäftsordnungsantrag gestellt, den er Ihnen jetzt vortragen wird. Jetzt raten Sie mal, was er will!

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Nachteil, wenn man im Plenum in der ersten Reihe sitzt, besteht darin, dass man nicht sieht, was hinter einem passiert. Ein weiterer Nachteil ist, dass man auf der Anzeige sieht, was sich bei der Rednerliste tut. Wenn ich richtig gezählt habe, werden wir auch bei einer Redezeitbegrenzung auf drei Minuten nicht um 18 Uhr fertig sein. Trotzdem bitte ich darum, die Redezeit auf drei Minuten zu beschränken, allerdings mit einer Ausnahme: Ich glaube, der Respekt gegenüber unserer Schwesterkörperschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, gebietet es, dass Herr Köhler hiervon ausgenommen wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Es ist eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beantragt.

(Zurufe)

− Zwei Minuten? Herr Lücke hat drei Minuten beantragt. Nun gibt es den Antrag auf zwei Minuten. Der weitergehende Antrag ist, die Redezeit auf zwei Minuten zu begrenzen. Sie sollten jetzt sehr prüfen, inwieweit Sie sich auch in Ihren eigenen Rechten beschneiden. Wir haben hier ein schwieriges Thema. Wir wollen es auch ausdiskutieren. Ich finde, die Redezeitbegrenzung strukturiert das Ganze hervorragend. Aber wenn man es zu knapp macht, dann gibt es Probleme, seine Inhalte darzustellen. Mancher hat nur jetzt die Chance, seine Inhalte darzustellen.

(Beifall)

Es ist der Antrag auf Redezeitbegrenzung von zwei Minuten gestellt. Wer möchte die Redezeit auf zwei Minuten begrenzen? – Das sind einige. Wer möchte das nicht tun? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte die Redezeit auf drei Minuten begrenzen? –

Das ist die Mehrheit. Wer möchte das nicht tun? – Das sind einige. Dann haben wir die Redezeit auf drei Minuten begrenzt.

Das Wort hat jetzt Frau Privatdozentin Claudia Borelli aus Bayern.

PD Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Dr. Bartmann, ich möchte Ihnen dafür danken, dass Sie die Weiterbildung in Teilzeit und die Flexibilisierung der Weiterbildung als wichtiges Thema für die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung erkannt haben. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt, der in den nächsten Jahren einer der Knackpunkte im Hinblick auf den Ärztemangel und den erhöhten Frauenanteil unter den Medizinern werden kann.

Ich möchte auf den Antrag IV-11 von Frau Haus hinweisen. Liebe Delegierte, ich möchte Sie bitten, ihn positiv zu bescheiden. Es geht auch um das Thema Weiterbildung in Teilzeit und dass es dort auch eine strukturierte Weiterbildung geben muss. Es ist heutzutage ja häufig noch so, dass man ab dem Moment, da man seine Vollzeittätigkeit aufgrund familiärer Verpflichtungen beenden muss, in einer Sackgasse der jeweiligen Abteilung landet und dadurch die Weiterbildung nicht beenden kann. Da müssen wir Abhilfe schaffen und darauf muss die neue Weiterbildungsordnung Rücksicht nehmen. Es ist einfach nicht hinnehmbar, dass es ein solches Potenzial von Ärztinnen und Ärzten gibt, die aufgrund einer wirklich überholten Denke von Verwaltungen und Chefs nicht abschließen können.

Ich möchte Sie um Zustimmung zum Antrag IV-11 bitten und danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Claudia. – Nächster Redner ist der Kollege Wolfgang Wesiack aus Hamburg.

Dr. Wesiack, Hamburg: Lieber Herr Bartmann! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Erst einmal ganz herzlichen Dank für diese ungeheure Arbeit. Bitte schließen Sie auch Frau Güntert und die anderen Mitarbeiter des Weiterbildungsdezernats in den Dank mit ein. Was sie geleistet haben, ist unglaublich.

(Beifall)

Der Antrag IV-36 kommt ganz bescheiden daher und ist doch etwas Besonderes. Zum ersten Mal haben der Berufsverband Deutscher Internisten, der Deutsche Hausärzteverband, der Hartmannbund und der Marburger Bund gemeinsam im Vorfeld beraten: Was kann und soll passieren? Herr Bartmann hat mir schon signalisiert, dass er mit diesem Antrag gut leben kann.

Warum wollen wir die (Muster-)Weiterbildungsordnung überprüfen? Wir sind bei Modulen gestartet, sind dann zum Kompetenzlevel gekommen – das ist aber mehr ein erkenntnistheoretisches Modell −; dann sind wir bei der Kompetenzebene zwischengelandet und haben im Augenblick den Kompetenzbegriff nach Hutter 2004.

Man muss jetzt dieses Konzept überprüfen, ob es sich grundsätzlich für eine Novellierung, und zwar für alle Fachgebiete, eignet, insbesondere in der Allgemeinmedizin, aber auch in der Inneren Medizin, die mehr auf die Breite abgestellt sind. Sie kennen die Schwerpunkte in der Inneren Medizin. Man muss sich in der Tat überlegen, ob das die richtige Struktur ist.

Deswegen haben wir gemeinsam folgende Essentials aufgestellt, die überprüft werden müssen. Es muss diese qualifizierte Weiterbildung in einer angemessenen Weiterbildungszeit abgeleistet werden können. Ferner müssen ambulante Versorgungsinhalte in die Weiterbildung. Wir haben auf die Diskussion fakultativ/obligat an dieser Stelle verzichtet. Aber es müssen die notwendigen Inhalte abgebildet werden.

Wir brauchen eine rechtssichere Definition der Fachgebietsinhalte und -grenzen über dieses System. Wir brauchen eine sozialrechtliche Konsequenz mit rechtssicherer Definition der Leistungsinhalte. Wir brauchen auch den Erhalt der fachlichen Identität der Fachgebiete und der Schwerpunkte.

Deswegen haben wir gesagt: Nicht nur die Bundesärztekammer, sondern auch die Landesärztekammern und die Berufsverbände werden aufgefordert, das gemeinsam zu überprüfen. Erst dann, wenn es überprüft worden ist, kann durch den Deutschen Ärztetag nach gemeinsamer Festlegung dieser Struktur eine Verabschiedung erfolgen. Ich möchte Sie bitten, dem Antrag 36 zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Wolfgang. – Nächster Redner ist der Kollege Joachim Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu den Anträgen 31 und 29. Dort werden eine ständige Evaluation und eine regelmäßige Weiterbildungsevaluation gefordert. Dagegen ist nichts einzuwenden. Im Gegenteil, es ist absolut notwendig. Die Frage ist: Muss dies, wie es hier gefordert ist, grundsätzlich und immer auf der Ebene der Bundesärztekammer erfolgen? Herr Bartmann hat in seinen Ausführungen deutlich gemacht, dass das aus verschiedenen Gründen im Jahr 2013, möglicherweise auch 2014, nicht unbedingt sinnvoll durchgeführt werden kann.

Also werden die Landesärztekammern selbstverständlich diese dauernde Evaluation vornehmen und die Ergebnisse entsprechend auf Bundesebene zur Verfügung stellen.

Warum sage ich das? Ich sage es, weil auf der einen Seite auf Bundesebene die bereits angedeutete Möglichkeit besteht, dass die Dezernate überfordert sein könnten. Auf der anderen Seite ist es gar keine Frage, dass dies mit Kosten verbunden ist. Das wurde schon angedeutet; ich will es etwas deutlicher machen. Die Programme, die aufgekauft wurden und die man mit der Schweiz zusammen entsprechend bearbeitet hat, haben die Bundesärztekammer nur im externen Bereich 300.000 Euro

gekostet. Auf bayerischer Ebene haben wir zusätzlich noch einmal 80.000 Euro in diesen Bereich gesteckt, sicherlich gut angelegt.

Es wäre gewiss sinnvoll, wenn man die Entwicklung der Finanzen auf der Bundesebene betrachtet, wenn wir uns bescheiden könnten und – wenn keine Argumente in der nächsten Zeit vorgetragen werden, die mich widerlegen könnten – über einen entsprechenden Zeitraum die Landesärztekammern diese Aufgaben für die Bundesärztekammer übernehmen könnten. Es wäre schade, wenn die anderen Bereiche aus diesen Anträgen nicht weiter verfolgt werden könnten, weil man diesen Bereich der ständigen Evaluation, bezogen auf die Bundesärztekammer, nicht herausnähme.

Ich danke Ihnen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Calles. Herr Calles ist der Repräsentant der Bayerischen Landesärztekammer in der Finanzkommission. Deshalb hat er hier auch höhere Kenntnisse. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist unser Kollege Helmut Müller aus Bayern.

Dr. Müller, Bayern: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Ihr Augenmerk auf den Antrag IV-24 richten, überschrieben mit:

> *(Muster-)Weiterbildungsordnung – Richtlinien Weiterbildungsbefugte*

Ich denke, dies ist ein ganz wichtiger Antrag, den anzunehmen ich Sie bitte. Der Antragstext lautet:

> *Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) auch grundsätzliche Empfehlungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis und für die Durchführung der Weiterbildung in Praxis und Klinik zu erarbeiten …*

Ich denke, es ist ein ganz wichtiges Qualitätskriterium, hier auch klarzustellen: Was muss der Weiterbilder letzten Endes mitbringen?

Dieser Antrag hat auch eine Vorgeschichte. Er wurde bereits vor zwei Jahren auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel gestellt. Der Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ hat in seiner unermesslichen Weisheit beschlossen, dass dieses Thema bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wieder aufgegriffen werden könne, was hiermit geschieht. Ich bitte Sie, wie gesagt, diesem Antrag zuzustimmen und ihn nicht an den Vorstand zu überweisen, selbst wenn nachher bei der Abstimmung etwas Zeitnot herrschen sollte. Es ist wirklich wichtiges Handwerkszeug auch für die Kammern, Kriterien für die Beurteilung und die Bedeutung der Weiterbildungsbefugnisse an der Hand zu haben.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Müller. – Bernd Zimmer aus Nordrhein ist der nächste Redner.

Zimmer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Lieber Herr Bartmann, vielen Dank für die wirklich tolle Präsentation. Nachdem ich einer der von dieser Pyramide schmerzhaft Berührten bin, hat mir besonders gut gefallen, wie Sie diese schöne bunte Schokolade entwickelt haben, mit der verschiedene Bereiche in verschiedener Breite und Abfolge passiert werden können. Ich fühle mich da wohl. Im Ergebnis ist der Antrag IV-36, den Herr Wesiack schon zu einem großen Teil vorgestellt hat, mit diesem Projekt sicherlich gut abdeckbar.

Ich möchte darauf hinweisen, dass dem Antrag 36 ja 35 Anträge vorangehen. Ein größerer Teil davon würde mit dem Antrag 36 abgefangen, weil es zumeist um einzelne Facetten geht.

Ich glaube, dass mit dem von Ihnen vorgestellten Projekt eine Menge von Befindlichkeiten ausgeräumt sind. Diese Levels, die eigentlich Bereiche waren und nicht hierarchische Strukturen, sind damit ja aus dem Raum. Ich glaube, die Inputs, was die Fachgesellschaften haben wollen, sind reichlich vorhanden, sodass man die jetzt hier aufgeworfenen Kriterien der Prüfung gut abarbeiten kann. Da muss man niemanden mehr fragen. Da haben Sie schon genügend Material; das glaube ich auch. Ich denke, wir sind hier auf einem guten Weg. Ob es bis zum nächsten Jahr gelingt oder ob es ein Jahr später ist, das sollten wir dahingestellt lassen.

Da meine Redezeit noch nicht abgelaufen ist, möchte ich kurz Herrn Calles helfen. Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein hat eine mögliche vorgezogene Evaluation im Kammerberitt beschlossen und die Mittel dafür bereitgestellt. Es ist ausdrücklich Vorstandsbeschluss, dass die anderen Kammern gern an den zu entwickelnden Fragemodulen und den dort hinterlegten technischen Möglichkeiten teilhaben können. Da gibt es keine Urheberrechte oder etwas Ähnliches. Wenn also in Bayern Bedarf besteht, sind Sie herzlich willkommen. Die in Westfalen tun es auch. Dann passt das schon. Zusammen wird die Sache gut. Wir werden die Haushalte unserer Kammern gut entlasten und es für die Bundesärztekammer nicht teurer werden lassen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernd Zimmer. – Der Kollege Bärtl aus Bayern hat zur Geschäftsordnung ums Wort gebeten.

Dr. Bärtl, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe einen Antrag zur Geschäftsordnung. Ich bitte Sie, aus Rücksicht auf Herrn Dr. Köhler, der sich den ganzen Tag freigenommen hat und morgen nicht zur Verfügung steht, die Debatte zu Tagesordnungspunkt IV a) zu unterbrechen, obwohl sie sehr wichtig ist, und jetzt den Tagesordnungspunkt IV b) einschließlich der Diskussion vorzuziehen, da uns der Referent jetzt zur Verfügung steht und morgen nicht anwesend wäre.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist der Antrag gestellt, jetzt die Debatte zu Tagesordnungspunkt IV a) zu unterbrechen und in den Tagesordnungspunkt IV b) einzutreten und hinterher wieder zu Tagesordnungspunkt IV a) zurückzukehren. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stelle ich jetzt zur Abstimmung: Wer den Tagesordnungspunkt IV a) jetzt unterbrechen und in die Diskussion zu Tagesordnungspunkt IV b) eintreten möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer möchte das nicht, sondern jetzt mit Tagesordnungspunkt IV a) fortfahren und danach in die Behandlung des Tagesordnungspunkt IV b) eintreten? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen.

Wir können jetzt in die Diskussion zu Tagesordnungspunkt IV b) – Ambulante Weiterbildung – eintreten. Ich frage Herrn Köhler, ob er zu Beginn sprechen möchte. – Ja. Herr Köhler wird jetzt mit Ihrer Genehmigung zu uns sprechen. Es ist zum gesamten Tagesordnungspunkt IV Redezeitbegrenzung beschlossen. Sie gilt also auch hier, aber mit Ausnahme von Herrn Andreas Köhler. Das ist vorhin ausdrücklich so formuliert worden.

Andreas, du hast das Wort.

Dr. Köhler, geladener Gast: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu einem Antrag, der, glaube ich, Ihnen im Moment ausgeteilt wird, den wir aber auch an die Delegierten des Deutschen Ärztetages versandt haben und dessen Inhalt die Vertreterversammlung der KBV am Montag einstimmig beschlossen hat. Dieser Antrag ist ein Ergänzungsantrag zum Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zum Tagesordnungspunkt IV b). Herr Bartmann hat dazu freundlicherweise ausgeführt.

Worum geht es in diesem Antrag? Es geht uns darum, dass Sie als Deutscher Ärztetag eine auf die nur in der ambulanten Versorgung vermittelbaren Kompetenzen und Inhalte beschränkte ambulante Pflichtweiterbildung beschließen. Es geht uns nicht um Zeiten. Aber es gibt heute viele Krankheitsbilder, Therapien, Operationen, die fast ausschließlich in der ambulanten Versorgungsstruktur angeboten werden und für die eine solche ambulante Weiterbildung notwendig ist. Nur um diese geht es uns.

Woran scheitert es? Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist doch das Henne-Ei-Problem: Solange Sie, der Deutsche Ärztetag, nicht klar sagen, das soll eine ambulante Pflichtweiterbildung werden, wird es uns nicht gelingen, was aber absolut notwendig ist, dass wir eine im Gesetz verankerte Finanzierung dieser Pflichtweiterbildung sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich erhalten. Darum geht es.

(Beifall)

Wenn Sie diese Finanzierung nicht regeln, werden wir, glaube ich, im Laufe der Jahre durch die zunehmende Ambulantisierung der Medizin Schwierigkeiten bekommen.

Deshalb sagt unser Antrag ausdrücklich: Wir bitten den Deutschen Ärztetag, diese ambulante Pflichtweiterbildung zu beschließen. Aber er sagt nicht, dass Sie diese sofort in der (Muster-)Weiterbildungsordnung und in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern umsetzen sollen, sondern erst dann, wenn es uns gelungen ist, die notwendige Organisationsstruktur, die Weiterbildungsstellen und die gesetzliche Regelung zur Finanzierung zu erreichen. Das lesen Sie sehr eindeutig in

Punkt 2 des Antrags und in Punkt 2 des Beschlusses der Vertreterversammlung. Dieser Umsetzungsvorbehalt bezieht sich auch nur auf das Thema ambulante Pflichtweiterbildung und nicht auf die anderen Sachverhalte, die Herr Bartmann vorgetragen hat.

Im Weiteren führt der Beschluss einige Aspekte aus, die wir aus der Diskussion wahrgenommen haben, die ich noch kurz darstellen muss, weil die Legendenbildung vielfach ist. Ich glaube, man muss hier Transparenz schaffen.

Natürlich soll auch im ambulanten Versorgungsbereich dem weiterzubildenden Arzt die Wahl der Weiterbildungsstätte freigestellt sein. Natürlich können dies nur weiterbildungsrechtlich zugelassene Weiterbildungsstätten sein.

Wir müssen eine Regelung finden, die den Status des weiterzubildenden Arztes in der ambulanten Versorgung regelt. Da gibt es zwei Modelle. Das eine Modell ist, dass man sagt: Der weiterzubildende Arzt soll Leistungen abrechnen können, die ihm auch unmittelbar vergütet werden. Meine Damen und Herren, das geht im Vertragsarztrecht nicht, weil dies eine Frage des Facharztstatus und des Facharztstandards in der ambulanten Versorgung ist. Sie finden in Punkt 5 eine Regelung für den Status. Wir wollen diese Leistungen der Weiterbildungsstätte zuordnen und können damit das Thema Facharztstatus beibehalten.

In einem weiteren Punkt greift dieser Beschluss etwas auf, was in den letzten Tagen immer wieder diskutiert wurde. Ich erkläre hiermit für meine Vertreterversammlung und für alle Kassenärztlichen Vereinigungen, dass es nicht die Absicht ist, sich in das Weiterbildungsrecht einzumischen.

(Beifall)

Deshalb haben wir ganz bewusst in einem Punkt 6 gesagt, dass bei den Landesärztekammern – da steht nichts von Kassenärztlichen Vereinigungen – „Organisationsstellen ambulante Weiterbildung“ genutzt werden sollen. Diese sollen gewährleisten, dass die Weiterbildungsinhalte im ambulanten Bereich vermittelt werden und ein reibungsloser Übergang ohne Unterbrechung zwischen den Weiterbildungsstätten möglich wird.

Hier steht nichts von Kassenärztlicher Vereinigung. Wir haben überhaupt nicht die Absicht, uns an dieser Stelle unmittelbar einzumischen, weil das immer bedeuten würde, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen mitreden. Und das will niemand.

(Beifall)

Auch in Punkt 7 unseres Beschlusses nehmen wir eine Diskussion auf. Wir wollen, dass dem weiterzubildenden Arzt in einer ambulanten Weiterbildungsstätte garantiert wird, dass er mindestens die gleichen finanziellen Rahmenkonditionen wie im Krankenhaus vorfindet. Wir sind gegen diesen finanziellen Bruch. Wir wollen gemeinsam mit der Bundesärztekammer und mit dem Marburger Bund dazu eine Rahmenvereinbarung abschließen, die dies sicherstellt. Wir verpflichten uns mit diesem Beschluss, diese Rahmenvereinbarung eins zu eins umzusetzen und damit die Verbindlichkeit im KV-System und damit für die Weiterbildungsstätten herzustellen.

Wenn es denn darum geht, dass wir hier das Institut einer Tarifpartnerschaft zwischen dem Marburger Bund und dem KV-System etablieren wollen, um auch diese finanziellen Konditionen weiterzuentwickeln: Hier stehe ich und sage dem Marburger

Bund zu, dass wir das etablieren können. Das bedarf aber noch einer rechtlichen Prüfung, inwieweit wir als Körperschaft des öffentlichen Rechts diese Funktion wahrnehmen können. Aber mit diesem Punkt 7 ist aus meiner Sicht ein entsprechender Wille dokumentiert.

(Beifall)

In Punkt 8 wollen wir, dass auch Ärzte in Weiterbildung in unserer Struktur eine Plattform finden, wo sie ihre Interessen direkt einbringen können. Deshalb schlagen wir einen Beratenden Fachausschuss vor, wie wir ihn für die Hausärzte und für die Fachärzte bereits haben.

Punkt 9 regelt eine Diskussion, die heute schon an verschiedenen Stellen begonnen hat. Es geht um die Frage: Wie können wir den Aufwand der Weiterbildungsstätte finanzieren? Wir schlagen nicht vor, den Leistungsumfang der Praxis auszudehnen. Wir schlagen vor, Zuschläge zum Orientierungswert – das mag sehr technisch für Sie sein – zu vereinbaren. Beides führt dazu, dass der finanzielle Aufwand der Weiterbildungsstätte finanziert wird. Dazu brauchen wir eine gesetzliche Klarstellung. Es ist unsere Absicht, so Sie das beschließen, im Fahrwasser eines solchen Beschlusses in einer anstehenden Reformgesetzgebung eine entsprechende Klarstellung an der entsprechenden Stelle im SGB V einzubinden.

Letztlich geht es um die Frage der Finanzierung des Organisationsaufwands – sprich: der Organisationsstellen bei den Landesärztekammern −, der Finanzierung der Vergütung des Arztes in Weiterbildung in der ambulanten Versorgung und der Finanzierung des Aufwands der Weiterbildungsstätte.

Meine Damen und Herren, die Aufrechterhaltung einer wohnortnahen flächendeckenden ambulanten Versorgung ist eine Aufgabe dieser Gesellschaft. Sie will, dass ihre chronisch kranken älteren Menschen im häuslichen und sozialen Umfeld versorgt werden. Deswegen ist unsere Forderung, dass diese drei Aufgaben aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Das ist die Stelle, aus der diese Mittel entnommen werden müssen. Sie kennen das Verfahren vielleicht aus den Programmpauschalen, die die Krankenkassen erhalten.

Das ist nichts Neues und technisch auch nicht sehr anspruchsvoll. An dieser Stelle müssen wir Vereinbarungen schließen, wie die Mittel aus dem Fonds zu den KVen, zur Weiterbildungsstätte und zum weiterzubildenden Arzt kommen. Das klären wir eineindeutig in einem Punkt 10.

Dazu wollen wir auch Transparenz herstellen gegenüber dem Bundestag und gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium. Wir wollen eigentlich, wenn das etabliert ist – so lange wollen wir das Förderprogramm Allgemeinmedizin beibehalten −, dieses Programm dadurch ersetzen. Es kann nämlich nicht angehen, dass auf Dauer durch das Förderprogramm Allgemeinmedizin aus den Vergütungen der niedergelassenen Ärzte die Weiterbildung finanziert wird.

(Beifall)

Deshalb fokussiert der Antrag ganz klar auf den Gesundheitsfonds und bietet dazu, wie ich meine, einen entsprechenden klaren Struktureffekt.

Lassen Sie mich zum Ende eines sagen: Wir können heute wieder, wie Sie das in Nürnberg getan haben, sagen: Erst einmal müssen diese Dinge geregelt sein, dann

fassen wir einen Beschluss. So funktioniert das nicht. Entweder gibt es den Rückhalt des Deutschen Ärztetages oder es wird uns beim Gesetzgeber nie gelingen. Das Zeitfenster wird sich wieder öffnen, weil es nach einem Regierungswechsel immer eine Reformgesetzgebung gibt. Wenn wir das einbringen, werden wir gefragt: Ist das eine Pflichtweiterbildung? Je länger Sie damit warten, desto mehr wird die Ambulantisierung von Krankheitsbildern und Inhalten der Weiterbildung problematischer werden.

Deswegen darf ich Sie im Auftrag meiner Vertreterversammlung bitten und appelliere an Sie: Fassen Sie einen solchen Beschluss, der uns die Möglichkeit gibt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Der Beschluss bedeutet nicht, dass es einen Flaschenhals gibt. Die Umsetzung erfolgt erst, wenn diese Rahmenbedingungen geschaffen sind. Bis dahin muss man sicherlich warten mit einer unmittelbaren Änderung in der (Muster-)Weiterbildungsordnung und in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern. Wir wollen keinen Flaschenhals. Wir schaffen mit diesem Ergänzungsantrag keinen Flaschenhals. Sie geben uns die Möglichkeit, ein drängendes und dringendes Problem zu lösen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas Köhler, für die Darstellung dieses Antrags. – Jetzt treten wir in die Diskussion ein. Es gilt die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Der erste Redner ist Andreas Botzlar, stellvertretender Vorsitzender des Marburger Bunds, Bundesverband.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir werden in den nächsten Jahren eine Weiterbildungsordnung beschließen, die auf den Erwerb von Kompetenzen aufgebaut ist. Da wird es Kompetenzen geben, die sich nur im stationären Bereich werden erwerben lassen, es wird Kompetenzen geben, die sich nur im ambulanten Bereich werden erwerben lassen. Es wird wahrscheinlich sehr viele Kompetenzen geben, die sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich werden erwerben lassen. Dieses wird von Fach zu Fach, von Gebiet zu Gebiet äußerst unterschiedlich ausgeprägt sein. Damit ist meines Erachtens alles geregelt.

Bei dem, was gerade vorgetragen worden ist, muss ich sagen: Die Worte höre ich wohl, aber mir fehlt der Glaube. Das, was geschrieben steht, ist das Gegenteil dessen, was Sie gerade ausgeführt haben.

(Beifall)

Sie schaffen Flaschenhälse. Wir sagen als tarifpolitisches Credo immer, Arzt ist Arzt ist Arzt, alle müssen gleich behandelt werden. Sie wollen ja nicht einmal mehr diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die die Weiterbildung durchlaufen sollen, als Ärzte behandeln. Sie wollen sie anders bezeichnen. Das ist der Anfang vom Einstieg in den Arzt in Weiterbildung, der am Ende auf kontingentierten Weiterbildungsstellen sitzt und irgendwo durch muss, egal zu welchen Konditionen, weil er sonst nie fertig wird.

(Beifall)

Das müssen wir ablehnen. Wir müssen das verhindern. Für mich und für uns als Verband wäre dieses tatsächlich der Casus belli, und zwar an allen Fronten, an dieser Front und an allen anderen Fronten, die uns zum Bespielen zur Verfügung stehen. Nur über unsere Leiche gibt es den Arzt in Weiterbildung!

(Widerspruch – Pfiffe)

Das möchte ich in dieser Deutlichkeit hier sagen, damit wir wissen, worüber wir in den nächsten Minuten und Stunden diskutieren werden. Man muss immer das Prinzip beachten: Attraktion vor Repression. Sie werden doch nicht ernsthaft glauben, dass die nachwachsenden Kollegen, die gerade erst verhindert haben, dass ein Pflichttertial oder Pflichtquartal in Allgemeinmedizin eingeführt wird, sich bieten lassen, durch irgendwelche Pflichtweiterbildungen geschleust zu werden! Lesen Sie in der 22. Ausgabe des „Deutschen Ärzteblatts“ die Seiten 1101 und 1102, die Leserbriefe, die dort abgedruckt sind. So ist die Stimmungslage an der Basis. Die müssen Sie bitte beachten.

Danke, dass Sie mir zugehört haben.

(Lebhafter Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Jetzt steigt die Betriebstemperatur ein bisschen. Das ist auch ganz gut für die Debatte. Danke, Andreas, dass du uns angeheizt hast. – Der nächste Redner ist Dirk Heinrich, Vorsitzender des NAV-Virchow-Bunds und Delegierter der Ärztekammer Hamburg.

Dr. Heinrich, Hamburg: Ist es jetzt Schicksal oder Fügung, dass ich direkt nach Andreas Botzlar sprechen darf?

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Darüber können wir uns später mal unterhalten.

(Heiterkeit)

Dr. Heinrich, Hamburg: Das werden wir tun. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, hier sind ein paar Missverständnisse auszuräumen. Offensichtlich hat Herr Botzlar etwas anderes gelesen als ich. In diesem Antrag, den ich sehr unterstütze und den auch unser Verband sehr unterstützt, ist mitnichten von einem anderen Arztbegriff die Rede. Es wird sich genauso um Assistenzärzte handeln wie auch in der Klinik. Es ist mitnichten beabsichtigt, dass ein Arzt in Weiterbildung geschaffen wird, der irgendwie anders behandelt wird oder funktionieren soll als jetzt in der Klinik.

Auch dieser Arzt wird in der Praxis Arzt sein. Es wird auch keinen Flaschenhals geben, weil genau dieser Antrag den Flaschenhals verhindert, denn er beinhaltet: Erst muss die Finanzierung geregelt werden, dann kann die Pflicht umgesetzt werden. Pflicht, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist auch nichts Neues. Jedenfalls stand in meiner Weiterbildungsordnung, dass ich 150 Tonsillektomien zu machen habe. Mit 149 Tonsillektomien wäre ich niemals Hals-Nasen-Ohren-Arzt geworden. Das ist eine Pflicht.

Wenn sich die Pflicht, wie in diesem Antrag, nur auf Inhalte und Kompetenzen bezieht, ist dies doch selbstverständlich nichts anderes als das, was bisher in jeder Weiterbildungsordnung stand. Unsere Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf einen vollständig weitergebildeten Facharzt. Ein weiterzubildender Arzt hat einen Anspruch auf eine vollständige Weiterbildung. Nichts anderes steht in diesem Antrag. Deshalb schlage ich vor, die Betriebstemperatur wieder herunterzuschalten, den Antrag genau zu lesen und dann zu erkennen, dass dies ein sehr gangbarer Weg ist, um das Problem, das wir haben, nämlich unseren Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung eine vollständige Weiterbildung zu garantieren und unseren Patienten zu ermöglichen, dass sie auf einen vollständig weitergebildeten Arzt treffen, zu lösen.

Deswegen bitte ich sehr darum, diesen Weg mit uns zu gehen und ein deutliches Zeichen dafür zu setzen, dass wir in der Lage sind, auch in Zukunft die Weiterbildung in Deutschland sicherzustellen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Heinrich. – Nächster Redner ist Klaus Thierse von der Ärztekammer Berlin.

Dr. Thierse, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte das, was Herr Botzlar eben gesagt hat, einmal etwas anders ausdrücken. Ich bin gegen eine Pflichtweiterbildung in der Praxis, ich bin aber auch gegen eine Pflichtweiterbildung in der Klinik oder sonst wo, ich bin gegen eine Pflichtweiterbildung nur dort, wo gendermäßig gewechselt wird zwischen Weiterbilderinnen und Weiterbildern. Ich bin gegen eine Weiterbildung, bei der man verpflichtet ist, einmal bei einem Weiterbilder zu sein, der Socken trägt, und einmal bei einem Weiterbilder, der keine Socken trägt.

Es geht um die Sache und um die Frage: Welche Inhalte können wo transportiert werden? Das ist das einzige Kriterium, nach dem wir uns richten müssen.

(Beifall)

Wenn wir daran denken, welche Dinge teilweise aus den Kliniken outgesourct werden müssen – ich denke da an die Radiologie; Herr Präsident, das kennen Sie selber gut genug −, sehen wir, dass es bald relativ wenig Weiterbildungsmöglichkeiten in der Klinik und sehr viele in der Praxis geben wird, die fachlich gar nicht so weit voneinander entfernt sind. Dann gibt es eben nur diese Möglichkeiten.

Sicher wollen wir keine Bezahlung unterhalb der Teppichkante. Wenn ich meinen Umsatz als Orthopäde um 3 Prozent steigern darf, komme ich auf 1.800 Euro im Quartal. Das heißt, ich könnte mit 3 Prozent Umsatzsteigerung einem Weiterbildungsassistenten glatt 600 Euro brutto bieten. Ein gutes Angebot, oder?

Die Politik davon zu überzeugen, dass es nötig ist zu investieren und Geld irgendwoher zu holen, das können wir auch auf einem anderen Weg machen, Herr Köhler. Sie müssen nur eine Arbeitsgemeinschaft innerhalb der KBV schaffen, ähnlich wie es das für die Arzthelferinnen gibt. Dann schließen Sie mit dem Marburger Bund oder

sonst jemandem einen Tarifvertrag, in dem steht, was angestellte Ärzte in der Praxis zu bekommen haben. Dann ist es kein Problem, der Politik klarzumachen, dass Geld her muss, das aber im Moment effektiv nicht vorhanden ist. Aber das sollte man nicht mit solchen Beschlüssen tun, die uns hinterher wieder auf die Füße fallen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus Thierse. – Nächster Redner ist der Kollege Martin Junker aus Westfalen-Lippe.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Zunächst möchte ich meine Anerkennung und Hochachtung aussprechen für den hervorragenden und frei gehaltenen Vortrag von Herrn Bartmann. Das war absolute Klasse. Insofern ist mein Antrag IV-30 fast ein Selbstläufer, ebenso wie eigentlich der Leitantrag des Vorstands und der KBV-Antrag.

Erlauben Sie mir, dass ich meiner Freude darüber Ausdruck gebe, dass nach 19 Jahren vergeblicher Antragstellung zur Notwendigkeit der Weiterbildung in niedergelassener Praxis endlich ernsthaft und einvernehmlich diskutiert wird, auch wenn wir vorhin etwas anderes gehört haben. Die beabsichtigte Differenzierung in eine basis- und eine spezialärztliche fachärztliche Versorgung muss doch eine Basisweiterbildung mit Implementierung des gesamten Grundspektrums des jeweiligen Fachgebiets aufweisen. In Konsequenz könnten eigentlich Fachabteilungen, die eine nahtlose Einfügung der Weiterbildung in der ambulanten Medizin nicht mehr ermöglichen, keine volle Weiterbildungsermächtigung erhalten.

Mit meinem Antrag IV-30, den ich Ihnen zur Annahme empfehle, möchte ich eigentlich nur ein wenig Fahrt in diesen mühsamen Prozess der Änderung der Weiterbildungsordnung bringen. Dieser Zug hat immerhin schon 19 Jahre auf dem Abstellgleis gestanden, ohne dass man die Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine Sonderfahrt geprüft hat. Dabei wäre manchem anderen das Feuer unter dem Kessel ausgegangen.

Eine wesentliche Kritik bezieht sich, wie wir gehört haben, auf die Finanzierung. Aber hier haben unser Kammerpräsident Windhorst und Frau Feldmann von der KBV beispielsweise das Rucksackmodell angesprochen, das ich durchaus gut und diskussionsfähig finde.

Außerdem wird immer der Flaschenhals angeführt. Ich denke, dass manchmal der OP-Katalog, der antiquiert und nicht mehr State of the Art ist, viel eher einen Flaschenhals in der Klinik darstellt. Wir erleben in der Praxis, dass ein Kompressionsverband, der in der Klinik angelegt wurde, miserabel ist. Aber glauben Sie, das hätte noch ein Arzt kontrolliert? Der kann es ja selber nicht mehr, er hat es ja nicht gelernt. Ich kenne keine Universität, die heute noch einen Verbandskurs anbietet. Das lernt man draußen in der Praxis.

Ich möchte fast garantieren, dass wir über das flächendeckende Weiterbildungsverbundsystem, das wir in meiner Bezirksstelle in Südwestfalen haben, eine ausreichende Zahl von Weiterbildungspraxen darstellen können.

Bringen Sie den Zug bitte endlich aufs Gleis, selbst wenn es ein Bummelzug ist, damit es weitergeht und er nicht wieder auf dem Abstellgleis landet.

Im Übrigen noch eine Empfehlung: Wir sollten die von der Politik beförderten Regelungen, die wir erfüllen müssen, die uns vielleicht helfen, den drohenden Ärztemangel in der Peripherie zu verhindern, zum Wahlprüfstein machen. Fragen Sie dieses Jahr Ihren Landtags- oder Bundestagsabgeordneten, wie er dazu steht. Lassen Sie sich Versprechungen geben, möglichst sogar schriftlich, damit wir nicht nächstes Jahr der Politik mit leeren Händen und einer langen Nase gegenüberstehen. Wir müssen jetzt entscheiden, dass wir das wollen. Stimmen Sie deshalb bitte diesen Anträgen zu.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Junker. – Nächster Redner ist Henrik Herrmann aus Schleswig-Holstein.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Lieber Franz! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann die KBV sehr gut verstehen, vor allem weil ich aus einem strukturschwachen Gebiet komme. Es gibt Probleme mit der Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung, Facharztpraxen können schwer nachbesetzt werden und schließlich ist es eine hehre Aufgabe, mehr Geld ins System zu holen. Aber dies alles kann und darf nicht Aufgabe einer Weiterbildungsordnung sein, die ja eine Bildungsordnung sein soll und nicht eine reine Berufsausübungs- und Sicherstellungsordnung.

So sprechen viele Gründe dagegen, in patientennahen Gebieten – gemeint sind im Weiterbildungsrecht damit wohl die Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung – eine ambulante Pflichtweiterbildungszeit einzuführen, wohlwissend, dass es in einigen Gebieten Weiterbildungsinhalte gibt, die nur in der ambulanten Medizin zu erreichen sind. Dies führt schon jetzt zwangsläufig dazu, dass in der ambulanten Medizin die Weiterbildungsbefugnisse verteilt werden und nicht in die Klinik kommen können. Es gibt viele Gründe, die dagegensprechen; seien es die Engpässe, die gerade im ländlichen Bereich auftreten, vielleicht die Abhängigkeiten von externen Geldgebern usw. Das werden nachfolgende Redner noch genau beleuchten.

Ich möchte auf einen anderen Punkt fokussieren, nämlich was wohl die angehenden Kolleginnen und Kollegen dazu meinen, für die wir ja primär die Weiterbildungsordnung machen. Ich bin bei meiner Suche auf „Freundilie“ gestoßen, ein Projekt der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland. „Freundilie“ ist ein Akronym für „Freunde und Familie“. Es geht um die Vereinbarkeit von Beruf und Leben und natürlich um die Arbeitsbedingungen. Die Weiterbildungsordnung betrifft Arbeitsbedingungen.

Ich möchte – vielleicht als ein Novum bei einem dreiminütigen Redebeitrag auf einem Ärztetag – ein kleines Video von „Freundilie“ zeigen.

(Videoeinspielung − Beifall)

Glaubt wirklich jemand in diesem Saal, dass diese äußerst selbstbewusste und vernetzte Medizinergeneration nach mindestens achtjähriger Pflichtschulzeit und mindestens sechsjähriger Pflichtzeit an der Universität noch gewillt ist, im Berufsleben als Ärztin oder Arzt weitere Zwangszeiten von einem Vierteljahr oder einem halben Jahr, egal ob im niedergelassenen Bereich oder woanders, zu durchlaufen? Dies wird genauso wenig funktionieren wie Zwangsverpflichtungen in den ländlichen Raum oder andere Zwänge.

(Beifall)

Wir brauchen intelligente, an Inhalten ausgerichtete Konzepte, wie sie im Antrag IV-03 der Bundesärztekammer hinterlegt sind, und nicht eine Ordre du Mufti, wie es meine Generation leider allzu oft erfahren musste.

Vielen Dank und Entschuldigung, dass ich meine Zeit überzogen habe.

(Lebhafter Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Henrik Herrmann. In der Tat: Es ist eine Novität, dass hier ein Film gezeigt wurde. Es ist ein toller Film, den sich viele von uns sicherlich gern auch für viele andere Zwecke ausleihen würden, weil es eine tolle Darstellung der jungen Generation ist.

(Beifall)

Herr Kollege Fischbach ist der Nächste auf der Rednerliste.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Lieber Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es dauert alles schon so lange. Ich bin hier auf meinem fünften oder sechsten Ärztetag. Wir diskutieren immer wieder dieses Problem, das wir in der Weiterbildung haben, ohne dass wir zu einem Ergebnis kommen. Das ist es, was mich traurig macht. Angesichts dessen finde ich es nicht sonderlich angemessen, wenn hier solche Tiraden wie die von Herrn Botzlar abgeliefert werden, die letztendlich nur zu einer Aufheizung der Stimmung führen, obwohl wir gemeinsam verpflichtet sind, unseren Weiterzubildenden die Möglichkeiten der Weiterbildung zu gewähren.

Ich bin Pädiater und Anästhesist. Als ich nach meiner Klinikzeit in die Praxis ging, hatte ich dort eine Vorsorgeuntersuchung U5 bei einem sechs bis sieben Monate alten Kind durchzuführen. Diese Untersuchung hatte ich noch nie gemacht. Ich konnte sie auch nie gemacht haben, weil das in der Klinik nicht vermittelbar ist. Sechs bis sieben Monate alte Kinder werden eben nicht präventiv in Krankenhäusern vorgestellt.

Auch Impfpläne waren mir weitestgehend unbekannt. Wenn der Prüfer mich hätte herausprüfen wollen, dann hätte er nur das prüfen müssen. In der Neonatologie war ich allerdings spitze.

Nehmen Sie doch bitte einfach mit, dass wir gerade im Interesse der Weiterzubildenden eine vernünftige Lösung brauchen. Wir haben das hier so oft diskutiert.

Nun ist die KBV in fast allen Punkten den Vorstellungen und Kritiken entgegengekommen und hat versucht, Lösungen zu finden. Und wieder reicht es nicht. Ich komme zu dem Ergebnis: Es reicht nie. Wenn man den Willen nicht hat, dann wird man nie zu einem Ergebnis kommen bzw. das Ergebnis kommt von woanders. Ich bitte Sie ganz herzlich, über Ihren Schatten zu springen und dem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Fischbach. – Nächster ist Jens Andrae aus Thüringen.

Dr. Andrae, Thüringen: Herr Montgomery! Herr Bartmann! Herr Köhler! Liebes Gremium! Ich bin begeistert, dass wir uns hier mit dem Thema der ambulanten Weiterbildung beschäftigen. Wir haben uns schon vor Jahren Gedanken darüber gemacht, ob Fachärzte nur an Universitäten ausgebildet werden können. Das war sicher nicht richtig.

Ich bin aber verwundert darüber, dass dieses Thema einen so breiten Raum einnimmt. Wir haben gesehen: Wir wollen uns demnächst an Kompetenzen entlanghangeln. Dem widerspricht ein bisschen das Gewicht dieser Diskussion. Ich finde es trotzdem gut.

Ich habe meine Weiterbildung in einer Praxis begonnen, habe mich später in der Anästhesie weitergebildet. Das, was ich heute tue, wofür ich stehe, hat ganz wesentlich dadurch gewonnen, dass ich damals in der Praxis war. Deshalb möchte ich dafür werben.

Was habe ich damals gelernt? Ich habe die Grundlagen, Fertigkeiten und Kenntnisse in der Anästhesie gelernt. Ich habe darüber hinaus in der Praxis viel mehr als in der Klinik gelernt, welche gesundheitsökonomischen Auswirkungen vermeintliche Alltagsthemen bewirken. Ich habe die ärztliche Kommunikation gelernt. In jedem Logbuch steht, dass wir das lernen müssen. Das lassen wir uns unterschreiben, wenn wir heute eine Facharztprüfung machen. Sie ist offensichtlich nicht selbstverständlich. Ich glaube, in der Praxis bekommt man ein Gefühl dafür.

Heute fragen sich viele Kliniken: Warum schaffen es unsere Ärzte nicht, mit den Patienten in einer Form zu sprechen, dass man sich gegenseitig versteht? Ich glaube, das ist ein Problem. Dafür wird man in der Praxis viel mehr sensibilisiert.

Die Bedeutung des persönlichen Kontakts zu den Patienten habe ich erheblich aus der Praxis mitgenommen, nicht zuletzt auch die Erkenntnis, dass Arbeitsabläufe effektiv zu machen Zeit spart, die man hinterher der Medizin und den Patienten wieder zukommen lassen kann.

Also: Die Weiterbildung in der Praxis ist sexy. Das will ich betonen. Ich möchte, dass wir das, wenn wir uns damit weiter beschäftigen, zum Kernpunkt machen: Weiterbil-

dung in der Niederlassung muss sexy sein. Dann gehen die Leute auch dorthin. Ich war damals Arzt im Praktikum. Das war keine gute Lösung. Aber der AiP soll nicht wiederkommen. Also betonen Sie, dass Sie in den Praxen sehr gut und vermehrt Kenntnisse und Kompetenzen gewinnen im Sinne der Weiterbildungsordnung, die wir gerade bearbeiten. Sie werden eine bessere Weiterbildung bekommen.

Der Weiterzubildende erfährt Effekte, die hinterher für seine klinische Tätigkeit, aber zukünftig vielleicht auch für die Tätigkeit in einer Praxis wertvoll sind.

Ein wesentlicher Anteil ist sicher die Vergütung. Ich glaube, dass der Marburger Bund und die KVen gemeinsame Punkte finden müssen. Vielleicht müssen auch mehr ins Boot. Auch die Krankenhäuser profitieren davon, wenn sie jemanden bekommen, der solche Qualitäten mitbringt, wie es damals bei mir der Fall war. Auch die Gesellschaft profitiert davon, denn in 15 Jahren brauchen wir niedergelassene und ambulant tätige Fachärzte.

Wenn wir dieses in den Vordergrund stellen – Kompetenzen, die man dort erwirbt, machen die Weiterbildung in der Praxis sexy −, dann fühlt man sich demnächst nicht als AiP – Arzt im Praktikum oder Arzt in der Pflichtweiterbildung, was sicherlich nicht günstig ist −, sondern man hat seinen Spaß in der Ausbildung und bekommt die Kompetenzen, die man braucht. Dann ist man demnächst nicht das Tier im Zookäfig, sondern der begeisterte Zuschauer, der an der Weiterbildung teilnimmt.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Andrae. – Nächster Redner ist Jörg Zimmermann aus Niedersachsen.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Man hat den Eindruck, als gäbe es keine ambulante Weiterbildung. Sie steht schon jetzt in der Weiterbildungsordnung. Sie wird noch sehr viel stärker in der Weiterbildungsordnung stehen, wenn Sie dem Antrag des Vorstands folgen. Wir beschließen auf diesem Ärztetag die Richtung einer neuen Bildungsordnung. Wir reden über Kompetenzen und fallen in dem Moment in alte Strukturen zurück, wenn es plötzlich um die ambulante Weiterbildung geht.

Man muss sich fragen: Woher kommt das? Herr Köhler hat es in einem Nebensatz gesagt, er hat es nicht so sehr deutlich herausgestellt: Es geht hier eigentlich nicht primär um Weiterbildung, sondern es geht um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Das ist ein ganz anderes Thema. Das möchte ich nicht so unmittelbar mit der Weiterbildungsordnung verknüpft sehen.

(Beifall)

Herr Köhler, Sie haben eine Reihenfolge aufgestellt. Diese Reihenfolge ist schlichtweg falsch. Das haben wir auch bei der Allgemeinmedizin gesehen. Regeln Sie erst einmal eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung in der Praxis. Da können Sie im Rahmen des KV-Rechts mit den 3 Prozent schon jetzt etwas machen. Treten Sie ein in die politischen Diskussionen. All dies ist bereits jetzt möglich.

Dann werden Sie sehen: Es wird attraktiv sein für den einen oder anderen Kollegen, sich verstärkt zur Weiterbildung in die Praxis zu bewegen, ganz losgelöst von einer Pflichtweiterbildung. Also: Erst einmal die Reihenfolge klären und nicht gleich Pflichten einführen.

(Beifall)

In dem Beitrag aus Schleswig-Holstein ist klar gezeigt worden: Gehen wir doch nicht immer davon aus, wie wir weitergebildet worden sind. Die neue Generation will etwas Modernes haben. Die neue Generation lässt sich nicht einfach immer in Pflichtkorsette zwängen. Die neue Generation möchte etwas haben, bei dem sie sagen kann: Ich kann Beruf und Familie miteinander vereinbaren. Das haben wir hier schon breit diskutiert.

Deswegen ist der Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer absolut korrekt und richtig. Die Richtungsweisung ist dort gegeben. Ich bitte Sie, den Antrag von Herrn Köhler – das ist der Antrag 38 – zumindest an den Vorstand zu überweisen, wenn nicht sogar abzulehnen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jörg Zimmermann. – Der nächste Redner ist Professor Uwe Köhler aus Sachsen.

Prof. Dr. Köhler, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin seit 16 Jahren Chefarzt einer relativ großen Frauenklinik mit zehn bis elf Weiterbildungsstellen. Ich versuche seit vielen Jahren, lange vor dieser aktuellen Diskussion hier und heute und in den letzten Jahren, für die jungen Kollegen ambulante Weiterbildungskomplexe zu ermöglichen. Die bisherige Weiterbildungsordnung – das ist hier schon gesagt worden – gab das ja im Prinzip her. Das Ganze ist aber immer an stringenten Regularien, vor allem im KV-Bereich, und an der fehlenden Refinanzierung, der fehlenden Möglichkeit, die jungen Kollegen im ambulanten Bereich adäquat zu bezahlen, gescheitert.

Ich freue mich riesig, dass wir nunmehr ein Instrumentarium entwickeln, um die ambulante Weiterbildung verbindlich in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Für viele Fachgebiete – für mein Fachgebiet kann ich das sehr hautnah beurteilen – ist dies einfach obligat, um die Inhalte im Fachgebiet zu vermitteln und abzudecken. Es führt kein Weg daran vorbei: Wir müssen ganz einfach Instrumentarien, Regularien schaffen, vor allem was die Finanzierung des Ganzen anbelangt, damit wir es den jungen Kollegen ermöglichen können.

Es hat mich sehr gefreut, was Herr Köhler hier gesagt hat. Das geht ganz einfach in die richtige Richtung. Mir ist bloß die Reihenfolge des Ganzen unklar: Machen wir erst die neue Weiterbildungsordnung, schreiben es verbindlich dort hinein und versuchen dann, die Rahmenbedingungen zu schaffen, oder muss es nicht vielmehr – das ist meine Überzeugung – parallel in den Gremien vorangebracht werden, dass wir gemeinsam an der Weiterbildungsordnung arbeiten und gleichzeitig die finanziellen Rahmenbedingungen regeln?

Wir sollten uns – darauf bezieht sich der Antrag IV-27 – nicht unter Zeitdruck setzen lassen. Herr Bartmann hat ja die Zeitschiene, die sehr ambitioniert ist, hier vorgestellt. Ich bin mir nicht ganz sicher, dass wir das alles bis zum nächsten Jahr mit einem solchen Anspruch hinbekommen. Das sollte man vielleicht noch einmal überdenken. Wenn es ein Jahr länger dauert, ist das aus meiner Sicht auch nicht das große Problem.

Mein letzter Punkt: Wir haben heute schon viel über Boni und Zielvereinbarungen gesprochen. Ich bin fest davon überzeugt, dass es die vornehmste Aufgabe ist, gerade die Qualität der Weiterbildung auch in Zielvereinbarungen für Chefärzte zu fixieren. Wir sollten uns vielleicht überlegen, ob wir morgen nicht noch einen entsprechenden Entschließungsantrag auf den Weg bringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor Köhler aus Sachsen. – Der nächste Redner auf der Liste ist Kollege Norbert Metke aus Baden-Württemberg.

Dr. Metke, Baden-Württemberg: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich kann den Frust vieler hier absolut nachvollziehen. Wir werden in der Öffentlichkeit kontinuierlich diskreditiert und werden in beiden Versorgungssegmenten – Klinik und Ambulanz – schlecht bezahlt. So sieht die Situation aus. Deshalb müssen wir rein intuitiv eigentlich weitere Pflichten ablehnen. Wir sollen immer etwas tun, aber wir bekommen nichts dafür. Diese Frustration und die Emotionen kann ich nachvollziehen.

Aber die Gesellschaft hat ein Recht auf vollumfänglich perfekt weitergebildete Ärzte für das ambulante Spektrum und für das stationäre Spektrum. Die Klinik kann heute nicht mehr alle Weiterbildungsinhalte anbieten, also müssen sie anderswo vollumfänglich angeboten werden. Können wir das als Kammer nicht gewährleisten, wird sich die Gesellschaft über die Politik dieses Recht zurückholen. Sie lässt sich dieses Recht nicht nehmen. Das Ergebnis wird sein, dass die Politik es regelt. Dann haben Sie die Politik in der Weiterbildung und damit die Krankenkassen. Das wollen wir doch nicht! Wir wollen doch nicht mehr Kasse und Staat in der Weiterbildung, sondern wir wollen weniger. Wir sind aber auf dem Weg, den Staat geradezu zwanghaft hier hereinzuholen. Das wollen wir nicht! So ist unser Verständnis von Ordnungspolitik.

(Beifall)

Damit komme ich zu den Pflichten. Richtig, man hält es manchmal kaum noch aus. Auch wir als Kassenärztliche Vereinigung bombardieren die Kollegen. Man hält doch gar nicht mehr aus, wie viel Pflichten wir haben. Aber das führt nicht an der Tatsache vorbei, dass es im Leben Grundpflichten gibt. Sie sind nicht wegzudiskutieren. Die Inhalte der heutigen (Muster-)Weiterbildungsordnung sind eine Pflicht. Das ist auch in Ordnung so; es kann doch nicht jeder machen, was er will.

Auch die Schulpflicht hat sich bewährt. Auch die Menschenrechte haben sich als moralische Pflicht einer Gesellschaft bewährt. Wir können doch nicht sagen, es kann

keine Pflichten mehr geben. So wird es sich auch bewähren, dass es andere Pflichten gibt, um ein Ziel zu erreichen.

Aus der heutigen Diskussion habe ich den Eindruck gewonnen, dass es darum geht: Wollen wir die zukünftige Medizin nur noch durch Krankenhäuser oder durch Niedergelassene anbieten oder nicht? Das ist aber gar nicht die Frage. Wenn Sie sich als Mann überlegen, eine Ehe einzugehen, dann müssen Sie doch erst einmal die Komplexität der Frau kennenlernen, um zu entscheiden, ob das was ist oder nicht! Darum geht es.

(Widerspruch – Pfiffe)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Herr Metke, manche Formulierungen provozieren einen Ordnungsruf. Das kann so nicht sein.

Dr. Metke, Baden-Württemberg: Es geht um das Kennenlernen des anderen Segments. Es ist in Bezug auf die Vergütung und die Flaschenhalsproblematik mehr aufeinander zugegangen worden als jemals in der Vergangenheit. Versuchen Sie doch, sich zu öffnen. Versuchen Sie, dass das Ding klappt und den Staat draußen zu halten. Darum geht es.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Metke, wir nehmen Ihre Entschuldigung für den Hinweis auf das Segment oder was da eben noch so war dankend zur Kenntnis. Ich bitte Sie, auch in dieser Diskussion die Form zu wahren. – Herr von der Damerau-Dambrowski ist der nächste Redner.

Dr. von der Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: Heute ist richtig Stimmung, das macht Spaß. Die Weiterbildung in der Praxis draußen ist sexy, hat der Kollege Andrae vorhin gesagt. Ich habe diese Tätigkeit draußen in der Praxis seit vielen Jahren täglich. Es ist faszinierend und aufregend und spannend, weil wir nie wissen, wenn am Montag die Tür aufgeht, ein Patient den Raum betritt: Was hat der? Was steht dahinter? Welches Beratungsproblem steckt dahinter? Es ist die Breite, es ist die Vielfältigkeit. In der Allgemeinmedizin ist das Besondere, dass wir eine enorme Breite an Beratungsproblemen abdecken müssen, nicht sektoral arbeiten, sondern breit, nicht in der Höhe qualifiziert, sondern in der Breite qualifiziert. Sicher hat der eine hier mehr Kenntnisse, der andere dort. Das Faszinierende ist die Breite. Das ist das Charakteristische bei unserem Fach.

Damit komme ich zu den Kompetenzen. Da haben wir ein bisschen Probleme. Wenn wir in einzelnen Schachteln nach Höhe der Kompetenz sortiert werden, dann geht das in der Allgemeinmedizin schlecht. Das kann nicht sein. Dann würden wir möglicherweise in jeder dieser Schachteln bei einem niedrigen Level landen und damit kompetenzmäßig ganz hinten stehen. Das ist diesem Fach nicht angemessen. Das stimmt einfach nicht. Das heißt, wir passen nicht in dieses Korsett.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Herr von der Damerau-Dambrowski, Sie reden zum Tagesordnungspunkt IV a). Wir sind aber bei Tagesordnungspunkt IV b).

Dr. von der Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: IV b).

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Sie sagen b), reden aber zu a).

(Heiterkeit)

Dr. von der Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: Ich sage ja: Es ist Stimmung. Dann sortieren wir das in den anderen Bereich. Ich bitte das zu entschuldigen. Ich denke, immerhin ist angekommen, worum es geht. Wir müssen in dem Gebiet, in dem ich – wie viele von uns – zu Hause bin, aufpassen, dass wir nicht in die falsche Beurteilungssektion fallen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr von der Damerau-Dambrowski. – Nächster Redner ist der Kollege Hellmann aus Bayern.

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Alle Redebeiträge, die ich bis jetzt gehört habe, auch der von Herrn Botzlar, besagen, dass wir den Beschluss mit den Vorgaben der KBV fassen können, weil genau die Punkte, die dort erwähnt sind, warum das alles nicht zu beschließen ist, in dem Beschlussvorschlag der KBV dargestellt werden. Das, was hier behauptet wurde, stimmt so nicht. Natürlich gibt es eine Pflichtweiterbildung; auch das hat Herr Botzlar gesagt. Es gibt auch eine Pflichtweiterbildung im ambulanten Bereich. Es gibt sie längst, weil die Inhalte des ambulanten Bereichs inzwischen einen so großen Umfang haben, dass jemand, der nicht in der Ambulanz weitergebildet wurde, eigentlich seinen Weiterbildungskatalog nicht fertig hat.

Nur: Diese Weiterbildung findet nicht statt. Wir können ja froh sein, wenn wir nicht gefragt werden, wie wir überhaupt unsere Weiterbildungszeugnisse bekommen haben. Wenn wir ehrlich sein wollen – ich sehe die Arbeit der Bundesärztekammer darin, einen realistischen, ehrlichen Ansatz in die Weiterbildung zu bringen −, müssen wir eine ambulante Weiterbildung haben. Ich glaube, darin können wir uns alle einig sein.

Ich kann natürlich sagen: Ich brauche einen Finanzierungsvorbehalt. Richtig; genau den fordert der Antrag der KBV ein, denn die ambulante Weiterbildung, die schon jetzt verpflichtend ist, wird dann endlich finanziert. Wenn wir das nicht beschließen, wird sie nicht finanziert. Dann werden wir weiter in dieser Grauzone leben müssen, dass sie nicht stattfindet und irgendjemand einmal darauf kommt, dass große Teile der Facharztweiterbildung nicht stattfinden. Ich glaube, wir müssen uns schon ganz gut überlegen, was wir beschließen.

(Beifall)

Nun noch eine kleine Anmerkung zu der Tatsache, dass wir die Ärzte hier nicht beschreiben. Herr Botzlar, wir zitieren aus der ärztlichen Zulassungsverordnung. Dort steht es so. Der Assistent ist nun einmal in der Zulassungsverordnung so generiert. Das hat der Gesetzgeber dort so hineingeschrieben. Wir können das rein gefühlsmäßig umformen. Aber so steht es dort nun einmal. Ich halte es nicht für ehrenrührig, wenn es ein Assistent ist. Es gibt Entlastungsassistenten in unserem Bereich und weitere Formen von Assistenten. Da kann es auch Weiterbildungsassistenten geben. Warum denn nicht?

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – ich bilde seit Jahren selber Weiterbildungsassistentinnen aus – ist in einer Praxis viel leichter zu organisieren als in einem träge organisierten Krankenhaus. Ich habe bei meinen Assistentinnen vier Kinder zur Welt kommen sehen. Das lief ganz hervorragend. Sie haben ihre Weiterbildung in dieser Zeit absolvieren können. Das ging ganz problemlos. Das können wir in der Praxis auch.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Hellmann. – Nächster Redner ist der Kollege Michael Schulze aus Baden-Württemberg.

Dr. Schulze, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Warum kommt es überhaupt zu dieser Diskussion, dass jetzt plötzlich in allen Bereichen mit Patientenbezug eine Pflichtweiterbildung im ambulanten Bereich eingeführt werden soll? Wir wissen gar nicht, warum. Oder wissen wir es? Ist es der Ärztemangel? Oder ist es der Mangel an Nachfolgern im ambulanten Bereich? Soll hier eine Lücke gefüllt werden? Soll hier die Debatte über Rationierung oder Priorisierung gelöst werden?

Wir haben die gleiche Situation letztendlich auch bei den Allgemeinmedizinern. Diese Situation ist gelöst worden durch ein einvernehmliches Projekt im Bereich der Allgemeinmedizin, durch die Politik. Ich weiß nicht, wer da mehr getrieben hat: Hat die Politik getrieben? Haben die Kassen getrieben? Hat der G-BA getrieben? Hat die DKG getrieben? Das sind nämlich die Finanzierer dieses Projekts. Diese müssen sich jetzt natürlich zusammenfinden, um die Weiterbildung im ambulanten Bereich auch in allen anderen Fächern, die einen Patientenbezug aufweisen, dementsprechend sicherzustellen.

Ich glaube, das ist der Punkt, an dem wir angekommen sind. Wir müssten gemeinsam – Bundesärztekammer, Landesärztekammern, KVen und die KBV – bei der Politik diese Finanzierung einfordern, damit dieses Problem, das uns jetzt vielleicht noch nicht so stark, aber spätestens in fünf Jahren droht, gelöst werden kann.

Ich glaube, aus dem Antrag der KBV müssten nur einzelne Worte gestrichen werden, beispielsweise dieses Wort Pflichtweiterbildung.

(Vereinzelt Beifall)

Die jetzige Weiterbildungsordnung wird es genauso wie die künftige Weiterbildungsordnung, weil nämlich die Teile A und B nicht geändert werden, ermöglichen, dass eine ambulante Weiterbildung in unterschiedlichem Maße in den verschiedenen Gebieten durchgeführt werden kann und muss. Für dieses Muss stehen die Landesärztekammern in der Pflicht, indem sie künftig strenger berücksichtigen müssen, welche Möglichkeiten an den zugelassenen Weiterbildungsstätten gegeben sind, und damit die Weiterbildungsbefugnisse aufteilen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich im Rahmen von Verbundweiterbildungen, was im Augenblick schon vorgesehen ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Michael Schulze. – Kollegin Irmgard Pfaffinger aus Bayern ist die nächste Rednerin.

Dr. Pfaffinger, Bayern: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe hier schon öfter gestanden und habe zum Thema Weiterbildung im ambulanten Bereich für die Fachärzte gesprochen. Man braucht einen langen Atem. Ich denke, es geht doch weiter. Ich freue mich, dass das Thema heute so heiß ist. So heiß war es noch nie.

Ich verstehe die jungen Kolleginnen und Kollegen, die sagen: Wir brauchen eine nahtlose Weiterbildung, wir wollen das Rundum-Sorglos-Paket organisiert haben. Wir sind uns einig, dass verschiedene Kompetenzen erworben werden müssen. Sie müssen verpflichtend erworben werden. Das steht auch in der gegenwärtigen (Muster-)Weiterbildungsordnung. Bis zu 24 Monate kann man schon heute die Weiterbildung in vielen Fächern ambulant machen. Was ist so schlecht daran, wenn wir jetzt für die Vergütung sorgen? Dann werden die Weiterbildungsplätze im ambulanten Bereich wirklich attraktiv. Der Kollege hat gesagt: sexy. Jetzt besteht wirklich eine Chance. Es entsteht kein Flaschenhals. Wir öffnen die Türen.

Ich möchte den Vergleich mit den Allgemeinmedizinern anstellen. Alle werden zustimmen: Man kann sehr viele Weiterbildungsinhalte nur ambulant erwerben. Erst als es in der Weiterbildungsordnung verpflichtend – Unwort des Deutschen Ärztetages – stand, konnte man zum Gesetzgeber gehen und dann wurde auch für die Vergütung gesorgt. Die Reihenfolge war also ganz anders, als es die Kollegen vorhin gesagt haben.

Nun gibt es eine Vergütung der Weiterbildung im ambulanten Bereich bei den Allgemeinärzten. Sie wollen es aber auch nicht dauerhaft so haben, weil es nicht sein kann, dass aus den Vergütungsanteilen der niedergelassenen Kollegen dies zur Hälfte finanziert wird. Also wünschen sich auch die Hausärzte hier eine andere Regelung.

Ich meine, das ist optimal im Antrag IV-38 der KBV formuliert.

(Vereinzelt Beifall)

Ich glaube wirklich, dass die Weiterbildung im ambulanten Bereich sexy ist. Wenn ich mir das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf anschaue, meine ich, dass einiges optimaler läuft, als es zurzeit in den Kliniken der Fall ist, wo Stellen abgebaut werden und die Verträge nicht verlängert werden. Ich höre, dass es Verträge gibt, die nur über ein halbes Jahr laufen. Das ist sicher nicht im Sinne der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Bitte unterstützen Sie den Antrag IV-38.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Pfaffinger. – Als nächster Redner hat der Kollege Hans-Ulrich Schröder aus Westfalen-Lippe um das Wort gebeten.

Dr. Schröder, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Bedeutung der ambulanten Weiterbildung ist sicher nicht strittig. Auch der Antrag des Vorstands unterstreicht dieses. Insofern denke ich, dass dies ein Antrag ist, den man unbedingt tragen und positiv bescheiden sollte.

Auch der Antrag 30 des Kollegen Junker enthält viele positive Elemente, bei denen man sagen kann: Auch das macht im Ergebnis viel Sinn. Allerdings wundert mich ein bisschen der Antrag 38, wonach wir quasi eine Komplettvorlage der KBV übernehmen und uns einer Beschlusslage anschließen sollen, die einige Probleme aufwirft.

Bleiben wir einmal bei der Finanzierung. Wir wissen aus leidvoller Erfahrung, dass schon beim AiP viel über Finanzierung geredet wurde. Dann wurde der AiP eingeführt, aber die Finanzierung hinkte ein bisschen hinterher. Ich denke, dass man die Finanzierung festgeklopft haben sollte, bevor man andere Fakten schafft.

Herr Köhler, die gegenwärtige (Muster-)Weiterbildungsordnung ist keine rein stationäre Weiterbildungsordnung. Das wissen alle, die die Texte kennen und mit den Inhalten vertraut sind. Wir haben bei den einzelnen Fächern ein Spektrum von 12 bis 36 Monaten, die ambulant abgeleistet werden können. Wir haben also große Zeitintervalle, die schon in der jetzigen Weiterbildungsordnung festgeschrieben sind, die als ambulante Weiterbildung abgeleistet werden können. Die Frage ist, warum das vielleicht nicht in dieser Form genutzt wird. Die Augenheilkunde ist ein gutes Beispiel dafür, dass der größte Teil der Weiterbildung ambulant oder in Belegpraxen abgeleistet wird.

Ich glaube, das Faktum, woran sich die meisten stören, die vielleicht ein Problem mit Ihrem Antrag haben, ist der Begriff „Pflicht“, „Pflichtweiterbildung“. Sie wollen den Kollegen noch einen weiteren Stein in den Weg legen, der im Grunde genommen einen Flaschenhals schafft, durch den sie hindurch müssen. Manche mögen das anders sehen. Trotzdem ist auch das Beispiel der Allgemeinmedizin nicht so schlüssig und überzeugend, dass man den Eindruck hat, es funktioniert immer, wenn man so etwas beschließt.

Grundsätzlich verstehe ich schon das Anliegen auf der Sachebene. Insofern bitte ich, dass der Vorstandsantrag angenommen wird. Allerdings warne ich ausdrücklich davor,

dass dies vielleicht der zaghafte Versuch der KBV ist, mit dieser Initiative in die Alleinzuständigkeit der Kammern im Bereich der Weiterbildung einzudringen und an dieser Stelle neues Terrain zu betreten. Das ist bei den Kammern sehr gut aufgehoben.

(Beifall)

Also: Nutzen wir die Möglichkeiten der vorliegenden Weiterbildungsordnung. Ich meine, der Antrag 38 ist beim Vorstand am besten aufgehoben. Ich schlage Ihnen vor, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen oder unter Umständen abzulehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke. Vorstandsüberweisung ist notiert. – Der Nächste auf der Rednerliste ist Kollege Wolfgang Bärtl.

Dr. Bärtl, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Es ist wiederholt gesagt worden: Es ist unstrittig, dass große Volumina der Weiterbildung ausschließlich im ambulanten Bereich vermittelbar sind, angefangen von den konservativen Behandlungen, auf die noch zu kommen sein wird, die Behandlung von Chronikern bis hin zur Prävention und der Behandlung großer Volkskrankheiten wie Osteoporose mit 5,7 Milliarden Euro Kosten. Das findet doch ausschließlich im ambulanten Bereich statt.

Es geht also um die Sache. Es geht nicht, wie es vorher anklang, um eine Kriegsführung. Es geht nicht um einen Kampf.

(Beifall)

Es geht um die Sache: Ist diese Weiterbildung erforderlich? Wer hat das zu beurteilen? Es haben letztendlich auch die Patienten zu beurteilen. Unsere Patienten haben ein Recht auf einen umfänglich und vollständig weitergebildeten Facharzt. Das ist das Zentrum.

Der Clip von „Freundilie“ – ich schätze „Freundilie“ besonders – ist mit einer anderen Intention gedreht worden. Das war eine Ergänzung zur KBV-Image-Kampagne. Ich bitte Sie, diesen Clip nicht dazu zu benutzen, um dem Nachwuchs abzusprechen, dass er eine vollumfängliche Weiterbildung haben will. Der Nachwuchs ist hoch motiviert und will selbstverständlich auch den ambulanten Bereich kennenlernen. Er muss ihn auch kennenlernen.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, der Beschlussantrag der KBV ist der einstimmige Wille der Vertreter der verfassten Vertragsärzteschaft, der niedergelassenen Ärzte. Ich bitte Sie, diesem Beschluss zuzustimmen, denn dieser Beschluss ist fair, ausgewogen und gut. Er ist gut für die jungen Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung. Er ist gut für die gegenseitige Kooperation. Er ist insbesondere sehr gut für unsere Patienten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Bärtl. – Nächster Redner ist Hans-Albert Gehle aus Westfalen-Lippe.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Den einen oder anderen mag es verwundern: Herr Köhler, ich möchte mich erst einmal bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich der unklar geregelten Situation angestellter Ärzte in deutschen Praxen angenommen haben. Sie befinden sich momentan eigentlich in einem rechtsfreien Raum.

(Beifall)

Ich möchte mich auch dafür bedanken, dass Sie uns daran erinnern, dass die Politik klare Informationen braucht. Deshalb sollten wir – der Kollege Schröder hat es bereits gesagt – schauen: Wie ist es um die Weiterbildung in der ambulanten Medizin bestellt? Das können wir von den Kammern her. Daher haben wir einen Prüfauftrag formuliert, der an den Vorstand der Bundesärztekammer geht. Mit diesen Zahlen können wir dann klar sagen, was es bisher an ambulanter Weiterbildung gibt, wo sie gelebt wird, wo es Probleme gibt und warum es sie gibt. Es gibt die Probleme, weil die Finanzierung fehlt.

Das ist meines Erachtens der richtige Weg, weil die Kollegen, die jetzt in der Ambulanz weiterbilden, die Weiterbildung aus ihrer eigenen Tasche bezahlen müssen.

(Beifall)

Der Antrag, den Sie über die Vertreterversammlung bei uns eingebracht haben, schafft zusätzliche Institutionen in der Weiterbildung. Alle, die hier sitzen, müssen sich überlegen, ob sie das wirklich wollen. Will das der Assistent, der von dem einen zum anderen Ort wechseln muss? Ich glaube, für ihn ist das Ganze irgendwann nicht mehr durchschaubar. Wir wollten es dort belassen, wo es ist: bei den Kammern.

(Beifall)

Auch aus diesem Grund können wir den Antrag nicht annehmen, sondern können ihn maximal an den Vorstand überweisen. Wir unterstützen Sie in Ihrem Anliegen, dass wir eine sozialrechtliche Refinanzierung der Weiterbildung brauchen, genauso wie die Krankenhäuser das längst verloren gegangene Geld auch ersetzt bekommen müssen. Deswegen sollten wir gemeinsam einen Ansatz finden, aber einen kopfeingeschalteten, vernunftbegabten und nicht emotional getriggerten.

Zum Schluss möchte ich, weil eine Kollegin, die hier als Ersatzdelegierte sitzt und sich in Weiterbildung befindet, selbst dann, wenn ich ihr meinen Ausweis gegeben hätte, nicht mehr nach der Rednerliste zu Wort gekommen wäre, eine kurze Mitteilung eines Arztes in Weiterbildung verlesen:

> *Ich befinde mich zurzeit in der stationären Weiterbildung mit tariflich geschütztem Fundament. Die ambulante Weiterbildung ist mir ja nicht verwehrt. Ganz im Gegenteil: Diese steht mir ja offen, so wie es in der Weiterbildungsordnung steht. Warum fragen Sie mich, warum junge Kollegen nur zum Teil diesen Weg nicht gehen? Es bedarf einer tariflichen Regelung auch im ambulanten Gesundheitssektor, der mich und weitere junge Kollegen in der Weiterbildung meiner ärztlichen Leistung angemessen honoriert. Meine ärztliche Leistung ist nicht im ambulanten Sektor weniger wert als im stationären. Wenn Sie noch mehr Kollegen in die ambulante Weiterbildung von der stationären Weiterbildung mo-*

bilisieren möchten, dann sollten Sie eines nicht tun, nämlich verpflichten. Ich spreche mich gegen die Pflicht aus, solange unsere ärztliche Leistung nicht primär tariflich geregelt ist. Mit einer Pflichtweiterbildung für alle jungen Kollegen in der Weiterbildung stoßen Sie auf Granit, wenn Sie dies nicht vorher regeln.

Ich bedanke mich dafür, dass ich die Zeit überschreiten durfte, und wünsche eine gute Beratung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Gehle. – Nächster Redner ist Hans Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Bartmann hat bereits darauf hingewiesen, dass der Vorstand der KV Hamburg kurzfristig eine Umfrage gestartet hat. Ein Drittel der angeschriebenen Facharztkollegen hat zurückgeschrieben. Alle erklärten sich bereit, eine ambulante Weiterbildung durchzuführen. Allerdings hatte nur die Hälfte eine Weiterbildungsbefugnis. Alle Angeschriebenen waren fast zu 90 Prozent bereit, das auch in Weiterbildungsverbünden zu tun.

Es wird immer die Frage gestellt: Was machen die Niedergelassenen? Es ist eben so, dass im niedergelassenen Bereich andere Krankheitsbilder zu sehen sind als in der Klinik. Deswegen ist es in der Praxis ein ganz anderes Arbeiten als in der Klinik. Warum soll man Weiterzubildenden verwehren, das kennenzulernen?

Ich habe seit einem Jahr einen Juniorpartner in der Praxis. Wir führen seit einem Jahr jeden Morgen eine Viertelstunde lang eine Besprechung durch. Jeden Morgen treten Fragen auf: Was darf ich verordnen? Was kann ich verordnen? Was war mit der Patientin, die ich gestern hatte? Welches Krankheitsbild lag da vor? Habe ich da etwas falsch gemacht? Der Kollege ist wirklich ein perfekter Kollege. Er kommt aus der Uniklinik und hat stationär alles gemacht. Aber der ambulante Bereich ist ein anderer. Das darf den jungen Kollegen nicht verwehrt werden, sondern ihnen muss die Möglichkeit gegeben werden, dieses kennenzulernen.

Es ist kein Flaschenhals. Wir müssen bei den Niedergelassenen die Weiterbildungsbefugnisse bekannt machen. Es gibt natürlich viele Niedergelassene, die sich berufspolitisch gar nicht engagieren, die nicht wissen, was eine Weiterbildungsbefugnis ist, die das auch mit einer Ermächtigung verwechseln usw. Daran müssen wir arbeiten. Dann ist es kein Flaschenhals.

Ich bitte Sie, den Antrag 38 auch im Sinne von uns niedergelassenen Kollegen zu unterstützen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans. – Die nächste Rednerin auf der Rednerliste ist Claudia Borelli, die übrigens die Tochter eines unserer diesjährigen Paracelsus-Medaillen-Träger ist.

(Beifall)

Claudia, du hast das Wort.

PD Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrter Herr Dr. Köhler! Liebe Delegierte! Wir haben in den nächsten Jahren das Problem des Ärztemangels zu lösen. Jetzt eine ambulante Pflichtweiterbildung einzuführen scheint mir hier völlig kontraproduktiv. Auch ich empfinde es als Flaschenhals.

(Beifall)

Ich gehöre zu denen, die nach dem Studium noch das AiP gemacht haben, mit wenig Geld, mit viel Arbeit und nicht einmal dem Status eines Arztes. So etwas Ähnliches ist das, was Sie geschrieben haben. So etwas können wir nicht wieder einführen. Das ist falsch.

(Beifall)

Die Generation Y wird das einfach nicht mitmachen. Sie gehen dann nach dem Studium einfach ins Ausland, in die Schweiz, bekommen eine korrekte Bezahlung und machen eine Pflichtweiterbildung nicht mit. Das dürfen Sie mir glauben.

Ich denke, die Weiterbildungsordnung ist einfach nicht der richtige und korrekte Weg, um die Probleme der ambulanten Versorgung zu lösen. Ich denke, es wäre sehr gut gewesen, vorher das Gespräch zu suchen und nicht einfach diesen Antrag so einzubringen. Das finde ich eigentlich schade, denn vielleicht gibt es ja auch einen guten Hintergrund. Aber dann müsste man vorher mit dem Marburger Bund reden.

Nun noch eine Anmerkung zum Redebeitrag von Herrn Dr. Hellmann: Lieber Herr Kollege Hellmann, genau das ist es eigentlich nicht, was wir wollen, dass Ärztinnen, wenn sie schwanger sind, gerade noch als Assistentin eines Arztes in der Praxis arbeiten dürfen. Nein, das ist es nicht, das ist nicht zeitgemäß. Es muss möglich sein, Karriere und Kinder miteinander zu vereinbaren, Funktionsbereiche zu leiten und Oberarzt in einer Klinik zu sein. Insofern bitte ich Sie, darüber nachzudenken, dass das, wie ich glaube, nicht der richtige Weg ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Das Wort hat jetzt Herr Windau aus Sachsen, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV.

Dr. Windau, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Frau Borelli, gerade darum geht es ja, dass das nicht passiert, was beim AiP und in den vergangenen Jahren der Fall gewesen ist. Deshalb haben wir in diesem Antrag einige Dinge

gefordert, die genau das verhindern sollen. Es hilft ein Blick in den Antrag. Es steht dort eindeutig:

> *Dem weiterzubildenden Arzt in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert werden, dass er mindestens die gleichen finanziellen Rahmenkonditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte vorfindet.*

Das ist doch das Ziel. Deshalb diskutieren wir darüber, dass wir die ambulante Pflichtweiterbildung einführen, um beim Gesetzgeber durchzusetzen, dass wir zunächst die finanziellen Rahmenbedingungen bekommen.

Jeder, der denkt, dass dieses Geld, das wir irgendwann hoffentlich bekommen werden, sozusagen untergebuttert wird in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, möge sich bitte anschauen, was in Punkt 10 steht. Dort steht, wie dieses Geld verwendet werden soll, dass dem Bundestag über die Verwendung der Mittel berichtet werden soll. Allen, die Angst haben, dass es hier um die Beschneidung der Kompetenz der Ärztekammern geht, darf ich als Mitglied des Vorstands einer Landesärztekammer sagen: Das ist mitnichten so. Auch hier hilft ein Blick in den Antrag:

> *Um dem weiterzubildenden Arzt eine effiziente sektorenübergreifende Weiterbildung zu garantieren, sollen bei den Landesärztekammern „Organisationsstellen ambulante Weiterbildung“ genutzt werden.*

Es geht mitnichten darum, dass sich die KBV in berufsrechtliche Dinge im Sinne der Weiterbildung einmischen will, sondern wir wollen das ja bei den Landesärztekammern belassen.

Es gibt keine zusätzliche Bürokratie. Die Strukturen sind bei den Landesärztekammern vorhanden.

Meine Damen und Herren, ich glaube, wir sollten einmal mit Folgendem aufräumen und ehrlich miteinander umgehen, Herr Botzlar. Die Thematik Pflicht und Verpflichtung kann man auch missbrauchen. Auch eine Weiterbildungsordnung ist eine Verpflichtung. Egal ob wir jung oder alt sind, wir haben in der Weiterbildungsordnung Pflichten. Wir wollen nicht regeln, wo die Kollegen ihre Ausbildung machen, aber es muss doch geregelt sein können, dass in Fächern, wo man ambulante Inhalte sonst nicht mehr erlernen kann, die Pflicht zum Erlangen der Weiterbildungsinhalte besteht. Es geht doch nicht um ein Diktat, sondern es geht darum, ein Strukturelement einer Weiterbildungsordnung zu implementieren. Das sollte das Wesentliche sein, dass wir uns heute darauf einigen. Lassen Sie uns bitte nach zehn Jahren Diskussion ein Signal setzen. Keiner muss Angst haben. Bitte lesen Sie durch, was in dem Antrag steht. Eine bessere Konditionierung, ein höheres Maß an Verbindlichkeit im Sinne eines Interessenausgleichs kann man wirklich nicht erwarten.

Lassen Sie es uns wagen. Lassen Sie uns ein Signal geben, nicht gegeneinander, sondern miteinander.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Windau. – Nächste Rednerin ist die Kollegin Marlene Lessel aus Bayern.

Dr. Lessel, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Es ist schon so viel zur Sinnhaftigkeit dieses Antrags von Herrn Dr. Köhler gesagt worden, dass ich das nicht noch weiter ausführen möchte. Aber ich möchte ganz kurz meine persönliche Erfahrung als Pathologin darstellen. Wir haben in der Pathologie bereits einen Flaschenhals. Dieser Flaschenhals der Ausbildung der Pathologen besteht darin, dass die Finanzierung im niedergelassenen Bereich nicht existiert. Das heißt, zytologische Vorsorge oder Obduktionen oder Molekularpathologie finden teilweise nicht mehr statt. Wir müssen als Berufsverband große Anstrengungen unternehmen, um den Kollegen diese Weiterbildungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Das heißt, wir brauchen dringend ein Finanzierungskonzept, um diese Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Lessel. – Der nächste Redner ist Kollege Matthias Seusing aus der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Seusing, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte zum Thema Honorierung in der Weiterbildung sprechen. Ich habe dieses Thema aus verschiedenen Anträgen aufgenommen, beispielsweise aus dem Antrag 04 von Frau Gitter und Antrag 30 von Herrn Junker. Dieses Thema beschäftigt uns schon seit vielen Jahren. Ich bin seit 1982 Facharzt für Allgemeinmedizin. Ich bin seit 1990 weiterbildungsberechtigt. Ich habe diverse Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten durch meine Praxis geschleust. Sie sind inzwischen alle Fachärzte.

Immer war das Thema: Wie finanziere ich diese Weiterbildung? In den 90er-Jahren war das eigentlich immer noch Goodwill, da haben wir es aus dem damals noch ganz anders strukturierten Honorar bezahlen können. 2002 hatten wir eine gemeinsame Finanzierung durch Kassen und KVen. Wir als Ärzte haben also immer die Hälfte getragen. Da war es schon nicht mehr möglich, bei einer Summe von 2.040 Euro Zuschuss eine vernünftige BAT-Finanzierung hinzubekommen. Ich habe damals schon 24.000 Euro aus meinem Portemonnaie bezahlen müssen. Inzwischen haben wir 3.700 Euro; in der Diskussion sind 4.000 Euro.

Ich glaube, wir müssen als Allererstes dieses Thema erledigen, dass wir Druck auf die Politik und die Kassen ausüben, dass sie endlich diese Finanzierung übernehmen. Diese ganzen Kämpfe Fachärzte gegen Hausärzte, weil es immer um die Finanzierung der Weiterbildung zum Allgemeinarzt ging, waren übel. Wir müssen endlich Klarheit haben. Herr Dr. Köhler, ich denke, das wird sicher der Hebel sein, dass das aus dem Gesundheitsfonds oder sonst wie bezahlt wird, jedenfalls nicht aus unserem Honorar, nicht mit Punktwert oder Zuschlag auf den Basispunktwert, sondern dieses Geld muss in Euro ganz sicher zur Verfügung stehen. Dann werden Sie auch keinen Flaschenhals haben.

(Beifall)

Das Ziel, das wir letztlich alle verfolgen, ist, dass wir die Weiterbildungsmöglichkeiten erleichtern und nicht erschweren. Wir brauchen in Zukunft in allen Facharztbereichen mehr Kollegen, die das erreichen, die es wollen, die es gerne machen, die sich wirklich in der Lage fühlen, diesen Job draußen in der Praxis auszuüben. Das ist heute doch oft etwas, was die Leute hindert, in die Praxis zu gehen. Sie trauen sich nicht, haben das Selbstbewusstsein nicht, glauben immer, sie schaffen es nicht. Das könnten wir erleichtern.

