

117. Deutscher Ärztetag 2014

Eröffnungsveranstaltung

in der Tonhalle Düsseldorf
am 27. Mai 2014

Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages,
Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Es gilt das gesprochene Wort

Ganz besonders herzlich begrüße ich von dieser Stelle noch einmal unseren neuen Gesundheitsminister Hermann Gröhe.

Lieber Herr Gröhe, die Zusammenarbeit mit Ihrem Hause läuft gut, die Abstimmung mit Ihnen ist von Sachlichkeit und Problemlösungswillen geprägt.

Ihre Aufgabe ist es nun, den Koalitionsvertrag der Großen Koalition im Bereich Gesundheit umzusetzen. Sie tun dies mit einem deutlichen Bekenntnis zur Freiberuflichkeit.

Dieser für uns zentrale Punkt steht am Anfang des Kapitels zur Gesundheit im Koalitionsvertrag. Damit wird klar und unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass der Erhalt dieser Freiberuflichkeit die große Herausforderung ist, die uns als Ärztinnen und Ärzte alle eint.

Freiberuflichkeit ist für uns mehr als wirtschaftliche Unabhängigkeit oder Garantie für die Versorgungswerke. Freiberuflichkeit sichert die Unabhängigkeit des Patient-Arzt-Verhältnisses. Sie ist Grundlage von Therapieverantwortung und Therapiefreiheit. Und begründet damit eines der wichtigsten Patientenrechte.

Das ist für uns essentiell, das müssen wir gemeinsam bewahren.

Es ist wohltuend, dass Sie den Koalitionsvertrag nicht in einem Parforceritt angehen, sondern offensichtlich eher auf Qualität denn auf Quantität und Tempo setzen. Und Sie wollen nicht nur die klassischen „Krankenversicherungsthemen“ anpacken, sondern sich auch intensiv den ethischen Themen der Medizin widmen. Das begrüßen wir.

Ich bin mir übrigens gar nicht so sicher, ob die Formulierungen im Vertrag auch so ausgesehen hätten, wenn Sie schon zum Zeitpunkt der Verhandlungen gewusst hätten, dass Sie das einmal umsetzen müssen. Da hätte es vielleicht andere Schwerpunkte und andere Formulierungen gegeben.

Der Koalitionsvertrag kommt ja mit einer bemerkenswerten Mischung von extremer Kleinteiligkeit und großen Überlegungen daher.

Da wird auf der einen Seite im Regierungsprogramm die Forderung nach einzelnen Disease-Management-Programmen gegen Depression und Rückenschmerzen aufgestellt, auf der anderen Seite werden große Themen wie ein Masterplan Medizinstudium, die Reform der Krankenhausfinanzierung oder – als Generalthema – „Qualität“ angesprochen.

Da haben Sie uns an Ihrer Seite!

Nun also soll ein Qualitätsinstitut gegründet werden. Der Gesetzentwurf ist in der parlamentarischen Beratung. Josef Hecken, der machtbewusste Chef des GBA, hat schon im Spiegel-Interview verkündet, er stelle sich dieses Institut als Behörde unter seiner Aufsicht mit einem Etat von 16 Millionen Euro vor.

Herr Minister, genau so etwas brauchen wir nicht!

Wir brauchen und wollen keine Behörde, die Qualität verwaltet!

Wir wollen Unterstützung dabei, Qualität zu produzieren und zu verbessern!

Vergessen wir bitte nicht:

Wir, die Mitarbeiter des Gesundheitswesens, erzeugen Qualität bei der Behandlung von Patienten, ...

... Behörden und Krankenkassen verwalten sie nur.

Wir versorgen und behandeln Menschen, ...

... in Behörden und bei den Kassen wird nur Papier behandelt. Das ist der fundamentale Unterschied, den man nie aus den Augen verlieren darf!

Schließlich waren es Ärztinnen und Ärzte, die die Qualitätssicherung erfunden und zu ihrem heutigen Stand entwickelt haben – dies übrigens am Anfang gegen den vehementen Widerstand der Krankenkassen, die das für überflüssig und für Geldverschwendung hielten.

Deswegen fordern wir, dass der ärztliche Sachverstand in dieser Behörde führend verankert wird. Herr Hecken und der GBA sollen meinerseits die Verwaltung organisieren. In den wissenschaftlichen Gremien und den Beiräten muss aber eine klare, den Regeln des ärztlichen Berufsrechts verpflichtete Mehrheit der ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Fachleute gewährleistet sein.

Alles andere wäre wie ein Orchester ohne Musiker.

Herr Minister, Sie haben in letzter Zeit mehrfach betont, dass Ihr Verständnis von Selbstverwaltung und Subsidiarität auch bedeutet, dass der Staat nicht regeln muss und soll, was die Selbstverwaltung bereits geregelt hat. Dem stimmen wir zu! Geben Sie uns den Auftrag und die Chance, dies auch im Qualitätsinstitut zu beweisen.

An anderer Stelle kann diese Auffassung von der Subsidiarität der Selbstverwaltung ebenfalls zielführend sein. Ich meine die sogenannte „Termingarantie“ von vier Wochen.

Ich will hier gar nicht spekulieren, welche politischen Gründe da so manch einen Koalitionär bewegt haben. Aber Fakt ist, und das hat die KBV mit vielen Studien belegt: Über 75 Prozent der Patienten warten entweder gar nicht oder bekommen innerhalb einer Woche einen Konsiliartermin bei einem Kollegen, einer Kollegin, wenn eine Ärztin oder ein Arzt sie gesehen und die Notwendigkeit einer Facharztkonsultation festgestellt hat.

Wartezeiten bestehen lediglich dort, wo Patienten selbst einen Facharzttermin bei einem Facharzt ihrer Wahl suchen.

Dort gibt es längere Wartezeiten, und die Tatsache, dass Privatpatienten hier schneller zu einem Termin kommen, wird sofort als Beleg für eine angeblich qualitätsmindernde „Zwei-Klassen-Medizin“ genommen.

Dabei wissen wir alle, dass es das bessere Vergütungsmodell, also das bessere Leistungsversprechen der privaten Krankenversicherung ist, das hier zu schnelleren Terminen führt.

Wenn die Funktionäre der gesetzlichen Krankenversicherung das beklagen, weiß ich eine schnell wirksame und effiziente Therapie dagegen ...

... Vergüten, leisten und regeln Sie wie die PKV! Dann bekommen Ihre Patienten genauso schnell einen Termin.

Es kann aber nicht sein, dass Sie den Patienten nach wie vor ein völlig ungemindertes globales Leistungsversprechen abgeben und dann von uns, den Ärztinnen und Ärzten, unter gedeckelten Budgets, Sparvorgaben, strengen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen die Einlösung Ihrer ungedeckten Schecks verlangen!

Und deswegen sagen wir: Wir können das Problem dann lösen, wenn es auf diejenigen Patienten beschränkt wird, die bereits ein Arzt gesehen hat und die eine vom Arzt qualifizierte Überweisung in den Händen halten.

Das können wir selbst organisieren, und das sollten wir auch selbst organisieren – sonst haben wir nur die Krankenkassen mit im Boot eines gesetzlichen Lösungsvorschlags.

Und das hieße nur mehr Bürokratie, mehr MDK