Das Thema Pflicht ist für mich gar kein Problem, weil letztlich – Herr Windau hat es auch schon gesagt – die gesamte Weiterbildung eine Pflichtveranstaltung ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Seusing. – Es ist jetzt 17.40 Uhr. Wir haben noch über 30 Wortmeldungen nur zum Punkt IV b). Irgendwann müssen wir auch über die Anträge abstimmen.

(Zuruf)

− Klaus Schäfer zur Geschäftsordnung. Das sieht aus wie abgesprochen. Hätte das nicht ein anderer machen können? Klaus, musst gerade du das jetzt machen?

Schäfer, Hamburg: Das ist jetzt wirklich nicht abgestimmt. Ich habe inzwischen so viele Argumente gehört und so viele Argumente schon ein zweites Mal gehört.

(Zuruf: Aber noch nicht von mir!)

Ich könnte jetzt auch noch meine Argumente einbringen, damit Sie es noch ein drittes, viertes oder fünftes Mal hören. Ich denke, der Worte sind genug gewechselt. Wir täten gut daran, jetzt die Debatte zu beenden. Deswegen mein Antrag.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke. Ich checke gerade, ob Herr Schäfer zu diesem Punkt geredet hat. – Nein, er hat zwar geredet, aber nicht zu diesem Punkt. – Es ist der Antrag auf Schluss der Debatte gestellt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Herr Bodendieck, Vizepräsident der Ärztekammer Sachsen.

Dr. Bodendieck, Sachsen: Lieber Herr Schäfer, ich möchte Ihnen ja gerne recht geben, aber ich bitte Sie trotzdem, nicht Schluss der Debatte zu beschließen. Wir haben bisher eigentlich immer nur die eine und die andere Seite gehört. Sie scheinen sich im Moment noch etwas unversöhnlich gegenüberzustehen. Lassen Sie bitte wenigstens noch einzelne Redner zu Wort kommen. Ich ziehe mich auch gern zurück. Lassen Sie bitte wenigstens noch die Vorstandsmitglieder reden. Wir brauchen heute diesbezüglich eine Entscheidung. Diese Entscheidung muss wegen der Außenwirkung mit größter Mehrheit gefällt werden. Das Problem, über das wir diskutieren, muss endlich gelöst werden. Wir dürfen nicht wieder in ein paar Jahren

dastehen und sagen: Hätten wir mal. Wir diskutieren das schon lange genug. Lassen Sie es uns ausdiskutieren. Deshalb beschließen Sie bitte nicht Schluss der Debatte.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Eine selektive Abwicklung der Rednerliste gibt es nicht. Gegebenenfalls müssen wir immer so weitermachen wie bisher. – Einer hat für Schluss der Debatte geredet, einer dagegen. Jetzt entscheiden Sie, ob Sie Schluss der Debatte haben möchten oder nicht. Wer für Schluss der Debatte ist, der möchte jetzt bitte die gelbe Karte erheben. – Wer weiterreden möchte, den bitte ich jetzt um die gelbe Karte. – Das scheint mir eindeutig die Mehrheit zu sein. Enthaltungen? – Das sind wenige. Dann machen wir weiter.

Der Nächste auf der Rednerliste ist der Kollege Helmut Mälzer aus Berlin.

Mälzer, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Der Auftritt des Kollegen Botzlar, den ich sehr schätze – wir kämpfen gemeinsam für eine gute Weiterbildung −, hat mich doch ein bisschen enttäuscht.

(Beifall)

Wir brauchen eine gute Weiterbildung; das wurde bereits gesagt. Ich habe eine Weiterbildungsbefugnis. Ich sage ganz klar: Ich werde in der Niederlassung nicht weiterbilden. Lieber Kollege Botzlar, ich werde nicht weiterbilden, weil nicht genug Tariflohn dafür zur Verfügung steht. Wenn mir ein Kollege vom Marburger Bund, an den ich auch noch solidarisch Beiträge zahle, dem ich mich verbunden fühle, sagt, er ist nicht bereit, für eine tarifliche Finanzierung der Weiterbildung einzutreten, verstehe ich das nicht.

Der Antrag 38 der KBV sagt ganz klar: In Zusammenarbeit mit dem Marburger Bund, in Zusammenarbeit mit den Kammern, unter der Regie der Kammern wollen wir Geldmittel für eine gute Weiterbildung vom Gesundheitsfonds bekommen. Wie kann man sich dagegen wehren? Das ist mir völlig unverständlich.

(Beifall)

Ich sage noch einmal ganz deutlich: Die Bereitschaft ist da. Ich will weiterbilden, mir macht das Spaß. Für die Allgemeinmedizin tue ich das. Da kommt Geld herein, das wird durchgereicht, den Arbeitgeberanteil zahle ich obendrauf, okay. Aber ich möchte auch fachärztlich weiterbilden. Auch da brauchen wir Nachwuchs. Ich fordere auch hier den Marburger Bund auf, mit für den Tariflohn, den wir uns aus dem Gesundheitsfonds holen wollen, zu kämpfen. Es ist doch klar, dass man hier über den Gesetzgeber gehen muss. Wer es nicht gelesen hat, soll es tun. Der Text ist lang und kompliziert, aber er ist nicht unverständlich.

Ich bitte, hier geeint nach vorne zu gehen, geeint an die Regierung heranzugehen, um Gelder zu bekommen, und nicht wieder einen innerärztlichen Streit zu provozieren, der als Casus belli auf allen Ebenen tituliert wird. Da sage ich ganz ehrlich – auch ein bisschen an den Präsidenten gewandt −: Hier hätte ich mir einen Ordnungsruf gewünscht. Diese totalitäre Ausdrucksweise passt mir nicht.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Mälzer. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Uli Clever, Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Monti! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bekomme in meiner Praxis jede Woche Bewerbungsschreiben für eine Weiterbildungsstelle. Es ist völlig klar: Das geht nicht, denn dafür gibt es keine Zusatzregelleistungsvolumina, keine Zusatzgeschichten. Es ist nicht finanzierbar. Soweit zur Feststellung des Problems.

Der zweite Problempunkt ist, dass in meinem Fach, der Gynäkologie, viele Dinge, bei denen die Weiterbildungsordnung zwingend vorsieht, dass man sie wenigstens gesehen hat oder beherrscht, in den Kliniken inklusive der vor meiner Nase sitzenden Universitäts-Frauenklinik stattfinden. Sie finden sich in der Ambulanz. Das ist für jedes Fach unterschiedlich. Es mag auch Fächer geben, bei denen es das gar nicht gibt. Darüber können wir ja reden.

Ich meine, der Antrag 04 der Bundesärztekammer, der bislang nicht richtig umfangreich diskutiert wurde und relativ unstrittig ist, ist überlagert worden durch den Antrag der KBV, den Sie alle vorliegen haben.

Ich komme aus dem KV-System und habe dann das Kammersystem mehr kennengelernt. Ich habe manchmal den Eindruck: Es gibt Sprachschwierigkeiten zwischen dem KV-System und dem Kammersystem. Ein Beispiel dafür ist Punkt 8 des KBV-Antrags, wonach ein Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte in ambulanter Weiterbildung errichtet werden soll. Ich möchte aufdröseln, wo hier die Sprachschwierigkeiten liegen könnten. Einen Fachausschuss gibt es für Hausärzte, für Fachärzte und für Psychotherapeuten in der KV nach dem SGB V. Es ist eine Anerkennung durch Herrn Köhler – ich bin beeindruckt, dass er das getan hat −, dass er auch hier einen solchen Ausschuss gebildet sehen will. Ich musste lernen, dass – das ist Kammersprache – die Formulierung „Arzt in ambulanter Weiterbildung“ im Kammersystem und vor allem im System der Tarifgestaltung nicht geht. Da hat man Angst vor einem niedrigeren Gehalt des Arztes in Weiterbildung, vor einem Referendariatsgehalt, das man drücken kann. Das ist im KV-System, wo wir eine ganz andere Währung haben, nicht zu verstehen.

Wie Herr Köhler und die KBV und die KVen als Gesamtsystem dem entgegengekommen sind, entgeht hier. Es wurde auch gesagt, man habe das vorher nicht abgesprochen. Doch, das ist enorm geschehen. Ich hätte nie gedacht, dass die KBV so weit geht.

Lasst uns diesen Ansatz, diese Tür nicht zuschlagen. Lasst uns noch einmal darüber reden, ob wir da einen Kompromiss finden, ob wir das noch einmal aufgreifen können. Man sollte die Tür jetzt nicht zuschlagen und sagen: Wir können das nicht machen. Wir müssen das machen!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Uli Clever. – Nächster ist der Kollege Erik Bodendieck, Vizepräsident der Ärztekammer Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich bin Mitglied im Ausschuss „Ambulante Versorgung“, dem Uli Clever vorsteht. Wir haben gemeinsam mit der KBV natürlich dieses Thema diskutiert. Wir sind übereingekommen – so haben es Herr Köhler und viele andere Redner aus dem System, zuletzt Stefan Windau, gesagt −, dass sich die KBV um die Finanzierung kümmert. So steht es im Antrag 38.

Dazu sind Konditionen notwendig. Das ist im Übrigen nichts Neues. Diese Krücke zu nehmen und der KBV diese Krücke von der verfassten Ärzteschaft aus in die Hand zu geben, kann uns doch bitte schön nicht schwerfallen. Wir haben das an anderer Stelle schon mehrfach geübt. Ich will nicht alles aufzählen, wo wir in Vorleistung gegangen sind, um dann von der Politik, von den Geldgebern und am Ende auch vom Gesundheitsfonds das erfüllt zu bekommen, was einfach legitim ist.

Vielleicht können sich manche von Ihnen daran erinnern, dass ich auf dem Ärztetag in Dresden den Antrag gestellt habe, dass sich der Vorstand der Bundesärztekammer grundsätzlich über Finanzierungsmodelle der Weiterbildung Gedanken zu machen hat. Das war damals noch nicht so ganz up to date. Wir hatten das Problem nicht so ganz. Natürlich war es irgendwo im DRG-System eingepreist, aber alle beklagten sich darüber, dass das Geld von anderen Dingen aufgefressen wird.

Das geht jetzt in dieselbe Richtung. Nun stehen wir vor der Misere, dass es Fachgebiete gibt, die im Wesentlichen nicht ohne ambulante Weiterbildung klarkommen. Es gibt Fachgebiete, bei denen ein großer Teil der Weiterbildungszeit im stationären Bereich abgeleistet werden kann.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, der Punkt Pflichtweiterbildung – da will ich andere Aussagen natürlich unterstützen – bindet natürlich ein Stück weit unsere jungen Kolleginnen und Kollegen. Wir leben in verschiedenen Ebenen. Wir meinen die ganze Zeit, wir wüssten, was die Generation Y will. Auf der anderen Seite erlebe ich in Diskussionen, dass Vorstellungen herrschen, die ein Stück überholt sind. Auch wir sind alle jung gewesen und inzwischen älter geworden; manche von uns vielleicht ein Stück mehr als ich. Ich habe in meiner Praxis mittlerweile die dritte Weiterbildungsassistentin. Ich habe Studenten vom dritten Studienjahr an bis hin zu PJlern. Alle sagen hinterher: Es war toll, in der Praxis gewesen zu sein; es ist ganz anders, als es im stationären Bereich läuft.

Also geben Sie bitte den niedergelassenen Ärzten die Chance. Sie werden keinen Flaschenhals haben. Der einzige Flaschenhals ist die Finanzierung. Dieses Problem können wir durch die Annahme des Antrags 38 mit großer Mehrheit lösen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Bodendieck. – Nächste Rednerin ist Heidrun Gitter, Präsidentin der Ärztekammer Bremen.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es besteht ja grundsätzlich ein Konsens, dass die ambulante Weiterbildung nötig ist und auch gefördert werden muss, vor allen Dingen durch gute Weiterbildungsverbünde. Faktisch wird ja auch schon viel ambulant weitergebildet. Der Mangel an ärztlichem Nachwuchs insgesamt darf doch nicht mit angeblich mangelnder Weiterbildung gleichgestellt werden. Wir in Bremen versuchen, durch ein neues Programm „Fit für die Praxis“ zusammen mit der KV den Nachwuchs in die Praxis zu bekommen.

Eine Pflichtweiterbildung katapultiert uns in überreglementierte, überbürokratisierte Tatbestände, schafft Flaschenhälse statt Willkommenskultur für den eigenen, nicht aus dem Ausland abgeworbenen ärztlichen Nachwuchs.

(Beifall)

Der ärztliche Nachwuchs wird als Faustpfand missbraucht für die berechtigte Forderung nach einer Finanzierung. Die wirtschaftlich orientierte Zuteilung, eben die Bewirtschaftung der Stelle, erfolgt nach dem Antrag 38 über die KV und Zulassungsausschüsse. Damit aber ist grundsätzlich der freie Zugang zur ärztlichen Weiterbildung erstmals seit Jahrzehnten – jedenfalls was die alten Bundesländer betrifft – wieder verloren. Der freie Zugang ist weg. Den Landesärztekammern sollen nach diesem Papier – schauen Sie bitte in Ziffer 4 ff. − die originären Zuständigkeiten, die sie jetzt für die ärztliche Weiterbildung haben – die brauchen sie gar nicht zugeteilt zu bekommen –, und für die Zulassung der Weiterbildungsstätten genommen werden. Den Landesärztekammern verbleibt der Schwarze Peter der Vergabeorganisation, quasi der Zuteilung der weiterzubildenden Kolleginnen und Kollegen. So jedenfalls Ziffer 6 des Papiers. Die bei den Landesärztekammern angesiedelten „Organisationsstellen ambulante Weiterbildung“ haben zu gewährleisten, „dass alle vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte im ambulanten Versorgungsbereich vollständig vermittelt werden“. Das aber ist, ehrlich gesagt, doch wohl die Zuständigkeit des Befugten. Das ist Weiterbildungsrecht. Das kann auch nur der Befugte machen. Das ist also nicht so richtig gut überlegt.

Wir geben viel Geld aus für VERAHs, wir wehren uns gegen die Substitution ärztlicher Leistungen. Wir sollten hier versuchen, solidarisch zu bleiben. Wir sollten das Geld, das uns anderweitig weggenommen wird, richtig umleiten. Das ist in diesem Papier ein bisschen schlecht gemacht.

Nach Ziffer 10 des Papiers soll eine Berichts- und Dokumentationspflicht bis hinauf zum Deutschen Bundestag installiert werden. Das ist ja eine Steigerung von Reglementierung und Verstaatlichung, die wir bisher immer abgelehnt haben.

(Beifall)

Deshalb sage ich: Gut gemeint – dieses Papier ist sicher gut gemeint – ist nicht immer gut gemacht. Deshalb bitte ich Sie, überweisen Sie es an den Vorstand. Wir werden es einarbeiten. Sie können ja schon im Vorstandsantrag nachlesen, dass wir eigentlich auf einem guten Weg sind, die ambulante Weiterbildung über die (Muster-)Weiterbildungsordnung gut zu fördern. Es wird uns sicher auch ein Kompromiss gelingen, gemeinsam mit Ihnen, die Finanzierung klarzukriegen.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank, Frau Dr. Gitter. – Jetzt Frau Dr. Lundershausen vom Vorstand.

Dr. Lundershausen, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie ermutigen, sowohl dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer als auch dem Antrag, der hier von Herrn Köhler so ausdrucksvoll vorgetragen worden ist, zuzustimmen. Die Weiterbildungsordnung ist – das ist vorhin an anderen Stellen schon gesagt worden; das ist nun einmal das Los derer, die später auf der Rednerliste stehen – für Weiterbilder und Weiterzubildende rechtsverbindlich. Es wird künftig ja noch mehr – Herr Bartmann hat es heute schon vorgetragen – nach Inhalten zu strukturieren sein.

Wie wollen wir Inhalte befüllen, wenn wir finanziell nicht in der Lage sind, das auch umzusetzen? Nichts anderes will der Antrag der KBV. Sie rufen hier zum Teil dazu auf, dass die Finanzierung gesichert werden soll, aber wenn dann einer einen Vorschlag zur Finanzierung macht, dann ist er an allen Ecken und Enden falsch. Wir haben im Vorstand der Bundesärztekammer und in der Arbeitsgruppe „Ambulante Weiterbildung“ ein Jahr lang um den Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer gerungen. Jetzt lassen Sie uns doch die Möglichkeit aufnehmen, dem Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuzustimmen.

Mich erschüttert bei der ganzen Geschichte: Wir hören immer wieder bei offiziellen Reden, nicht zuletzt vorgestern, wie toll es doch ist, dass wir sektorale Grenzen überwinden wollen. Das höre ich von einigen, die hier oben gestanden haben, leider nicht. Lassen Sie es uns doch auch einmal tun und in die Tat umsetzen, was immer so schön formuliert wird.

Ich möchte auf gar keinen Fall, dass die Weiterbildung im Sinne von Planung reglementiert wird. Nutzen wir die Chancen der ärztlichen Selbstverwaltung und tun wir es selber. Schaffen wir die Möglichkeiten, dass in allen Bereichen die Weiterbildung optimal finanziert wird und den Weiterzubildenden auch entspricht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Ellen. – Bevor Rudolf Henke ans Mikrofon geht, habe ich eine Frage an Sie. Es ist ganz kurz vor 18 Uhr. Wären Sie bereit, die Sitzung um eine halbe Stunde zu verlängern? Darf ich das abstimmen? – Wer ist dafür, dass wir um eine halbe Stunde verlängern bis 18.30 Uhr? – Wer ist dagegen und möchte pünktlich Schluss machen? – Das müssen wir zählen. Den Bayernblock kann ich ja verstehen; die haben noch etwas vor. Wer für 18.30 Uhr als Sitzungsschluss heute ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Diejenigen, die um 18 Uhr pünktlich Schluss machen wollen, mögen jetzt bitte die Karte erheben. – Sie haben mit 120 zu 85 Stimmen pünktlichen Schluss um 18 Uhr beschlossen.

Da Herr Köhler morgen nicht mehr bei uns sein kann, mache ich Ihnen den Vorschlag, dass wir jetzt Rudolf Henke hören und dann Herrn Köhler bitten, uns noch einige kommentierende Bemerkungen mitzuteilen. Anschließend unterbrechen wir die Sitzung für heute.

Ich bitte jetzt Rudolf ans Mikrofon.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Lieber Herr Köhler! Ich möchte zunächst einmal sagen, dass ich mit der Annahme des Antrags IV-03 des Vorstands der Bundesärztekammer natürlich einverstanden bin. In diesem Antrag steht:

> *Zur Finanzierung der Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich wird eine gesetzliche Regelung gefordert. Hierfür ist … klarzustellen, dass an der haus- und fachärztlichen Versorgung auch Weiterzubildende unter entsprechender Anleitung … teilnehmen können.*

Weiter heißt es:

> *Vertragsarztrechtlich ist klarzustellen, dass eine angemessene Finanzierung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung sichergestellt wird.*

In dem Antrag steht:

> *Hierfür ist die Gesamtvergütung im notwendigen Umfang zu erhöhen. Ergänzend kann eine Unterstützung … mittels der Sicherstellungsfonds … erfolgen.*

Das alles steht in dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Verschiedene Rednerinnen und Redner haben auf die Beratungen der Arbeitsgruppe „Ambulante Weiterbildung“ aufmerksam gemacht. Der Schlüssel dazu, dass man sich darauf verständigen konnte, war – Frau Lundershausen, Sie erinnern sich an die Sitzung, an der wir gemeinsam teilgenommen haben −, dass die Geschäftsgrundlage der Verzicht auf die Aufnahme der Forderung nach obligatorischen Abschnitten in der ambulanten Praxis war. Das war Teil dieses Konzepts.

(Beifall)

Der Marburger Bund hat gesagt: Wir reichen die Hand zur Durchsetzung der Finanzierung und dann mutet ihr uns kein Obligatorium zu.

(Beifall)

Wenn wir den KBV-Antrag mit den Stimmen des Marburger Bunds annehmen, bedeutet das, dass wir zustimmen müssen, dass wir selbst keinen Verhandlungseinfluss auf die angestrebte Tarifvereinbarung mehr haben. Herr Köhler hat eben gesagt, er weiß noch nicht, ob es juristisch geht, mit uns zu verhandeln. Eine andere Tariforganisation gibt es nicht. Wenn es sie nicht gibt, dann heißt das, dass Sie uns auferlegen, dass wir die stationären Arbeitgeber und die ambulanten Arbeitgeber über den identischen Betrag, der ausgezahlt werden soll, in ein Bündnis tarifpolitisch gegen den Marburger Bund in Stellung bringen, weil sie dann ein Interesse daran haben müssen, dass die Beträge, die im Krankenhaus gezahlt werden, eher niedriger als höher sind. Wir haben ein Interesse daran, dass wir den Weg bahnen.

Wir hatten im Jahre des Herrn 2005 9.057 Kollegen, die als Angestellte im ambulanten Bereich tätig waren, inzwischen sind es 20.845. Das ist gelungen, weil man den Fachärzten, die man aus dem Krankenhaus für die Praxis gewinnt, mehr bezahlt als das Krankenhaus.

Warum geben Sie uns nicht die Chance, in Gemeinsamkeit über Anreize die ambulante Weiterbildung zu stärken, statt die Generation jüngerer Ärzte dadurch abzuschrecken, dass Sie sie mit einem Obligatorium davon verjagen?

Darum bitte ich Sie herzlich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Rudolf. – Jetzt hat Andreas Köhler das Wort, bevor wir die Sitzung schließen.

Dr. Köhler, geladener Gast: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mir zittern die Knie ob der Androhung des Casus belli. Man sieht es leider nur nicht.

Ich bedauere es, wenn es eine solche konfliktive Diskussion gegeben hat. Ich bin Herrn Clever ausdrücklich dankbar für seine Ausführungen. Manches hat man eigentlich gar nicht intendiert, was hier heute diskutiert wurde.

Lassen Sie mich eines vorweg sagen – davon bin ich angetrieben −: Der Deutsche Ärztetag hat vor gar nicht allzu langer Zeit eine Pflichtweiterbildung für den Facharzt für Allgemeinmedizin beschlossen. Daraufhin haben wir Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes bekommen und eine Finanzierung erhalten, nicht umgekehrt. Warum glauben Sie, die Sie das alles kritisieren, denn im Moment, dass wir ohne ein klares Signal eine Finanzierung hinbekommen?

(Beifall)

Ich will einen zweiten Punkt ansprechen. Da gibt es den Vorschlag des Strukturfonds. Liebe Kolleginnen und Kollegen, warum muten Sie der Gesamtheit der Vertragsärzte einer KV zu, dass sie mindestens zur Hälfte aus ihren Erträgen Weiterbildung finanziert?

(Beifall)

Das will ich nicht mehr. Das können Sie eigentlich auch nicht wollen.

Jetzt zum Thema Pflichtweiterbildung. Es gibt eine Pflichtweiterbildung im stationären Bereich und keiner regt sich darüber auf.

(Beifall)

Ich finde das hochproblematisch: Warum regen Sie sich auf, wenn es eine Pflichtweiterbildung im ambulanten Bereich gibt? Herr Bartmann hat doch ausgeführt, wie es mit der Whipple-OP ist. Darüber regt sich keiner auf.

Es wird Krankheitsbilder geben, die Sie nur in der ambulanten Versorgung kennenlernen. Das wird so sein. Deswegen müssen wir jetzt die Voraussetzungen schaffen. Da ist der einzig richtige Weg, dass wir das mit der Finanzierung hinbekommen.

Sie erinnern sich vielleicht an die roten Felder bei dem, was uns Herr Bartmann vorgestellt hat. Das ist ganz einfach integrierbar. Vorhin wurde gesagt: Das ist nicht leistbar. Quatsch! Genau diese roten Felder sind in der ambulanten Versorgung zu leisten. Mehr wollen wir mit unserem Antrag nicht.

Ich bitte aufrichtig um Entschuldigung, wenn ich von der Ärzte-Zulassungsverordnung spreche und von dem angestellten Arzt in Weiterbildung. Das ist ein Fachterminus. Ich hätte mir nur gewünscht, man erkundigt sich einmal vorher. Das ist kein AiP, das ist keine Deklassifikation, sondern das ist schlicht und ergreifend unserer Zulassungsverordnung geschuldet.

Wenn wir anbieten, einen Beratenden Fachausschuss zu bilden, dann geht es doch nicht darum, irgendwelche Kompetenzen wegzunehmen. Ich sage es jetzt zum letzten Mal, dann bin ich auch still: Es kann doch nicht sein, dass Sie nicht vermerken, dass wir uns nicht in dieses Kammerrecht einmischen wollen. Soviel Machtpolitik, wie mir heute aus diesem Gremium zugeordnet worden ist – ich bedanke mich, aber das trifft nicht zu. Wir lassen das Kammerrecht bei den Kammern und wir lassen das Weiterbildungsrecht bei den Kammern.

Wenn Sie glauben, dass es wegen Punkt 8 eine andere Intention hat, dann sage ich für meine Vertreterversammlung: Den können wir sofort streichen. Das ist ein Angebot an die weiterzubildenden Ärzte. Wenn das irgendwelche anderen, fast schon paranoiden Unterstellungen hat – streichen Sie ihn. Ich bin jederzeit dafür.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Andreas Köhler. – Jetzt noch ein Antrag zur Geschäftsordnung. Er ist eingegangen, bevor ich die Sitzung geschlossen habe.

Dr. Joas, Bayern: Ich beantrage noch einmal Ende der Debatte, nachdem es jetzt so umfassend behandelt wurde.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wenn Sie jetzt Ende der Debatte annehmen, bedeutet das, dass wir morgen früh direkt mit der Thematik anfangen würden. Das brächte für die Bayern die Verpflichtung mit sich, pünktlich hier zu sein.

(Heiterkeit – Beifall)

Es ist der Geschäftsordnungsantrag auf Schluss der Debatte gestellt. Wünscht jemand dagegenzureden? – Herr Funken möchte dagegensprechen. Ich hoffe, du hast vorhin nicht für 18 Uhr gestimmt.

Dr. Funken, Nordrhein: Ich hätte gern Ende der Debatte zu dem zweiten Teil des Tagesordnungspunkts.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das ist völlig klar. Es geht nur um IV b).

Dr. Funken, Nordrhein: Das war ja das Problem, dass es jetzt vielleicht untergehen würde.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Natürlich geht es nur um IV b). – Jetzt Hans-Albert Gehle. Eigentlich haben wir einen dafür und einen dagegen gehört.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Ich glaube, dass die Argumente von eben noch die Argumente von gerade sind. Herr Köhler hat uns ja noch mal ein paar Dinge mit auf den Weg gegeben. Viele Kammerpräsidenten stehen auf der Rednerliste. Als Delegierter brauche ich eine Meinung darüber, wie Sie mit dem, was uns gerade gesagt wurde, umgehen. Ich weiß nicht, ob es gut für uns wäre, wenn wir keine Aussprache mehr über das hätten, was gerade gesagt wurde.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nun können wir aber abstimmen. Wer für Schluss der Debatte ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Dann werden wir morgen früh Punkt 9 Uhr hier weitermachen.

Ich danke Ihnen und wünsche Ihnen einen schönen Abend. Bitte gestalten Sie den Abend so, dass Sie morgen pünktlich um 9 Uhr hier sind. Darauf freuen wir uns.

3. Tag, Donnerstag, 30. Mai 2013
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir treten wieder in die Diskussion zum Tagesordnungspunkt IV b) ein. Wir haben von gestern noch eine lange Rednerliste. Über 30 Kolleginnen und Kollegen haben sich noch zu Wort gemeldet. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, unser Kollege Andreas Köhler, kann heute nicht mehr bei uns sein. Seine Stellvertreterin und in der KBV Zuständige für den ambulanten Bereich, Frau Dr. Regina Feldmann, wird ihn heute vertreten. Ich bin sicher, dass Sie das Rederecht für den geladenen Gast, das wir gegenüber Herrn Köhler gewährt haben, auf Frau Feldmann übertragen. Frau Feldmann hat offensichtlich unter dem Eindruck der gestrigen Debatte, der sie komplett beigewohnt hat, darum gebeten, zu Beginn ganz kurz noch einmal die Position der KBV zu erläutern. Ich glaube, wir sollten geladenen Gästen mit Rederecht diese Möglichkeit geben.

Frau Feldmann wird jetzt kurz zu uns sprechen. Die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten gilt für sie nicht. Frau Feldmann weiß, dass wir alle schon sehr viel dazu diskutiert haben. Ich erteile Ihnen jetzt das Wort, liebe Frau Feldmann.

Dr. Feldmann, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen heute nur noch einmal ganz kurz den Antrag der Vertreterversammlung der KBV erläutern. Wir verstehen diesen Antrag ausschließlich als Entschließungsantrag zum Antrag der Bundesärztekammer. Wir möchten gern, dass der Ärztetag die Einführung eines obligaten sektorenübergreifenden Weiterbildungsabschnitts hier beschließt.

(Vereinzelt Beifall – Widerspruch)

Erst danach – das muss sogar zeitnah sein – begeben wir uns sofort in die Umsetzung und würden bei dieser Umsetzung alle Beteiligten bitten, uns zu unterstützen. Das sind die Organisationen, die für die Tarifgestaltung zuständig sind, das ist die Bundesärztekammer, das sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, das sind die Krankenkassen, das ist letztendlich und überwiegend der Gesetzgeber, denn diese Regelungen müssen ins Gesetz geschrieben werden.

Erst dann, wenn diese ganzen Bedingungen erfüllt sind, würden die regionalen Landesärztekammern diesen Beschluss in ihren regionalen Weiterbildungsordnungen umsetzen müssen. Ich würde mir wünschen, dass wir dadurch erreichen, dass viele Ansprüche, die wir hören, auch von den jungen Kollegen, erfüllt werden. Wir könnten dann eine Finanzierung auf demselben Niveau wie im Krankenhaus erreichen. Wir können dann eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf erreichen, weil die Koordinierungsstellen, diese fachärztlichen Weiterbildungsabschnitte ausschließlich bei den Landesärztekammern angesiedelt sind und der junge Mediziner dort eine sehr weitgehende Unterstützung beim Absolvieren seiner Weiterbildung erhalten kann. Wir können sicherstellen, dass wir alle für die Finanzierung auch dieser Weiterbildungsabschnitte das Optimale erreicht haben.

Wir brauchen diesen ersten Schritt aber zwingend, um den Druck aufzubauen, dafür Lösungen zu finden. Diese gibt es noch nicht. Wir wissen, dass mit der jetzigen Regelung leider diese ambulante Weiterbildung nur in Einzelfällen stattfindet.

Deshalb bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen. Die Schrittfolge, die wir dort gewählt haben, haben wir bewusst gewählt, weil wir nicht in Vorleistung gehen wollen, sondern sagen wollen: Wir sehen die Notwendigkeit, aber es gibt Bedingungen, die erfüllt sein müssen. Wir sehen die Verpflichtung, aber wir knüpfen es an Bedingungen.

Ich bedanke mich bei Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Feldmann. – Jetzt habe ich, bevor wir zu einem Geschäftsordnungsantrag kommen, der mir hier vorliegt, ein paar Housekeeping Notes. Zuallererst begrüße ich ganz herzlich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Karsten Vilmar, der wie immer dort unten sitzt.

(Beifall)

Gleich wird auch noch Heyo Eckel zu uns stoßen, der Ehrenpräsident des diesjährigen Deutschen Ärztetages. Auch ihn wollen wir schon ganz herzlich begrüßen.

(Beifall)

Heute haben Sie alle anlässlich des Tages der Organspende die große Chance, sich zur Organspende zu bekennen und einen Organspendeausweis auszufüllen, so Sie das, wovon ich fest überzeugt bin, nicht alle schon längst getan haben. Wer selber schon einen solchen Ausweis hat, kann das Formular ja jemandem aus seinem näheren Umfeld geben, damit dieser vielleicht einen solchen Antrag stellt.

Es gäbe ein ganz tolles Bild, wenn wir vor der Mittagspause versuchen würden, alle unseren ausgefüllten Organspendeausweis hochzuhalten, und dann davon ein Bild gemacht wird als Commitment der Ärzteschaft für die Organspende.

(Beifall)

Wir wollen entsprechend dem Kant'schen Imperativ das, was wir unseren Patienten angedeihen lassen wollen, auch auf uns selbst anwenden. Überlegen Sie bitte, ob wir nicht vor der Mittagspause ein Gruppenbild mit hochgehaltenem Organspendeausweis machen. Wenn dieser ausgefüllt wäre, wäre es natürlich besonders gut.

Jetzt habe ich einen Antrag zur Geschäftsordnung von Matthias Fabian. Ich bitte Matthias Fabian zur Begründung seines Antrags ans Mikrofon.

Dr. Fabian, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Unter dem Eindruck des gestrigen Tages haben wir uns in unseren landmannschaftlichen Abend begeben und waren doch etwas überrascht über die Polarisierung, die es dort gegeben hat. Dieses Thema wird von allen Bereichen und von allen Kollegen als ein wichtiges Thema anerkannt.

Wir sind der Meinung: Bevor es hier sozusagen zu einem Eklat kommt und wir uns nicht einigen können, wäre es vielleicht sinnvoll, wenn wir die Sitzung zu diesem Tagesordnungspunkt unterbrechen und die Spitzen sowohl der KBV als auch des Marburger Bunds sich unter Moderation der Bundesärztekammer zurückziehen und versuchen, zum Antrag 38 und zum Vorstandsantrag einen gemeinsamen Antrag, der dann konsentiert eingebracht werden kann, zu verabschieden.

(Beifall)

Wir sehen sonst die Gefahr, dass es hier unter Umständen zu einem Abbruch der Debatte kommt, sich unversöhnliche Meinungen gegenüberstehen und wir dann unser eigentliches Anliegen nicht richtig vermitteln können.

Deshalb bitte ich Sie, diese Chance zu ergreifen und eine Sitzungsunterbrechung zum Tagesordnungspunkt IV b) zu beschließen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Matthias, wenn ich für eine Modifizierung dieses Antrags reden darf: Wir sind bereits jetzt eine bis anderthalb Stunden hinter dem Zeitplan zurück. Wäre es nicht möglich, dass wir diesen Punkt jetzt diskutieren und Sie sich in der Mittagspause zusammensetzen und wir die Anträge zu IV b) erst nach der Mittagspause abstimmen? Anderenfalls geraten wir mit dem Zeitplan des Ärztetages ins Hintertreffen. Ich bitte zu überlegen, ob das nicht eine kluge Variante wäre.

(Zuruf: Könnte man nicht mit IV a) weitermachen?)

− Wir können nicht mit IV a) weitermachen, wenn ein erheblicher Teil, nämlich die Spitzen, draußen ist. Ich muss ja jedem Delegierten die Möglichkeit und das Recht geben, an der Sitzung teilzunehmen.

Anders wäre die Situation, wenn Sie mir garantieren, dass die Sitzungsunterbrechung nicht länger als 15 Minuten dauert.

(Widerspruch)

Dann bleiben Sie nachher womöglich ein oder zwei Stunden draußen. Denken Sie bitte an die Delegierten, die dann hier sitzen und nichts tun können.

Ich frage Sie, ob wir das Ganze nicht in der Mittagspause machen sollten, weil wir sonst hier ins Hintertreffen geraten.

Jetzt nur zur Geschäftsordnung Herr Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich halte es für ausgesprochen wichtig, dass wir hier im Plenum weiter über dieses wichtige Thema diskutieren. Aus dem Grunde spreche ich mich dafür aus, jetzt keine Sitzungsunterbrechung zu machen. Es kann doch nicht sein, dass, wenn das Parlament der deutschen Ärzte tagt, hinter den Kulissen Absprachen getätigt werden. Ich glaube, zunächst einmal müssen wir uns hier weiter eine Meinung bilden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Es gibt ja noch meine Modifikation mit der Mittagspause. Wir können jetzt darüber abstimmen. Der weitestgehende Antrag ist der, eine Sitzungsunterbrechung zu machen. Wer für Sitzungsunterbrechung sofort ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Das ist mit großer Mehrheit abgelehnt. Wir machen jetzt also weiter.

Meine zweite Frage lautet: Wünschen Sie die Abstimmung über die Anträge zu IV b) vor oder nach der Mittagspause? Dann hätten Sie die Chance, in der Mittagspause hierzu Kompromisse zu erreichen. Ich frage Sie also: Wer möchte die Abstimmung über die Anträge zu IV b) vor der Mittagspause haben? – Wer möchte sie gern nach der Mittagspause haben? – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Dann rate ich Ihnen, jetzt die Rednerliste weiter abzuarbeiten. Wir stimmen erst nach der Mittagspause ab. Wir werden dann noch Änderungsanträge zulassen, falls solche kommen, in der Hoffnung, dass es nur einer ist und nicht viele.

Ich danke Ihnen für diese klare Wegweisung. Wir wickeln jetzt die Rednerliste ab. Die erste Rednerin, die sich zu Wort gemeldet hat, ist die Kollegin Catherina Stauch aus Nordrhein.

Dr. Stauch, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Was im Rahmen dieses Antrags noch nicht herausgekommen ist, ist die Frage, worin die starken Interessen von Herrn Köhler bestehen. Er hat ja seine Mannen hinter sich. Von 60 Delegierten haben 60 für diesen Antrag gestimmt. Man sollte einmal nachschauen, wie viele von diesen 60 eigentlich Vertragsärzte sind.

(Zuruf: Alle! - Widerspruch)

− Gucken Sie noch einmal nach. Das kann man ja nachgucken.

Kann es sein, dass die letztjährige Debatte um die Sicherstellung, dass diese eventuell der KV weggenommen werden könnte, ihn so geärgert hat, dass er jetzt zurückschlägt? Das ist eine Überlegung, die dahinterstehen könnte.

Wen will die KBV eigentlich verpflichten, die Assistenzärzte oder die Niedergelassenen? Die Schachfiguren der Niedergelassenen auch zu verpflichten geht ja damit einher. In dem Landkreis, in dem ich wohne, der 300.000 Einwohner hat, sind 34 Vertragsarztsitze nicht besetzt. Sollen die auf diese leeren Plätze verpflichtet werden? Diejenigen, die in diesem Landkreis verblieben sind, sind zu einem Drittel über 60 Jahre alt. Ob diese daran interessiert sind, ihr schmales Budget, das übrig geblieben ist, noch zu teilen, ist fraglich. Das geht einfach nicht. Man muss seine Rente zahlen, man muss seine Familie unterhalten.

Was wollen die Assistenzärzte lernen und was wollen wir vermitteln? Durch die Budgetierung sind ganz viele Leistungen versenkt worden und werden nicht mehr angeboten. Es schmerzt wirklich in der Seele zu sehen, wie mancher voll ausgebildete Internist, der sämtliche Funktionen gelernt hat, Endoskopien etc., das aufgrund der

Budgetierung einfach nicht mehr machen kann. Das Angebot in den Praxen ist deutlich zurückgegangen.

Ich glaube, wenn diese Vertragsarztsitze wieder besetzt sind und man davon leben kann, werden uns die Ärzte in Weiterbildung die Bude einrennen. Sie brauchen nicht verpflichtet zu werden. Ärzte sind so hoch motiviert, man braucht sie nicht zu verpflichten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Stauch. – Bevor Wolfgang Wesiack das Wort erhält, möchte ich Ihnen kurz eine freudige Nachricht überbringen. Unser Aufruf, bis gestern 16 Uhr die Anträge zum Tätigkeitsbericht einzureichen, war erfolgreich. Es sind über 100 Anträge bei uns eingegangen. Wir bitten Sie, wenn es geht, jetzt nicht noch weitere Anträge zu stellen. Das sage ich insbesondere denjenigen, die als Ersatzdelegierte nachgerückt sind. Natürlich können Sie morgen Änderungsanträge stellen. Die Anträge werden im Moment thematisch sortiert. Wir hoffen – das ist ein weiterer Vorteil dieses Prozedere −, Ihnen die Anträge in der Mittagspause auf den Tisch legen zu können, entsprechend der Abstimmungsreihenfolge bereits sortiert. Da ersparen Sie sich also auch noch ein bisschen Arbeit.

(Beifall)

Wenn Sie nicht anfangen, diese Abstimmungsreihenfolge dadurch durcheinanderzubringen, dass Sie neue Anträge stellen, sparen Sie sich und uns noch mehr Arbeit. Ich hoffe, dass sich das Prozedere bewährt.

Ich gebe jetzt Wolfgang Wesiack das Wort.

Dr. Wesiack, Hamburg: Vielen Dank und ein fröhliches Guten Morgen von mir an Sie! Ich spreche zum Antrag IV-43, den wir gemeinsam mit dem Hausärzteverband und dem Hartmannbund eingebracht haben. Der gestrige Nachmittag war ja unerfreulich. In der Tat, wir müssen einen Kompromiss finden. Wir müssen die starken Argumente von beiden Seiten zusammenzuführen versuchen. Das möchte ich tun.

Das Ziel, das wir haben, ist ja dasselbe: Wir wollen die ambulante Weiterbildung stärken. Aber schon bei der Frage „fakultativ oder obligat“ scheiden sich die Geister. Ich glaube, es macht Sinn, dies fakultativ und nicht obligat zu machen.

(Beifall)

Mir leuchtet überhaupt nicht ein, dann, wenn ich es nicht obligat mache, kein Geld oder weniger Geld von der Politik zu bekommen. Wenn das Ziel das richtige ist, wird man auch Geld von der Politik bekommen.

Wir haben deswegen folgende Formulierung gewählt – Herr Zimmer und Herr Reinhardt; ich weiß, dass sich einige vom Marburger Bund angeschlossen haben −:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 unterstützt die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach einer sozialrechtlich geregelten Verpflichtung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung.*

Eine solche Finanzierung sollte von den stationären Tarifbedingungen nicht abweichen.

Ich sage Ihnen: Da haben Sie als Marburger Bund in vielen Jahren gestählte Auseinandersetzungen geführt, wie man zu tariflichen Abschlüssen kommt. Wenn ich das mit den KBV-Abschlüssen vergleiche, sehe ich durchaus Unterschiede. Ich glaube, es macht an dieser Stelle Sinn, den Marburger Bund das dort machen zu lassen. Die Ergebnisse, die Sie erzielt haben, unterstreichen das.

Der Text geht weiter:

Ein entsprechendes Organisationsmodell ist zwischen Bundesärztekammer und KBV unter Einbeziehung der Berufsverbände zu erarbeiten und dem Deutschen Ärztetag zur Entscheidung vorzulegen.

Eigentlich hätte das schon längst gemacht werden müssen. Das wird heute hoffentlich gemacht.

Vielen Dank für die Unterstützung dieses Antrags.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Wolfgang Wesiack. – Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Czeschinski aus Westfalen-Lippe.

Dr. Czeschinski, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte versuchen, das Ganze auf eine etwas sachlichere Ebene über den Ablauf dieser Diskussion zu bringen. Vielleicht sollten wir doch überlegen, ob wir jetzt nicht die Debatte insgesamt unterbrechen und nach der Mittagspause die Debatte komplett wieder aufnehmen, wenn die Möglichkeiten, einen Kompromiss zu finden – ich bin Herrn Wesiack sehr dankbar dafür, dass er das betont hat −, wirklich ausgelotet sind.

Wir diskutieren hier in ein gewisses Nirwana hinein und sind in der großen Gefahr, den Graben, der sich im Moment in der deutschen Ärzteschaft auftut, zu vertiefen. Das ist für die Außenwirkung absolut tödlich.

Deswegen schlage ich vor, jetzt zu unterbrechen und nach der Mittagspause fortzufahren, nachdem die Möglichkeit bestanden hat, Kompromisse zu finden.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Czeschinski. Der Geschäftsordnungsantrag richtet sich auf Unterbrechung der Debatte und Wiederaufnahme nach der Mittagspause. – Herr Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sind hier ein Parlament, wir sind das Parlament

der deutschen Ärzteschaft. Da haben wir ein Selbstbewusstsein und jeder von uns hat eine Aufgabe, die er nicht delegieren kann. Aus diesem Grunde glaube ich, dass wir unbedingt diese wichtige Diskussion weiterführen müssen, und zwar zwischen uns allen, damit eben keine Gräben aufgerissen werden. Der Kompromiss liegt auf der Hand. Deshalb empfehle ich, mit der Debatte fortzufahren und dem Antrag zu widersprechen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir haben jetzt den Antrag auf Unterbrechung der Debatte bis zur Mittagspause. Wer dem zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen und möchte jetzt weiterdiskutieren? – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann machen wir jetzt weiter.

Herr Hellmann, auch Sie hatten sich zur Geschäftsordnung gemeldet. War das derselbe Geschäftsordnungsantrag? – Gut. Dann ist das erledigt.

Wir können in der Rednerliste fortfahren mit Herrn Kollegen Heiner Heister.

Dr. Heister, Nordrhein: Herr Präsident! Geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sind maßgeblich ambulante Medizin. Das muss endlich seinen Niederschlag in einem Ausbau der ambulanten Weiterbildungsmöglichkeiten finden. Sie müssen sich darüber klar sein, dass die Zahl der Fachärzte für psychosomatische Medizin nur dann angemessen gesteigert werden kann, wenn die ambulanten Weiterbildungsmöglichkeiten ausgebaut werden.

Das hat eine erhebliche Bedeutung für die Gesamtärzteschaft. Das sage ich aus vielfach gegebenem Anlass, insbesondere adressiert an unser Präsidium, weil wir uns einem konkurrierenden Kammersystem gegenübersehen, das mit allen seinen politischen und rechtlichen Möglichkeiten geschlossen wie ein Berufsverband agiert.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Heister. – Jetzt stellt Herr Lücke einen Geschäftsordnungsantrag.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben gestern zwei Stunden und 20 Minuten über dieses Thema diskutiert. Wir haben alle Meinungen ausgetauscht. Ich glaube, es ist wirklich alles gesagt worden, zwar noch nicht von jedem, aber trotzdem ist alles gesagt worden. Deshalb stelle ich den Antrag auf Ende der Debatte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Lücke, darf ich eine Frage an Sie stellen: Sie haben sich nicht an der Debatte beteiligt?

Dr. Lücke, Niedersachsen: Nein.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich muss das jetzt also nicht noch einmal alles nachschauen. – Der Antrag auf Schluss der Debatte ist gestellt. – Zur Gegenrede Herr Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Ich möchte die Gegenrede halten.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Auch schon, weil Sie ja als Nächster auf der Rednerliste stehen.

Grauduszus, Nordrhein: Natürlich auch deshalb. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, es wurde viel gesagt. Wie schon erwähnt wurde: Es ist im Moment ein konfrontatives Thema. Es wäre nicht gut, jetzt einen Hammelsprung zu machen. Wir müssen weiterdebattieren, damit wir einen Konsens finden, damit nicht am Ende diejenigen, die nicht die Mehrheit haben, irritiert und resigniert nach Hause gehen und wir uns spalten lassen. Deshalb ist es ganz wichtig, im Moment weiterhin miteinander zu reden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Als Hammelsprung bezeichnet man im parlamentarischen Verfahren den Moment, da man zur Vermeidung einer Zählung alle Abgeordneten aus dem Saal bittet und durch verschiedene Türen wieder hereinbittet, nämlich durch die Tür für Ja, durch die Tür für Nein oder durch die Tür für Enthaltung. Das haben wir aber nicht vor, keine Sorge. Derartige Körperertüchtigungsübungen sind heute nicht geplant.

Jetzt stimmen wir über den Geschäftsordnungsantrag auf Schluss der Debatte zum Tagesordnungspunkt IV b) ab. Wer für Schluss der Debatte ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das scheint in meinen Augen die Mehrheit zu sein. Aber das zählen wir aus, damit keine Legendenbildung entsteht.

Wir kommen also noch einmal zur Abstimmung über den Geschäftsordnungsantrag auf Schluss der Debatte zu IV b). Das wird ausgezählt. Wer für Schluss der Debatte ist, den bitte ich, jetzt die gelbe Karte zu erheben. – Ich bitte diejenigen, die gegen

Schluss der Debatte sind, die Karte zu erheben. – Wir waren doch gut beraten, es zählen zu lassen. Ich erspare mir jetzt das Zählen der Enthaltungen; die können keine Mehrheit mehr haben. Sie haben mit 109 zu 103 Stimmen Schluss der Debatte abgelehnt. Ich erlaube mir den Hinweis: In der Zeit, die wir mit Geschäftsordnungsanträgen verbracht haben, hätten schon weitere vier Delegierte reden können.

(Beifall)

Wir geben jetzt dem Kollegen Martin Grauduszus das Wort.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich ist das Problem, das wir im Moment haben, keines mehr, denn Krankenhausärzte, Marburger Bund, niedergelassene Ärzte und Bundesärztekammer sind sich doch ganz nahe gekommen in Bezug auf das Erfordernis, die Weiterbildung zum Facharzt auch in der ambulanten Versorgung durchzuführen. Aus dem Antrag 04 des Vorstands geht ganz klar hervor, dass die ambulante Weiterbildung in den Praxen eine neue Priorität gewinnen muss. Das hat es in der Vergangenheit so noch nicht gegeben.

(Vereinzelt Beifall)

Der Unterschied besteht nur noch darin, ob man am Ende in diesen Antrag einfügt: Es muss eine verpflichtende Weiterbildung in der ambulanten Versorgung durchgeführt werden. Das ist der Dreh- und Angelpunkt, um den es jetzt geht.

Warum soll das kommen? Es soll kommen, weil anderenfalls die Finanzierung nicht geregelt werden könnte. Meine Damen und Herren, das ist lächerlich! Hier lassen wir Ärzte uns an der Nase durch die Manege führen.

(Beifall)

Die ambulante Weiterbildung auch in den Praxen und in Ambulatorien ist für die Zukunft zwingend notwendig. Wenn sich die Verantwortlichen im Ministerium, in der Regierung und bei den Krankenkassen dagegen wehren, dann handeln sie unredlich. Das können wir gemeinsam – Marburger Bund, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, niedergelassene Ärzte – öffentlich machen und erzwingen. Dafür brauchen wir nicht einen Trick, um uns ein Ziel zu setzen, das wir nachher nicht erreichen können.

(Beifall)

Ich finde es unglaublich – ich bin nicht Mitglied des Marburger Bunds und bin es nie gewesen −, dass hier auf einmal ein Graben aufgebaut wird, als ginge es hier um die Interessen der einen oder der anderen Gruppe. Das ist absolut nicht richtig. Vorhin wurde schon gesagt: Der Marburger Bund hat in den letzten Jahren eine Erfolgsgeschichte für die Interessen der Krankenhausärzte geschrieben. Eine solche Erfolgsgeschichte hatten wir im niedergelassenen Bereich nicht. Lassen wir niedergelassenen Ärzte uns doch in diesem Zusammenhang vom Marburger Bund helfen. Dann werden wir zu einem Ergebnis kommen, wie es die zukünftige Weiterbildungsordnung erreichen will, anhand von verschiedenen Kenntnissen die Zulassung zur Weiterbildung auszusprechen und nicht anhand von Zeiten, die man hier oder dort abgeleistet hat.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Grauduszus. – Nächster Redner ist Ellis Huber aus Berlin.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Grauduszus, wenn etwas unbedingt notwendig ist, dann besteht natürlich auch ein Stück Verpflichtung, es zu tun. Der Streit, den wir hier haben, geht, glaube ich, an der Situation der Änderungsprozesse im Gesundheitswesen völlig vorbei. Wir brauchen eine Integration von ambulanter und stationärer Versorgung und wir brauchen mehr Kapazitäten für die Weiterbildung von Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitssystem.

100 Jahre nach dem Flexner Report hat der Lancet Report die zukünftigen Herausforderungen für die heilenden Berufe deutlich gemacht. Die Caveum Stiftung, früher ein armer Krankenhausträger und heute ein begüterter Bildungsträger, hat das für den deutschsprachigen Raum aufbereitet.

Die Perspektiven sind eindeutig. Die Bedeutung der ambulanten Versorgung wächst, die Kapazitäten in der stationären Versorgung gehen zurück. Daher brauchen wir eine Ausweitung der Kapazitäten. Der Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergänzt den Antrag des Vorstands und er öffnet Fenster. Das mit einem aufgeheizten Begriff der Pflicht abzuwehren wäre dumm. Wir brauchen künftig eine systembezogene Qualifizierung von Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung. Wir brauchen entsprechende Weiterbildungskonzepte. Diese können wir nur gemeinsam in einem Bündnis von stationärer und ambulanter Versorgung erreichen.

Von daher bitte ich zu bedenken, dass dieser Antrag der KBV ein Hebel ist, um die Sicherstellung der Weiterbildung in den stationären Bereichen zu stärken. Wir haben eine Pflichtweiterbildung stationär, wir haben vielfältige Verwerfungen, falsche Zeugnisse, Abhängigkeiten. Auch im stationären Bereich muss die Finanzierung der Weiterbildungsfunktion geregelt werden. Das kann nicht schlicht über Zuschläge zu den DRGs erfolgen.

Vor diesem Hintergrund ist ein gemeinsamer Kampf um eine Finanzierung der Weiterbildungsaufgaben sinnvoll und notwendig. Die Auseinandersetzung über die ambulante Weiterbildung kann auch der stationären Weiterbildung Türen öffnen und neue Freiheiten bringen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Ellis. – Nächster Redner ist Theo Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Monti! Kolleginnen und Kollegen! Wir haben jetzt ein bisschen erkannt, dass wir ein gemeinsames Ziel haben.

Das gemeinsame Ziel ist, die Weiterbildung aufzuwerten durch eine Ambulantisierung und diese auch verpflichtend zu machen. Aber der Weg ist ganz schwierig zu beschreiten. Ich möchte Ihnen gerne Folgendes mitteilen: Wir sollten doch versuchen, diese Grabenbereiche ambulant/stationär ganz wegzulassen und überhaupt nicht mehr darüber zu sprechen. Wie bekommen wir es hin, das, was wir wollen, nämlich die Ambulantisierung in der Medizin, in der Weiterbildung abzubilden? Weiterbildung ist immer verpflichtend. Was Herr Köhler in seinem Schlusswort falsch gemacht hat, ist, dass er diese Grabendinge wieder aufwarf. Warum gibt es im Krankenhaus die Verpflichtung? Warum ist es so schwierig, dagegen anzukämpfen? Herr Köhler, das ist deshalb so, weil dort die Bezahlung klar ist, weil die Grundstrukturen klar sind, weil die Infrastrukturen klar sind.

Warum ist es im ambulanten Bereich so schwierig? Weil wir daran arbeiten müssen, es dort genauso hinzukriegen. Das tun wir mit langen Diskussionen. Ich empfehle Ihnen: Wir sollten uns die Freiheit nehmen, den Antrag der Vertreterversammlung durchzuarbeiten. Dort sind einige Dinge enthalten, die sind super, die sind gut, die müssen wir auch akzeptieren. Es sind aber auch einige Dinge enthalten, die wir einfach streichen müssen. In einem Gespräch gestern Abend mit Herrn Köhler war das auch der Fall, dass man das tun kann, dass er dem zustimmen würde. Ich würde beispielsweise den Punkt 4 streichen, und zwar deshalb, weil wir die Sicherstellung nicht instrumentalisieren dürfen für die Notwendigkeit der Weiterbildung. Das sind zwei ganz verschiedene Dinge. Die finanziellen Rahmenkonditionen in Punkt 7 müssen wir aussprechen. Wir brauchen ein Gehalt für die Kolleginnen und Kollegen. Alle diese Dinge müssen wir verbessern. In Punkt 9 müssen wir beim Zuschlag zum Orientierungswert Ross und Reiter nennen. Wir müssen sagen, dass er ausbezahlt wird und nicht in den Kassenbereich fließt, wie wir das zum Teil bei den Förderprogrammen bei der Allgemeinmedizin hatten, wo es keine Auszahlung gab.

Wir müssen versuchen, diese Dinge zu regeln. Deswegen ist der Antrag 41 so wichtig: eine Vorarbeit, ein Prüfauftrag, ein Arbeitsauftrag, die Erstellung eines Stufenprogramms, wobei parallel gearbeitet wird. Man muss sich um die Möglichkeiten auf der tariflichen Ebene irgendwo kümmern wie um die Inhalte. Wir müssen detektieren: Was ist wirklich wichtig, was wir in Bezug auf die Weiterbildung im ambulanten Bereich übertragen müssen?

Ich bitte Sie – das ist wirklich etwas ganz Neues, glaube ich, vor allem von mir −: Schicken Sie den Antrag 41 mit all den anderen Anträgen wieder an den Vorstand. Wir machen ein Konzept zusammen mit der KBV und zeigen es Ihnen, sodass wir unser Ziel, die ambulante und stationäre Weiterbildung insgesamt verpflichtend durchzuführen, erreichen. Die ganzen Diskussionen nützen nichts. Wir müssen Ross und Reiter nennen und auch Farbe bekennen, keine Lippenbekenntnisse.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Theo. – Nächster Redner ist der Kollege Klaus König aus Hessen.

Dr. König, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin sehr entsetzt über die Schärfe der Debatte. Es geht doch um die Weiterbildung unserer Assistenten, die wir weiterbilden sollen, die aber in der Klinik nicht mehr vollständig die Weiterbildung vermittelt bekommen können, weil diese Leistungen teilweise nicht mehr angeboten werden. Wir hatten es früher einfacher. Wir mussten entweder sechs Monate in der Allgemeinpraxis arbeiten oder drei Monate in der Facharztpraxis. Dort bekamen wir die Inhalte vermittelt.

Heute hat die Klinik keine Ambulanz. Wir haben durch das Kassensystem den Kliniken die Ambulanz genommen. Wo soll das also vermittelt werden? Normale Patienten wie gerade auch in unserem Fach werden dort auch nicht mehr gesehen.

Wir haben uns die Mühe gemacht, einmal zusammen mit Klinikassistenten zu schauen, was denn in der Praxis von dem vermittelt werden kann, bei dem wir bei der Facharztprüfung möglichst keine Fragen stellen, weil es Probleme geben könnte, sie richtig zu beantworten. Wir haben folgende Bereiche ausfindig gemacht: Prävention, Familienplanung, die gesunde schwangere Patientin, die kurativ hormonbedürftige Patientin und die Patientin nach Krebs, die in der Praxis versorgt wird.

Wo sollen die Kollegen solche Erfahrungen sammeln, wenn nicht in der Praxis mit uns zusammen? Ich habe eine Umfrage bei den Berufsverbänden durchgeführt: Sind denn eure Leute bereit, diese Weiterbildung vorzunehmen? Antwort: nicht ohne Finanzierung. Es ist also dringend erforderlich, dass sich Bundesärztekammer und KBV zusammensetzen, an die Öffentlichkeit treten und sagen: Wir können keine Weiterbildung mehr so vermitteln, wie wir es gewohnt sind.

Darüber, was teilweise an Zeugnissen von Kliniken kommt, möchte ich bitte nicht sprechen. Es werden Gerätschaften bescheinigt, die gar nicht vorhanden sind. Das kann es nicht sein. Wir können diese Probleme umgehen, indem wir die Leute dorthin schicken, wo es durchgeführt wird. Das muss finanziell gesichert werden.

Ich bitte darum, dass beide Anträge durchkommen und sich die beiden Antragsteller zusammensetzen und nach einer gemeinsamen Lösung suchen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr König. – Nächster Redner ist Christian Köhne aus Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich habe in der Diskussion gute Argumente für die ambulante Weiterbildung gehört; danke, Herr Fischbach. Ich merke: Das ist auch sexy. Das war alles überzeugend. Sie haben mich allerdings nicht überzeugt, dass es zwingende Argumente für eine Pflichtweiterbildung gibt. Solange es dafür keine zwingenden Argumente gibt, sollte man, denke ich, sehr zurückhaltend sein, die zukünftigen Ärzte und die Ärzte in Weiterbildung in bestimmte Wege hineinzupressen.

Ich glaube, in der ganzen Diskussion ist folgender Punkt besonders wichtig: die Frage der Finanzierung der Weiterbildung. Aus meiner Erfahrung gibt es letztlich nur

eine klare Antwort: Der weiterzubildende Arzt ist ein hoch qualifizierter Akademiker, der vielleicht schon drei oder vier Jahre Berufserfahrung hat. Er ist alles andere als ein Trainee oder Ähnliches. Deshalb ist es völlig richtig zu sagen, dass die Weiterbildung natürlich durch ärztliche Arbeit des Weiterzubildenden finanziert wird.

Wir haben sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich das große Problem der Unterfinanzierung. Die Annahme, mit dem Argument, die Weiterbildung muss finanziert werden, mehr Geld ins System zu bekommen, ist für mich Glaube, Liebe, Hoffnung, leider nicht mehr.

Ich denke, wir sollten alle zusammenstehen und mit den richtigen Argumenten zeigen, dass wir mehr Geld im Gesundheitssystem benötigen. Das sollte aber durch eine ehrliche Diskussion geschehen und nicht über den Umweg der Weiterbildung. Wir sollten den Ärzten die Chance geben, den Sexy Part der Weiterbildung im ambulanten Bereich erfahren zu können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Christian Köhne. – Hans-Detlef Dewitz aus Berlin ist der nächste Redner.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich fand die gestrige Choreografie des Marburger Bunds sehr interessant: erst Herr Botzlar polarisierend, scharf machend, hinterher Herr Henke als Staatsmann. Aber das, was sie vorgetragen haben, sind Denkansätze von vor 25 Jahren.

(Beifall)

Seit dieser Zeit sind viele Leistungen in den ambulanten Sektor gewandert. Es haben sich vor 20, 25 Jahren viele Kollegen niedergelassen, die jetzt Knie arthroskopieren, die endoskopieren, Onkologie machen, die bronchoskopieren. Wir haben einen Kollegen in Berlin, zu dem kamen die jungen Assistenten aus der Klinik, um zu sehen, wie eine Bronchoskopie geht, und haben es bei ihm gelernt, ambulant. Yes, we can – wir können diese Sachen ambulant. Wir können sie genauso gut oder besser als in der Klinik. Wir operieren sehr viel ambulant und das geht sehr gut. Wir können auch Weiterbildung, yes, we can. Warum sollen wir es nicht erbringen und den jungen Kollegen die Dinge beibringen, die in der Klinik nicht mehr stattfinden? Wir können das sehr gut.

Warum kann ich als Orthopäde einen Kollegen weiterbilden, der Allgemeinmediziner werden will? Er muss, wenn er zu mir kommen möchte, sagen: Ich möchte Allgemeinmedizin machen. Dann gibt es Geld. Wenn er sagt, er möchte Orthopäde werden, gibt es dafür kein Geld. Diese Ungleichbehandlung bekommen wir nur beseitigt, wenn wir eine ambulante Pflichtweiterbildung auch im fachärztlichen Bereich bekommen. Wir haben dies bereits für Haut, für Allgemeinmediziner, für die Psychosomatische Medizin und die Strahlentherapie. Das findet statt, da gibt es keinen Flaschenhals, keinen Engpass, das funktioniert. Yes, we can.

Ich denke, dem Marburger Bund und Herrn Henke geht es um andere Dinge. Es geht darum, dass wir zu wenig Nachwuchs haben, dass wir teilweise vielleicht auch in der Klinik nicht attraktiv genug sind, um mit der ambulanten Medizin konkurrieren zu können. Das liegt an den Arbeitsbedingungen, nicht am Geld, Herr Henke.

Nachdem ich meine Praxis gekauft hatte, hat mich nach einigen Jahren die Bank gefragt, warum ich nicht wieder leitender Oberarzt in der Klinik werden möchte, da hätte ich doch richtig Geld verdient im Gegensatz zur ambulanten Medizin. Nein, ich wollte nicht zurück in die Klinik, weil es mir einfach Spaß macht, jeden Tag vor neuen Anforderungen zu stehen und am Tag fast mehr Patienten zu sehen als in einem Monat in der Klinik und nur linke Füße, rechte Hüfte, linkes Knie, rechtes Knie zu sehen. Die ambulante Medizin deckt das gesamte Spektrum vom Kind bis alt, vom Unfall bis zu den Rückenschmerzen ab. Es macht einfach Spaß, dort zu arbeiten. Das möchte ich auch jungen Kollegen zeigen können. Deshalb möchte ich bitten, dass diesem Antrag zugestimmt wird.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dewitz. – Nächster Redner ist Klaus Reinhardt, Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich glaube, so wahnsinnig viel Neues wird jetzt wahrscheinlich nicht mehr kommen, von mir auch nicht. Trotzdem noch einmal zusammenfassend: Wir haben an vielen Stellen keinen Dissens. Wir haben keinen Dissens darüber, dass die ambulante Weiterbildung notwendig ist und das große Teile vieler Fächer nur noch in der ambulanten Medizin vermittelt werden können. Wir haben keinen Dissens darüber, dass wir eine Finanzierung einer solchen Weiterbildung einfordern und auch vor die verpflichtende Einführung stellen wollen. Ich glaube, bei diesen Punkten sind wir uns alle einig.

Nicht einig sind wir uns über den Weg dorthin. Das ist eine Frage der politischen Einschätzung. Herr Köhler sagt: Ich brauche die Verpflichtung, ohne diese bekomme ich kein Geld. Viele Kollegen, die in der Klinik tätig sind, sagen: Wir haben die Erfahrung gemacht, dass wir es nicht einführen sollten, bevor das Geld da ist.

An einer Stelle haben wir einen wirklichen Dissens, der nicht nur den Weg zum Ziel betrifft: Das ist die Frage, ob wir eine Verpflichtung wollen oder nicht. Ich glaube, solange wir uns darüber noch so uneinig sind und es so durcheinandergeht wie gestern und auch heute, hielte ich es für ein ganz unkluges Zeichen dieses Ärztetages, darüber so zu beschließen. Ich glaube, alle können sich hinter den Antrag 43 von Herrn Wesiack, Herrn Zimmer und mir stellen, wonach der Ärztetag die Bundesärztekammer und die KBV auffordert, mit der Politik ins Gericht zu gehen und konzertiert zu agieren, um die Finanzierung sicherzustellen. Dann sind wir ein Stückchen weiter.

Wenn wir den Antrag der KBV gleichzeitig an den Vorstand überweisen, damit die Dinge, die wir hier diskutieren, in einem etwas kleinerem Kreise mit Sachverstand abgearbeitet werden können, hätten wir, glaube ich, einen Weg gefunden, der nach

außen hin vernünftig dokumentiert, dass wir konstruktiv vorgehen können und niemanden verprellen. Wir können uns dann im kommenden Jahr der Sache wieder widmen. Wenn wir es so machen, sind wir, glaube ich, nächstes Jahr ein Stückchen weiter.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Klaus. – Jetzt kommt als nächster Redner der Kollege Gisbert Voigt, Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte appellieren: Wir müssen diese teilweise heftige Emotionalität, die ich gestern Nachmittag und teilweise heute Morgen gehört habe, aufgeben. Wir müssen das nüchtern und vernünftig entscheiden. Ich appelliere ferner: Die 250 Delegierten hier stehen für die gesamte deutsche Ärzteschaft. Jeder ist dafür verantwortlich, dass wir eine Lösung finden, die für die gesamte Ärzteschaft tragbar ist.

Wenn wir sagen, wir brauchen die ambulante und die stationäre Zeit, dann ist das wie Eulen nach Athen zu tragen. Wir alle wissen: Es gibt gewisse Inhalte, die nur noch ambulant erworben werden können.

Nun hat Herr Bartmann gestern hier eine wunderbare Folie gezeigt, die rote Abschnitte enthielt. Er wollte damit verdeutlichen, dass wir im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung Kompetenzen definieren werden, die mit hoher Sicherheit nur noch ambulant erworben werden können. Das heißt, wir werden natürlich ein System der Weiterbildung bekommen, das stationäre und ambulante Anteile haben muss.

Ich glaube, der entscheidende Punkt ist, wie wir das handhaben. Als Ärztekammer können wir, wenn wir einen Gesamtverantwortlichen haben, diesem den Auftrag geben, uns die Partner zu benennen, die womöglich Kompetenzen vermitteln, die er selber nicht vermitteln kann. Damit ist sichergestellt, dass der Weiterbildungsassistent dieses aus einer Hand bekommen kann.

In dem Moment, in dem wir eine obligate Weiterbildung fordern, heißt das für die jungen Kolleginnen und Kollegen, dass sie womöglich das System wechseln müssen. Das ist für sie mit erheblichen Nachteilen verbunden.

Ich bin selbst Vater zweier Söhne aus der berühmten Generation X bzw. Y. Beide sagen spontan: Nein, das wollen wir nicht. Ich denke, das ist etwas, was ganz maßgeblich ist für die Entscheidung, ob wir uns für obligat oder fakultativ entscheiden.

Noch ein Wort zur Finanzierung. Es gibt eigentlich keine echte Finanzierung der stationären Weiterbildung. Es ist wirklich ein Nebenprodukt der Arbeit in den Kliniken. Von daher muss man sich fragen: Ist es klug, jetzt eine Finanzierung im ambulanten Bereich zu fordern? Ich sehe eine ganz große Gefahr: Haben wir einen Finanzier, sitzt dieser mit am Tisch und will mitreden und bestimmen, was an Weiterbildung passiert.

(Beifall)

Lassen Sie sich das einfach noch einmal durch den Kopf gehen. Wir schaffen damit zusätzliche Beeinflussungsmöglichkeiten, die für die ärztliche Weiterbildung nicht gut sind.

(Beifall)

Ich appelliere, dass wir versuchen, einen Kompromiss zu finden. Im Zweifel sollten wir den Antrag 38 an den Vorstand überweisen. Dadurch kommt er dorthin, wohin er gehört, nämlich noch einmal in den Arbeitskreis „Ambulante Weiterbildung“, in dem ich selbst mitarbeite. Ich glaube, wir finden einen guten Weg. Aber es geht nicht mit einer Verpflichtung.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gisbert Voigt. – Nächster Redner ist Rudolf Kaiser aus Westfalen-Lippe.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte darum, in der Diskussion statt von einer Finanzierung der Weiterbildung von einer Finanzierung geleisteter Arbeit zu sprechen, denn die Kolleginnen und Kollegen sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis werden nicht dafür bezahlt, dass sie sich weiterbilden, sondern sie werden dafür bezahlt, dass sie Arbeit leisten.

(Beifall)

Die Ärzte sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis stellen ja nicht nur eine Belastung dar, sondern sie bieten ihre Arbeit an und bieten auch Entlastung, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Wenn man das ein bisschen so betonte, bekäme man auf diese Weise etwas die Spannungen aus der derzeitigen Diskussion heraus.

Ärztliche Arbeit und als Folge davon Weiterbildung finden ja schon heute im großen Umfang im ambulanten Bereich statt. Zum Teil wird der Eindruck erweckt, als sei dies unzureichend. Im Gegenteil, es gibt bereits heute große Verbünde von Weiterbildern beispielsweise in der Augenheilkunde, wo Weiterbildungsinhalte weit überwiegend im ambulanten Bereich vermittelt werden.

Ich finde, hier wird zum Teil eine Gespensterdebatte geführt, denn die Befugnis zur Weiterbildung wird ja von den entsprechenden Gremien der Kammern danach ausgesprochen, welche Weiterbildungsinhalte überhaupt vermittelt werden können. Ob sie im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich vermittelt werden, spielt dabei im Grunde keine Rolle. Wenn es im Krankenhaus nicht geschehen kann, dann geschieht es automatisch in der Praxis. Das sind sozusagen kommunizierende Röhren.

Ein Großteil der Diskussion, die hier geführt wird, ist meines Erachtens überflüssig. Manche in der KBV und vielleicht auch an der Spitze, die nicht so mit den Usancen und der Administration der Ärztekammern vertraut sind, sind vielleicht nicht genügend informiert, sonst wüssten sie das und würden nicht so sehr auf der Pflichtweiterbildung herumreiten.

Wir unterstützen auch als Krankenhausärzte selbstverständlich unsere niedergelassenen Kollegen in dem Bestreben, dass die Finanzierung von Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen gesichert wird und dass sich die Gesellschaft dazu durchringt, neue Finanzierungswege zu eröffnen, was übrigens auch im stationären Bereich notwendig ist. Auch dort gibt es dieselben Bestrebungen.

Aber es ist ein falsches Junktim, die Erfordernisse der Weiterbildung mit der Finanzierung zu verquicken und hier eine Verbindung herzustellen. Deshalb: Finanzierung von Weiterbildung – ja, Pflichtweiterbildung – nein.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Rudolf Kaiser. – Nächster Redner ist Dieter Mitrenga aus Nordrhein.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn gestern der Tag war, an dem viel Porzellan zertrümmert wurde und verletzende Beiträge gegenüber den Kollegen, um die es geht, nämlich die nächste Generation, die Weiterbildung machen will und muss, gemacht wurden, so ist heute der Tag, so glaube ich, an dem mancher besonnen ist und überlegt hat: Wir müssen aufeinander zugehen, um einer sachlichen Diskussion auf diesem Ärztetag eine Chance zu geben.

(Vereinzelt Beifall)

Ich glaube, wir sind auch gar nicht so weit auseinander. Man muss aber nicht über den Schatten springen, denn beim Schattenspringen würden die Konturen meiner Meinung nach eher unsauber.

Wenn man viele, viele Jahre der StäKo angehört und schon vieles mitgemacht hat, auch auf Deutschen Ärztetagen, dann darf man voller Vertrauen auf die zweimal drei Tage Klausur der StäKo, an der ja alle 17 Kammern beteiligt sind, im November und im Dezember schauen, mit großem Optimismus.

Wenn man den Antrag 38, in dem viel Vernünftiges steht, an den Vorstand überweisen würde, käme er ja auch mit der StäKo in Zusammenhang. Dort würde man diese Probleme noch einmal diskutieren. Dort wären sie gut aufgehoben.

(Beifall)

Die Aussage, die hier viele Male getroffen wurde, nur wenn man die Pflichtweiterbildung hineinschreiben würde, wäre Geld zu erwirken, ist nicht bewiesen.

(Beifall)

Das ist eine mutige Behauptung, die passt auch ganz gut in die Diskussion. Ich weiß nicht, ob ich nicht auch die Hand gehoben und gesagt hätte, das sei ein guter Weg, wenn ich Mitglied der Vertreterversammlung der KBV wäre. Es ist *ein* Weg, aber nicht der Weg, der für uns tragbar ist, weil es keine Evidenz gibt, dass eine Pflichtweiterbildung eine auch nur einen Deut bessere Lösung brächte und den Kollegen,

die den Wechsel an Stellen vornehmen müssten, wo sie ihn sonst gar nicht vornehmen bräuchten, angemessen wäre.

Ich glaube, wir haben eine gute Chance, wenn wir weiter so vorgehen wie hier heute Vormittag. Wir können die Prüfaufträge in aller Ruhe akzeptieren. Die StäKo wird diese Prüfaufträge exzellent und zeitnah bearbeiten. Wir werden durch die Prüfaufträge kein Moratorium bekommen. Ich möchte für die StäKo, obwohl ich nicht deren Sprecher bin, mit Sicherheit sagen: Das wird alles noch in diesem Jahr zu erledigen sein.

Haben Sie Mut, haben Sie aber vor allen Dingen auch Vertrauen, dass die Gremien der Bundesärztekammer, deren Mitglieder aus allen Kammern kommen, den richtigen Weg beschreiten werden.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Dieter. – Als Nächster steht auf der Rednerliste Kollege Claus Beermann aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Beermann, Rheinland-Pfalz: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Wir alle gehen immer gern von den eigenen Erfahrungen aus. Das möchte ich an dieser Stelle auch einmal tun. Ich war nach dem Studium bei meinem Doktorvater in der klinischen Chemie angestellt. Ich habe mich irgendwann entschlossen, in die medizinische Versorgung der Patienten zu gehen. Das war zu einer Zeit, Ende der 80er-Jahre, als es sehr schwierig war, eine Stelle zu bekommen. Als ich meine Doktorarbeit geschrieben habe, habe ich bei einem Kollegen auf dem Lande in der Praxis gelegentlich vertreten und ihm mein Problem geschildert. Er hat mir gesagt: Ich würde dich gern als Weiterbildungsassistenten einstellen, allein mir fehlen die Mittel.

Irgendwann konnte er seine Röntgenanlage nicht mehr benutzen, weil ihm der digitale Bildverstärker fehlte. Er hat gesagt: Wenn ich die Anlage weiter abschreiben muss und sie mir keine Erlöse mehr bringt, nehme ich dich als Weiterbildungsassistenten in meine Praxis auf, für zwei Jahre und für 1.500 DM. Ich konnte das machen, weil ich eine Immobilie geerbt hatte, in der ich wohnte. Ich komme aus relativ guten Verhältnissen. Es war auch am Anfang meiner Weiterbildung. Am Ende meiner Weiterbildung war ich verheiratet und hatte Kinder. Ich habe in der Klinik inklusive Dienste 7.000 DM verdient.

Fakt ist: Die ambulante Weiterbildung ist wichtig. Ich möchte diese Zeit nicht missen. Das Erste, was der Praxisinhaber für sich klären muss, ist: Woher bekommt er als Weiterbilder die finanziellen Mittel, um einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen zu können, und zwar so, dass es für den Weiterbildungsassistenten attraktiv ist?

Ich sehe hier überhaupt keinen Dissens, was diese Frage angeht. Der Dissens ist: Wird es so sein, wenn wir es verpflichtend einführen, dass die Politik kommt und sagt: Die Ärzte haben es jetzt verpflichtend gemacht, also müssen wir gucken, wie wir den Weiterbildern die finanziellen Mittel zur Verfügung stellen? Ich glaube, Herr Köhler, sie werden es nicht tun. Sie werden sich zurücklehnen und sagen: Prima,

sollen die doch gucken, wie sie klarkommen. Dann stehen alle im Regen, die Weiterbilder ebenso wie die Weiterzubildenden.

Die heutigen Weiterzubildenden gehen genauso wie ich damals von der eigenen Situation aus. Wenn sie in der Situation sind, dass sie eine Familie haben, dass sie eine Immobilie haben, plötzlich in einen Job wechseln müssen, in dem sie weniger verdienen, werden sie nach Alternativen suchen, Alternativen außerhalb der kurativen Medizin, Alternativen im Ausland. Lassen Sie uns über eine andere Lösung nachdenken.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Beermann. – Nächster Redner ist der Kollege Udo Schuss aus Baden-Württemberg.

Dr. Schuss, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Marburger Bund hat mit dem Begriff Pflicht überhaupt kein Problem, denn im Brockhaus steht: Pflicht ist ein sittlich gefordertes Verhalten. Mehr ist es auch nicht. Wenn sich die Kombattanten ihren Profilierungszwang in der eigenen Gruppe abgearbeitet haben, können wir jetzt zu den Sachthemen zurückkommen.

(Beifall)

Ich glaube, dass auch unter den Gemäßigten, zu denen ich mich zähle, ein Partnerschaftsproblem mit der jeweils anderen Gruppe besteht. Der Marburger Bund weiß doch, dass wir Weiterbildungsstellen im niedergelassenen Bereich brauchen. Wir wollen sie auch. Wir wissen auch, dass eine Praxis einen Weiterbildungsassistenten unter diesen Bedingungen nicht finanzieren kann. Es muss also Geld her. Woher bekommen wir Geld? Es ist ja genügend da. Wir bekommen es nur durch politischen Druck. Die deutsche Ärzteschaft kann nur gemeinsam politischen Druck erzeugen.

Bei der Weiterbildungsregelung im hausärztlichen Bereich hat man auch erst das zur Pflicht gemacht, und zwar in der Hoffnung, dass dann die Finanzierung von der Politik gewährleistet wird. Die Politik hat aber umgekehrt gesagt: Ihr habt doch selber beschlossen, dass es Pflicht ist, nun regelt es auch! Genauso wird es auch bei uns laufen.

Wir haben eine Pflicht, einen Zwang zum gebotenen sittlichen Handeln in der Gemeinsamkeit. Wir brauchen einen Kompromiss, denn die deutsche Ärzteschaft ist, wie es der Marburger Bund durch seine Geschlossenheit bewiesen hat, nur gemeinsam stark. Gemeinsam geben wir ein gutes Bild nach außen ab. Die Kombattanten repräsentieren nicht die deutsche Ärzteschaft.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Udo. – Nächster Redner ist Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Hohes Haus! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Wir können den Antrag 38 nicht komplett übernehmen; da muss einfach nachgebessert werden. Ich will Ihnen nur eine Stelle sagen. Ich habe sie gestern mit Herrn Köhler besprochen. In Punkt 6 steht, dass bei den Landesärztekammern Organisationsstellen eingerichtet werden sollen. „Sollen“ heißt: müssen, wenn man kann. Wir in Mecklenburg-Vorpommern sind da leidgeprüft. Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin ist bei der KV. Punkt 8 ist auch ein Einstieg der KV in die Weiterbildung.

Reden wir doch nicht von einer Pflichtweiterbildung. Wir verabschieden ja auch keine Pflichtweiterbildungsordnung und keine (Muster-)Pflichtweiterbildungsordnung, sondern wir schreiben hinein, welche Inhalte der Assistent in der Weiterbildung zu erlangen hat und erlangen muss. Wenn er das stationär nicht machen kann, dann ist das – wie Dieter Mitrenga gesagt hat – automatisch ambulant notwendig.

Ich habe gestern noch einmal mit jungen Kollegen telefoniert. Sie haben gesagt: Schreibt uns bitte nicht die Pflicht hinein, dann müssen wir die Verträge wechseln. Macht lieber Verbundverträge, wie wir sie bei uns im Bundesland für die Allgemeinmedizin haben, dass der Assistent einen Ansprechpartner hat und die Finanzierung durchgereicht wird.

Wir reden immer von der Generation Y. Diese will etwas anderes, als wir es von unserer Weiterbildung früher gewöhnt sind. Also: Verbund; reden wir von Weiterbildung und der Erbringung notwendiger Inhalte. Wer es will, schafft es auch. Wir wissen alle, dass die Kassen gemeinsam mit der KBV festlegen, welche Leistungen stationär nicht mehr erbracht werden dürfen. Daraus ergibt sich doch automatisch die Pflicht, diese woanders zu erbringen, wenn man Facharzt werden will. Daraus muss notwendigerweise von den Kassen die Finanzierung resultieren, anders geht es nicht. Deshalb sehe ich gar nicht so schwarz wie manche hier. Letztendlich ist es ein gemeinsames Ziel und auch Selbsterhaltungstrieb: Wenn wir einmal krank werden, wollen wir Kolleginnen und Kollegen haben, die die volle Kompetenz haben.

Deswegen überweisen Sie bitte den Antrag der KBV – Frau Feldmann will übernehmen, was ich gefordert habe – an den Vorstand, damit der Antrag in der StäKo nachgebessert werden kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas Crusius. – Jetzt habe ich hier einen Geschäftsordnungsantrag vom Kollegen Lenhard, Vizepräsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, die Redezeit auf zwei Minuten zu begrenzen. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für eine weitere Redezeitbegrenzung auf nur noch zwei Minuten? – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Dann ist das bei wenigen Enthaltun-

gen mit großer Mehrheit so beschlossen. Jetzt gilt also eine Redezeitbegrenzung von zwei Minuten.

Professor Schwantes ist der Erste, den die Zweiminutenkeule trifft.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe für meinen Beitrag gar nicht mehr als zwei Minuten vorgesehen. Ich glaube, man kann es relativ kurz machen. Vielleicht hätten wir zuerst über Punkt IV a) diskutieren sollen, dann wäre manches deutlicher geworden. Wir werden mit Sicherheit beschließen, dass wir eine kompetenzorientierte (Muster-)Weiterbildungsordnung bekommen werden. Das bedeutet, dass die Kompetenzen erworben werden müssen.

Der Vortrag von Herrn Bartmann war ausgezeichnet. Er hat es sehr gut dargestellt. Wir sehen, dass viele dieser Kompetenzen nur im ambulanten Bereich abgeleistet werden können. Dann werden wir irgendwann die Weiterbildung im ambulanten Bereich haben. Das ist so sicher wie das Amen in der Kirche. Darüber muss man einfach diskutieren. Das kommt so, und zwar hintereinander.

Die Weiterbildung im ambulanten Bereich geht. Ich mache das seit 32 Jahren nahezu ohne Unterbrechung. So lange bin ich in der Allgemeinmedizin tätig und habe fast immer einen Arzt in Weiterbildung – sie wollen nicht mehr Assistenten genannt werden – bei mir in der Praxis. Das funktioniert.

Nun hat die Vertreterversammlung der KBV einen Beschluss gefasst. Ich meine, dieser Beschluss, der dort gefasst wurde, verdient einfach Respekt. Es ist großartig, was da gemacht worden ist, dass man das einstimmig angenommen hat.

Das Problem, das auftaucht, besteht eigentlich nur darin, dass in dem Beschluss steht, dass unser hier auf dem Deutschen Ärztetag gefasster Beschluss ergänzt werden soll. Das macht es schwierig. Dann müssen wir das hier alles diskutieren. Insofern bitte ich Sie, den Antrag 43 von Herrn Wesiack, Herrn Zimmer und Herrn Reinhardt zu unterstützen, der besagt: Wir nehmen das zur Kenntnis und bitten darum, dass das weiter bearbeitet wird. Dann wird ein vernünftiger Kompromiss erzielt.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schwantes. – Nächste Rednerin ist Eva Müller-Dannecker.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Mich stört an der ganzen Debatte, dass wir eine zu starke Polarisierung zwischen Klinik und Praxis vornehmen. Wir sitzen doch wirklich alle in einem Boot. Die Arbeit, die die Weiterbildungsassistenten in Klinik und in Praxen leisten, ist in beiden Fällen Arbeit. Darüber sind wir uns einig. Weder im Krankenhaus noch in der Praxis sehen sich die Menschen, die dafür verantwortlich sind, in der Lage, dieses adäquat zu finanzieren. Wir wissen alle: Das Mentoring und die

Anleitung kosten zusätzliche Zeit. Das gilt in der Praxis genauso wie im Krankenhaus.

Meine Damen und Herren, die Realität in den Kliniken ist doch längst nicht mehr so, dass wir sagen können, dass unsere Weiterbildungsassistenten eine wirklich gute und profunde Weiterbildung bekommen können. Es fehlt nämlich das Geld. Deshalb sitzen wir, was die Finanzierung angeht, in einem gemeinsamen Boot. Wir brauchen für die Weiterbildung eine zusätzliche Finanzierung, wiederum für Klinik und Praxis, für eine gute Weiterbildung.

Herr Voigt, diese zusätzliche Angst vor der zusätzlichen Beeinflussungsmöglichkeit durch die Finanzierung muss man doch einmal relativieren. Was ist denn für unsere Patientinnen und Patienten wichtiger? Wir wollen für die Zukunft viele gut weitergebildete Ärzte in Klinik und Praxis haben. Ich will, dass wir die Patientenversorgung vernünftig durchführen können. Da ist es mir wichtig, dass wir eine zusätzliche Finanzierung bekommen. Deshalb bitte ich Sie um Unterstützung des Antrags IV-34, in dem es darum geht, dass wir beide Seiten für die Weiterbildung ausreichend finanziert bekommen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Frau Kollegin Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg ist die nächste Rednerin.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin ganz froh, dass wir heute zu einer konstruktiveren Form der Diskussion zurückgekommen sind, bei der es möglich ist, dem Andersdenkenden zuzuhören und auf ihn einzugehen. Unbestritten ist die Notwendigkeit der ambulanten Weiterbildung. Alternativlos – ich liebe dieses Wort sonst nicht, aber an dieser Stelle finde ich es angebracht – ist die Sicherung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Es gibt den Konflikt, welche der beiden alternativen Strategien oder Taktiken – wie immer man es nennt – sinnvoller ist.

Ich möchte herausstreichen: Wenn die Meinung besteht, dass bei einer obligaten ambulanten Weiterbildung mehr Druck ausgeübt werden kann, ist das die eine Sichtweise. Auch wenn in der Vergangenheit andere Erfahrungen gemacht wurden, bedeutet das nicht sicher, dass es nicht klappt. Genauso besteht auf der anderen Seite die Möglichkeit der Verbundweiterbildung mit einer sorgfältigen Prüfung der Befugnisse.

Gefahren werden – das ist verständlich – vonseiten des Marburger Bunds im Hinblick auf Tarifverhandlungen gesehen. Auf der anderen Seite steht die Frage im Raum, ob und wie es sonst möglich sein könnte, dieses Problem zu lösen. Die Frage ist in der Tat: Welcher Weg ist der sinnvollere? Gibt es einen Kompromiss dazwischen? Aus meiner Sicht wäre der Kompromiss hier schwer zu finden. Ich schlage vor, dass man es an den Vorstand überweist, um Möglichkeiten herauszufinden.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Rothe-Kirchberger. – Katharina Kulike aus Berlin ist die nächste Rednerin.

Kulike, Berlin: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin Weiterzubildende im dritten Jahr, bald im vierten Jahr. Deswegen liegt mir das Thema Weiterbildung natürlich sehr am Herzen. Ich verstehe auch, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung ein ganz wichtiger Auftrag sowohl der Ärzteschaft als auch der Gesamtgesellschaft ist. Aber ich finde es falsch, die Qualität der Weiterbildung und die ambulante Versorgung zu vermischen, wie es im KBV-Papier an manchen Stellen passiert.

(Vereinzelt Beifall)

Ich denke, Pflichtweiterbildungszeiten sind ein Anachronismus, wenn wir eigentlich über eine Kompetenzbasierung der ärztlichen Weiterbildung sprechen. Ich meine, dass man klar definieren muss, welche Weiterbildungsinhalte besser oder sogar nur ambulant erworben werden können, und das muss sichergestellt werden, und zwar, wie es schon ein paarmal anklang, in Weiterbildungsverbünden.

Ich denke, dass es ganz wichtig ist, die Finanzierung der ambulanten, aber auch der stationären Weiterbildung zu klären. Da müssen wir erfinderischer sein, als wir es bisher waren. Es gibt Konzepte, dass man sich überlegt, die finanziellen Mittel an den Weiterzubildenden zu binden, der diese mit in die Praxis wie in die Klinik nimmt.

Schließlich: Weiterzubildende wollen nicht das Pfand bei der Klärung der Finanzierung sein, sondern wollen eine gute Weiterbildung bekommen. Ich finde das Vorstandspapier wirklich gut. Ich denke, das kann man bescheiden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Kulike. – Hans-Albert Gehle aus Westfalen-Lippe ist der nächste Redner. Er ist übrigens der 51. Redner zu diesem Tagesordnungspunkt.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Ich möchte von dieser Stelle aus darauf aufmerksam machen, wo denn eigentlich das Problem ist und wer eigentlich der Gegner ist. Wir haben in der Eröffnungsrede von Herrn Bahr etwas von Überschüssen im Gesundheitsfonds gehört. Wir leben damit, dass die Weiterbildung in der ambulanten Versorgung durch die Einführung der gedeckelten Budgets in den Jahren 1993 und 1997 gestorben ist. Wir alle müssen uns fragen, ob wir damals nicht einfach zu schwach waren und ob wir uns nicht zu wenig gewehrt haben. Das sollten wir aus meiner Sicht heute von hier aus gemeinsam tun.

(Vereinzelt Beifall)

In den Krankenhäusern, von denen gesagt wird, die Weiterbildung sei finanziert, ist es schon lange nicht mehr so. Es gibt seit Jahren keinen anständigen Tarifausgleich.

Es fehlt der Ausgleich der Investitionskosten. Es gibt keine ordentlichen Betriebskostenzuschüsse. Auch dort ist die Weiterbildung längst nicht mehr finanziert.

Unsere Kollegen wollen eine gute Weiterbildung haben. Als MB-Mensch sage ich jetzt etwas von einem anderen Verband: Dort wurden 2012 mehrere Tausend Studenten befragt und über 80 Prozent der Studenten können sich vorstellen, nach einer gewissen Zeit in der stationären Versorgung selbstständig ambulant tätig zu werden. 30 Prozent würden das sogar schon nach ihrem Studium tun wollen. Sie treffen auf gesperrte Zulassungsbereiche, weil uns die Gesundheitspolitik einen Deckel draufgeschraubt hat. Sie treffen auf eine schlechte Ausbildung in den Krankenhäusern, weil uns die Gesundheitspolitik einen Deckel draufgeschraubt hat.

Fordern wir gemeinsam Mittel ein, weil in unserer Weiterbildungsordnung die Pflicht zur ambulanten Weiterbildung steht, aber geben wir nicht das Signal an diejenigen, die in die ambulante Versorgung gehen möchten, dass wir sie nicht wollen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans-Albert Gehle. – Daniel Rühmkorf aus Berlin ist der nächste Redner.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Schönen guten Morgen! Herr Bartmann, herzlichen Dank. Die gestrige Einführung war wunderbar und versprach Großes. Dann kam Teil B; bei Teil B sind wir uns über die Finanzen und wieder einmal die alten Sektorengrenzen unglaublich in die Haare geraten. Ich muss sagen: Das hätte ich gar nicht so erwartet. Es war für mich so, als sei es der Deus ex machina, dass wir das Geld aus dem Gesundheitsfonds nehmen und damit alle Weiterbildungsassistenten bezahlt werden. Ich dachte, da würden alle klatschen und sagen: Jawohl, genauso machen wir es.

Wenn wir das Ganze machen, müssen wir es mit der jetzigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vergleichen. Da wurde es eingeführt, weil wir nicht genügend Allgemeinmediziner haben. Das heißt, die Notwendigkeit wurde erkannt. Es gibt zwei Vergütungsklassen für Weiterbildungsassistenten: in unterversorgten Gebieten 3.750 Euro, in normal versorgten Gebieten 3.000 Euro. Hier ist also eine Steuerung enthalten.

Nehme ich Geld aus dem Fonds, nehme ich öffentliches Geld, dann habe ich das Problem, dass ich auch darüber Rechenschaft ablegen muss. Deshalb soll jährlich ein Bericht an die Bundesregierung gegeben werden. Der Bundesrechnungshof wäre sonst auch ein guter Adressat.

Ich danke der KBV dafür, dass sie den Versorgungsatlas erstellt hat, bei dem wir genau sehen können, wo wer wann in den Ruhestand gehen wird. Wir wissen doch, wo wir weiterbilden müssen und wo nicht. In den einen Bereichen wird es eine Förderung geben, in den anderen nicht. Aber es wird keine Förderung nach dem Gießkannenprinzip geben. Wenn wir Geld aus dem Gesundheitsfonds haben wollen, ist das ein ordnungspolitischer Bruch. Ich sehe nicht ein – ich bitte die KBV, da etwas beweglicher zu werden −, warum die Regelleistungsvolumina nicht erhöht werden. Der

Marburger Bund hat doch immer argumentiert: Es geht nicht um Weiterbildung, sondern der Arzt in der Klinik arbeitet, dafür muss er Geld bekommen. Wenn er in der Praxis ist, arbeitet er doch auch. Dann muss er dafür auch honoriert werden. Dementsprechend wird er natürlich auch Regelleistungen dort erbringen. Ich bitte darum, dass man sich noch einmal überlegt, was da passiert.

Noch ein kleiner Schlusssatz: Gestern war die Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, Frau Tophoven, hier. Ich möchte einmal wissen, was sie über unsere Diskussion denkt, wenn ich bedenke, dass psychologische Psychotherapeuten in ihrer Weiterbildung große Schwierigkeiten haben, um überhaupt über die Runden zu kommen, weil sie in ihrer Weiterbildung gar nicht finanziert werden.

Vielen herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Nur zur Klarstellung: Frau Tophoven ist die Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer. Der Präsident heißt Rainer Richter und kommt aus dem UKE in Hamburg. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Professor Gisbert Knichwitz aus Nordrhein.

Prof. Dr. Knichwitz, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Zunächst einmal möchte ich dem Vorstand für die gute Arbeit, die er geleistet hat, auch bei dieser schwierigen Diskussion, und die Ausarbeitung des Papiers über die sektorenübergreifende ambulante Weiterbildung danken. Insbesondere danke ich für die Ruhe, die Sie bewahrt haben, auch gestern in dieser durchaus hitzigen Diskussion, geführt von unserem Gast und von manchen anderen auch. Sie haben die nötige Ruhe gezeigt und haben das Ganze wieder in eine Form gebracht.

Es sei mir jedoch folgende Anmerkung erlaubt – das hat mich ein bisschen zum Nachdenken gebracht −: Wir alle haben doch als Ziel eine gute Weiterbildung, ob nun ambulant oder stationär; gut muss sie sein. Das haben wir ja auch aus den Beiträgen herausgehört.

Ich habe mich ein bisschen über die Entwertung der Gremien durch das KBV-Papier gewundert. Seit einem Jahr besteht der Auftrag an den Vorstand. Die machen sich die Arbeit, die setzen sich für uns hin, die arbeiten inhaltlich, die arbeiten uns zu, damit wir in unserem Parlament unserem Mandat nachkommen können, für unseren Souverän etwas abstimmen zu können. Und dann kommt fünf Minuten vor Schluss so ein KBV-Papier hier herein. Gehörte das nicht schon früher in diesen Ausschuss hinein? Gehörten die Inhalte nicht schon da hinein?

(Beifall)

Muss man nicht erst seine Hausaufgaben machen, bevor man etwas zur Pflicht macht? Das hat mich ein bisschen gestört, weil ich mich in meiner Funktion, in der ich hier bin, ein bisschen entwertet fühle. Ich kann so etwas nicht in Sekundenschnelle verarbeiten. Deshalb bin ich veranlasst, auf ein solches Gremium zurückzukommen.

Ich betreibe meine Gremienarbeit so, dass ich mich dort einbringe, wo die Protagonisten sind. Das habe ich ein bisschen am KBV-Papier vermisst.

Lassen Sie uns also erst die Hausaufgaben machen, bevor wir darüber nachdenken, etwas zur Pflicht zu machen. Deshalb werbe ich ein bisschen für den Antrag 41. Es gibt genug Zahlen, Daten und Fakten, die wir in den Landesärztekammern haben. Unsere Weiterbildung orientiert sich an Inhalten und an nichts anderem. Lassen Sie uns schauen, welche Inhalte wir haben und was wir noch brauchen. Lassen Sie uns dann entscheiden, welchen Weg wir gehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gisbert Knichwitz. – Der nächste Redner ist Andreas Botzlar aus Bayern.

Dr. Botzlar, Bayern: Guten Morgen! Ich darf vielleicht einmal sagen: Ich gehöre zu denjenigen Delegierten, die tatsächlich auch heute in Krankenhäusern arbeiten. Genau genommen bin ich Oberarzt in der Notaufnahme in einer hauptsächlich unfallchirurgisch geprägten Klinik. Ich habe dort fast immer einen Weiterzubildenden bei mir. Dem sage ich immer: Das ist hier bei uns eigentlich ein bisschen wie Praxis. Auch da sitzt in der Frühe die Bude voll mit Leuten, von denen man vorher nicht weiß, was sie haben. Wenn sie gehen, sollte klar sein, was sie haben oder was sie nicht haben. Soweit dazu.

Nun ist es ja in einem Krankenhaus auch so, dass das Krankenhaus durch die Patientenbehandlung sein Geld erlöst. Das ist übrigens überhaupt nicht abhängig von der Anzahl der Weiterzubildenden. Man könnte auch nur Fachärzte beschäftigen. Das hätte den Nachteil, dass man mehr Geld für Gehälter ausgeben muss. Aber vielleicht geht es auch schneller oder man kann mit weniger Leuten die gleiche Leistung erbringen oder mit derselben Personenzahl mehr Leistungen. Jedenfalls gibt es da bisher auch keine explizite Finanzierung.

Gestern war der Tag, an dem wir These und Antithese vorgetragen haben, sehr deutlich. Das muss man vielleicht auch, um eine Debatte einmal auszufalten. Heute werden wir hoffentlich zu einer Synthese kommen. Herr Wesiack hat ja einen Weg vorgeschlagen, wie man das beispielsweise erreichen kann, wofür ich sehr dankbar bin. Diese Synthese gibt uns dann die Gelegenheit, vielleicht über den einen oder anderen Kollateralschaden, den wir mit dem einen oder anderen Petitum, das vorgetragen wird, erzeugen würden, nachzudenken, damit wir beispielsweise nicht den Kostenträgern, die ja auch rechnungsprüfungspflichtig sind, am Ende einen Einstieg in eine Quantifizierung und Kontingentierung von Weiterzubildenden geben, wo es beispielsweise Fächer gibt, wo man feststellt, dass es eigentlich schon zu viele gibt. Auf diese Weise könnte am Ende in Weiterbildungsinhalte eingegriffen werden und in die Versorgungsstruktur, in der man einfach in bestimmten Fächern keine Weiterbildung mehr zulässt, um sie in ihrem Angebot zu reduzieren.

Vielen Dank fürs Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Andreas. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Kollege Clever, Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Monti! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Die Konflikte sind da, Interessen sind da. Ich hatte das Gefühl: Das Geld ist noch nicht da, das muss erst hereinverhandelt werden. Das mit dem Gesundheitsfonds ist eine Idee, aber da haben wir mächtige Konkurrenten. So wollte beispielsweise Herr Schäuble schon einmal in den Gesundheitsfonds hineingreifen. Das kann wiederum geschehen. Das Geld ist also noch nicht da. Das Problem ist noch nicht gelöst.

Gestern Abend hatte ich die Befürchtung: Wem wäre bei einer geheimen Abstimmung mit einem Ergebnis von 101 : 99 gedient? Nicht uns allen. Die publizistische Wirkung nach außen wäre fatal gewesen.

Aber über Nacht hat sich etwas getan. Man muss eben einmal darüber schlafen. Das ist ein guter Satz, in jeder Hinsicht. Wir haben jetzt die Möglichkeit, dass jeder – das muss auch so sein – aufrecht nach Hause gehen kann, dass man sagen kann: Wir haben unsere Themen durchsetzen können in dem Sinne, dass wir aufeinander zugegangen sind. Der Herbst ist zu spät, es muss jetzt passieren. Da möchte ich Dr. Mitrenga, über dessen Rede ich mich sehr gefreut habe, widersprechen. Es müssen jetzt unter der Moderation der Bundesärztekammer die Gruppierungen miteinander reden. Heute Mittag wird die Zeit auch nicht ausreichen. Es gibt Anträge auf Vorstandsüberweisung, was für die KBV vielleicht ein bisschen schwierig zu akzeptieren ist, weil es wie gestorben erscheint. Ich denke, der Weg, den wir beschreiten sollten, ist, dass Gespräche in naher Zukunft geführt werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Uli. – Nächster Redner ist Bernd Zimmer aus Nordrhein.

Zimmer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Sturm ist vorbei, der Nebel hat sich gelichtet. Was bleibt denn eigentlich übrig? Wir haben kein strukturelles Problem. Wir haben für nahezu alle patientennahen Fächer die ambulante Weiterbildung in den Weiterbildungsordnungen vorgesehen. Wir haben ausreichend ambulante Weiterbildungsstätten. Wir haben in Nordrhein in der Allgemeinmedizin zehnmal so viel Weiterbildungsstätten wie Interessenten. Wo ist denn da das strukturelle Problem? Wir haben – darauf können wir stolz sein – mündige und selbstbewusste junge Kolleginnen und Kollegen, die gute Ärzte sind und gute Fachärzte werden wollen. Das ist das Allerwichtigste.

Wir stehen vor einem einzigen Problem: Wir brauchen eine angemessene Finanzierung der Arbeit, die sie auch in der ambulanten Weiterbildung leisten müssen. Mehr ist es wirklich nicht. Deswegen können wir doch nur fordern, dass das, was für die Kliniken selbstverständlich ist, nämlich dass dort die Arbeit von Ärzten auf dem Weg zum Facharzt bezahlt wird, auch für die Praxen gilt. Wenn wir das haben, brauchen

wir auch gar keine Verpflichtung. Wer führt denn einen solchen Unsinn ein: ambulante Pflichtweiterbildung?

(Beifall)

Ich möchte die Arbeit bezahlt bekommen. Dann konkurriere ich gern mit jeder Klinik. Wenn Sie sich einmal die Evaluation der Weiterbildung zur Hand nehmen, sehen Sie doch das Ergebnis. Nirgendwo ist so gut bewertet worden wie in der ambulanten Praxis der Allgemeinmedizin. Da war die Spitzenweiterbildung, weil die 1:1-Matchings bestanden.

Vor diesem Hintergrund bitte ich Sie: Stärken Sie unsere Forderung nach der Finanzierung für die weiterzubildenden Ärzte in der ambulanten Versorgung. Unterstützen Sie den Antrag IV-43.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernd Zimmer. – Nächste Rednerin ist Simone Heinemann-Meerz, Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

Dr. Heinemann-Meerz, Sachsen-Anhalt: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir brauchen eine moderne Weiterbildungsordnung. Angesichts der Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte, angesichts der demografischen Entwicklung wird die wohnortnahe, nicht nur hausärztliche, sondern eben auch fachärztliche Betreuung an Bedeutung gewinnen. Dazu benötigen wir medizinischen Nachwuchs, der fit ist für alle Aufgaben, die sich in der ambulanten Betreuung stellen. Das kann eine rein stationäre Weiterbildung nicht leisten.

Natürlich geht es um Weiterbildungsinhalte; völlig unstrittig. Es geht dabei aber auch um Dinge, die nicht explizit in der Weiterbildungsordnung stehen und auch nicht stehen müssen, aber genauso wichtig sind, beispielsweise Erfahrungen über chronische Krankheitsverläufe: Was erwartet den Patienten mit der Krankheit x in 10 oder 20 Jahren? Ich meine damit soziale Aspekte in Diagnostik und Therapie, die im persönlichen Umfeld des Patienten beachtet werden müssen. Wie funktioniert eine Kommunikation sektorenübergreifend zwischen ambulant und stationär? Das ist nicht immer so einfach.

Ich selbst habe diese Erfahrungen erst nach meiner Facharztausbildung und Spezialisierung gemacht. Ich muss retrospektiv sagen: vorher wäre sinnvoller gewesen. Meine Weiterbildung fand an der Martin-Luther-Universität statt. Von dieser ging die deutsche Aufklärung aus. Zu Kants Zeiten konnten die Aufklärer nicht aufklären, weil man sie nicht ließ. Heute kann manchmal nicht aufgeklärt werden, weil man nicht liest. Wer das KBV-Papier aber richtig liest, findet eigentlich keinen Grund, diesem nicht zuzustimmen. Das Junktim, dass die Umsetzung dieses Antrags erst erfolgt, wenn die Finanzierung klar ist, sollten sich manche vielleicht doch noch einmal ins Gedächtnis rufen.

Noch eines: Eine akademische Kommunikationskultur muss sich auch durch eine gewisse Dialogfähigkeit und Kompromissbereitschaft auszeichnen. Herr Köhler ist

meines Erachtens den Kritikern schon deutlich entgegengekommen. Bitte keine Misstrauenskultur, keine Vorstandsüberweisung. Stimmen Sie dem KBV-Antrag zu.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Simone Heinemann-Meerz. – Jetzt Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Genauso wie viele meiner Vorredner habe auch ich das Gefühl, dass wir in der Sache sehr, sehr nahe beieinander sind. Ich glaube, alle tragen mit, dass sich die Weiterbildung aus den Inhalten definiert und dass, wenn die Inhalte nicht ausschließlich im stationären Bereich erworben werden können, sie im ambulanten Bereich erworben werden müssen. Da sehe ich eine gewisse Verpflichtung.

Andererseits funktioniert die Weiterbildung im ambulanten Bereich nur, wenn die Finanzierung gesichert ist. Das sage ich auch als Hausarzt, weil ich weiß, was wir hier schon alles durchlaufen haben. Es funktioniert erst, seit die Finanzierung einigermaßen vernünftig steht.

Was uns noch auseinanderdividiert, das sind meines Erachtens gewisse Begrifflichkeiten – zum Teil schwingt hier auch ein Stück Semantik mit – und auch, wie Simone gerade sagte, eine Misstrauenskultur. Man traut sich einander nicht ganz.

In Punkt 2 des Antrags der Kassenärztlichen Bundesvereinigung steht ganz klar, dass nur Inhalte, die nicht stationär vermittelt werden können, in der ambulanten Pflichtweiterbildung verankert sind. Wenn man die Pflicht so interpretiert, dann kann man, meine ich, mit dem Begriff Pflicht ganz gut leben.

Lieber Dieter Mitrenga, wir sind immer ganz eng beieinander, aber hier meine ich, wir sollten doch über den Schatten springen. Warum? Da wir in der Sache schon so eng beieinander sind, sollte auch die Botschaft nach außen gehen, dass wir beieinander sind. Aus diesem Grund empfehle ich Ihnen, den Antrag 03 des Vorstands anzunehmen und, auch wenn noch gewisse Bedenken bestehen, als Signal nach außen auch den Antrag 38 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Max. – Jetzt sehe ich einen Antrag zur Geschäftsordnung.

Dr. Fresenius, Bayern: Nach einer so würdigen und so interessanten und auch die Mentalitäten der Einzelnen erkennen lassenden und so viel Fachwissen zeigenden Diskussion ist jetzt, glaube ich, der Zeitpunkt zu sagen: Wir haben uns einen guten Überblick schaffen können. Wir sind in einer angenehmen Phase der gegenseitigen

Näherung und damit über viele Stunden gereift, um jetzt eine Entscheidung treffen zu können. Ich beantrage deshalb das Ende der Debatte.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Herr Fresenius hat Schluss der Debatte beantragt. Er hat sich bisher nicht an der Debatte beteiligt. – Rudolf Henke wünscht dagegenzusprechen.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe großes Verständnis dafür, dass man sagt: Manches wiederholt sich in der Diskussion. Aber ich glaube, wir haben die Chance, auf diesem Ärztetag zu einer Annäherung zu kommen. Wir haben die Chance – das ist vereinbart −, dass sich heute Mittag Vertreter der KBV und wir noch einmal zusammensetzen, wie das vorhin angeregt worden ist.

Das ist doch auch der Grund dafür, warum Sie gesagt haben: Wir wollen die Abstimmung erst hinterher haben. Dann muss es doch möglich sein, Ihnen das Ergebnis dieser Kommunikation hier vortragen zu können, entweder in zwei Gestalten oder in einer Gestalt, weil es doch notwendig ist, dass Sie es so verstehen, wie es gemeint ist. Ich glaube, wir haben auf diesem Ärztetag die Chance, uns darauf zu verständigen, dass wir gemeinsam und auch nach außen das Signal geben, dass wir das Potenzial des ambulanten Sektors für die Weiterbildung nutzen wollen, dass wir so viele ambulante Bereiche wie möglich in die Weiterbildung einbeziehen sollen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Zur Geschäftsordnung!

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Über diese beiden zentralen Fragen, die zu beantworten sind, muss man eine Verständigung herbeiführen. Das ist die Frage „obligat“ und das ist die Frage „Tarif“. Lassen Sie uns darüber diese Diskussion fortsetzen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich hatte Ihnen schon vorhin gesagt, dass wir beim Vorliegen eines Kompromissantrags selbstverständlich nach der Pause wieder in die Debatte eintreten. Es geht um die Frage, ob wir bis hin zur Pause zu diesem Punkt immer weiterdiskutieren müssen oder ob wir jetzt nicht einmal eine Zäsur machen und nach der Pause wieder in die Debatte zu diesem Punkt eintreten. Ich verstehe den Antrag von Herrn Fresenius so, dass wir jetzt eine Zäsur machen. Nach der Pause wird es selbstverständlich, wenn es einen Kompromissantrag gibt, dazu eine Debatte geben. Sie können ja nicht einfach nach der Methode „Friss, Vogel, oder stirb“ einen Antrag vorgelegt bekommen und ihn abstimmen.

Einer hat dafür-, einer dagegengesprochen. Diejenigen, die jetzt eine Unterbrechung dieser Debatte bis nach der Mittagspause wünschen, bitte ich jetzt um das Kartenzeichen.

(Zurufe)

− Ja, Schluss der Debatte. Wer wünscht Schluss der Debatte? – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Die Mehrheit war ganz eindeutig für Schluss der Debatte zu diesem Punkt. Wir werden uns dann, wenn nach der Pause ein Kompromissantrag vorliegt, darüber unterhalten. Die jetzt auf der Rednerliste befindlichen Wortmeldungen geben wir der Vergangenheit anheim. Wir werden nach der Pause eine neue Rednerliste aufbauen müssen, wenn es einen Antrag gibt. Nicht dass Sie glauben, wir müssten die ganze Rednerliste hier noch abarbeiten.

Wir treten jetzt wieder in die Debatte zum Tagesordnungspunkt IV a) ein. Auch dort haben wir bereits eine ganz anständige Anzahl von Wortmeldungen. Wir sind schon bei fast 40. Den Reigen der Wortmeldungen zum Tagesordnungspunkt IV a) „Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung“ eröffnet Elke Bukisch-Urbanke von der Landesärztekammer Niedersachsen. Die Redezeit beträgt drei Minuten. Wenn Sie weniger wollen, müssen Sie jetzt einen Geschäftsordnungsantrag stellen.

Elke, du hast drei Minuten.

Dr. Bukisch-Urbanke MPH, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es würden auch zwei Minuten reichen. Ich spreche zum Antrag IV-31 neu. „Neu“ deshalb, weil in der Überschrift das Wort „regelmäßige“ vergessen wurde.

Wir ringen schon viele Stunden über die richtige Neugestaltung der Weiterbildungsordnung und um die Frage, wie man es hinbekommt, die verschiedenen Erfordernisse zu organisieren. Jetzt haben wir erst einmal einen Cut gemacht. Ich will Ihnen das Problem der Weiterbildungsevaluation ans Herz legen. Es ist ganz klar, dass die faktische Umsetzung einer guten Weiterbildung vor Ort nicht nur ein Zufall sein darf, sondern wir haben auf den vergangenen Ärztetagen klar gesagt: Wir wollen das im Sinne einer Weiterbildungsevaluation klar regeln und auch abfragen. Wir haben folgerichtig eine regelmäßige Evaluation entschieden. Es kann nicht sein, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir diese wichtige Ecksäule klammheimlich aussetzen.

Wie unsere Bundesärztekammer unseren Beschluss umsetzt, ob es sinnvoll ist, beispielsweise die Verträge mit der ETH Zürich zu kündigen, wie das vorhandene Personal im Weiterbildungsdezernat eingesetzt wird und ob es wirklich sinnvoll ist, parallel zur Neuentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auch noch neue Evaluations-Items zu testen – all das will ich gar nicht werten. Aber es ist doch klar, dass wir ein Routineverfahren beschlossen haben und die Überlegungen keine Aussetzung rechtfertigen.

Ich möchte Sie ganz herzlich bitten, und zwar auch diejenigen, die aufseiten der Bundesärztekammer Verantwortung tragen: Wenn es etwa so sein sollte, dass der Bundesärztekammer das Geld für Routineaufgaben ausgegangen sein sollte – wir werden uns ja noch über die Finanzen unterhalten −, dann möchte ich aber, dass der Deutsche Ärztetag darüber informiert wird. Dann müssen wir hier entscheiden, was

Kernaufgaben sind, was wir für unabdingbar halten und wie wir das dann finanzieren. Aber ich habe keine Lust, dass es einfach klammheimlich mit irgendwelchen Nebelkerzen vernebelt wird. Ich möchte klare Ansagen haben. Dann können wir auch klare Beschlüsse fassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Ich sehe hier aber keine Nebelkerzen, sondern viel frische Luft. – Als nächste Rednerin in der Debatte über die Weiterbildung ist jetzt Katharina Kulike aus Berlin an der Reihe.

Kulike, Berlin: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Zur ärztlichen Weiterbildung ist so viel zu sagen und manches davon ist so kompliziert und so komplex, dass es für ein so großes Plenum eigentlich furchtbar ungeeignet ist. Ich denke, die Ausgestaltung einer kompetenzbasierten (Muster-)Weiterbildungsordnung ist wirklich wichtig. Ich glaube, dazu müssen noch mehrere Fragen gestellt und auch beantwortet werden. Dazu habe ich auch eine Reihe von Anträgen vorbereitet.

Neben den Themen zur Umsetzung einer kompetenzbasierten Weiterbildung in den Kliniken und Praxen, Mentoren- und Portfoliokonzepten, strukturiertem Feedback und der Anknüpfung an die studentische Ausbildung halte ich besonders die eigentliche Kompetenzformulierung für wichtig. Ich bin begeistert, dass Herr Dr. Bartmann und Frau Dr. Güntert und alle weiteren Involvierten uns auf einem Ärztetag mit der Miller-Pyramide und einem Spiral… konfrontieren. Beides kommt meinen Anträgen IV-14, IV-18 und IV-20 sehr entgegen. Trotzdem habe ich nach der Vorstellung das Gefühl, dass noch große Fragen geklärt werden müssen, wie beides ausgestaltet werden soll.

Die Miller-Pyramide – so hat es uns Herr Dr. Bartmann gestern ja auch anschaulich gezeigt – gilt auf allen ihren Ebenen sowohl für Fertigkeiten (skills) als auch für Wissen (knowledge) und Verhaltensweisen (attitudes). Das heißt, man kann keinesfalls zwischen Hand und Kopf unterscheiden. Vielmehr ist es so, dass sich sowohl Wissen als auch Fertigkeiten über die Dauer der Weiterbildung in ihren Kompetenzen entwickeln. Das heißt, es kommt vom „knows“ zum „shows“ zum „does“.

Dem ganz entgegen steht das uns immer wieder vorgestellte Beispiel aus der Urologie, in dem in Level 2 Harnverhalt steht, in Level 3 Notfallmaßnahmen beschrieben werden und in Level 4 letztendlich 25 suprapubische Dauerkathetereinlagen dokumentiert werden.

Ich denke, auch an der Ausarbeitung eines Spiral… muss weiter gefeilt werden. Dort entwickelt sich jede einzelne Kompetenz weiter und vertieft sich. Einige verlieren über die Dauer an Bedeutung, wenn der Kompetenzerwerb abgeschlossen ist. Andere kommen erst später in der Weiterbildung dazu.

Bei einer konsequenten Ausgestaltung einer kompetenzbasierten Weiterbildung verlieren Richtzahlen an Bedeutung. Es geht viel mehr um die Gewissheit darüber, ob

der Facharzt tatsächlich über die verschiedenen Kompetenzen verfügt, als um die Anzahl der durchgeführten Prozeduren.

Ich denke, es bedarf noch einer konkreteren Ausgestaltung der im Prinzip sehr begrüßenswerten kompetenzbasierten Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung, und bitte darum, die von mir gestellten Anträge in die entsprechenden Gremienorganisationen zu geben.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Kulike. – Nächster Redner ist Kai Johanning von der Ärztekammer Niedersachsen. – Er ist nicht da. Dann verfällt hiermit seine Wortmeldung. – Der nächste Redner ist Michael Schulze von der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Schulze, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche für den Antrag IV-10. Dieser sieht vor, dass die nächste Evaluation in Verbindung mit dem Antrag des Vorstands IV-02 stattfinden soll und dass in den einzelnen Landesärztekammern auch schon 2014 ein Pretest durchgeführt werden kann, nämlich mit diesem Fragenkatalog, der im Augenblick schon fast vollständig erarbeitet ist und dementsprechend zeitnah umgesetzt werden kann.

Der Antrag IV-10 enthält einen Schreibfehler: Statt „konsertiert“ muss es „konsentiert“ heißen.

Die Evaluationen, die wir durchgeführt haben, haben gezeigt, dass Verbesserungen im Bereich der Weiterbildungsordnung notwendig sind. Dieses hat ja dann auch dazu geführt, dass wir, wie Herr Bartmann es dargestellt hat, dieses neue Konzept der Weiterbildung verabschieden wollen.

Ich möchte Sie bitten, den Antrag IV-10 zusammen mit dem Antrag IV-02 positiv zu bescheiden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Michael Schulze. – Hans Ramm aus Hamburg ist der nächste Redner.

Dr. Ramm, Hamburg: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich noch einmal bei Herrn Bartmann, bei Frau Güntert und Frau Roether für die Ausarbeitung bedanken. Ich möchte Ihr Augenmerk auf den Antrag IV-26 lenken. Es geht darum, dass der Erwerb interkultureller Kompetenz im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung ein unverzichtbarer Baustein ist. Die Gesellschaft hat sich verändert. Wir haben vermehrt Patienten mit Migrationshintergrund. Da müssen wir einfach eine Sicherheit haben, damit umgehen zu können. Wir empfehlen, dieses zum

Beispiel im Rahmen von Modulen in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen.

Den Antrag IV-09 halte ich für sehr problematisch. Es sollen nach jedem Jahr Prüfungen erfolgen.

(Zuruf: Nein!)

− So habe ich es verstanden. Es soll vonseiten der Ärztekammer ein Assessment, also eine Bewertung, erfolgen. Das können wir in den Weiterbildungsausschüssen überhaupt nicht leisten, wenn das so gemeint ist. Es sollte weiter bei den klärenden Gesprächen zwischen Weiterbilder und Weiterzubildendem bleiben, wie es auch im Logbuch vorgesehen ist.

Ich bitte Sie also, diesen Antrag gegebenenfalls abzulehnen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke dir, Hans. – Nächster Redner ist Klaus Thierse aus Berlin.

Dr. Thierse, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche hier zu keinem Antrag, sondern ich möchte generell ein paar Bemerkungen zur Novellierung der Weiterbildungsordnung machen. Gestatten Sie mir, dass ich dabei ein bisschen Advocatus diaboli bin.

Ich habe im Moment ein sehr positives Erlebnis: Ich fühle mich nämlich um 12, 13, 14 Jahre jünger. Genau das, was wir hier diskutieren, haben wir bei der Novellierung der letzten Weiterbildungsordnung erkannt. Wir haben von Überfrachtung gesprochen und haben gesagt: Die müssen wir runterkurbeln, wir müssen Zusatzbezeichnungen, Schwerpunkte, Fachkunden und was es damals alles gab herausnehmen. Wir müssen ehrliche Zeugnisse schaffen, indem wir die Kataloge herunterschrauben. Wir wollen mit der Weiterbildungsordnung nicht wieder in die Falle laufen, dass wir eine Facharztabgrenzungsverordnung haben, denn diese können wir nicht leisten.

Und was diskutieren wir heute? Genau dasselbe. Das Problem ist, dass wir vieles von dem, was wir damals beschlossen haben, einfach nicht umgesetzt haben. Es gibt einen expliziten Beschluss – ich glaube, das war 2002 −, in dem wir gesagt haben: Die Abgrenzung der Fächer voneinander hat nur über die Definition zu erfolgen, nicht über die Inhalte; das ist eine reine Weiterbildungsordnung bis zum Gesellenstück, bis zur Facharztprüfung und nicht bis zum Meisterbrief.

Die Ersten, die ich erlebt habe, dass sie einem Gericht gegenüber die Inhalte der Weiterbildungsordnung als Abgrenzung genutzt haben, kamen interessanterweise aus der Bundesärztekammer. Wir haben gesagt: Nicht die Zeugnisse müssen den Richtlinien angepasst werden, sondern die Richtlinien müssen der Realität angepasst werden. Wir haben sogar beschlossen, dass das auch nur in den Gremien möglich ist, dass wir nicht einmal den Deutschen Ärztetag damit befassen müssen. Was ist geschehen? Es ist nicht eine einzige Richtlinie geändert worden.

Ich sehe noch nicht richtig den Unterschied zwischen Kompetenzebene und dem Bisherigen. Im Operationskatalog steht bei den selbstständig auszuführenden Eingriffen in Klammern: zusätzliche Assistenten bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade.

Herr Bartmann, noch ein Wort zum Schluss. Ich habe damals im gemeinsamen Weiterbildungsausschuss der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und vorher bei den Orthopäden und Unfallchirurgen in der entsprechenden Kommission gesessen: Da hat sich unser Generalsekretär hingesetzt und ausgerechnet: Was wird in Deutschland operiert? Soundso viel davon operieren die Chef-, Ober- und Fachärzte. Das, was, dividiert durch die Zahl der Assistenten, übrig bleibt, ist leistbar. Die Zahlen, die in den viszeralchirurgischen Katalogen stehen, waren von Anfang an unrealistisch. Insofern ist es logisch, dass es hier den größten Änderungsbedarf gibt. Da hätte man viel früher gegensteuern können.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus Thierse. – Nächster Redner ist Frank Reuther aus Baden-Württemberg.

Dr. Reuther, Baden-Württemberg: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich spreche hier zum Antrag IV-12. Dass wir einen Ärztemangel haben, das wissen wir alle. Wenn man sich die Stellenanzeigen ansieht, macht es den Eindruck, als sei das in der Psychiatrie und in der Psychotherapie besonders ausgeprägt. In den Kliniken ist es mittlerweile so, dass nur Fachärzte dort nicht mehr tätig sind, weil diejenigen, die die Facharztprüfung abgelegt haben, entweder in die Praxis gehen oder Oberarzt werden entweder an derselben Klinik oder an einer anderen Klinik. Es gibt also ganz besonders hier einen Mangel.

Wie versucht die Fachgesellschaft, die DGPPN, das Problem zu lösen? Unter Aufblähung der Inhalte der Weiterbildung hat sie geplant und dies auch versandt, die Weiterbildungszeit von fünf auf sechs Jahre zu verlängern, freilich auch deshalb, um die Assistenten länger in der Klinik zu haben. Die Weiterzubildenden in der Psychiatrie sind schon bislang mit Unsäglichkeiten überzogen worden. Es ist das einzige Fachgebiet, bei dem mehrere Tausend Euro für Pflichtweiterbildungskurse bezahlt werden mussten. Dies ist jetzt dahin gehend geändert worden, dass die Arbeitgeber dies häufig bezahlen. Ich finde es unerträglich, dass die Weiterzubildenden jetzt noch mit einer Verlängerung der Weiterbildungszeit überzogen werden sollen.

Die Psychiatrie ist ein wichtiges Grundversorgungsgebiet. Dieses sollte attraktiv gehalten werden. Deshalb bitte ich Sie: Stimmen Sie für den Antrag IV-12, stimmen Sie für die Beibehaltung der fünfjährigen Weiterbildungszeit auch in Psychiatrie und in Psychotherapie.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frank. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Albert Gehle.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Herr Thierse, Sie haben es gerade richtig gesagt: Die Probleme von heute sind die Probleme von vor zwölf Jahren. Das hat die Probleme nicht besser gemacht. Wenn wir sagten, da müssen wir nicht weitergehen, wäre das das falsche Signal. Nicht nur Herr Bartmann und das Dezernat Weiterbildung, das einen Haufen Arbeit damit hat, sondern wir alle haben gesagt: Wir müssen etwas tun. Wir stehen jetzt an dem Punkt, dass erste Überlegungen vorhanden sind. Bei diesen ersten Überlegungen werden wir alle gemeinsam überlegen müssen – es gibt eine Menge Anträge, die in diese Richtung gehen −: Was ist gut? Was ist falsch? Wie gehen wir weiter? Das muss vorurteilsfrei erfolgen. Es geht nicht nur darum, eine Weiterbildungsordnung zu schaffen, sondern es geht darum, die Weiterbildung weiterzuentwickeln. Das ist unser gemeinsames Ziel. Genau in diese Richtung sollten wir gehen.

Ich glaube ebenso wie Herr Bartmann und wie der Deutsche Ärztetag, dass der Weg über die Kompetenzen ein möglicher Weg ist. Wir werden ihn überprüfen müssen und schauen müssen – und zwar nicht einfach nach dem Motto: Wir brauchen eine neue Weiterbildungsordnung −: Wird er Probleme besser lösen helfen als vorher? Wenn ja, dann sollten wir diesen Weg beschreiten. Der Deutsche Ärztetag wird die Möglichkeit haben, das zu überprüfen. Es gibt eine Menge von Anträgen, die dazu auffordern.

Daneben gibt es eine Menge Anträge, die ins Kleinklein gehen. Wir sollten sehr genau hinschauen, was wir da tun. Herr Ramm sagte gerade, ich hätte gefordert, Zwischenprüfungen einzuführen. Das habe ich nicht getan. Es gibt aber einen Antrag, der das explizit fordert. Wir müssen uns überlegen, was wir tun: Entweder überweisen wir den Antrag an den Vorstand oder wir lehnen den Antrag als ein Signal des Deutschen Ärztetages ab, dass wir das auf keinen Fall wollen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich fordere in meinem Antrag, die in § 8 verankerten Weiterbildungsgespräche auszuwerten. Wenn das missverstanden wird, kann ich damit leben, Herr Ramm, wenn Sie Vorstandsüberweisung beantragen. Letztlich ist es nichts anderes als das, was in unserer Weiterbildungsordnung steht, was wir mal mit mehr, mal mit weniger Impetus tun. Wenn wir in Westfalen-Lippe ein Treffen der Befugten haben, werden wir gefragt: Was macht ihr damit? Wie wertet ihr das aus? Gerade die Weiterbilder sind doch in den Befragungen und in den Auswertungen der Evaluation oft zu kurz gekommen. Gerade ihre Probleme vor Ort, die Probleme der Finanzierung, die Probleme der zunehmenden Ökonomisierung, der zunehmende Druck durch die Geschäftsführung sind nirgendwo thematisiert worden. Hier besteht gerade dazu eine Möglichkeit.

In diesem Sinne plädiere ich dafür, den Antrag anzunehmen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans-Albert. – Nächster Redner ist Henrik Herrmann aus Schleswig-Holstein.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zuerst gilt mein Dank dem Dezernat Weiterbildung und dir, lieber Franz. Hier entsteht mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung wirklich etwas Neues und Großes. Das haben wir als Ärztetag in Dresden vor drei Jahren angestoßen. Es wird noch ein langer Weg sein, aber wir sind mit den Kompetenzblöcken und den Kompetenzebenen auf dem richtigen Weg.

Ich möchte mich noch kurz zu drei Anträgen äußern. Zunächst möchte ich etwas zum Antrag IV-13 − Psychosomatische Grundversorgung in den somatischen Fächern – sagen. Das Anliegen ist gut gemeint, aber ich möchte Folgendes zu bedenken geben. Weitere 14 Gebiete wie Anästhesie, Augenheilkunde und alle chirurgischen Fächer gehören dazu. Wir verpflichten viele Kolleginnen und Kollegen dazu, neben ihrer Arbeit im Krankenhaus und/oder in der Praxis noch 80 Stunden Kurssystem abzuleisten. Dies kostet Geld und Zeit.

Außerdem ist die Begründung, eine Leistung abrechnen zu können, nicht für die Bildungsordnung und Bildungssystematik geeignet. Dies sollte berufsbegleitend erfolgen. Das ist systemimmanent.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte zu einigen der zahlreichen Anträge aus Berlin Stellung nehmen. Ich finde es sehr gut, dass eine Kollegin, die sich in Weiterbildung befindet, Ärztetagsdelegierte ist. Dennoch warne ich davor, Prüfungen – im Antrag 16 steht explizit: Prüfungen – in den einzelnen Weiterbildungsabschnitten durchzuführen. Der Ausdruck Progresstest klingt sehr schön, aber dennoch erhöhen wir dadurch die Hürden zusätzlich. Während wir in der Ausbildung viele Prüfungen haben, sollen diese jetzt auch noch in der Weiterbildung fortgeführt werden. Assessment und Feedback sind wichtig und gehören dazu. Aber bitte kein Prüfungen. Alle sprechen vom Bürokratieabbau; wir sollten dies dann auch tun.

Genauso spreche ich mich dafür aus, nicht die Verwirrungen in den Kompetenzebenen zu erhöhen, indem wir die Ebene 4 abschaffen und dafür die Ebenen 3 a) und 3 b) einführen.

Ich bitte Sie, diese Anträge an den Vorstand zu überweisen, damit sie in den Weiterbildungsgremien in Ruhe bearbeitet werden können. Nehmen Sie diese Anträge bitte nicht an.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Herrmann. Ich habe jetzt nicht mitgeschrieben, für welche Anträge Sie die Vorstandsüberweisung beantragt haben. Sie haben die Antragsnummer nicht immer genannt. Machen Sie das bitte nachher, indem Sie sich dann melden. Ich glaube, das ist der einfachste Weg. – Der

nächste Redner ist Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Bartmann, sehen Sie es mir bitte nach: Ich habe eine Nachfrage zur Miller-Pyramide und verschiedenen anderen Dingen, weil ich festgestellt habe, dass zumindest auf unserer Bank etwas Uneinheitlichkeit in der Frage bestand, wie Sie es nun meinen. Ich habe den Eindruck, dass Sie die Miller-Pyramide angewendet sehen wollen. Andere Aussagen auf unserer Bank gingen dahin, dass Sie die Miller-Pyramide gerade nicht angewendet sehen wollen.

Wenden wir aber die Miller-Pyramide an, so habe ich das nächste Problem – da bitte ich um Aufklärung −, dass die Miller-Pyramide im Prinzip für jeden Abschnitt gilt. Sie gilt für die Ausbildung und wir können nicht sagen, dass – so wie es dargestellt wurde – das Grundlagenwissen in der Ausbildung vollständig vorhanden ist. Am Ende der Ausbildung steht im Prinzip das höchste Level mit der Erteilung der Approbation. Dann beginnen wir in der Miller-Pyramide wieder von unten.

Ich möchte das Konzept der Bundesärztekammer im Sinne der Kompetenzen sehr unterstützen. Wir brauchen – darauf will ich hinweisen – eine andere Art von Weiterbildung, weil wir derzeit im Beruf befindliche niedergelassene Ärzte, also in der Praxis niedergelassene oder auch Chefärzte und Oberärzte, die eine Weiterbildungsbefugnis haben, von der weiteren Weiterbildung abschneiden. Es muss also andere Wege geben, wie sich auch im Beruf Befindliche und bereits weit Etablierte an neue Dinge herantasten können und diese am Schluss natürlich auch an die jungen Kolleginnen und Kollegen weitergeben.

Was können wir mit der Miller-Pyramide machen? Was macht am Ende die Facharztprüfung? Eines muss uns klar sein: Die Facharztprüfung kann letztendlich keine Fähigkeiten und Fertigkeiten abprüfen. Dann stehen wir vor dem Problem – ich nehme jetzt einmal das Beispiel der Chirurgen und nicht der Allgemeinmediziner −, dass wir in der Facharztprüfung voroperieren lassen müssten. Das geht nicht. Es ist in der Facharztprüfung lediglich eine Wissensabfrage notwendig.

Deshalb müssen wir als Nächstes fragen: Wie entwickeln wir denn die Kompetenzen der Weiterbilder in diesem Bereich weiter? Als Ausfluss der Evaluation der Weiterbildung wäre es für mich interessant zu wissen – vielleicht erfahren wir das beim nächsten Tagesordnungspunkt −: Was haben die einzelnen Landesärztekammern als Folgerungen aus der Evaluation der Weiterbildung mitgenommen und als Veränderungen in die Weiterbildung eingebracht?

Meine Redezeit ist gleich beendet. Schlussendlich möchte ich Herrn Wesiack im Sinne unseres kleinen Gesprächs von gestern bitten, im Antrag 36 die Formulierung „Allgemeinärzte ohne Spezialisierung“ – man könnte daraus entnehmen, dass Allgemeinärzte keine Spezialisierung haben – auszutauschen gegen „Kompetenzen“ oder ein besseres Wort, damit hier kein falscher Zungenschlag hineinkommt. Auch der Allgemeinarzt hat eine allgemeinärztliche Spezialisierung.

Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Bodendieck. – Jetzt hat sich der Referent zu Wort gemeldet, um die gestellten Fragen zu beantworten. Franz, du hast das Wort.

Dr. Bartmann, Referent: Es passt jetzt ganz gut, weil auch einige Anträge von Frau Kulike auf diese scheinbare Diskrepanz zwischen der Miller-Pyramide und unserer Systematik der Einordnung in Kompetenzebenen hinweisen. Wir haben nicht umsonst dieses klassische Bild der Miller-Pyramide verlassen, weil das in der Tat für die Kompetenz eines einzelnen Arztes, der entsprechende Eigenschaften mitbringen muss, ärztliche Haltungen haben muss, ein ideales Modell ist, das in idealer Weise natürlich auch beim einzelnen Arzt nicht zum Tragen kommen kann. Hier geht es aber um die Systematik einer gesamten Weiterbildung.

Herr Bodendieck, die Approbation, also die Berechtigung, als Arzt tätig zu sein, wird auf der Basis dessen ausgesprochen, was man in der Ausbildung erlernt hat. Deshalb sind wir der festen Überzeugung: Wenn ich als Arzt – wenn auch nicht im Sozialrecht abrechnungsfähig – tätig sein kann, dann ist das die Basis, die rechtfertigt, dass man sie in das Weiterbildungskonzept mit einbringt.

Das große Problem war, wie wir die Kompetenzebenen vernünftig einordnen. Ich bin immer wieder auf dasselbe Problem gestoßen: Gibt es eine Hierarchie von unten nach oben? In der echten Miller-Pyramide gibt es eine Hierarchie. Das, was wir konstruiert haben, lehnt sich zwar an die Begrifflichkeiten an, ist aber im Grunde genommen eine neue Klassifikation, die für den Gesamtkomplex Weiterbildung gilt und – ich glaube, ich habe das auch erklären können – umsetzbar ist in die verschiedenen Facharztentitäten, damit nicht ein Facharzt, der in erster Linie auf der Wissensbasis agiert und weniger in der Behandlung tätig ist, das Gefühl haben muss, er arbeite auf einem niedrigeren Niveau.

Das ist im Grunde richtig erkannt. Es ist nicht die klassische Umsetzung des Miller'schen Konzepts von 1990, sondern es ist sozusagen nur eine Krücke, anhand deren wir die neuen Ebenen sortiert haben und damit, wie ich glaube, eine ganz gelungene Synthese für die Begriffe Kompetenzblöcke und Kompetenzebenen gefunden haben.

Von daher bin ich Ihnen sehr dankbar, Herr Bodendieck, dass Sie noch einmal explizit darauf hingewiesen haben.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Franz. – Nächste Rednerin ist Frau Susanne Blessing aus der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Bartmann hat gerade wieder das hierarchische Prinzip etwas zurückgenommen. Dennoch möchte ich als engagierte Allgemeinärztin gegen diese Begrifflichkeiten Pyramide und Spirale sprechen. Sie existieren immer noch als Bilder. Bilder wirken stärker als Texte. Deshalb bitte ich die Bundesärztekammer, diese Schemata zu verlassen, weil es in alte Denkmuster zurückführt und die Allgemeinmedizin wieder auf diesen Basislevel zurückführt, den wir angeblich gar nicht haben, weil wir alle ein breiteres

Wissen haben. Aber es entsteht dieses Bild in den Köpfen. Professor Maio hat gezeigt, dass die soft skills sehr wichtig sind, aber gar nicht messbar sind. Sie sind dennoch sehr wichtig für unsere Aus- und Weiterbildung. Sie müssten ebenfalls berücksichtigt werden.

In den Pyramiden steht: kennen, können, beherrschen. Das müssten Sie unbedingt ändern. So sieht es ja aus, als könne ein Mediziner, der auf Level 1 oder 2 stehen geblieben ist und nicht wie ein Chirurg zu Level 4 aufsteigen kann, in die heiligen Höhen, nicht so viel. Das muss unbedingt korrigiert werden.

Ich frage mich, wer diese Begrifflichkeiten eigentlich erfindet, ob das Ärzte oder Technokraten oder Verwaltungsangestellte sind. Ich finde, die Ärzte gehören im Zusammenhang mit diesen Begrifflichkeiten beteiligt.

Wir haben überall Ärztemangel, besonders in der Allgemeinmedizin. Ich frage mich schon, wie die viel zitierten Abiturientinnen mit einer Abiturnote von 1,0 dazu gebracht werden sollen, auf Level 1 stehen zu bleiben. Das müsste man wesentlich besser kommunizieren, die Kompetenzen in den Vordergrund stellen und nicht diese Pyramide aufbauen. Wer will denn auf einem unteren Level stehen bleiben? Das ist einfach im Raum; das müssen Sie ändern. Anderenfalls bekommen Sie keinen Nachwuchs.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Blessing. – Nächste Rednerin ist Angelika Haus.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 11 mit dem Titel:

Strukturierte Weiterbildung auch bei Teilzeittätigkeiten sicherstellen!

Der Antrag richtet sich sowohl an die Ärztekammern als auch an die Weiterbilder. Ich bin sehr froh, dass sich Frau Borelli gestern sehr für diesen Antrag ausgesprochen hat. Das zeigt doch, dass eine gewisse Notwendigkeit besteht, die Weiterbildung auch dann zu strukturieren, wenn beispielsweise jemand aus der Vollzeittätigkeit in Teilzeittätigkeit übergeht oder auch – das wurde noch nicht gesagt, steht aber im Antrag – im Verlauf von Schwangerschaften. Auch diese Zeiten können sinnvoll genutzt werden, um in der Weiterbildung voranzukommen, ohne als Springer oder als Aushilfe irgendwo benutzt zu werden.

Wenn das, was hier in den vergangenen Tagen geäußert wurde, Realität werden soll, nämlich dass wir dafür sorgen wollen, dass möglichst viele Medizinabsolventen in die berufliche Tätigkeit des Arztes überwechseln und von uns Entgegenkommen und Erleichterung brauchen, beispielsweise bei der Gründung von Familien, müssen Sie diesem Antrag zustimmen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Haus. – Nächste Rednerin ist Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Ärztekammer Thüringen und Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer.

Dr. Lundershausen, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch wenn es schon ein paarmal gesagt wurde – ich denke, man kann es nicht oft genug sagen −: Mein ganz besonders herzlicher Dank gilt dem Dezernat von Frau Dr. Güntert und Herrn Dr. Bartmann. Wer sich mit den Weiterbildungsproblemen und der neuen Struktur beschäftigt hat, weiß, wie viel Arbeit in diesem Konzept steckt. Wir können nicht hoch genug loben, dass hier ein Anfang gemacht wurde, in einem lernenden und flexiblen System für die Zukunft neue Aspekte in die Weiterbildung einzubringen.

Bei der heutigen Diskussion ist mir deutlich geworden, dass es verständlicherweise viele unter uns gibt, die nicht so involviert gewesen sind. Das ist kein Vorwurf.

Man muss sich die Wiki-BÄK-Seite ansehen. Ich möchte Sie ermutigen, sich da der Hilfe der Kammern zu bedienen. Dann kann man feststellen, welche Möglichkeiten es bei dieser neuen Konzeption der Weiterbildungsordnung gibt. Frau Blessing, niemand bleibt auf der Ebene 1 stehen. Die Ebene 1 ist das Staatsexamen. Erst die Ebenen 2, 3 und 4 dokumentieren Inhalte der Weiterbildung. Die Ebene ist kein Hinweis darauf, was gut oder schlecht, was viel oder wenig ist. Ich glaube, da gibt es noch einiges, das wir besprechen müssen.

Selbstverständlich soll es in Zukunft möglich sein, auch berufsbegleitend arbeiten und sich weiterbilden zu können, auch in Teilzeit die Weiterbildung zu absolvieren. Das waren die ureigensten Ansprüche auch der letzten Ärztetage. Genau diese sollen damit erfüllt werden. Ich glaube, wir müssen einfach wissen, dass es nicht eine starre Novellierung ist, wie dies in der Vergangenheit der Fall war. Wir haben die Möglichkeit, immer wieder etwas Neues einzubringen.

Ich denke, man sollte dem Ganzen eine Chance geben. Diejenigen, die Kritik an der Zeitschiene üben, möchte ich bitten, das vielleicht noch einmal zu überdenken. Es ist mit riesengroßem Aufwand der Fachgesellschaften und großem Engagement des Weiterbildungsdezernats der Bundesärztekammer daran gearbeitet worden. Die Zeiten sind eingehalten worden. Das hat Herr Bartmann gestern bereits gesagt.

Zum Schluss: Herr Gehle, ich teile Ihre Auffassung, wir sollten keine Prüfungen machen. Aber es muss einen Ausbau der Gespräche für den Weiterbildungsassistenten geben. Sonst wird nicht geerdet, was wir mit dieser Weiterbildungsordnung bewegen wollen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Ellen. – Nächster Redner ist Oliver Funken, Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Funken, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf mich auch an dieser Stelle recht herzlich für die Arbeit, die geleistet worden ist,

bedanken. Ich erinnere mich noch daran, dass bei einem früheren Vortrag – ich glaube, es war in Dresden – die Aktenordner gezeigt wurden, die zu bewältigen waren. Durch das jetzt eingeführte digitalisierte System ist die Arbeit natürlich überschaubarer geworden und ist schneller zu bewältigen. Deshalb sind wir heute an diesem Punkt. Recht herzlichen Dank für diese Vorarbeit. Es wird überschaubar.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Aber weniger Arbeit ist es dadurch leider nicht geworden.

Dr. Funken, Nordrhein: Wir wollen ja nicht Arbeitslose produzieren, oder?

Das Problem ist bei uns, dass wir als Allgemeinmediziner gern auf diesem Weg folgen würden, haben aber mit Spiralen und Pyramiden Probleme, denn diese werden nach oben enger. Das mag bei Fachärzten zur Kompetenzerhaltung mit Basistools, Spezialisierung, Ultraspezialisierung bis hin zur Ultraultraspezialisierung gut sein.

Bei uns ist es aber so: Wir haben im Rahmen einer Ausbildung zum Arzt eine Kompetenz erlangt, dann kommen wir in ein Toolset im Rahmen unserer Weiterbildung. Wir müssen sie ständig erweitern. Die Fläche, die wir abdecken müssen, wird in der Allgemeinmedizin immer größer. Das entspricht nicht genau dem Bild einer Pyramide oder einer Spirale. Da haben wir ein bisschen Probleme, weil bei uns das Bausteinsystem ein endloses ist, auch über die Weiterbildung und die Fortbildung hinaus.

Die Frage ist, ob ein Allgemeinmediziner jemals einen so kompletten Bausatz hat, dass er alle Probleme bewältigen kann. Ich glaube, das gibt es nicht. Deshalb haben wir innerhalb der Allgemeinmedizin Differenzierungen. Aber das möchten wir heute nicht thematisieren.

Wir bedanken uns für den guten Entwurf. Wir empfehlen ihn dringend zur Weiterarbeit. Wir bitten darum, uns nicht in die unterste Schublade zu stecken. Das entspräche nicht dem, was die Allgemeinmedizin in der Fläche der Versorgung zu stemmen hat. Wir würden uns bedanken, wenn wir in einem vielleicht etwas geänderten System gut abgebildet wären. Dann tragen wir es auch gerne mit.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Oliver. – Nächster Redner ist Herr Privatdozent Hansjörg Heep aus Nordrhein.

PD Dr. Heep, Nordrhein: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 35. Bereits 2000 in Köln wurde der Beschluss gefasst, die Berufs- und die Fachverbände mehr in die Novellierung der Weiterbildungsordnung einzubeziehen. Das haben Sie mit der Wiki-BÄK-Plattform wesentlich transparenter gestaltet, als es zuvor der Fall war. Keiner konnte bisher diese 20 Meter Aktenordner einsehen.

Herr Bartmann, Sie haben geschildert, dass natürlich die ganzen Inhalte und auch Richtlinien deutlich veraltet sind. Das haben auch schon einige Vorredner erwähnt. Zusätzlich hat die Evaluation der Weiterbildung ergeben, dass die evidenzbasierte Medizin zu wenig Berücksichtigung findet.

Wenn man dann noch berücksichtigt, dass der medizinische Fortschritt in den Lehrbüchern etwa sieben Jahre nach Erstveröffentlichung auftaucht, in Veröffentlichungen in Fachzeitschriften etwa nach drei bis fünf Jahren und in Vorträgen nach ein bis zwei Jahren, dann muss man sich natürlich auch die Frage stellen: Können wir das nicht früher im Sinne der Kompetenz in den entsprechenden Gebieten verankern? Wenn sich dann herausstellt, dass Kompetenzen eine Basis bilden, dann können sie auch gebietsüberschreitend implementiert werden. Es finden sich dort alle wieder. Man kann es gestalterisch anwenden.

Ich plädiere eigentlich dafür, Antrag 35 anzunehmen, damit allen die Möglichkeit gegeben ist, die Entwicklung in diesem Sinne voranzubringen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Heep. – Nächster Redner ist Heiner Heister aus Nordrhein.

Dr. Heister, Nordrhein: Herr Präsident! Geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Herr Bartmann hat in seinem Vortrag explizit auf die P-Fächer abgehoben. Ich möchte eine Anmerkung machen zum Verhältnis von stationär erbrachten Weiterbildungsinhalten und den eventuell künftig in größerem Umfang möglichen ambulanten Weiterbildungsinhalten. Die Schwierigkeit der psychosomatischen Kliniken besteht darin, den Weiterbildungsteilnehmern die erforderlichen psychotherapeutischen Langzeitbehandlungen zu gewährleisten. Meine Sorge aus berufsverbandlicher Sicht ist, dass die nötigen Stundenzahlen versenkt werden in einer allgemeinen Bescheinigung einer erworbenen Kompetenz. Darauf bitte ich zu achten.

Zur Frage der Einbeziehung der psychosomatischen Grundversorgung in die Weiterbildung aller Gebiete mit Patientenkontakt wäre zu sagen: Wir stehen diesbezüglich unter Beobachtung. Herr Maio hat gesagt – ich darf ihn zitieren −: Kern der Identität ist der Kontakt mit dem Patienten. Zuwendung zum Patienten ist kein Luxus, sondern die Sache selbst.

Ich fürchte, das zu behaupten, wird künftig nicht mehr reichen, weil wir unter Beobachtung konkurrierender Berufsgruppen stehen, die dieses Feld gerne für sich beanspruchen. Ich darf daran erinnern, dass in einem Vorentwurf der Gestaltung des entsprechenden Kapitels bei der Erstellung des Deutschen Krebsplans es interessierter Seite doch tatsächlich gelungen ist, explizit dort hineinzuschreiben, dass die Ärzte zur qualifizierten Kommunikation mit den Krebspatienten nicht in der Lage seien und deshalb flächendeckend nachgeschult werden müssten – und das unter den Augen der dort beteiligten ärztlichen Vertreter.

Ich darf dringend darum bitten, diesem Bereich mehr Aufmerksamkeit zu widmen und auch aufseiten der Bundesärztekammer und der beteiligten Landesärztekammern mehr eigene Kompetenz zu bilden und sich nicht ständig auf die Meinungen vielleicht auch einzelner, vielleicht auch emeritierter Professoren zu berufen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Heister. – Nächster Redner ist Professor Wilhelm-Bernhard Niebling aus Baden-Württemberg. Herr Niebling, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Niebling, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Herr Bartmann! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben gestern in dem Vortrag die Metamorphose der Miller-Pyramide von 1990 in diesem bunten Baukasten gesehen. Ich weiß, dass es ein unendliches Kreuz ist, eine Weiterbildungsordnung zu schaffen. Es ist natürlich schwierig, dieses lerntheoretische Modell, das vor fast 25 Jahren entwickelt und publiziert wurde, in diesem Bereich umzuformen und sinnvoll zu adaptieren.

Es ist schon wiederholt gesagt worden, dass wir in der Allgemeinmedizin – ich denke, das gilt auch in der Inneren Medizin – bei hochkomplexen Versorgungsstrukturen durchaus Probleme haben, uns richtig abgebildet zu sehen, insbesondere mit dieser Kompetenzebene oder früher Level 4, die mit Richtzahlen ausgestaltet wird.

Ich möchte bitten, da Sie ein übergeordnetes Ziel genannt haben, nämlich die Nachhaltigkeit einer Weiterbildungsordnung – es wäre wunderbar, wenn wir einmal eine Weiterbildungsordnung hätten, die nicht 10, sondern vielleicht sogar 15 Jahre hält −, den Mut zur Langsamkeit zu haben und nochmals ins Gespräch zu gehen mit den vielen interessierten Fachverbänden, den Fachgesellschaften und auch den Berufsverbänden. Ich denke, es ist sinnvoll, sich hier eher etwas Zeit zu nehmen und dann zu einer guten Lösung zu kommen. Dann können wir – ob es nun im nächsten Jahr oder 2015 ist – eine gute, nachhaltige (Muster-)Weiterbildungsordnung verabschieden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Niebling. – Heidrun Gitter aus dem Vorstand.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Damen und Herren! Auch mein Vorredner hat gezeigt, dass wie bei dem anderen Punkt zur Weiterbildung, den wir gerade ein bisschen abgeschlossen haben, mehr Konsens besteht, als man denken sollte. Ich meine, dass wir die Ziele, die Franz Bartmann genannt hat, nicht außer Acht lassen, dass wir vereinfachen wollen, auch wenn es erst einmal nicht so aussieht, und dass wir es nachhaltig machen wollen und nicht verkomplizie-

ren. Ich möchte kurz sagen, dass es den einen oder anderen Antrag gibt, der genau dies tut, wenn auch möglicherweise nicht will. Frau Kulike hat selber schon zu einigen ihrer Anträge Vorstandsüberweisung beantragt.

Das ist eben die schwierige Gemengelage: Was heißt Kompetenzlevel? Man muss berücksichtigen, dass die Kompetenztiefe, die durch 2 bis 4 beschrieben ist, am Ende der Weiterbildung steht und eben nicht mittendrin. Deswegen sind mittendrin Prüfungen sinnlos. Deshalb ist auch ein striktes Aufeinander-Aufbauen sinnlos. Frau Kulike, Sie fassen den Blinddarm an und den Dickdarm, der direkt daran liegt, fassen Sie auch nicht erst an, wenn Sie den Blinddarm kompetent herausnehmen können, sondern Sie dürfen zwischendurch auch schon einmal eine Hemikolektomie rechts machen. Am Ende wird Ihnen Ihr Weiterbilder bescheinigen, wann Sie den Blinddarm komplett selbstständig herausnehmen können. Das ist Level 4. Eine Pankreasresektion oder einen Whipple werden Sie nach Level 4 nicht verpflichtend machen müssen. So schätze ich es ein. Das geht also parallel und ist nicht ganz einfach darzustellen. Franz Bartmann hat nicht ohne Grund gezögert, diese Folie mit der Hand- und der Hirnebene zu zeigen, weil das tatsächlich beispielsweise bei der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin nicht so gut passt.

Ich glaube, da sind wir auch nicht auseinander. Die komplexen Strukturen, die mein Vorredner gerade geschildert hat, wären in der allgemeinmedizinischen Versorgung praktisch Level 4. Sie müssen irgendwie abgebildet werden.

Lassen Sie sich auf das neue Konzept ein. Melden Sie zurück, wo Sie Verständnisprobleme haben, melden Sie zurück, wo Sie fachspezifischen Regelungsbedarf haben. Kommentieren Sie weiter; das ist ja möglich. Dann wird es in den Gremien eingearbeitet werden. Dann werden Sie auch noch einmal draufschauen und noch einmal kommentieren müssen, bevor es fertig ist. Lassen Sie uns ruhig einen ehrgeizigen Zeitplan aufstellen. Seien Sie gewiss, dass man sich Zeit genug nehmen muss, damit etwas Vernünftiges daraus wird.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Heidrun. – Die nächste Rednerin ist Eva Müller-Dannecker aus Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich möchte an dieser Stelle Herrn Dr. Bartmann und Frau Dr. Güntert und dem Team ganz herzlich für den mutigen Schritt danken. Wir sind in einer Zeit, in der wir lerntheoretische Erwägungen, aber auch die Realität in unseren Krankenhäusern und Praxen berücksichtigen müssen. Wir müssen den vielen Lügen, die in den Zeugnissen stehen, irgendetwas Realistisches entgegensetzen. Insofern finde ich es wirklich erstaunlich und bewundernswert, dass der Schritt in diese Richtung weist.

Ich möchte Mut machen, dass wir uns die Zeit nehmen, die wir brauchen, um ein Konzept zu entwickeln, das in die richtige Richtung weist und das konsensfähig ist. Nehmen Sie sich die Zeit dazu, um die Diskussion darüber zu führen. Ich glaube, wir haben an dieser Stelle keine Eile, sondern die Qualität hat hier Vorrang.

Frau Kulike hat sich bereits lerntheoretisch mit der Veränderung des Medizinstudiums sehr intensiv beschäftigt. Es ist wichtig, dass man die Erfahrungen aus dem Medizinstudium auch für die Weiterbildung nutzt. Insofern haben wir schon besprochen, dass man die Diskussion zwischen Herrn Bartmann und Frau Kulike an dieser Stelle vielleicht intensiviert.

Ich möchte jetzt noch zu einzelnen Anträgen etwas sagen. Der Antrag 32 betrifft Einzelfallentscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten. Es geht um längere Abwesenheitszeiten. Man sollte mit Einzelfallentscheidungen berücksichtigen, was auch in kürzeren Zeiten gelernt wurde. Hier sollte man etwas liberaler werden. Ich werde den Antrag 32 b von Frau Groß übernehmen. Das kündige ich hiermit schon an.

Ein weiterer Antrag, den ich Ihnen ans Herz legen möchte, ist der Antrag 33. Ich glaube, dass es wichtig ist, dass wir in der Weiterbildung mehr fachübergreifende Kompetenzen vermitteln. Wir sehen immer wieder, dass es auch um Prozessmanagement geht. Es geht vor allen Dingen auch um das Thema Kommunikation, das bereits in der Ausbildung unterrepräsentiert ist. Wir müssen unsere kommunikativen Kompetenzen steigern. Auch das Thema Recht und Ethik ist fachübergreifend. Ich würde mich freuen, wenn wir fachübergreifend Kurse im Rahmen der Weiterbildung mit aufnähmen.

Ich möchte Sie also herzlich bitten, die Anträge 32 und 33 wohlwollend zu prüfen.

Über den Antrag 34 hinsichtlich der Finanzierung haben wir bereits gesprochen. Die Anträge von Frau Kulike insbesondere hinsichtlich der Beratung mit Herrn Bartmann sollten mit einfließen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Nächster Redner ist der Kollege Wolfgang Miller aus der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Miller, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen! Liebe Kollegen! Die Weiterbildungsordnung muss Qualität gewährleisten und beschreiben, was ein Facharzt können muss. Bereits heute, unabhängig vom großen Wurf der Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung spreche ich zu Ihnen zum Antrag 42. Es geht um das Röntgen für die Orthopäden und Unfallchirurgen. Das ist ein vermeintlich kleines Problem, das aber eine große Fachgruppe seit zehn Jahren erheblich beschäftigt.

Der Orthopäde und der Unfallchirurg können ohne Röntgen ihre Arbeit schlechterdings nicht tun, nicht im Krankenhaus, nicht in der Praxis. Ungeachtet heute angewendeter alternativer bildgebender Verfahren ist die konventionelle Röntgendiagnostik zur Indikationsstellung, Therapie und auch Verlaufskontrolle weit über das intraoperative Röntgen hinaus integraler Bestandteil in der heutigen Weiterbildung. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 hat den geänderten Realitäten richtigerweise Rechnung getragen und den Erwerb des fachgebundenen Röntgen für all diejenigen Ärzte definiert, die heu-

te im Weiterbildungsalltag nur noch am Rande damit befasst sind. Für all diese Gebiete wie früher das Röntgen integral zu fordern wäre eine unzumutbare Härte gewesen. Der Erwerb des Facharztes für die ganzen anderen Fachgebiete wäre kaum mehr möglich.

Grundlegend anders ist es bei den Orthopäden und Unfallchirurgen. Der Kollege beginnt seine Weiterbildung am ersten Tag in der Röntgenbesprechung. Jeden Tag in der Ambulanz, im OP und im Nachtdienst lernt er das Röntgen von Grund auf, Hand in Hand mit der MTRA unter Aufsicht der verantwortlichen Ärzte. Er schließt die Weiterbildung ab mit der Facharztprüfung, die ohne Röntgenbilder kaum stattfinden wird.

Die Kollegen in der Weiterbildung erwerben die Fachkunde im Strahlenschutz, machen den Kurs, lernen das Röntgen im Krankenhaus, die Qualität stimmt. Korrigieren wir die kleine Unschärfe in der (Muster-)Weiterbildungsordnung, schreiben wir das Röntgen in der Orthopädie und Unfallchirurgie wieder dorthin, wo es hingehört, wo es stattfindet, nämlich in die Facharztweiterbildung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Ich würde gern darauf hinweisen, dass wir jetzt sehr bei Details einzelner Fächer sind, die wir eigentlich bei der Grundstruktur nicht in dem Maße berücksichtigen wollten. Das ist auch ein Akt der Fairness, weil sonst alle Fächer, die sich daran gehalten haben, sich nicht zu ihren Interna zu äußern, ins Hintertreffen kämen. Deswegen wäre es vielleicht klug, zu den drei oder vier Anträgen, die zu diesem Komplex vorgelegt wurden, nachher Vorstandsüberweisung zu beantragen, damit Chancengleichheit gegenüber allen Fächern besteht, die hier keine Chance hatten, sich heute darzustellen.

Nächste Rednerin ist Frau Kollegin Christiane Groß.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch wenn ich Eulen nach Athen trage: Vielen Dank, Herr Bartmann, und allen Weiterbildungsgremien, die die Novellierung so weit gebracht haben, dass wir, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, die sich um das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, der Vereinbarkeit von Beruf und Freizeit kümmern, Hoffnung haben, dass sich vieles ändert. Bis wir so weit sind – Novellierung 2014 oder 2015, Umsetzung in den Ärztekammern 2017, 2018, 2019 −, brauchen wir, finde ich, eine kleine Zwischenlösung. Deswegen bin ich ganz froh, dass Frau Dannecker und Frau Kulike den Antrag 32 mit den Einzelfallentscheidungen gestellt haben. In Nordrhein haben wir damit gute Erfahrungen gemacht. Das habe ich selbst erfahren: Als ich überhaupt noch nicht wusste, was in den Ärztekammern gemacht wird, außer dass ich Beitrag leisten musste, bin ich durch eine solche Einzelfallentscheidung in die Gelegenheit gekommen, dass ich einen Facharzt machen durfte.

In Nordrhein wird es umgesetzt. Ich weiß auch, dass es in vielen Landesärztekammern anders ist, dass restriktiv auf die Weiterbildungsordnung geschaut wird. Mir geht es darum, dass der Antrag von Frau Dannecker positiv beschieden wird. Ich möchte ihn nur etwas modifizieren. Die eine Modifizierung hat Frau Dannecker übernommen. Bei der anderen geht es mir darum, dass ich appellieren möchte, dass alle

Landesärztekammern diese Einzelfalllösung übernehmen oder günstiger prüfen. Deswegen bitte ich um Änderung entsprechend dem Antrag 32 a. Ich hoffe, dass die Weiterbildung, wie sie geplant wird, nämlich in Kompetenzorientierung, den vielen Ärztinnen und Ärzten eine Option eröffnet, die mehr Wert auf Freizeit legen. Sie sollen die Möglichkeit haben, es besser zu haben als wir.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, liebe Frau Groß. – Jetzt habe ich einen Antrag zur Geschäftsordnung von Herrn Professor Bertram aus Nordrhein.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben gestern schon länger über den Tagesordnungspunkt IV a) diskutiert. Heute Morgen haben wir auch schon diverse Wortmeldungen gehört. Die Argumente wiederholen sich zum Teil. Ich bin der Meinung, wir sollten jetzt die Debatte möglichst beenden und dann in die Abstimmung eintreten, damit wir die Abstimmung zu Tagesordnungspunkt IV a) noch vor der Mittagspause erledigt haben. Dann können wir den Tagesordnungspunkt IV b) nach der Mittagspause in Ruhe diskutieren. Dann haben wir anschließend für die restlichen Tagesordnungspunkte auch noch genügend Zeit. Deshalb stelle ich den Antrag auf Ende der Debatte.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Es ist Schluss der Debatte zu Tagesordnungspunkt IV a) beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Frau Kulike.

Kulike, Berlin: Es gab viele wertschätzende Redebeiträge, welch große Leistung Frau Dr. Güntert und Herr Dr. Bartmann vollbracht haben. Ich glaube, wenn wir wirklich einen Kulturwandel hin zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung schaffen wollen, ist das ein Riesenprojekt. Da ist es sehr wichtig, dass wir uns heute, da es noch nicht abschließend beschieden ist, damit intensiv auseinandersetzen. Wir sollten auch noch die angemeldeten Redebeiträge anhören.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Einer hat dafür, eine dagegengesprochen. Jetzt frage ich Sie: Wer ist für Schluss der Debatte zum Tagesordnungspunkt IV a)? – Jetzt bitte ich Sie um die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist Schluss der Debatte zum Tagesordnungspunkt IV a) beschlossen. Ich stelle damit fest, dass wir das Ende der Aussprache zu IV a) erreicht haben.

Ich rufe nun die Anträge zur Abstimmung auf. Ich gebe Ihnen jetzt drei Minuten Zeit zum Sortieren entsprechend der auf der Leinwand angezeigten Abstimmungsreihenfolge.

All diejenigen, die schon sortiert haben, können schauen, ob sie ihren Organspendeausweis ausgefüllt haben. Wir machen nachher das Foto.

Der erste Abstimmungsblock trägt die Überschrift „Kompetenzbasierte Weiterbildung“ und umfasst die Anträge 6, 36, 29, 20, 21, 14, 15, 16, 39, 18 und 19. Ich habe mir bei einigen Anträgen, bei denen Sie das während der Debatte sehr klar gesagt haben, den Wunsch auf Vorstandsüberweisung aufgeschrieben. Ich bin nicht sicher, dass ich das immer erwischt habe. Ich bitte Sie, mich da zu kontrollieren. Falls ich das übersehen habe, rufen Sie es mir bitte unter Namensnennung noch einmal zu, wenn Sie Vorstandsüberweisung haben wollen.

Ich rufe den **Antrag IV-06** auf:

Kompetenzorientierte Weiterbildung stärken

Sie wissen alle, worüber wir abstimmen. Wer von Ihnen dem Antrag IV-06 zustimmen möchte, den bitte ich um die gelbe Karte. – Die Gegenprobe! – Zwei engagierte Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-36:**

(Muster-)Weiterbildungsordnung überprüfen

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um die gelbe Karte. – Die Gegenprobe! – Das sind einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit sehr großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-29:**

Löst die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung die alten Probleme? – Kriterienkatalog erarbeiten

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um die gelbe Karte. – Wer dagegen ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Das sind einige. Enthaltungen? – Viele. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-20:**

Vertiefung der ärztlichen Kompetenz während der Weiterbildung

Hierzu hat Herr Herrmann Vorstandsüberweisung beantragt. Der Antrag zielt darauf ab, die Kompetenzebene 3 zu unterteilen. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann stelle ich die Vorstandsüberweisung zur Abstimmung. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe. – Bitte die Enthaltungen. – Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-21:**

Kompetenzbasierte Weiterbildung – Verzicht auf Level 4

Von Herrn Herrmann ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann frage ich Sie: Wer möchte

diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Bitte die Enthaltungen. – Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-14:**

Curriculum für die ärztliche Weiterbildung

(Zuruf)

− Es wird Vorstandsüberweisung von Hans Ramm aus Hamburg beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir Vorstandsüberweisung zur Abstimmung stellen. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-15:**

Dokumentation der Kompetenzen in der Weiterbildung

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

− Von dem Kollegen Roy aus Thüringen ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir Vorstandsüberweisung zur Abstimmung stellen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-16:**

Prüfungen in der Facharztweiterbildung

Herr Herrmann hat dazu Vorstandsüberweisung beantragt. Der Antrag könnte ausgesprochen finanzrelevant werden, wenn wir das alles organisieren müssen. Das wäre allerdings nicht nur bei der Bundesärztekammer der Fall. Wir können sagen: Es ist ein Problem der Landesärztekammern. So etwas sollte man im Hinterkopf haben.

Herr Herrmann hat Vorstandsüberweisung beantragt. Wenn Sie den Antrag ablehnen wollen, müssen Sie die Vorstandsüberweisung ablehnen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Einige. Gegenprobe! – Ich glaube, das müssen wir zählen. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Dann bitte ich diejenigen, die gegen die Vorstandsüberweisung sind, die Karte zu erheben. – Die Enthaltungen können wir uns sparen. Sie haben mit 123 : 79 die Vorstandsüberweisung abgelehnt. Damit können wir uns jetzt eine Meinung über den Antrag selber bilden. Wer dem Antrag IV-16 zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag IV-39:**

Überprüfung (Assessment) der erreichten Kompetenzen mit geeigneten Methoden

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag IV-18:**

Inhaltliche Ausrichtung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Ich bin nicht sicher, dass Sie alle die CanMEDS kennen: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's physician framework for medical education.

(Zuruf)

-- Herr Andrae hat Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Das müssen wir wieder auszählen. Ich bitte diejenigen, die für die Vorstandsüberweisung sind, ihre gelbe Karte sichtbar zu erheben. – Jetzt bitte die Gegenprobe: Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Meine Damen und Herren, Sie haben mit 118 : 108 die Vorstandsüberweisung beschlossen. Damit ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-19:**

Inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung

(Zuruf)

− Hans Ramm aus Hamburg stellt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Wünschen Sie dagegenzusprechen? – Formal. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Eine Anzahl. Enthaltungen? – Einige. Vorstandsüberweisung war eindeutig die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zu dem zweiten Abstimmungsblock, der sich mit dem Abschnitt A der Weiterbildungsordnung befasst. Ich beginne mit dem **Antrag IV-11:**

Strukturierte Weiterbildung auch bei Teilzeittätigkeiten sicherstellen!

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Wenige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dieser Antrag **angenommen.**

Sie merken vielleicht, dass ich immer dann, wenn ich den Antrag aufgerufen habe, eine kleine Kunstpause mache. Da müssen Sie dann „Vorstandsüberweisung" rufen. Wenn wir erst einmal in der Abstimmung sind, verbietet die Satzung weitere Anträge.

Wir kommen zum Antrag IV-32 mit den Anträgen IV-32 a und IV-32 b. Die Antragstellerin hat den **Antrag IV-32 b** übernommen. Wir brauchen also über den Antrag 32 b nicht mehr abzustimmen. Das ist jetzt impliziter Bestandteil des Antrags 32.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag IV-32 a,** mit dem Frau Groß eine Änderung des zweiten Halbsatzes in den Zeilen 2 und 3 wünscht, sodass der Satz dann lauten würde:

Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf werden die Landesärztekammern aufgerufen, die geltenden Weiterbildungsordnungen so zu handhaben, dass allen Ärztekammern vermehrt Einzelfallentscheidungen möglich sind …

Wissen Sie, worüber wir abstimmen? – Dann frage ich Sie: Wer dem Antrag der Kollegin Groß zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Damit ist der Antrag 32 a **angenommen.** Der Antrag 32 ist also durch die Anträge 32 a und 32 b geändert. Wünschen Sie, dass ich den so veränderten Antrag komplett vorlese? – Nein. Dann können Sie jetzt den **Antrag IV-32** mit den beiden Änderungen bescheiden. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? − Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag 32 **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-09:**

Kompetenzorientierte Weiterbildung durch regelmäßige Bewertungsgespräche (Assessment) sicherstellen

(Zuruf)

− Kollege Ramm aus Hamburg beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Nein. Dann können wir darüber abstimmen. Wer möchte Vorstandsüberweisung für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe. Das wird heute gymnastisch. Frau Böthin und Herr Kunstmann bitte auf die Plätze. Ich wiederhole die Abstimmung. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Dann haben Sie mit 108 : 122 Stimmen die Vorstandsüberweisung abgelehnt und können sich jetzt eine Meinung über den Antrag IV-09 bilden. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! Wer ist gegen den Antrag? – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Fülle von Enthaltungen. Gleichwohl war das Zweite die Mehrheit. Damit ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zu den Abschnitten B und C. Dazu liegen die Anträge 25, 42 und 12 vor, die sich mit Detailfragen zu einzelnen Fächern befassen. Als Erstes rufe ich den **Antrag IV-25** auf:

Zusammenlegung der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie

(Zurufe: Vorstandsüberweisung!)

− Herr Kollege Herrmann aus Schleswig-Holstein beantragt Vorstandsüberweisung. Wenn Sie dort hinten „Vorstandsüberweisung“ rufen, sind Sie etwas benachteiligt, weil ich Sie nicht sehen kann. Deswegen kommen immer die hier vorne dran. Nicht dass Sie das falsch verstehen.

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer möchte den Antrag IV-25 an den Vorstand überweisen? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-42:**

Röntgendiagnostik ist integraler Bestandteil des Facharztes Orthopädie und Unfallchirugie

(Zurufe: Vorstandsüberweisung!)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Herr Stagge wünscht dagegenzusprechen.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir müssen uns auch einmal eine Meinung bilden. Dass Orthopäden und Chirurgen nicht mehr röntgen dürfen, das ist ein solcher Schwachsinn, das muss weg!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Jetzt sprechen Sie natürlich das Radiologenherz in mir an. Aber ich lasse das.

(Heiterkeit)

Das war die Gegenrede zur Vorstandsüberweisung. Ich frage Sie jetzt: Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht tun? – Ich frage jetzt einmal meinen allgemeinmedizinischen und pulmologischen Sachverstand an meiner Seite. – Das zählen wir aus, damit keine Legendenbildung entsteht. Ich hätte nicht sagen sollen, dass ich Radiologe bin.

Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Mit 126 : 100 Stimmen ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

(Beifall)

Gut, dass wir gezählt haben.

Wir können uns jetzt eine Meinung über den Antrag selber bilden. Wer möchte dem Antrag IV-42 zustimmen? – Wer möchte ihn ablehnen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag IV-12:**

> *Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie intensivieren, nicht zeitlich ausweiten*

(Zurufe: Vorstandsüberweisung!)

− Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. – Herr Bertram möchte dagegensprechen.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als Augenarzt bin ich wahrscheinlich ziemlich unverdächtig, irgendwelche Eigeninteressen zu vertreten. Wir haben einen Mangel an Psychiatern. Man kann das Problem nicht lösen, indem man in den Kliniken die Weiterbildungszeit verlängert und die Kliniken dadurch mehr Assistenten haben. Wir müssen zusehen, was an Weiterbildung sinnvoll ist. Deshalb sollten wir darüber abstimmen und den Antrag nicht an den Vorstand überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben eine Meinung dafür, eine Meinung dagegen gehört. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wenige Mutige. Enthaltungen? – Die große Mehrheit. Das war eine schlechte Beteiligung. Es haben sich nur ganz wenige beteiligt.

Ich frage also noch einmal: Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich jetzt um ein klares Zeichen. – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Die große Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Dann haben Sie Vorstandsüberweisung abgelehnt und können sich jetzt eine Meinung über den Antrag selber bilden. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zu den Anträgen, die sich mit der Befugnis befassen. Dabei handelt es sich um die Anträge 24 und 17. Ich rufe zunächst den **Antrag IV-24** auf:

(Muster-)Weiterbildungsordnung – Richtlinien Weiterbildungsbefugte

(Zuruf)

− Herr Dehnst aus Westfalen-Lippe beantragt Vorstandsüberweisung. Wer möchte dagegensprechen? – Herr Müller aus Bayern, einer der Antragsteller.

Dr. Müller, Bayern: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe gestern zu diesem Antrag gesprochen und darauf hingewiesen, dass er für die Abwicklung auch in den einzelnen Kammern wichtig ist. Gestatten Sie mir dazu noch eine persönliche Bemerkung. Das unreflektierte Rufen nach Vorstandsüberweisung verlängert eigentlich nur den Abstimmungsprozess, wie ich Ihnen ganz ehrlich sagen muss. Bei wichtigen Anträgen gehen die Antragsteller schon in die Bütt und äußern sich dazu. Ich möchte Sie sehr bitten, eine Sachlage, die wir schon vor zwei Jahren beschlossen haben, die jetzt wieder auf der Tagesordnung steht, positiv zu bescheiden. Sie sind das Auditorium, das befugt ist, über solche Sachen zu entscheiden. Das müssen wir nicht dem Vorstand schicken.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Sie haben jetzt, nachdem Sie einen dafür und einen dagegen gehört haben, die Möglichkeit, sich über den Antrag IV-24 eine Meinung zu bilden. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann können wir uns eine Meinung über den Antrag selber bilden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-17,** bei dem ich Sie darauf hinweisen muss, dass er mit Sicherheit haushaltsrelevant wäre wegen der Entwicklung eines Schulungsangebots. Das ist nicht ohne Geld zu machen.

(Zuruf)

− Herr Ramm beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung dieses Antrags? – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zu einem Konvolut mit der Überschrift Übergreifendes. Dazu gehört als Erster der **Antrag IV-07:**

Simulatortraining ist eine sinnvolle Ergänzung in der kompetenzorientierten Weiterbildung

Ich frage: Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Die Gegenprobe! – Das Erste war deutlich die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-13:**

Psychosomatische Grundversorgung in den somatischen Fächern

Hier ist vom Kollegen Herrmann Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir uns über die Vorstandsüberweisung eine Meinung bilden. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-23:**

Rehabilitation in der fachärztlichen Weiterbildung

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist bei schlechter Beteiligung nicht zu entscheiden. Vielleicht war die Beteiligung nicht stark genug. Ich frage also noch einmal: Wer diesem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um ein kräftiges Kartenzeichen. – Wer möchte ihn ablehnen? – Das können wir nicht entscheiden. Das müssen wir auszählen. Wer für die Zustimmung ist, möge jetzt bitte die Karte erheben. – Jetzt bitte die Gegenprobe. – Dann haben sie mit 121 : 99 die Vorstandsüberweisung beschlossen. Der Antrag ist also **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-26:**

Erwerb interkultureller Kompetenz im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Das Zweite war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag IV-33:**

Ärztliche Weiterbildung – Fachübergreifende Kurse

Danach sollen im Rahmen der Weiterbildung fachübergreifende Kurse angeboten werden, in denen Themen wie Kompetenzen in Kommunikation, Qualitäts- und Prozessmanagement, Ethik, Ökonomie, Führung und Recht aufgegriffen werden können.

(Zuruf)

− Hans Ramm beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir abstimmen. Wer ist für Überweisung dieses Antrags an den Vorstand? – Die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen nun zum **Antrag IV-40:**

Konservative Weiterbildungsinhalte in gemischten Fächern

Wer diesem Antrag zuzustimmen wünscht, möge jetzt die Karte erheben. – Die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann haben Sie den Antrag **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Themenblock Allgemeines. Wir befassen uns zuerst mit dem **Antrag IV-05:**

Kompatibilität von Berufs- und Sozialrecht

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Das sind wenige, das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag IV-28:**

Weiterbildungsordnung ist kein Instrument des Sicherstellungsauftrages

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-34:**

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

Das ist sicherlich ein appellativer Antrag. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Die Gegenprobe! – Keine Gegenstimme. Enthaltungen? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag IV-37:**

Vorrang der (Muster-)Weiterbildungsordnung vor Bundesmantelvertrag

(Zuruf)

− Frau Meisel aus Sachsen-Anhalt hat Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Oliver Funken.

Dr. Funken, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Anlass, dass wir den Antrag gestellt haben, ist der Versuch der Krankenkassen, über Gehaltsforderungen und Tarifverträge oder über Gebührenordnungen im niedergelassenen Bereich in den Bereich der Weiterbildung hineinzugreifen und damit die Ärzteschaft zu instru-

mentalisieren, ihre eigene Weiterbildung den Wünschen der Krankenkassen anzupassen. Die Aufgabe des Hohen Hauses ist es – wie im Übrigen eben schon beschlossen −, genau diesem entgegenzutreten und die Weiterbildungsordnung unabhängig von finanziellen Forderungen der Kostenträger zu gestalten.

Das ist der Inhalt dieses Antrags. Ich bitte Sie intensiv, dem zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nun wissen wir, worüber wir abstimmen. Ich stelle Ihnen jetzt die Frage: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Die Mehrheit. Wer möchte sich enthalten? – Einzelne. Dann ist Vorstandsüberweisung abgelehnt. Wir können uns eine Meinung über den Antrag selber bilden. Wer möchte dem zustimmen? – Die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-35:**

(Muster-)Weiterbildungsordnung an medizinischen Fortschritt anpassen

Wenn ich es richtig sehe, tun wir dies auf fast jedem Ärztetag. Aber es ist gut, wenn man so etwas wiederholt. Wer ist für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe. – Drei, die dagegen sind. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Mit überwiegender Mehrheit ist die Selbstverständlichkeit **angenommen.**

Wir kommen zum Themenbereich Verfahren der Novellierung. Der erste Antrag hierzu ist der **Antrag IV-22:**

Kompetenz zur Formulierung einer kompetenzbasierten Weiterbildung

(Zuruf)

− Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann stimmen wir ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? − Einzelne. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Der nächste Antrag ist der **Antrag IV-27:**

Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht überstürzen

Eine Beschlussfassung bereits im Jahr 2014 wird abgelehnt. Selbst wenn wir fertig werden, dürfen wir, wenn dem Antrag gefolgt wird, 2014 keinen Beschluss fassen. Darüber müssen Sie sich eine Meinung bilden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen.

(Zurufe)

− Das kann man auch im Verfahren entscheiden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Einige. Wer ist dagegen? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann ist dieser Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag IV-01** des Vorstands:

Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

(Zuruf: Vorstandsüberweisung! − Heiterkeit)

− Auf dem Ohr bin ich ganz taub. Meinen Sie das ernst? Dann erheben Sie sich, damit wir für das Protokoll wissen, wer das war.

(Heiterkeit)

Das scheint nicht ernst gemeint gewesen zu sein. Dann frage ich Sie jetzt: Wer möchte dem Antrag IV-01 zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Zwei Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt gibt es noch den **Antrag IV-44:**

Leserecht für alle

Wir haben, soweit das in der Kürze der Zeit möglich war, herauszufinden versucht, was das kostet. Wiki-BÄK ist nämlich eine Plattform, für die wir Lizenzgebühren zahlen müssen. Eine erste kurze Erhebung hat ergeben, dass die Kosten nicht unter 30.000 Euro liegen werden, um eine Lizenz für 440.000 Ärzte zu erwerben.

Sie sollten diesen Antrag auch noch unter einem anderen Aspekt betrachten, nämlich unter dem Aspekt der demokratischen Legitimation bei der Innovation der Weiterbildungsordnung. Sie sind legitimiert, die Weiterbildungsordnung zu verabschieden. Sie können, wenn Sie das allen Ärzten öffnen, bei einem total unterschiedlichen Verhalten überhaupt nicht mehr eine demokratische Legitimation nachvollziehen. Deswegen rate ich Ihnen wirklich zu prüfen, ob Sie das wollen. Ein klein bisschen beschneiden Sie sich damit selbst.

(Zuruf: Für die Delegierten des Deutschen Ärztetages!)

− Wenn Sie das möchten, schlage ich Ihnen vor, den Antrag an den Vorstand zu überweisen. Wiki-BÄK kostet Geld, das ist nicht unser System, sondern wir müssen Lizenzen erwerben. Das würden wir wahrscheinlich hinbekommen. Gleichwohl hat der Antrag eine Finanzrelevanz. Wir würden das sehr wohlwollend prüfen.

(Zuruf)

− Hans Ramm beantragt Vorstandsüberweisung. – Frau Kulike möchte inhaltlich dagegenreden.

Kulike, Berlin: Ich bin vielleicht mit den demokratischen Prozessen auf dem Ärztetag nicht so vertraut, weil ich noch nicht so lange dabei bin, aber mir ist nicht klar, warum Leserechte undemokratisch sind, wenn sie für alle geschaffen werden.

(Beifall)

Das entspricht nicht meinem Demokratieverständnis. Mir ist klar, dass wir Entscheidungen, die finanzrelevant sind, gründlich prüfen müssen. Ich bin sicher: Eine Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist nicht für umsonst zu haben. Ich glaube, das sollte durchaus positiv beschieden werden. Ich glaube, wir haben dieses Geld

gut investiert, wenn es uns hilft, die Novelle nicht nur zu entwickeln und zu formulieren, sondern sie später vor allem umzusetzen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Einer hat dafür, eine dagegengesprochen. Wir stimmen nunmehr ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Frau Kulike, wir prüfen, ob man das finanziell tragen kann.

Wir kommen jetzt zum Themenbereich Evaluation der Weiterbildung. Ich rufe zunächst den **Antrag IV-02** des Vorstands auf:

> *Die Bundesärztekammer wird gebeten, die Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung aktiv aufzugreifen, um im Jahr 2015 die nächste bundesweite Befragung zur Qualität der Weiterbildung durchzuführen.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

− Davon würde ich Ihnen in diesem Fall abraten. Wer ist für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist eindeutig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-10:**

> *Evaluation der Weiterbildung*

Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einer Reihe von Enthaltungen mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-31 neu.** Dazu muss ich Ihnen sagen: Vorstand und Finanzgremien der Bundesärztekammer haben für den Haushalt des nächsten Jahres wegen der materiellen Probleme einstimmig beschlossen, das um ein Jahr auszusetzen. Das muss man einfach wissen.

Ich stelle aber eine Frage an Frau Buckisch-Urbanke. Wenn man nur den dritten Satz des Antrags nähme, würde der Antrag lauten:

> *Bei der Aufstellung künftiger Haushalte der Bundesärztekammer sind die zu einer ordnungsgemäßen Umsetzung dieser zentralen Aufgabe erforderlichen Haushaltsmittel wieder vorzusehen.*

Das hielte ich für eine machbare und mit der Finanzkommission und den Finanzgremien diskutierbare Angelegenheit. Die ersten beiden Sätze des Antrags würden dazu führen, dass Sie bei den Finanzentscheidungen, die noch zu treffen sind, überlegen müssten, woher Sie das Geld bekämen. Elke, wäre es möglich, nur den dritten Satz zum Inhalt des Antrags zu machen?

(Zuruf)

− Die Antragstellerin übernimmt den Vorschlag, die ersten beiden Sätze zu streichen, sodass der Antrag, über den Sie jetzt abstimmen, nur noch lautet:

Bei der Aufstellung künftiger Haushalte der Bundesärztekammer sind die zu einer ordnungsgemäßen Umsetzung dieser zentralen Aufgabe erforderlichen Haushaltsmittel wieder vorzusehen.

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist mit überwältigender Mehrheit der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Weitere Anträge zu diesem ganzen Konvolut liegen mir jetzt nicht vor. Herr Kollege Thierse hat um eine zweite Lesung zum Antrag IV-25 gebeten, der sich mit der Zusammenlegung der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie befasst. Er möge das bitte begründen.

Zuvor noch der Hinweis: Ich bitte Sie, nach Ende der Sitzung im Raum zu bleiben, weil wir dann das Foto mit den Organspendeausweisen machen wollen.

Dr. Thierse, Berlin: Fassen Sie es jetzt bitte nicht als Schelte auf, aber wir waren auf einem bestimmten Weg, Dinge an den Vorstand abzugeben. Es gab drei Anträge, die sich mit inhaltlichen Strukturen der Weiterbildungsordnung beschäftigen. Ich danke dem Ärztetag, dass er nicht mit Spiegelstrichen angefangen hat. Es waren drei Anträge, die bestimmte strukturelle Vorgaben gemacht haben. Der Antrag IV-25 ist derjenige Antrag, der sich auf das bezieht, was Herr Bartmann beklagt hat. Herr Bartmann hat in seinem Referat gesagt: Gerade die Viszeralchirurgie war ein großes Problem.

Hier ist ein Weg gewiesen, wie man das Ganze ändern kann. Ich denke, das sollten wir direkt von dieser Versammlung her den Gremien als Auftrag geben. Deshalb sollten wir das nicht an den Vorstand überweisen, sondern noch einmal über den Antrag abstimmen.

Wenn es erlaubt ist: Es gibt in diesem Antrag einen kleinen Fehler. Im zweiten Absatz des Antragstextes heißt es, zusätzlich sei die Einführung einer neuen Zusatzweiterbildung erforderlich. Richtig muss es heißen: Zusätzlich ist eine Verlagerung von Inhalten in die Zusatzweiterbildung … erforderlich. Diese gibt es schon. Die Zusammenlegung ist eine sinnvolle Maßnahme. Wir sollten per Abstimmung diesen Weg aufzeigen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wenn ich gegen diesen Antrag sprechen darf: Ich halte es für ausgesprochen problematisch, über eine auch unter den Chirurgen heiß diskutierte Frage ohne inhaltliche Debatte hier inhaltlich zu entscheiden.

(Beifall)

Es herrscht ja keine Not, das jetzt zu beschließen. Sie bekommen das im Rahmen der Novelle ja alles noch zur Entscheidung vorgelegt. Deshalb erlauben Sie mir, obwohl ich hier die Sitzungsleitung habe, gegen den Antrag auf zweite Lesung zu sprechen.

Ich stelle jetzt den Antrag auf zweite Lesung zur Abstimmung und bitte die Zähler auf die Plätze. Wir müssen für eine zweite Lesung ein Quorum von 30 Prozent der abgegebenen Stimmen erreichen. Wer ist für zweite Lesung? – Wenige. Wer ist gegen zweite Lesung? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Ich glaube, Sie ersparen mir das Zählen der Stimmen. Das war optisch eindeutig.

Damit ist jetzt die Befassung mit dem Tagesordnungspunkt IV a) beendet. Ich bitte Sie nun, den Anweisungen eines Fotografen zu folgen, wie wir uns am besten mit unseren Organspendeausweisen hinstellen. Vielleicht geht der Vorstand in die erste Reihe, denn sonst kann man uns nicht sehen.

Danach unterbrechen wir für die Mittagspause. Nach der Mittagspause beginnen wir wieder mit dem Tagesordnungspunkt IV b). Dann wird der hoffentlich erreichte Kompromiss dargestellt und anschließend darüber abgestimmt. Danach übernimmt Herr Kaplan die Sitzungsleitung und führt Sie durch den Tagesordnungspunkt V: Deutscher Ärztetag.

3. Tag, Donnerstag, 30. Mai 2013
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine Damen und Herren! Ich bitte meine kleine Verspätung zu entschuldigen. Wir haben uns mit den unterschiedlichen Temperaturgraden befasst, die man braucht, um in einem Ofen, der Holz verbrennt, nicht nur schwarzen Rauch, sondern auch weißen Rauch erzeugen zu können. Wir haben uns bemüht und waren dabei recht erfolgreich, den Ofen anzuheizen, sodass die Chance besteht, weißen Rauch zu produzieren.

Meine Bitte an Sie ist folgende: die Abstimmung zum Tagesordnungspunkt IV b) noch ein bisschen zu vertagen und stattdessen jetzt die Tagesordnungspunkte um die Formalia, die noch vor uns liegen, zu bearbeiten.

Eine Verhandlungskommission wird sich in einen etwas diskreteren Raum zurückziehen. Ich habe vorgeschlagen, dass diese Kommission bestehen sollte aus drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, drei Vertretern des Marburger Bunds, einem Vertreter des NAV-Virchow-Bunds, einem Vertreter des Hartmannbunds, einem Vertreter des Hausarztverbands, um beide Papiere, nämlich den Antrag des Vorstands und den Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in die Hand zu nehmen und zu sehen, ob es ihnen gelingt, heute bis zum Ende der Sitzung einen ausformulierten und uns vorlegbaren Kompromiss zu machen.

Da ich, wie einige von Ihnen ja wissen, einige Erfahrungen mit Tarifverhandlungen habe, hielte ich das für einen vernünftigen Weg, auch wenn er Ihnen auf den ersten Blick vielleicht lästig erscheint, weil Sie jetzt noch nicht abstimmen können. Aber wir sollten keine Chance ungenutzt lassen, in dieser schwierigen Frage zu einer Lösung und zu einem Ergebnis zu kommen. Es wäre ein ungeheures Signal, das von diesem Ärztetag ausginge, wenn es uns gelänge, ein Konsenspapier zwischen diesen großen Organisationen, das wir hinterher positiv bescheiden können, zu erreichen.

(Beifall)

Deswegen bitte ich Sie um Ihre Zustimmung, die ich gleich durch Handaufheben von Ihnen abfragen werde, dass wir die Abstimmung zum Tagesordnungspunkt IV b) weiter verschieben und diese Kommission bitten, uns ein Produkt zu liefern, über das wir dann abstimmen können.

Wer dafür ist, dass wir so verfahren, möge jetzt die gelbe Karte zeigen. – Bitte die Gegenprobe. – Eine. Enthaltungen? – Einzelne. Dann haben Sie mit überwältigender Mehrheit beschlossen, den Tagesordnungspunkt IV b) zur Abstimmung zu vertagen.

Ich rufe jetzt **Tagesordnungspunkt V** auf:

Deutscher Ärztetag

a) Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages

b) Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages

Da ich jetzt gern noch das eine oder andere erledigen möchte, bitte ich Max Kaplan, den Vizepräsidenten, die Sitzungsleitung für diesen Tagesordnungspunkt zu übernehmen.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Ich werde mich bemühen, Sie sachgerecht und fachgerecht und ohne größere Komplikationen durch den Tagesordnungspunkt V zu führen. Der Tagesordnungspunkt V befasst sich ja mit dem Deutschen Ärztetag. Es geht darum, den Deutschen Ärztetag zu optimieren, Verläufe zu optimieren, die Effizienz zu verbessern und dabei selbstverständlich die Souveränität der Delegierten zu erhalten. Zu diesem Thema hatten wir auf dem letzten Deutschen Ärztetag eine Umfrage unter Ihnen durchgeführt, welche Kriterien aus Ihrer Sicht dazu beitragen können, diese Ziele, die ich gerade erwähnt habe, zu erreichen. Kollege Mischo, Präsident der Landesärztekammer Saarland und Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Entscheidungsqualität – Optimierung der innerärztlichen Entscheidungsprozesse“, wird Ihnen einen Überblick über die Ergebnisse dieser Befragung geben. Das soll zugleich Anregung für Sie sein, uns weiterhin Ihre Wünsche kundzutun. Wir sind jederzeit bereit, diese Ihre Anregungen im konstruktiven Sinne aufzunehmen.

Die zweite Referentin wird Frau Dr. Marlis Hübner sein, die Leiterin der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, die sich mit der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage auch aufgrund eines Antrags vom letzten Ärztetag befasst hat. Die Auftragserteilung lautete, sich mit dem Thema Schluss der Rednerliste zu befassen.

Ich schlage Ihnen folgendes Prozedere vor: dass wir zunächst die beiden Referenten hören und im Anschluss daran getrennt nach den beiden Themen V a) und V b) diskutieren und, falls Anträge vorliegen, über die Anträge getrennt abstimmen. Deshalb bitte ich Sie, uns bei Ihrer Wortmeldung mitzuteilen, zu welchem Punkt Sie sprechen möchten.

Jetzt habe ich einen Geschäftsordnungsantrag des Kollegen Reinhardt. Bitte, Klaus.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Lieber Max Kaplan! Lieber Monti! Meine Damen und Herren! Es tut mir leid, dass ich die Regie ein bisschen durcheinanderbringe. Es sollte in der Mittagspause ein Gespräch zwischen den eben erwähnten Verbänden inklusive des BDI geben, der sich zusammen mit dem Hausarztverband und dem Hartmannbund hingesetzt und den Antrag 43 formuliert hat, um einen Kompromiss hier auf dem Ärztetag im Konsens verabschieden zu können.

Bei dem Gespräch sind wir ausgeladen worden bzw. herauskomplimentiert worden, als es begann. Dann haben wir das Gespräch verlassen. Jetzt erfahren wir, dass es offensichtlich keinen hier vorlegbaren Kompromiss gegeben hat. Nun soll dieses

Gespräch wieder stattfinden, diesmal mit dem Hausarztverband und dem Hartmannbund. Von Herrn Wesiack hat niemand gesprochen; er steht mit auf unserem Antrag. Mit uns hat vorher auch keiner gesprochen. Das Zwischenergebnis, das ihr formuliert habt, haben wir nie gesehen. Der Ärztetag hier hat sich sehr dafür ausgesprochen, dass wir das tun. Ich will mich auch der Arbeit, einen Konsens zu finden, nicht entziehen. Aber dann sollte das in der Gruppe derjenigen, die den Antrag 43 gestellt haben, zusammen mit denen, die eben hier oben gesessen haben, erfolgen. Einmal bin ich dazu noch bereit. Aber die Art und Weise, wie das vorher stattgefunden hat, akzeptiere ich auf Dauer nicht.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Klaus, vielen Dank. Dies wäre ja indirekt der Antrag auf zweite Lesung. − Jetzt unser Präsident Montgomery, bitte.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine Damen und Herren! Ich bin etwas später zu dieser Sitzung hinzugekommen. Es nutzt überhaupt nichts, wenn wir jetzt irgendwelche Schuldzuweisungen vornehmen. Ich setze mich sehr dafür ein, dass wir nun alle gemeinsam versuchen, einen Kompromissantrag – wie das bei Tarifverhandlungen übrigens auch oft so ist – mit möglichst vielen, und zwar mit so vielen, dass man noch gemeinsam miteinander reden kann, hinzubekommen. Diesen Antrag werden Sie natürlich hinterher bekommen. Sie werden die Möglichkeit haben, ihn zu verändern.

Ich rate Ihnen, so zu verfahren, wie wir das vorgeschlagen haben, weil das eine Chance gibt, dass wir einen Kompromiss von diesem Ärztetag bekommen. Ich appelliere an alle, die wirklich an einer Lösung dieser Frage interessiert sind und die sich nicht in irgendwelchen Schützengräben befinden, sich auf diesen Weg zu begeben, damit wir heute zu einer Lösung kommen und nicht noch weiter dieses Problem vor uns herschieben und es dann irgendwann den innerärztlichen Kosmos vergiftet. Ich entschuldige mich pauschal, obwohl ich überhaupt nicht dabei war und nicht daran beteiligt war, dass dieser Abstimmungsverlauf eben so war, wie er war. Das ist nicht in Ordnung. Die großen Verbände müssen selbstverständlich dabei sein. Deshalb rate ich Ihnen, so zu verfahren wie eben vorgeschlagen.

Es gibt übrigens keinen formulierten Zwischenentwurf. Davon sind wir noch weit entfernt. Der Ofen in der Sixtinischen Kapelle ist angewärmt, aber das Feuer brennt noch nicht. Lassen Sie ein paar Leuten die Chance, dieses Feuer anzuzünden. Lassen Sie es nicht mehr werden als diese neun, die wir ausgesucht haben. Sonst wird das Ganze wieder nichts werden.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Monti, vielen Dank für die nochmalige Klarstellung. – Jetzt haben wir noch einen zweiten Antrag zur Geschäftsordnung. Bitte schön.

Dr. Funken, Nordrhein: Ich möchte mich zu dem Vorgang noch einmal äußern. Wir sind ja gerne bereit, Kompromisse zu machen. Wir sind aber nicht bereit, vorgeführt zu werden wie kleine Jungs, wie Treppenterrier und eine Tür wird wieder aufgemacht und zugemacht. Diejenigen, die das zu verantworten haben, sollten sich für dieses Verhalten exkulpieren. Das ist einer gemeinsamen Entwicklung, zu einem tragfähigen Konzept zu kommen, unwürdig, auch für diejenigen, die hier kämpfen, damit die Zukunft der Ärzteschaft auf einem sicheren Weg ist. Einzelne Gruppen so auszugrenzen, meine Damen und Herren, ist des Hauses unwürdig, ist des Verfahrens unwürdig und hat nichts mit Tarifpolitik zu tun, sondern mit dem Umgang unter Kollegen, die gemeinsam an der Zukunft der Ärzteschaft basteln.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Vielen Dank. – Rudolf Henke, der von Anfang an dabei war, jetzt auch zur Klarstellung. Rudolf, bitte schön.

Henke, Nordrhein: Herr Präsident! Lieber Max! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Ablauf ist unglücklich gewesen.

(Zuruf)

− Ich will ja erklären, wie es abgelaufen ist. Sie haben einen Beschluss zur Geschäftsordnung gefasst. Dieser Beschluss besagt, dass unter Moderation durch die Bundesärztekammer sich die KBV und der Marburger Bund zusammensetzen sollten.

(Zurufe: Nein!)

− So ist er jedenfalls von Leuten wahrgenommen worden.

(Zurufe)

Dann haben wir einen Raum organisiert und die Frage beantwortet, wie viele Teilnehmer es von beiden Seiten geben soll. Dann ist gesagt worden: Da treffen sich jetzt vier und vier. Daraufhin waren bei Frau Feldmann: der Hausärzteverband – soweit ich weiß −, der BDI – soweit ich weiß −, der Hartmannbund – das weiß ich nicht genau, aber ich vermute: ja – und haben gefragt: Habt ihr was dagegen, wenn wir dazukommen? Dann hat sie das so beantwortet, dass sie gesagt hat: Nein, wenn Herr Henke damit einverstanden ist, haben wir nichts dagegen.

Dann sind sie bei mir gewesen und haben mich gefragt: Habt ihr was dagegen, wenn Hartmannbund, Internistenverband und Hausärzteverband auch dabei sind? Daraufhin habe ich gesagt: Wenn Frau Feldmann einverstanden ist, habe ich überhaupt nichts dagegen. Die können gerne dazukommen.

Dann haben wir uns getroffen. Bevor die KBV überhaupt drin war, sind die drei Verbände schon da gewesen in Gestalt ihrer Spitzenrepräsentanten. Dann gab es aus dem Kreis der dortigen Teilnehmer Ärger, weil gesagt worden ist: Das widerspricht dem Beschluss, den wir gefasst haben. Die Bundesärztekammer war in der Pressekonferenz. Die Ausweitung dieses Kreises haben wir nicht beschlossen.

Dann hat sich daraus ein Wortwechsel ergeben. In diesem Wortwechsel haben die drei, die eben als Treppenterrier bezeichnet worden sind, überhaupt nicht als Treppenterrier reagiert, sondern haben gesagt: Wir bleiben nicht hier drin, wenn uns Teile des Kreises nicht hier drin haben wollen. Sie sind dann in Höflichkeit und Kollegialität und unter Vermeidung aller Peinlichkeiten aus dem Saal gegangen.

Daraufhin hat es anschließend ein Gespräch gegeben. In diesem Gespräch ist bisher keine Übereinstimmung erzielt, sondern in diesem Gespräch herrscht derzeit nur der Konsens, dass wir weiteren Diskussionsbedarf haben. Herr Montgomery hat dann vorgeschlagen, was er eben hier vorgetragen hat, dass wir diesen Diskussionsbedarf weiterverfolgen sollen. Er hat uns zu der Idee gebracht, dass wir vielleicht parallel zu den weiteren Beratungen versuchen können, uns zusammenzuraufen.

Das ist die Situation. Ich hoffe, dass ich einigermaßen geschildert habe, wie der Ablauf konkret gewesen ist. Soweit es mich betrifft, entschuldige ich mich dafür, dass die Frage, ob ich etwas dagegen habe, wenn jemand dazukommt, von mir offensichtlich voreilig mit „Nein, habe nichts dagegen“ beantwortet worden ist, ohne dass ich das mit allen Vertretern auf der Seite der KBV rückkommuniziert habe. Mir hatte ausgereicht, dass es offensichtlich ein Signal von Frau Feldmann gab, dass, wenn ich nichts dagegen hätte, sie auch nichts dagegen hätte. Das habe ich als ausreichend betrachtet. Das war aber dann in der Sitzung nicht so.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Rudolf, vielen Dank für die Klarstellung von deiner Seite. – Wenn von Ihrer Seite aus keine weiteren Wortmeldungen vorhanden sind, schlage ich vor, dass wir uns jetzt mit diesen Erklärungen zufrieden geben. Ich hoffe, dass man die Irritationen, die aufgetreten sind, in einem kleineren Rahmen aus der Welt schaffen kann und dass wir bei dem Beschluss bleiben, den Sie gerade gefasst haben, dass sich die Vertreter dieser Gruppierungen zusammensetzen, in eine kurze Klausur gehen und uns dann hoffentlich einen Konsensvorschlag unterbreiten können.

Ich sehe bei Ihnen jetzt keine weiteren Wortmeldungen. Dann gehe ich davon aus, dass Sie mit meinem Vorschlag einverstanden sind.

Ich übergebe jetzt das Wort an Josef Mischo. Josef, bitte schön.

Dr. Mischo, Referent: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nach der sehr intensiven Diskussion gestern und heute bringe ich vielleicht ein etwas ruhigeres Thema. Möglicherweise wird auch deutlich, dass es ein hochbrisantes Thema ist. Zunächst möchte ich mich auch im Namen des Vorstands ganz herzlich für Ihre außerordentlich engagierte Beteiligung bedanken. Wir haben 176 Rückmeldungen bekommen. Das sind 70 Prozent der Delegierten des letzten Deutschen Ärztetages.

Bevor ich allerdings dazu komme, Ihnen die Ergebnisse vorzustellen, die Eingang gefunden haben in die Beratungen der AG Entscheidungsqualität und des Vorstands, möchte ich ein paar grundsätzliche Ausführungen zum Hintergrund machen. Hintergrund sind strategische Überlegungen zur Zukunft der Ärztekammern, die der Vorstand bereits im Januar 2010 durchgeführt hatte. Frau Dr. Wenker hat bereits im letzten Jahr darüber berichtet.

Wir sehen das Problem, dass die Ärztekammern und die Gremien der verfassten Ärzteschaft einen zunehmenden Verlust ihrer tradierten Autonomie erleben. Wir beobachten einen zunehmenden Kompetenzverlust der Ärztekammern in originären Aufgabenfeldern, beispielsweise durch die Zentralisierung der Qualitätssicherung im SGB V, durch die Verpflichtung zum Fortbildungsnachweis im stationären und im ambulanten Bereich, eine originär ärztliche Aufgabe, der wir uns niemals verschlossen haben, deren Details und Reglement uns allerdings von außen aufgedrängt wurden, die Diskrepanz zwischen sozialrechtlicher Fachkunde und weiterbildungsrechtlicher Qualifikation. Mit ganz großer Sorge beobachten wir Normungsbestrebungen auf europäischer Ebene, die weit beispielsweise in das Weiterbildungsrecht hineinragen.

Die aktuelle Situation stellt sich somit so dar, dass die ärztliche Selbstverwaltung in einem Spannungsverhältnis zum Konstrukt des Gesundheitsmarkts und zur staatlichen Gesundheitspolitik steht. Unsere Zielvorstellungen sind, dass die Ärztekammern die akzeptierte Vertretung aller Ärzte sind, dass wir als Patientenschutzorganisation der Bürgerinnen und Bürger akzeptiert sind, dass wir die Qualitätsstandards definieren, dass wir die Weiterbildungsordnung, ausgerichtet am Versorgungsbedarf, ausgestalten, dass wir die Berufspflichten überwachen und vor allem, dass wir akzeptiert sind in der Beratung von Politik und Bürgern.

(Vereinzelt Beifall)

Mit diesen Zielvorstellungen hat der Vorstand der Bundesärztekammer insgesamt vier Arbeitsgemeinschaften gegründet: die Arbeitsgemeinschaft Entscheidungsqualität, über die ich gleich berichte, die Arbeitsgemeinschaft Organisation, die Arbeitsgemeinschaft Strategie und die Arbeitsgemeinschaft Leitbild. Wie gesagt, Frau Dr. Wenker hat auf dem vorhergehenden Deutschen Ärztetag darüber berichtet.

Beim Thema Entscheidungsqualität müssen wir ganz klar feststellen, dass die Qualität von Entscheidungen, dass die Qualität unserer Entscheidungen als Gremien der Ärzteschaft Voraussetzung ist für die akzeptierte Mitwirkung in der gesundheitspolitischen Arena. Für das Erscheinungsbild und die Wirkungskraft der deutschen Ärzteschaft sind die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages von großer Relevanz.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, Änderungsvorschläge zur Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages zu entwickeln und die Ergebnisse vorzulegen. Die Ergebnisse der Delegiertenbefragung sollten berücksichtigt werden.

Themenkreise der Befragung waren: technische und organisatorische Unterstützung, genereller Ablauf des Deutschen Ärztetages, Änderung der Geschäftsordnung mit dem zusätzlichen Beratungselement „Schluss der Rednerliste“ und der Prüfauftrag bezüglich einer eventuellen Antragskommission zur Verbesserung der Abläufe zur Antragserstellung, Antragsdebatte und Antragsabstimmung.

Die Befragungsergebnisse im Detail: Eine Mehrheit der Befragten wünschte sich mehr Vorbereitungszeit zur Beratung der Leitanträge der Bundesärztekammer, die bis zum Montag vor dem Deutschen Ärztetag zur Verfügung gestellt werden.

Bei dem Vorschlag, dass der Deutsche Ärztetag in wesentlichen Fragen, die das Konvergenzverfahren betreffen, nur Grundsatzbeschlüsse fasst und die genaue Ausgestaltung durch Gremien der Bundesärztekammer erfolgt, ergab sich kein ein-

deutiges Meinungsbild. Man kann auch sagen: Etwa 50 Prozent wünschen eine Detailentscheidung durch den Deutschen Ärztetag selbst.

Eine große Mehrheit stimmte nicht der Aussage zu, Anträge sollten nur zu Themen, die auf der Tagesordnung des Deutschen Ärztetages stehen, gestellt werden können.

Eine überwältigende Mehrheit forderte, dass Änderungsanträge zu Musterordnungen, die nach dem Konvergenzverfahren entwickelt wurden, regelhaft von der Bundesärztekammer hinsichtlich ihrer Folgenwirkung bewertet werden.

Eine überwältigende Mehrheit wünschte sich von der Bundesärztekammer Zusatzinformationen zu Ärztetagsanträgen hinsichtlich möglicher Redundanz mit früheren Beschlusslagen.

Bei der Frage „Bis wann vor Beginn des Deutschen Ärztetages wäre es Ihnen möglich, Anträge zu formulieren und zur Verfügung zu stellen?“ zeigte sich, dass ein großer Teil bis sieben Tage vor Beginn des Ärztetages Anträge formulieren könnte.

Auf die Frage „Sollten Spontananträge nur als Änderungsanträge möglich sein?“ erfolgte eine klare Ablehnung.

Die Sichtung umgedruckter Anträge während der Ärztetagsberatungen halten immerhin 50 Prozent der Befragten für problematisch.

Mehr Vorbereitungszeit für die Beratungsthemen zum Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ wünschten sich ebenfalls 50 Prozent der Befragten.

Ich komme zum Gesamtfazit der Befragung. Man kann ganz klar feststellen – ich denke, das ist auch in diesen Tagen deutlich geworden −: Die Delegierten wollen keine umfassenden Beschränkungen durch formale Entscheidungsvorgaben. Gleichzeitig wünschen die befragten Delegierten mehr Professionalisierung der Entscheidungsfindung auf dem Deutschen Ärztetag.

Mit diesen Informationen hat sich die Arbeitsgruppe Entscheidungsqualität gegen eine Antragskommission ausgesprochen. Im Vorstand wurde das diskutiert und ebenfalls so beschieden. Wir wollen keine weitere formale Einengung durch eine Antragskommission. Umgekehrt wollen wir uns allerdings bemühen, die Antragstellung und die Antragsabstimmung insbesondere beim Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht, der sehr umfassend ist und eine freie Meinungsvielfalt bietet, zu optimieren. Das ist der Hintergrund für das Verfahren, das der Hauptgeschäftsführer Dr. Rochell Ihnen zu Beginn vorgestellt hat mit der Bitte, die Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt VI bis Mittwochnachmittag vorzulegen, damit sie geprüft und geordnet werden können und Sie sie rechtzeitig erhalten, um Ihnen ausreichend Zeit zur Prüfung und Beratung zu geben.

Eine Frage zum generellen Ablauf des Deutschen Ärztetages lautete: Soll der Deutsche Ärztetag tatsächlich jedes Jahr an einem anderen Ort stattfinden? Diese Frage ist nicht entschieden. Die Geschäftsführung wurde beauftragt zu prüfen, ob es Sinn machen könnte, aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen alle zwei Jahre in Berlin einen sogenannten standardisierten und durchorganisierten Deutschen Ärztetag abzuhalten. Diese Prüfung läuft noch. Das wäre sowieso erst ab etwa 2019 möglich. Bis dahin sind die Vorbereitungen schon im Gange.

Es gab Hinweise zur technisch-organisatorischen Unterstützung. Da haben diejenigen, die mehr Erfahrung haben und regelmäßig auf dem Ärztetag sind, hoffentlich einiges positiv bemerken können. Strom und WLAN-Zugang sind verbessert worden.

(Beifall)

Das funktioniert im Wesentlichen ganz gut. Gestern gab es diesen einen Hänger, wo wir es nicht rechtzeitig hatten. Aber wir sind ja auch in der Anfangsphase. Ich finde es eigentlich sehr gut, dass viele von Ihnen dieses schöne Stoppschild auf dem Tisch liegen haben und elektronisch arbeiten.

Es wurde vorgeschlagen, ein TED-Abstimmungssystem einzuführen. Das ist aufgrund der aktuellen Regelungen in Satzung und Geschäftsordnung nicht möglich. Abstimmungen sind festgelegt als schriftliche Abstimmungen oder als Abstimmungen per Hand. Es müssten also Satzung und Geschäftsordnung geändert werden.

Das bestehende elektronische Antragssystem wurde weiterentwickelt.

(Beifall)

Es wurde weiterhin der Wunsch geäußert, die Delegiertenstruktur differenzierter zu veröffentlichen. Das ist aus Datenschutzgründen nicht so einfach möglich. Sie haben eine Befragung erhalten, wie viel von Ihren Daten veröffentlicht werden darf, beispielsweise die Facharztbezeichnung.

Der vorjährige Ärztetag hatte dem Vorstand ferner den Auftrag gegeben, die Änderung der Geschäftsordnung hinsichtlich „Schluss der Rednerliste“ zu prüfen. Hierzu wird anschließend Frau Dr. Hübner, die Leiterin der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, berichten.

Ich fasse zusammen: Die organisatorischen Dinge, die ich Ihnen vorgetragen habe, sind wichtig für die Effizienz der Entscheidungsprozesse. Das ist über die organisatorischen Fragen hinaus immer auch eine Frage der persönlichen Haltung. Wir unterstützen ganz klar das, was die überwältigende Mehrheit der Delegierten gefordert hat, nämlich die Beachtung der Meinungsvielfalt. Das muss deutlich werden, das muss erhalten bleiben; das ist ein ganz wichtiges Gut.

Wir brauchen eine Transparenz der Entscheidungsfindung. Wir müssen die Folgewirkungen berücksichtigen. Wir müssen – das ist ganz entscheidend gerade in der Außendarstellung – in der Umsetzung der mit Mehrheit konsentierten Beschlüsse konsequent sein und dazu stehen, auch wenn man vielleicht persönlich gegenteiliger Meinung ist.

Wenn wir das so hinbekommen, haben wir eine Akzeptanz in der Ärzteschaft, in der Politik und in der Gesellschaft. Das brauchen wir auch. Etwas anders formuliert könnte man sagen, dass sich dahinter dann so etwas wie die Haltung eines Teamgeistes gestaltet. Wenn wir diese Haltung einnehmen, brauchen wir eben nicht bis zur Geisterstunde zu warten.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Josef Mischo, vielen Dank für die Ausführungen, für die Analyse der Befragung und auch für die Darstellung der Konsequenzen daraus.

Jetzt darf ich die nächste Referentin, Frau Dr. Hübner, bitten, zur Änderung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage zu sprechen. Das entspricht einem Antrag des vorjährigen Deutschen Ärztetages. Frau Hübner, bitte.

Dr. Hübner, Referentin: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Delegierte! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich spreche ausschließlich zum Antrag V-01. Der 115. Deutsche Ärztetag hatte mit zwei Beschlüssen, mit den Beschlüssen VI-119 und VI-121, die Bundesärztekammer beauftragt, eine Änderung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage vorzubereiten, und zwar mit der Möglichkeit, den Schluss der Rednerliste vorzusehen. Zu dem daraufhin erarbeiteten Änderungsvorschlag, der Ihnen mit der Drucksache V-01 vorliegt, möchte ich wesentliche Aspekte unserer rechtlichen Prüfung erläutern und Ihnen aus den Beratungen der AG Entscheidungsqualität, die Herr Mischo hier mehrfach erwähnt hat, und aus dem Vorstand der Bundesärztekammer berichten.

Diesen beiden genannten Beschlüssen des 115. Deutschen Ärztetages ist gemeinsam der Wille, die Aussprache zeitlich zu begrenzen. Hierfür existieren bereits Antragsinstrumente. Es stellt sich daher die Frage, ob die Implementierung eines Antragsrechts auf Schluss der Rednerliste notwendig ist.

Gegenwärtig besteht folgende Regelungssystematik. Gemäß § 3 der Geschäftsordnung haben die Abgeordneten sowie die Mitglieder des Vorstands und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer das Recht zur Wortmeldung und damit ein Rederecht. Die Geschäftsordnung sieht zwei mögliche Einschränkungen dieses Rederechts vor. Einerseits bestimmen § 13 Sätze 1 und 3 der Geschäftsordnung, dass die Redezeit auf Beschluss der Versammlung beschränkt werden kann. Andererseits kann gemäß § 12 Buchstabe f) der Schluss der Aussprache beantragt werden. Letzterer Antrag mündet jedoch nicht unmittelbar in die Abstimmung. Vielmehr hat der Vorsitzende einem Redner für und einem Redner gegen den Antrag auf Schluss der Aussprache das Wort zu erteilen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Argumente für und gegen ein vorzeitiges Ende der Aussprache berücksichtigt werden. Die obligatorische Rede und Gegenrede zu dem beantragten Schluss der Aussprache ist somit verfahrensrechtlicher Ausdruck des hohen Stellenwerts des Rederechts. Bevor die Ausübung des Rederechts weiterer Abgeordneter verhindert wird, soll sich das Plenum mit den Argumenten für die Fortführung der Aussprache auseinandersetzen.

Im Gegensatz dazu führt ein möglicher Antrag auf Schluss der Rednerliste dazu, dass keine weiteren Redner zur Aussprache zugelassen werden. Das rechtlich mildere Mittel ist die Verkürzung die Redezeit, da so die Ausübung des Rederechts nur quantitativ eingeschränkt wird. Als Ultima Ratio steht Ihnen das Antragsrecht auf Schluss der Aussprache zur Verfügung. Hiermit wird die Aussprache beendet, selbst wenn noch zahlreiche Redner gemeldet sind.

Kurz zusammenfassend ist festzuhalten: Gegenwärtig ist ein Antrag auf Schluss der Rednerliste in der Geschäftsordnung explizit ausgeschlossen. Mit den bestehenden Antragsrechten auf Begrenzung der Redezeit und Schluss der Aussprache stehen zwei Instrumente zur Verfügung. Daher muss abgewogen werden, ob die bestehen-

den Möglichkeiten zur zeitlichen Begrenzung der Aussprache einer Ergänzung um das Antragsrecht auf Schluss der Rednerliste bedürfen.

So viel zur Rechtslage. Inhaltlich hat sich mit diesen Fragen die AG Entscheidungsqualität befasst und insbesondere über das Pro und Kontra einer solchen Regelung beraten. Dabei wurden folgende Aspekte für die Einführung angeführt: Erhöhung der formalen Anzahl der Möglichkeiten der Redebeschränkung, Beendigung redundanter Diskussionen. Gegen die Einführung dieses Instruments wurde angeführt: Einfluss auf die Debattengestaltung, Beliebigkeit der Beendigung der Debatte, ein Zusatznutzen sei nicht erkennbar und eine Vergleichbarkeit mit anderen Geschäftsordnungen nur beschränkt gegeben.

Im Verlauf dieser Beratungen wurde aber deutlich, dass die meisten der genannten Aspekte zwei Seiten haben, also sowohl gegen die Einführung der Regelung als auch dafür sprechen und insofern keine harten Entscheidungskriterien darstellen.

Gleichwohl zeigte die Beratung, dass die bestehenden Instrumente effektiv sind und es einer formalen Erweiterung der Möglichkeiten nicht bedarf. Im Ergebnis vertraten die Mitglieder der AG Entscheidungsqualität mehrheitlich bei einer Gegenstimme die Meinung, dass die bestehenden Regelungen in der Geschäftsordnung ausreichen.

Dem hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer angeschlossen und sich daher diese Beschlüsse nicht zu Eigen gemacht. Um dennoch Ihren Beschlüssen des 115. Deutschen Ärztetages zu entsprechen, hat der Vorstand die Rechtsabteilung beauftragt, die Änderung der Geschäftsordnung vorzubereiten und Ihnen zur Beratung und endgültigen Beschlussfassung vorzulegen. Der Antrag liegt Ihnen nunmehr mit der Drucksache V-01 zur Entscheidung vor.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Frau Dr. Hübner, vielen Dank für die Ausführungen, für die Klarstellung und auch für die genauere Analyse, welche Möglichkeiten wir schon momentan haben und welche Möglichkeiten durch einen solchen Antrag auf Schluss der Rednerliste uns zusätzlich zur Verfügung stünden.

Bevor wir in irgendeine Abstimmung eintreten, möchte ich die beiden Tagesordnungspunkte V a) und V b) zur Diskussion stellen. Wir diskutieren zunächst über den Tagesordnungspunkt V a): Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages. Ich habe bereits eine erste Wortmeldung, und zwar vom Herrn Kollegen von Ascheraden. Christoph, bitte.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde das Ergebnis, das uns Herr Mischo dankenswerterweise in der ihm eigenen Klarheit und Nüchternheit vorgetragen hat, sehr gut. Es ist die Aussage, dass wir der Überzeugung sind, dass wir mit unserer Arbeitsweise, die Zeit und auch Nerven kostet – das haben wir heute schon erlebt −, der Vielfalt der Probleme, die wir hier behandeln, gerecht werden. Jegliche Verkürzung mit einer Antragskommission und dergleichen würde diese Vielfalt beschneiden. Ich glaube,

es ist die große Stärke des Deutschen Ärztetages, dass mit einer Beteiligung von so vielen Rednern an der Debatte die Lebendigkeit der Diskussion einmal im Jahr ad oculos demonstriert wird. Das finde ich richtig, auch wenn man zeitökonomisch etwas dagegen einwenden kann. Aber ich glaube, wir sind da auf der richtigen Seite.

Ich möchte hinsichtlich eines möglichen Geschäftsordnungsantrags auf Ende der Rednerliste einen Gedanken einbringen, der bei den entsprechenden Überlegungen vielleicht eine Rolle spielen kann. Wir würden dadurch die Möglichkeiten ja nicht einschränken, sondern erweitern. Es ist jedem unbenommen, innerhalb einer Rednerliste den Geschäftsordnungsantrag auf Ende der Debatte zu stellen. Ich weiß nicht, ob ich das richtig sehe, Frau Hübner. Vielleicht können Sie dazu noch einmal Stellung nehmen. So kenne ich es jedenfalls aus Verfahrensordnungen, dass beide Instrumente gemeinsam eingesetzt werden können.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es ganz gut ist, wenn dieses zusätzliche Mittel zur Verfügung steht. Es gibt bei uns oft die Situation, dass man sagt: Es ist eigentlich alles gesagt, aber zu diesem Zeitpunkt besteht stimmungsmäßig noch nicht die Bereitschaft, das Fallbeil zu betätigen und die Diskussion zu beenden. Also wird es zwei- oder dreimal beantragt.

Wenn man aber anhand der Rednerliste absehen kann, dass die wesentlichen Positionen während der nächsten fünf, sechs oder acht Redebeiträge zur Sprache kommen, dann ist es ein gestalterisches Mittel, das der Debattenfreiheit der Versammlung zugute kommen kann. In der Abwägung sehe ich eher einen Vorteil, wenn wir dieses zusätzliche Mittel schaffen.

Ganz wichtig ist, was Herr Mischo am Schluss gesagt hat: Wir können hier so lebendig, so gut, so fair und auch so streitig – in einem guten Sinne gemeint – diskutieren, wie wir wollen; wichtig ist, wie wir hinterher mit demokratisch gefassten Beschlüssen umgehen. Ich glaube, das kann man nicht in einer Verfahrensregelung fassen. Seit 20 Jahren wird immer wieder gefordert – und es wird auch immer wieder beklagt, dass es nicht ausreichend vorhanden ist –, eine geschlossene Meinungsbildung nach außen zu vertreten. Das kann man nicht verfahrensmäßig festlegen. Das müssen wir leisten.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Christoph, vielen Dank. Du hast jetzt bereits zu Tagesordnungspunkt V b) übergeleitet. Trotzdem bitte ich die folgenden Redner, auf Tagesordnungspunkt V a) zurückzuschalten. Dazu habe ich jetzt noch zwei Wortmeldungen vorliegen. Ich rufe nun Herrn Lipp aus Sachsen auf.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich komme aus einem Bundesland, in dem wir im Kammerbereich und auch im KV-Bereich keine Listenwahlen, sondern ausschließlich Persönlichkeitswahlen kennen. Wenn man die Berichte über die entsprechenden Versammlungen liest, fällt auf, dass es bei uns ausgesprochen sachlicher, konsensueller und friedlicher zugeht als in vielen anderen Bereichen, wo es eine Blockbildung gibt. Ich würde gern Herrn Henke persönlich ansprechen, aber

er ist leider nicht da – man mag es ihm übermitteln −: Wir sind hier ein Ärzteparlament, bei dem jeder Einzelne gewählt ist. Viele Kolleginnen und Kollegen haben bereits gesagt: Wer hier ist, sollte nicht nur für sich und seine Fachgruppe, sondern in Verantwortung für die gesamte Ärzteschaft entscheiden.

(Beifall)

Ich halte es nicht für sehr dienlich, wenn der Marburger Bund als eine große Gewerkschaft, deren Tätigkeit wir in keiner Weise infrage stellen, bei einigen Entscheidungen anfängt, eine Blockbildung bei Vorbesprechungen herbeizuführen, und versucht, alle einzunorden. Ich glaube, das tut dem Gremium nicht gut. Man sollte keine Blockbildungen in dieser Art unbedingt pflegen.

(Beifall)

Abstimmungen untereinander sind sicher dienlich und auch wichtig. Aber dass hier eine Gewerkschaft eine Blockmeinung hineinbringt, wird in manchen Dingen dem Gremium nicht gerecht.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Lipp, vielen Dank. – Ich rufe Herrn Kollegen Hammer aus Nordrhein auf.

Dr. Hammer, Nordrhein: Ich habe mich zu Punkt b) zu Wort gemeldet. Ist das jetzt richtig? Aber Herr von Ascheraden war ja auch schon bei Punkt b). Dann können wir das mischen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Rechtsabteilung! Am vorletzten Tag des 115. Deutschen Ärztetages kam es zu einer langen Diskussion nach einer Situation, die oft herrscht, nämlich dass man sich zum dritten oder vierten Mal zu Wort meldet. Auch bei zwei Minuten Redezeit kann ich mich viermal melden. Aus dieser Situation heraus kam es beim vorjährigen Deutschen Ärztetag zu einer langen Diskussion – das war damals mein Antrag, dies zu fordern. Die Rechtsabteilung hat es schon dargestellt. Wir waren an sich schon weiter, denn wir haben diskutiert, ob wir das wollen. Aber es ging nicht zu beschließen.

Auf dem Zettel, den wir alle vorliegen haben, steht: Das Präsidium soll den Antrag auf Änderung vorbereiten.

Nehmen wir folgenden Fall: Wir haben einen Tagesordnungspunkt und wir haben einen Antrag. Jeder, der dazu etwas Sinnvolles sagen will, lässt sich auf die Rednerliste setzen und kein Mensch kommt auf die Idee, Ende der Rednerliste zu beantragen. Oft ist es so, dass jeder Redner sich auf den Vorgänger bezieht und noch eine weitere Idee hat, sodass er sich zum vierten Mal zu Wort meldet. Deshalb hat Herr von Ascheraden vollkommen recht: Wenn es dort steht, ist es ja kein Grund, es anzuwenden. Aber wir müssen bei dieser dauernden Verlängerung die Möglichkeit haben, Ende der Rednerliste beantragen zu können. Dann spricht der Antragsteller ja sowieso.

Mir hat jemand in den letzten Tagen gesagt – es war ja ursprünglich mein Antrag −: Es könnte der 37. Redner noch etwas sagen und der 39. Redner kann darauf nicht

Bezug nehmen. Dazu ist zu sagen: Sie bestimmen, nur Sie als Plenum, ob Ende der Rednerliste beschlossen wird oder nicht. Wenn es aber gar nicht in der Geschäftsordnung steht, dann kann man es ja nicht anwenden.

Genauso wie Herr von Ascheraden kann ich nur sagen: Es dient der demokratischen Sache, wenn es dort steht. Das heißt noch lange nicht, dass wir es dauernd anwenden. Wir sagen Ja oder Nein dazu. Auch der Antragsteller spricht. Aber es ist eine sinnvolle Regelung, die wir in § 17 aufnehmen sollten.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Vielen Dank. Sie haben für die Annahme des Antrags V-01 gesprochen. Wir waren doch wieder in Punkt V b). Jetzt versuche ich die Strukturierung nochmals. Wir diskutieren jetzt zu V a). Bitte, Kollege Fresenius. – Er möchte auch zu V b) sprechen. Dann strukturieren wir eben nicht mehr, sondern geben es frei. Bitte.

Dr. Fresenius, Bayern: Ich möchte das infrage stellen und mich dieser Meinung nicht anschließen. Wir sind bisher mit dieser Art der Diskussion sehr gut gefahren. Wir haben auch zum rechten Zeitpunkt das Instrument in der Hand gehabt, eine Diskussion abzuschließen. Ich glaube nicht, dass es ein sehr demokratisches Instrument ist, wenn es mir sozusagen die Möglichkeit gibt, eine lange Reihe von Rednern in meinem Thema anzumelden und dann von einem befreundeten Delegierten den Antrag stellen zu lassen, jetzt die Rednerliste zu schließen.

Wenn wir Schluss der Debatte fordern, dann sind wir alle auf demselben Stand der Information. Wir wissen, was im Augenblick Sache ist, und können darüber beschließen. Wenn wir Ende der Rednerliste beschließen, ist es eben nicht mehr möglich, Einfluss zu nehmen, oder man kann auf eine relativ undemokratische Weise Einfluss nehmen.

Ich bin der Meinung, dass wir mit den bisherigen Instrumenten sehr gut gefahren sind. Dieser Ärztetag hat gut bewiesen, dass wir stimmige und überzeugende Diskussionen führen können und uns genügend Instrumente zur Verfügung stehen, die gewährleisten, dass das auch in Zukunft sein kann.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Klaus, vielen Dank. – Wie gesagt: Wir strukturieren jetzt nicht mehr, sondern wir wickeln die Rednerliste in ihrer Reihenfolge ab. Ich rufe jetzt Frau Dr. Anke Müller aus Mecklenburg-Vorpommern auf. Frau Müller, bitte schön.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Sehr geehrter Herr Kaplan! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ärztetage sind wichtig, Ärztetage sind auch schön. Man kommt mal von zu Hause weg.

(Heiterkeit)

− Ich habe ein geordnetes Zuhause; das habe ich gerade vorhin wieder bekannt gegeben. Man lernt neue Städte kennen, man ist mit Kollegen zusammen – die meisten sind ja auch sehr nett – und man lernt viel. Gestern hatte ich einen erheblichen Erkenntniszuwachs. Hier sagte ein Kollege: Bevor man eine Frau heiratet, muss man sie in der Komplexität kennenlernen. Ich habe sofort einen Schreck bekommen: Wenn mein Mann vor unserer Hochzeit die Checkliste durchgegangen wäre, wie komplex ich denn eigentlich so bin, hätte ich ziemlich schlecht abgeschnitten. Erstens bin ich nicht blond, zweitens bin ich nicht schlank, drittens bin ich auch nicht reich, viertens kann ich nicht gut kochen. Ich bin echt in mich gegangen.

Und dann dachte ich so: Wenn wir manchmal hier so arbeiten, habe ich das Gefühl, wir gehen auch Checklisten durch. Wir sind nicht so ganz kompromissbereit. Ich hätte heute zu verschiedenen Punkten sprechen und immer dasselbe sagen können: Mir fehlt die Kompromissbereitschaft. Das wurde ja gerade vor einer Viertelstunde in der Praxis bewiesen.

Wir stehen hier als Vertreter der jungen Generation und der älteren Generation. Wenn ich halb so alt wäre, wie ich bin, und hier als junge Kollegin säße, würde ich sagen: Was machen denn die Alten hier? Die streiten sich und streiten sich und kommen überhaupt nicht zu irgendeinem Ergebnis.

Ich finde das so unmöglich! Ich schäme mich dafür und denke: Es geht überhaupt nicht mehr um die Sache, es geht um Personen, die sagen möchten: Ich habe auf dem Ärztetag dieses und jenes durchbekommen. Mein Eindruck kann täuschen. Ich gebe zu: Das ist recht subjektiv. Ich bin eine Frau und spreche aus, was ich denke.

Ich finde es auch unmöglich, wenn wir alles immer an den Vorstand abschieben. Da fühle ich mich als Statistin. Ich möchte zwar nicht die Hauptrolle spielen – die spiele ich schon lange nicht mehr −, aber wenn wir alles delegieren und sagen, das könnten die anderen entscheiden, dann können wir die Kosten für diesen Ärztetag völlig sparen. Dann können wir gleich zu Hause bleiben.

(Beifall)

Ich finde, wir sind ein gewähltes Parlament. Wir sind auch mündig und klug genug, um viele Dinge entscheiden zu können. Ich sage Ihnen eines: Wenn die Checkliste zu meiner Person irgendwann einmal ausgefüllt wird, dann kann dort vielleicht stehen: ist nicht blond, ist nicht schlank, aber bei dem Punkt „Ist nicht ganz dumm“ hätte ich gerne einen Haken. Ich glaube, das möchten Sie alle, denn wir sind hier nicht beim Eurovision Song Contest, bei dem wir im Endeffekt abschneiden: Deutscher Ärztetag – null Punkte.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Frau Müller, vielen Dank. Ihre Redebeiträge sind immer erfrischend und ermunternd. Deswegen extra vielen Dank. – Herr Schimanke, bitte schön.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Hohes Präsidium! Herr Kaplan! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Frau Dr. Hübner hat uns recht deutlich vor Augen geführt, dass der Ärztetag durchaus über zahlreiche Möglichkeiten verfügt, die Debatte zu steuern. Dieses Instrument „Schluss der Rednerliste“ halte ich im Gegensatz zu einigen Vorrednern – auch im Gegensatz zu Ihnen, Herr von Ascheraden – durchaus für undemokratisch, weil es unter Umständen Leuten, die auf der Rednerliste stehen, aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu irgendwelchen Verbänden erlaubt, ihre Meinung zu sagen, während anderen, die darauf reagieren wollen, die Meinung abgeschnitten wird. Das ist undemokratisch. Wenn wirklich alles gesagt wurde, nur noch nicht von jedem, dann gibt es die Möglichkeit, Schluss der Debatte zu beantragen. Das hat sich schon mehrfach bewährt. Die Tatsache, dass es heute noch nicht so geklappt hat, liegt darin begründet, dass es sich um eine tiefe Problematik handelt, die hier zu behandeln ist. Dann ist das eben auch ein demokratisches Mittel.

Stellen Sie sich einmal vor, wir hätten gestern Abend gegen Ende der Debatte Schluss der Rednerliste beantragt. Das wäre doch das völlig falsche Signal gewesen.

Ich bitte Sie dringend, das nicht in die Geschäftsordnung aufzunehmen, sondern sich an die Worte von Frau Hübner zu erinnern und selber die Geschäftsordnung zur Hand zu nehmen. Wir müssen das nicht zusätzlich in der Geschäftsordnung verankern.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Schimanke, vielen Dank. – Nächste Rednerin ist Frau Dr. Gitter, Präsidentin der Landesärztekammer Bremen. Heidrun, bitte.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Es gibt die Blockbildung; das ist in vielen demokratischen Parlamenten so. Das ist per se auch nichts Schlimmes. Schlimm wäre es, wenn man dieses Instrument missbrauchen würde. Das habe ich bislang noch nicht erlebt. Ich bin auch frohen Mutes, dass es so weitergehen wird.

Aber man könnte es tun, wenn man tatsächlich das Instrument einführen wollte, das hier gefordert wird. Ich möchte dagegensprechen. Stellen Sie sich einmal die Debatte vor, die wir gerade zu dem Thema hatten, das uns wirklich heiß bewegt. Was wäre, wenn dieses Instrument von einem Block missbraucht würde, der sich auf die Rednerliste schreiben lässt und dann sagt: So, jetzt ist aber Ende der Rednerliste?

Sie haben erlebt, wie emotional hier diskutiert wird. Das würde dann noch verstärkt. Ich meine, das sollten wir uns nicht antun. Ich glaube, wir bekommen das auch ohne Zeitmanagement hin. Das haben wir über all die Jahre bewiesen.

Ich meine, es passt auch nicht zum Geist unserer Satzung und unserer Geschäftsordnung. In § 17 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage heißt es:

Schluss der Aussprache kann nur von Abgeordneten beantragt werden, die sich an der Aussprache über den Gegenstand nicht beteiligt haben.

Das steht dort aus einem sehr guten Grund, weil man eben nicht möchte, dass durch bestimmte Meinungsbildner der Lauf der Debatte und des Meinungsaustauschs in irgendeiner Form manipuliert und behindert werden kann. Deshalb steht es dort als Erstes. Deswegen hat unser Präsident auch sehr darauf geachtet, dass das so eingehalten wird.

Zu diesem Geist würde die Beschneidung des weiteren Rederechts durch diesen satzungsändernden Antrag auf Schluss der Rednerliste überhaupt nicht passen. Deshalb bitte ich Sie dringend, diesem Antrag auf Änderung der Geschäftsordnung nicht zu folgen und es bei der bisherigen Geschäftsordnung zu belassen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Heidrun, vielen Dank. – Als nächsten Redner rufe ich Herrn Kollegen Hülskamp aus Nordrhein auf.

Dr. Hülskamp, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Heute ist schon öfter das Wort „Demokratie“ gefallen. Ich glaube, es gehört zu einer Demokratie – das kann man niemandem streitig machen −, dass man sich im Vorfeld eines Deutschen Ärztetages, innerhalb eines Kongresses oder wie auch immer trifft. Das machen andere auch. Aber wenn man dem Marburger Bund und insbesondere Herrn Henke vorwirft, er habe Blockbildung betrieben und eine Gewerkschaft habe sich hier aufgeführt, dann muss ich das entschieden zurückweisen.

(Beifall)

Ich habe nicht so furchtbar viel gegen eine Blockbildung, aber diejenigen, die das sagen, sollten sich klarmachen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung eigentlich nichts anderes gemacht hat und uns irgendetwas überstülpen will, was wir eigentlich nicht wollen.

Ich meine, man darf sich im Vorfeld besprechen. Das werden wir auch weiterhin tun. Wir werden uns das Recht nehmen, so zu verfahren.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Hülskamp, vielen Dank. – Herr Kollege Lenhard aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wollte eigentlich zum Tagesordnungspunkt V a) sprechen, um Ihrem Desiderat entgegenzukommen, aber ich möchte jetzt doch auch zu Tagesordnungspunkt V b) Stellung nehmen. Frau Gitter, man kann Ihre Argumente auch umdrehen. Man kann

natürlich auch sagen: Gerade weil heute Morgen die Rednerliste so unendlich lang war, hat es den möglichen Scharfmachern aus den verschiedenen Fraktionen auch die Chance geboten, bei diesem Thema einzuheizen. Insofern möchte ich mich ganz klar dafür aussprechen, dieses Element einzuführen. Das hat mein Kollege aus Rheinland-Pfalz, Herr Kollege Peters, im letzten Jahr mit angeregt. Das ist in vielen demokratischen Institutionen verankert. Das ist bei den Parteien so, das gibt es auch in Vereinen. Ich denke, dass wir da nicht das Element der Basisdemokratie beschneiden.

Ich möchte Herrn Mischo für das nicht so ganz schlechte Bild danken, das er unserem Deutschen Ärztetag ausstellt. Ich möchte etwas zu der Option Berlin sagen, ob das infrage kommt. Ich komme aus Mainz und habe insofern gar keine Eisen im Feuer. Aber ich halte es durchaus für überlegenswert, dass man sagt: Man trifft sich jedes zweite Jahr an dem Ort, an dem die Politik agiert. Meine Frage lautet: Haben Sie einmal überlegt, ob das auch zu einer Kostenersparnis führt? Wir haben ja immer wieder gehört, dass die Bundesärztekammer hohe Ausgaben hat und sparen muss. Wenn es denn so wäre, dass man dadurch viele Kosten spart, weil der Ärztetag vor Ort stattfindet, dann könnte das ja auch ein starkes Argument für die Aussage sein: Man führt den Deutschen Ärztetag jedes zweite Jahr in Berlin durch. Ich bitte Sie, dazu noch einmal Stellung zu nehmen. Dafür bedanke ich mich bereits jetzt.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Lenhard, vielen Dank. Ich schlage vor, dass die Referenten am Schluss der Diskussion Stellung nehmen. – Wir fahren in der Rednerliste fort. Ich rufe jetzt Herrn Kollegen Fischbach aus Nordrhein auf. Herr Fischbach, bitte schön.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Lieber Herr Kaplan! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben schon einiges gehört zum Thema Schluss der Rednerliste. Es gibt sicherlich gute Gründe dafür und auch gute Gründe dagegen. Es gibt KVen, in denen das schon eingeführt wurde, auch mit einem guten Ergebnis.

Ich gebe Folgendes zu bedenken. Es wird immer so dargestellt, als sei Schluss der Rednerliste demokratisch anrüchig. Das glaube ich nicht. Ich finde es viel schlimmer, wie schon passiert – ich glaube, es war auf dem Ärztetag in Kiel −, dass am Freitag plötzlich hektische Betriebsamkeit ausbricht, sich die Tische noch unter den Anträgen biegen und dann auf einmal 98 Anträge gebündelt an den Vorstand überwiesen werden. Das finde ich viel schlimmer und unserer demokratischen Legitimation wesentlich abträglicher, wenn wir nicht mehr in der Lage sind, die Anträge zu sichten und zu bescheiden, als wenn wir uns beispielsweise auf ein solches Instrumentarium einigen könnten.

Die Alternative ist: Wir machen es so wie in der Sixtinischen Kapelle vor der Papstwahl. Dann bleiben aber auch alle hier sitzen, bis wir zu einem Ergebnis gekommen sind. Wenn wir das wollen, dann sollten wir das tun. Ansonsten plädiere ich dafür, dass wir die vorgeschlagene Regelung in die Geschäftsordnung aufnehmen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Fischbach, vielen Dank. – Nächster Redner ist Kollege Peters aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Lieber Herr Präsident! Verehrte Delegierte! Das, was Herr Fischbach gesagt hat, war genau der Grund, warum wir in Nürnberg diesen Antrag auf Änderung der Geschäftsordnung gestellt haben. Seit 1989 darf ich hier für Rheinland-Pfalz als Delegierter mitwirken. Ich habe es immer wieder bedauert, dass der letzte Tagesordnungspunkt, nämlich der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, regelmäßig zu kurz kommt. Deswegen finde ich es gar nicht so verkehrt, wenn wir ein Instrumentarium von Möglichkeiten haben, die Debatte ein klein wenig zu steuern. Die Debatte dient ja nicht dazu, dass jeder seine Meinung sagt, sondern die Debatte dient dazu, dass wir uns ein Bild über die Argumente machen. Wenn man das Gefühl hat, dass wir begriffen haben, worum es geht, dann ist es manchmal zu abrupt, Schluss der Debatte zu beschließen. Dann stehen noch einige Leute, die man gern hören möchte, auf der Rednerliste. Aber man möchte die Debatte auch nicht ewig ausgedehnt wissen. Insofern wäre Schluss der Rednerliste geschmeidiger.

Wenn wir das Gefühl haben, dass es einen Block gibt, der Schluss der Debatte haben will, dann können wir dagegenstimmen. Insofern würde ich es begrüßen, wenn wir unser Instrumentarium, ein bisschen die Zeit gestalten zu können, etwas erweitern würden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Peters, vielen Dank. – Herr Kollege Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Gerade wenn es um die Geschäftsordnung und um die Frage Ende der Rednerliste/Ende der Debatte geht, ist das nicht nur eine Frage von mehr oder weniger Demokratie, sondern letztlich die Frage, wie wir uns dazu stellen wollen. Ich denke, egal wie wir am Ende entscheiden, es wird Kritiker geben. Wir alle kennen den Antrag auf Ende der Rednerliste. Zu unterstellen, man könnte mit diesem Antrag auch die Diskussion beeinflussen und manipulieren – meine lieben Kolleginnen und Kollegen, das kann man ja auch mit dem Antrag auf Schluss der Debatte. Wenn tatsächlich acht oder zehn Kollegen aus einer Gruppe gehäuft auf der Rednerliste stünden und man glaubte, dass diese noch einmal die Stimmung stark beeinflussen und in eine Richtung lenken könnten, wie es nicht sein dürfte, könnte die Mehrheit der Versammlung Schluss der Debatte beschließen.

Ich finde es jedenfalls immer schwierig, wenn abrupt gesagt wird: Jetzt gibt es keine Redebeiträge mehr, jetzt müssen wir abstimmen. Das gefällt mir persönlich nicht so gut. Daher spreche ich mich dafür aus, dass man die Möglichkeit hat, den Antrag auf Schluss der Rednerliste zu stellen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Grauduszus, vielen Dank. – Jetzt hat sich nochmals Kollege Hammer gemeldet. Kollege Hammer, bitte schön.

Dr. Hammer, Nordrhein: Ich bin an sich sehr erstaunt, dass wir so lange über Manipulation und solche Dinge sprechen. Wie eben schon gesagt wurde: Wer manipulieren will, kann das in jedem Bereich tun. Auf Deutschen Ärztetagen wird in den ersten Tagen sehr lang diskutiert, während am Ende oft sehr schnelle Dinge gemacht werden. Da ist das Instrument „Ende der Debatte“ oft etwas sehr Undemokratisches.

Wer vorhat zu manipulieren, liebe Frau Gitter, kann mit dem Instrument „Ende der Debatte“ fantastisch manipulieren. Ich wäre froh, wenn wir hier überhaupt nicht über Manipulation redeten. Das muss überhaupt nicht sein. Ich habe vorhin gesagt: Die Gegenargumente kenne ich. Wenn wir sehen, dass es sinnvoll ist, weiter zu diskutieren, dann werden wir als Plenum Nein sagen oder es gar nicht beantragen.

Ich möchte mich zum Schluss Herrn Lenhard anschließen: In vielen öffentlichen Bereichen ist es absolut üblich und eine Bereicherung, die man anwenden kann, aber nicht anwenden muss. Sie muss wenigstens als Möglichkeit in der Geschäftsordnung stehen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Hammer, vielen Dank. – Herr Kollege Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde „Manipulation“ ein etwas hartes Wort. Manchmal wird versucht, Dinge zu steuern und uns in eine bestimmte Richtung zu schieben. Der Antrag von Herrn Henke vorhin, wo er als Verhandlungspartner gegenüber der KV auftreten wollte, war so eine Sache. Ich muss Herrn Hülskamp widersprechen und einige Dinge klarrücken. Die Landesärztekammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wir haben hier eine Bundesarbeitsgemeinschaft, für die sitzen wir hier im Parlament. Die KV ist auch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und die KBV ist auch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Hier hat im Prinzip eine Körperschaft zur Erfüllung ihrer Aufgaben die andere gebeten, hilfreich zu sein und einen Konsens zu finden, damit wir im ambulanten Bereich gut weiterarbeiten.

In anderen Bereichen ging das viel einfacher, und zwar beim Impfen. Da gab es vor einigen Jahren auch das Problem, dass die Krankenkassen auf einmal Impfzertifikate haben wollten, wenn man entsprechend abrechnen wollte. Da konnten wir uns in den einzelnen Kammerbereichen rasch darauf einigen, dass die Impfung eine obligatorische Leistung eines jeden approbierten Arztes ist. Das haben wir so in die Berufsordnung geschrieben. Damit war die Sache klargezogen.

Ich denke, um so etwas geht es hier. Eigentlich müsste die Bundesärztekammer mit der KBV in Verhandlungen eintreten, wie man das im Konsens lösen kann. Die tarifrechtlichen Dinge sind ein zweiter Schritt und haben damit überhaupt nichts zu tun.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Vielen Dank. – Kollege Klaus Schäfer aus Hamburg, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg. Klaus, bitte schön.

Schäfer, Hamburg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bei den Redebeiträgen zu diesem Tagesordnungspunkt erschreckt mich eigentlich, welche Manipulationsfantasien hier in einigen Köpfen herrschen.

(Beifall)

Ich bin im Bereich der Kammer zwar erst sechs Jahre dabei, aber als höhergradiger Funktionär – zunächst als stellvertretender Landesvorsitzender und jetziger Landesvorsitzender eines Berufsverbands – erreiche ich in diesem Jahr die Volljährigkeit: 18 Jahre. Ich habe bislang keine Manipulationsverdächte entwickeln müssen. Ich denke, wer unbedingt manipulieren will, kann mit „Schluss der Debatte“ genauso manipulieren wie mit „Schluss der Rednerliste“. Ich persönlich halte die Möglichkeit, Schluss der Rednerliste zu beantragen, für eine sehr viel geschmeidigere und weniger eingreifende Version als Schluss der Debatte.

(Beifall)

Der Auftrag, der, wenn ich es richtig erinnere, in Nürnberg formuliert wurde, lautete, „Schluss der Rednerliste“ noch zu formulieren. Ich meine, das war der damalige Auftrag.

Insofern bin ich dafür, diesen Paragrafen „Schluss der Rednerliste“ in die Geschäftsordnung neu einzuführen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Klaus, vielen Dank. – Herr Kollege Lange spricht zur Geschäftsordnung.

Lange, Niedersachsen: Herr Vizepräsident! Verehrtes Gremium! Es sind jetzt alle Argumente pro und kontra zu diesem Tagesordnungspunkt erwähnt worden. Ich finde, Herr Schäfer hat ein wunderbares Schlusswort gesprochen. Ich beantrage Schluss der Debatte.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Es ist der Antrag auf Schluss der Debatte gestellt. Will jemand dagegensprechen? – Bitte schön, Herr Kollege Roy.

Dr. Roy, Thüringen: Sehr geehrter Herr Vizepräsident! Sehr geehrtes Plenum! Es stehen noch zwei Redner auf der Rednerliste. Ich denke, wir alle vertragen es noch, sie anzuhören.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Das war jetzt die Gegenrede. – Wir kommen jetzt zur Abstimmung. Wer ist für Ende der Debatte? – Wer ist dagegen? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann können wir weiterdiskutieren.

Jo Calles, bitte schön.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich bräuchte ich nichts mehr zu sagen. Das war das beste Beispiel für einen Antrag, der passt.

(Beifall)

Ich möchte auf den Beitrag von Herrn Kollegen Lipp hinweisen, der mir gut gefallen hat. Er hat idealistisch dargestellt, wie wir hier eigentlich handeln sollten, nämlich dass wir grundsätzlich, bevor wir die eigenen Interessen vertreten, die Interessen der Gesamtärzteschaft sehen. Das ist nämlich das Riesenmanko, das die Ärzteschaft hat, und weshalb sie politisch auch nicht so gehört wird, wie sie eigentlich gehört werden könnte, wenn wir im Sinne der Gesamtärzteschaft mit einer Stimme sprächen.

(Beifall)

Das ist aber leider realitätsfern.

Ich bin heute zum 20. Mal auf einem Deutschen Ärztetag.

(Beifall)

Ich kann von mir aus sagen – meine Kolleginnen und Kollegen, die um mich herumsitzen, wissen das −: Ich habe nie einem Block oder einer Großgruppierung angehört. Deshalb erlaube ich mir, hier diese Worte zu sagen. Ich habe in diesen 20 Jahren natürlich erlebt, dass nicht unbedingt eine Blockierung versucht wurde, nicht unbedingt eine Manipulation. Ich würde nie so weit gehen, das zu sagen, insbesondere nicht vor diesem Plenum.

Aber ich habe natürlich bemerkt – das war ja auch richtig −, dass Gruppierungen ihre Interessen vertreten und sie bestmöglich durchsetzen. Dazu gehört natürlich auch ein taktisches und auch ein strategisches Verhalten. Das haben wir immer wieder gesehen.

Dazu gehört natürlich auch der Schluss der Debatte, weil selbstverständlich jede Gruppierung einen hat, der noch nicht gesprochen hat. Er bekommt gesagt, wann er aufzutreten hat. – Waren Sie schon hier vorne? – Nein, ich habe noch nicht teilgenommen. Ende der Debatte.

Genau dasselbe kann natürlich auch mit Ende der Rednerliste passieren. Ich habe neben dem gerade Erlebten folgenden Grund, für Ende der Rednerliste einzutreten. Ich meine: Das macht uns flexibler. Wir haben dieses Instrument dann. Wir müssen es ja nicht benutzen. Diejenigen, die glauben, es sei undemokratisch, brauchen es ja nie zu beantragen. Die anderen, die glauben, es sei demokratisch, haben sich eine Möglichkeit erhalten.

Ich bin der Meinung: Wir geben unserer Flexibilisierung im Verhalten hier mehr Ausdruck. Aus diesem Grunde plädiere ich dafür, es mit aufzunehmen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Jo Calles, vielen Dank. – Momentan letzter Redner auf der Rednerliste ist Kollege Moreth aus Hessen.

Dr. Moreth, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, ich werde kürzer als eine Minute reden; es wird also nicht so lange dauern. Ich rede jetzt zwar zum Tagesordnungspunkt V, aber es könnte auch zum Haushalt sein. Ich bin seit rund 30 Jahren mehr oder weniger regelmäßig Delegierter zum Deutschen Ärztetag. Ich erinnere mich, dass vor etwa 25 Jahren schon einmal darüber diskutiert wurde, ob nicht jeder zweite Ärztetag in Köln stattfinden soll, um Gelder einzusparen. Wenn es jetzt in Berlin sein sollte und es würde tatsächlich eine Einsparung im Haushalt der Bundesärztekammer bedeuten, würde ich Ihnen empfehlen, dasselbe Verfahren für Berlin zu wählen.

Danke sehr.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Kollege Moreth, vielen Dank. – Es steht niemand mehr auf der Rednerliste, sodass wir die Diskussion nun beenden können. Ich möchte jetzt den Referenten noch die Möglichkeit zu einem Schlusswort geben. Zunächst einmal Josef Mischo.

Dr. Mischo, Referent: Wir sind in diesem Bereich noch in der Prüfung. Das wirft viele komplexe organisatorische und auch wirtschaftliche Fragen auf. Da ist die Geschäftsführung mit organisatorischen Fragestellungen befasst und die Finanzkommission mit der wirtschaftlichen Seite. Darüber werden wir vielleicht nächstes Jahr berichten können. Ich hatte aber auch gesagt, dass das in den nächsten fünf Jahren überhaupt nicht zum Tragen kommen kann, weil die Vorbereitungen für die nächsten Ärztetage schon laufen. Die Frage, ob man alle zwei Jahre an demselben Ort tagt, ist also noch offen.

Ansonsten möchte ich zusammenfassend sagen – das ist mir auch ein persönliches Bedürfnis −: Wir brauchen die Vielfalt, so wie sie auch deutlich geworden ist. Wir müssen uns in jedem Fall auch der Verantwortung bewusst sein, aus dieser Vielfalt heraus eine Einheit zu bilden und diese Einheit dann auch konsequent nach außen zu tragen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Josef, nochmals vielen Dank. – Frau Dr. Hübner.

Dr. Hübner, Referentin: Herr Dr. von Ascheraden hat die Aussprache mit der Frage begonnen, ob es möglich ist, dieses Instrument einzuführen. Eine klare Antwort: Ja, es ist möglich. Diese drei Instrumente Beschränkung der Redezeit, Schluss der Rednerliste und Schluss der Aussprache können nebeneinander so geregelt werden. Deshalb haben wir Ihnen den Vorschlag ja auch so vorgelegt.

Ihre Debatte spiegelt im Grunde genommen das wider, was wir in der AG Entscheidungsqualität sowohl für als auch gegen die Einführung dieses Instruments gesagt haben. Wir haben letztendlich gesagt: Das sind keine harten Entscheidungskriterien, aber ob es notwendig ist oder nicht, das obliegt letztendlich Ihrer Entscheidung. Das kann Ihnen keiner abnehmen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Frau Dr. Hübner, nochmals vielen Dank. – Insgesamt nochmals vielen Dank an die Referenten für die Ausführungen und Darstellungen.

(Beifall)

Es liegt ein einziger Antrag zur Abstimmung vor, nämlich der **Antrag V-01,** in dem es darum geht, dass in § 12 nach Buchstabe f) angefügt wird:

> *g) wer Schluss der Rednerliste beantragen will.*

In § 17 erfolgt eine Änderung, die zum Teil zu einer Streichung führt. Nach Absatz 1 soll folgender Absatz 2 angefügt werden:

> *Schluss der Rednerliste kann nur von Abgeordneten beantragt werden, die sich an der Aussprache über den Gegenstand nicht beteiligt haben. Der Vorsitzende gibt einem Redner für und einem Redner gegen den Antrag auf Schluss der Rednerliste das Wort.*

Ich glaube, mehr brauche ich hier nicht zu erläutern, weil Frau Hübner schon alles ausgeführt hat.

Sind Sie abstimmungsbereit? Haben Sie alle den Antrag vorliegen? – Wunderbar. Wer stimmt dem Antrag V-01 zu? – Wer stimmt dagegen? – Das sind einzelne Stimmen. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Wir fügen also in die Geschäftsordnung ein, dass Schluss der Rednerliste beantragt werden kann.

Ich bedanke mich bei Ihnen und übergebe wieder an unseren Präsidenten.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Max, für die souveräne Leitung bei diesem Tagesordnungspunkt. − Wir können in den **Tagesordnungspunkt VI** eintreten:

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Referent hierzu ist Herr Dr. Rochell. Er wird jetzt aber noch nicht referieren, sondern, wenn Sie einverstanden sind, ziehen wir den

Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“

vor. Referent ist hier Herr Prof. Schulze aus Dresden, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Priorisierung im Gesundheitswesen. Anschließend können wir die zwei Anträge, die bisher dazu vorliegen, und eventuell auch noch weitere Anträge behandeln. Danach würde ich gern die Finanztagesordnungspunkte, die wir heute erledigen müssen, behandeln. Dann hätten wir morgen den ganzen Tag frei für den Tätigkeitsbericht und die vielen Anträge, die bereits vorliegen.

Jan Schulze, du hast das Wort.

Prof. Dr. habil. Schulze, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Bereitstellung einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung für unsere Patientinnen und Patienten wird in Zukunft zu einer immensen Herausforderung. Die Rahmenbedingungen hierfür werden sich insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung sowie des medizinischen Fortschritts weiter verschärfen. Allein durch Beitragssatzerhöhungen, Einsparungen oder Steuerzuschüsse, wie es in zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte praktiziert wurde, ist das Problem der immer größer werdenden Schere zwischen wachsendem Leistungsbedarf, zunehmender Leistungsinanspruchnahme und dadurch andererseits entstehenden Mehrkosten nicht zu lösen.

Im Ulmer Papier haben wir hierzu bereits Stellung genommen. Auch unser früherer Präsident Professor Hoppe hat auf diese Problematik immer wieder öffentlich und intensiv hingewiesen und die politische Diskussion über eine gerechte und transparente gesundheitliche Versorgung eingefordert. Die Vorschläge zur Priorisierung im Gesundheitswesen wurden insbesondere von Politikern und Vertretern der Krankenkassen sehr kritisiert. Die Kritiker bezeichneten die Priorisierungsdiskussion als unethisch, grundgesetzwidrig, unnötig bzw. vermeidbar oder auch als gefährlich und hinterhältig. Die Kritiker verkennen dabei aber, dass ein Totschweigen der Zukunftsprobleme unseres Gesundheitssystems und unserer Gesundheitsversorgung nicht deren Lösung bedeuten kann. Die Folge wäre, dass schon in überschaubarer Zeit medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig für jeden Patienten bereitgestellt werden können. Dies wäre die nach unserer Einschätzung mit allen Mitteln zu vermeidende Schreckensperspektive einer zunehmenden ökonomisch bestimmten Rationierung der medizinischen Versorgung.

Genau dieses soll eine verantwortungsvolle Prioritätensetzung aber vermeiden. Durch Prioritätensetzung = Priorisierung soll mit der Hintanstellung medizinisch unnötiger oder obsolet gewordener Leistungen sichergestellt werden, dass die medizi-

nisch notwendigen Leistungen künftig auch weiterhin allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden können.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Frühjahr 2012 eine Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“ eingesetzt. Er folgt damit auch einer Bitte des Deutschen Ärztetages. Das Thema Priorisierung soll aus Sicht der Ärzteschaft weiterentwickelt werden, um den gesellschaftlichen Diskurs dazu voranzutreiben. In die Vorstandsarbeitsgruppe wurden sowohl externe Experten als auch Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer berufen. Die Gruppe besteht aus externen Wissenschaftlern, die Ihnen alle, glaube ich, sehr bekannt sind, die mit dieser Thematik auf Du und Du sind, die wesentliche wissenschaftliche Arbeiten dazu vorgelegt haben oder auch versorgungsepidemiologische Studien durchgeführt haben. Diese Crew ist gekoppelt mit einer Gruppe unserer ärztlichen Selbstverwaltung. Den Vorsitz teile ich mir mit dem Kollegen Raspe aus Lübeck, der sich seit Langem wissenschaftlich mit dem Thema intensiv beschäftigt. Es sind von ihm besonders die Bürgerforen, die er eingerichtet hat, bekannt geworden und natürlich auch seine Publikationen in wichtigen versorgungsepidemiologisch angelegten Zeitschriften.

Der heutige Bericht zielt darauf ab, Ihnen einen kurzen Zwischenstand zur Arbeit der Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“ der Bundesärztekammer zu geben. Ich werde Ihnen heute keinen ausführlichen inhaltlichen Bericht liefern, vielmehr verweise ich auf ein Papier, das die AG zum aktuellen Stand ihrer Beratungen erarbeitet hat. Dieses wurde als Diskussionspapier in der aktuellen Ausgabe des „Deutschen Ärzteblatts“, das gestern auf Ihren Plätzen lag, zu diesem Ärztetag veröffentlicht. Diese Ausgabe ist also verfügbar. Es handelt sich um Heft 22, Seite 1091 mit der Überschrift „Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich“.

Die Arbeitsgruppe hat sich in diesem Papier nochmals intensiv mit den Begriffen Priorisierung, Rationierung, Rationalisierung auseinandergesetzt. Ziel war es, ein gemeinsames Verständnis herzustellen. Im Kern geht es bei der Priorisierung um die Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, Entscheidungen durch wissenschaftlich fundierte Versorgungsempfehlungen zu unterstützen.

Priorisierung eröffnet Perspektiven zum rationalen Mitteleinsatz und zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem. Die Priorisierungsdiskussion kann nach Ansicht der Arbeitsgruppe auch als Diskussion um die Veränderungen der ärztlichen Berufsausübung gesehen werden. Priorisierung kann daher zur Klärung zahlreicher Fragen beitragen, die die Ärzteschaft und die Gesellschaft bewegen.

Welche Fragen sind es? Sie sehen hier einige aufgelistet. Es wird eine Fülle von weiteren wichtigen Fragestellungen dazu geben, auf die wir Antworten finden müssen, und zwar als Berater im individuellen Patientenkontakt, aber auch als Berater der Gesellschaft, wie es in unserer Berufsordnung geschrieben steht.

Ich will die Fragen jetzt nicht unbedingt referieren. Das geht von „Was sind die zentralen Ziele unserer ärztlichen Tätigkeit?“ bis hin zu „Welche Verantwortung hat die Ärzteschaft für die finanzielle Stabilität der solidarisch verfassten GKV und die bedarfsgerechte und gleichmäßige Allokation?“

Die Arbeitsgruppe hat sich vorgenommen, auf einige dieser Fragen im Kontext zur ärztlichen Priorisierungsdiskussion Antworten zu finden. Weiter war sich die Arbeits-

gruppe einig, dass es zur Weiterentwicklung des Themas und zum Vorantreiben des gesellschaftlichen Diskurses wichtig ist, zuerst den Diskurs mit der Ärzteschaft selbst durchzuführen. Daher werden wir gemeinsam mit Landesärztekammern Veranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte durchführen. Erfahrungen aus dem Ausland sind insbesondere aus der vom Kollegen Raspe durchgeführten Bürgerkonferenz zu erwarten. Auch diese sollen bei der Konzeption solcher Veranstaltungen einfließen. Es gibt hervorragende Ergebnisse aus den skandinavischen Ländern zu dieser Thematik.

Wir haben den großen Vorteil, ein gut entwickeltes Nationales Leitlinienprogramm zu haben. Herr Ollenschläger ist ja Mitstreiter in diesem Team. Er hat schon signalisiert, dass die Gedanken der Priorisierung verstärkt in die Überarbeitung von Leitlinien einbezogen werden, und zwar nicht nur unter der Überschrift „Was kannst du tun, was sollst du tun?“, sondern es ist beabsichtigt, dann natürlich zu formulieren „Tue das nicht, das ist nicht evidenzbasiert bzw. bringt nichts, ist nur teuer und belastet das Gesundheitssystem“.

Wir haben in Sachsen bereits Vordiskussionen mit unserem Ethikgesprächskreis geführt und werden in dieser Richtung Stammtische bzw. Gruppen formieren, die sich mit der nationalen Problematik, auch den Bürgerkonferenzen und den internationalen Erfahrungen zu dieser Thematik beschäftigen werden.

Daneben will die Arbeitsgruppe den öffentlich-medialen Kurs weiterführen, denn hier geht es um die zweite Gruppierung in der Gesellschaft, die Priorisierung immer mit Rationierung gleichsetzt. Man hat die Sorge, der Bevölkerung solle etwas entzogen werden, dass Priorisierung nur ein euphemistischer Begriff ist, der für Rationierung eingesetzt wird. Das aber ist er in der Tat nicht. Diese Klarstellung und Beschreibung muss in diesem Prozess herauskommen, natürlich auch für Bürgerschaft und für Politik. Deshalb müssen wir zuerst die Ärzteschaft gewinnen, an dieser Thematik mitzuarbeiten und darüber mit nachzudenken.

Besonders hervorzuheben sind die Erfahrungen, die konkreten Umsetzungen von Empfehlungen und Leitlinien, die in Schweden erfolgten.

Priorisierung soll und muss, wenn sie an Stellenwert gewinnen soll, ein positives Gesicht bekommen. Bei der weiteren Bearbeitung des Themas soll daher das nordeuropäische Modell als Vorbild dienen. Dabei wird unter anderem die Leitlinienproblematik angesprochen werden. Wir sind im intensiven Dialog mit Herrn Ollenschläger, der die Leitlinie zum Kreuzschmerz hochhält, wo die Prinzipien, was man tun soll und was man nicht tun soll, als klare Aussage zwischen den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und dem Panel, das sich um die Erstellung dieser Leitlinie Gedanken macht, stehen.

Darüber hinaus werden wir Vorarbeiten der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer von 2000 und 2007 sowie die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages in die weitere Arbeit einfließen lassen.

Es ist geplant, mit Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, zum 117. Deutschen Ärztetag die Priorisierung aus ärztlicher Sicht intensiv inhaltlich zu diskutieren, von den Grundlagen bis zur praktischen Anwendung. Deshalb möchte ich es an dieser Stelle bei diesen Ausführungen belassen und nochmals auf das im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlichte Diskussionspapier verweisen, zu dem wir Ihre Kommentare, Anregungen und Hinweise erwarten.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jan, für dieses gute einführende Referat. – Ich eröffne jetzt die Diskussion zum Tagesordnungspunkt Priorisierung. Die erste Wortmeldung kommt von Dr. Hans-Detlef Dewitz von der Landesärztekammer Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Thema Priorisierung wurde von Herrn Professor Hoppe angestoßen. Er wurde dafür in der Öffentlichkeit sehr viel kritisiert. Jetzt sind wir zum Glück in der Diskussion schon wesentlich weiter. Danke für dieses Referat. Sie haben am Anfang auch Professor Beske und die Politik und indirekt auch Herrn Schäuble erwähnt. Herr Professor Beske hat einmal aufgezeigt, dass durch die Politik rund 40 Milliarden Euro aus unserem Topf entnommen werden, zweckentfremdet werden, die woanders refinanziert werden müssen. In den letzten Tagen hat Herr Schäuble erklärt, dass er den Zuschuss von 15 Milliarden Euro auf 10 Milliarden Euro kürzen möchte. Die Politik gibt im Prinzip wieder ein Viertel dessen hinein, was sie uns vorher wegnimmt. Man hat es ganz deutlich gespürt, als es um die Honorare in der ambulanten Medizin ging, dass eine Erhöhung um 5 Milliarden Euro, die gefordert wurde, der Untergang des Abendlandes war. Kein Wunder, wenn man so etwas fordert, dann merkt man, dass vorher schon 40 Milliarden Euro herausgenommen wurden und fehlen, was sonst nicht so auffiele.

Ich denke, wir müssen sehr Obacht geben, dass uns die Politik nicht das Geld wegnimmt, das wir für die Versorgung der Patienten brauchen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dewitz. – Nächster Redner ist der Kollege Peter Scholze aus Bayern.

Dr. Scholze, Bayern: Priorisierung ist wirklich ein sehr spannendes Thema. Man sieht es ja auch an der hochkarätigen Zusammensetzung dieser Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer. Herr Schulze, Sie haben auf einen wichtigen Punkt hingewiesen – das steht auch in dem Zwischenbericht in der neuen Ausgabe des „Deutschen Ärzteblatts“ −: In der Diskussion kommt es sehr oft zu einer völlig unklaren Vermischung zwischen Priorisierung einerseits und Rationierung andererseits. Ich glaube, in der weiteren Diskussion ist es sehr wichtig, diese Begriffe sehr genau auseinanderzuhalten.

Wir von der Bayerischen Landesärztekammer haben bereits 2010/2011 eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema eingerichtet. Max, die Bayerische Landesärztekammer ist der Bundesärztekammer da schon ein bisschen vorausgegangen. Es ist ja ganz gut, wenn es so ist.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ex Bavaria lux!

Dr. Scholze, Bayern: Genau. – Diese Arbeitsgruppe war fraktionsübergreifend zusammengesetzt. Es waren dort Vertreter aller Gruppierungen. Es waren drei Punkte sehr wichtig. Wir haben diese drei Punkte in einem Antrag zusammengefasst. Der erste Punkt ist, dass jede Form der verdeckten Rationierung abzulehnen ist. Bereits bestehende verdeckte Rationierungen sind transparent zu machen. Ich glaube, das ist sehr wichtig, um ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis weiter aufrechterhalten zu können.

Der zweite Punkt, der uns wichtig war, ist, dass vor Ergreifen weiterer Maßnahmen zunächst einmal in jedem Bereich die Rationalisierungspotenziale ausgenutzt werden müssen. Es gibt sicherlich in vielen Bereichen Potenziale, die man ausnutzen kann.

Der dritte Punkt ist, dass Priorisierungskonzepte nicht zu expliziten Rationierungen mit Streichungen medizinisch sinnvoller und notwendiger Leistungen im GKV-Katalog hergenommen werden dürfen.

Ich möchte Sie bitten, diesen Antrag zu unterstützen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Herr Kollege Scholze. – Der Nächste auf der Rednerliste ist Daniel Rühmkorf aus Berlin.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Sehr geehrter Herr Professor Schulze, haben Sie ganz herzlichen Dank für Ihre bisherige Arbeit. Mir gefällt Ihre Unaufgeregtheit und die Ernsthaftigkeit, mit der Sie das Thema angehen. Ich hoffe, dass diese Debatte nicht wieder so hochkocht und wir in der Art und Weise diskutieren, wie wir das auf manchen Ärztetagen getan haben.

Die Intention meines Antrags VI-57 geht genau in die Richtung, in der Sie mit Ihrer Arbeit unterwegs sind, sodass ich meinen Antrag zurückziehe.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Damit ist der Antrag VI-57 nicht mehr existent. Ist das richtig? – Gut. Dann haben Sie jetzt nur noch den Antrag VI-40 vorliegen. Ich danke dir, Daniel Rühmkorf. – Der nächste Redner ist Johannes Grundmann aus Bremen.

Dr. Grundmann, Bremen: Lieber Herr Schulze, ich möchte Sie, auch wenn es mir schwerfällt, vom Inneren her unterstützen Sie habe eine ganz schwierige Problematik aufgezeigt. Ich war als Delegierter auf dem Ärztetag 2008 in Ulm, als Professor Hoppe

dieses Leitthema ansprach, durchaus überrascht, wie wir alle. Es war ein Thema, mit dem wir uns bisher noch nicht so auseinandergesetzt haben. Sie haben das Ziel dieser ganzen Kampagne genannt. Sie haben gesagt: Das Ziel ist, die medizinisch notwendige Leistung auch in Zukunft allen Patienten zur Verfügung zu stellen. Ich finde mich in meiner Zurückhaltung wieder. Schröder und … haben 2010 Untersuchungen durchgeführt, bei denen man uns gefragt hat: Inwieweit interessiert Sie die Rationierungsdebatte? Es gab eine Skala von 31 Punkten. Ganz unten war diese Debatte angesiedelt.

Ich denke, es ist ganz wichtig, dass Sie diese Debatte jetzt angestoßen haben. Sie haben, was ich auch gut finde, konkrete Vorstellungen entwickelt. Sie habe gesagt: Die Bundesärztekammer führt Veranstaltungen durch und unterstützt die Landesärztekammern und die Verantwortlichen.

Außerdem bin ich Ihnen dankbar, dass Sie die Begriffe deutlicher dargestellt haben. Sie haben ganz klar gesagt: Priorisierung ist nicht gleich Rationierung. Das finde ich einen ganz wichtigen Punkt. Wichtig ist meines Erachtens auch, diese Diskussion an die entsprechenden Gremien anzukoppeln: Gemeinsamer Bundesausschuss, Ethikrat und sonstige Kommissionen.

Für mich ist ferner ganz wichtig – das haben Sie ebenfalls angedacht −, die anderen Gesundheitsberufe und vor allen Dingen auch die Patienten als die Mitbetroffenen mit in die Diskussion einzubeziehen.

Zusammengefasst: Ich denke, Sie sind nach dem Vorbild des schwedischen Modells auf dem richtigen Weg. Ich unterstütze Sie.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Grundmann. – Der nächste Redner ist Martin Grauduszus aus Nordrhein.

Grauduszus, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Was ich bei der Priorisierungsdiskussion befürchte, ist das, was wir im gesamten medizinischen Bereich erleben: Es geht in erster Linie um ökonomische Werte, um Zahlen und um Geld. Wenn es aber um unsere ärztliche Tätigkeit geht, stellt sich doch die Frage: Ist diese Tätigkeit dann wertvoll und zu finanzieren, wenn ein Schwerkranker, vielleicht Todkranker betreut werden muss, der auch keine Perspektive mehr am Ende seines Lebens hat, oder vielleicht doch derjenige, der noch gerettet werden kann, oder vielleicht der junge Mensch, der gesundheitliche Probleme hat, der Zuwendung braucht, der Untersuchungen braucht?

Ich möchte hier den Vorschlag machen, dass wir zunächst einmal den eigentlich ärztlichen Auftrag, das ärztliche Tun, den Patienten zu behandeln, ihn in seinem Krankheits- und Beschwerdebild mitzunehmen, als höchste Priorität ärztlicher Tätigkeit definieren. Anderenfalls sind wir da, wo wir immer wieder hinkommen: Es geht um eine Geldverteilungssystematik. Da fallen wir mit dem, was uns antreibt, nämlich unser Ethos, unser Berufsbild hinten herunter.

(Vereinzelt Beifall)

Ein kurzes Beispiel zur Priorisierung bzw. Rationierung aus der Praxis: Ich erlebe als Hausarzt momentan, dass immer mehr Patienten aus den Krankenhäusern mit Neuerkrankungen entlassen werden, beispielsweise beim Vorhofflimmern. Sie sagen mir, sie hätten früher Marcumar bekommen, jetzt werde ihnen empfohlen, ein modernes Medikament zu nehmen. Dieses Medikament kostet in der Behandlung etwa das Dreißigfache. Da kann man sicher von 400 bis 600 Euro Quartalskosten ausgehen. Marcumar kostet nur wenige Euros.

Wenn wir heute eine akademische Diskussion über die Priorisierung führen, dürfen wir nicht vergessen, dass wir gefordert sind, schon wieder zu rationieren. Natürlich will man nicht jeden Patienten mit diesen modernen Medikamenten behandeln. Das ist sicherlich auch nicht nötig und richtig. Aber es gibt Indikationen für moderne hochpreisige Mittel, die mein Medikamentenbudget komplett sprengen. Ich erwische mich immer wieder bei dem Gedanken: Dies ist ein Privatpatient, bei dem habe ich kein Budget, dem kann ich dasjenige verordnen, was er braucht. Bei dem Kassenpatienten ist man dazu verleitet, sofort zu überlegen: Wie kannst du es verhindern?

Das ist schon eine Einflussnahme auf meine ärztliche Tätigkeit, die ich nicht ertragen kann. Das ist der Vorteil, den wir bei dem direkten Vertragsverhältnis mit dem Privatpatienten haben. Das ist es nicht, was schlecht ist, sondern das, was wir ansonsten erleben, ist unzumutbar. Wir werden im Moment gerade wieder zu einer verdeckten Rationierung gezwungen. Deshalb möchte ich auf die praktischen Beispiele aufmerksam machen.

Das Erste, was ich sagte, ist mir sehr wichtig: Wir dürfen das eigentlich Ärztliche nicht vergessen. Es muss vergütet werden, sodass wir unabhängig arbeiten können. Diese Tätigkeit lässt sich nicht an ökonomischen Daten messen. Deshalb müssen wir explizit einfordern, dass wir auch dort Ärzte bleiben können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Nächster Redner ist Professor Wulf Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Herr Schulze, vielen Dank für diesen sehr trocken, emotionslos gehaltenen Faktenvortrag, den ich sehr gut fand. Ich gehöre zu den Kritikern, die von Anfang an gegenüber dem Begriff der Rationierung bzw. Priorisierung sehr skeptisch waren. Einen gewissen Widerspruch sehe ich auch in Ihren Ausführungen. Ich sah ihn damals auch bei den Ausführungen von Professor Hoppe, der schon damals sein Referat überschrieben hat: Priorisierung im Zeichen der Mangelverwaltung. Er sagte: Es ist ein Mangel und wir müssen den Mangel verwalten. Dort, wo am wenigsten Mangel herrscht, müssen wir abschneiden; dort, wo man es sich nicht leisten kann, müssen wir zahlen.

Herr Schulze, Sie beginnen in Ihrem Vortrag und auch in dem Bericht im „Deutschen Ärzteblatt“ damit, dass die Bevölkerung älter wird, dass der medizinische Fortschritt vorangeht und dass wir in Zukunft diese Kosten nicht mehr tragen können. Das sind die beiden ersten Abschnitte im „Deutschen Ärzteblatt“, woraus man natürlich folgern

muss: In Zukunft wird die Bevölkerung kränker, sie wird älter, der medizinische Fortschritt geht weiter, die Krankenkasse wird es nicht mehr zahlen können, also muss die Krankenkasse in Zukunft etwas, was eigentlich notwendig wäre, nicht mehr zahlen. Das nennt man Rationierung.

Im Folgenden gehen Sie dann sehr gut darauf ein, dass es Leitlinien gibt und diese befolgt werden müssen und dass das, was unnötig oder gar schädlich ist, entfallen soll. Das ist eine ganz normale Leitliniendiskussion, die man nur begrüßen kann und die völlig richtig ist, die meiner Ansicht nach aber nichts mit Priorisierung zu tun hat, sondern schlicht und einfach vernünftige und gute Medizin ist.

Wir sind mit unserem Verein, nachdem diese Diskussion so heftig wurde, nach Schweden gefahren und haben uns das schwedische Modell, dass Sie uns als Vorbild vorführen, an Ort und Stelle angeschaut. Wir haben gesehen: Es handelt sich schlicht und einfach um gute Leitlinien: Was muss ich tun? Was kann ich tun? Was darf ich nicht tun? Das ist für mich Leitlinienpolitik und hat eigentlich nichts mit Priorisierung zu tun.

Wir haben in Schweden nicht ein einziges Beispiel dafür gefunden, dass gesagt wurde: Dieser Patient müsste behandelt werden, aber ich darf ihn nicht behandeln, weil das Geld nicht da ist. Diese Debatte gab es dort nicht, sondern es wurde nur um eine gute und vernünftige Medizin geredet. Ich glaube, das hat die Kritik am Begriff der Priorisierung letztlich hervorgerufen.

In dem Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“ wird als eine erfolgreiche Priorisierung die Allokation bei der Organtransplantation erwähnt. Ich denke, der Artikel wurde vor dem ganzen Ärger, den es jetzt gab, geschrieben. Wir wissen alle, dass die Allokation von Organen bei uns alles andere als ein positives Beispiel für eine vernünftige Priorisierung betrachtet werden kann. Dieses Beispiel zeigt für mich, dass da noch sehr viel Dampf in diesem Topf ist. Man muss noch sehr viel diskutieren, um klar zu unterscheiden zwischen Priorisierung, Rationierung und vernünftiger Leitlinienpolitik.

Ich schlage vor, dass Sie sich schon im Vorfeld nicht nur auf die Ärzteschaft begrenzen, sondern diejenigen mit einschließen, die es eigentlich angeht, nämlich unsere Patienten. Ich glaube, deren Perspektive ist ganz anders als unsere Perspektive. Wenn man mit den Betroffenen diskutieren und reden würde und nicht erst bei einem späteren Schritt, würde das Ganze vielleicht mehr Substanz hervorbringen und würde etliche Missverständnisse, die es in der Öffentlichkeit über den Begriff der Priorisierung und das Wollen der Ärzteschaft hinsichtlich der Priorisierung gibt, ausräumen. Vielleicht würden wir dann im nächsten Jahr zu einer noch besseren Debatte kommen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dietrich. − Jetzt ist Ellis Huber an der Reihe.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herzlichen Dank, Herr Professor Schulze, für diese Darstellung. Ich bin froh, dass wir die Debatte führen, denn wir kommen nicht umhin, wenn wir als Ärztinnen und Ärzte für die Gesundheit des einzelnen Menschen und die Gesundheit der Bevölkerung Verantwortung übernehmen, der Bevölkerung auch zu sagen, welche Aktionen, welche Interventionen sinnvoll, nützlich und notwendig sind, und wo man etwas tut, was nicht unbedingt notwendig ist. Die öffentliche Kommunikation ist in weiten Bereichen schiefgegangen. Ich sollte auch einmal im Fernsehen als heftiger Kritiker der Priorisierung eingesetzt werden. Ich meinte: Was soll das? Wir haben eine Priorisierung bei Fußballmannschaften, denn die Bundesligatabelle zeigt, was gut und was weniger gut ist. Das erzeugt Transparenz und gibt den Menschen Sicherheit zu wissen, wohin man gehen und was man tun soll. Dann hat man auch die Orientierung, wo man eher vorsichtig sein soll.

Vor diesem Hintergrund ist diese Debatte überfällig. Sie muss aus meiner Sicht aktiv geführt werden. Wir müssen Position beziehen, um das Vertrauen in der Bevölkerung bei der Frage herzustellen, welche medizinischen Interventionen vernünftig und sinnvoll sind und welche nicht.

Bevor wir aber ganz platt sagen, die Mittel sind knapp, die Krankheiten nehmen zu und die Arzneimittel werden immer teurer, gehört es auch zu unserer Verantwortung, im Management der Gesundheitsversorgung die Ressourcenvergeudung durch sinnentleerte überflüssige Bürokratie und Overheadprozesse radikal zu beschneiden.

Das ist ein Prozess, der öffentliche Debatten braucht. Es ist ein Prozess, der eine neue Vertrauenskultur notwendig macht. Die Misstrauenskultur, die wir gegenwärtig im Verhältnis zwischen Ärzteschaft, Krankenkassen, Gesundheitspolitik und öffentlicher Meinungsbildung haben, ist extrem ressourcenverschleißend. Wir vergeuden gegenwärtig nach empirischen Erfahrungen in Amerika, in der Schweiz, aber auch bei uns 20 Prozent der Geldmittel der gesetzlichen Krankenversicherung in Prozeduren und Interventionen, die weder heilen noch pflegen noch helfen. Dies abzustellen ist eine Aufgabe, um die wir uns kümmern sollten.

Ich fasse zusammen: Die Debatte um die Priorisierung ist notwendig. Der Begriff ist gefährlich. Man darf überlegen, vielleicht einen anderen Begriff zu finden. Diese Debatte zu führen ist vorherrschende ethische Pflicht auch des ärztlichen Berufs und der ärztlichen Berufsausübung.

Ich hoffe, dass ich unterhalb der drei Minuten Redezeit geblieben bin, und danke Ihnen fürs Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es waren genau drei Minuten und vier Sekunden, also perfekt. Ich habe mir erlaubt, das mitzustoppen. − Nächste Rednerin ist Frau Kollegin Blessing aus Baden-Württemberg.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Ich habe gerade den Antrag der Vorredner gesehen. Ich denke, mit dem ersten Satz können alle einverstanden sein:

Jede Form der verdeckten Rationierung ist abzulehnen.

Aber beim zweiten Abschnitt hätte ich gern, dass er gestrichen wird oder die Antragsteller ihn zurücknehmen. Das ist genau die Redeweise unseres „besten Freundes“ Karl Lauterbach. Dass die von ihm gewünschte eher staatlich orientierte Medizin und die Dominanz der Krankenkassen uns täglich das Leben schwermachen und uns die Rationierung aufdrücken, können wir hier auf dem Deutschen Ärztetag nicht durchgehen lassen. Deshalb plädiere ich dafür, dass dieser Antrag entweder abgelehnt wird oder dass der letzte Abschnitt gestrichen wird.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Ich fasse das als Streichungsantrag auf. Sie beantragen also, dass der Absatz von „Vor Ergreifen weiterer Maßnahmen“ bis „aus dem GKV-Leistungskatalog führen“ gestrichen wird.

Meine Damen und Herren, die Rednerliste ist damit erschöpft. Ich stelle Ende der Aussprache fest. Damit können keine neuen Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt eingereicht werden. Ich frage den Referenten, ob er ein Schlusswort halten möchte. − Dann hast du jetzt das Wort, Jan.

Prof. Dr. habil. Schulze, Referent: Ich möchte mich sehr für die Diskussion bedanken, die durchaus eine Anregung sein wird. Wir werden uns das in der Gruppierung im Einzelnen anschauen. Ich möchte auch sagen: Das ist im Grunde genommen ein Zwischenbericht, eine Art Propädeutik, ein Aufnehmen des Fadens. Wir haben uns natürlich sehr lange Gedanken gemacht, die einzelnen Schulen und Vertreter: Was ist unter Priorisierung zu verstehen? Es ist zum Teil verbrannte Erde; das ist hier auch gesagt worden. Es ist mittlerweile ein Terminus technicus und unterscheidet sich klar von Prioritätensetzung, die in der Formulierung viel weicher ist. Es wäre schwierig, da einen guten zutreffenden Begriff zu finden. Wir sollten eigentlich daran festhalten. Das war auch die Meinung der Experten dazu.

Dass derzeit in Deutschland ein Überschuss von vielen Milliarden in der Krankenversicherung vorhanden ist, ist sicher sehr erfreulich und schön. Die Tatsache, dass Begehrlichkeiten bestehen, diesen abzuschöpfen, ist weniger schön. Wir sollten aber den Gesamtprozess à la longue sehen: Was wird 2020? Was wird 2050? Ich verweise auf die Analysen, die Herr Beske dazu vorgelegt hat, und die offene Schere, die schon jetzt vorhanden ist. Solche Beträge führen schnell dazu, dass man sagt: Wo ist eigentlich das Problem? Aber das Problem wird à la longue bei dieser Demografie und der modernen Medizin aufgezehrt sein. Herr Beske warnt und sagt: 2050 wird es, wenn wir weiter so wirtschaften, nicht mehr so sein, dass die modernen Verfahren einfach so im GKV-Katalog übernommen werden. Man wird genau schauen: Wie groß ist das Budget? Was können wir realisieren?

Insofern möchte ich auch hier noch einmal sagen: In Griechenland, in Italien, in Spanien werden rote Striche in das Gesundheits- und Sozialsystem gezogen, ohne dass man überhaupt Zeit hat, diesen Prozess vernünftig vorzubereiten. Die Epidemiologie unserer deutschen Bevölkerung können wir nicht reversibel gestalten. Wir müssen

mit diesem Problem leben und müssen uns deshalb heute Gedanken darüber machen, wie es morgen und übermorgen ausschaut.

Ich bin also sehr dankbar für die unterstützende Diskussion und auch für die kritischen Diskussionen. Zu Herrn Dietrich möchte ich sagen, dass wir natürlich beabsichtigen, in diese Gruppen, die wir bilden wollen, Patientenvertreter mit aufzunehmen. Sie sind letztlich die Zielgruppe, um die wir uns in diesem Gesamtprozess bemühen wollen.

Wir brauchen die ethische Plattform dazu. Das ist die Bundesärztekammer mit ihrer Zentralen Ethikkommission, die sich formal und inhaltlich sehr genau zu den Kriterien geäußert hat.

Ich wiederhole es: Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie, die Sie mit diesen Begriffen seit den Zeiten von Herrn Hoppe ja immer wieder beschäftigt worden sind, mit Kommentaren, weiteren Kritiken und Anregungen in diesen Prozess hineingingen, aus Ihrer Sicht, aus Ihren Erfahrungen und aus Ihren Wünschen und Vorstellungen darüber, wie das weitergehen soll.

Wir haben hier ganz bewusst keinen Leitantrag vorgelegt, sondern wir sind im „working progress“. Wir wollten Ihnen zunächst einmal lediglich diesen Zwischenbericht präsentieren.

Ich danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jan. − Meine Damen und Herren, wir können dann in die Abstimmung zu den beiden Anträgen eintreten. Wir kommen zunächst zu dem Streichungsantrag von Frau Blessing, der darauf abzielt, im Antrag 40 den Absatz zu streichen, der mit „Vor Ergreifen weiterer Maßnahmen“ beginnt und mit den Worten „aus dem GKV-Leistungskatalog führen“ endet. Wer diesen Absatz streichen möchte, den bitte ich um die gelbe Karte. − Bitte die Gegenprobe. − Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? − Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Absatz mit großer Mehrheit gestrichen.

Ich stelle den so veränderten **Antrag VI-40** zur Abstimmung. − Herr Scholze zur Geschäftsordnung. Wir sind in der Abstimmung.

Dr. Scholze, Bayern: Ich möchte den Antrag zurückziehen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Aber er ist doch schön.

(Heiterkeit)

Der Antragsteller möchte den Antrag zurückziehen. Das sollten wir respektieren, finde ich. Das ist ein Akt des Respekts. Der Antrag ist also **zurückgezogen.**

Antrag VI-57 war von Herrn Rühmkorf bereits **zurückgezogen** worden. Wichtige Beschlüsse zu diesem Zwischenbericht zur Priorisierung haben wir nicht mehr zu fassen. Ich danke dem Referenten und den Teilnehmern an der Diskussion.

Wir fahren fort mit den Finanztagesordnungspunkten VII-IX. Bevor wir das tun, muss ich die Geschäftsführung fragen, ob Anträge zum Tagesordnungspunkt VI Tätigkeitsbericht vorliegen, die für die Entlastung des Vorstands relevant sind. − Nein, das ist nicht der Fall.

Dann kommen wir jetzt zu den Finanztagesordnungspunkten. Dazu gebe ich Ihnen wie jedes Jahr 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.

Hierzu benötige ich jedoch Ihr Einverständnis. Sind Sie damit einverstanden, dass wir in öffentlicher Sitzung über die Tagesordnungspunkte Finanzen verhandeln? − Wer ist gegen die öffentliche Diskussion? − Einzelne. Wer enthält sich? − Einige. Dann haben wir die öffentliche Diskussion über diese Punkte beschlossen.

Meine Damen und Herren, § 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 Anzahl der seiner Ärztekammer nach § 4 Abs. 3 zustehenden Abgeordneten.*

Beachten Sie bitte, dass nach der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (§ 10) Anträge zum Haushaltsvoranschlag nur mit der Maßgabe zur Abstimmung zugelassen werden, dass ein zustimmendes Abstimmungsergebnis lediglich einen Vorschlag für die Entscheidung zur Abstimmung durch die Stimmführer darstellt.

Wird ein Änderungsantrag durch diese Stimmführer angenommen, ist gegebenenfalls einen 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.

Ich bitte die Stimmführer, die Stimmkarten jetzt vor der Bühne bei Herrn Zielesch abzuholen.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt VII** auf:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011-30.06.2012)

a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2011/2012

b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2011/2012

Wir kommen zunächst zum Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2011/2012. Referent ist Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Bernd, du hast das Wort.

Dr. Rochell, Referent: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Mit Ihren Sitzungsunterlagen haben Sie die Jahresrechnung 2011/2012 in Form des Prüfberichts der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touch, Berlin, erhalten. Über die Prüfung und das Ergebnis wird Ihnen anschließend der Vorsitzende der Finanzkommission, Herr Dr. Ensink, dem ich an dieser Stelle schon einmal unseren herzlichen Dank für die Begleitung unserer Haushaltsgeschicke entrichte, berichten.

Das Wichtigste vorweg. Das Geschäftsjahr mit dem Bilanzstichtag 30. Juni 2012 schließt mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von rund 815.000 Euro ab.

Erlauben Sie mir einige Anmerkungen zu den Etatpositionen.

Die Personalkosten entsprechen insgesamt − unter Berücksichtigung von temporären Stellenvakanzen − dem Voranschlag.

Die um 252.000 Euro geringeren Aufwendungen für Pensionen ergeben sich aus einem geringeren Rückstellungsbedarf entsprechend einem aktuellen versicherungsmathematischen Gutachten. Der Zinsanteil der Pensionsrückstellungen wird unter Sonstige Aufwendungen/Zinsaufwendungen ausgewiesen.

Die Aufwendungen für den 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg lagen 21.000 Euro über dem Voranschlag. Es wurden allerdings Werbeerträge in Höhe von 69.000 Euro erzielt, die nicht saldiert werden, sondern unter der Position Erträge separat ausgewiesen sind.

Für Arzneimittelkommission/AID e. V. wurden mit 726.000 Euro 91.000 Euro mehr aufgewendet als eingeplant. Diese Position konnte bei seinerzeit noch ausstehenden Stellenbesetzungen nicht exakter kalkuliert werden.

Unter der Position Versorgungsforschung sind auch Abrechnungen von Aufträgen aus der ersten Phase der Versorgungsforschung vor diesem Haushaltsjahr enthalten, die durch Rücklagenauflösung gegenfinanziert sind.

Die Aufwendungen für das ÄZQ liegen um 38.000 Euro über dem Voranschlag. Dieser konnte für die zweite Jahreshälfte wegen des von der Bundesärztekammer abweichenden Wirtschaftsjahrs nur geschätzt werden.

Unter Position 25 werden auch die Aufwendungen erfasst, die durch Rücklagenauflösung finanziert werden, sodass hier darstellungsbedingt höhere Aufwendungen ausgewiesen werden, als im Plan vorgesehen sind.

In der Gruppe Allgemeine Verwaltungskosten liegen die Positionen Reisekosten, Gebäudekosten und eine größere Anzahl weiterer Positionen unter dem Voranschlag.

Die Position Sitzungskosten lag mit 241.000 Euro über dem Voranschlag in Höhe von 207.000 Euro. Das ist insbesondere eine Folge verstärkter Gremienaktivitäten.

Unter den Sonstigen Aufwendungen fällt planmäßig zum dritten und letzten Mal ein Betrag von 96.000 Euro an, um die Neubewertung der Pensionsrückstellungen nach den Vorschriften des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes zu realisieren.

Nun zu den Erträgen. Abweichungen sind bei den Kapitalerträgen zu verzeichnen, da die Rücklage zum Erwerb des Bauteils D noch besteht und somit zu Zinserträgen führte. Diese beliefen sich auf 463.000 Euro statt der eingeplanten 260.000 Euro.

Die andere Seite der Medaille zeigt sich aber sofort. Die eingeplanten Mieterträge des Bauteils D − also vonseiten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung − sind dementsprechend ausgeblieben. Die Position Sonstige Erträge verzeichnet daher insgesamt nur 336.000 Euro anstatt der ursprünglich geplanten 626.000 Euro.

Meine Damen und Herren, wie eingangs gesagt saldiert sich der Jahresabschluss auf einen Betrag an nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von rund 815.000 Euro. Auf einen Verwendungsvorschlag hierzu, den Finanzkommission und Vorstand erarbeitet haben, wird Herr Dr. Ensink gleich eingehen.

Lassen Sie mich bitte noch auf einige Änderungen der Organisationsstruktur der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer eingehen. Das auf den Seiten 72 und 73 Ihres Programmhefts abgedruckte Organigramm der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer hat sich im Vergleich zum Vorjahr im März dieses Jahres an verschiedenen Positionen geändert. Die Änderungen erfolgten unter Aufnahme von Vorgaben und Anregungen des Vorstands der Bundesärztekammer sowie der Ständigen Konferenz der Mitglieder der Geschäftsführungen der Landesärztekammern sowie unter weitestmöglicher Aufnahme von Anregungen und Wünschen des Betriebsrats, der Dezernentenrunde sowie nicht zuletzt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer. Hervorzuheben ist die Umsetzung der vom Vorstand der Bundesärztekammer gemachten Vorgabe der Haushalts- und Stellenneutralität der mit der neuen Organisationsstruktur im März dieses Jahres realisierten Restrukturierungsmaßnahmen. Die Neuerungen betreffen insbesondere im Bereich der Hauptgeschäftsführung die Bereiche Politik und Kommunikation sowie die Dezernate 3 bis 6 der Bundesärztekammer.

Neu eingerichtet wurde die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin bei der Bundesärztekammer, welche als dem Hauptgeschäftsführungsbereich der Bundesärztekammer zugeordneter Stabsbereich zum 1. März 2013 die Arbeit aufgenommen hat. Im Zuständigkeitsbereich der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin finden sich nun die bisher im Dezernat 6 bearbeiteten Themenbereiche der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Organtransplantation, der Ständigen Kommission Organtrans-

plantation, der Prüfungs- und Überwachungskommission nach den §§ 11 und 12 Transplantationsgesetz sowie der Vertrauensstelle Transplantationsmedizin für die Meldung von Richtlinienverstößen wieder.

Die Weiterentwicklung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Organtransplantation sowie die Geschäftsführung des hierfür zuständigen Gremiums der Ständigen Kommission Organtransplantation verbleiben auch künftig in voller Organisations- und Finanzverantwortung der Bundesärztekammer. Dagegen werden die nach dem Transplantationsskandal deutlich ausgeweiteten Aufgaben der Prüfungs- und Überwachungskommission sowie der Vertrauensstelle Transplantationsmedizin ab sofort in drittelparitätischer Finanzierung unter der gemeinsamen Trägerschaft der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbands bearbeitet. Ab dem Jahr 2014 ist für diese eine untergesetzliche Finanzierungsregelung ausschließlich aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung verbindlich vereinbart.

An dieser Stelle möchte ich ganz besonders dem Vorsitzenden der Ständigen Kommission Organtransplantation und dem Vorsitzenden der Prüfungs- und Überwachungskommission, Herrn Professor Lilie, Frau Rinder und Herrn Professor Lippert danken, ohne die diese Struktur bei der Bundesärztekammer sicherlich so nicht entstanden wäre. Sie haben ganz maßgeblich dazu beigetragen, mit ihrer ehrenamtlichen Arbeit, die sie eigentlich im Umfang einer hauptamtlichen Arbeit beansprucht hat, dass wir mit dem Transplantationsskandal in Übereinstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband in guter Weise verfahren konnten. Ganz herzlichen Dank an dieser Stelle für das überaus große Engagement dieser Damen und Herren und der zahlreichen zusätzlichen ehrenamtlichen Sonderprüfer, die derzeit das Prüfprogramm durchführen.

(Beifall)

Aufgrund der unmittelbaren Verzahnung der Entwicklungen innerhalb der Gesundheitspolitik und der Presseberichterstattung wurden die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft mit den bisherigen Stabsstellen Parlaments- und Regierungskontakte sowie das Brüsseler Büro der Bundesärztekammer in einem gemeinsamen Stabsbereich Politik und Kommunikation zusammengefasst. Ich glaube, Sie konnten auch bei der Bewältigung des Transplantationsskandals merken, dass die Kommunikation zwischen der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern und die Abstimmung mit den Reaktionen gegenüber Politik und Öffentlichkeit sehr gut funktioniert hat. Das wollen wir durch diese Maßnahme systematisieren.

Alle weiteren Organisationsbereiche der Bundesärztekammer wurden in einheitlicher Struktur als Dezernate weitergeführt bzw. neu angelegt. Wesentliche Neuerungen betreffen beispielsweise das Dezernat 5, Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen. Mit Ausnahme der Fragen zur Gesundheitsfinanzierung, welche nach Abschluss von personalbedingten Übergangsregelungen komplett durch das Dezernat 4, Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung, übernommen werden, ist das Dezernat 5 nun für sämtliche Fragen der Versorgung, Versorgungsstruktur und Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung, der Versorgung im Rahmen der Rehabilitation, der Arbeitsmedizin und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Psychotherapie sowie diesbezüglich für Kooperationen mit Fachberufen im Gesundheitswesen und deren berufliche Rahmenbedingungen unter einem Dach zuständig.

Damit entspricht die Bundesärztekammer Ihrer nachdrücklichen Forderung nach einer patientenzentrierten sektorenverbindenden Versorgung nun auch in ihrer eigenen Organisationsstruktur.

Auf weitere Änderungen der Organisationsstruktur der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer möchte ich an dieser Stelle aus Zeitgründen verzichten. Wir haben diese in unserem Rundschreiben an Ihre Landesärztekammern im März dieses Jahres ausführlich erläutert. Wir werden Ihnen dieses Rundschreiben gern nochmals ergänzend zu den Redebeiträgen dieses Ärztetages elektronisch zur Verfügung stellen.

An dieser Stelle möchte ich unserem Präsidium, unserem Vorstand, den Landesgeschäftsführungen und allen, die uns mit ihren guten Anregungen im Prozess der Organisationsentwicklung der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer begleitet haben, insbesondere aber allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für die konstruktive Umsetzung dieses auch mit dem einen oder anderen Kompromiss und auch im Vorfeld mit den einen oder anderen Ängsten verbundenen Geschehens ganz herzlich danken.

Auch wenn der Prozess der Organisationsentwicklung der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer hiermit zunächst zum Abschluss gekommen ist, begreifen Sie das bitte nicht als auf ewig in Stein gemeißelt.

Selbstverständlich werden wir diese Struktur bei gegebenem Anlass auch künftig − das gilt natürlich insbesondere auch für den jüngst in Angriff genommenen Prozess der Aufgabenkritik der Bundesärztekammer − überprüfen und weiterentwickeln. Soweit Sie hierzu Anregungen und Vorschläge haben, sind wir Ihnen für deren Übermittlung weiterhin sehr dankbar.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernhard Rochell, für diesen Bericht. − Es schließt sich direkt an der Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission. Danach werden wir, so Sie es wünschen, über diese beiden Berichte diskutieren und dann abstimmen.

Dr. Ensink MBA, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Delegierte! Mit dem vorhergehenden Referat hat Herr Dr. Rochell die Details des Jahresabschlusses referiert. Ich möchte dieses Zahlenwerk in meinem Vortrag nicht nochmals wiederholen; die Zeit ist knapp, Zeit kostet Geld. Alle Zahlen und Details wurden zutreffend dargestellt.

Sie wissen, die Finanzkommission bestimmt abschließend über die Bestellung des Abschlussprüfers und hat auch dieses Jahr wieder mit dieser Aufgabe die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touch, und zwar das Berliner Büro dieser Firma, beauftragt. Diese Einrichtung hat auch den letzten, heute hier zur Beschlussfassung vorliegenden Jahresbericht geprüft. Auf der Basis dieser Prüfung hat Deloitte auch dieses Mal wieder einen uneingeschränkten Prüfvermerk erteilt. Die „altgedienten“ Delegierten unter Ihnen wissen: Wir erteilen routinemäßig stets einen

„erweiterten“ Prüfauftrag. Nicht nur die nach Handelsrecht und Haushaltsvoranschlag bzw. Vorstandsbeschlüssen korrekt zu erfolgende Erfassung der Geschäftsvorfälle und eine sachgerechte Bewertung der Bilanzpositionen unterliegen dabei der Prüfung, sondern darüber hinaus sind auch die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der konkreten Verwendung der Haushaltsmittel stets Teil der beauftragten Prüftätigkeit. Und auch das Ergebnis dieser Prüfung ergab keinerlei Beanstandungen.

Mitarbeiter von Deloitte standen uns in der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung und in der Finanzkommission zur Verfügung. Auch die wirtschaftliche Situation der Bundesärztekammer wurde dabei analysiert und von den externen Experten positiv beurteilt.

Nicht vergessen werden darf, dass in den vergangenen Jahren eine namhafte Rücklage zum Erwerb des Bauteils D aufgebaut wurde. In diesem Zusammenhang ist auch eine Umwidmung anderer Rücklagen vorgesehen und beschlossen. Zum Stand der Verhandlungen mit der KBV über den Erwerb wird Herr Dr. Rochell im nächsten Tagesordnungspunkt noch ausführen. Ich hoffe, dass sich daran nichts geändert hat durch eventuelle klimatische Störungen des heutigen Vormittags oder des gestrigen Tages.

Sie sehen auf dieser Folie die Aktivseite der Bilanz und eine Verringerung der Sachanlagen durch planmäßige Abschreibungen und eine Umschichtung der Finanzanlagen zu den liquiden Mitteln. Hier wurden festverzinsliche Wertpapiere in Termingelder umgeschichtet. Bei diesem Prozess handelte es sich regelhaft um das Auslaufen längerfristiger Anlagen mit jeweils konsekutiver Umschichtung im angesprochenen Sinne, wobei diese besagte Umschichtung insbesondere im Hinblick auf den geplanten Erwerb von Bauteil D erfolgte. Das Auslaufen längerfristiger Anlagen war natürlich immer etwas traurig, weil − wie Sie alle auch privat wissen − in der Vergangenheit natürlich wesentlich höhere Erträge erzielt wurden. Aber vielleicht ist die Aussicht auf den Erwerb des Bauteils D etwas, was uns diesen Ausfall der höheren Erträge zumindest etwas schmackhaft machen kann.

Die Passivseite zeigt, dass im Eigenkapitalbereich Sonstige Rücklagen planmäßig in Anspruch genommen wurden und Rückstellungen zu erhöhen waren.

Mit dieser Übersicht hier wird Ihnen gezeigt, wie sich die Aufwandspositionen, in Gruppen zusammengefasst, darstellen. Herr Rochell hat dies mit den einzelnen Positionen bereits hinterlegt.

Noch einmal fürs Auge: Wie auch die Landesärztekammern ist die Bundesärztekammer eine höchst personalintensive Organisation, wie man unschwer an den 53 Prozent Personalaufwendungen erkennt. Die nächstgrößeren Aufwandsgruppen bilden die satzungsbedingten Aufwendungen mit 28 Prozent und die Verwaltungsaufwendungen mit 12 Prozent der Gesamtaufwendungen.

Bei den Erträgen sehen Sie in der Tabelle unser aktuelles Problem auf einen Blick. Die Beteiligungserträge sind von 3,7 auf 2,8 Millionen Euro zurückgegangen und − das sei auch bei dieser Gelegenheit am Rande wieder erwähnt − sie werden leider auch weiterhin stark zurückgehen. Sie schießen quasi in den Keller. Hierzu gleich noch mehr.

Auf dieser Folie hier sehen Sie es nochmals ganz plakativ: Anders als in der Vergangenheit machten im abgelaufenen Geschäftsjahr die Erträge aus der Gewinnausschüttung des Verlags nur noch 17 Prozent aus. Da auch die anderen Erträge, also Werbeerträge bei Veranstaltungen, insbesondere dem Ärztetag, auch unter Einbeziehung der Auflösung von Rückstellungen und Rücklagen eher minimal sind, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass 78 Prozent der Gesamtaufwendungen über die Umlage von den Landesärztekammern gedeckt werden mussten.

Wie eingangs gesagt, saldiert sich der Jahresabschluss auf einen Betrag an nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 814.963,48 Euro. Die Finanzgremien schlagen vor, hiervon 230.000 Euro der zweckgebundenen Rücklage Erwerb Bauteil D zuzuführen und gerundet 585.000 Euro in den Haushalt 2013/2014 als Ertrag vorzutragen.

Zum einen kommen wir damit auch finanziell dem Erwerb des Bauteils D von der KBV näher. Zum anderen reduzieren wir mit dem Vortrag von immerhin 585.000 Euro die Steigerung der Umlagebelastung der Landesärztekammern erheblich.

Mit Ihrer Zustimmung zur Jahresrechnung würden Sie auch dem von der Finanzkommission vorgeschlagenen und vom Vorstand übernommenen Verwendungsvorschlag zustimmen.

Ich bitte an dieser Stelle um Ihre Zustimmung zur Drucksache VII-01. Ebenfalls möchte ich an dieser Stelle erwähnen, dass ich, mit anderen Mitgliedern der Finanzkommission, die Delegierte sind, hier vorschlage, dem Vorstand Entlastung zu erteilen.

Meine Damen und Herren, es ist auch meine satzungsgemäße Pflicht, Ihnen von der weiteren Arbeit der Finanzkommission und damit auch der Arbeit in der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung zu berichten.

Einen erheblichen Anteil an unserer Diskussion nahm der deutliche, um nicht zu sagen dramatische Gewinnrückgang des Deutschen Ärzte-Verlags ein. Um diesen Trend besser zu verstehen, reicht es letztendlich völlig aus, sich auf die Entwicklung der Stellenanzeigen im „Deutschen Ärzteblatt“ zu konzentrieren. Der erhebliche Rückgang des Anzeigenaufkommens in diesem Segment, verbunden und verstärkt mit den Strukturänderungen, mit denen alle Printmedien zu kämpfen haben, führt bei der Bundesärztekammer zu einem deutlichen schmerzhaften Einnahmeausfall.

Vor der jetzt eingetretenen Entwicklung habe ich allerdings schon immer gewarnt, als noch die Verlagsgewinne Jahr für Jahr immer neue Rekorde aufstellten. Aber die Strukturänderungen in der Medienlandschaft durch Internet, andere sonstige Wege der Personalakquise führen nicht etwa zu einem Gewinnrückgang auf „Normalniveau“; der Gewinn schießt nach unten. Wir können − das muss uns hier klar sein − auf absehbare Zeit nicht mehr mit namhaften Ausschüttungen rechnen. Wir sollten uns vor diesem aktuellen Hintergrund im Nachhinein noch umso mehr und ganz bewusst darüber freuen, dass wir in der Vergangenheit nicht unerhebliche Kostenanteile der Sitzverlegung der Bundesärztekammer von Köln nach Berlin samt Erstellung und Inbetriebnahme eines modernen Bürogebäudes aus dieser Ertragsquelle mitfinanzieren konnten und sie in den letzten Jahren auch zum Aufbau der Rücklagen zum Erwerb des Bauteils D nutzen konnten.

Zurück zur weiteren Perspektive für den Deutschen Ärzte-Verlag. Der Verlag, die Geschäftsführer und die Gesellschafter, also Bundesärztekammer und KBV, haben einen umfassenden Prozess der Restrukturierung aufgenommen, der alle Bereiche des Verlags umfasst. Sicher kann man hier und heute nicht über alle Details sprechen. Die Maßnahmen wollen nicht nur wohlkonzipiert sein, sondern müssen auch einen bestimmten Reifegrad erreichen, bevor sie publiziert werden können. Und dann − da weiß ich mich bei Ihnen sehr wohl verstanden − sollten die davon direkt Betroffenen − wir sind ja nur mittelbar betroffen − die Ersten sein, die informiert werden.

In diesem Zusammenhang haben die Geschäftsführer des Verlags bereits im Herbst des vergangenen Jahres die Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung informiert. Im weiteren Verlauf hat dann die Geschäftsführung der Bundesärztekammer uns über die Folgeentwicklungen auf dem Laufenden gehalten. In der Finanzkommission schließlich hat der Präsident über den damals aktuellen Stand informiert. Wir wissen, dass die Gesellschafterversammlung inzwischen im kurzfristigen Rhythmus zusammenkommt und weitere Beschlüsse fasst. Ein wesentlicher Meilenstein war der 1. Mai 2013. An diesem Tag hat Herr Lotter als bestellter zusätzlicher Interimsmanager seine Arbeit aufgenommen. Er ist hier unter uns und sitzt in der vierten Reihe. Ich begrüße ihn, der das erste Mal an einem Ärztetag teilnimmt, sowie Herrn Führer, einen der beiden bisherigen Geschäftsführer. Auch er weilt hier unter uns. Herzlichen Dank, dass Sie uns Ihre Aufmerksamkeit schenken. Ihnen, Herr Führer, und Ihrem Kollegen herzlichen Dank, dass Sie auch in schwierigen Zeiten an Bord bleiben und Herrn Lotter als Lotsen in diesem schwierigen Gewässer bei sich aufgenommen haben.

Ein weiteres Schwergewicht in der Arbeit der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung und durchaus im Zusammenhang zu dem vorgenannten Prozess zu sehen sind die Organisationsweiterentwicklung der Bundesärztekammer und die Priorisierungsdebatte des Aufgabenportfolios der Bundesärztekammer. Hierzu wird Herr Dr. Rochell unter dem nächsten Tagesordnungspunkt ausführen. Da es primär sein Aufgabenbereich ist und zur Vermeidung von Doppelungen möchte ich mich an dieser Stelle zu diesem Thema zurückhalten. Ich kann und will Ihnen aber versichern, dass neben anderen Gremien und Gesprächskreisen auch die Finanzgremien in die bisherige Debatte eingebunden waren und an dem Prozess auch weiterhin teilnehmen werden. Ich kann Ihnen natürlich auch sagen: Dieser ist schwierig und schmerzhaft.

Meine Damen und Herren, die Finanzkommission und die Arbeitsgruppe haben sich mit einer Vielzahl weiterer Themen befasst, die zeitlich hier gar nicht alle wiedergegeben werden können. Teilweise umfasst dieser Themenkreis auch finanzwirtschaftliche und Verwaltungsthemen, die hier im Detail vielleicht gar nicht so interessant sind.

Aber auch im abgelaufenen Jahr haben neben der großen Runde der Finanzkommission die Mitglieder der Arbeitsgruppe für die Finanzkommission Themen vorbereitet, durchgearbeitet und in einer sachlichen Atmosphäre über viele Stunden Ergebnisse produziert. Für die konstruktive Mitarbeit aller Mitglieder an den Beratungen der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich danken. Es waren gelegentlich schwierige, aber immer zielorientierte Beratungen.

Meinen Bericht zum Jahresabschluss möchte ich nicht beenden, ohne vorher auch in diesem Jahr wieder den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer

für ihre auch im zurückliegenden Geschäftsjahr wiederum engagierte Tätigkeit ausdrücklich zu danken.

Ich bin mir sicher, ich spreche hier im Namen aller Delegierten dieses Ärztetages, wenn ich Sie, Herr Dr. Rochell, als Hauptgeschäftsführer unserer Bundesärztekammer, und Sie, Herr Raabe, als Leiter des für Finanzangelegenheiten zuständigen Dezernats bitte, diesen unseren Dank allen involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für deren Leistung zu übermitteln.

(Beifall)

Jetzt bleibt mir nur noch, Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit zu danken. Ich sehe der Diskussion interessiert entgegen und darf Sie bitten, über die Anträge VII-01 und VIII-01 zu beraten, bevor wir dann in den Tagesordnungspunkt Haushaltsvoranschlag einsteigen.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Ensink, für Ihren wie immer präzisen und umfassenden Bericht über die Arbeit der Finanzkommission. − Wir kommen jetzt zur Diskussion über die Tagesordnungspunkte VII und VIII und zur Entlastung. Schriftliche Wortmeldungen liegen mir bisher nicht vor. Wird das Wort gewünscht? − Wenn das nicht der Fall ist, schließe ich die Aussprache.

Wir können jetzt über die Anträge abstimmen. Vor Ihnen liegt der **Antrag VII-01:**

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011-30.06.2012) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Deloitte & Touch GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.*
>
> *Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011-30.06.2012) wird gebilligt.*

Ich rufe jetzt die Stimmführer der einzelnen Landesärztekammern in alphabetischer Reihenfolge auf und bitte Sie um das Zeigen der Karte.

Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Ich stelle fest, dass alle Landesärztekammern durch ihren Stimmführer der Jahresrechnung zugestimmt haben; 250 Jastimmen. Damit ist der Jahresabschluss festgestellt.

Ich rufe sodann den **Antrag VIII-01** auf. Es geht um die Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012. Herr Ensink hat Ihnen den Antrag kurz vorgestellt. Er ist von einer ganzen Reihe weiterer Delegierter mit eingebracht. Er lautet:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011-30.06.2012) Entlastung erteilt.

Hier gilt dasselbe Abstimmungsverfahren wie eben. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Dann haben Sie mit 250 Stimmen den Vorstand entlastet. Ich danke Ihnen im Namen von Vorstand und Geschäftsführung für die Entlastung, die Sie uns hier einstimmig erteilt haben.

(Beifall)

Damit haben wir die Tagesordnungspunkte VII und VIII behandelt. Wir kommen jetzt zum **Tagesordnungspunkt IX:**

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013-30.06.2014)

a) Bericht der Geschäftsführung

b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission

Für den Bericht der Geschäftsführung ist Herr Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, der Referent. Bernd, du hast das Wort.

Dr. Rochell, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! In den Finanzunterlagen, die Sie mit der Einladung zum Ärztetag erhalten haben, finden Sie auf den blauen Seiten den Haushaltsvoranschlag für das nächste Geschäftsjahr 2013/2014.

Das Haushaltsvolumen umfasst eine Höhe von 18.544.000 Euro. Im Vergleich zum jetzt laufenden Haushalt entspricht dies einer Steigerung von 3,32 Prozent.

Die Finanzierungsumlage der Landesärztekammern steigt um 524.000 Euro bzw. 3,84 Prozent.

Auf den ersten drei Seiten des Haushaltsvoranschlags haben wir die wesentlichen Änderungen der einzelnen Etatpositionen und die Kalkulationsgrundlagen zusammengefasst.

Zu den maßgeblichen Änderungen der Etatpositionen im Einzelnen:

Unter Position 1 Gehälter usw. schlägt sich die Umwidmung einer Sekretariatsstelle in eine Sachbearbeiterstelle im Brüsseler Büro nieder. Dies wird aufgrund der erhöhten inhaltlichen Anforderungen, insbesondere für das sogenannte politische Monitoring, notwendig. Ferner wird insbesondere im Zusammenhang mit der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung und der Evaluation der Weiterbildung für das Dezernat 2 eine weitere Referentenstelle beantragt.

In die Etatposition Personal wurden die bereits festgelegten Tarifsteigerungen eingerechnet bzw. per Schätzung berücksichtigt. Weiter befinden sich in dieser Etatposition auch die Aufwendungen für externes Personal, insbesondere für IT-Dienstleistungen und den Gebäudebetrieb sowie weitere damit verbundene Aufwendungen entsprechend der Auflistung auf Seite 9 des Voranschlags. Die Positionen 2 bis 4 bilden die sogenannten Personalnebenkosten ab. Deren Entwicklungen ergeben sich aus den Änderungen der Etatposition 1.

Die Position 5 Pensionen weist Pensionszahlungen, Änderungen der Pensionsrückstellungen, Beihilfeleistungen für Pensionäre und die Kosten für das versicherungsmathematische Gutachten aus. Diese Position konnte um rund 112.000 Euro verringert werden.

Ich komme zu den Etatpositionen der Satzungsbedingten Aufwendungen.

Die Position Fortbildungsaktivitäten wurde um 10.000 Euro verringert.

Die Position 9 Aufwandsentschädigungen bildet Neuregelungen und eine Neuordnung ab, die in den Finanzgremien beraten worden waren. Die umfangreichen Details sind auf Seite 13 des Voranschlags aufgelistet. Nach vielen Jahren – der Deutsche Ärztetag hat bereits in der zurückliegenden Amtsperiode dazu beraten – ist eine Anpassung der Höhe nach vorgesehen. Des Weiteren werden die Einzelaufwendungen zusammengefasst. So entfallen für das Präsidium künftig ein separates Übergangsgeld nach Ende der Amtszeit, ein gesonderter finanzieller Ersatz für einen beruflichen Vertreter, die Sekretariatsunterstützung außerhalb der Geschäftsstelle und das Sitzungsgeld. Diese Komponenten sind nunmehr in einem Betrag zusammengefasst.

Unter Position 10 Deutscher Ärztetag ist die Kalkulation für den Ärztetag 2014 in Düsseldorf abgebildet; insgesamt mit 41.000 Euro unter dem Anschlag für dieses Geschäftsjahr. Die Kosten variieren jährlich in Abhängigkeit von der Tagungsstätte.

Die Position 11 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wurde – wie eine Reihe anderer Positionen – um 10.000 Euro zurückgenommen.

Die Position 12 Arzneimittelkommission soll sich um 80.000 Euro erhöhen, insbesondere wegen der Anhebung einer Sekretariatsstelle von 30 auf 40 Wochenstunden und Kostenpositionen im Zusammenhang mit den Aktivitäten im Bereich der Arzneimittelbegutachtung durch das AMNOG.

Die Position Versorgungsforschung wird für dieses Geschäftsjahr ausgesetzt. Dieser Einschnitt in Höhe von 180.000 Euro hat, ergänzt durch die bereits genannten Reduzierungen, dazu beigetragen, den letztlich resultierenden Anstieg des gesamten Haushalts auf ein hoffentlich auch aus Ihrer Sicht akzeptables Maß zu begrenzen.

Die Position 16 Bundesverband der Freien Berufe vollzieht den Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer über die Kündigung der Mitgliedschaft nach. Satzungsgemäß sind wir noch im Jahr 2013 Mitglied des Verbands, also für das halbe hier zu planende Geschäftsjahr. Bis zu unserem Austritt müssen wir uns wegen des Austritts anderer ärztlicher Verbände bzw. wegen einer deutlichen Beitragsreduzierung dieser Verbände die Beitragslasten aus dem sogenannten „Kopfbeitrag“ des BFB in Höhe von insgesamt 200.000 Euro mit der KBV teilen. Dabei besteht die KBV auf einer hälftigen Teilung, also 100.000 Euro zulasten der Bundesärztekammer.

Die Positionen Brüsseler Büro, CPME und Mitarbeiterfortbildung wurden jeweils um kleinere Beträge gesenkt; die Position Projekte Qualitätssicherung um 20.000 Euro und die Position Projektbüro Elektronischer Arztausweis um 10.000 Euro.

Unter Position 25 Sonstige Aufwendungen werden die Projektaufwendungen ausgewiesen. Sie sehen auf Seite 20, dass für das Großprojekt GOÄ-Novellierung 150.000 Euro eingeplant werden sollen, und zwar für Berechnungen und Zuarbeit zu Gegengutachten, die extern vorgenommen werden müssen.

Ferner finden Sie unter dieser Position Aufwendungen für die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin. Nach den Vorfällen in der Transplantationsmedizin werden die Prüfungstätigkeiten dort erheblich verstärkt. Es besteht die Absicht, die rund 140 Transplantationsprogramme in Deutschland innerhalb von 36 Monaten jeweils mindestens einmal zu überprüfen. Ich weise nochmals darauf hin, dass wir uns bis zum Ende des Kalenderjahres 2013 mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Kosten der Geschäftsstelle drittelparitätisch teilen. Ab 2014 werden wir – und die DKG – keine Finanzleistungen hierzu mehr erbringen müssen. Die Finanzierung erfolgt dann aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist uns fest zugesichert und ein entsprechender Vertrag bereits abgestimmt.

Weitere 290.000 Euro sollen zweckgebunden der Rücklage Berufspolitische Aktionen zugeführt werden, um weitere Ressourcen für die GOÄ-Novelle zur Verfügung zu haben und bzw. oder den Betrieb der Prüfungs- und Überwachungskommissionen im Transplantationsbereich.

Meine Damen und Herren, damit kommen wir zu den Allgemeinen Verwaltungskosten. Auch hier haben wir die einzelnen Positionen hart durchkalkuliert. Die Änderungen in dieser Aufwandsgruppe sind auch dadurch geprägt, dass nunmehr die Folgen eines Eigentums der Bundesärztekammer am Bauteil D einkalkuliert wurden. Ich kann Ihnen an dieser Stelle erfreulicherweise sagen, dass uns die KBV unabhängig von der Beratung zur ambulanten Weiterbildung noch nicht die Absicht aufgekündigt hat, uns den Bauteil D zu veräußern. Dies soll nach den aktuellen Aussagen der KBV im zweiten Halbjahr 2013 geschehen, sodass dies also noch fest auf der Agenda steht.

Sicher ist verständlich, dass einige Kostenpositionen für dieses Bauteil aufgrund noch fehlender Erfahrung nur Schätzungen darstellen.

Ich erlaube mir, in dieser Gruppe nicht jede Änderung anzusprechen. Die Reisekosten für Vorstand und Ausschüsse wurden um 20.000 Euro reduziert. Die Kosten für Porto, Telefon und Kommunikation wurden um 13.000 Euro reduziert. Für die Gebäudekosten wurden – wie eben ausgeführt – 20.000 Euro zusätzlich eingeplant. Für EDV-Betriebskosten wurden 22.000 Euro weniger eingeplant. Für Sitzungskosten wurden 28.000 Euro mehr eingeplant. Die Abschreibungen steigen um 164.000 Euro, wobei für das Bauteil D 206.000 Euro Abschreibungsaufwand zu verrechnen sein wird.

Unter Position 47 finden Sie Zinsaufwendungen verzeichnet – nicht weil etwa die Bundesärztekammer einen Kredit aufnehmen will, sondern nach dem Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz ist hier der Zinsanteil der Pensionsrückstellungen auszuweisen.

Ich komme nun zu den Ertragspositionen ab Seite 28 des Haushaltsentwurfs.

Für Erträge aus Beteiligungen – also Deutscher Ärzte-Verlag – sind 1,85 Millionen Euro eingerechnet. Beachten Sie bitte, dass dieser Betrag – Herr Ensink hat auf die Problematik hingewiesen – nur durch Auflösung eines Teils der Gewinnrücklage beim Deutschen Ärzte-Verlag realisiert werden konnte.

Die Position Erträge aus Wertpapieren musste nochmals deutlich um 120.000 Euro auf 230.000 Euro reduziert werden. Durch den Kauf des Bauteils D werden weniger liquide Mittel zur Anlage zur Verfügung stehen. Über die Entwicklung des Zinsniveaus nach unten brauche ich hier vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise nicht mehr auszuführen.

Unter den Sonstigen Erträgen werden die Mieteinnahmen des Zentralinstituts eingerechnet, das wesentliche Teile des Bauteils D – vier von sechs Etagen – weiterhin nutzen wird. Somit steigen die Sonstigen Erträge von 244.000 Euro auf 650.000 Euro.

Die Position 6 umfasst die Erträge aus Rücklagenauflösung. Hiermit werden planmäßig die Abschreibungen finanziert, ebenso wie die Position Gemeinsame IT-Projekte und eine Referentenstelle GOÄ.

Herr Dr. Ensink hat unter Tagesordnungspunkt VII ausgeführt, dass von den nicht verbrauchten Mitteln aus dem abgelaufenen Geschäftsjahr 2011/2012 ein Betrag von 585.000 Euro zur Finanzierung dieses Haushalts verwendet werden soll.

Meine Damen und Herren, eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, kleinste bis einschneidende, haben bewirkt, dass Ihnen ein für Sie hoffentlich akzeptabler Haushaltsentwurf mit moderaten Steigerungsraten vorgelegt werden kann.

Meine Damen und Herren, es ist für uns klar, dass Sie angesichts steigender Kosten und rückläufiger Gewinnausschüttungen durch den Deutschen Ärzte-Verlag eine aufgabenbezogene Rechtfertigung des Haushalts der Bundesärztekammer erwarten. Vor der Anforderung weiterer Mittel für den Ausgleich ausbleibender Gewinnausschüttungen oder die Übernahme weiterer Aufgaben wird die Möglichkeit einer Kompensation durch Kosteneinsparungen, den Verzicht auf entbehrliche Aufgaben und die Einschränkung von niedriger priorisierbaren Aufgaben auszuschöpfen sein. Der Vorstand wird sich hiermit in seiner Klausurtagung Ende Juni befassen und über geeignete Maßnahmen zur Entlastung des Haushalts, beginnend mit dem Haushalt 2014/2015, beschließen. Wir haben diesen Prozess begonnen mit der Erstellung eines Aufgabenportfolios der Bundesärztekammer, welches zunächst einmal eine komplette Übersicht über die aktuell durch die Bundesärztekammer wahrgenommenen Detailaufgaben ermöglicht. Das hat sich in der weiteren Diskussion mit den Landesärztekammern noch nicht als der alleinige Schlüssel zur Weisheit herausgestellt. Wir sind dabei, die Klausursitzung des Vorstands durch das Zusammentragen weiterer Kostendaten und Aufwandsschätzungen zu komplettieren, sodass auch für das Haushaltsjahr 2014/2015 eine aufgabenbezogene Diskussion möglich wird.

Ich kann Ihnen auch unter dem Hinweis auf unsere in den letzten Jahren immer wieder nicht verbrauchten Mittel zusichern, dass wir sehr sorgfältig mit jedem Euro umgehen werden, den Sie uns an dieser Stelle überantworten. Wir werden Ihnen über den Prozess und seine Ergebnisse im kommenden Jahr Bericht erstatten.

Damit danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit zum Haushaltsvoranschlag.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Bernd Rochell. – Jetzt hat das Wort der Vorsitzende der Finanzkommission, Dr. Ensink.

Dr. Ensink MBA, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Auch beim Haushaltsvoranschlag kann ich mich den Ausführungen von Herrn Dr. Rochell über die einzelnen Etatpositionen anschließen. Sie sind – wie nicht anders zu erwarten – korrekt und zutreffend wiedergegeben.

Der Haushaltsvoranschlag für 2013/2014 hat – das möchte ich hier ausdrücklich anmerken – keinen leichten Weg genommen. Die Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung konnte dem ersten von der Geschäftsführung vorgelegten Entwurf keine Freude abgewinnen; wir konnten ihn also so wie vorgelegt nicht befürworten.

Die jetzt schon mehrfach angesprochene negative Gewinnentwicklung des Ärzte-Verlags reduzierte unsere Handlungsspielräume in der Haushaltsplanung auf quasi null. Sie sehen, der Verlagsgewinn reduziert sich um einen Anteil von 10 Prozent an der Einnahmeseite. Und Sie erinnern sich an die Ausführungen von soeben: Es handelt sich hier eben nicht mehr um die Ausschüttung echter, in dem betreffenden Jahr erwirtschafteter Gewinne, sondern um die Auflösung einer beim Verlag bestehenden Gewinnrücklage, sozusagen das, was auf die „hohe Kante“ der Gesellschafter für eine Situation, wie wir sie jetzt genau durchleben, gelegt wurde.

Entsprechend setzt sich der mehrjährige Trend fort: Mit dem Rückgang des Verlagsgewinns steigt der zur Deckung der Gesamtkosten erforderliche Anteil der Umlage an der Gesamtfinanzierung. Sie sehen das braune Kästchen Verlagsgewinn und den Rückgang seines Beitrags zur Gesamtfinanzierung der Bundesärztekammer. Nur durch einschneidende Maßnahmen – ich erinnere an das komplette Aussetzen der Projekte Versorgungsforschung – konnte der Haushaltsvoranschlag in einem zweiten Durchgang mit dann akzeptablen Eckpunkten festgezurrt werden.

Die Aufwandsblöcke selbst stehen untereinander in einem ähnlichen Verhältnis zueinander wie im Vorjahr.

Dem deutlich überarbeiteten Haushaltsvoranschlag wurde von den Finanzgremien und dem Vorstand mit breiten Mehrheiten das Plazet erteilt; im Vorstand mit einer Gegenstimme.

Gegenwärtig findet in der Bundesärztekammer eine Strukturdebatte statt. Herr Dr. Rochell hat hierzu ausgeführt. Als Vorsitzender der Finanzkommission möchte ich diese Ausführungen nicht inhaltlich kommentieren. Alle handelnden Akteure, und hier vorzugsweise die „Ehrenamtler“, ebenso wie auch alle hier anwesenden Delegierten weise ich bei dieser Gelegenheit nochmals darauf hin, dass Ihre Beschlüsse, mögen sie noch so wohlmeinend oder ehrenhaft sein, im Angesicht der Begrenztheit anderweitiger Erträge durch die Umlage der Landesärztekammern gedeckt werden. Dies bedeutet – ich darf es ganz salopp sagen –: Wer die Musik bestellt, muss auch die Kapelle zahlen. Die sich hier manifestierenden Priorisierungsentscheidungen müs-

sen von Ihnen getroffen, deren Konsequenzen aber dann auch von Ihnen mitgetragen werden.

Es ist und bleibt illusorisch, den sich – bei unveränderter Erwartungshaltung oder bei unveränderter „Auftragslage“ an die Bundesärztekammer – ergebenden finanziellen Bedarf über „Einsparungen“, sei es durch Umorganisation oder weitere Arbeitsverdichtung, decken zu wollen.

Abschied nehmen von Vertrautem, Bequemem, Liebgewordenem tut immer auch weh. Aber genau da müssen wir hinkommen, wenn Sie vermeiden wollen, dass es den Landesärztekammern nach dem Verfrühstücken der leider „endlichen“ Gewinnrücklage nicht noch mehr wehtut! Allenfalls für den Haushalt 2014/2015 kann hier nochmals ein – ohnehin schon noch weiter reduzierter – Betrag gedanklich mit eingeplant werden.

Wir alle müssen uns dieser Herkulesaufgabe gemeinsam, in aller Offenheit und weitgehend tabulos stellen. Schon im Vorstand habe ich mahnend darauf hingewiesen, dass der bis jetzt geleistete erste Schritt, der vorzugsweise seinen Schwerpunkt auf der Analyse des Status quo hatte, sich im weiteren Verlauf nicht als Sisyphusarbeit herausstellen darf. Noch sind wir dem Ziel einer nachhaltigen Kostenbegrenzung nicht wirklich nennenswert nähergekommen!

Diesen Aspekt bitte ich Sie auch bei der Beratung aller noch so wohlgemeinten, wohlmeinenden, zum Teil sicherlich auch inhaltlich gut begründeten, gleichwohl aber kostenwirksamen Anträge stets vor Augen zu haben!

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Ensink. – Wir treten dann in die Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt ein. Ihnen liegen bisher drei Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt vor, und zwar die Anträge IX-01, IX-02 und IX-03. Die Rednerliste beginnt mit dem Kollegen Peter Czeschinski aus Westfalen-Lippe.

Dr. Czeschinski, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu diesem Haushaltsvoranschlag und der gesamten wirtschaftlichen und haushalterischen Situation der Bundesärztekammer ein Statement aus der Sicht der Landesärztekammer Westfalen-Lippe abgeben. Wir haben diesen Haushaltsvoranschlag in den Finanzgremien, im Vorstand und nicht zuletzt in der Kammerversammlung unserer Kammer nur mit sehr großen Bauchschmerzen und mit sehr großem Unmut verabschieden können. Ich will nicht verhehlen, dass wir doch in einer gewissen Weise erwartet hätten, dass dieser Haushaltsvoranschlag angesichts der sehr schwierigen Finanzsituation der Bundesärztekammer beispielsweise Signale an die Mitglieder auch der Landesärztekammern aussendet, die zum Beispiel darin hätten münden können, dass die Aufwandsentschädigung, die zwar beschlossen war und in diesem Haushalt umgesetzt wird, unter Zurückstellung der Interessen der Betroffenen bis zum Zeitpunkt einer Neustrukturierung und haushalterischen Neubewertung der Finanzsituation zurückgenommen wird.

Das wäre ein gutes Signal gewesen. Ein schlechtes Signal war, die Evaluation der Weiterbildung primär aus Gründen der Haushaltsproblematik – so wurde es zumindest dargestellt – zurückzustellen. Das ist kontraproduktiv, das verstehen viele Mitglieder nicht.

Mit noch größerer Sorge hat uns die zukünftige Situation erfüllt. Ich bin Herrn Ensink sehr dankbar für die sehr deutliche Analyse, die man immer noch weiterführen könnte. Uns ist klar, dass wir diesen Haushaltsvoranschlag mit der relativ moderaten Erhöhung der Umlage der Landesärztekammern um fast 4 Prozent nur dadurch erkaufen konnten, dass wir Rückstellungen des Deutschen Ärzte-Verlags aufgelöst haben.

Das ist ein Vorgang, den wir maximal – Herr Ensink hat es gerade schon gesagt – noch einmal tätigen können, dann möglicherweise mit geringen Auswirkungen noch ein weiteres Haushaltsjahr. Aber dann wird es vorbei sein. Das heißt, der Zeitkorridor, wirklich etwas an der Ausgabenstruktur der Bundesärztekammer zu ändern, ist denkbar klein. Das ist bedauerlich. Nichtsdestotrotz zwingt dies dazu, mit sehr großer Intensität an der strukturellen Änderung der Bundesärztekammer und ihrer Aufgabenstruktur zu arbeiten und eine konsequente Priorisierung vorzunehmen.

Das ist ein schwieriges Unterfangen; das ist mir klar. Sie haben die Verteilung der Kosten gesehen. Sie erkennen, dass ein wesentlicher Teil der Kosten der Bundesärztekammer Personalkosten sind. Ich weiß, dass wir den Mitarbeitern der Bundesärztekammer, die immer sehr gute Arbeit für uns geleistet haben, mit dieser Umstrukturierung einiges zumuten müssen. Tatsächlich war es so, dass das Aufgabenportfolio, das Herr Rochell auch den Landesärztekammern vorgelegt hat, uns zunächst nur gezeigt hat, in welcher Breite Aufgaben in welcher Form erfüllt werden. Das Konstrukt, das daraus entstehen soll, muss nicht unbedingt zu einer qualitativen Verschlechterung der Leistung führen. Aber es wird viel Flexibilität von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer verlangen. Es wird verlangen, dass sie sich manchmal auch auf andere Aufgaben konzentrieren müssen als auf die in der Vergangenheit lieb gewordenen. Es wird nicht ausreichen, die Aufgabenstruktur, wie sie im Moment besteht, einfach nur fortzuschreiben.

Wir werden im Gegenteil auch über die reine Struktur der Bundesärztekammer hinausgehend Konsequenzen ziehen müssen. Herr Ensink hat es gerade angesprochen: Wir sind natürlich Auftraggeber. Aber wir müssen uns auch überlegen, wie wir in einer föderalen Struktur beispielsweise durch die Verlagerung von Einzelaufgaben an die Landesärztekammern, die möglicherweise über ein besonderes Know-how, über eine ausgewiesene Kapazität verfügen, kostengünstiger arbeiten können, als das beispielsweise in der Bundesärztekammer möglich wäre. Das darf natürlich nicht dazu führen, dass die gut strukturiert aufgebauten Landesärztekammern diese Aufgaben übernehmen und die weniger gut strukturierten ausschließlich davon profitieren. Auf der anderen Seite kann es auch nicht so sein, dass wir alle Aufgaben in die Bundesärztekammer schieben und die gut strukturierten Landesärztekammern, die in der Lage wären, auch eigene Aufgaben zu übernehmen, dies mit der Umlagenerhöhung an ihre Mitglieder weitergeben müssen.

Ich will sehr deutlich sagen: Wir hätten, wenn wir die Rücklagenauflösung nicht gehabt hätten, in diesem Haushalt mit der Umlage an die 10 Prozent herangehen müssen. Das bedeutet für unsere Landesärztekammer, dass wir uns hätten überlegen müssen, den Beitragssatz für unsere Mitglieder zu erhöhen. Das ist in der jetzigen Situation äußerst schwer kommunizierbar.

Deswegen mein Appell: Bitte lassen Sie uns gemeinsam sehr konstruktiv und intensiv und ohne Tabus an der Gesamtstruktur der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern arbeiten und ein Konzept entwickeln, das für die Zukunft auch finanztechnisch die Bundesärztekammer als unsere Institution für die einzelnen Landesärztekammern wieder schlagkräftig und finanziell stabil macht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Czeschinski. – Nächster Redner ist der Kollege Rainer Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Herr Dr. Rochell und Herr Dr. Ensink haben vorhin in ihren Reden ein wenig den Theatervorhang angehoben. Wenn man in den Spalt hineinguckt, tut sich dahinter schon ein dunkles Loch auf. Es war richtig, dass sie das gemacht haben, denn wir müssen uns schon darauf einstellen – da stimme ich meinem Vorredner völlig zu –, dass in den nächsten Jahren der Haushalt nicht mehr so einfach glattzustellen ist, wie es in der Vergangenheit der Fall war.

Das Problem Ärzte-Verlag ist angesprochen worden. Der Ärzte-Verlag wird in Zukunft nicht mehr wie früher gewissermaßen als Dukatenesel zur Verfügung stehen, der, wenn Aufgaben schwierig zu finanzieren waren, immer noch ein paar Goldtaler aus der Schatulle herausholen konnte.

Es ist angesprochen worden: Ganz im Gegenteil, der Medienmarkt, der Verlagsmarkt wandelt sich. Große Verlage, auch Zeitungsverlage und Buchverlage haben Schwierigkeiten mit ihrem Produkt. Der Internetversand dürfte auch dem Buchhandel des Ärzte-Verlags Schwierigkeiten machen. Formulare in der Form wie früher brauchen wir nicht mehr. Das heißt im Klartext: Es ist beim Ärzte-Verlag aus meiner Sicht nicht damit getan, dass man ein paar Strukturen ändert, sondern man muss sich grundsätzlich überlegen, ob ein solcher Verlag in zehn Jahren tatsächlich eine Zukunft hat oder schon abgewickelt ist. Wenn das eintritt, fällt diese Einnahmemöglichkeit gänzlich aus. Das nur als Randbemerkung.

Ich möchte jetzt auf den Antrag IX-02 des Kollegen Rütz und anderer, der Ihnen vorliegt, eingehen und Sie bitten, diesen positiv zu bescheiden. Bei allen notwendigen und sicherlich auch sinnvoll angelegten Möglichkeiten, im Etat Ausgabenminderungen zu erzielen, erscheint es uns als diesem Ärztetag und den Delegierten gegenüber nicht besonders freundlich, Axt an das Wortprotokoll zu legen. Damit ist nicht gemeint, dass das Protokoll des Ärztetages hinterher umgedruckt wird und in Buchform vorliegt. Aber in dem Moment, wenn es keinen stenografischen Wortbericht mehr gibt, werden Sie auch im Internet nicht nachschauen können. Das heißt, eine wichtige Arbeitsgrundlage, wenn Sie nachschauen wollen, wer wann was und wie gesagt hat, entfällt. Heute Mittag gab es ja eine Diskussion: Wie war der Auftrag gestern? Wer sollte sich mit wem zusammensetzen? Das können Sie natürlich leicht klären, wenn ein stenografischer Wortbericht vorliegt. Es ist sicherlich mühsam, sich durch 20 Stunden Videoaufzeichnung hindurchzuwühlen, um eine bestimmte Stelle zu finden.

Dieser Antrag ist aber nicht so zu verstehen, dass man das nicht ändern sollte, sondern es ist der Auftrag zu überlegen, wie das Notwendige mit dem Sinnvollen verbunden werden kann. Ich habe mir im Internet kurz den Wortbericht über den vorjährigen Ärztetag angesehen. Von den 460 Seiten sind allein mehr als 12 Prozent nur die Eröffnungsveranstaltung. Da erscheint mir – das ist nur ein Vorschlag – der Wortbericht entbehrlich zu sein, denn die Vorträge liegen vor. Wenn darüber berichtet worden ist, hatte die Presse auch keinen Wortbericht zur Dokumentation. Diesen halben Tag könnte man beispielsweise einsparen.

Dasselbe gilt möglicherweise auch für die Verhandlungen. Wenn hier Referenten ihr Referat ablesen, muss das nicht mitstenografiert werden, denn so viele Änderungen gibt es dabei nicht.

Ich denke, das ist der Auftrag, den der Vorstand übernehmen sollte, zu überlegen, was er daraus macht, dass es auch in Zukunft die Möglichkeit gibt, die Verhandlungen des Ärztetages zu verfolgen und für Dokumentationszwecke darauf zurückgreifen zu können.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Holzborn. – Jetzt hat sich Herr Lücke zur Geschäftsordnung gemeldet.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte um eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten. Das führt dazu, dass man stringent und kurz spricht.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer für Redezeitbegrenzung auf drei Minuten ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen.

Herr Rütz, Sie sind der Erste, den die Keule trifft.

Dr. Rütz, Nordrhein: Ich denke, dass ich mit drei Minuten hinkomme, weil Herr Holzborn schon einige Dinge zum Antrag IX-02 gesagt hat, zu dem auch ich sprechen möchte.

Der Antrag ist einstimmig von den Delegierten der Ärztekammer Nordrhein eingebracht worden, auch wenn nicht alle Kolleginnen und Kollegen als Antragsteller auf dem Antrag aufgeführt sind. Wir sind uns der Situation bewusst, dass gespart werden muss. Wir sind auch der Auffassung, dass man sich Gedanken darüber machen kann, wie man den Ärztetag in Zukunft protokolliert.

Zu dem, was vorgeschlagen ist, möchte ich etwas aus der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein berichten. Wir haben vor einigen Jahren auch unter der Vorstellung „Wir haben ja die elektronische Aufzeichnung“ den Beschluss gefasst, aus Kostengründen auf das schriftliche Wortprotokoll zu verzichten. Wir haben gesagt: Uns reicht eine Bandaufzeichnung. Nach der ersten Vertreterversammlung der KV nach diesem Beschluss kamen dann Fragen: Wie sieht es mit dem Protokoll aus? Das haben allerdings auch Kollegen gefragt, die den Beschluss mit gefasst haben. Das Protokoll wurde nachgefragt. Wir haben gesagt: Wir haben das Band, wollt ihr euch das anhören? Das wollte natürlich niemand.

Wir standen also vor der Frage: Verschriftlichung – ja oder nein? Diese Verschriftlichung ist schwierig. Man hat eine elektronische Aufzeichnung, die nicht so exakt ist wie eine Aufzeichnung, die noch von jemandem mitprotokolliert wird, in welcher Form auch immer.

Wir haben uns die Bänder angehört. Leider ist Frau Friedländer, die damalige Vorsitzende unserer Vertreterversammlung, nicht mehr hier im Hause. Sie könnte Ihnen dazu etwas erzählen. Fakt ist: Die Bänder waren nicht in dem Umfang brauchbar, obwohl wir eine gute technische Ausstattung haben, wie wir uns das vorgestellt haben. Ganze Passagen waren zum Teil unverständlich oder missverständlich. Wir hatten zwar nachher ein schriftliches Protokoll, aber für dieses wollte niemand mehr die Hand ins Feuer legen, dass tatsächlich das wiedergegeben wurde, was gesagt wurde.

Deswegen sind wir der Auffassung, dass wir uns gut überlegen sollten, den Beschluss, der schon gefasst ist, auszusetzen – zumindest für den nächsten Deutschen Ärztetag – und den Vorstand zu bitten, sich mit der Frage zu befassen, wie man tatsächlich kostengünstiger, aber auch gerichtsfest zukünftig den Deutschen Ärztetag protokollieren kann.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Rütz. – Nächster Redner ist der Kollege Andreas Scholz.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank für die Darstellung des kommenden Haushalts. Es wurde schon angesprochen, dass für die mittelfristige Finanzplanung das drohende Unwetter am Horizont vorhanden ist. Es ist ein wenig schade, dass die mahnenden Worte von den damaligen Ärztetagen nicht mit ins Boot genommen worden sind, als die Anzeigen noch so wunderbar sprossen und es in den Ärzteblättern einen so großen Bedarf gab, dass sich jeder auf die Druckversionen verlassen hat. Nun ist die Situation so, wie sie ist.

Herr Rochell, ich bitte sehr darum, dass Sie uns als denjenigen, die zu entscheiden haben, darlegen, was mögliche Konzepte sind. Ich habe gehört, dass Sie sich erst noch zur Klausurtagung treffen werden. Aber es wäre doch hilfreich, um zu verstehen: Ist der jetzt gefundene Kompromiss für die Zukunft tragfähig? Was sind Schritte

in der weiteren Zukunft, die dort geplant sind? Man kann natürlich an der Ausgabenseite sparen; das ist richtig. Man kann natürlich auch überlegen, was an der Einnahmensituation geändert werden kann. Bei den Landesärztekammern denkt man natürlich immer an die Umlage. Gibt es nicht darüber hinaus weitere Überlegungen?

Was geschieht, wenn tatsächlich keine weiteren Einnahmen aus dem Ärzteblatt mehr zu erzielen sind? Dann sind die moderaten Erhöhungen wahrscheinlich nicht mehr zu halten. Man muss sich fragen: Müsste man nicht schon für die nächsten Haushalte strukturell ganz andere Maßnahmen vorsehen?

Ich wäre sehr dankbar, wenn Sie dem Parlament skizzenhaft darlegen würden, was hier entsprechend geplant ist.

Klar ist: Durch die Immobilienmaßnahmen, die hier beschlossen worden sind, gibt es keine weiteren Änderungen. Das kann man vermutlich auch einmal darstellen, dass es in diesem Bereich zwar zu gewissen Kosten kommt, aber vermutlich auch zu Einsparungen und trotzdem eine gewisse Flexibilität erhalten werden kann. Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie auf die damals vom Parlament beschlossenen Immobilienanlagen eingingen.

Eine abschließende Bemerkung zu dem Antrag bezüglich des stenografischen Wortprotokolls. Mein Vorredner hat mir das zum Teil schon vorweggenommen. Ich möchte kurz anmerken, dass es sicherlich sehr ehrenhaft ist zu versuchen, das einzusparen. Wenn Sie einmal mitgemacht haben, wie das aus elektronischen Maßnahmen transkribiert werden soll, wissen Sie: Das ist nicht wirklich kostensparend. Ich glaube, als Parlament stünde es uns gut an, hier zu sagen: Wir wollen einen stenografischen Wortbericht haben. Die Kosten sind in einem überschaubaren und vertretbaren Rahmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Nächster Redner ist Helmut Peters, Ärztekammer Rheinland-Pfalz.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Delegierte! Bevor ich zum Haushalt spreche, möchte ich einfach sagen: Ich habe vollen Respekt vor der Leistung unseres Protokollers, der hinter uns sitzt und seit Jahren beständig konzentriert uns den Wortbericht zur Verfügung stellt. Vielen Dank!

(Beifall)

In der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz sehen wir den Haushalt und die Voranschläge natürlich mit großer Aufmerksamkeit und sind auch sehr besorgt über die Entwicklung. Wir haben ein großes Interesse daran, dass die Bundesärztekammer voll arbeitsfähig ist. Wir sind auch sehr froh über die engagierten Beiträge auch von Herrn Ensink, damit das Ganze nicht aus dem Ruder läuft.

Wir wollten es als Antrag formulieren, aber wir können es auch hier verbal ankündigen: Ich glaube, wir brauchen für nächstes Jahr schon vorher für die Delegierten der

Landesärztekammern ein Konzept, wie es weitergehen soll, damit wir zustimmen können, wie wir es gern tun, damit es hier gut so weitergeht, wie wir es gerne hätten.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Helmut. – Jetzt ist der Kollege Calles aus Bayern an der Reihe.

Dr. Calles, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Glücklicherweise haben wir eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten; sonst würde es etwas länger dauern. Im Antrag IX-03 wird in der Begründung völlig zu Recht ausgeführt, dass zukünftig ein ausgeglichener Haushalt nur durch Senkung der Ausgaben nach arztpolitischen Prioritäten erreicht werden kann. Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist völlig richtig, aber bitte fassen wir uns alle hier im Hause an die eigene Nase. Was ist in den vergangenen zwei Tagen hier passiert? Nur durch das verantwortungsvolle Verhalten einer jungen Kollegin in der ersten Reihe ist es mir gelungen, jetzt auch hier bei diesem Kostenvoranschlag die grüne Karte zeigen zu können. Warum? Ich habe vom Bayerischen Ärztetag, von unserem Präsidenten und vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer einen Auftrag. Dieser Auftrag lautet, einem Kostenvoranschlag von 18.400.000 Euro zuzustimmen, nicht einem von 19 Millionen Euro oder von 20 Millionen Euro. Das hätte ich nicht gekonnt. Ich weiß nicht, wie viele andere Stimmführer das so hätten tun können, ohne mit ihrer Kammer entsprechend zu reden.

Es sollte eine Lösung gefunden werden, dass, wenn Anträge gestellt werden, die solche Kostensteigerungen mit sich bringen, im Vorfeld die Landesärztekammern und die Vorstände informiert werden müssen. Sonst können wir innerhalb dieser Sitzung hier einer Steigerung einfach nicht zustimmen. Wir jedenfalls nicht.

Der Antrag IX-02 ist in sich nachvollziehbar. Ich möchte Sie dringend bitten, ihn nicht zu bescheiden, sondern so, wie er ist, an den Vorstand zu geben. Das ist keine taktische Maßnahme; Sie dürfen bei mir sicher sein, dass das nicht der Fall ist. Warum? Wir haben keine ausdrücklichen Regelungen, weder in der Satzung noch in der Geschäftsordnung, dass ein Wortprotokoll zu führen ist. Aber ich bin mir nicht sicher − das sollte eine rechtliche Prüfung, die durchführen zu lassen wir den Vorstand auffordern, klären –, ob beispielsweise im Vereinsrecht – das ist wichtig für uns, denn wir sind vergleichbar – möglicherweise ein Wortprotokoll gefordert ist.

Das Zweite, was ich als Problem sehe: Wir haben tatsächlich hier eine Garantenstellung durch den Stenografen. Ich weiß nicht, ob das durch entsprechende Ergebnisprotokolle oder durch Bandaufnahmen ersetzt werden kann. Wenn ja, dann sollten wir es sofort tun, dann sollte man sofort diese Änderungen herbeiführen. Dann brauchen wir kein Jahr mehr zu warten.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Calles. – Nächster Redner ist Alfred Möhrle aus Hessen.

Dr. Möhrle, Hessen: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich stehe hier vor einer fast unlösbaren Aufgabe, denn meine Vorredner haben eigentlich durch die Bank für das Sparen beim neuen Haushaltsvoranschlag plädiert. Sparen ist richtig, sparen ist wichtig, mitunter ist es überlebenswichtig. Aber es darf nicht zu einem Kahlschlag führen.

Worum geht es? Sie finden im Haushaltsvoranschlag auf Seite 16 einen Posten: Bundesverband Freier Berufe. Darunter lesen Sie, dass die Bundesärztekammer zum 1. Januar des kommenden Jahres ihre Mitgliedschaft gekündigt hat und deshalb nur den halben Jahresbetrag von 100.000 Euro in den Haushaltsvoranschlag einstellt.

Erlauben Sie mir die Aussage: Ich halte das für eine sehr kurzsichtige Entscheidung. Warum? Nach dem Bericht der Bundesregierung zur Lage der freien Berufe gibt es in Deutschland 1,2 Millionen selbstständig Tätige. Nicht enthalten sind darin die über 200.000 angestellten Ärzte, die ja auch Freiberufler sind. Diese 1,2 Millionen beschäftigen rund 3 Millionen Mitarbeiter. Sie erwirtschaften insgesamt 10,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Unter den 3 Millionen Mitarbeitern sind über 100.000 Auszubildende.

Diese Summe von über 3 Millionen Menschen, die 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts erwirtschaften, ist ein Faktor, an dem die Politik nicht vorbeigehen kann. Deshalb brauchen wir eine geschlossene Vertretung dieser Berufsgruppe als Gegengewicht zu den großen Verbänden der Industrie, den Industrie- und Handelskammern, den Handwerkskammern und was es so alles gibt. Sonst haben wir Freiberufler überhaupt keine Stimme in der Öffentlichkeit.

(Beifall)

Deshalb kann ich das Präsidium der Bundesärztekammer nur bitten, diese Entscheidung noch einmal zu überdenken.

Da ja Einsichten nicht immer frühzeitig, aber hoffentlich noch rechtzeitig kommen, möchte ich Sie jetzt ersuchen, in den Haushaltsvoranschlag für das kommende Jahr den vollen Betrag für eine eventuelle Fortsetzung der Mitgliedschaft im Bundesverband Freier Berufe einzustellen. Natürlich kennen wir alle die Querelen, die es in diesem Bundesverband gab. Das ging ja durch die Presse. Aber durch einen neuen Vorsitzenden und ganz besonders durch eine neue Hauptgeschäftsführerin hat man versucht, alle Leichen, die dort irgendwo im Keller lagen, zu beseitigen. Frau Kollegin Wenker hat dort ja schlechte Erfahrungen machen müssen. Sie war freundlicherweise eingesprungen, um dort die Finanzen zu ordnen. Inzwischen hat es sich geändert.

Denken Sie also bitte darüber nach. Ich habe das nicht in einen Antrag gekleidet. Es soll mehr ein Appell sein. Wenn Sie derselben Meinung sind wie ich, könnten Sie zum Beispiel durch einen Applaus diese Bitte unterstützen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Alfred Möhrle. Ich würde gern ganz wenige Sätze zur Kommentierung sagen, weil das eigentlich nichts mit dem Thema Finanzen zu tun hat. Ich möchte voranschicken: Wir sind nicht wegen der finanziellen Folgen beim Bundesverband Freier Berufe ausgetreten. Wir sind übrigens auch nicht zum ersten Mal beim Bundesverband Freier Berufe ausgetreten. Wir hatten diese Kündigung bereits zwei Jahre zuvor ausgesprochen, und zwar mit dem Junktim, dass sich dort Veränderungen abspielen müssten.

Diese Veränderungen hat Alfred Möhrle dargestellt. Sie waren so, dass wir dann beschlossen haben, wieder auszutreten, nachdem wir zwischenzeitlich den Austritt zurückgenommen hatten.

Ich möchte jetzt den Bundesverband Freier Berufe nicht dadurch beschädigen, dass ich Ihnen die Gründe für diesen, wenn ich mich recht erinnere, einstimmigen oder zumindest mit sehr großer Mehrheit im Vorstand gefassten Beschluss wiedergebe. Es hat nichts mit Finanzen zu tun, sondern einfach mit der Frage, ob wir dieses Krematorium dort unten im Keller nicht auch noch durch unser Geld, das dort unten verfeuert wird, anheizen. Deswegen ist das ein guter Beschluss. Ich kann Ihnen gleichzeitig sagen: Man kann ja auch einmal versuchen, ob man nicht selber einen Bundesverband Freier Heilberufe als Nukleus eines neuen Bundesverbands Freier Berufe gründet. Aber an dieser Stelle möchte ich meine Ausführungen dazu beenden.

Ich teile die Grundsatzauffassung von Alfred Möhrle, dass wir dringend einen Bundesverband Freier Berufe brauchen, aber wir brauchen einen funktionierenden und guten Bundesverband Freier Berufe. Damit beende ich jetzt meine Ausführungen, sonst wird es noch kritisch.

Nächster auf der Rednerliste ist der Kollege Stagge.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Ringen um die Finanzen ist mir nicht fremd. Ich bin Vorsitzender des Haushaltsausschusses unserer Kammer seit über zehn Jahren. Als Vorsitzender des Finanzausschusses unserer KV habe ich damals der KV Nordrhein vorgeschlagen – es war nicht meine Idee, aber wir haben es dann umgesetzt –, das so zu machen, wie es jetzt hier gemacht werden soll. Wir haben ausgesprochen schlechte Erfahrungen damit gemacht. Deswegen empfehle ich Ihnen, dem Antrag aus Nordrhein zuzustimmen.

Wir haben in der gesamten Standespolitik das große Problem der Legendenbildung. Da wird wer weiß was erzählt, was alles über die Geschäftsordnung usw. entschieden wird und falsch entschieden wird, was falsch gedacht wird. Das Wortprotokoll ist für unseren Stand wichtig.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Stagge. – Nächster Redner ist Herr Rütz.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sollten uns zwei Dinge aus dem Patientenrechtegesetz vor Augen führen. Das eine sind die

Dokumentationspflichten für die Ärzte, denen wir vielleicht doch nachkommen sollten. Das Zweite ist: Wir müssen den Patienten über sämtliche Wirkungen und Nebenwirkungen einer Therapie aufklären. Wenn Sie den Antrag IX-02 nicht positiv bescheiden, haben wir auf dem nächsten Ärztetag eine nach unserer Auffassung in Nordrhein nicht ausreichend gute Dokumentation des Ärztetages. Das müssen Sie halt wissen.

Der Beschluss ist zwar ausgabenwirksam, aber es muss dafür kein Nachtragshaushalt erstellt werden. Unsere Kollegen und Mitarbeiter aus der Finanzkommission der Bundesärztekammer und auch von Nordrhein haben gesagt: Wir machen einen Deckungsvorschlag. Der Deckungsvorschlag steht im Antrag. Deswegen kann man dem Antrag, damit wir ein Jahr Bedenkzeit haben, um eine bessere Lösung zu finden, ruhig zustimmen. Ich appelliere noch einmal an die Zustimmung zu diesem Antrag.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Rütz. – Herr Crusius hat mich eben darüber informiert, dass er seine Wortmeldung zurückzieht. Er wollte sich zum BFB und dem Beitrag von Alfred Möhrle melden. Er fühlt sich ausreichend wiedergegeben durch das, was ich dazu kommentierend gesagt habe.

Damit ist die Rednerliste erschöpft. Ich stelle das Ende der Aussprache zum Tagesordnungspunkt IX fest und bitte die Referenten, wenn sie es wünschen, zu Schlussworten.

Dr. Ensink MBA, Referent: Angesichts der fortgeschrittenen Zeit und des drohenden netten Abends kann man natürlich durchaus Politik machen, indem man die Leute klatschen lässt. Ich melde einfach meine Zweifel an, gerade wenn man eigentlich für den Erhalt eines Wortprotokolls eintritt, ob das Klatschen hinterher belastbar ist, wenn es um die Verteilung von Kosten und eventuell zusätzlichen Kosten geht. Ich bin wirklich nur derjenige, der nachher mitwirkt, die Zahlen zu aggregieren, aufzubereiten und Ihnen darzustellen. Ich möchte gar nicht pro oder kontra sprechen. Per Akklamation ausgabenwirksame Entscheidungen zu präformieren halte ich angesichts unserer absolut dringlichen Sparsituation für nicht probat. Sosehr ich die Begründung für viele dieser Punkte sehe: Ich denke, da braucht der Vorstand, da braucht das Präsidium, da brauche ich in der Finanzkommission eindeutige Entscheidungen des Deutschen Ärztetages, wobei Ihre Entscheidung nicht nur inhaltlich ist für eine Sache, sondern – das ist es, was ich vorhin gesagt habe – für eine Sache zu sein heißt entweder zu sagen, wo dann gespart werden muss, oder zu sagen: Wir akzeptieren damit die zusätzlichen Kosten. Beides, rechts herum und links herum gehen, wird nicht klappen. Dabei stolpert man.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Bernd Rochell.

Dr. Rochell, Referent: Herr Scholz, Sie hatten sich nach dem genauen Vorhaben erkundigt, was wir auch auf der Ertragsseite tun wollen. Der Deutsche Ärzte-Verlag befindet sich – Herr Ensink hatte dies angedeutet – in einem sehr umfassenden Restrukturierungsprozess, dessen auslösende Erwartung war, dass wir zwar eine problematische Entwicklung im Verlagswesen haben, dass aber der Deutsche Ärzte-Verlag keineswegs ein hoffnungsloser Fall ist, sondern durchaus unter geänderten Aufstellungen eine Chance hat, wieder in Gewinnzonen zurückzukehren. Sonst würde der ganze Aufwand hier auch nicht veranstaltet. Insofern sind wir doch guter Hoffnung, dass der Deutsche Ärzte-Verlag die Talsohle durchschreiten wird und wieder in eine Gewinnzone zurückkehren wird.

Es wäre sicherlich unseriös, zum jetzigen Zeitpunkt Gewinnausschüttungen in den künftigen Jahren mit einzurechnen. Es muss erst einmal die Konsolidierung erfolgen. Wenn tatsächlich Gewinne angehäuft werden, dann kann man wieder über deren Ausschüttung sprechen.

Zum Prozess der Aufgabenkritik kann ich Ihnen an dieser Stelle leider noch keine weiter gehenden Ergebnisse bieten, denn wir befinden uns mitten in diesem Prozess. Wir haben am 6. Februar mit der Vorstellung des Aufgabenportfolios erst einmal die Diskussion um das Instrumentarium begonnen. Das wird in der Haushaltsklausur fortgeführt, und zwar, wie gesagt, unter der ausdrücklichen Absicht, hier zu Ergebnissen für das Haushaltsjahr 2014/2015 zu kommen, wobei der Vorstand sicherlich die Prioritäten auf die inhaltliche Diskussion legt, aber die Kosten hierbei natürlich nicht außerhalb der Betrachtung sind. Wir können Ihnen erst dann über die Ergebnisse berichten, wenn diese Sitzungen stattgefunden haben.

Weiter gehend ist die Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung dabei, ein Instrumentarium der aufgabenbezogenen Kostenschätzung zu prüfen und zu entwickeln. Insofern werden wir auch da unser Instrumentarium bereitstellen, um die entsprechenden Kostenanalysen durchzuführen.

Letztendlich wird entscheidend sein – das zeigt gerade die Debatte wieder –: Wenn wir Positionen oder Aufgabenstellungen identifiziert haben, die möglicherweise eingespart werden können, die gestrichen werden können, die verlagert werden können an Landesärztekammern, muss man sicherlich erst einmal die Gesamtauswirkung auf das Gesamtsystem der Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern, also die Bundesärztekammer, und die Landesärztekammern abschätzen, bevor man tatsächlich weiß, ob man in die richtige Richtung geht. Insofern bedarf das sicherlich einer guten Vorbereitung.

Was die Immobilie anlangt: Wir hätten natürlich die Möglichkeit zu sagen: Das Bauteil D erwerben wir nicht. Wir haben nach hartem Ringen – dieses Angebot wurde uns ja schon einmal aufgekündigt – die Aussicht, das Bauteil D im zweiten Halbjahr 2013 erwerben zu können. Bisher haben wir eine Aufgabenentlastung noch nicht in dem Maße, dass man sagen kann: Wir können auf diese Immobilie verzichten. Wenn wir zu einem späteren Zeitpunkt zu der sicheren Perspektive kommen, dass wir hier noch Raumbedarf haben, wird man das nur zu entsprechend höheren Kosten einkaufen können. Insofern bitte ich auch hier um sorgfältige Abwägung, wie wir mit diesem Bauteil D umgehen. Wir sehen gerade, nachdem wir die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin eingerichtet haben, den unmittelbaren Bedarf, eine Etage zu besetzen. Wir konnten es glücklicherweise so regeln, dass diese Geschäftsstelle ab 2014 überhaupt nicht mehr zulasten der Bundesärztekammer finanziert wird, was die

Aufgaben der Prüfungs- und Überwachungskommission anlangt, die bisher ausschließlich durch die Bundesärztekammer finanziert worden sind, sondern dass die Finanzierung dann aus Mitteln der GKV erfolgt.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernd. – Damit können wir in die Abstimmung über die Anträge eintreten. Ich schlage Ihnen vor, dass wir uns zuerst mit dem Antrag IX-02 befassen. Er hätte noch Auswirkungen auf den Haushalt 2013/2014. Wir können uns anschließend eine Meinung über den Antrag IX-03 bilden. Er betrifft erst spätere Haushalte, wäre also für die Verabschiedung des heutigen Haushalts unbedenklich. Schließlich haben wir noch den Antrag IX-01, den wir mithilfe des Stimmkartenverfahrens abstimmen müssten. Er stellt die Abstimmung über den Haushaltsvoranschlag dar.

Ich rufe als Erstes den **Antrag IX-02** auf:

Stenografischer Wortbericht des Deutschen Ärztetages

Ich bitte diejenigen, die diesem Antrag zustimmen wollen, um das Kartenzeichen. – Ich bitte um die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen sodann zum **Antrag IX-03:**

Behebung des strukturellen Defizits in der Haushaltsplanung

Der Antragstext lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer dazu auf, in der Haushaltsplanung ab dem Geschäftsjahr 2014/2015 das strukturelle Defizit durch Senkung der Ausgaben zu beheben.

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Jetzt hat der Vorsitzende der Finanzkommission ums Wort gebeten. Bitte, Herr Kollege Ensink.

Dr. Ensink MBA, Referent: Entschuldigung, dass ich kurz den Präsidenten unterbrechen muss. Es ist nicht so, dass der Haushalt Sie durch die Umlage belastet. Ich möchte Ihnen jetzt eine vorbereitete Folie zeigen. Der Antrag aus Nordrhein lag uns ja vorher vor. Wir haben uns natürlich darauf vorbereitet. Die Aufwandspositionen 10 und 6, also die Ertragsposition und die Aufwandsposition, verändern sich durch das, was hier zum stenografischen Wortbericht beschlossen wurde, auch wenn wir das einer Rücklage entnehmen. Das heißt, auf der einen Seite haben wir höhere Erträge, wo wir sie der Rücklage entnehmen, und wir haben höhere Ausgaben. Wenn wir jetzt den Haushalt korrekt beschließen wollen, müssen wir über andere Summen entscheiden. Der Haushalt steigt von 18.544.000 Euro auf 18.589.000 Euro.

Sie sehen auch, dass sich das für die Vertragsposition 1, also die Umlage der Landesärztekammern, nicht auswirkt, weil wir es gegenfinanzieren. Aber Sie beschließen einen Haushalt in anderer Summe. Das muss Ihnen klar sein. Das wollte ich kurz ergänzen, damit Sie wissen, was Sie jetzt beschließen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Das heißt, der **Antrag IX-01** müsste von 18.544.000 Euro in 18.589.000 Euro geändert werden. Der Antragstext lautet jetzt also:

> *Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013-30.06.2014) in Höhe von 18.589.000,00 Euro wird genehmigt.*

Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Ein zögerliches Grün, aber ein Grün. – Berlin? – Rot. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Dann ist dieser Antrag mit 234 gegen 16 Stimmen **angenommen.** Damit gilt dieser Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014.

Meine Damen und Herren, ich möchte auf der einen Seite natürlich Bernd Rochell für seine verantwortungsvolle Geschäftsführung in der Bundesärztekammer danken,

(Beifall)

aber ganz besonders auf der anderen Seite Herrn Ensink, der als Vorsitzender der Finanzkommission wirklich eine ganz große Arbeit leistet,

(Beifall)

der das alles aber nicht tun könnte, wenn er nicht an seiner Seite – das gilt sowohl für Bernhard Rochell als auch für Herrn Ensink – unseren stellvertretenden Hauptgeschäftsführer Rainer Raabe mit seinem Mitarbeiter Bernd Zielesch zur Verfügung hätte. Ihnen gilt für die Sisyphusarbeit, diesen Haushalt aufzustellen, ein besonderer Applaus.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich weiß nicht, wie das mit dem Rauch in der Sixtinischen Kapelle ist. Wir haben noch 25 Minuten bis zum Ende unserer heutigen Sitzungszeit. Wir haben noch Folgendes zu erledigen: die Abstimmung über die Anträge zu Tagesordnungspunkt IV b) – da warten wir, bis die Beteiligten hier wieder erscheinen –, die Anträge zum Tätigkeitsbericht und die Wahl des Tagungsortes für den Deutschen Ärztetag 2015. Zur Wahl des Tagungsortes ist vorgesehen, einen Film einzuspeisen. Dafür braucht die Technik leider länger, sodass wir Ihnen das nicht spontan zeigen können.

Damit bleibt uns nur, jetzt den **Tagesordnungspunkt VI** weiter zu behandeln. Hier gibt es eine Fülle von Themen, die wir für Sie gegliedert haben, und zwar in alphabetischer Reihenfolge. Sie haben die entsprechenden Unterlagen bekommen. Bitte

reichen Sie Ihre Wortmeldungen mit hinzugefügtem Buchstaben je nach Themenkomplex ein.

Sie wissen, dass wir in der Vergangenheit manchmal ein besonderes Abstimmungsverfahren für diese Anträge hatten. Aber das müssen Sie selber beantragen und wir müssen dann darüber abstimmen. Ansonsten gehen wir in ganz normaler Reihenfolge durch diesen Tagesordnungspunkt.

Wir kommen zunächst zum Themenkomplex Arbeitsbedingungen. Hierbei handelt es sich um die Anträge VI-35 a, VI-35, VI-98, VI-55, VI-83 und VI-88.

Gibt es hierzu Wortmeldungen? – Das ist der Fall. Das Wort hat Frau Claudia Borelli aus der Bayerischen Landesärztekammer.

PD Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu meinen Anträgen 35, 35 a und 55. Antrag 35 a enthält eine Präzisierung zum Antrag 35, in dem wir den Ausbau bedarfsgerechter Kinderbetreuungseinrichtungen fordern. Wir fordern dies insbesondere für die Kliniken. Sie können also, wenn Sie niedergelassener Arzt sind, diesem Antrag gefahrlos zustimmen. Wir fordern das nicht für die Einzelpraxis.

Der Antrag 55 liegt mir sehr am Herzen. Es geht um Karriere trotz Teilzeit. Ich möchte ebenso wie die anderen Antragsteller, dass auf der Website der Bundesärztekammer ein Bereich geschaffen wird, wo man funktionierende Teilzeitmodelle auch in höheren Funktionen, wie Oberarzt, melden kann. Sehr häufig lautet ja das Argument eines Chefs, den die Kolleginnen und Kollegen ansprechen, wenn sie in Teilzeit einen Funktionsbereich leiten oder eine Oberarzttätigkeit ausüben wollen, dass dies nicht gehe. Das ist eine pauschale Absage und ich glaube, da ist es ganz wichtig, dass man auf der Website der Bundesärztekammer positive Modelle sammelt, damit man sich im Gespräch mit dem Chef darauf berufen und sagen kann: Aber an der Klinik XY funktioniert es.

Ich bitte Sie um Ihre Zustimmung. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie dies täten.

Danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Claudia. – Weitere Wortmeldungen zu diesem Konvolut habe ich nicht vorliegen, sodass ich das Ende der Aussprache zu diesem Themenkomplex feststelle. Wir kommen zur Abstimmung über die Anträge.

Über den Antrag 35 a brauchen wir eigentlich nicht abzustimmen, weil die Antragstellerin damit ihren Antrag 35 selber ändert. Der **Antrag VI-35** lautet in der geänderten Fassung:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen (Kliniken) auf …*

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! − Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit einer Gegenstimme und wenigen Enthaltungen mit überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Der **Antrag VI-98** befasst sich mit Ärztinnen in leitenden Positionen:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, Konzepte und Ideen zur Steigerung des Anteils von Ärztinnen in leitenden ärztlichen Positionen zu beschließen und öffentlich wirksam zu verbreiten.*

Das ist eine Aufgabe, die auch einmal die Verbände erfüllen können. Wenn ich mich hier umschaue, sehe ich auch eine ganze Menge männliches Potenzial.

Gibt es Wortmeldungen? – Herr Crusius möchte Vorstandsüberweisung beantragen.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das ist finanzrelevant. Wir haben eben über den Haushalt gesprochen. Das muss mit Geld unterlegt werden. Die öffentliche Verbreitung, Frau Müller-Dannecker, bewirkt Druckkosten. Deshalb bitte Vorstandsüberweisung.

Präsident Professor Dr. Montgomery: Vom Finanzbeauftragten des Vorstands wird Vorstandsüberweisung beantragt. Es ist seine Pflicht, darauf hinzuweisen, wenn er das als Gefahr ansieht. Sie müssen sich darüber eine Meinung bilden. – Wer möchte dagegensprechen? – Frau Müller-Dannecker.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich spreche selbstverständlich dagegen, weil ich ja nicht meine, dass wir Marketingkampagnen durchführen sollen, sondern dass wir unsere Meinung beispielsweise über unseren Präsidenten, der ja sehr medienwirksam auftritt, und auch mit anderen Möglichkeiten in die Öffentlichkeit tragen. Das kostet erst einmal gar kein Geld. Zunächst geht es um unser Brainstorming.

Ich bitte Sie, dem Antrag zuzustimmen. Wir sind ja in der Lage, uns selbst eine Meinung darüber zu bilden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Es ist der Antrag auf Überweisung des Antrags VI-98 an den Vorstand gestellt. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Die Gegenprobe! – Die große Mehrheit. Enthaltungen? − Dann bilden wir uns eine Meinung über den Antrag selbst. Wer ihm zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Enthaltungen mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-55:**

> *Karriere trotz Teilzeit*

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-83:**

Arztberuf und Familie

Der Antragstext lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, das Buch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ neu aufzulegen und interessierten Chefärztinnen und Chefärzten oder Praxisinhabern zur Verfügung zu stellen.

Hierfür gilt nun wirklich der Vorbehalt der Finanzrelevanz. Deswegen wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-88:**

Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit

Es geht um eine Arbeitsplatzgarantie und eine Freistellungsverpflichtung. Herr Voigt hat dazu bereits gesprochen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe bitte. – Enthaltungen? – Dann haben wir den Antrag einstimmig **angenommen.**

Damit ist der Themenblock Arbeitsbedingungen abgeschlossen. Wir kommen jetzt zum Bereich Arbeitsmedizin. Hierzu liegen Ihnen die Anträge VI-04, VI-93 und VI-94 vor. – Zu diesem Konvolut zu Wort gemeldet hat sich Herr Dr. Dietmar Groß aus der Landesärztekammer Brandenburg.

MR Dr. Groß, Brandenburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Geehrtes Präsidium! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Heute ist der vorletzte Tag eines tollen Ärztetages mit mehr als 200 lebhaften und kreativen Beiträgen aus allen Fachgebieten. Es ist mir ein Bedürfnis, der Landesärztekammer Niedersachsen für die hervorragenden Arbeitsbedingungen zu danken, bevor das vergessen wird.

(Beifall)

Leider fehlte die Wortmeldung eines ganz besonderen Fachgebiets, mit dem fast alle Kollegen Schnittstellen haben – besser gesagt: haben sollten –, nämlich der Arbeitsmedizin. Ich will das in der gebotenen Kürze – denn wir wollen alle noch gegen die Torwand schießen – nachholen.

Ich bitte Sie um Ihre Aufmerksamkeit für die Anträge VI-93 und VI-94. Beim Antrag 93 geht es um die Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten bei der teilweise äußerst schwierigen Aufgabe der Eingliederung Kranker, insbesondere psychisch Kranker, in den Arbeitsprozess. Wir Betriebsärzte würden dabei die Lotsenfunktion übernehmen, wovon ich ja schon in Nürnberg gesprochen habe. Es würde mich freuen, wenn Sie diesem Antrag zustimmen könnten.

Der Antrag VI-94 zeigt den dringenden Regelungsbedarf bei Eignungs-und Tauglichkeitsuntersuchungen. Insbesondere wenn es sich um Fremdgefährdung wie Absturzrisiko und Fahr- und Steuertätigkeiten handelt, haben wir im Moment keine Rechtssicherheit.

Ich bitte Sie, nun rechtsverbindliche Regelungen vom Verordnungsgeber zu fordern. Ich bitte Sie, den Antrag 94 an den Vorstand zu überweisen.

Herzlichen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Groß. – Weitere Wortmeldungen liegen mir hier nicht vor. Damit stelle ich Schluss der Aussprache zum Unterpunkt Arbeitsmedizin fest. Wir können in die Abstimmung über die Anträge eintreten.

Ihnen liegt der **Antrag VI-06** des Vorstands vor. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Der eben von Herrn Groß dargestellte **Antrag VI-93** ist überschrieben:

Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement/Arbeitsmedizin

Wer dem zuzustimmen wünscht, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-94** mit dem Titel:

Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen – dringender Regelungsbedarf/ Arbeitsmedizin

Herr Groß hat selber Vorstandsüberweisung beantragt. Dann wird er wohl auch nicht dagegensprechen wollen. Damit können wir uns der Vorstandsüberweisung nähern. Ich frage: Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Keiner. Dann ist der Antrag einstimmig **an den Vorstand überwiesen.**

Zum Konvolut Arbeitsmedizin liegen keine weiteren Anträge vor. Wir kommen nun zum Komplex Arzneimittel/Medizinprodukte/BtM (Substitutionsbehandlung). Dieser Komplex umfasst viele Anträge, sodass ich sie jetzt nicht im Einzelnen nennen möchte.

Wer möchte zu diesem Konvolut sprechen? – Frau Lux, bitte.

Dr. Lux, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zur Substitutionsbehandlung. Wir haben in Bayern enorme Probleme mit den Justizbehörden, weil die rechtlichen Rahmenbedingungen derzeit unsere Kollegen kriminalisieren und die Patientenbehandlung behindern. Substitution ist eine äußerst effektive Behandlung, von ihrer Effektivität her eigentlich besser als die Behandlung des Diabetes. Trotzdem wird sie durch die bestehenden Gesetze massiv erschwert.

Sie werden sich ein bisschen wundern, dass die Anträge sehr vielfältig sind. Sie richten sich an verschiedene Adressaten. Ich bitte Sie, diesen Anträgen mit großer Mehrheit zuzustimmen, damit Sie unseren Kollegen vielleicht die Möglichkeit geben, die Substitution weiterzuführen, und ihnen den Rücken stärken und sie damit unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Heidemarie Lux. – Dr. Gerald Quitterer aus Bayern ist der nächste Redner.

Dr. Quitterer, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich schließe mich meiner Vorrednerin an. Auch ich möchte zu den Anträgen sprechen, die in die Richtung Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und Rechtssicherheit für substituierende Ärzte gehen. Das Ganze hat einen Aufhänger aus dem Bezirk Niederbayern, wo infolge der Approbationsrücknahme durch die Regierung bei einer Kollegin, die durch Beigebrauch substituiert hat, die Situation entstanden ist, dass die Kollegen aus Angst, Ähnliches zu erfahren, zunächst an die KV herangetreten sind mit der Bitte, sich des Themas anzunehmen und hier für Rechtssicherheit zu sorgen. Das haben wir vonseiten der Kammer gern aufgegriffen und diese Anträge aus Bayern gestellt, für die substituierenden Kolleginnen und Kollegen Rechtssicherheit zu schaffen. Bei einem Verdacht auf Verstöße soll nicht gleich die Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden, sondern die Qualitätssicherungskommission der Landesärztekammer. Ferner soll eine Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung dahin gehend erfolgen, dass die Sicherheit der Substitution unter Beigebrauch für die Kolleginnen und Kollegen wiederhergestellt wird, oder auch eine Änderung dahin gehend, dass diese Abschnitte aus der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung direkt herausgenommen und in Richtlinien der Bundesärztekammer selbst geregelt werden.

Ich bitte Sie um Zustimmung zu diesen Anträgen, die wichtig sind, um die Kolleginnen und Kollegen draußen in dieser wichtigen Tätigkeit weiterhin zu unterstützen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Quitterer. – Nächster Redner ist Christoph von Ascheraden aus dem Vorstand.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Thema ist von einer solchen Wichtigkeit und Brisanz, dass ich Sie als Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer für einen Augenblick um Aufmerksamkeit bitte. Die substitutionsgestützte Therapie von Drogenabhängigen hat sich in den letzten 20 Jahren als eine sehr wirksame, als eine qualitativ hochstehende, international anerkannte und wissenschaftlich gestützte Therapie entwickelt. Es sind etwa 77.000 Patientinnen und Pati-

enten über die GKV und eine Anzahl X – man vermutet vielleicht 15.000 bis 20.000 – auf privater Basis in Substitutionsbehandlung.

Die harten Kennziffern, die immer gefordert werden, sprechen eindeutig dafür. Die Zahl der Drogentoten ist im letzten Jahr auf einen Tiefstand in den letzten 16 Jahren zurückgegangen. Wir haben eine deutliche Verbesserung der Situation in unseren Großstädten, was offene Szenen anlangt, was die Therapiemöglichkeit bei Hepatitis C anlangt, was die Einschränkung der HIV-Ausbreitung über Needle Sharing anlangt. Wir können in dieser schwierigen Situation mit sehr guten Daten aufwarten.

Durch verschiedene Umstände ist allerdings die flächendeckende Versorgung der substitutionsgestützten Therapie gefährdet. Einer dieser Punkte wurde angesprochen: Es ist der enge rechtliche Rahmen über das Betäubungsmittelgesetz und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. Hier handelt es sich um zwei Rechtsgrundsätze, die einmal entwickelt wurden, um die Gesellschaft zu schützen vor dem illegalen Erwerb und Gebrauch, also dem Schwarzmarkt, und einer Drogenszene. Zum Zeitpunkt ihrer Formulierung gab es keine erlaubte substitutionsgestützte Therapie. Die strafrechtliche Androhung auch für geringgradige Therapiefehler, wie ich sagen möchte, ist bis heute nicht aus der Welt geschafft worden. Sie wird in vielen Bereichen der Republik nicht umgesetzt, aber in einigen doch. Bayern ist ein Beispiel dafür.

Unser Bestreben ist – wir sind hier in einem intensiven Meinungsaustausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit –, die Therapie aus der Strafandrohung herauszunehmen. Therapie muss nach Qualitätssicherungsmaßnahmen – wir haben dafür entsprechende Kommissionen – nach dem Berufsrecht, wenn Verstöße vorliegen, beurteilt werden und nicht nach dem Strafrecht. Das Strafrecht muss dann greifen, wenn ein illegaler Drogenhandel und eine entsprechende Verbreitung von illegalen Drogen zum Dealen stattfinden. Das hat aber mit der Therapie nichts zu tun.

Ich bitte Sie, die Anträge 41 bis 43 von den bayerischen Kollegen zu unterstützen. Sie sind von der Materie her etwas schwierig nachzuvollziehen, aber unterstützen Sie die Anträge bitte. Sie sollten sie nicht an den Vorstand überweisen. Das ist mit dem Ausschuss abgesprochen. Wir brauchen für die weiteren Verhandlungen und für eine öffentliche Diskussion eine gute und breite Unterstützung dieses Plenums. Darum möchte ich Sie bitten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christoph von Ascheraden. – Bevor der nächste Redner das Wort erhält, habe ich Ihnen eine erfreuliche Mitteilung zu machen. Ich bin eben angerufen worden, dass in der Kapelle der Rauch, der aus dem Schornstein kommt, offensichtlich weiß ist.

(Beifall)

Soweit ich weiß, ist der Text, der dort erarbeitet worden ist, auf dem Weg in die Druckerei, um umgedruckt und Ihnen allen vorgelegt zu werden. Ich hoffe, dass der Text sehr schnell kommt, kann es aber nicht garantieren, weil ich auch nicht weiß, in welcher Fassung der Text erst einmal geliefert wird.

Meine Frage ist: Wollen wir jetzt lieber noch eine halbe Stunde weitermachen?

(Zurufe: Nein!)

− Dann würden wir morgen früh damit anfangen und jetzt noch die restlichen Wortmeldungen und die Anträge zu dem Konvolut Arzneimittel/Medizinprodukte/BtM (Substitutionsbehandlung) abwickeln.

Ich rate Ihnen allen, so lange hierzubleiben, bis Sie den Antrag mitnehmen können. Dann können Sie ihn in Ruhe heute Abend bei der Veranstaltung lesen und studieren, wenn Sie wollen, oder auch davor oder danach, was immer Sie vorhaben. Dann würden wir morgen früh um 9 Uhr mit diesem Tagesordnungspunkt anfangen. Der Antrag wird auch online verfügbar gemacht, sodass auch diese Variante benutzt werden kann.

Der nächste Redner ist Herr Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 49 für ein strengeres Zulassungsverfahren für Medizinprodukte. Sie wissen vielleicht, dass es zurzeit eine konzertierte Aktion von Wissenschaftlern gibt, die versucht, auf die neuen EU-Richtlinien zur Zulassung von Medizinprodukten Einfluss zu nehmen. Sie wissen auch, dass die ganze Geschichte in der Öffentlichkeit anhand des Brustimplantatskandals sehr breit diskutiert wird, wobei man natürlich sagen muss, dass dieser Skandal eigentlich weniger mit der Zulassung als mit krimineller Tätigkeit zu tun hat.

Ich glaube, wir sollten ganz klar sagen, dass Medizinprodukte der Klasse 3 einfach schärfere Zulassungsbedingungen brauchen, als es bisher der Fall ist. Eine einfache CE-Zertifizierung reicht nicht aus. Es reicht also meiner Meinung nach für einen Schrittmacher nicht aus, dass man nachweist, dass er nicht explodiert, wenn er eingebaut wird. Es sollte schon Wirksamkeitsnachweise geben. Deshalb der Antrag, dass man die Zulassungsbedingungen verschärft. Ich sage nicht, dass man sie mit den Arzneimitteln gleich macht – das ist sicherlich nicht möglich –, sondern dass man sie ähnlich wie bei den Arzneimitteln macht und zentral regelt. Ich habe es sehr breit formuliert, sodass in der Ausgestaltung dieses Antrags sicherlich sehr viele Möglichkeiten sowohl für die Bundesärztekammer als auch für die Politik bestehen.

Ich denke, so etwas sollte hier ein Selbstläufer sein.

Ich bedanke mich.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dietrich. – Nächster Redner ist Herr Kollege Lorenzen aus Baden-Württemberg.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte Sie auf den Antrag VI-102 aufmerksam machen, der sich auf dasselbe Gebiet, zu dem der Kollege von Ascheraden vorgetragen hat, bezieht. In dem Moment, da wir sagen, die Rechtsbedingungen müssten geändert werden, hat dies zur Folge,

dass sich die Ärzteschaft mehr in die Qualitätssicherung einbindet. Bisher wurde die Qualitätssicherung von Gerichten gestaltet; wir fanden das relativ schlecht. Wir denken, dass die Selbstverwaltung dazu besser in der Lage ist. Aber sie muss dazu in die Lage versetzt werden, dass auch zu können.

Das ist von mir relativ allgemein formuliert, dass die Rahmenbedingungen verändert werden müssen. Das bedeutet, dass Forderungen sowohl an die Politik als auch an die Kammern zu stellen sind. Wir haben in den letzten Jahren neue Richtlinien bekommen. Sie haben für uns die Grundlage geschaffen. Wir brauchen aber auch Rahmenbedingungen, um die Qualität unserer Arbeit verfolgen zu können.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lorenzen. – Damit ist die Rednerliste zu diesem Abschnitt erschöpft. Ich stelle Ende der Aussprache hierzu fest und rufe die entsprechenden Anträge auf. Wir beginnen mit dem **Antrag VI-13** vom Vorstand der Bundesärztekammer zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Wer ist etwa gegen diesen Antrag? – Wer ist dafür? – Wer möchte sich enthalten? – Dann ist dieser Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-105** von Privatdozent Dr. Andreas Scholz aus Hessen:

> *Verbesserungen zur Steigerung der Meldungen von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen*

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-84:**

> *Registrierung und Offenlegung aller klinischen Studien*

Wer ist für diesen Antrag? – Bitte die Gegenprobe. – Niemand. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-65:**

> *Unbedingte Beibehaltung der Tätigkeit von unabhängigen Ethikkommissionen bei der Prüfung klinischer Studien*

Wer ist für diesen Antrag? – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-63:**

> *Klarstellung von § 34 Abs. 1 Nr. 3 Apothekenbetriebsordnung*

(Zuruf)

− Es wird Vorstandsüberweisung von Frau Müller-Dannecker beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Eine große Anzahl. Wer ist dage-

gen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-49:**

Zulassung von Medizinprodukten

(Zuruf)

− Hans Ramm hat Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht Herr Dietrich oder ein anderer dagegenzusprechen?

(Zuruf: Ich bin gegen Vorstandsüberweisung!
Der Antrag sollte positiv beschieden werden! – Beifall)

− Es hat einer dafür, einer dagegengesprochen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die große Mehrheit. Damit ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt. Ich frage also: Wer ist für diesen Antrag? – Einige. Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Der **Antrag VI-43** ist von den Antragstellern **zurückgezogen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-41:**

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung behindert adäquate Patientenversorgung

Wer dem zuzustimmen wünscht, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-102:**

Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung in der Substitution Opiatabhängiger in der Selbstverwaltung

Wer dafür ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-46:**

Opiatabhängige sind krank und bedürfen ärztlicher Hilfe – Keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-51:**

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist nicht praktikabel – keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Wer möchte diesen Antrag positiv bescheiden? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-54:**

Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Der nächste Antrag ist der **Antrag VI-50:**

Appell an alle Landesärztekammern, das dringende Anliegen der Substitutionsbehandlung zu unterstützen

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Der Antrag ist einstimmig bei einigen Enthaltungen **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VI-53:**

Gesundheitsminister der Länder mögen sich für eine Aktualisierung des Rechts im Bereich der Substitutionsbehandlung einsetzen

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Einer. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-42:**

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) – Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesärztekammer

Ist etwa jemand dagegen? – Enthaltungen? – Dann haben Sie das einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-64:**

Fentanyl-Screeningtests

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Meine Damen und Herren, damit haben wir die Anträge zum Tagesordnungspunkt VI in dem Themenkomplex Arzneimittel/Medizinprodukte/BtM (Substitutionsbehandlung) abgestimmt. Ich schlage Ihnen vor, dass wir die Sitzung an dieser Stelle unterbrechen. Mir ist angekündigt worden, dass jetzt die Gruppe, die sich um einen Kompromissantrag bemüht hat, fertig sei und eigentlich eingetroffen sein müsste. Es kann sich nur noch um Sekunden handeln. Dann könnten Sie den Antrag noch schriftlich umgedruckt mitnehmen. Im Netz werden Sie ihn mit Sicherheit finden, sobald er geschrieben ist.

Ich höre jetzt, dass wir nur eine Vorläuferversion haben, dass es noch Telefonbedarf mit Berlin gibt. Sie finden es nachher im Netz.

Wir fangen morgen früh mit diesem Thema an. Ich wünsche Ihnen einen tollen Abend. Heute Abend dreht sich alles um den Fußball. Schönen Abend und bis morgen früh!

4. Tag, Freitag, 31. Mai 2013
Nur Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir setzen unsere Beratungen fort. Als Erstes sind wie immer ganz herzlich unsere Ehrenpräsidenten zu begrüßen, die ich zwar beide noch nicht sehe, die aber vielleicht im Raum sind. Herzlich willkommen, Heyo Eckel, Ehrenpräsident des diesjährigen Ärztetages, und Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer.

(Beifall)

Nun hat zu meinem großen Erstaunen die Vizepräsidentin ums Wort gebeten.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ihnen liegt ein Antrag zur Geschäftsordnung vor, der den Titel trägt:

TOP LXI – Herzlichen Glückwunsch!

Der Text lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 weist die Bundesregierung, die Politik, Selbstverwaltung, Medien, Öffentlichkeit und sich selbst darauf hin, dass schon wieder ein Jahr vergangen ist und der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Frank Ulrich Montgomery, trotzdem nicht älter geworden zu sein scheint.

(Beifall)

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 wünscht seinem Präsidenten von Herzen alles Gute, viel Erfolg, Gesundheit, Glück und Zufriedenheit für sein neues Lebensjahr und stimmt folgendes Lied an: „Viel Glück und viel Segen auf all deinen Wegen, Gesundheit und Frohsinn sei auch mit dabei!“

Wir erheben uns und stimmen dieses Lied an.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich danke Ihnen sehr. Ich freue mich sehr über die freundlichen Glückwünsche, habe allerdings den Moment verflucht, als meine Mutter sich entschlossen hat, mich mit einem Geburtsdatum zu versehen, das immer auf den Deutschen Ärztetag fällt.

(Heiterkeit)

Ich danke Ihnen trotzdem sehr herzlich.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Meine Damen und Herren! Sie dürfen sich jetzt wieder hinsetzen.

(Zuruf: Sekt für alle!)

Besser als ein Onkel, der nur Klavier spielt, ist eine Tante, die auch Geschenke bringt. Damit du diesen Ärztetag nicht mit leeren Händen verlässt, haben wir dir ein kleines Geschenk mitgebracht. Zunächst darf ich dir diesen Blumenstrauß überreichen.

(Beifall)

Dr. Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Lieber Monti, der Onkel kommt auch noch mit Geschenken. Du bist ja ein Liebhaber edler Tropfen. Aber gestern haben wir bei den Haushaltsberatungen beschlossen, dass wir unser strukturiertes Defizit selber abbauen müssen. Deshalb reicht es nur für einen Traubensaft. Aber ich habe hier noch etwas in Reserve: Wenn der Vorstand seine restlichen Unterschriften zur Freigabe geleistet hat, gibt es auch noch einen schönen Wein dazu.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank. Und jetzt müssen wir arbeiten.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich kann den Dank direkt an Martina Wenker und ihre Truppe aus Niedersachsen weiterreichen, die uns gestern einen fantastischen Abend vorbereitet und gestaltet haben. Ich glaube, Sie alle stimmen mit mir überein, dass das gestern Abend toll war.

(Beifall)

Ich gestehe, dass ich zum ersten Mal in meinem Leben in einer solchen VIP-Lounge war. Ich weiß gar nicht, wozu man noch Fußball braucht, wenn man so etwas hat. Einige haben sich ja auch ausgesprochen intensiv mit den Tischkickern befasst. Es war ein toller Abend. Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Jetzt habe ich ganz kurz mit Ihnen den Vorschlag zu besprechen, wie wir die heutige Tagesordnung abhandeln. Wir werden jetzt mit dem Tagesordnungspunkt X beginnen, der Wahl des Tagungsortes für den Deutschen Ärztetag 2015. Wir müssen dazu einen Film einspielen. Das bedarf der Vorbereitung. Diese ist jetzt abgeschlossen, sodass wir den Film gleich zeigen können.

Danach würde ich mit Ihnen gern in die Behandlung der Anträge zum Tagesordnungspunkt IV b) – Ambulante Weiterbildung – eintreten und danach den gesamten noch übrig gebliebenen Teil zum Tagesordnungspunkt VI – Tätigkeitsbericht – behandeln.

Sie haben auf Ihren Tischen eine Liste liegen – oder Sie werden sie gleich erhalten −, die nicht nur die Aufzählung der einzelnen Themengebiete enthält, die wir behandeln, sondern auch noch die Zuordnung eines jeden Antrags von der numerischen Seite her gesehen zu den einzelnen Punkten. So wissen Sie, wenn Sie sich zu einzelnen Punkten melden wollen, zu welchem Punkt Sie eine Wortmeldung abgeben sollten. Das ist von der Geschäftsführung zur Erleichterung Ihrer Arbeit hergestellt worden.

Es wäre für die Wortmeldungen zum Tätigkeitsbericht sehr gut und wichtig, wenn Sie den Themenkomplex auf den Wortmeldezettel schreiben, weil das die Zuordnung der Wortmeldungen zu den einzelnen Themenkomplexen erleichtert.

Ich rufe nunmehr den **Tagesordnungspunkt X** auf:

Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015

Ich bitte nun den Präsidenten der Landesärztekammer Hessen, Herrn Kollegen Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, uns zu berichten, wo, wann und wie der Deutsche Ärztetag 2015 stattfinden soll.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident, liebes Geburtstagskind! Auch von Hessen noch einmal einen ganz herzlichen Glückwunsch. Liebe Kolleginnen und Kollegen!

(Filmeinspielung)

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 17. November 2012 die Geschäftsführung beauftragt zu prüfen, ob der 118. Deutsche Ärztetag 2015 in Frankfurt am Main stattfinden kann.

Im Ergebnis dieser Prüfung hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 17. Januar 2013 beschlossen, den Delegierten des 116. Deutschen Ärztetages als Tagungsort für den 118. Deutschen Ärztetag vom 12. bis zum 15. Mai 2015 Frankfurt am Main vorzuschlagen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es gab bereits 1960 einen außerordentlichen Deutschen Ärztetag in Hessen. Der 91. Deutsche Ärztetag hat 1988 in Frankfurt stattgefunden. Die Landesärztekammer Hessen hat 33.272 Mitglieder. Davon sind allein 5.121 Ärztinnen und Ärzte in der Stadt Frankfurt tätig. Davon arbeiten 1.640 im ambulanten Sektor und 2.532 in stationären Einrichtungen. Der Rest entfällt auf Ruheständler und Behörden.

Wir begrüßen Sie sehr gern 2015 in Frankfurt. Vorab bekommen Sie als Verlockung einen süßen Gruß in Form einer Tischvorlage. Sie können ihn gern genießen und sollen sich auf uns freuen. Wir freuen uns auf Sie. Willkommen 2015 in Frankfurt!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Gottfried. – Ich teile Ihnen mit, dass der Vorstand der Bundesärztekammer am 17. November 2012 die Geschäfts-

führung beauftragt hat zu prüfen, ob der 118. Deutsche Ärztetag 2015 in Frankfurt am Main stattfinden kann.

Im Ergebnis dieser Prüfung hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 17. Januar 2013 beschlossen, den Delegierten des 116. Deutschen Ärztetages als Tagungsort für den 118. Deutschen Ärztetag vom 12. bis zum 15. Mai 2015 Frankfurt am Main vorzuschlagen.

Dazu eröffne ich jetzt die Diskussion und teile Ihnen zugleich mit, dass es hierzu neben dem Antrag X-01 von Klaus Thierse aus Berlin den Antrag X-02 gibt:

> *Die Wahl des Tagungsortes für den Deutschen Ärztetag erfolgt zwei bis drei Jahre im Voraus, ehe alle Verträge bereits geschlossen sind.*

Die Begründung lautet:

> *Das derzeitige Prozedere ein Jahr vorher ist eine Bestätigung, aber keine Wahl!*

Meine Damen und Herren, um es klar zu sagen: Die Wahl des Tagungsortes läuft, wenn Sie sich die Beschlussdaten des Vorstands ansehen, natürlich sehr viel länger. In der Regel sind wir fünf bis sechs Jahre im Voraus damit befasst, auch intern im Vorstand, zu sehen, welches Bundesland oder welche Stadt an der Reihe wäre. Dann werden dort die Möglichkeiten geprüft, ob es überhaupt geht. Es gibt Städte wie beispielsweise Berlin oder Hamburg, bei denen man zehn Jahre im Voraus buchen muss, weil zu dem entsprechenden Zeitpunkt alle großen Hallen belegt sind.

Dies alles wird vorher abgeprüft. Erst wenn in den Verhandlungen endgültig klar ist, dass es klappt und finanziell möglich ist, entscheidet der Vorstand darüber, ob es Ihnen vorgeschlagen wird. Nicht einer dieser Verträge ist rechtsgültig unterschrieben, bevor Sie beschlossen haben. Wir haben mit Frankfurt Optionen, wir haben Letters of Intent, aber wir haben keine fertig unterschriebenen Verträge. Ich sage das, um eventuelle Irrtümer auszuräumen. Deswegen wäre es für uns völlig unproblematisch, Sie zwei oder drei Jahre zuvor entscheiden zu lassen, in welchen Ort Sie wollen. Die Verträge unterschreiben wir wirklich erst in der letzten Sekunde. Wir verhandeln übrigens auch mit dem Hinweis darauf, dass Sie dem immer noch zustimmen müssen, bis zur letzten Sekunde, und zwar ziemlich hart. Darin sind unsere Verhandler erfahren.

Ich würde mich eigentlich nicht wundern, wenn Herr Thierse, nachdem er diese Informationen bekommen hat, seinen Antrag zurückziehen könnte, weil er das Verfahren insgesamt nicht erleichtert und vor allem nicht verbilligt. Vielleicht überlegt Herr Thierse das, bevor wir darüber abstimmen.

Wünschen Sie, zum Tagungsort zu diskutieren? – Nein. Dann kann ich jetzt den **Antrag X-01** zur Abstimmung stellen. Wer ist für die Wahl Frankfurts als Tagungsort für den 118. Deutschen Ärztetag? – Die Gegenprobe! – Keiner. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Ich rufe jetzt den **Antrag X-02** auf. Der Antragsteller hat dazu ums Wort gebeten.

Dr. Thierse, Berlin: Herr Präsident, wenn Sie das als Selbstverpflichtung auffassen, uns früher zu informieren, gegebenenfalls auch über die Kandidaten, bin ich gern bereit, meinen Antrag zurückzuziehen, denn dann hat er seinen Zweck erfüllt.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich bin nicht sicher, dass wir gut beraten wären, Ihnen hier Alternativen vorzustellen und Sie unter den Alternativen auswählen dürften. Dann hätten wir extrem schwierige Verhandlungspositionen. Es wird immer vorbereitet auf eine einzige Stadt. Sie haben noch nie unter mehreren Städten auswählen können. Sie haben immer nur bestätigen können, was in schwierigsten Verhandlungen – es geht um Millionen; darüber muss man sich im Klaren sein – ausgehandelt worden ist.

Wir werden versuchen, Ihnen in Zukunft ein Jahr früher die Möglichkeit zu geben. Das können wir zusichern. Aber eine Auswahl unter mehreren Möglichkeiten würde das extrem verkomplizieren und verteuern.

Dr. Thierse, Berlin: Das ist wie bei manchen Wahlen von Vorsitzenden, wo bekanntermaßen auch nur einer zur Wahl steht. Trotzdem sollte man Alternativen offenhalten.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Um Ihrem Wunsch nachzukommen, kann ich Ihnen sagen, welche Städte momentan in der Planung sind: Nach Frankfurt 2015 führen wir jetzt Verhandlungen mit Hamburg für 2016, mit Freiburg für 2017 und mit Erfurt für 2018. Das ist momentan die Planung. Da laufen die Verhandlungen mit den entsprechenden Hallen.

Wenn ich es richtig verstanden habe, brauchen wir über den Antrag X-02 nicht abzustimmen, denn er ist **zurückgezogen.**

Wir können feststellen, dass der Tagesordnungspunkt X abgehandelt ist. Ich bedanke mich noch einmal bei Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, dass er diese Aufgabe übernommen hat, und bin sicher, dass sein Team in Frankfurt das mit uns zusammen professionell und gut erledigen wird.

(Beifall)

Wir treten jetzt wieder in den **Tagesordnungspunkt IV b)** ein. Bevor wir das tun, würde ich gern einen Fehler, der mir bei der Behandlung der Anträge gestern unterlaufen ist, mit Ihnen besprechen. Sie erinnern sich vielleicht an den Antrag IV-23 zur Rehabilitation in der fachärztlichen Weiterbildung. Das war ein Antrag, den wir hier auszählen mussten. Wir haben diesen Antrag ausgezählt und es gab ein positives Votum für die Frage. Die Frage, die ich Ihnen gestellt hatte, lautete: Wer ist für diesen Antrag und wer ist dagegen? Sie haben dann für diesen Antrag gestimmt. Ich habe aber – und das ist dem Protokollanten aufgefallen – hinterher gesagt: Damit ist dieser Antrag an den Vorstand überwiesen. Das war falsch. Der Antrag ist nicht an

den Vorstand überwiesen worden, sondern Sie haben den Antrag direkt angenommen.

Ich glaube, darüber brauchen wir jetzt nicht noch einmal abzustimmen. Ich sage das nur zur Information, damit wir es für das Protokoll richtiggestellt haben. Das passiert leider einmal, wenn man so viele Anträge nacheinander abarbeitet.

Wenn Sie so damit einverstanden sind, könnten wir jetzt in den Tagesordnungspunkt IV b) eintreten. Eigentlich hatten wir schon Schluss der Debatte beschlossen und waren durch. Nun hat es einen neuen Antrag IV-38 neu gegeben, der gestern von einer ganzen Reihe von Persönlichkeiten ausgehandelt wurde. Die Bundesärztekammer war als Moderator dabei. Ich möchte an dieser Stelle ganz besonders Theo Windhorst dafür danken, dass er diese Aufgabe für uns übernommen und gestern die Moderation zwischen den einzelnen Personen bewältigt hat. Ich glaube, die Tatsache, dass wir zu einem Ergebnis gekommen sind, das wir Ihnen heute präsentieren können, ist ganz entscheidend auch auf seine Leistung zurückzuführen. Vielen Dank, Theo.

(Beifall)

Ich schlage vor, dass wir eine Rednerliste wieder eröffnen. Ich bitte darum, dass sich diese nur auf die Kernanträge beschränkt, nämlich auf den Antrag 38 neu und den entsprechenden Vorstandsantrag 03. Vielleicht als Erster aus dem Vorstand der KBV der Kollege Dr. Windau. Wir haben zum Tagesordnungspunkt IV eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen. Sie gilt auch hierfür.

Herr Windau, Sie haben jetzt die Gelegenheit, den Antrag darzustellen.

Dr. Windau, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Sie hatten uns den Auftrag gegeben zu versuchen, eine mehrheitsfähige Kompromisslösung zu finden, damit wir hier zu einem guten Signal nach außen kommen können. Wir haben es versucht und haben es auch, denke ich, erreicht. Zunächst darf ich kurz etwas zum Antragsprozedere sagen. Einige Kollegen, die als Antragsteller beim Antrag 38 aufgeführt sind, stehen nicht mehr auf dem Antrag 38 neu. Das hat nichts damit zu tun, dass sie etwa zurückgezogen hätten, sondern es ist einfach eine Geschäftsordnungsfrage. Weil einige Kollegen zu dem Zeitpunkt, als der Antrag 38 neu gestellt wurde, nicht mehr Delegierte waren, können sie also nicht aufgeführt werden.

Ferner ist Herr Dr. Fischbach aus Nordrhein auch einer der Antragsteller beim Antrag 38 neu.

Teilnehmer an der Runde, die dieses Papier, das Ihnen jetzt vorliegt, ausgearbeitet hat, waren Herr Gehle, Herr Botzlar und Herr Henke vonseiten des Marburger Bunds, Herr Wesiack vonseiten des BDI, vonseiten des BDA Herr Weigeldt und Herr Reinhardt vonseiten des Hartmannbunds. Von der KBV her waren es Herr Metke – er ist allerdings auch Delegierter und konnte deshalb hier mitsprechen –, Frau Feldmann, die heute wegen einer wichtigen Verhandlung in Berlin nicht mehr anwesend sein kann – sie hat allerdings nicht als Delegierte mitgewirkt –, als Antragsteller Herr Dr. Heinrich, gleichzeitig in Vertretung des NAV-Virchow-Bunds, und ich.

Wie sind wir vorgegangen? Der MB hatte freundlicherweise im Sinne der Kompromissfindung den Teilnehmern an der Verhandlungsrunde gestern Morgen ein Positionspapier gegeben, in dem wichtige Positionen formuliert waren, die wir im Rahmen dessen, was möglich war, in den Antrag übernommen haben. Wir haben also keinen völlig neuen Antrag auf Basis dieses Positionspapiers formuliert, sondern diese Positionen eingebaut.

Wir sollten uns bei der Diskussion dieser Dinge, die wir Ihnen hier vorlegen, immer vergegenwärtigen, dass Geschäftsgrundlage natürlich immer der Antrag IV-03, also der Hauptantrag der Bundesärztekammer, ist. Wir beziehen uns inhaltlich darauf. Alles, was dort steht, wird von den Teilnehmern an dieser Runde getragen.

Wir haben uns darauf verständigt, den Antrag 38 alt sozusagen abzuarbeiten und daraus einen Antrag 38 neu zu machen, den ich Ihnen jetzt gern im Einzelnen vorstellen möchte. Er ist umgedruckt und dürfte Ihnen allen vorliegen. Nr. 1 lautet:

> *Aus den im Entschließungsantrag des BKÄ-Vorstands zutreffend beschriebenen Sachverhalten müssen in einer (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWB) mit sektorenübergreifendem Charakter nur in der ambulanten Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der ambulanten Versorgung, nur in der stationären Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der stationären Versorgung und in beiden Bereichen vermittelbare Kompetenzen und Inhalte wahlweise in einem der beiden Bereiche vermittelt werden. Um dies im notwendigen Umfang zu ermöglichen, muss eine sozialrechtlich geregelte Verpflichtung der ambulanten Weiterbildung geschaffen werden. Die MWBO kann erst nach Erfüllung der im Folgenden beschriebenen Voraussetzungen in entsprechender Weise verändert werden.*

Wenn Sie den Duktus sehen, handelt es sich schon in der Überschrift nicht mehr um den Begriff der Pflichtweiterbildung, sondern um den der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung. Wir haben absichtlich dieses Reizwort „Pflicht“ herausgenommen, haben aber versucht – ich denke, das ist durch die Formulierung gelungen –, dass bestimmte Abschnitte im ambulanten Bereich abgeleistet werden müssen. Wir wollen klarstellen, dass es abgeleistet werden muss, aber wir haben den Begriff „Verpflichtung“ herausgenommen.

(Beifall)

Gleichzeitig haben wir konditioniert, dass alles – das steht in Nr. 1 – erst und nur dann in Kraft tritt, wenn die Voraussetzungen gegeben sind. Herr Henke und auch andere haben zu Recht die Frage gestellt: Was passiert denn, wenn wir eine entsprechende Verpflichtung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufnehmen, aber die Voraussetzungen nicht erfüllt sind? Dann würde die neue Weiterbildungsordnung gelten. Man könnte dann bestimmte Facharztzeugnisse eigentlich kaum noch ausstellen.

Um genau das zu verhindern, haben wir das konditioniert: erst das Geld, Schaffung der Struktur, dann Implementierung bzw. Umsetzung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Herr Windau, wir haben eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Der Antrag liegt ja seit gestern Abend umgedruckt vor. Ich schaue jetzt schon seit drei Minuten über die rote Lampe hinweg. Könnten wir das irgendwie hinkriegen?

Dr. Windau, Sachsen: Ich habe die rote Lampe absichtlich ignoriert.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich habe sie auch absichtlich ignoriert.

Dr. Windau, Sachsen: Ich bin in fünf Minuten fertig. Das ist das Ergebnis einer Verhandlungsrunde und vom Gewicht her, glaube ich, etwas anderes.

(Beifall)

Es wäre für den Vortragenden ganz nett, die rote Lampe für fünf Minuten auszumachen.

(Beifall)

Es gibt einige wesentliche Fragen. Ich denke, in der Effizienz sind wir mit fünf Minuten länger hier deutlich kürzer, als wenn wir alles im Detail erörtern.

Nr. 2 lautet:

> *Die Wahl der Weiterbildungsstätte ist den Weiterzubildenden selbstverständlich auch im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereich freigestellt. Es muss sich allerdings um weiterbildungsrechtlich zugelassene Weiterbildungsstätten handeln.*

Daran haben wir praktisch nichts geändert.

Nr. 3 lautet:

> *Um den Weiterzubildenden eine effiziente sektorenübergreifende Weiterbildung zu garantieren, werden bei den Landesärztekammern „Organisationsstellen ambulante Weiterbildung“ aufgebaut.*

Vorhin wurde aus dem Plenum an mich herangetragen, das könne man eigentlich nicht abstimmen, weil es kostenrelevant sei. Das ist formal gesehen richtig. Viele von Ihnen hatten sich daran gestoßen, dass zunächst dort stand „sollen“. Wir wollten klarmachen, dass diese Dinge bei den Kammern angelegt bleiben sollen und müssen und werden. Wir haben es deshalb auch so stringent formuliert. Ich denke, das hat einen appellativen Charakter, dass diese Dinge aufgebaut werden müssen. Wir können natürlich nicht in das Recht der Landesärztekammern eingreifen. Aber nur auf diese Art und Weise wird es funktionieren. Deshalb bitte ich Sie, dass wir das doch in dieser Form abstimmen können.

Alle anderen Dinge sind, glaube ich, insoweit selbsterklärend. Ich möchte damit zum Schluss kommen. Wir haben zwei Wege implementiert. Der eine ist das Schaffen einer quasi Rahmenvereinbarung bzw. eines Vertrags, wo zwischen den Beteiligten geregelt wird, wie die Honorierung von Struktur und Höhe her erfolgt.

Das Zweite finden Sie unter Nr. 6, wo unter unwesentlichen Änderungen der Weg, wie das Geld verteilt werden wird hin zum jeweiligen Empfänger, geregelt ist.

Meine Damen und Herren, ich verzichte mit Blick auf die Zeit darauf, weitere Details vorzustellen. Ich glaube, es ist ein ausgewogenes Papier, aus dem der Begriff „Pflicht“ herausgenommen wurde, aus dem klar ersichtlich wird: Für die Inhalte der Weiterbildung ist und bleibt die jeweilige Kammer verantwortlich. Es muss ambulante Weiterbildungsabschnitte geben. Die Finanzierung und die strukturellen Voraussetzungen müssen gegeben sein.

Ich bitte Sie, diese Dinge als Paket zu betrachten. Ich darf mich bei allen von Ihnen für die Geduld bedanken. Ich bitte darum, dass wir nur noch in der Hauptsache diskutieren. Wir sollten diesen Kompromiss, der in der Sache wohlausgewogen ist und die Kernelemente des ursprünglichen Antrags 38 enthält, nicht zerreden.

Ich darf mich bei Herrn Montgomery, der partiell teilgenommen hat, bei Theo Windhorst und allen Beteiligten an der Runde bedanken. Eine letzte Bemerkung: Es gab im Vorfeld das Problem, dass zwei Berufsverbände zunächst nicht beteiligt waren. Es tut mir leid, dass dies so geschehen ist. Das war eine Kommunikationsfrage, weil wir zunächst den Auftrag hatten, das zwischen den Antragstellern und den Vertretern des MB zu besprechen. Wir konnten das dann klären. Die Gespräche mit einer Dauer von sechseinhalb Stunden haben in einer sehr guten Arbeitsatmosphäre stattgefunden. Wir haben ein vernünftiges Ergebnis gefunden.

Ich bitte um Ihre Zustimmung und um ein positives Signal nach außen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Windau. Sie haben eben per acclamationem die Redezeit für Herrn Windau verlängert. Deshalb frage ich Sie jetzt noch einmal, auch aus Fairness den anderen gegenüber: Möchten Sie jetzt die drei Minuten bestätigen oder nicht?

(Zurufe)

− Keine Redezeitbegrenzung. Dann stelle ich die Frage: Möchten Sie die Redezeitbegrenzung jetzt erst einmal wieder abschaffen? – Einzelne. Wer möchte, dass die Redezeitbegrenzung von drei Minuten ab jetzt wieder gilt? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Dann haben wir jetzt klare Verhältnisse. Das scheint mir wichtig zu sein.

Der nächste Redner ist Theo Windhorst.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Monti, vielen Dank für die Anmoderation. Auch von mir persönlich die besten Glückwünsche.

Glückwünsche gelten auch der Verhandlungskommission, die sich nicht spontan, sondern etwas zähflüssig gebildet hat und die einen Erfolg hervorgebracht hat.

Ich spreche zu den Anträgen IV-03 und IV-38 neu. Ich möchte ganz kurz darauf hinweisen, dass es nicht immer ganz einfach ist, die Interessen aller zusammenzubringen. Wir wissen doch ganz genau: Die Kernkompetenz der Weiterbildung liegt bei den Ärztekammern.

(Beifall)

Die Beeinflussung dieser Kernkompetenz liegt ausschließlich beim Deutschen Ärztetag, der höchsten Organebene, die die Ärzte in Deutschland haben. Ich hoffe, dass das für alle Beteiligten, auch für diejenigen, die gerade nicht im Saal sind, klar ist und bleibt.

Insofern freue ich mich, dass wir einen für mich guten Kompromiss gefunden haben. Es geht hier um das Patientenwohl, um Qualität durch Qualifikation. Was wir wollten, ist mit Elastizität und Flexibilität die Implementierung der ambulanten Medizin in ein Werk der Weiterbildung, das Franz Bartmann dankenswerterweise mit dem Team von Frau Güntert und anderen neu auflegt. Wir haben zur rechten Zeit die rechte Weichenstellung gefunden, zum einen wegen der Notwendigkeit, vielleicht die Politik durch Wahlprüfsteine zu beeinflussen mit der Fragestellung „Wie hätten Sie es in Zukunft gern mit der Weiterbildung?“, zum anderen auch für uns, die wir diesen Weg weitergehen.

Ich darf Sie also bitten, beide Anträge anzunehmen und so wenig wie möglich Individualität hineinzubringen. Das ist nur eine Bitte von mir persönlich; ich sage das nicht als Vorstandsmitglied. Wir haben um jedes Komma, um jeden Punkt gerungen.

(Beifall)

Sie beurteilen, wie gut dieses Ergebnis ist. Sie müssen das letztendlich verantwortlich tragen.

Meine Bitte ist: Geben Sie beiden Anträgen ein positives Votum. Geben Sie Ihrem Herzen einen Ruck. Ich danke Ihnen, dass Sie bis zum letzten Tag gewartet haben, sodass wir doch noch zu einem guten Ende kommen konnten. Das ist ein Zeichen für Deutschland, dass wir ambulant und stationär endlich miteinander verflochten haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Theo. – Der nächste Redner ist Rudolf Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich kann für den Marburger Bund sagen, dass wir dieses Konzept, diesen Text, diesen Antrag unterstützen werden. Ich kann für den Marburger Bund sagen, dass wir darin die Kritikpunkte, die wir an zuvor unter dieser Nummer klassifizierten Texten hatten, ausgeräumt sehen. Man muss natürlich den Antrag des Bundesärztekammervorstands und diesen Antrag in gewisser Weise als eine Einheit sehen, weil sich der Antrag 38 ja auf den Antrag 03 bezieht.

Bestimmte Fragen, die im Antrag 38 nicht geklärt sind, sind im Antrag 03 beantwortet. Man kann ja nicht immer in jedem Gesetz oder in jedem Antrag alles, was in der

Welt regelungsbedürftig ist, regeln. Manchmal sind halt die Zuständigkeiten auch verschieden. Jedenfalls ist zu der Frage, auf die ich gestern Abend und heute Morgen ein paarmal angesprochen worden bin, im Antrag IV-03 des Vorstands, dessen Annahme wir unterstellen, nämlich zur Vergütung der Weiterzubildenden, eine Regelung enthalten, denn dort heißt es:

> *Zur Finanzierung der Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich wird eine gesetzliche Regelung gefordert. Hierfür ist insbesondere in § 73 Abs. 1 a SGB V klarzustellen, dass an der haus- und fachärztlichen Versorgung auch Weiterzubildende unter entsprechender Anleitung eines weiterbildungsbefugten Facharztes des betreffenden Fachgebietes teilnehmen können.*
>
> *Vertragsarztrechtlich ist klarzustellen, dass eine angemessene Finanzierung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung sichergestellt wird. Hierfür ist die Gesamtvergütung im notwendigen Umfang zu erhöhen.*

Dies ist der Bezugspunkt für die Einigung unter 38. Das halte ich deswegen für wichtig, weil damit auch klar ist, dass die Erlöse für die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte, für die Bezahlung der Gehälter, für die tarifgerechte Arbeitssituation aus den Leistungen finanziert werden, die die Kolleginnen und Kollegen erbringen.

Wir haben uns in der Tat in der Passage 1 auf die vermittelbaren Kompetenzen und Inhalte konzentriert. Wir haben darauf verzichtet, dort Zeitabschnitte oder dergleichen Anforderungen zu definieren. Wir bleiben streng im Weiterbildungsrecht und sagen: Die vermittelbaren Kompetenzen und Inhalte können nur dort vermittelt werden, wo sie auch vermittelt werden können.

Ich glaube, das war ein wichtiger Schlüssel. Daraus würden wir dann, wenn die Voraussetzungen in entsprechender Weise gestaltet sind, bei der (Muster-)Weiterbildungsordnung Konsequenzen ziehen können.

Was die Rahmenvereinbarung angeht, ist dieser Begriff hier vermieden. Man neigt natürlich trotzdem immer dazu, die Begriffe zu verwenden. Ich würde natürlich an der Stelle, wo von den für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgeblichen ärztlichen Organisationen die Rede ist, mit denen ein Vertrag abgeschlossen wird, immer „Marburger Bund“ sagen. An solchen Punkten muss man immer auch die Rücksichten beachten. Wir leben sehr gut damit, wenn das materiell beschrieben ist, auch wenn der Marburger Bund nicht drin steht.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Die Zeit, Rudolf!

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich stelle fest, dass ich mich an die Regel halten muss, aber andere gehen darüber hinweg.

(Widerspruch)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Zur Geschäftsordnung Angelika Koßmann.

Dr. Koßmann, Hamburg: Ich möchte gern den ersten Antrag zur Geschäftsordnung auf Schluss der Rednerliste stellen. Wir haben gestern ein sehr geschmeidiges Instrument erfunden. Ich möchte Sie bitten, es jetzt anzuwenden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wünscht jemand, gegen Schluss der Rednerliste zu sprechen? – Formal. Dann haben Sie jetzt die denkwürdige Chance, zum ersten Mal auf einem Ärztetag über Schluss der Rednerliste zu beschließen. Wer ist für Schluss der Rednerliste? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann haben Sie mit großer Mehrheit Schluss der Rednerliste an dieser Stelle beschlossen.

(Beifall)

Als Nächster kommt der Kollege Detlef Merchel.

Merchel, Westfalen-Lippe: Guten Morgen, Herr Präsident, und noch einmal herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Berg kreißt und heraus kam eine Maus. Ich weiß nicht, was wir mit diesem Papier anfangen sollen. Wir wollen eine neue Weiterbildungsordnung schaffen, die von Kompetenzlevels ausgeht. Wir haben dieses sogenannte Schokoladenmodell ein paarmal gesehen. Hier wird ein bürokratisches Monster aufgebaut, das die Landesärztekammern verpflichtet, gewisse Strukturen zu schaffen, um zu gewährleisten, dass die vollständige Vermittlung der ambulanten Weiterbildung möglich ist.

Wir brauchen tarifliche Konditionen. Will ich jeden weiterbildenden Arzt in eine Tarifgemeinschaft zwingen, in eine arbeitgeberseitige Vertragspartnerschaft? Der zusätzliche Aufwand soll doch wieder über den Orientierungspunktwert ausgeglichen werden. Die KBV macht also nicht ihre Hausaufgaben und sagt: Wenn in der Weiterbildung mehr Geld verdient wird, dann muss das auch dahinkommen. Wir wollen das Geld aus dem Gesundheitsfonds haben. Dazu muss der Gesetzgeber Gesetze ändern.

Das heißt, wir fordern im Prinzip viele bürokratische Dinge, während wir auf der anderen Seite immer gegen Staatsmedizin, gegen staatliche Eingriffe usw. argumentieren. Wir brauchen dieses Kompromisspapier nicht. Auch wenn ihr einen ganzen Nachmittag daran gebastelt und hier nichts mitbekommen habt, wir brauchen das Ding nicht. Im Antrag 03 steht alles. Also: Antrag 03 ja, Antrag 38, ob alt oder neu, brauchen wir nicht.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Merchel. – Kollege Hans Ramm aus Hamburg ist der Nächste.

Dr. Ramm, Hamburg: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann als niedergelassener Kollege diesen Antrag nur sehr unterstützen. Ich muss allerdings sagen: Es sind viele Kröten geschluckt worden. Aber Froschschenkel sollen ja eine Delikatesse sein.

Ich möchte einige Anmerkungen machen. Beim Antrag 03 kann es sich ja nur um eine Absichtserklärung handeln. Die Aufgabe der vollständigen Vermittlung aller im ambulanten Bereich vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte kann die Ärztekammer ja gar nicht leisten. Ich denke, als eine Absichtserklärung ist es akzeptabel. Ich möchte Sie als niedergelassener Kollege sehr bitten, diesen Antrag als ein Zeichen zu unterstützen, dass wirklich eine Verbundenheit zwischen stationär und ambulant gegeben ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Jetzt habe ich einen Antrag zur Geschäftsordnung des Kollegen Müller aus Bayern.

Dr. Müller, Bayern: Herr Präsident! Bei dieser Gelegenheit auch von mir meinen allerherzlichsten Glückwunsch. Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Auch wenn ich mich jetzt sehr unbeliebt mache: Ich stelle den Antrag auf Schluss der Debatte. Ich begründe das folgendermaßen: Ich befürchte, dass dieser gestern mühsam ausgehandelte Kompromiss jetzt zerredet wird. Das können wir uns nicht leisten.

(Beifall)

Wir können es uns auch nicht leisten, jetzt weiter über eine Geschichte zu debattieren, die wir gestern wirklich in aller epischen Breite in allen möglichen Varianten bereits durchdiskutiert haben. Nehmen wir doch das, was wir jetzt haben, beschließen es und setzen es um. Ich denke, es ist genug geredet.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir können ja feststellen, ob Sie sich unbeliebt machen; dann würden Sie sich mit Ihrem Antrag nicht durchsetzen. Wenn Sie ihn hingegen durchbekämen, wäre dies Ausdruck höchster Beliebtheit. – Möchte jemand gegen Schluss der Debatte sprechen? – Formal. Dann stelle ich den Antrag auf Schluss der Debatte zur Abstimmung. Wer möchte Schluss der Debatte? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann haben Sie Schluss der Debatte beschlossen.

(Beifall)

Wir können jetzt in die Abstimmung eintreten. Ich rufe zuerst den **Antrag IV-03** auf. Dazu gibt es drei Änderungsanträge. Der **Antrag IV-03 c** ist **zurückgezogen.** Ich habe eben mit einigen Vorstandsmitgliedern gesprochen – genauer gesagt: diese mit mir −; wir sind uns eigentlich einig, dass wir als Vorstand den **Antrag IV-03 a** und den **Antrag IV-03 b** übernehmen könnten. Damit haben wir gar kein Problem. Dann

können wir Ihnen die Abstimmung darüber ersparen. – Ich sehe keinen Widerspruch. Dann können wir es so machen.

Damit ist der Antrag IV-03 durch die Anträge 03 a und 03 b geändert. Ich stelle den so veränderten Antrag IV-03 zur Abstimmung. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum Antragskonvolut rund um den Antrag 38. Der **Antrag IV-46** und der **Antrag IV-45** sind **zurückgezogen.** Sie bezogen sich auf das „alte“ KBV-Papier.

Mir ist ein Papier vorgelegt worden, dass Herr Kollege Thomas Fischbach aus Nordrhein sich darüber beklagt, dass er auch zu den Antragstellern gehört, aber nicht mit aufgeführt ist. – Ich höre gerade, dass das schon erwähnt wurde. Damit ist Herr Fischbach zumindest gedanklich als Antragsteller mit aufgeführt.

Wir haben zum **Antrag IV-38 neu** keinerlei Änderungsanträge. Dieser Antrag ersetzt nicht nur den alten Antrag 38, sondern auch die Änderungsanträge zum alten Antrag 38. Diese sind damit alle obsolet geworden.

Sie haben jetzt die Chance, nur über den Antrag IV-38 neu abzustimmen. Wer für diesen Antrag 38 neu ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Vier Gegenstimmen. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

(Lebhafter Beifall)

Wir können mit dem **Antrag IV-43** fortfahren. Er trägt den Titel:

Ambulante Weiterbildung

Man fordert eine sozialrechtlich geregelte Verpflichtung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einer. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag IV-04:**

Weiterbildung in der ambulanten Medizin

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag ebenfalls mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag IV-30,** der in vielen Punkten das aufnimmt, was im Antrag 38 neu steht. In einem Punkt ist er allerdings ausgesprochen haushaltsrelevant. Es handelt sich um den vierten Punkt. Die Organisationsstellen für die ambulante Weiterbildung sollen ja bei den Landesärztekammern eingerichtet werden und nicht bei der Bundesärztekammer.

(Zuruf)

− Sie ziehen den Antrag zurück?

(Zuruf)

− Der haushaltsrelevante Punkt 4 soll gestrichen werden. Damit umfasst der Antrag nur noch die Punkte 1 bis 3.

(Zuruf)

− Es wird dennoch Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? − Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Eine. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-08:**

Weiterbildung im ambulanten Bereich

Wer wünscht, dem Antrag zuzustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt habe ich noch den **Antrag IV-41,** der die Förderung der ambulanten Weiterbildung beinhaltet.

(Zuruf)

− Es wird Vorstandsüberweisung beantragt.

(Zuruf: Nein!)

− Sie müssen sich eine Meinung darüber bilden. Wenn jemand Vorstandsüberweisung wünscht, dann müssen wir darüber abstimmen. Wer wünscht dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Meine Damen und Herren, damit haben wir jetzt den Tagesordnungspunkt IV b) abschließend behandelt. Weitere Anträge liegen mir nicht vor. Bevor ich dem Referenten, Herrn Bartmann, noch die Möglichkeit zu einem Schlusswort gebe, hat sich Herr Professor Dietrich zur Geschäftsordnung gemeldet.

(Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Ich möchte eine persönliche Erklärung abgeben!)

− Eine persönliche Erklärung ist nach dem Schlusswort von Herrn Bartmann möglich. – Dann bitte ich jetzt Franz Bartmann ans Mikrofon.

Dr. Bartmann, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dass der Tagesordnungspunkt Weiterbildung auf Deutschen Ärztetagen immer etwas zeitaufwendiger ist, ist ja nicht neu. Dass es aber so lange dauert, dass es sich über zwei Tage hinzieht, das haben wir selten erlebt. Aber ich muss Ihnen ehrlich sagen: Es hat sich gelohnt.

(Beifall)

Ich möchte mich auch im Namen der Unterarbeitsgruppe Ambulante Finanzierung unter der Leitung von Uli Clever dafür bedanken, dass Sie die Bereitschaft gezeigt haben, in einem sehr kontroversen Punkt eine Konsensfindung herbeizuführen, auch wenn der eine oder andere bzw. die eine oder andere über seinen bzw. ihren Schatten gesprungen sein sollte, was ich eigentlich so nicht erkennen kann. Ich denke, das ist ein echter Kompromiss, der die Belange aller vorher kontrovers diskutierenden Partner einigermaßen berücksichtigt.

Ganz herzlichen Dank auch an dich, Theo, für die Moderation dieses Verfahrens. Sie haben – das ist nicht nur mein eigener Eindruck und gilt nicht nur für diesen Punkt – den Ärztetag in Hannover ein Stück weit gerettet.

(Beifall)

Ich möchte auch noch den Tagesordnungspunkt IV a) in Erinnerung rufen. Da gilt mein ganz persönlicher Dank und der Dank des Dezernats 2 Ihnen, die durch die sehr differenzierten Diskussionsbeiträge und durch die Abstimmung zu erkennen gegeben haben, dass Sie das Konzept gut finden – wenn auch nicht in allen Einzelheiten –, und uns den Auftrag gegeben haben, daran weiterzuarbeiten. Ich versichere Ihnen: Wir und das System sind lernend. Dazu haben gestern viele Anträge beigetragen.

Ich verspreche Ihnen auch, dass, wenn wir im nächsten Jahr in Düsseldorf diesen Tagesordnungspunkt aufrufen werden, es wieder einige Zeit dauern wird, weil wir Ihnen vielleicht zwar nicht den kompletten Abschluss, aber ein gutes Stück weiter, als es der heutige Sachstandsbericht – eine Momentaufnahme – ermöglicht hat, sagen können, wie die Weiterbildung in Deutschland in Zukunft – ich hoffe auf mehr als zehn Jahre – aussehen könnte.

Ganz herzlichen Dank für die sehr rationale Bearbeitung dieses komplexen Tagesordnungspunkts. Ich wünsche weiter einen guten Verlauf des Ärztetages und später dann eine gute Heimreise.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Franz Bartmann. – Jetzt hat der Delegierte Dietrich aus Bayern um eine persönliche Erklärung gebeten.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich möchte in dieser persönlichen Erklärung meinem Missempfinden, das ich im Bauch fühle, Ausdruck geben, und zwar darüber, dass wir bei einem so wichtigen Tagesordnungspunkt, den wir über fast zwei Tage diskutiert haben, den Punkt IV a) sehr kurz abgehandelt haben und uns über Punkt IV b) mit 80 Wortmeldungen gestritten haben. Bei Punkt IV b) geht es letztlich nur um das Geld. Das heißt, wir haben das Geld vor die Inhalte gestellt.

(Widerspruch)

Herr Bartmann hat ein sehr interessantes Konzept vorgestellt, das meiner Ansicht nach hier viel intensiver hätte diskutiert werden können und müssen, weil es ein

neues Konzept ist, das sicherlich nicht jeder versteht. Ich habe es jedenfalls nicht ganz verstanden. Ich fand die ganze Geschichte sehr interessant.

Auf der anderen Seite steht das Geld. Ich weiß nicht, ob das wirklich das Wesentliche ist. Wir geben ein sehr schlechtes Bild nach außen ab, wenn morgen in der Presse steht: Der Deutsche Ärztetag hat zwei Tage über die Vergütung der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung geredet und hatte allenfalls 22 Wortmeldungen für die Inhalte.

(Widerspruch)

Man muss sich nur anschauen, was herausgekommen ist. Wir haben die Pflichtweiterbildung durch „müssen“ ersetzt. Das ist, würde ich sagen, ein toller semantischer Erfolg. Wir haben die Forderung aufgestellt, dass die (Muster-)Weiterbildungsordnung erst dann verabschiedet wird, wenn ein Wunschkatalog von acht Punkten erfüllt ist. Ich weiß überhaupt nicht, wie er in Erfüllung gehen soll. Der Gesetzgeber wird einen Teufel tun, ein Gesetz zu ändern, bevor die (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen wird. Die Krankenkassen werden einen Teufel tun, den Gesundheitsfonds für die Bezahlung freizugeben, solange die (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht verändert ist.

(Unruhe)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Herr Dietrich, der Rahmen der persönlichen Erklärung umfasst nicht die nachträgliche Diskussion über die bereits abgestimmten Anträge.

(Lebhafter Beifall)

Man könnte ja auch meinen, dass ein solches Ungleichgewicht in der Behandlung von Punkt IV a) und Punkt IV b) nur von Ihnen so wahrgenommen worden ist.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Das erinnert mich im Moment sehr an frühere Ärztetage. Ich wollte nur meinem Missempfinden Ausdruck geben. Das habe ich damit getan.

(Unruhe)

Ich bedanke mich für den Beifall.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Beifall! – Vielen Dank. Damit ist der Tagesordnungspunkt IV endgültig behandelt. Wir können jetzt fortfahren in der Behandlung der Anträge zum **Tagesordnungspunkt VI.** Wir kommen zunächst zum Themenkomplex Ärztliche Psychotherapie/Psychiatrie. Dazu liegen die Anträge 45, 59 und 80 vor. Als Erste hat sich zu diesem Themenkomplex die Kollegin Dr. Irmgard Pfaffinger aus Bayern zu Wort gemeldet.

Dr. Pfaffinger, Bayern: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte Sie auf ein Problem hinweisen, das nicht

neu ist, aber immer mehr Auswüchse zeigt. Wir stimmen sicherlich überein – viele Krankenkassenreports zeigen es fast jeden Tag in der Presse –: Die Zahl der diagnostizierten psychischen Erkrankungen steigt, die Zahl der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhaustage und Frühberentungen steigt. Patienten und Patientenvertreter, Krankenkassenvertreter und die Politik mahnen zu Recht an, dass wir nicht genügend Therapieplätze haben. Sie verweisen darauf, dass die Wartezeiten zu lang sind.

Ich erlebe es in der Praxis immer wieder, dass Patientinnen und Patienten, die sich einmal einer Psychotherapie unterzogen haben, deswegen benachteiligt werden, und zwar zum einen bei der Verbeamtung und zum anderen beim Abschluss von Versicherungen. Ich meine, es kann nicht angehen, dass ein Lehramtsstudent, der wegen einer Prüfungsangst einmal eine Kurzzeittherapie gemacht hat, Probleme bei der Verbeamtung hat. Ich habe derzeit zwei Lehramtsstudentinnen in Therapie und muss jetzt ein schlechtes Gewissen haben, dass ich ihnen nicht vorher gesagt habe, dass sie Probleme haben könnten.

Inzwischen ist es so weit, dass Eltern die dringend notwendige Psychotherapie für ihre Kinder ablehnen, weil sie fürchten, dass ihre Kinder dadurch später benachteiligt werden können.

Deshalb bitte ich den Vorstand der Bundesärztekammer, sich dieses Themas auf Bundesebene anzunehmen. Es gab schon immer Versuche, das auf regionaler Ebene anzugehen, aber leider mit wenig Erfolg. Ich bitte Sie daher herzlich, diesem Antrag VI-45 zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Pfaffinger. – Nächster Redner ist Hans Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann die Äußerungen von Frau Pfaffinger nur sehr unterstützen. Für die stationär Tätigen: Stellen Sie sich vor, Sie haben eine Blinddarmoperation durchgeführt und Jahre später will jemand eine Lebensversicherung abschließen, kann dies aber nicht tun, weil er einmal am Blinddarm operiert worden ist. Es gibt in der Psychotherapie auch so etwas wie Prüfungsangst oder andere Erkrankungen, die durchaus kurabel sind.

Zum Schluss möchte ich noch besonders auf den Antrag VI-80 des Kollegen Kobes hinweisen. Es ist völlig richtig, dass hier eine neue Regelung geschaffen werden muss. Ich bitte die Bundesärztekammer sehr, das zu unterstützen. Für die Kollegen, die Heimversorger sind, gilt: Eine verdeckte Gabe oder eine gemörserte Gabe ist derzeit juristisch nicht möglich. Ich bitte Sie sehr, alle drei Psychotherapieanträge zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Ich stelle Schluss der Aussprache fest. Wir kommen jetzt zur Abstimmung über die drei Anträge, und zwar zunächst über den **Antrag VI-45.** Wer dafür ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dieser Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt steht der **Antrag VI-59** zur Debatte:

> *Suchterkrankung muss in Diagnostik und Therapie anderen psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt werden*

Wer dafür ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Der letzte Antrag in diesem Block ist der **Antrag VI-80:**

> *Zeit- und praxisnahe gesetzliche Regelungen zur Behandlung nicht einwilligungsfähiger psychisch Kranker schaffen*

Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Mancher von Ihnen reckt den Arm entschieden hoch und lässt ihn dann über alle drei Abstimmungsblöcke stehen.

Wir kommen jetzt zum Themenbereich Ausbildung. Dazu hatten wir schon am ersten Tag mitgeteilt, dass die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) uns gebeten hat, einen der Studenten als geladenen Gast mit Rederecht zuzulassen. Es ist Herr Michael Geßner. Mit Ihrem Einverständnis gebe ich ihm Rederecht zu diesem Punkt, damit er sich an der Debatte über die Ausbildungsanträge beteiligen kann.

Als ersten Redner zu diesem Themenkomplex rufe ich Herrn Dr. Gerald Quitterer auf.

Dr. Quitterer, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu zwei Anträgen, nämlich zum Antrag 74 – Zugang zum Medizinstudium – und zum Antrag 73 – Auswahlverfahren zum Medizinstudium. Zum Zugang zum Medizinstudium möchte ich sagen: Es ist ein Problem, das landauf, landab diskutiert wird. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass wir pro Jahr 70.000 Bewerber auf 8.700 Studienplätze haben, wird klar, dass wir ein Auswahlverfahren brauchen. Wenn wir aber sehen, dass 40 Prozent der Studierenden das Studium abbrechen und 50 Prozent anschließend nicht in den Beruf gehen, sollte man, denke ich, der Forderung Nachdruck verleihen, dass die Zugangskriterien verändert werden und sich nicht nur an der Abiturnote orientieren.

(Beifall)

Abiturnoten von 0,8 bis 1,2 führen dazu, dass unter Umständen diejenigen, die sich für den Beruf des Arztes berufen fühlen, nicht zum Medizinstudium zugelassen werden.

Natürlich brauchen wir Zugangskriterien. Aber hier sollten auch einfließen Engagement im medizinischen Bereich und soziale Kompetenz, wie das an vielen Universitäten über Auswahlgespräche schon praktiziert wird. Ich denke, dass wir generell davon wegkommen sollten, die Abiturnote zum maßgeblichen Kriterium des Zugangs zu machen. Deshalb sollten wir fordern – das ist in meinem Antrag so formuliert –, dass die Vorgabe der Stelle für Hochschulzulassung, wonach neben den Auswahlkriterien die Abiturdurchschnittsnote einen maßgeblichen Einfluss haben soll, gestrichen wird. Daher bitte ich Sie, dem Antrag 74 zuzustimmen.

Der Antrag 73 zielt darauf ab, die Medizinischen Fakultäten der Hochschulen dazu zu verpflichten, die vorgesehenen Auswahlverfahren für 60 Prozent der Studienplätze in der Medizin umzusetzen und nicht zu sagen, man habe die Kapazitäten dafür nicht, und die Studienbewerber an die Studienplatzvergabestelle zurückzuverweisen. Ich bitte Sie um breite Unterstützung dieser Anträge.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Quitterer. – Der Nächste auf der Rednerliste ist der Kollege Markus Beck aus Bayern.

Dr. Beck, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Ohne zu sehr dagegenzusprechen, lieber Gerald – ich beziehe mich auf den Antrag VI-08 des Vorstands –, möchte ich doch ein paar Bedenken vortragen. Wir haben gehört, dass Herr Bahr gesagt hat: Wir brauchen nicht die jungen Einsteins, die in die Forschung gehen, sondern wir brauchen Leute, die mit Begeisterung in den Beruf gehen. Es gilt in der jetzigen Versorgungssituation, da wir Probleme in der Primärversorgung, in der Basisversorgung, haben, mehr Kolleginnen und Kollegen zum Studium zu bewegen. Ich möchte nicht, dass folgendes Junktim hergestellt wird: Die mit den besseren Abiturnoten werden Spezialisten, die mit den schlechteren Abiturnoten sollten bitte schön Hausarzt werden. Dieser Zungenschlag sollte vermieden werden. Er ist auch inhaltlich falsch. Wir reden immer von Evidenzen. Wofür haben wir denn Evidenzen? Wir haben eine Evidenz dafür, dass ein gutes Abitur einen guten Hochschulabschluss zeitigt. Das ist bewiesen; das wissen wir alle. Insofern kann man sagen: guter Abschluss des Studiums, gutes Abitur.

Wir haben auch eine Evidenz dafür, dass – darauf können wir stolz sein – Medizinstudenten unter allen Studenten einschließlich der Sozialwissenschaftler die höchsten sozialen Ansprüche haben. Das geht aus einer Untersuchung von 2011 hervor, die das Bildungs- und Forschungsministerium veröffentlicht hat. Medizinstudenten sind auch heute schon sozial hoch engagiert und haben durchaus eine Vorstellung davon, was sie Gutes für die Menschen tun wollen.

Wir führen bereits jetzt an 27 von 35 Hochschulen Auswahlverfahren durch, also Assessments mehr oder weniger gut. Das gehört sicherlich ausgebaut.

Die einzige Evidenz, die wir bisher haben – soweit mir bekannt ist; Herr Professor Schneider an der TU in München hat eine solche Untersuchung durchgeführt –, ist die, dass junge Menschen, die vom Land kommen, eher wieder in die Fläche zu-

rückgehen. Hier gibt es hinsichtlich der Abiturnoten keinen Unterschied. Der Dreier-Abiturient geht genauso wenig aufs Land wie der Einser-Abiturient. Es gibt auch keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die einzige Evidenz ist die, dass Menschen, die auf dem Land die Schönheit der Fläche erfahren haben, gern wieder dorthin zurückgehen. Wir können also nicht sagen, dass derjenige, der aus Kleinklickersdorf vom Walde kommt, einen Studienplatz erhält und die anderen aus den Städten weniger.

Bei den bisherigen Auswahlverfahren werden bei den 60 Prozent die medizinische Berufsausbildung, ein freiwilliges Jahr oder Boni für Medizintests eingeführt, meistens 1,0.

Noch ein kleiner Hinweis zu den Assessments: Sie sollten nicht in Gesinnungsschnüffelei ausarten. Unsere jungen Leute wissen genau, was sie antworten müssen, wenn sie gefragt werden, ob sie aufs Land gehen wollen oder nicht. Ich finde, wir sollten Studienplätze fördern und schauen, die Attraktivität der Basisversorgung zu stärken.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Beck. – Jetzt hat das Wort der Vertreter der Medizinstudenten, Herr Michael Geßner.

Geßner, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Vonseiten der bvmd alles Gute zum Geburtstag und vielen Dank für das Rederecht. Sehr geehrte Damen und Herren! Der Bundesvertretung der Medizinstudierenden ist die Sicherung der Versorgung wichtig. Aber wir brauchen nicht viel, sondern vor allem guten Unterricht. Wir setzen uns dafür ein, dass mehr Universitäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin anbieten. So kann gute allgemeinmedizinische Lehre angeboten werden. Genau das überzeugt Studierende für einen Fachbereich. Wir müssen nicht motivierte Studierende in Allgemeinpraxen schicken, um dann herauszufinden, dass der Arbeitsalltag eventuell gar nicht erfüllt ist. Die Selbstverwaltung sollte in Kooperation mit der Politik für attraktive Arbeitsplätze sorgen, denn sie machen die ambulante ärztliche Tätigkeit ansprechend.

(Beifall)

Die Diskussion zur Schließung von medizinischen Fakultäten ist ein Widerspruch, wenn wir gleichzeitig von einem Landarztmangel sprechen.

(Beifall)

Wie schon vor zwei Jahren in Lübeck steht im Moment die Schließung einer medizinischen Fakultät zur Debatte. Auch wenn die Schließung bis zum Ende des Jahres ausgeschlossen wurde, stehen Kürzungen im Raum, die den Fakultäten Halle und Magdeburg das Genick brechen könnten.

Wir sprechen uns dafür aus, dass die Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt erhalten bleibt.

(Beifall)

Ich möchte jetzt noch einige Gedanken und Fragen zum Auswahlverfahren aufzeigen, die uns beschäftigen. Es ist nicht so, dass wir uns gegen andere Formen der Zulassung wehren. Wir wollen nur, dass hier nichts übers Knie gebrochen wird. Die Abiturnote als Auswahlkriterium wird leider häufig pauschal abgelehnt. Die Kritik als alleiniges Auswahlkriterium leuchtet ein und wird von uns auch unterstützt. Natürlich bedeutet eine gute Abiturnote nicht, dass dadurch fähige Ärzte ausgebildet werden. Das kann man nicht belegen. Umgekehrt ist aber auch nicht beweisbar, dass Menschen mit schlechteren Abiturnoten gute Ärzte werden.

(Vereinzelt Beifall)

Wenn wir immer wieder über gute Ärzte sprechen, dann möchte ich Sie fragen: Was ist denn ein guter Arzt? Lässt sich das so einheitlich definieren? Ich denke, das lässt sich nicht definieren. Viel wichtiger ist die Frage: Welche geforderte Kompetenz ist Sache der Auswahl und welche ist Sache der guten Lehre im Studium?

Aber zurück zum Auswahlkriterium. Wenn man andere Kriterien statt oder neben der Abiturnote fordert, dann muss man sich folgende Dinge fragen: Sind andere Kriterien objektiv? Sind sie verlässlich? Machen sie überhaupt einen Unterschied oder wählen sie vielleicht die gleichen Medizinstudenten aus? Wie hoch ist der Aufwand? Ist dieser gerechtfertigt?

Da wir gerade beim hohen Aufwand sind, lassen Sie uns noch einmal ganz kurz über die Assessment Center sprechen. Ist der Zugang dazu sozial gerecht? Wer garantiert eine Fahrtkostenerstattung für alle Bewerber? Wie gehen wir damit um, wenn sich 8.000 Abiturienten für ein Center bewerben? Wonach treffen wir dann eine Vorauswahl? Etwa wieder nach dem NC?

Sie sehen: Auf die Frage nach den Auswahlverfahren zu diesem Hochschulstudium gibt es keine einfache Antwort, ebenso wenig wie auf viele andere Fragen in der Medizin. Deswegen sollten wir immer gute Prüfungen von neuen Verfahren im Vorfeld, deren kontinuierliche Evaluation, deren Validität, deren Reliabilität, deren Objektivität und deren Transparenz beachten.

Die bvmd steht Ihnen gern zur Diskussion zur Verfügung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Geßner. – Der nächste Redner ist Kollege Wolfgang Rechl aus Bayern.

Dr. Rechl, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gibt Anträge, die immer wieder gestellt werden. Die Anträge werden auch immer wieder für gut befunden, aber es geschieht nichts. Ein solches Thema ist der Zugang zum Medizinstudium. Heute gibt es wieder einige Anträge, die gut sind, denen Sie zustimmen können. Darunter ist auch ein Antrag vom Vorstand der Bundesärztekammer.

Um was geht es eigentlich? Es geht darum, dass wir endlich ein etwas differenzierteres System für den Zugang zum Medizinstudium schaffen. Es gibt evidenzbasierte Daten. Herr Beck hat darauf hingewiesen. Wir müssen allen Studenten die Möglichkeit geben, prinzipiell ins Medizinstudium zu kommen. Ich sage gerade hier und heute sehr gern – Frau Wenker hat darauf hingewiesen, dass Niedersachsen nach Bayern das zweitgrößte Flächenland ist –: Wir brauchen gerade in der Fläche junge Kolleginnen und Kollegen. Ich gehe nach wie vor davon aus, dass engagierte Kollegen auch mit einer Abiturdurchschnittsnote von über 1,2 aufs Land gehen wollen. Ich will jetzt nicht auf die Bundesebene zielen, bitte aber darum, jetzt grundsätzlich etwas zu unternehmen. Wir haben in all den Jahren dazu nichts erledigt.

Die Autonomie der Universitäten ist Ländersache. Daher bitte ich alle Kolleginnen und Kollegen, in ihrem Land beim Wissenschaftsministerium und bei den Universitäten vorzusprechen. Ich sage Ihnen ganz kurz, was wir in Bayern erreicht haben: Wir haben alle fünf Universitäten dazu gebracht, zumindest für diese 60 Prozent, die sie frei vergeben können, Auswahlverfahren durchzuführen, indem sie die Abiturnote um maximal 0,8 Punkte nach unten korrigieren können. So kann man sich beispielsweise von 2,1 auf 1,3 verbessern, wenn man zu den 10 Prozent Testbesten gehört. Das ist nur ein Anfang, aber ich glaube, wir haben dadurch schon einiges erreicht. Ich bitte Sie, auch in Ihren Ländern zu versuchen, so etwas zu erreichen.

In diesen Testverfahren – ich bitte die Damen, einmal ganz kurz wegzuhören – liegen nach meinem Kenntnisstand die Männer ganz leicht vorne. Das hätte einen kleinen positiven Effekt, denn wir brauchen ja auch noch Männer in der Medizin. Das ist aber nur ein ganz kleiner Faktor. Ich bitte darum, auf Länderebene zu schauen, dass man Lösungen zusammen mit den Universitäten schafft. Ich habe in der letzten Woche die Universitäten in Bayern angeschrieben und gefragt, wie die Auswirkungen dieser Testverfahren sind und wie sich dadurch der Zugang zum Medizinstudium verändert hat. Ich werde gegebenenfalls darüber berichten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Wolfgang Rechl. – Professor Bernd Haubitz aus Niedersachsen ist der nächste Redner.

Prof. Dr. Haubitz, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich komme von unserer Fakultät am Platze aus der Medizinischen Hochschule, wo ich mich vor 40 Jahren eingeschrieben habe und seitdem dort lebe und arbeite. Ich möchte Sie auf einen Umstand hinweisen und um eine entsprechende Entscheidung zu den Finanzen der Universitäten bitten. Es geht um die Anträge 97, 20 und 34. Die Unterfinanzierung der Universitäten allgemein und insbesondere der medizinischen Fakultäten sind ein Missstand, der nicht nur das Gesundheitswesen, sondern unseren Staat allgemein betrifft. Ich bitte Sie, diese Anträge zu unterstützen.

Die Medizinische Hochschule hier vor Ort mit dem höchsten Case-Mix-Index aller Krankenhäuser, mit den höchsten Drittmitteln aller medizinischen Fakultäten ist dabei, in eine Defizitabwärtsspirale zu geraten, weil die Finanzierungsmechanismen nicht universitätsadäquat sind.

Das trifft nicht nur uns, sondern auch die anderen. Würden Sie die Medizinische Hochschule unter den Bedingungen des Landesbasisfallwerts nach Rheinland-Pfalz transplantieren, würden wir schwarze Zahlen schreiben. Die Kollegen leisten immer mehr, aber das Defizit wird immer größer. Das ist eine Entwicklung, die rein pädagogisch eine Unmöglichkeit ist und die langsam die Motivation zu außerordentlichen Anstrengungen nicht nur im Einzelfall, sondern auch insgesamt zunichte macht. Ich bitte Sie um die entsprechende engagierte Bescheidung dieser Anträge.

Noch ein Wort zum Auswahlverfahren. Das Problem der Abiturnote ist völlig klar. Gleichwohl: Ganz ohne sie geht es nicht. Ein Abiturient, der spitze ist, hat zumindest über Jahre gezeigt, dass er arbeiten kann. Medizinstudienplätze sind zu teuer, sodass wir uns nicht wie in anderen Fächern gewohnt hohe Abbrecherraten leisten können. Von daher bin ich der Ansicht, dass auch bei der Frage, wer in Auswahl-Assessments kommt, die Abiturnote durchaus mit eine Grundlage sein muss. Wir schimpfen alle auf die Abiturnoten, aber wer von uns stellt einen Mitarbeiter ein und guckt sich vorher keine Zeugnisse an?

Kurz zu den Auswirkungen: Es werden an der Medizinischen Hochschule 60 Prozent der Studenten aufgrund dieser Interviewverfahren ausgewählt. Wir lassen einmal im Jahr 280 Studenten zu. In den Monaten August und September, wenn Urlaubszeit ist und medizinische Kongresse stattfinden, muss der Lehrkörper mit einer wahnsinnigen Kraftanstrengung 400 Interviews mit einer Zweiergruppe von Hochschullehrern führen, die protokolliert werden müssen, damit sie im Zweifelsfall justiziabel sind. Dies ist eine Anstrengung, die gewaltig ist. Hier müssen entsprechende Mittel her. Wenn Sie das ernsthaft fordern, muss dies auch ordentlich finanziert werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Haubitz. – Nächster Redner ist Andreas Botzlar.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Zunächst möchte ich versuchen, eine Propagandaente zu verscheuchen. Die Studienerfolgsquote von deutschen Studenten im Durchschnitt liegt bei 75 Prozent. In der Medizin liegt sie bei 95 Prozent. Die Behauptung, dass 40 Prozent der Studierenden aus der Medizin während des Studiums verschwinden, ist letzten Endes ein bisschen wie das Eisen im Spinat. Es kommt nämlich dadurch zustande, dass die Hochschulen die Abgänger zählen, aber die Zugänger durch einen Studienplatzwechsel nicht gegenrechnen. Die Behauptung, es gingen während des Studiums so viele verloren, hat sich bei näherer Prüfung als nicht belastbar herausgestellt. Deswegen sollte man es vielleicht als Argument nicht immer verwenden.

Ich möchte jetzt zu den Anträgen 77, 78 und 79 sprechen. Der Antrag 79 stellt vielleicht für viele jetzt einen besonderen Reizgegenstand dar. Zur Genese: Es ist ein Positionspapier der Studierenden des Marburger Bunds, das wir – Frau Lux und ich als Antragspaten – in der Phase der gekreuzten Klingen eingebracht haben. Es wäre ein falsches Signal gegenüber den Studierenden, diesen Antrag einfach zurückzuziehen.

Auf der anderen Seite habe ich gerade mit Herrn Windau und anderen gesprochen, dass wir vielleicht alle gemeinsam im Sinne des im Rahmen des Tagesordnungspunkts IV gefundenen Kompromisses am besten damit leben könnten, wenn Sie die Weisheit besäßen, es an den Vorstand zu überweisen.

Ich möchte jetzt noch etwas zu den Anträgen 77 und 78 sagen. Es mag auf den ersten Blick sinnvoll erscheinen, wenn man ein PJ-Tertial an der Heimatuniversität machen soll. Das Problem ist aber, dass viele Lehrkrankenhäuser den Studierenden mittlerweile Aufwandsentschädigungen gewähren und das Pflichttertial an der Heimatuniversität von den Universitätskliniken vielfach dazu missbraucht wird, diese Aufwandsentschädigung nicht zu gewähren und gleichzeitig zu verhindern, dass ein Wettbewerb mit den Füßen stattfindet und sich die Studierenden andere Möglichkeiten für das Praktische Jahr suchen. Deswegen bitte ich hier um Zustimmung.

Zum Antrag 78: Es ist oft schwierig, im Ausland 16 Wochen en bloc zu machen, entweder weil die Universität, zu der man will, es nicht akzeptiert oder weil es mit dem Visum Probleme gibt. Es ist für die Studierenden viel einfacher, wenn sie zweimal acht Wochen absolvieren können. Das war früher weit verbreitet Usus und hat gut funktioniert. Es gibt Bestrebungen, das nicht machen lassen zu wollen. Deshalb dieser Antrag, um dessen Zustimmung ich hier bitten möchte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. Ich habe die weise Formulierung „Weisheit besäßen“, was ja ein Konjunktiv ist, gleichwohl als Antrag auf Vorstandsüberweisung aufgefasst. – Heinrich-Daniel Rühmkorf ist der nächste Redner.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Auch ich gratuliere zum Geburtstag, Monti. Meine Damen und Herren! Ich bin über den Antrag 79 zur Förderung der ambulanten Ausbildung etwas verwundert. Dort heißt es, man wolle keine weiteren Pflichten haben, man wolle nicht, dass die Medizinstudenten verpflichtet werden können, auch in der ambulanten Medizin ihr PJ zu machen. Die Ausrichtung des Medizinstudiums spaltet sich nun einmal sehr in die Fachdisziplinen auf und arbeitet eben nicht auf einen Generalisten hin, wie der Allgemeinmediziner eigentlich das Leitbild für die medizinische Ausbildung sein müsste. Gerade da müsste viel eher den Medizinstudenten die Gelegenheit gegeben werden, die Allgemeinmedizin kennenzulernen. Wie gesagt: Das geht nicht allein über ein PJ-Tertial. Das muss schon wesentlich früher im Studium stattfinden. Deshalb werde ich den Antrag 79 ablehnen.

Wenn es um die Frage geht, was der einzelne PJler für seine Leistung bekommen soll, bitte ich zu bedenken: Wenn Sie sagen, es ist richtig, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen, dann müssen wir uns auch überlegen, ob es nach oben eine Grenze geben soll oder ob wir in einen Preiswettbewerb eintreten wollen. Beim Antrag 27 wird nachher wahrscheinlich eine ganz deutliche Mehrheit sagen: Wir wollen, dass das Medizinstudium sechs Jahre dauert und nicht fünf Jahre entsprechend den Bestrebungen der EU. Wenn wir aber das sechste Studienjahr, das PJ-Jahr, praktisch

schon für Auseinandersetzungen über die Frage, wie hoch die Vergütung ist, akzeptieren, dann ist es praktisch ein Arbeitsjahr.

Die Charité hat in Brandenburg denjenigen Krankenhäusern, die versucht haben, über eine hohe Aufwandsentschädigung PJ-Studenten an sich zu ziehen, den Status des Lehrkrankenhauses aberkannt. Wenn es darum ginge, würden in Brandenburg die berlinfernen Krankenhäuser wesentlich mehr Geld in die Hand nehmen als diejenigen Krankenhäuser, die von Berlin aus per S-Bahn zu erreichen sind. Wenn wir sagen, es solle kein Limit geben, kommen wir in ganz schwieriges Fahrwasser. Wenn es nachher darum geht, das aufzuheben, werde ich natürlich dagegenstimmen.

Ich bin sehr froh, dass wir uns über den Zugang zu den medizinischen Fakultäten verständigt haben. In Kopplung mit Antrag 97 zur Finanzierung der Fakultäten haben wir das Problem. Die Charité sagt mir: Wenn wir bei 600 Studienplätzen, die wir im Jahr haben, für 300 Plätze Auswahlgespräche führen, müssen wir mindestens 900 Interviews durchführen und für 900 Interviews drei Leute zur Verfügung stellen. Das Geld haben wir nicht mehr.

Ich denke, so wie es der Charité geht, geht es den anderen Fakultäten auch. Das ist unser großes Problem. Wenn diese Finanzierung nicht gegeben ist, werden die Fakultäten auch nicht bereit sein, eine individuelle Auswahl durchzuführen, sondern werden strikt nach einem Schema vorgehen und sagen: Gebt mir die Studenten, die ich auszubilden habe.

Meine Damen und Herren, vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Rühmkorf. – Nächste und, wie es aussieht, letzte Rednerin zu diesem Themenkomplex ist Diplom-Medizinerin Dörte Meisel.

Meisel, Sachsen-Anhalt: Werter Herr Präsident, sehr geehrtes Geburtstagskind! Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen! Ich wollte eigentlich zum Antrag VI-74 sprechen und habe wieder einmal gemerkt, dass wir vielleicht überlegen sollten, ob wir durch eine Methode, die Sie, hochgeehrtes Gremium, erfinden könnten, die Mehrfachanträge und die sich widersprechenden Anträge irgendwie zusammenfassen könnten, wobei ich nicht in Abrede stellen möchte, wie gut Sie das beherrschen. Nachdem aber Dr. Botzlar die Überweisung an den Vorstand beantragt hat, möchte ich meinen Antrag auf Nichtbefassung zurückziehen.

Wir reden über die Ausbildung unserer jungen Kollegen und bemerken fast nicht, wie die Politik massiv eingreift, indem sie Sparmaßnahmen auf dem Rücken der Universitäten durchführt. Wir erleben das in Sachsen-Anhalt mit dem Versuch des Zunichtemachens der Universität Magdeburg oder der historischen Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg. Ich denke, wir sollten ein Fanal setzen, indem wir sagen: Es kann nicht sein, dass nicht nur unsere Tätigkeit, sondern auch die Ausbildung unserer Kollegen einem politischen Spardiktat zum Opfer fällt, noch dazu in einem Wahljahr.

Ich bitte um Unterstützung des Antrags.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Meisel. Sie haben eben die Problematik sich widersprechender oder sich ergänzender Anträge angesprochen. Das werden wir gleich merken. Gerade bei den Anträgen zur PJ-Entschädigung gibt es einige Anträge, die identisch sind und nur von anderen Antragstellern kommen, und es gibt einige Anträge, die sich widersprechen. Aber das bekommen wir schon hin.

Jetzt stelle ich Schluss der Aussprache zum Themenkomplex Ausbildung innerhalb des Tagesordnungspunkts VI fest. Wir kommen zur Abstimmung über die einzelnen Anträge. Der erste Antrag, über den wir uns eine Meinung bilden müssen, ist der **Antrag VI-74:**

Zugang zum Medizinstudium

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dieser Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Der Titel des **Antrags VI-73** lautet:

Auswahlverfahren zum Medizinstudium

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist dieser Antrag ebenfalls mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-08 a.** Uwe Brock möchte in der vierten Zeile das Wort „individuelle“ durch „objektivierbare“ ersetzen. Ich glaube, dass der Vorstand damit ohne Schwierigkeiten leben kann. Ich übernehme insofern den Antrag, sodass wir über diesen Antrag nicht abzustimmen brauchen. Wir kommen damit zur Abstimmung über den so geänderten **Antrag VI-08:**

Auswahlverfahren an den Hochschulen

Wer möchte dem so geänderten Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Drei. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-79,** zu dem der Antragsteller selber Vorstandsüberweisung beantragt hat. Wünscht jemand, dem Antragsteller zu widersprechen? − Formal. Dann können wir über Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-77:**

Volle Mobilität im Praktischen Jahr – „Nein“ zum Pflichttertial an der Heimatuniversität!

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-78:**

Für volle Entscheidungsfreiheit beim PJ-Splitting

Wer dafür ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Einige. Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VI-21:**

Studientage im Praktischen Jahr erhalten – bundesweit!

Ist etwa jemand dagegen? – Einer. Wünscht sich jemand zu enthalten? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zu den Anträgen 28 – mit den Änderungsanträgen 28 a und b −, 22, 19 und 26. Wenn ich es richtig verstehe, sind die Anträge 22, 19 und 26 vollkommen deckungsgleich, indem sie die Erhöhung der Grenze bei der PJ-Entschädigungsregelung, die nach dem BAföG-Gesetz eingeführt worden ist, fordern. Die Anträge wollen im Kern alle mehr. Im Kern zielen alle Anträge darauf ab, dass diese Grenze erhöht werden soll bzw. den PJlern mehr Geld gegeben werden soll. Man könnte also über alle drei Anträge auf einmal abstimmen. Sie gehen meines Erachtens auch weiter als der Antrag 28, der lediglich fordert, genau diese Grenze auszuzahlen, aber nicht die Erhöhung. Nun können Sie nicht auf der einen Seite fordern, die Grenze auszuzahlen, und auf der anderen Seite eine Erhöhung fordern. Das wäre in sich nicht ganz logisch. Das ist aber auf Ärztetagen schon passiert und von daher durchaus menschlich.

Ich schlage Ihnen vor – das sage ich bewusst vorher so kompliziert, damit die Antragsteller dem notfalls widersprechen können –, dass wir zuerst über alle drei Anträge, die die Erhöhung fordern, gemeinsam abstimmen. Wenn Sie dem zustimmen, wären meines Erachtens die Anträge zu 28 obsolet, weil Sie dann schon mehr beschlossen haben als das, was die Anträge wollen. Trifft das auf Ihr Einverständnis?

(Beifall)

− Gut. Dann rufe ich jetzt die **Anträge VI-22, VI-19** und **VI-26** auf. Wenn Sie diese Anträge positiv bescheiden wollen, dann erheben Sie jetzt Ihre Karte. – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann haben Sie diese drei Anträge mit großer Mehrheit **angenommen.**

Die **Anträge VI-28 a und VI-28 b entfallen.** Darüber brauchen wir uns keine Meinung mehr zu bilden.

Wir kommen dann zum **Antrag VI-97:**

Verlässliche ausreichende Finanzierung der medizinischen Fakultäten

Wer ist für diesen Antrag? – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Eintrag einstimmig **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VI-56:**

Erhalt und Ausbau medizinischer Ausbildung

In der vorletzten Zeile des Antragstextes muss das Wort „auf“ gestrichen werden. Es ist bei Copy and Paste irgendwie stehen geblieben. Wer möchte diesem Antrag zu-

stimmen? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-27:**

> *EU-Vorschlag zur möglichen Verkürzung des Medizinstudiums von sechs auf fünf Jahre muss verhindert werden*

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Damit sind nach meinen Unterlagen die Anträge zum Themenkomplex Ausbildung behandelt. Ich danke dem Vertreter des bvmd, dass er hier so engagiert die Sache der Studenten vertreten hat.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex Deutscher Ärztetag. Es liegen eine Reihe von Anträgen vor. Dazu haben wir auch Wortmeldungen. Die erste Wortmeldung kommt vom Kollegen Professor Dr. Albrecht Hettenbacher.

Prof. Dr. Hettenbacher, Baden-Württemberg: Hochverehrtes Geburtstagskind! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Wir haben 2006 auf dem Ärztetag in Magdeburg beantragt, dass sich der Ärztetag mit der beruflichen Situation von leitenden Ärzten, Chefärzten und ärztlichen Direktoren befassen möge. Dieser Antrag ist mit großer Mehrheit angenommen worden. Professor Hoppe hat mich damals gebeten, die Formulierung „auf dem nächsten Ärztetag in Münster“ zu ersetzen durch „einen der nächsten Ärztetage“. Bisher sind sieben Ärztetage vergangen und es ist noch nichts dahin Gehendes passiert.

Ich möchte jetzt nochmals den Antrag stellen, dass man sich mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte beschäftigen sollte, die sich zunehmend aggraviert. Ich denke, viele von Ihnen wissen nicht, wie miserabel zum Teil die Arbeitsbedingungen inzwischen sind. In meinem Beritt in Baden-Württemberg haben im letzten Jahr zehn Chefärzte ihre Stelle vorzeitig aufgegeben und sind in die Niederlassung, in die Schweiz oder in den Ruhestand gegangen, und zwar viele Jahre vorher. Ich bitte Sie höflich und mit Nachdruck, diesen Antrag zu unterstützen.

Dann möchte ich ein kurzes Wort zur Sammelaktion sagen, die hier stattgefunden hat. Ich habe wie viele von Ihnen die Sammelaktion lustig gefunden, möchte aber höflich bitten, dies in Zukunft im Plenum nicht mehr zuzulassen. Das liegt nicht daran, dass ich aus einer Volksgruppe stamme, wo jede Konfrontation mit einer Sammelbüchse mit dem Kommentar „Mir gäbet nix“ beantwortet wird, sondern es liegt daran, dass ich denke, dass Sammelaktionen an sich, und zwar in Form einer Kollekte, in einem Plenum, absolut unüblich sind. Außerdem ist es eine Bevorzugung einer gewissen Gruppe. Im Foyer finden Sie sehr viele sehr engagierte Kolleginnen und Kollegen, die ebenfalls im Ausland tätig sind. Ich denke, dann müsste man jedem eine solche Gelegenheit einräumen. Das können wir aber nicht. Ein Hinweis, dass draußen gespendet werden kann, so man will, sollte genügen. Eine Kollekte sollte nicht durchgeführt werden. Darum bitte ich.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Hettenbacher. – Die nächste Wortmeldung kommt vom Kollegen Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 37. Ich spreche deswegen, weil ich mich schon gestern zu Wort gemeldet habe und meine Wortmeldung aufrechterhalten habe. Sie wissen, dass die Ärzteschaft wegen der Korruptionsvorwürfe in Verruf geraten ist. Sie wissen auch, dass unser Präsident gesagt hat: Die Berufsordnung für Ärzte ist ausreichend, um schwarze Schafe herauszufiltern. In der (Muster-)Berufsordnung befassen sich die §§ 32 und 33 mit diesen Fragen. Sie sehen in § 32, dass es nicht berufswidrig ist, Geschenke und Vorteile anzunehmen, wenn dadurch nicht der Eindruck vermittelt wird, dass man beeinflusst wird. Es ist nicht berufswidrig, wenn man Geschenke und Vorteile annimmt, wenn man die Möglichkeit hätte, andere medizinische Möglichkeiten wahrzunehmen.

Gerade dieser zweite Punkt ist unsinnig, denn ich werde nur dann bestochen, wenn es mindestens zwei Handlungsmöglichkeiten gibt. Wenn es nur ein Medikament gibt, das ich verordnen kann, wird niemand versuchen, mich zu bestechen. Man wird erst dann bestochen oder korrumpiert werden, wenn es zwei Medikamente gibt, die gleich wirken und das Medikament A korrumpiert wird, das Medikament B aber nicht. Wir sollten hier Klarheit schaffen. Deshalb lautet der Antrag, dass wir im kommenden Jahr über die (Muster-)Berufsordnung abstimmen und die §§ 32 und 33 etwa in dem Sinne wie im Antrag vorgeschlagen ändern.

Wir können die (Muster-)Berufsordnung jetzt natürlich nicht ändern. Dazu gehört ein eigener Tagesordnungspunkt. Daher der Vorschlag, das an den Vorstand zu überweisen, damit er sich Gedanken macht, wie die (Muster-)Berufsordnung im kommenden Jahr etwas klarer und eindeutiger formuliert wird, um die Vorwürfe der Bestechlichkeit von Ärzten etwas abmildern zu können.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Sie haben auch noch eine Streichung beantragt; ich glaube, das war ursprünglich der Grund für Ihre Wortmeldung. Sie möchten mit Ihrem Antrag im vorletzten Absatz auf Seite 2 die Worte „in der Weiterbildung“ gestrichen haben, weil offensichtlich allen Ärzten die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch den Arbeitgeber ermöglicht werden soll.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Das soll geändert werden. Das ist aber nur die Begründung.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Aber das ändert ja nichts daran, dass ich das hier verkünden soll. Wenn Sie es nicht tun, muss ich das machen. So ist das. Es soll also

mit oder ohne die Worte „in der Weiterbildung“ an den Vorstand überwiesen werden. Davon gehe ich aus. Wenn der Antragsteller das selber beantragt, sind wir in der Regel großzügig.

Frau Angelika Koßmann ist die nächste Rednerin.

Dr. Koßmann, Hamburg: Ich wollte zu demselben Antrag sprechen, bin jetzt aber etwas verwirrt. Möchte mein Vorredner seinen gesamten Antrag an den Vorstand überwiesen haben? Oder will er das, was im Antrag steht, belassen?

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Man kann zwar allein an den Vorstand einen Brief schreiben, aber man kann nicht allein einen Antrag überweisen. Das kann nur der Deutsche Ärztetag. Sie müssen darüber abstimmen, ob Sie den Antrag an den Vorstand überweisen wollen. Sie können ihn auch ablehnen. Sie können auch die Vorstandsüberweisung ablehnen und dem Antrag zustimmen. Da sind Sie völlig frei. Deswegen ist es auch gut, dass du noch auf der Rednerliste bist, Angelika.

Dr. Koßmann, Hamburg: Ich bedanke mich für diese Klarstellung. Auch von mir ganz herzlichen Glückwunsch, lieber Monti. Ich war heute Morgen leider nicht hier und konnte nicht mitsingen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das hat man deutlich gehört, dass du nicht da warst.

(Heiterkeit)

Dr. Koßmann, Hamburg: Ich spreche zum Antrag VI-37 von Herrn Dietrich. Ich möchte mich aus folgendem Grund gegen diesen Antrag aussprechen. Die Änderung einer Vorschrift in einer der wesentlichen (Muster-)Satzungsordnungen der Ärzteschaft sollte und kann eigentlich nur im Rahmen des Konvergenzverfahrens in Ruhe beraten und entschieden werden. Das haben wir gerade vor zwei Jahren in Kiel auf dem Deutschen Ärztetag getan. Der Antrag geht mir inhaltlich zu weit, da der Wortlaut des auf dem 117. Deutschen Ärztetag vorzulegenden Antrags damit schon vorgegeben ist.

Deswegen bitte ich darum, den Antrag abzulehnen oder ihn hilfsweise an den Vorstand zu überweisen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Angelika Koßmann. – Die Rednerliste ist erschöpft. Damit stelle ich das Ende der Aussprache zum Themenkomplex Deutscher Ärztetag fest. Wir treten in die Abstimmung über die Anträge ein. Wir kommen zunächst zum **Antrag VI-66,** der darauf abzielt, uns einen eigenen Tagesordnungspunkt für den nächsten Deutschen Ärztetag aufzuerlegen, nämlich dass wir dort über

die aktuellen Herausforderungen im öffentlichen Gesundheitsdienst beraten, insbesondere über sein breitgefächertes Aufgabengebiet und über seine Bedeutung als dritte Säule im Gesundheitswesen.

(Zuruf)

− Kollege Ramm wünscht Vorstandsüberweisung. Wer ist dagegen? – Formal. Wer wünscht, der Vorstandsüberweisung zuzustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-108:**

> *Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren*

Das soll auf einem der nächsten Ärztetage beraten werden. Dort steht: beispielsweise in Münster. Münster ist im Moment nicht geplant, vielleicht 2018 oder 2019. Aber vielleicht möchte Herr Hettenbach das ja früher behandelt haben. Wir können uns eine Meinung über diesen Antrag bilden. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann haben Sie diesen Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VI-104:**

> *Schaffung einheitlicher Meldeverfahren bei den Landesärztekammern für Ärztinnen und Ärzte*

(Zuruf)

− Klaus Schäfer bittet um Vorstandsüberweisung. – Torsten Gericke möchte dagegensprechen.

Gericke, Niedersachsen: Auch von meiner Seite herzlichen Glückwunsch, Monti. Werter Herr Präsident! Werte Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie, die Vorstandsüberweisung abzulehnen und diesen Antrag positiv zu bescheiden. Es geht hier nicht nur um das Meldeverfahren, sondern es geht schlussendlich auch um den Beginn der Mitgliedschaften. Da haben wir einen wilden Dschungel. Das reicht vom ersten Tag bis hin zu fünf bis sechs Monaten. Das ist in Sachsen der Fall. Das gilt es zu koordinieren. Das ist ja, wie Monti schon gesagt hat, ein Prüfauftrag. Es soll geprüft werden, wie man das verändern kann. Das impliziert sicher keine Kosten und auch keine direkten Beschlüsse.

Ich bitte Sie, die Vorstandsüberweisung abzulehnen und den Antrag positiv zu bescheiden

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Die Sache ist klar. Zunächst stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Wer möchte diesen Antrag an den Vor-

stand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Wer möchte den Antrag positiv bescheiden? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-81:**

Definition ärztlicher Tätigkeit in der (Muster-)Berufsordnung

Ich kann Ihnen nur sagen, dass schon jetzt in dem Dezernat, das für die Berufsordnung zuständig ist, und in dem zuständigen Ausschuss intensiv darüber nachgedacht wird, weil das in der Tat ein Problem ist. Das hat auch etwas mit versicherungsrechtlichen Problemen im Rahmen der Versorgungswerke zu tun. Um es klar zu sagen: Sie rennen offene Scheunentore ein. Wer möchte den Antrag positiv bescheiden? − Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einer Enthaltung einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-37,** zu dem der Antragsteller selber Vorstandsüberweisung beantragt hat. Frau Kollegin Koßmann hat unter anderem gegen die Vorstandsüberweisung gesprochen, weil sie anderes mit dem Antrag vorhat. Ich stelle Ihnen jetzt die Frage: Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? − Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-95:**

Sammelaktionen im Plenarsaal nicht zulassen

Meine Frage ist, ob man das nicht einfach mit Nichtbefassung bescheiden könnte. Müssen wir uns wirklich Gedanken über die verschiedenen Handhabungen machen?

(Zuruf)

− Hans Ramm beantragt Nichtbefassung mit dem Antrag. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer ist für Nichtbefassung mit dem Antrag? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit.

(Widerspruch – Zurufe: Zählen!)

− Kein Problem. Dann zählen wir das aus. Ich frage also noch einmal: Wer möchte sich nicht mit diesem Antrag befassen? – Ich bitte diejenigen, die gegen Nichtbefassung sind, um die Karte. – Dann haben Sie mit 99 : 76 **Nichtbefassung** beschlossen.

Wir kommen zum **Antrag VI-96,** der uns auffordert, eine Statutenänderung vorzunehmen, die wir natürlich vorbereiten müssten. Wir müssten auch schauen, inwieweit das überhaupt zum Gedanken der Paracelsus-Medaille passt.

(Zuruf)

− Vorstandsüberweisung wird von Herrn Herrmann aus Schleswig-Holstein gefordert. Wer wünscht, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? − Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit haben wir diesen Themenkomplex erledigt. Frau Kollegin Petra Albrecht, die den Antrag 66 gestellt hat, hat gebeten, eine zweite Lesung durchzuführen. Frau Albrecht hat die Gelegenheit, das zu begründen.

Albrecht, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie ganz einfach, die Vorstandsüberweisung des Antrags 66 zu überdenken und ihn doch anzunehmen. Wir haben in den vergangenen Tagen zunehmend gehört, dass der öffentliche Gesundheitsdienst eine große Rolle spielt. Das kam insbesondere in dem Vortrag über die Armut zum Ausdruck. Aber es gibt noch ganz viele andere Bereiche, die der öffentliche Gesundheitsdienst leisten kann. Es gibt eigentlich in jedem Fachgebiet Schnittstellen. Das möchten wir Ihnen sehr gern vorstellen.

Ich denke, es ist ganz wichtig, dass Sie wissen, was wir leisten können, damit wir alle unsere Arbeit gemeinsam so effektiv wie möglich gestalten können. Ich halte es für ganz wichtig, dass man das hier in diesem Gremium einmal in einem Tagesordnungspunkt darstellen kann.

Bitte überdenken Sie es noch einmal. Ich hoffe, dass wir im nächsten Jahr den öffentlichen Gesundheitsdienst etwas mehr in den Blickpunkt rücken können.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Albrecht. – Es ist der Antrag auf zweite Lesung gestellt. Wenn 30 Prozent der Abstimmenden sich dafür aussprechen, gibt es eine zweite Lesung. Ich stelle jetzt an Sie die Frage und bitte die Zähler, auf die Plätze zu gehen: Wer ist für eine zweite Lesung zu diesem Antrag? – Wer dagegen ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Mit 119 gegen 49 Stimmen ist das Drittelquorum nicht erreicht. Damit ist die zweite Lesung abgelehnt. Sie müssen ja mindestens ein Drittel der insgesamt abgegebenen Stimmen – das sind 158 – erreichen. Das Drittel von 158 sind 53 Stimmen. Die Befürworter haben aber nur 49 Stimmen erreicht. Damit ist die zweite Lesung abgelehnt.

Jetzt Herr Stagge zur Geschäftsordnung.

Stagge, Nordrhein: Lieber Präsident, vielen Dank für die zügige Sitzungsführung. Ich möchte eine zweite Lesung beantragen und begründe das wie folgt. Sie werden möglicherweise sagen, dass das etwas hakelig ist. Zum Antrag 28 habe ich einen Änderungsantrag gestellt, der eigentlich in alle Anträge zur PJ-Vergütung hineingehört hätte. Der Antrag hat folgenden Wortlaut:

> *Die Forderungen vieler Deutscher Ärztetage nach einer Vergütung im Praktischen Jahr (PJ) in Höhe eines Referendargehaltes wird zusätzlich weiterhin aufrechterhalten.*

Das hat 1975 ein Delegierter namens Hoppe aus Nordrhein erstmals beantragt. Ich denke, dahinter sollten wir nicht zurückfallen.

Deswegen beantrage ich zu diesem Änderungsantrag eine zweite Lesung.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der Änderungsantrag ist von Ihnen nur zum Antrag 28 eingereicht worden, lieber Herr Stagge. Das ist das Problem. Da wir uns insgesamt dafür einsetzen, dass es mehr wird, haben wir die damalige Forderung des Kollegen Hoppe mit enthalten. Wir sind ohne Nennung eines konkreten Referenzpunkts, nämlich des Referendargehalts, eigentlich auf derselben Schiene. Es wäre technisch ausgesprochen schwierig, wenn wir eine zweite Lesung zu einem Änderungsantrag durchführen, nachdem wir den zugrunde liegenden Antrag als nicht weitgehend genug behandelt haben. Ich hielte das für ausgesprochen problematisch.

Ich verstehe Ihr Anliegen total und stehe auch total dahinter. Ich finde, auch die angenommenen Anträge tun das.

Stagge, Nordrhein: Ich sehe das Problem, dass die Anträge möglicherweise so veröffentlicht werden, wie sie beschlossen worden sind.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das tun wir in der Regel.

(Heiterkeit)

Stagge, Nordrhein: Genau. Dort sind Euro-Beträge enthalten, die 200 Euro bis 300 Euro unter dem Referendargehalt liegen. Das ist das Problem.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Die Euro-Beträge werden ja nicht veröffentlicht, weil sie von Ihnen nicht angenommen worden sind. Sie haben ja die Entdeckelung beschlossen.

Wir lösen das Problem einfach durch Abstimmung. Wer ist für eine zweite Lesung zum Antrag 28 a? – Wer ist dagegen? – Ich glaube, das brauchen wir nicht zu zählen. Damit ist die zweite Lesung mit überwältigender Mehrheit abgelehnt.

Meine Damen und Herren, damit kommen wir zum Themenkomplex Fortbildung. Die erste Wortmeldung hierzu kommt von der Kollegin Marlene Lessel.

Dr. Lessel, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 03 und insbesondere zum Antrag 03 a, der die Implementierung der sektorenübergreifenden Versorgung in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen vorschlägt. Meine Erfahrung in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist, dass die niedergelassenen Ärzte, ob Hausarzt oder Facharzt, unbedingt in diese Konferenzen einbezogen werden müssen, weil viele Daten überhaupt erst dadurch relevant werden.

Zum anderen ist ganz wichtig – das ist meine Bitte an die Kommission, die die Leitlinie dazu erarbeitet –, dass eine bestimmte Obduktionsrate Voraussetzung ist, um relevante Ergebnisse in der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz zu erarbeiten.

Ich bitte das Plenum, dem Antrag 03 a zuzustimmen und damit auch dem Antrag 03.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Ich habe fast überlegt, ob der Vorstand das nicht übernehmen könnte. Ich glaube, wir haben da fast zu kurz gedacht. Vielleicht könnte ich die Wortmeldung von Herrn Bodendieck ersparen, wenn ich sage, dass wir den Antrag 03 a in den Vorstandsantrag übernehmen.

Bodendieck, Sachsen: Aus dem Grunde ziehe ich meine Wortmeldung zurück.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dann haben wir auch Zeit gespart. Der Vorstand übernimmt also den Antrag 03 a in seinen Antrag 03. – Es liegen zu diesem Antrag jetzt keine Wortmeldungen mehr vor. Der geänderte **Antrag VI-03** lautet also:

> *Der Deutsche Ärztetag plädiert für die verstärkte sektorenübergreifende Etablierung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen*

Dann folgt noch eine Abkürzung, die mich eher an Schokodrops erinnert. Sie lautet: M & MK. Wer dem so geänderten Antrag 03 zustimmt, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Auch niemand. Dann haben Sie den Antrag einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-24:**

> *Qualität der Fortbildung erhalten*

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-52:**

> *Bildungsfreistellung für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung bundesweit*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einer. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VI-85:**

> *Strukturierte Fortbildung Hirntoddiagnostik*

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass dies finanzrelevant ist. Die Entwicklung eines Curriculums ist nicht ohne finanzielle Mittel zu bewältigen.

(Zuruf)

− Daher beantragt Herr Herrmann Vorstandsüberweisung für diesen Antrag. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstim-

men. Wer ist für Vorstandsüberweisung dieses Antrags? − Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit sind alle Anträge zum Themenkomplex Fortbildung abgearbeitet. Wir treten damit in den Themenkomplex Honorarfragen ein. Die erste Wortmeldung hierzu kommt von Frau Dr. Silke Lüder aus Hamburg.

Dr. Lüder, Hamburg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu dem Antrag mit dem Titel

> *Sachgerechtes Vergütungssystem schaffen – EBM vom Kopf auf die Füße stellen*

sprechen. Ich gehöre nicht zu den Antragstellern, möchte Sie aber trotzdem bitten, diesen Antrag zu unterstützen, und zwar als Allgemeinärztin in Hamburg, die davon betroffen ist, dass wir unter den Regelungen des jetzigen EBM große wirtschaftliche Schwierigkeiten haben. Wir haben hier auf dem Ärztetag über die schlechten Folgen des DRG-Systems in den Kliniken gesprochen. Wir haben dasselbe Problem der pauschalierten Vergütungssysteme im ambulanten Sektor. Wenn man für Billigpauschalen von 12,50 Euro als Hautarzt einen Patienten drei Monate lang versorgen sollte, geht das nicht. Wenn ich als Hausarzt in Hamburg für 30 Euro einen Patienten das ganze Quartal behandeln muss, ist das ebenso nicht möglich. Wir müssen für 8 Euro eine Ultraschalluntersuchung durchführen und für 20 Euro einen Hausbesuch machen. Wenn ich einen mehr als im Vorjahresquartal mache, gibt es überhaupt kein Geld.

Der EBM ist keine Gebührenordnung, die wirklich mit Euros unterlegt ist. Der EBM ist ein Bewertungsmaßstab, der völlig unterschiedlich je nach Kassenlage oder nach KV-Kassenlage ausfällt. Die Patienten irren in diesem System teilweise ohne Hilfe zu bekommen im Hamsterrad und in einer Massenabfertigung in den Praxen herum.

Es ist klar, dass der Ärztetag hier nur ein politisches Signal geben kann, weil die Verhandlungen darüber zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung geführt werden, aber das ist ja im Krankenhaus auch so, dass dort nicht der Marburger Bund verhandelt, sondern die Krankenhausgesellschaft. Ich erhoffe mir von diesem Antrag ein politisches Signal.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Lüder. – Weitere Wortmeldungen liegen zu diesem Komplex nicht vor. Wir können dann in die Abstimmung eintreten. Wir kommen zunächst zum **Antrag VI-02** des Vorstands:

> *Qualitätsgekoppelte Versorgungssteuerung*

Wer für die qualitätsgekoppelte Versorgungssteuerung ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-18:**

Personalentwicklungskosten

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-48:**

Sachgerechtes Vergütungssystem schaffen – EBM vom Kopf auf die Füße stellen

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Ich rufe jetzt den **Antrag VI-62** auf:

Honorar für Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex Krankenhaus. Dazu liegen Wortmeldungen vor. Die erste Wortmeldung ist von Frau Kollegin Susanne Johna aus Hessen.

Dr. Johna, Hessen: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag VI-38. In diesem Antrag geht es um die Problematik, dass in vielen Kliniken gemischte Großstationen eingeführt werden. Vor gut 30 Jahren wurden solche Stationen in den Kliniken abgeschafft. Das war lange, bevor wir über CIRS und Qualitätsmanagement gesprochen haben. Vor 30 Jahren hat einem der gesunde Menschenverstand gesagt, dass das nicht gut ist. Alle Beteiligten waren sich darüber einig, dass die Versorgung von Patienten auf Großstationen nicht qualitativ hochwertig erfolgen kann, sondern dies auf fachspezifischen Stationen erfolgen muss.

Heute wissen wir um die Probleme, die durch Schnittstellen, durch Informationsverlust, durch Übergabe usw. entstehen. Wir wissen heute, wie wichtig die fachspezifische Pflege insbesondere für schwerbetroffene Patienten ist.

Die Sicherung von Qualität scheint in den Kliniken nur noch auf dem Papier stattzufinden, und zwar auf dem Papier, das für die Zertifizierung hinterher eingereicht und benötigt wird. Aber in der Realität spielt diese qualitative Versorgung offensichtlich nur noch eine untergeordnete Rolle. Wenn wir uns als Ärzte nicht dagegenstellen, aus Kliniken immer mehr ablaufoptimierte Werkstraßen zu machen, bei denen es nur noch darum geht, wie die Patienten möglichst schnell durchgeschleust werden können, dann lässt sich eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht erreichen. Dann können wir uns das viele Papier, das bedruckt wird, um auf dem Papier Qualität darzustellen, aber nicht in der Realität durchzusetzen, ersparen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Johna. – Weitere Wortmeldungen zu diesem Themenkomplex liegen nicht vor. Damit können wir in die Abstimmung eintreten. Wir stimmen zunächst über den **Antrag VI-09** vom Vorstand der Bundesärztekammer ab. Er fordert den Erhalt der Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Dann kommen wir zum **Antrag VI-20:**

Angemessene Finanzierung der Universitätsmedizin in Deutschland

Das ist im Kern noch einmal dieselbe Forderung in etwas anderer Darstellung. Wer dafür ist, der gebe bitte das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-34:**

Zuschuss für Forschung und Lehre der Bundesländer an die Universitätskliniken

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einer Enthaltung einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-110:**

Korrekte Dokumentation von Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte

Wir haben schon früher die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nicht nur darauf hingewiesen, sondern wir haben so etwas gefordert. Aber ein kleiner Hinweis hilft sicher auch wieder einmal. Wer ist für den Antrag VI-110? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VI-29:**

Etablierung und Kontrolle einer objektiven Arbeitszeiterfassung an den Kliniken

Wer ist etwa dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-31:**

Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle etablieren

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-38:**

Ärztliche Teilhabe am Belegungsmanagement in Krankenhäusern

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Enthaltungen einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-99:**

Mehr klinische und ärztliche Erfahrung bei universitären Stellen anstelle von Impaktfaktoren berücksichtigen

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einigen Enthaltungen mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Der letzte Antrag in diesem Themenkomplex ist der **Antrag VI-32:**

Vergütung und Freizeitausgleich für Rufbereitschaft von als Ärzten tätigen Beamten an den Unikliniken

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist dieser Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen damit zum Themenkomplex Menschenrechte. Dazu liegen keine Wortmeldungen vor. Deswegen können wir direkt in die Abstimmung eintreten.

Bin ich zu schnell für Sie? – Nein. Das ist ja schön. Wenn wir einen Ärztetag mit diesen vielen Anträgen innerhalb der vorgesehenen Zeit abgewickelt bekommen und dazu noch so tolle Anträge beschlossen haben wie diejenigen zur Weiterbildung, dann können wir wirklich auf das Ergebnis stolz sein.

(Beifall)

Ich rufe zunächst den **Antrag VI-05** auf:

Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz

Dieser Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Auch niemand. Dann ist dieser Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-71:**

Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung und Kostenerstattung nicht ausreichend krankenversicherter EU-Bürger

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Eine Gegenstimme. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VI-68:**

Aufhebung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde, wenn Kinder ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen

Ich habe hier eine Frage an die Antragsteller: Warum gilt das denn nur für Kinder? Wir haben in der Vergangenheit schon gefordert, dass bei Migranten und Illegalen, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, diese Pflicht entfällt. Bei der Umsetzung der Verwaltungsvorschriften zum Asylbewerberleistungsgesetz und des Ausländergesetzes haben wir gefordert, dass keine Berichtspflicht für Patient-Arzt-Verhältnisse besteht. Meine Frage ist, ob wir in dem Antragstext nicht einfach

„Kinder“ durch „Menschen“ ersetzen können. Damit können wir dem Antrag einen etwas breiteren Wirkungsbereich verschaffen.

(Beifall)

Ist Herr Werner, der Antragsteller, im Raum? Würde er dem zustimmen? – Ja. Wir ersetzen also „Kinder“ durch „Menschen“. Das gilt natürlich auch für den Titel. Wenn Sie diesem Antrag, bei dem „Kinder“ durch „Menschen“ ersetzt ist, zustimmen wollen, dann bitte ich Sie um das Kartenzeichen. – Wer möchte das nicht? – Das ist niemand. Das finde ich toll. Enthaltungen? – Auch niemand. Dann ist dieser Antrag einstimmig **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VI-75:**

Medizinische Versorgung akuter Erkrankungen bei Flüchtlingen

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-69:**

Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Herr Lücke ist dagegen. Wer enthält sich? – Einzelne. Dann ist dieser Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-70:**

Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse – Zugangsbarrieren vermeiden

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Es liegen jetzt keine Anträge mehr zum Themenblock Menschenrechte vor. Wir kommen zum nächsten Themenkomplex, der Prävention. Dazu liegen Wortmeldungen vor. Die erste Wortmeldung kommt vom Kollegen Peter Scholze.

Dr. Scholze, Bayern: Wir haben ja einen Entwurf für ein Präventionsgesetz. Dieser Entwurf kann und sollte nachgebessert werden. Wir haben vorgestern von Herrn von dem Knesebeck gehört, dass bei der Prävention ein Hauptproblem ist – das wissen wir alle –, dass genau diejenigen, die Präventionsmaßnahmen am dringendsten bedürfen, am wenigsten für Präventionsmaßnahmen zugänglich sind. Das Präventionsgesetz müsste eigentlich anhand dieses Kriteriums beurteilt werden. Die Kritik am bestehenden Entwurf geht dahin, dass viel zu sehr verhaltensbezogene Prävention gefördert werden soll, dass viel zu wenig verhältnisbezogene Prävention gefördert werden soll.

Der zweite Punkt ist, dass ein bürokratischer Wasserkopf entwickelt werden soll, der sicherlich viel Geld verschlingen wird. Die Koordinierung soll über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erfolgen. Es soll zentral eine Präventionskonferenz eingerichtet werden. Wir meinen, dass es viel wichtiger ist, vor Ort nach dem Setting-Ansatz Präventionsmaßnahmen zu koordinieren.

Es wäre meiner Meinung nach sinnvoll, wenn sich der Ärztetag der Meinung anschließen würde, dass in Zukunft viel mehr und Verhältnisprävention gefördert werden soll, dass Gruppen in Regionen mit besonderer Gesundheitsgefährdung sicher erreicht werden können.

Ein weiterer Punkt ist, dass Präventionsmaßnahmen viel mehr berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend gebildet werden sollten, nicht so vereinzelt und verzettelt.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Krankenkassen die Prävention nicht für Marketingmaßnahmen instrumentalisieren sollten. Von daher ist es sicherlich sinnvoll nach dem Setting-Ansatz, dass die Krankenkassen kassenübergreifend gemeinsam und einheitlich Präventionsmaßnahmen unterstützen. Das wäre sicherlich sehr sinnvoll.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Scholze. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Ellis Huber aus Berlin.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Monti, auch ich gratuliere zum Geburtstag und wünsche alles Gute. Zwillinge sind ja anpassungsfähig, kommunikativ, schlagfertig, erfinderisch und neugierig. Für die erfinderischen und neugierigen Geister hier im Hause ein kleines Konzept als Vorschlag, wie man Prävention in Zukunft aus der Arztpraxis heraus entwickeln kann.

Wir stehen vor dem Aufbau einer Präventions- und Gesundheitsförderungsversorgung in Deutschland. Es gibt das Ansbacher Modell; die Bayern kennen es vielleicht. Der Kollege Dr. Günter Topf, Internist, hat eine Koordinierungspraxis in einem Ärztenetz zur Verwirklichung einer gemeindebezogenen Präventions- und Gemeindemedizin aufgebaut. Er hat die Erfahrungen aus dem Wieslocher Modell übernommen und ein eigenständiges großes IT-Analysekonzept entwickelt. Er ist in der Lage, eine Problemlandschaft, die mit Prävention angegangen werden kann, in der Region Ansbach darzustellen und dies auch in politisch-strategische Notwendigkeiten zu übersetzen. Es ist ein Konzept, das Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarfe, Angebote und entsprechende Servicedienste bereitstellt. Die Kassenärztliche Vereinigung wäre gut beraten, dieses Modell zu übernehmen. Ich halte es für beispielgebend und bahnbrechend. Es wäre ein Modell, mit dem sich die Ärzteschaft präventologisch und gesundheitsförderlich positionieren und profilieren könnte.

Zu den Anträgen selbst: Ich denke, die Kombination von 06 und 44 ist eine geschlossene klare Aussage. Ich bitte Sie, den beiden Anträgen zuzustimmen.

Herzlichen Dank. Die verkürzte Redezeit ist ein Geburtstagsgeschenk.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Ellis. – Nächster Redner ist Rudolf Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich kann das Ansbacher Modell jetzt nicht bewerten. Ich will mich nur auf die Frage konzentrieren, ob die Verabschiedung des Vorstandsantrags 06 und des Antrags 44 in dieser Frage wirklich ein in sich geschlossenes, sich nicht als widersprüchlich darstellendes Konzept abbilden würde. Ich bin deswegen im Zweifel, weil beim Antrag 44 natürlich Akzentsetzungen verlangt werden – das haben die Wortmeldungen von Peter Scholze und Ellis Huber gezeigt –, die den Akzent, den notwendigerweise ein in der Kompetenz des Bundesgesetzgebers liegendes und dann an das Sozialgesetzbuch geknüpftes Gesetz zur Förderung der Prävention beinhaltet, gar nicht ganz abdecken können. Wir haben dann keinen Gestaltungsauftrag für die gesamte Gesundheitspolitik. Dies liegt bei den Ländern. Insofern sind Fragen der Verhältnisprävention, Fragen, wie sehr die Kommunen in Programme einbezogen werden können, dort zu regeln, wo etwa die Kommunalordnung betroffen ist, wo die Gemeindeordnung betroffen ist, wo auch die Gemeindefinanzierung betroffen ist.

Das schließt die Maßnahmen, die wir für den öffentlichen Gesundheitsdienst fordern, ein. Aber wir wollen doch gar nicht, dass der öffentliche Gesundheitsdienst in Zukunft aus den Mitteln der Krankenkassen bezahlt wird, sondern wir wollen, dass, wenn die Arztpraxis ein Ort ist, an dem präventive Leistungen erbracht werden, diese Leistungen von den Krankenkassen zusätzlich vergütet werden müssen.

(Beifall)

Das ist der Punkt, um den es geht. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit der Verhältnisprävention – sie ist wichtig – ist es doch so, dass wir in dieser Interaktion auch an der Verhaltensprävention festhalten müssen. Im Antrag 44 lesen Sie darüber nichts, sondern da wird der Kernpunkt in der Verhältnisprävention gesehen, es wird also die Verhaltensprävention an den Rand geschoben. Dort wird verlangt, dass in dem Setting-Ansatz die Kommunen stärker einbezogen werden. Das kann aber nicht mit dem Sozialgesetzbuch geschehen.

Da wird ausgeführt:

> *Berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Präventionsmaßnahmen sind besonders zu fördern.*

Das ist der Code dafür, dass man die Aufgabenbeschreibung für die Prävention bei den Ärzten weglässt.

Schließlich gibt es auch noch die Frage der Beliebigkeit einer Satzungsleistung. Ich finde, den Antrag 44 sollten Sie an den Vorstand überweisen. Den Antrag 06 sollten Sie annehmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Nächster Redner ist Herr Kollege Lorenzen aus Baden-Württemberg.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Verehrter Herr Präsident! Verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Zunächst möchte ich dem Vorstand meinen Dank dafür aussprechen, dass die Unterlagen zu diesem Tagesordnungspunkt gesammelt und gut strukturiert vorliegen. Das erspart viel Mühe und gibt Übersicht über die Anträge.

(Beifall)

Ich möchte zu meinem Antrag 106 etwas ergänzen. Mir geht es mit meinem Antrag nicht um moderne Maschinenstürmerei, sondern um eine Aufforderung zu einem präventiven und vorurteilsfreien Umgang mit möglichen Folgen dieser noch recht jungen Technik. Unseren Auftrag zu präventiver Einstellung und Haltung haben wir in § 1 unserer Berufsordnung festgelegt. Wir sollten ihn ernst nehmen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lorenzen. – Frau Kollegin Catherina Stauch aus Nordrhein ist die nächste Rednerin.

Dr. Stauch, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte beim Thema Prävention darauf hinweisen, in welchen Begriffswelten wir uns da befinden. Ärztliches Arbeiten heißt ja eher, dass wir uns mit einem Krankheitsbegriff auseinandersetzen, während Prävention eher mit dem Gesundheitsbegriff einhergeht. Der Gesundheitsbegriff kann auch sehr aggressiv sein. Ein Fordern von Gesundheit kann auch eine gesellschaftliche Angelegenheit sein. In § 1 des SGB V steht, dass der Arbeitnehmer verpflichtet ist, an der Wiederherstellung seiner Gesundheit mitzuwirken. Der Begriff der Prävention enthält implizit eine Forderung. Wir sehen, dass die Kostenträger beispielsweise keine Zahnarztleistungen übernehmen, wenn man sich nicht ordnungsgemäß präventiv verhalten hat, wenn man sich die Zähne nicht geputzt hat, wenn man die Zähne nicht hat kontrollieren lassen.

Der Begriff der Prävention sollte uns nicht nur als Profilierung gegenüber Krankenkassen und den Medien dienen, sondern ganz explizit unter dem Aspekt beleuchtet werden: Welche Kontrolle hat der Staat und damit die GKV über den Bürger? Ich wollte darauf hinweisen, dass es dazu vielleicht einmal eine Debatte gibt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Stauch. – Ich stelle fest, dass die Rednerliste erschöpft ist und wir zum Themenkomplex Prävention jetzt Schluss der Aussprache haben. Wir können in die Abstimmung der Anträge eintreten. Wir kommen zunächst zum **Antrag VI-06** vom Vorstand:

Ärztliche Prävention durch ein Präventionsgesetz stärken

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-44,** zu dem Kollege Henke Vorstandsüberweisung beantragt hat. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann stimmen wir jetzt über Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-30:**

Individuelle Prävention stärken

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-07:**

Für ein umfassendes Tabakwerbeverbot in Deutschland

Der Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer, bestimmt nicht zum ersten Mal. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! − Niemand. Enthaltungen? – Einzelne; das waren die Raucher. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-106:**

Prävention elektromagnetischer Strahlenbelastung als Aufgabe der Ärzteschaft

(Zuruf)

− Von Herrn Voigt aus Niedersachsen wird Vorstandsüberweisung erbeten.

(Zuruf)

− Herr Jonitz hätte gern die Nichtbefassung mit diesem Antrag. Nichtbefassung geht der Vorstandsüberweisung vor. Möchte jemand gegen Nichtbefassung sprechen? − Formal. Dann frage ich Sie jetzt: Möchten Sie sich mit diesem Antrag befassen? – Wer ist für Nichtbefassung? – Das ist die große Mehrheit. Dann haben Sie **Nichtbefassung** mit diesem Antrag beschlossen.

Ich sehe keine weiteren Anträge mehr zum Themenkomplex Prävention. Wir schreiten fort zum Themenkomplex SGB V/GKV. Mir ist gesagt worden, dass ein Antrag nachgereicht worden ist, und zwar der Antrag 111, der als dritter Antrag hinter dem Antrag 47 einzusortieren ist.

Wir haben eine Reihe von Wortmeldungen. Die erste Wortmeldung kommt vom Kollegen Hellmann aus Bayern.

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr verehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 76, in dem der Gesetzgeber aufgefordert wird, § 34 SGB V zu ändern. In diesem § 34 sind Medikamente aufgeführt, die nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind, weil sie nur der

Erhöhung der Lebensqualität dienen, wobei man auch einmal darüber diskutieren könnte, ob die Erhöhung der Lebensqualität nicht auch eine medizinische Aufgabe sein könnte. Unter diesen Medikamenten werden neben Medikamenten zur Erhöhung der sexuellen Lust und Dauer oder wegen Fußpilz, Haarausfall, abstehender Ohren und welche Krankheiten es sonst noch gibt, die alle behandlungsfähig sind, auch Medikamente zur Raucherentwöhnung aufgeführt. Nun ist die Tabaksucht eine anerkannte Krankheit, der jährlich 110.000 bis 120.000 Menschen zum Opfer fallen.

Ich glaube, es wäre ein gutes Signal, wenn am heutigen Nichtrauchertag der Deutsche Ärztetag einstimmig die Forderung an die Politik ausspräche, den unsäglichen § 34 in diesem Sinne zu ändern, dass endlich die Tabakentwöhnung eine ärztliche Aufgabe im Bereich der medikamentösen Tabakentwöhnung sein kann. Dafür bitte ich um Ihr Votum.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Hellmann. – Der nächste Redner auf der Rednerliste ist Kollege Detlev Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu dem nachgereichten Antrag 111. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf einen Sachverhalt im Vertragsarztbereich lenken, der meiner Überzeugung nach nach einer Korrektur schreit. Der Begriff Regress kommt schwerpunktmäßig im Zusammenhang mit Arzneimitteln und Heilmitteln vor. Der Schlüsselbegriff für meine Ausführungen hier heißt Praxisbesonderheiten. Im Bereich der Arzneimittelregresse kann ich als beschuldigter Arzt – in Regressverfahren geht es immer darum, dass ich als verordnender Arzt den Krankenkassen einen Schaden verursacht habe – individuell begründen, warum ich mich so verhalten habe. Ich kann meine Praxisbesonderheiten darlegen.

Beim Heilmittelregress wird der Begriff Praxisbesonderheiten übernommen. Doch es gibt einen wesentlichen Unterschied: Im Heilmittelregress versteht man unter dem Begriff Praxisbesonderheiten ausschließlich und abschließend ICD-10-codierte Diagnosen, bei denen ich ein Heilmittelrezept ausgestellt habe. Es handelt sich hier keineswegs um individuelle Praxisbesonderheiten, sondern um eine Auswahlliste von Krankheiten, die einen langdauernden und kostenintensiven Behandlungsbedarf haben. Weitere Begründungen zu meinem individuellen Verordnungsverhalten sind nicht zugelassen.

Fatal ist es, dass der Richter am Sozialgericht unter dem Begriff Praxisbesonderheiten versteht, dass es um meine individuellen Praxisbesonderheiten geht. Dieser Begriff ist ja normalerweise auch gar nicht anders zu verstehen.

Mein Antrag möchte bei den Entscheidungsgremien einen Anstoß auslösen, reelle Möglichkeiten zu schaffen, dass ein Arzt, der beschuldigt wird, den Krankenkassen einen Schaden zugefügt zu haben, die Möglichkeit bekommt, sich zu verteidigen. Bitte stimmen Sie dem Antrag 111 zu.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Kollege Steininger. – Johannes Grundmann aus Bremen ist der Nächste.

Dr. Grundmann, Bremen: Verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag VI-47. Wie Sie wissen, ist bei erstmaliger Überschreitung des Regelleistungsvolumens die individuelle Beratung gegenüber der Regressforderung vorrangig. In Bremen läuft es so, dass beispielsweise erfahrene Vertragsärzte die jungen Kollegen mit beraten.

Nun wird in diesem Antrag die Forderung gestellt, dass auch für andere Fälle, beispielsweise einen sonstigen Schaden, diese Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt wird. Dem kann man meines Erachtens nur zustimmen. Das ist für Sie natürlich nichts Neues. Warum habe ich mich zu diesem Antrag zu Wort gemeldet? Wir haben auf den vorangegangenen Ärztetagen und auch hier auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover sehr viel über Nachwuchsprobleme, speziell im Hausarztbereich, gesprochen. Herr Montgomery, Ihre Ärztekammer hat 2009 eine Umfrage gestartet, warum sich die jungen Kolleginnen und Kollegen niederlassen wollen. An der Spitze stehen das Schul- und Betreuungsangebot, danach folgen die Höhe des zu erzielenden Einkommens, die berufliche Zukunft des Partners, die berufliche Kooperation mit Kollegen, die Anzahl der Bereitschaftsdienste und – mit dem Faktor 3,34 – das Angebot der Freizeitmöglichkeiten.

Meine Damen und Herren, wir – dafür steht dieser Antrag exemplarisch – müssen das unterstützen. Wir sollen diese Instrumente, Durchführungsbestimmungen und Vorschriften dafür schaffen, dass die jungen Kollegen diesen Schritt in die Selbstständigkeit gern gehen und sie wieder Spaß an ihrer Arbeit haben.

Ich selbst war in zwei Regressverfahren verwickelt, bis über 50.000 Euro. Ich kann Ihnen sagen: Da macht Ihnen die Arbeit keinen Spaß mehr. Ich wurde sozusagen bestraft für die Behandlung polymorbider Patienten in den entsprechenden Pflegevereinbarungen.

Es gibt, wie Sie wissen, auch ein Positionspapier der KBV, in dem die Abschaffung der Regresse grundsätzlich gefordert wird. Ich habe Herrn Köhler daraufhin angesprochen und habe gesagt: Ist doch super, darauf habe ich Jahre gewartet. Ich habe nach der zeitlichen Umsetzung dieses Papiers gefragt. Er konnte mir darauf nicht gezielt antworten und ist mit dem Hinweis auf die Bundestagswahl ausgewichen.

Meine Damen und Herren, stimmen Sie für diesen Antrag. Dieser Weg ist richtig und wichtig.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Vielen Dank, Herr Kollege. – Als nächster Redner Herr Kollege Schimanke, Vizepräsident der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Herr Schimanke, bitte schön.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Kaplan! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 60, der sich gegen den Missbrauch des § 66 SGB V wendet. Da gibt es ganz konkreten Handlungsbedarf. Es gibt bei den Krankenkassen – zumindest bei der Gesundheitskasse – eine Stabsstelle zur Bearbeitung von Patientenbeschwerden. Diese Stabsstelle soll bei Behandlungsfehlern die Patienten unterstützen. Aber das muss auf Antrag des Patienten, also des Versicherten, passieren. Wir in Mecklenburg-Vorpommern haben mehrere Fälle beobachtet, bei denen Patienten angeschrieben worden sind, weil beispielsweise die obere Grenzverweildauer überschritten war und dahinter ein Behandlungsfehler vermutet wurde. Der Patient hat uns schriftlich mitgeteilt, und zwar auf plattdeutsch: Herr Doktor, das kann doch keine Behandlungsfehler sein, Sie haben mich doch gesund gemacht. So sehen wir es auch.

Das ist ein offensichtlicher Missbrauch des § 66. Ich bitte Sie, dass sich der Deutsche Ärztetag dagegen positioniert.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Vielen Dank, Herr Kollege Schimanke. – Als nächster Redner Herr Kollege Grauduszus aus Nordrhein. Bitte schön.

Grauduszus, Nordrhein: Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag VI-76 zur Tabakentwöhnung. Wenn für die Bundesärztekammer finanzrelevante Anträge gestellt werden, wird das angekündigt. Gerade bei diesem Antrag müssen wir berücksichtigen, dass er auch im GKV-System Finanzrelevanz hat. Wir sind uns sicherlich einig, dass regelmäßiger Tabakkonsum die Kriterien der Sucht erfüllt. Das ist für uns selbstverständlich. Ich glaube, dass es eine ärztliche Tätigkeit ist, dass man Patienten, die diese Sucht haben und sich diese Sucht abgewöhnen wollen, ärztlicherseits unterstützt. Die Tabaksucht hat Krankheitswert.

Andererseits ist es derzeit so geregelt, dass ärztliche Maßnahmen, die in diesem Therapiebereich stattfinden, von der GKV nicht bezahlt werden. Das halte ich auch für richtig. Wir leben nicht in einer Zeit, in der wir den Leistungskatalog weiter ausdehnen müssen und können.

Auf der anderen Seite ist es gerade beim Tabakkonsum so: Wenn der Patient nicht ein starkes Interesse mitbringt und die Entwöhnung selbst mitfinanziert, wenn er kein starkes Interesse mitbringt, sich entwöhnen zu lassen, dann ist der Erfolg wahrscheinlich nur marginal. Die Tatsache, dass der Patient bei diesen Entwöhnungsbehandlungen ein eigenes Engagement mitbringen muss, auch in wirtschaftlicher Hinsicht, ist ein Vorteil. Diese Last im SGB-V-Bereich zu tragen bedeutet letztlich, dass wir 30 Millionen Patienten mehr haben. Das kann nicht der Sinn und Zweck des

SGB V und einer Versorgung der Menschen sein, die wir im Moment selbst im Bereich schwerer Krankheiten nicht immer schultern können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Grauduszus. – Nächster Redner ist Andreas Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich habe das Problem, noch zum Antrag 76 reden zu müssen. Es ist selbstverständlich schwierig, wenn es am Nichtrauchertag einen solchen Antrag gibt. Ich habe das Problem, dass wir hier etwas beschließen sollen, was wir zuvor hinsichtlich Pharmaka, Werbung etc. massiv abgelehnt haben. Hier, wo die Evidenzbasierung, dass diese Medikamente wirken, sehr umstritten ist, sollen wir eine pauschale Befürwortung aussprechen.

Daher schlage ich Ihnen vor, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen, auch wenn es für die Vorstandsmitglieder unangenehm ist, damit man sich dort ein Gesamtbild machen kann. Ein Medikament, das zur Suchtbekämpfung eingesetzt wird, birgt immer auch die Gefahr der Suchtverlagerung, wenn nicht andere Maßnahmen begleitend dazukommen. Um zu einem guten Antrag zu kommen, bitte ich Sie herzlich, der Vorstandsüberweisung zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Nächster Redner ist Rüdiger Pötsch aus Bayern.

Dr. Pötsch, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag VI-111, der nachgereicht worden ist. Ich möchte diesen Antrag unterstützen, gleichzeitig aber darum bitten, ihn noch ein bisschen zu präzisieren. Man sollte formulieren:

> *… eine Möglichkeit im Verfahren zu schaffen, in der der beschuldigte Arzt die eigenen Praxisbesonderheiten individuell darlegen kann.*

Zum Schluss sollte es heißen:

> *… hat keine Möglichkeit, sich individuell zu verteidigen.*

Ich möchte dann hinzugefügt wissen:

> *Die Prüfvereinbarungen sind deshalb rechtskonform anzupassen.*

Meine Damen und Herren, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat den Lehrstuhl für Statistik bei der LMU beauftragt, die derzeit geltenden Prüfvereinbarungen auf deren Rechtmäßigkeit hin zu prüfen. Dabei kam heraus, dass diese Vereinba-

rungen zumindest in Teilen nicht rechtskonform, ja rechtswidrig sind, weil nicht vergleichbare Praxen verglichen werden. Deshalb sollte man hier – das tut die KV Bayerns schon länger – die Kollegen unterstützen, indem sie bei jedem Regressantrag gleich darauf hinweisen, dass sie ihre Zweifel an der Rechtsgültigkeit der derzeit bestehenden Prüfvereinbarungen äußern.

Ich möchte den Antragsteller bitten, neben der Einfügung des Begriffs „individuell“ als Schlusssatz anzufügen:

Die Prüfvereinbarungen sind deshalb rechtskonform anzupassen.

Das wäre eine wunderbare Hilfe und ein Rückenwind durch den Deutschen Ärztetag für die niedergelassenen regressbedrohten Vertragsärzte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Pötsch, Sie haben also den Antrag gestellt, dass in der dritten Zeile nach dem Wort „Praxisbesonderheiten“ das Wort „individuell“ eingefügt wird. Am Schluss soll es heißen:

… hat keine Möglichkeit, sich individuell zu verteidigen.

Ferner soll zum Schluss der Satz angefügt werden:

Die Prüfvereinbarungen sind deshalb rechtskonform anzupassen.

Das ist Ihr Änderungsantrag.

Der Nächste ist Thomas Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Obwohl es politisch sehr korrekt ist, Rauchen generell unter Krankheitsverdacht und Sucht zu stellen, möchte ich darauf hinweisen, dass das nicht ganz dem gesunden Menschenverstand unterliegt. Natürlich ist Rauchen für manche eine Sucht. Aber wenn Sie sich mit dem Patienten unterhalten, stellen Sie sehr oft fest, dass es nichts weiter als eine persönliche Schwäche ist. Es gibt ganz konkrete Kriterien, an denen man eine Sucht festmachen kann. Aber hier wird wieder auf Druck der Pharmaindustrie – offenbar sind auch Ärzte der Sache nicht fern – jede persönliche Schwäche umgemünzt in Krankheit, jede Normvariante wird umgemünzt in Krankheit.

(Beifall)

Hier wird wieder ein Markt von Medikamenten geschaffen, der alle belastet, um eine persönliche Schwäche, eine Unfähigkeit über Medikamente regeln zu können.

Das halte ich für eine völlige Fehlentwicklung. Wenn es danach geht, ist auch die Dehydrierung eine Krankheit und wird bei der Einweisung in ein Pflegeheim mit Infusionen behandelt. Dann möchte ich am Ende auch mein Bier gegen die Sitzungsdehydrierung auf Rezept haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Lorenzen aus Baden-Württemberg ist der Nächste.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte der Einstellung und Meinung der Kollegen Grauduszus und Lipp an dieser Stelle dringend widersprechen. Die Nikotinabhängigkeit ist eine anerkannte chronische Krankheit und hat schreckliche Folgen.

(Beifall)

Es ist dringend zu fordern, hier Maßnahmen einzuleiten, um auch vom Gesundheitswesen langfristige Kosten abzuwenden.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lorenzen. – Herr Dr. Andreas Hellmann aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich möchte darauf antworten, weil in diesem Hohen Hause offenbar widersprüchliche Informationsstände bezüglich Suchterkrankung bestehen. Der Kollege hat es gerade gesagt: Die Nikotinabhängigkeit ist eine Sucht. Sie ist behandlungsbedürftig wie jede andere Sucht auch. Dazu sind wir auch verpflichtet. Wir haben allerdings im Moment keine Möglichkeit, zulasten der GKV hierfür Medikamente einzusetzen. Das gilt nur für das Suchtrauchen.

Herr Grauduszus hat gesagt: Dann haben wir 30 Millionen Patienten mehr. Das stimmt nicht. Wenn sie wirklich ein Patient sind, dann haben wir sie schon jetzt. Dann sind sie schon jetzt in unseren Praxen. Allerdings ist eine ganz entscheidende Möglichkeit, sie zu behandeln, nicht gegeben. Das ist das Hauptproblem, das wir haben.

Es gibt genügend evidenzbasierte Studien und Literatur. Es gibt auch eine Leitlinie der Bundesärztekammer dazu, was die Tabakentwöhnung betrifft. Sie beinhaltet ebenfalls die medikamentöse Tabakentwöhnung.

Es ist doch gar nicht gesagt, dass wir dann einführen, dass der Patient dies alles geschenkt bekommt und sich nicht selbst beteiligt. Das geht doch. Andererseits hat dieses Hohe Haus gestern beschlossen, dass wir eine zusätzliche Selbstbeteiligung und eine Einbeziehung des Patienten bei den Kosten nicht haben wollen. Was wollen wir denn? Herr Grauduszus, auf einmal wollen wir hier eine Selbstbeteiligung haben, aber bei allen anderen Dingen nicht? Wollen Sie eine Tabaksucht, die jedes Jahr eine grandiose Schneise von 110.000 Toten in Deutschland hinterlässt, einfach den Patienten überlassen und sagen: Das ist mir beliebig, da höre ich einfach auf?

Die Tabaksucht ist eine anerkannte Krankheit. Es gibt auch eine ICD-Ziffer dazu. In anderen europäischen Ländern, beispielsweise der Schweiz, ist es längst eingeführt. Es ist am Nichtrauchertag nicht sinnvoll, das an den Vorstand zu überweisen. Das

sind lauter Nichtraucher, die wissen schon, was sie damit machen müssen. Aber das muss dieser Ärztetag hier beschließen, um ein Zeichen nach außen zu geben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Hellmann. – Burkhard Bratzke aus Berlin.

Bratzke, Berlin: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Hellmann, es wird Sie freuen: Die AOK Nordost hat in Berlin einen Vertrag mit erhöhtem Betreuungsbedarf für Patienten mit bestimmten ICD-Diagnosen geschlossen. Dazu gehört auch die Nikotinabhängigkeit. Sie will zwar noch nicht richtig etwas dafür zahlen, aber als Krankheit ist es angekommen.

Ich möchte an sich zu etwas anderem sprechen, nämlich zu den unterschiedlichen Anträgen zu Richtgrößen Heilmittel. Unser Verfahren zur Richtgrößenprüfung bei Arzneimittel- und Heilmittelregressen ist unsinnig. Es wird aber nicht gerade besser, wenn man noch mehr Unsinn erzählt. Natürlich gibt es auch in der neuen Heilmittelrichtlinie weiterhin die Möglichkeit für individuelle Praxisbesonderheiten. Das ist enthalten. Es ist ein Katalog der automatischen Praxisbesonderheiten, die man nicht mehr darlegen muss. Individuelle sind außen vor und können dennoch im Verfahren geltend gemacht werden. Man sollte schon ein bisschen dichter an der Wahrheit bleiben, wenn man sich gegen diesen Unsinn der Richtgrößenprüfung wehrt.

In Berlin hat die Vertreterversammlung am Donnerstag vergangener Woche den einstimmigen Beschluss gefasst, dass die Richtgrößen und die Richtgrößenprüfung ausnahmslos abgelehnt werden. Man hat die Abschaffung gefordert. Das wäre ein vernünftiges Votum, statt immer zu versuchen, an einem sinnlosen und nicht erfolgversprechenden Instrument herumzudoktern.

Sie sehen auch an den Zahlen, wohin das führt. Sie haben in den vergangenen Tagen auf Ihrem Platz ein Heftchen zu den Ausgaben im gesetzlichen und privaten Krankenversicherungssystem gefunden. Bei den Arzneimittelausgaben der PKV, wo wir verschreiben können, was wir medizinisch für sinnvoll halten, wo wir keine Regressprüfung haben, wo der einzige Kontrolleur der Patient ist, haben wir Ausgaben von 266 Euro pro Versicherten und Jahr. Die Arzneimittelausgaben für gesetzlich Versicherte, verbunden mit einem unheimlich teuren Regressapparat und mit der Überprüfung fast jeder Verordnung, belaufen sich auf 410 Euro pro Patient. Ein freies System, in dem der Patient selber kontrolliert, ist mit Sicherheit wesentlich günstiger als die sinnlose Regressmaschine.

Das BSG hat entschieden, dass es zu den wirtschaftlichen Verpflichtungen eines Arztes gehört, auch bei der Anzahl der Patienten mit Krankheiten, denen er keine Verordnung gibt, sich an seinem Fachgruppenschnitt zu orientieren. Das ist eine höchstrichterliche Verpflichtung, Verdünnerscheine mit Gesunden in die Praxis hineinzuziehen. Nutzen Sie alle Gelegenheiten, diese Richtgrößenprüfung komplett abzulehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Herr Schwantes aus Brandenburg ist der Nächste.

Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Grauduszus und Herr Lipp: Nikotingebrauch ist eine Sucht. Das ist biochemisch nachgewiesen. Wir wissen inzwischen auch, dass Nikotin eine größere suchtmachende Wirkung hat als beispielsweise Heroin. Es ist erst seit einigen Jahren biochemisch nachgewiesen. Ich kann aus einer Mitschrift bei einer Vorstandssitzung von Philip Morris aus den 70er-Jahren zitieren, in der es heißt: Wir müssen uns klarmachen, dass Nikotin süchtig macht. Wir müssen dafür sorgen, dass wir möglichst früh Menschen an diese Sucht heranbringen. Wir müssen uns verstärkt darum kümmern, dass die Jugendlichen Nikotin rauchen, dann rauchen sie mindestens 20 Jahre.

Das ist eindeutig und klar. Wir müssen den Antrag unterstützen, dass wir auch medikamentöse Maßnahmen dagegen ergreifen dürfen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Christian Jäck-Groß aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Jäck-Groß, Bayern: Hohes Präsidium! Verehrte Delegierte! Es wurde gerade die wissenschaftliche Begründung genannt. Es gibt auch eine juristische Begründung: Sucht ist eine Krankheit. Das hat das Bundessozialgericht 1968 festgestellt. Ich finde die Einlassungen eines meiner Vorredner, dessen Namen ich in der Aufregung leider vergessen habe, unmöglich, wenn man sich auf das Gedankengut der 50er- oder 60er-Jahre bezieht und behauptet, Sucht ist eine Charakterschwäche.

(Beifall)

Da ich schon am Rednerpult stehe, möchte auch ich dem Präsidenten alles Gute zum Geburtstag wünschen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Jäck-Groß. – Oliver Funken ist der Nächste.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag auch von meiner Seite noch einmal persönlich. – Nikotin, Rauchen – der ewige Kampf der Bundesrepublik Deutschland gegen Lobbyismus, gegen Fehlinterpretationen und natürlich gegen Staatseinnahmen von zurzeit 20 Milliarden Euro, davon 14 Milliarden Euro allein aus der Tabaksteuer, hinzu kommt die Umsatzsteuer. Die Lobby arbeitet gut. Auch bei uns. Die Tabaksucht als solche ist unstrittig. Kollegen, die etwas anderes behaupten, sollten sich vielleicht einmal einer aktuellen Information unterziehen.

Die Cochrane Corporation hat 2008 Studien vorgelegt, bei denen an 40.000 Patienten dargestellt wurde, dass eine Nikotinersatztherapie nicht nur sinnvoll ist, sondern bei der Entwöhnungstherapie nach sechs Monaten ein Plus von 50 Prozent aufweist. Bei denjenigen, die ohne alles aufgehört haben, schaffen es nach sechs Monaten noch 3 bis 5 Prozent, das durchzuhalten. Unter der Nikotinersatztherapie liegt man beim Doppelten, also bei 8 bis 9 Prozent. Diese Zahlen besagen: Nikotin hat ein hohes suchtmachendes Potenzial. Man kann das durch eine entsprechende Verhaltenstherapie noch ein bisschen optimieren. Die Rückfallquoten liegen nach einem Jahr selbst bei den besten Entwöhnungstherapien bei etwa 70 bis 80 Prozent. Wir haben hier eine Suchtkrankheit, die massiv in die Bevölkerung eingedrungen ist und so etabliert ist, dass wir die Basics hier noch einmal diskutieren müssen, um erklären zu können, dass wir ansonsten Freibier für alle bekommen. Liebe Leute, das kann nicht sein. Wir haben heute Weltnichtrauchertag. Ich darf Sie recht herzlich bitten, dass diejenigen, die noch rauchen, damit aufhören. Mein Rauchstopptag war der 6. Juni 1993. Auch ich habe es geschafft. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg dabei.

Ich bitte Sie, den Antrag zur Nikotinersatztherapie zu unterstützen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Oliver. – Ingrid Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg ist die nächste Rednerin.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich kann mich meinem Vorredner nur voll anschließen. Hier werden veraltete Konzepte zur Argumentation herangezogen. Nikotin hat ein sehr hohes Suchtpotenzial. Die Tabakabhängigkeit ist eine Erkrankung. Das ist seit Langem bekannt und hat eine ICD-Ziffer. Auch die Vorstellung, dass es etwas mit Charaktereigenschaften zu tun hat, ist wirklich überholt.

Herr Grauduszus, sie verwechseln Raucher mit Tabakabhängigen. Tatsächlich sind nicht alle, die rauchen, tabakabhängig. Sie müssen unterscheiden: Es gibt einen schädlichen Gebrauch und eine Abhängigkeit. Hier geht es nur um die Abhängigen.

Es gibt Studien, die nachgewiesen haben, dass die Nikotinersatztherapie im Vergleich zu Behandlungen ohne Nikotinersatztherapie wirklich wirkt. Auch ich bitte um Unterstützung des Antrags.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Rothe-Kirchberger. – Martin Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Jetzt habe ich fast den Eindruck, dass ich so verstanden worden bin, als sei ich der Meinung, Nikotin mache nicht süchtig und es handele sich nicht um eine Sucht. Das stimmt nicht. Ich habe als Erstes darauf hingewiesen, dass die Nikotinsucht eine Sucht ist, die auch behandelt werden sollte. Dass Sucht per se

nicht normal ist, wissen wir eigentlich alle. Die Abgrenzung zur Krankheit ist von der Kollegin gerade sehr gut vorgenommen worden.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen: Die Nikotinsucht hat Krankheitswert. Nichts anderes habe ich behauptet. Es ist auch eine ärztliche Aufgabe, Patienten zu helfen, aus dieser Sucht herauszukommen. Aber welche Konsequenzen hat der Antrag denn schlussendlich? Es wird ein großes Loch in das Medikamentenbudget gerissen. Nikotin kostet am Tag pro Packung ungefähr so viel wie ein Medikament, mit dem man die Nikotinsucht behandelt. Das hat Budgetrelevanz für die Versorgung der Patienten und natürlich auch für das Honorarbudget.

Nicht alles, was Ärzte leisten können, muss unbedingt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Das sollten wir nicht mehr, das schaffen wir nicht mehr.

(Beifall)

Eine Eigenleistung der Patienten in diesem Bereich zu verlangen oder zu erwarten kann ja nicht unärztlich und unredlich sein.

Ich möchte darauf hinweisen, dass es ja nicht sein kann, dass, weil wir heute einen besonderen Tag haben, wieder Geschenke verteilt werden, die am Ende wahrscheinlich sogar verpuffen. Nur eine gute Motivation der Menschen bringt sie dazu, dass sie nicht mehr rauchen. Das begleiten wir schon heute tagtäglich in unseren Praxen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank.

(Zuruf)

− Herr Merchel stellt den Antrag auf Schluss der Debatte. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stelle ich Ihnen die Frage: Wer möchte zu diesem Konvolut SGB V/GKV Schluss der Debatte? – Die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Dann ist Schluss der Debatte beschlossen.

Wir können in die Abstimmung der Anträge eintreten. Wir beginnen mit dem **Antrag VI-23:**

Impfungen

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-47:**

Regressrisiko weiter senken

Ist etwa jemand dagegen?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

− Wir sind in der Abstimmung. Das geht nicht mehr. Wer dafür ist, das Regressrisiko weiter zu senken, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-111.** Es ist gebeten worden, hinter dem Wort „Praxisbesonderheiten“ in der dritten Zeile und in der vorletzten Zeile hinter dem Wort „sich“ jeweils das Wort „individuell“ einzufügen. Ferner soll ein weiterer Satz angefügt werden, der lautet:

Die Prüfvereinbarungen sind deshalb rechtskonform anzupassen

Diese Änderungen sind alle vom Antragsteller übernommen worden, sodass wir darüber nicht abzustimmen brauchen.

(Zuruf)

− Herr Dewitz beantragt Vorstandsüberweisung. – Herr Steininger als Antragsteller wünscht dagegenzureden.

Dr. Steininger, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Genau an dieser Stelle wünsche ich mir, dass dieses Reinrufen hier oben begründet wird. Ich habe keine Ahnung, wie jemand auf die Idee kommen kann, das an den Vorstand zu überweisen. Ich hätte gern eine Begründung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Da kann ich nur sagen: Jeder darf auch ohne Begründung Vorstandsüberweisung beantragen. Auch wenn Sie nur ans Mikrofon gehen und sagen „Ich beantrage Vorstandsüberweisung“, reicht das aus. Sie müssen es nicht begründen. – Aber Herr Dewitz möchte den Antrag sogar begründen.

Dr. Dewitz, Berlin: Der Antragsteller ist leider völlig irriger Meinung. Das alles gibt es bereits. Wir können natürlich auch beschließen, dass die Sonne am Tag scheinen möge. Das können wir gerne machen. Ich denke, es ist völlig überflüssig, was wir hier beschließen wollen. Diese Instrumente gibt es alle schon.

(Zurufe)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Da bin ich jetzt nicht sicher. – Wir bilden uns eine Meinung über die Vorstandsüberweisung. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Die Gegenstimmen waren eindeutig die Mehrheit. Damit ist Vorstandsüberweisung abgelehnt. Wer möchte den Antrag annehmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag VI-72:**

Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung herstellen

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einigen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-60:**

Missbrauch des § 66 SGB V verhindern

Es soll jedwede Fehlanwendung des § 66 SGB V unterlassen werden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um die Karte. – Die Gegenprobe! – Eine Gegenstimme. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist dieser Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zu dem vieldiskutierten **Antrag VI-76:**

Tabakentwöhnung

Herr Hellmann begehrt, in § 34 Abs. 1 Satz 7 die Worte „zur Raucherentwöhnung“ zu streichen.

(Zuruf)

− Von Herrn Grauduszus wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einige. Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann ist dieser Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Im Themenblock SGB V/GKV haben wir jetzt keine weiteren Anträge mehr. Wir kommen zum nächsten Konvolut. Bevor wir das tun, frage ich Sie Folgendes: Wir haben jetzt noch drei oder vier kleinere Punkte. Nach meiner Schätzung sind wir damit in anderthalb Stunden durch. Unser Stenograf hat gleichwohl regelmäßig das Problem, dass er die ganze Zeit durchhalten muss. Meine Frage ist: Wollen wir uns alle etwa fünf Minuten Pause gönnen?

(Beifall)

− Dann unterbreche ich die Sitzung jetzt, aber wirklich nur für fünf Minuten, damit man bestimmten körperlichen Notwendigkeiten Rechnung tragen kann. Ich hoffe, dass wir danach in einem Rutsch zügig durchkommen.

(Unterbrechung)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir fahren fort mit dem Themenkomplex Telematik/Telemedizin/eHealth. Zur Geschäftsordnung hat sich der Kollege Roy gemeldet.

(Zuruf)

− Herr Roy beantragt Redezeitbegrenzung auf eine Minute. – Herr Brunngraber möchte dagegensprechen.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nicht als potenziell Betroffener − das sind wir ja alle −, sondern aus prinzipiellen

Gründen möchte ich dagegensprechen. Wir wollen uns, nachdem wir hier mit einer Gründlichkeit, die auch eine Haltbarkeit unserer Beschlüsse bewirkt, beraten haben, auch in diesem Fall nicht durch eine so miniaturisierte und marginalisierte Form der Äußerung unserer Meinungen zurückschneiden lassen. Es gibt angesichts des flotten und wirklich gelungenen Vorgehens der Versammlungsleitung gar keinen Grund für diese eine Minute, es sei denn, dass vielleicht dieser ganze Tagesordnungspunkt in Miniatur verkleinert werden sollte.

Ich bitte schon darum, dass wir diese drei Minuten, die sich als durchaus akzeptabel erwiesen haben, beibehalten.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist für Redezeitbegrenzung auf eine Minute? – Wer möchte bei den drei Minuten bleiben? – Das ist die Mehrheit. Wir bleiben bei drei Minuten.

Ich rufe als ersten Redner Herrn Brunngraber auf. Er hat jetzt drei Minuten Zeit, uns seine Meinung darzulegen.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sind diese Woche hier in Hannover und lassen großenteils unsere Berufstätigkeit für eine Woche liegen, weil wir mandatiert sind und im Auftrag der Wähler und der deutschen Ärzteschaft zu Beschlüssen kommen sollen. Wir haben in den letzten Tagen auch an anderer Stelle sehr klug gesagt: Wir müssen ja nicht alles jedes Jahr wieder neu besprechen, was eigentlich ganz gut festgeklopft ist und austariert worden ist. Das möchte ich auch zu diesem Thema Telematik sagen. Wir haben eine durchgehende Beschlusslage, für deren Änderung momentan eigentlich überhaupt kein Grund besteht.

Ich möchte Sie auf Folgendes aufmerksam machen. Aktuell ist die Frage des Versichertenstammdatenmanagements. Es ist ja eine große Tradition der Ärztetage, dass wir in den Sektoren jeweils die Probleme des anderen Sektors respektieren und in diesen Sektor nicht hineinregieren. Wir Niedergelassenen haben uns immer auch für die Lohnforderungen der Krankenhausärzte eingesetzt. Beim Versichertenstammdatenmanagement geht es um eine Sache, die uns Niedergelassene in eine fast nihilistischen Zerstörung der Arbeitsfähigkeit unserer Praxen bringen wird. Stellen Sie sich bitte eine Endemie oder eine Grippewelle im Januar vor. Es sind dann Millionen von Anfragen dieses sittenlosen Versichertenstammdatenmanagements, die unsere Praxen paralysieren. Es geht ja nicht um eine SMS. Ein Stammdatenabgleich setzt die Etablierung sicherer VPN-Kanäle mit Konnektoren voraus. Das ist nicht so, als wenn Sie mit der Euro-Scheckkarte am Samstagvormittag einen Koffer kaufen wollen, sondern dieses hier wird pro Transaktion zwei bis vier Minuten dauern. Das müssen Sie sich bitte millionenfach vorstellen. Ich glaube nicht, dass die Serverarchitektur das tragen wird. Deswegen sagen wir: Wir müssen an dieser Stelle schon vorher erklären: Das darf es gar nicht geben.

Außerdem ist es eine Aufgabe, die nichts mit ärztlicher Versorgung zu tun hat. Es ist eine reine Krankenkassenobliegenheit. Die dürfen wir nicht in die Praxen hineinziehen.

(Beifall)

Auch unter dem Gesichtspunkt des Nachwuchses dürfen wir unsere Praxen nicht so verwüsten lassen, dass keiner mehr kommen will.

Das Versichertenstammdatenmanagement ist der elektronische Fuß in der Tür, dass erstmalig direkte Datenverbindungen zwischen den Krankenkassen und den Praxen bestehen. Das dürfen wir nicht machen.

Ich möchte Ihnen deswegen sagen: Der Antrag 82 stellt in meinen Augen ein Fahren unter falscher Flagge dar. Es wird nämlich gesagt, die bestehende Beschlusslage soll um 180 Grad gedreht werden. Gucken Sie sich das an; bitte nicht drehen. Der Antrag 89, die E-Card nicht weiterzuverfolgen, stellt die Kontinuität unserer durch intensive Debatten gewonnenen Überzeugung dar, was für die Versorgung der Patienten und für die Weiterführung unserer ärztlichen Arbeit wichtig ist. Ich bitte Sie, dem Antrag 89 zuzustimmen und den Antrag 82 an den Vorstand zu überweisen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Brunngraber. – Die nächste Rednerin ist Frau Lüder aus Hamburg.

Dr. Lüder, Hamburg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 89. Er lautet: Das Projekt E-Card nicht weiterführen, aber moderne Kommunikationswege in der Medizin stärker machen. Das Großprojekt der elektronischen Gesundheitskarte scheitert eigentlich insgesamt seit sieben Jahren. Es sollte schon 2006 alles da sein. Jetzt haben unsere Patientinnen und Patienten eine kleine Karte mit einem Foto drauf. Das hat sehr viel Geld gekostet. Allein die gematik hat bisher 630 Millionen Euro verbraucht. Davon haben wir als Ärztinnen und Ärzte ungefähr 130 Millionen Euro investiert.

Wenn der Verteidigungsminister für die Drohnen, die man nicht braucht, 600 Millionen Euro ausgibt, sinnlos verschwendete Steuergelder, dann muss er sich hinterher persönlich dafür rechtfertigen. Wer übernimmt die persönliche Verantwortung für die verschwendeten Hunderte von Millionen, die im E-Card-Projekt nur ein Teil der Kosten sind? Das möchte ich gerne wissen.

In dieser Hinsicht freue ich mich, dass Kollege Montgomery nach langer Zeit diese Woche öffentlich der Presse gegenüber das Gesamtprojekt kritisiert und gefragt hat, ob die 700 Millionen Euro – so stand es in der Presse zu lesen – wirklich sinnvoll investiert wurden. Daran zweifelt er. Das finde ich völlig richtig.

(Beifall)

Was vielen unbekannt ist: Bei der Einführungsorganisation gematik, unter deren Ägide das alles auch weiterhin laufen soll, sitzt in der Gesellschafterversammlung mit 50 Prozent der Stimmrechte der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen. Die Bundesärztekammer hat 5 Prozent Stimmrechte, die Kassenärztliche Bundesvereinigung 15 Prozent.

Man kann sich also vorstellen, dass es dort inzwischen schlechterdings nicht mehr möglich ist – das sagen auch diejenigen, die daran beteiligt sind –, ärztliche Interessen durchzusetzen. Deshalb hat die KBV-Vertreterversammlung in dieser Woche beschlossen, gegebenenfalls den Bundesminister für Gesundheit aufzufordern, diese Einführungsorganisation gematik aufzulösen.

Wir als Deutscher Ärztetag wären gut beraten, unsere Kritik, die wir in den letzten Jahren formuliert haben, auch dieses Jahr wieder deutlich zu unterstützen. Das ist im Antrag 89 gemacht worden. Natürlich geht es in Zukunft darum, sichere Kommunikationswege aufzubauen. Dafür sollte das Geld investiert werden. Aber alle Euros können nur einmal ausgegeben werden. Es gibt überhaupt nur die Möglichkeit, dezentrale sichere Wege zu nutzen. Es gibt in den letzten Wochen von unabhängigen Sicherheitsexperten deutliche Kritik an der Sicherheit der gematik. Sie sagen: Es ist nicht so sicher, wie es immer dargestellt wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Lüder. – Susanne Blessing aus Baden-Württemberg ist die nächste Rednerin.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Für diejenigen, die vielleicht nicht wissen, was da auf die Kollegen zukommt: Es wird selbst von den Experten der entsprechenden Telematikinfrastruktur davon gesprochen, dass nur gut 2 Prozent aller dieser zu prüfenden Karten änderungsrelevant sind. Das heißt, von den 600 Millionen Kartensteckprozessen, die jedes Jahr in den Praxen ablaufen, müsste ein minimaler Anteil geändert werden. Insofern sehen wir E-Card-Kritiker es als Trojanisches Pferd an, dass die Krankenkassen, die zu 50 Prozent in der gematik vertreten sind und dort ihre Interessen sehr strikt vertreten, mit dem Abgleich in die Praxen eintreten möchten und ähnlich wie bei den Mautstellen auf der Autobahn, wo es zunächst hieß, das sei nur für LKWs, wobei sich jeder denken kann, was kommen wird, weil ja auch schon die Kameras installiert sind, ganz andere Interessen haben, bei uns in den Praxen tätig zu werden. Sie wollen nicht nur, dass die einfachen Stammdaten abgeglichen werden sollen.

Der Trick dabei ist, dass wir angeblich nur abrechnen dürfen, wenn diese Daten aktualisiert worden sind. Das ist für uns ein riesiger bürokratischer Aufwand, der eigentlich durch nichts zu rechtfertigen ist. Er stellt, wie gesagt, eigentlich ein Trojanisches Pferd dar. Wir wollen dadurch nicht zu Außenstellen der Krankenkassen werden.

(Beifall)

Es wird immer behauptet, dass die Profilbildung für Patienten und für Ärzte ausgeschlossen sei. Das ist sicher nicht so. Alle IT-Spezialisten, mit denen ich geredet habe, haben gesagt: Ein System, auf das so viele Leute ein Zugriffsrecht haben, ist gar nicht so sicher zu machen, dass keine Profile erstellt werden können. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, der zu wenig beachtet wird.

Nun noch zu den Kosten. Ich habe mitbekommen, dass die Bundesärztekammer erhebliche finanzielle Probleme hat. Die Evaluation der Weiterbildung ist ein wesentlich

wichtigeres Thema als die Verfolgung einer Telematikinfrastruktur. Ich frage mich, ob man nicht einfach Gelder umschichten könnte. Das wäre im Prinzip für die Kollegen an der Basis und auch für die in Weiterbildung befindlichen Kollegen wesentlich wichtiger, dass sie gut ausgebildet sind, dass das auch gut evaluiert ist. Das wäre auch für die Patientenversorgung sicher sinnvoller als so eine unnötige Karte.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Blessing. – Herr Thomas Schang aus Schleswig-Holstein hat das Wort.

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag 107 sprechen und Sie bitten, diesen Antrag abzulehnen. Ich möchte nicht verhehlen, dass ich da Partei bin. Ich habe mich entschlossen, demnächst nach langjähriger Tätigkeit in der kurativen Medizin die Leitung eines großen Telearztzentrums in Schleswig-Holstein zu übernehmen. Warum tut das jemand wie ich, der sich langjährig auch in vielen Gremien organisiert hat? Weil die Telemedizin, und zwar auch mit der Subsparte Telefonberatung, ein enormes Zukunftspotenzial hat, das wir dringend brauchen, um den zukünftigen Ärztemangel, der, wenn man ehrlich ist, überhaupt nicht mehr abzuwenden ist, in irgendeiner Form zu bewältigen.

Dazu können die Telefonberatung und viele Anwendungen, die darauf fußen können, dienen. Deswegen wäre es ein Fehler, so etwas in Bausch und Bogen abzulehnen. Der Antrag mit seinen zwei Sätzen erinnert mich – ohne jetzt despektierlich werden zu wollen – ein bisschen an den Wilden Westen: erst schießen, dann fragen, erst ablehnen, dann untersuchen. Ich finde, das wird der Sache nicht gerecht.

Was ist Telefonberatung? Telefonberatung ist Beratung und eben nicht Diagnosestellung und eben auch nicht Therapie. Diese Grenzen werden von der Berufsordnung ganz klar gesetzt. Überall dort, wo diese Grenzen überschritten werden, kann die Ärztekammer so etwas ahnden. Sie tut es im Übrigen auch.

Telefonberatung in dem Institut, das ich in einigen Monaten leiten werde, unterliegt einem sehr hohen Qualitätsstandard. Wir haben sehr intensive innere und äußere Qualitätsmanagementsysteme. Wir haben ein System von zwei externen Testanrufern, die beispielsweise auch auf diese berufsrechtliche Relevanz permanent achten.

Welche Leute machen das? In unserem Institut sind es 100 Ärzte, die sämtlich langjährige Erfahrungen in Praxen haben. Die meisten sind noch in Praxen tätig, sind in Kliniken tätig, auch in leitender Oberarzt- und Chefarztposition. Es sind einige dabei, die im Laufe der Jahre inzwischen in den Ruhestand getreten sind.

Wenn man generell das Thema Telefonberatung in Bausch und Bogen ablehnt, bedeutet das, dass Veranstaltungen in Medien wie „Gesundheitsmagazin Praxis“, wo auch Patientenfragen beantwortet werden, nicht mehr durchgeführt werden können. Wie ist es mit der Telefonseelsorge unter ärztlicher Beteiligung? Wie ist es letztlich

auch beispielsweise mit Ziffer 1 der GOÄ „Beratung, auch telefonisch“? Das müssten Sie konsequenterweise ablehnen.

Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schang. – Nächster ist Wolfgang Bärtl.

Dr. Bärtl, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als niedergelassener Arzt und stellvertretend für die niedergelassenen Ärzte wende ich mich mit aller Entschiedenheit gegen das verpflichtende Stammdatenmanagement in unseren Praxen.

(Beifall)

Es gibt dazu eine eindeutige Beschlusslage der Bundesärztekammer und jüngst vor vier Tagen, am Montag, bei der Vertreterversammlung der KBV und damit das Mandat der gesamten Vertragsärzteschaft, die Umsetzung weiterer alleiniger Kasseninteressen im Rahmen auch der gematik nicht weiter zu dulden und bei weiterem Festhalten den Gesetzgeber aufzufordern, die gematik nach den Möglichkeiten des SGB V aufzulösen.

Das ist ein wichtiger Beschluss. Er ist auch richtig. Er ist aus zwei Gründen richtig: Erstens. Wir sehen nicht ein, dass nach Abschaffung der Praxisgebühr die Kassen ein weiteres Mammutbürokratiemonster auf unsere Praxen abwälzen und reine Verwaltungsaufgaben in unsere Praxen verlagern. Wir haben knappe Zeit, wir haben knappe Ressourcen. Wenn wir den Ausführungen von Herrn Professor Maio folgen, ist die Zeit für unsere Patienten da. Wenn ich unsere Praxen mit teilweise 100 Patienten an einem Vormittag sehe, muss ich feststellen: Das kann nicht geleistet werden. Die Zeit ist bei unseren Patienten besser aufgehoben. Vor allem ist das Geld in der Versorgung der Patienten besser aufgehoben.

(Vereinzelt Beifall)

Zweitens. Durch die Anbindung der Praxen an die Krankenkassen über die E-Card sehen wir enorme Sicherheitsrisiken und das Datengeheimnis unserer Patienten gefährdet. Ärzte sind die besten Datenschützer. Die Daten gehören in die Hände von Ärzten und Patienten und nicht in die Hände einer profitgesteuerten IT-Technologie.

Ich bitte Sie daher um ein eindeutiges Votum der deutschen Ärzteschaft: Die Ärzte zeigen dem verpflichtenden Stammdatenmanagement in den Praxen ganz klar die rote Karte. Ich bitte Sie, der Forderung zuzustimmen, das Millionengrab E-Card endlich zu schließen und die eingesparten Gelder der Versorgung der Patientinnen und Patienten zuzuführen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Hans Ramm aus Hamburg ist der Nächste.

Dr. Ramm, Hamburg: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal möchte ich mich bei der Verwaltung und dem Präsidium für diese wunderbare Neustrukturierung des Tätigkeitsberichts bedanken. Nach vielen Jahren eines Durcheinanders auf meinem Sitzplatz ist es nun strukturiert und wunderbar abzuhandeln. Vielen Dank.

(Beifall)

Ich spreche ebenfalls als Niedergelassener. Der Kollege Bärtl hat eigentlich schon alle Argumente vorgetragen. Für die Niedergelassenen ist diese Technik überhaupt nicht möglich. In meiner Praxis verwende ich für Patientendaten ein Intranet. Ich werde einen Teufel tun, das als Internet zu benutzen. Ich werde dabei bleiben, egal welche gesetzlichen Bestimmungen kommen. Ich möchte Sie dringend bitten, den Antrag 89 zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans. – Christiane Groß aus Nordrhein ist die Nächste.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben sicher erwartet, dass auch ich mich hier zu Wort melde. Ich habe den Antrag „Für eine arztdienliche Telematikinfrastruktur“ gestellt, zusammen mit einigen anderen Delegierten aus verschiedenen Bundesländern. Wir sind der Meinung, dass es eine arztdienliche Telematikinfrastruktur geben muss, die keine Schnittstellen mehr aufweist, die kompatibel ist zwischen PVS-Systemen und KIS-Systemen, die dem Arzt dienlich und datensicher ist.

Ich könnte jetzt einiges zu meinen Vorrednern sagen. Ich finde es angenehm, dass wir heute tatsächlich etwas mehr Zeit haben, aber mir fehlt etwas mehr fundierte Kenntnis. Ich habe immer das Gefühl: Wir diskutieren an manchen Stellen wie vor zehn Jahren. Ich wünsche mir, dass wir da auf einen aktuellen Stand gebracht werden.

Deshalb kann ich nur wärmstens empfehlen, den Antrag von Herrn Stagge zu unterstützen, dass wir uns auf dem nächsten Ärztetag noch einmal mit dieser Problematik auseinandersetzen. Er wünscht sich, dass wir auch Pro- und Kontrapositionen beleuchten. Ich denke, erst dann können wir entscheiden, wie es weitergehen soll.

Ich meine, wir haben viel in Richtung Patientensicherheit getan. Wir haben viel erreicht. Wir haben erreicht, dass die PCs der Ärzte nicht generell angeschlossen werden müssen. Aber ich kann nachvollziehen, dass es hinsichtlich der Datensicherheit noch immer Fragen gibt. Deshalb bitte ich, den Antrag von Herrn Stagge zu unterstützen. Hilfsweise beantrage ich, dass, wenn der Antrag von Herrn Stagge nicht unterstützt wird, mein Antrag 82 unterstützt wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt habe ich eine Meldung zur Geschäftsordnung vom Kollegen Andrae aus Thüringen.

Dr. Andrae, Thüringen: Ich stelle den Geschäftsordnungsantrag auf Ende der Debatte. Ich denke, wir haben einige sehr interessante und sehr vernünftige Anträge vorliegen, die, wie ich glaube, im Sinne der Meinungsäußerungen der letzten Jahre beschieden werden. Etwas substanziell und inhaltlich völlig Neues finde ich nicht. Ich denke, wir können schon darüber abstimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist Schluss der Debatte beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Was die gematik angeht, bin auch ich der Meinung, dass alles gesagt ist. Aber zur Telemedizin ist noch nicht alles gesagt. Da gab es auch kritische Stimmen. Dieses Thema ist hier keinesfalls grundsätzlich behandelt worden. Wenn wir schon Schluss der Debatte beschließen, dann bitte nur zur Gesundheitskarte und ähnlichen Themen. Das andere sollte hier noch besprochen werden.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das geht so nicht. Wir können nur über den gesamten Themenkomplex befinden. Mit einer Subdifferenzierung kommen wir in Teufels Küche. – Einer hat für Schluss der Debatte, einer dagegengesprochen. Möchten Sie Schluss der Debatte, dann sollten Sie jetzt die Karte erheben. – Die Gegenprobe! − Das Erste war klar die Mehrheit. Damit ist Schluss der Debatte beschlossen. Wir können damit in die Abstimmung der Anträge eintreten.

Wir kommen zunächst zum **Antrag VI-90,** der zwei Punkte enthält. Der erste Punkt besagt, dass wir uns auf diesem Ärztetag nicht mit dem Themenkreis elektronische Gesundheitskarte, Telematik und elektronische Patientenakte sowie den dazu eingebrachten Anträgen befassen. Damit würde automatisch die Abstimmung über die Anträge 89 a, 89, 100, 16 a, 16, 82 a und 82 hinfällig. Damit wollen Sie sich nicht mehr befassen.

Der zweite Punkt beinhaltet die Forderung, auf dem nächsten Deutschen Ärztetag einen eigenen Tagesordnungspunkt vorzusehen. Ich meine, Sie sind sehr freigiebig mit Ihrer Zeit in Düsseldorf, denn wir haben schon die Weiterbildungsordnung auf der Tagesordnung. Wir haben heute einen weiteren Tagesordnungspunkt aufgenommen. Nächstes Jahr ist auch der erste Ärztetag nach der Bundestagswahl und der Bildung einer vielleicht neuen Bundesregierung. Das heißt, auch die Gesundheitspolitik könnte spannend und interessant sein. Deshalb sollten Sie wirklich überlegen, ob Sie diesen Ärztetag so vollpacken.

Jetzt hat sich Herr Stagge zur Geschäftsordnung gemeldet.

(Zuruf)

− Herr Stagge möchte, dass über die beiden Punkte getrennt abgestimmt wird.

Sie wissen jetzt, worüber wir abstimmen.

(Zuruf)

− Von Helmut Peters aus Mainz wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen?

(Zuruf)

− Warum geht das nicht? Entschuldigung, Sie können bei jedem Antrag entscheiden, wie er behandelt wird. Sie können Vorstandsüberweisung beantragen und Sie müssen sich eine Meinung darüber bilden.

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Dagegengesprochen wurde sozusagen nur in cumulo. Jetzt stimmen wir darüber ab. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte den Antrag inhaltlich bescheiden? – Das ist die Mehrheit. Dann kommen wir jetzt in die inhaltliche Abstimmung. Wir haben zwei getrennte Punkte. Der erste Punkt ist, dass wir uns mit weiteren Dingen nicht befassen. Wer dafür ist, den möchte ich um das Kartenzeichen bitten. – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Wer sich im Sinne des Antragstellers mit den weiteren Dingen nicht befassen möchte und damit dem ersten Punkt des Antrags zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Ich bitte Sie jetzt um die Gegenprobe. − Dann haben Sie mit 94 gegen 89 Stimmen beschlossen, dass Sie dem Antragsteller folgen wollen. Sie haben damit den ersten Punkt des Antrags **angenommen.** Damit entfallen die eben von mir aufgezählten Anträge für die heutige Debatte.

Wir fahren jetzt mit dem zweiten Punkt des Antrags fort, nämlich dass sich die deutsche Ärzteschaft auf dem nächsten Deutschen Ärztetag, der bereits sehr voll ist, mit den aufgeführten drei Themen in einem eigenen Tagesordnungspunkt befasst. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist das mit Mehrheit **abgelehnt.**

Wir kommen nun zum **Antrag VI-101:**

> *Sachstandsbericht und Grundsatzdiskussion über die Zusammenarbeit in der gematik*

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **angenommen.**

Die **Anträge VI-89, VI-100, VI-16** und **VI-82 entfallen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-14:**

> *Transparente Darstellung telemedizinischer Versorgungsmodelle von gesetzlichen Krankenkassen*

Das ist ein Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um die Karte. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig bei wenigen Enthaltungen **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-15:**

Mehr Wettbewerb bei Praxissoftware durch offene Schnittstellen

Auch dieser Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Wer ist dafür? − Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VI-36:**

Verankerung ambulanter telemedizinischer Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-107,** mit dem wir ein Problem haben, denn für das Berufsrecht sind eigentlich die Landesärztekammern zuständig, meine sehr verehrten Damen und Herren. Darauf achten die Landesärztekammern auch. Die Bundesärztekammer hat keine eigene berufsrechtliche Prüfkompetenz. Der Vorstand der Bundesärztekammer setzt sich ja aus den Präsidenten der Landesärztekammern zusammen. Wir könnten das ja dem Vorstand anheimstellen.

(Zuruf)

− Von Herrn Andrae ist Vorstandsüberweisung beantragt. Man könnte es im Vorstand behandeln; dort wäre es vielleicht auch richtig adressiert. – Klaus Thierse möchte gegen Vorstandsüberweisung sprechen.

Dr. Thierse, Berlin: Meine Damen und Herren! Der erste Satz des Antrags lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 spricht sich gegen Telefonberatungen ohne Patientenkontakt aus.

Das ist der zentrale Satz. Der zweite Satz ist nachgeschoben. Ich bin der Meinung, wir müssen uns damit beschäftigen. Herr Schang hat es eben so schön ausgedrückt: Das ist ein kommendes Geschäft. Ich habe in einer Kurzbegründung darauf hingewiesen, dass in Berlin und Brandenburg fünf Zentren mit Sicherheit – –

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir wollen jetzt nicht inhaltlich über den Antrag reden. Das geht nicht. Man könnte das befördern, wenn man den zweiten Satz streichen würde, der lautet:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, hier die Zulässigkeit nach dem Berufsrecht zu prüfen.

Dr. Thierse, Berlin: Ja, gern.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das heißt, der Antragsteller selber zieht den zweiten Satz seines Antrags zurück. Es bleibt nur der erste Satz seines Antrags beste-

hen. – Jetzt habe ich eine weitere Meldung zur Geschäftsordnung von Herrn Fischbach.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Lieber Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mir erschließt sich die Sinnhaftigkeit des Antrags nicht. Ich möchte auf Nichtbefassung plädieren.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Fischbach plädiert auf Nichtbefassung. – Dagegen möchte Heidrun Gitter reden.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Das ist hochproblematisch. Es gab schon einige Urteile, dass ein Arzt verurteilt worden ist, weil er sich auf die Angaben aus dem Telefongespräch verlassen hat. Die Einschätzung war aber falsch und die Behandlung dementsprechend auch. Da gab es ein kleines Problem. Insofern kann ich das Anliegen von Herrn Thierse verstehen. Sie sollten sich zumindest eine Meinung darüber bilden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Jetzt haben Sie alles gehört. Wir können uns als Erstes eine Meinung über die Nichtbefassung bilden. Wer ist für Nichtbefassung mit dem Antrag? – Wer möchte sich damit befassen? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? − Das ist die Mehrheit. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Dann haben wir den Antrag **in der geänderten Fassung angenommen,** indem der zweite Satz gestrichen wird, der lautet:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, hier die Zulässigkeit nach dem Berufsrecht zu prüfen.*

Herr Bertram hat eine zweite Lesung zu dem Antrag von Herrn Stagge beantragt, dessen ersten Punkt wir angenommen und dessen zweiten Punkt wir abgelehnt hatten. – Herr Bertram möchte das begründen.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Lieber Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht um den ersten Teil. Wir haben beschlossen, dass wir uns mit folgenden Themenkreisen nicht befassen: elektronische Gesundheitskarte, Telematik und elektronische Patientenakte. Wir haben uns trotzdem mit der Telemedizin beschäftigt. Wir haben mehrere Abstimmungen dazu vorgenommen, was ich auch gut finde. Das wäre meiner Meinung nach auch ausgeschlossen gewesen.

Bei dem Riesenthema Online-Stammdatenabgleich geht es für die Niedergelassenen wirklich um wichtige Themen. Das ist jetzt abgebügelt worden. Insofern hätte ich

gern im Hintergrund, dass wir zumindest über den Antrag VI-100 abstimmen, der den Online-Stammdatenabgleich negativ bescheidet.

Deshalb bitte zweite Lesung und Abstimmung über den Antrag 100.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das ist kompliziert. Sie haben selber formuliert, dass Sie sich auf diesem Ärztetag mit diesen Punkten nicht befassen wollen. Dann möchten Sie sich mit einigen Punkten doch wieder ein bisschen befassen. Das geht nicht. Das ist wie ein bisschen Schwangerschaft. Herr Bertram, das geht nicht; entweder oder. Man muss dann auch zu den Beschlüssen stehen.

Das kann man durch eine zweite Lesung klären. Es geht natürlich nur um den Beschluss zum ersten Punkt. Über den zweiten Punkt wollen Sie nicht reden. Es geht ausschließlich um den ersten Punkt des Antrags VI-90. Dazu soll es eine zweite Lesung geben. – Herr Andrae möchte dagegensprechen.

Dr. Andrae, Thüringen: Ich glaube, das Anliegen ist völlig korrekt. Insofern habe ich es bedauert, dass wir darüber nicht abstimmen. Aber ich glaube, wir müssen dies auch nicht tun. Die bisherigen Ärztetage haben sich ausdrücklich dagegen ausgesprochen, dass es den Praxen obliegt, diese Daten zu führen. Insofern ist es nicht schlimm, wenn wir es jetzt nicht noch einmal ablehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wer möchte eine zweite Lesung zu dem ersten Punkt des Antrags von Herrn Stagge? – Wer möchte das nicht? – Das ist eine so große Mehrheit, dass ich das Drittelquorum als nicht erreicht feststelle. Damit gibt es keine zweite Lesung, auch nicht zu den Anträgen, die nicht behandelt worden sind.

Damit ist der Themenkomplex Telematik/Telemedizin/eHealth abgehandelt. Wir kommen zum Themenbereich Zulassung. Dazu haben wir eine Wortmeldung von Herrn Richter-Turtur.

Prof. Dr. Richter-Turtur, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu den Anträgen VI-10 und VI-25 sprechen. Ich bitte Sie, diese Anträge entweder abzulehnen oder Nichtbefassung zu beschließen. Ich möchte Ihnen das auch begründen. Es geht um die Voraussetzung der Kenntnis der deutschen Sprache als Zulassungsbedingung für ausländische Kollegen. Ich bin seit über 30 Jahren sporadisch in Afrika unterwegs und beschäftige mich seit dieser Zeit mit der Weiterbildung und der Unterstützung von Kollegen aus Entwicklungsländern bei uns in Deutschland. Für diese jungen Kollegen aus Entwicklungsländern ist die Aus- und Weiterbildung in Deutschland weiterhin hoch angesehen und attraktiv. Sie haben schon ohne diese von uns nun gewünschte zusätzliche Zulassungshürde ein Spießrutenlaufen zu absolvieren, um hierherzukommen.

Ich fürchte, wenn wir die Sprachprüfung als Zulassungsbedingung einführen, ist das kontraproduktiv und wir verhindern, dass unsere eigenen Kollegen hier ihre Ausbildung machen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Richter-Turtur. − Jetzt hat Heidrun Gitter das Wort.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Richter-Turtur, da kann ich Sie beruhigen: Es steht auch heute schon in der Approbationsordnung, dass man der deutschen Sprache mächtig sein muss, wenn man eine Approbation haben möchte.

(Beifall)

Es geht also nur darum, dass man Kriterien festlegt. Es ist nach meiner Wahrnehmung übrigens auch ein Teil der Willkommenskultur, dass man denjenigen, die man hier haben möchte, genau erklärt, was man erwartet, und dass man ihnen dann auch dazu verhilft. Es wäre doch nicht unsere Pflicht, ihnen die Zulassung zu geben mit einer Sprache, die sie selber nicht glücklich macht und die den Patienten gefährdet. Dasselbe gilt übrigens für die Weiterbildung. Unseres Pflicht ist es, die Kriterien klar zu benennen und Hilfe dabei zu geben, diese Kriterien zu erfüllen. So ist Willkommenskultur und Patientenschutz miteinander vereinbar.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. In den gesetzlichen Regelungen sind diese Sprachtests vorhanden. Wir alle wissen, dass das dort formulierte Kriterium, einen sogenannten Sprachtest B 2 zu bestehen, eine sehr unterschiedliche Qualität zutage fördert, um es vorsichtig auszudrücken, und wir gerade zum Schutz der Kollegen bundeseinheitliche Kriterien nicht nur fordern, sondern uns als Kammern sogar anbieten, diese Prüfungen abzunehmen, damit die insbesondere für einen Arzt wichtige Umgangssprache nachgewiesen werden kann. Ich glaube, Sie missverstehen das, wenn Sie das als zusätzliche Hürde ansehen. Es ist auch ein Schutz der Kollegen vor unzulässigen Hürden.

Herr Schwantes.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Es geht nicht um Ausbildung und Weiterbildung, wie mein Vorvorredner es vorhin ausführte. Sie dürfen natürlich bei uns studieren und sich ausbilden lassen und dann auch in die Weiterbildung hineingehen. Es geht um die Approbation, es geht um die ärztliche Berufsausübung. Ich führe seit vielen Jahren Kenntnisstandsprüfungen bei ausländischen Kollegen durch. Sie sind mir alle willkommen. Ich freue mich über jeden Arzt, egal woher er kommt, der hier mitarbeiten kann. Aber wenn in einer Kenntnisstandsprüfung jemand nicht einmal die Frage versteht: „Sind Sie in der Lage, dieser Prüfung zu folgen? Sind Sie gesund?“, kann er mit keinem Patienten reden. Wir brauchen eine klare Sprachregelung. Wir brauchen den Nachweis, dass jemand mit den Patienten Deutsch reden kann.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schwantes. – Nächster Redner ist Bernhard Lenhard aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben in Rheinland-Pfalz sicherlich sehr viel Erfahrungen mit diesen Sprachprüfungen, weil wir sie schon seit einiger Zeit durchführen. Wir hatten zu diesem Thema neulich eine große Resonanz in der Presse. Ich möchte einen Aspekt hinzufügen: Sprachprüfungen sind aktiver Patientenschutz.

(Beifall)

Wenn die Sprachprüfungen nicht bestanden werden, gibt es die Möglichkeit der Nachschulung. Auch hier muss der Schutz des Patienten im Vordergrund stehen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lenhard. – Weitere Redner stehen nicht auf der Rednerliste. Damit stelle ich Schluss der Aussprache fest. Wir können in die Abstimmung der Anträge eintreten. Wir kommen zunächst zum **Antrag VI-10** vom Vorstand der Bundesärztekammer. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-25.** Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Bei einigen Enthaltungen einstimmig **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VI-17.** Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Meine Damen und Herren, damit kommen wir zum letzten Block, dem Themenkomplex Varia. Dazu liegen eine Reihe von Wortmeldungen vor. Naturgemäß gehen die Wortmeldungen vielleicht etwas durcheinander, weil die Themen in diesem abschließenden Punkt etwas durcheinandergehen. Der erste Redner ist Peter Scholze aus Bayern.

Dr. Scholze, Bayern: Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gern zu dem Antrag 39 sprechen, der medizinischen Versorgung in Griechenland. Ich war mit anderen Delegierten des Ärztetages im Februar dieses Jahres Mitglied einer Delegation in Griechenland. Wir besuchten dort eine Reihe griechischer Krankenhäuser, unter anderem das größte Krankenhaus Griechenlands, das Evangelismos-Krankenhaus in Athen. Wir hatten die Möglichkeit, dort mit dem Klinikdirektor, mit den Ärzten und dem Pflegepersonal zu sprechen. Wir besuchten eine Reihe ambulanter Einrichtungen. Wir besuchten das griechische Parlament.

Unterm Strich muss man sagen: Es war wirklich verheerend, was wir da gesehen haben und was uns berichtet wurde. Es ist wirklich so, dass das griechische Gesund-

heitswesen dabei ist, völlig zusammenzubrechen. Dennoch sind weitere Sparmaßnahmen vorgesehen. In der Begründung des Antrags finden Sie einen kurzen Bericht: dass mehr als 30 Prozent der griechischen Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz sind, dass das medizinische Personal in den Krankenhäusern oft nur noch eine Notfallversorgung durchführen kann und dass die griechischen Krankenhausärzte zum Teil monatelang nicht mehr bezahlt wurden, dass Bereitschaftsdienste generell nicht mehr bezahlt werden. In den meisten griechischen Kliniken fehlen die einfachsten Grundmaterialien wie Einmalhandschuhe, Gips und Katheter. Man könnte diese Aufzählung ewig fortsetzen.

Der Gesundheitszustand der griechischen Bevölkerung hat sich deutlich verschlechtert. Es kam zu einer massiven Zunahme vieler Erkrankungen – das ist statistisch nachgewiesen –, unter anderem Depression, Alkoholismus und Aids. Für die Kinder müssen die Impfungen selbst bezahlt werden. Die Säuglingssterblichkeit hat sich in den letzten Jahren verdoppelt.

Uns wurde übereinstimmend von allen Institutionen, Ärzten und im Gesundheitswesen Tätigen gesagt, dass ihnen nicht wichtig ist, dass wir große Spendenaktionen durchführen – das hängt auch mit dem griechischen Korruptionssystem zusammen − , sondern sie wollen, dass wir in unseren Ländern berichten, dass wir die Informationen, was wir dort erlebt haben, weitergeben. Der Antrag zielt darauf ab, dass die Bundesärztekammer Kontakt zu griechischen Ärzteorganisationen aufnimmt und sich über die krisenbedingten Auswirkungen auf das griechische Gesundheitswesen informiert und dazu vielleicht einen Bericht im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht. Das sollte auch auf dem nächsten Deutschen Ärztetag ein Thema sein.

Ich möchte Sie recht herzlich bitten, das mit zu unterstützen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Scholze. Wir hatten ja im Vorfeld des Ärztetages Kontakte. Herr Dietrich hatte mich angeschrieben. Ich habe ihm gesagt, dass wir in der Regel unter den ausländischen Gästen, die uns besuchen, auch einen griechischen Delegierten haben. Wir hatten ihn gebeten, hier vorzutragen. Leider ist am Ende niemand aus Griechenland gekommen, sonst hätten wir ad hoc einen Bericht haben können.

Alles andere, was Sie vorgeschlagen haben, tun wir bereits. Wir sind über den Ständigen Ausschuss der Ärzte der EU mit unserer griechischen Partnerorganisation, der Ärztekammer Hellas, wie sie sich selber bezeichnet, in regelmäßigem Kontakt. Ich sage Ihnen auch: Das Problem ist längst nicht mehr auf Griechenland beschränkt, sondern wir hören ähnliche Probleme inzwischen aus Zypern und Portugal. Deswegen rate ich Ihnen nicht, Festlegungen auf ein Land vorzunehmen und auf dem nächsten Deutschen Ärztetag und im „Deutschen Ärzteblatt“ zu berichten, weil wir sonst vielleicht andere Brennpunkte aus dem Auge verlieren.

(Beifall)

Ich kann Sie beruhigen: Wir arbeiten mit der griechischen Ärztekammer zusammen.

Die nächste Wortmeldung kommt von Marlene Lessel aus Bayern.

Dr. Lessel, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag VI-87. Er setzt eigentlich einen Antrag vom 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg fort. Dort wurde gefordert, die Obduktionsquote zu steigern. Die Begründung haben Sie akzeptiert; Sie haben diesen Antrag damals angenommen.

Gleichzeitig weise ich darauf hin, dass in Veröffentlichungen im „Deutschen Ärzteblatt“, in den Bemühungen der Gesellschaften einschließlich der Deutschen Krebsgesellschaft die Forderung nach einer Steigerung der Obduktionsrate immer verankert war. Wir haben aber bis heute nichts erreicht. Die klinischen Obduktionen in den Krankenhäusern liegen unter einem Prozent. Im ambulanten Bereich gibt es eigentlich keine nicht forensische Obduktion. Das heißt, Morbiditätskonferenzen und Mortalitätskonferenzen haben keine Gutachten zur Grundlage.

Welche Möglichkeit gibt es, dieses Thema, das uns alle angeht und das wir doch alle befördern möchten, voranzubringen? Die Idee ist, dass man die Obduktion als Qualitätssicherungsmaßnahme vom Gesetzgeber anerkennen lässt. In diesem Sinne ist der Antrag formuliert, dass wir als Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer bitten, sich dafür einzusetzen, dass der Gesetzgeber die Obduktion als Qualitätssicherungsmaßnahme ins SGB V aufnimmt. Darauf aufbauend könnte man entsprechende Formulierungen und ähnliche Verfahrensweisen erarbeiten. Ich denke, Voraussetzung ist die Aufnahme ins SGB V.

Ich bitte Sie, den Antrag positiv zu bescheiden, und bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Nächster ist Matthias Fabian aus Baden-Württemberg.

Dr. Fabian, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 86 betreffend das Patientenrechtegesetz. Ich bin sicher, dass Sie mit großer Mehrheit zustimmen werden. Ich möchte darauf hinweisen, dass der Gesetzgeber an einer Stelle das Patientenrechtegesetz zwar gut gemeint, aber letztendlich schlecht gemacht hat. Ich komme aus einem großen Klinikum. Wenn wir § 86 hinsichtlich der Aufklärung und der Verpflichtung, den Patienten Kopien mitzugeben, ernst nehmen – man muss es ernst nehmen –, dann müssen Sie erst einmal schauen, woher Sie diese Kopien bekommen. Unser Klinikum müsste, nachdem viele Kliniken die Verlage angeschrieben haben, dass man jetzt wieder Durchschlagpapier braucht, eine halbe Million Euro ausgeben, um dieser Forderung nachzukommen. Gibt man ein bisschen weniger aus, ist es nicht überall rechtskonform.

Woran liegt diese Situation? Der Gesetzgeber denkt natürlich immer an solche Dinge wie Pankreaskopfoperationen oder ähnliche schwerwiegende Eingriffe, aber nicht an die Röntgenkontrastmittelgabe, an eine Liquorpunktion oder Ähnliches, wo man nun einen Kopierer suchen oder etwas anderes machen muss.

Die Bundesärztekammer muss sich mit Verve dafür einsetzen, dass im Gesetzestext nachgebessert wird, denn das ist unsinnige Bürokratie, das sind unsinnige Ausgaben.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Josef Pilz aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Pilz, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag VI-33, der die ästhetischen Behandlungen von Patienten durch Kosmetikerinnen und Heilpraktiker behandelt. Gestatten Sie mir zuvor noch ganz kurz eine Bemerkung. Als langjähriger Privatassistent des diesjährigen Trägers der Paracelsus-Medaille, Siegfried Borelli, darf ich mir erlauben zu sagen, dass ich durch ihn nicht nur eine ausgezeichnete stationäre und ambulante Weiterbildung erhalten habe, sondern dass er uns als Assistenten und junge AiPs immer motiviert hat, uns in der Berufspolitik zu engagieren. Ich freue mich sehr, dass wir heute diesen Antrag zur ambulanten Weiterbildung angenommen haben. Egal ob ambulant oder stationär, wir sollten den Nachwuchs immer fördern und ihn ermutigen, sich für seine berufspolitischen Belange einzusetzen. Dafür ist der von mir erwähnte diesjährige Träger der Paracelsus-Medaille ein absolutes Vorbild.

Nun zu meinem Antrag zu ästhetischen Behandlungen durch Nichtärzte. Ich habe zwar etwas Bauchschmerzen, weil der ungeschützte Begriff der Kosmetikerinnen mit dem durch das Reichsgesetz vom 17. Februar 1939 geschützten Begriff des Heilpraktikers vermischt wird, aber nichtsdestotrotz unterstütze ich diesen Antrag sehr, weil wir die negativen Folgen solcher Behandlungen, die viel Geld kosten und im schlimmsten Fall zu massiven Nebenwirkungen führen, tagtäglich sehen und entsprechende Gutachten verfassen.

Auf einem der nächsten Ärztetage – es muss nicht unbedingt in Düsseldorf sein – sollten wir uns unbedingt einmal mit den Anbietern im sogenannten Gesundheitsmarkt auseinandersetzen, wo sehr viele originäre ärztliche Tätigkeiten durch Nichtärzte erbracht werden. Das als Anregung an den Vorstand.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Pilz. – Nächster Redner ist Thomas Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Ich bitte Sie um Unterstützung eines Antrags, den ich jetzt noch eingebracht habe, der noch nicht umgedruckt ist. Es geht um die Einrichtung einer Task Force Telemedizin bei der Bundesärztekammer. Die Telemedizin darf nicht vermischt werden mit der gematik und deren Problematik. Die Telemedizin ist, auch

wenn sie in Zukunft ein Nischenprodukt sein mag, eine ganz wesentliche Entwicklung, die bestimmte Nischen ausfüllen kann. Damit dieses Thema nicht durch Einzelanträge und durch Tagespolitik zersplittert wird, halte ich es für sehr dienlich, dieses extrem wichtige Thema bei der Bundesärztekammer anzusiedeln, damit diese die berufsrechtlichen Aspekte konzentriert behandeln und verhindern kann, dass es eine rein ökonomische Ausrichtung gibt. Vor allen Dingen kann die Bundesärztekammer dafür sorgen, dass dieses Thema der Telemedizin weiter in der Hand der Ärzte bleibt und nicht an irgendwelche Krankenkassen oder Konzerne abwandert und wir nur noch hinterherlaufen.

Deswegen bedarf es einer konzentrierten Zentralisierung bei der Bundesärztekammer. Mein Antrag lautet also: Einrichtung einer Task Force Telemedizin bei der Bundesärztekammer.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der Letzte auf der Rednerliste ist Peter Scholze aus Bayern.

Dr. Scholze, Bayern: Herr Montgomery, zunächst einmal etwas ganz Persönliches. Mir hat es vorhin nicht gefallen, wie Sie interveniert haben. Bei dem Antrag, den ich vorgestellt habe, war hier im Raum eine relativ positive Reaktion spürbar. Es wäre nicht Ihre Aufgabe gewesen, hier sofort zu intervenieren mit einer Position und schon wieder ein bisschen die Meinungsbildung zu manipulieren. Das ist mir übrigens des Öfteren hier auf diesem Deutschen Ärztetag aufgefallen.

(Beifall)

Das ist wirklich deutlich. Sie machen das mehr – das sage ich jetzt ganz offen – als Ihr Vorgänger, der das auch gemacht hat. Ich denke, Sie sollten sich zukünftig ein bisschen neutraler verhalten. Sie haben da wirklich eine sehr starke Position. Mit ganz geschickten Interventionen können Sie ganz schön manipulieren und intervenieren.

(Zurufe)

Ich bitte Sie, das in Zukunft etwas weniger zu machen.

(Beifall – Zurufe)

Ich möchte Ihren Vorschlag aufgreifen, den ich gar nicht so falsch finde.

(Heiterkeit)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Also: Sie bekennen sich zu meiner Manipulation.

(Beifall)

Dr. Scholze, Bayern: Es geht zum einen um das Formale. Aber ich kann ja auch etwas annehmen. Ich bin ja nicht vernagelt, Herr Montgomery.

Ich möchte meinen Antrag ändern. Ich habe es auch schon schriftlich formuliert. Ich will diesen einen Punkt aufgreifen, dass man sich nicht nur auf Griechenland beziehen soll, sondern auf alle europäischen Länder. Zum Zweiten möchte ich Sie davon entlasten, dass Sie eine Berichtspflicht haben. Ich habe den Antrag dahin gehend abgeschwächt. Ich finde, irgendetwas in dieser Richtung sollte der Deutsche Ärztetag verabschieden. Sonst ist er wirklich unglaubwürdig.

(Beifall)

Mein Änderungsantrag, den ich jetzt selbst stelle, lautet:

> *Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, ihre Kontakte zu europäischen Ärzteorganisationen zu nutzen und über die Auswirkungen der Krise auf das europäische Gesundheitswesen angemessen zu informieren.*

Vielleicht können wir uns darauf einigen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der Rest soll bleiben? Der lautet:

> *Die Bundesärztekammer fasst diese Informationen in einem Bericht zusammen, der im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 diskutiert wird.*

Das soll bleiben, Herr Scholze?

(Zuruf)

− Er gibt es mir schriftlich. Ihr Antrag geht doch weiter:

> *Die Bundesärztekammer fasst diese Informationen in einem Bericht zusammen, der im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 diskutiert wird.*

Das soll alles bestehen bleiben? – Gut. Dann werde ich Ihnen nachher bei der Abstimmung den veränderten Antragstext vorlesen.

Ich stelle jetzt Ende der Aussprache fest. Die Rednerliste ist erschöpft. Wir können in die Abstimmung über die letzten Anträge eintreten. Sie haben die Auflistung bekommen. Der Antrag 112 von Herrn Lipp ist hinzugekommen, den er hier mündlich vorgestellt hat. Über diesen Antrag stimmen wir zuletzt ab.

Ich rufe zunächst den **Antrag VI-11** auf:

> *Begrenzung des Anstiegs der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen*

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-33:**

Ästhetische Behandlung von Patienten durch Kosmetikerinnen und Heilpraktiker

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-86:**

Vermeidung von ausufernder Bürokratie im Rahmen der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Keine. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-109:**

Haftungs- und Aufklärungsfragen bei Auszubildenden nach dem Notfallsanitätergesetz

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-12:**

Ausgestaltung der fachlichen und fachdienstlichen Verantwortung des Inspekteurs des Sanitätsdienstes im Ressort des Bundesministeriums der Verteidigung

Dieser Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einer. Enthaltungen? – Einzelne. Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VI-39.** Die Antragsteller wünschen, dass der Antragstext jetzt lautet:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, ihre Kontakte zu europäischen Ärzteorganisationen zu nutzen und über die Auswirkungen der Krise auf das europäische Gesundheitswesen angemessen zu informieren. Die Bundesärztekammer fasst diese Informationen in einem Bericht zusammen, der im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 diskutiert wird.

Der restliche Text bleibt unverändert.

(Zuruf)

− Von Frau Koßmann aus Hamburg wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Heidrun.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Sehr verehrte Damen und Herren! Ich möchte Ihnen eine Alternative vorschlagen, nämlich dass man über den ersten Satz abstimmt und dann überlegt, was man mit dem Rest macht, ob man

ihn ablehnt oder an den Vorstand überweist. Der Rest ist ja finanzwirksam. Ich glaube, wenn wir angemessen informieren, sollte es reichen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben jetzt zwei Geschäftsordnungsanträge. Der weiter gehende Antrag ist der auf Vorstandsüberweisung des gesamten Antrags. Wenn Sie dem nicht folgen, stimmen wir getrennt über die beiden Teile des Antrags ab. Ich frage Sie zunächst: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? − Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.** Damit entfällt die Behandlung des zweiten Vorschlags.

Wir kommen zum **Antrag VI-58:**

Sparauflagen der EU dürfen Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten nicht gefährden

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist gleichwohl einstimmig **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VI-67:**

Erhöhung der Obduktionsraten als Mittel der Qualitätssicherung

Wer dafür ist, den bitte ich um die Karte. – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VI-87:**

Obduktion – ein unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung

Ist etwa jemand dagegen? – Enthaltungen? – Einzelne. Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um die Karte. – Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen.** Das ist Manipulation, meint der Hauptgeschäftsführer. Es war nur eine Vigilanzprüfung.

Dann kommen wir zum **Antrag VI-91:**

Film der Medizinstudenten und PR der KBV

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eine müde Beteiligung. Oder wollen sich etwa alle enthalten? – Das passt auch nicht.

Es geht darum, dass wir diese Filme mit unserer Homepage verlinken. Ich glaube, wenn es dazu einen direkten und kostenfreien Link gibt und wenn man die entsprechenden rechtlichen Bestimmungen berücksichtigt, dürfte das überhaupt kein Problem sein. Der Antrag ist sicherlich auch nicht finanzrelevant. Wenn doch, würden wir es trotz Ihres Beschlusses einfach nicht machen. Das würde mir dann wieder als Manipulation ausgelegt.

(Heiterkeit)

Ohne Flachs: Natürlich machen wir das.

Ich glaube, Sie wissen, worüber Sie abstimmen sollen. Ich frage Sie jetzt: Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VI-92,** mit dem der Vorstand aufgefordert wird, den Medizinstudierenden, die zum Ärztetag geladen werden, die Kosten zu erstatten. Dieser Antrag ist mit Sicherheit finanzrelevant. Wir haben uns in der Vergangenheit schon mehrfach mit dieser Frage befasst und haben es meistens abgelehnt, weil es immer eine Frage der Kostenbegrenzung und der Auswahl der Studenten aus unterschiedlichen Organisationen ist.

(Zuruf)

− Ich habe den Antrag auf Vorstandsüberweisung vernommen. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Dann stelle ich die Vorstandsüberweisung zur Abstimmung. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit an **den Vorstand überwiesen.**

Jetzt haben wir noch den **Antrag VI-112,** den ich Ihnen jetzt verlese, weil wir ihn nicht mehr umgedruckt haben. Diese tausend Blatt Papier haben wir uns gespart. Der Antrag ist sehr kurz. Unter der Überschrift „Task Force Telemedizin“ lautet der Text des Antrags:

Einrichtung einer Task Force Telemedizin bei der Bundesärztekammer

(Zuruf)

− Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. – Heidrun.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, das können Sie getrost an den Vorstand überweisen. Das machen wir schon. Ich will Ihnen nicht verschweigen, weil ich Verursacherin der Diskussion war: Wir haben uns im Vorstand darüber unterhalten, in welcher Form wir es am besten und am schlankesten machen. Insofern möchte ich Sie bitten, den Antrag auf Vorstandsüberweisung anzunehmen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Damit liegen mir keine weiteren Anträge und keine weiteren Wortmeldungen zum Tagesordnungspunkt VI vor. Ich schließe damit den Tagesordnungspunkt VI und stelle fest, dass wir die Tagesordnung erschöpfend und etwa zweieinhalb Stunden vor der ursprünglich geplanten Zeit abgewickelt haben.

(Beifall)

Ich kann mich an dieser Stelle ganz besonders herzlich bei der Landesärztekammer Niedersachsen bedanken, bei Herrn Labuhn, dem Hauptgeschäftsführer, und seinem

Team, ganz besonders aber bei der Präsidentin Martina Wenker für diesen hervorragend organisierten und perfekt durchgeführten Ärztetag.

(Beifall)

Unser Dank geht auch an die Studentinnen und Studenten, die die Drucksachen verteilt haben und uns bei allen technischen Dingen hilfreich waren.

(Beifall)

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei der Stadt Hannover und der Hannover Marketing und Tourismus GmbH, die sich zusammen mit unserem Organisationsbüro, Cathrin Becker und Katrin Queitzsch und anderen, große Mühe gegeben haben, dass dieser Ärztetag ein Erfolg geworden ist.

(Beifall)

Wir danken auch dem Team des Hannover Congress Centrums, das insbesondere mit seiner Sicherheitsbewachung dafür gesorgt hat, dass uns gar nichts passieren konnte. Es ist manchmal leichter, ins Weiße Haus zu kommen, als in die Halle hier, weil die Herren so eisern darauf geachtet haben, dass man ja nicht die falsche Tür öffnete.

Ganz besonders danke ich Ihnen, meine Damen und Herren. Die Tatsache, dass wir zweieinhalb Stunden früher fertig sind, hat damit zu tun, dass Sie so diszipliniert Ihre Anträge zum Tätigkeitsbericht bis Mittwoch um 16 Uhr abgegeben haben. So konnten wir sie Ihnen sortiert vorlegen. Deshalb haben wir es ohne das übliche Verfahren – einer dafür, einer dagegen – geschafft, ganz nach der normalen Geschäftsordnung zweieinhalb Stunden vor der eigentlich geplanten Zeit fertig zu sein. Eine große Leistung auch von Ihnen.

(Beifall)

Unser Dank gilt natürlich auch wieder unserem Stenografen, der nunmehr seit 39 Jahren das Wortprotokoll des Deutschen Ärztetages erstellt.

(Beifall)

Ich habe irgendwie das Gefühl, er will die 40 vollmachen. Dazu haben Sie gestern mit beigetragen.

Ganz besonders danke ich an dieser Stelle der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, allen voran Bernd Rochell und seinen Mitarbeitern. Einige habe ich schon genannt. Wenn ich jetzt nicht weitere nenne, dann nur deswegen, damit ich niemanden vergesse. Ihnen allen ganz herzlichen Dank für die viele Arbeit.

(Beifall)

Unser Dank gilt natürlich auch den uns schon seit vielen Jahren betreuenden Mitarbeitern der Firmen evenco und Helliwood, die diese technisch inzwischen ausgefeilte, fast perfekte Ausstattung ganz nach unseren Wünschen gemacht haben.

(Beifall)

Ich freue mich, meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie alle bei bester Gesundheit auf dem 117. Deutschen Ärztetag vom 27. bis zum 30. Mai 2014 in Düsseldorf wiederzusehen.

Damit schließe ich den 116. Deutschen Ärztetag in Hannover und wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt.

(Beifall)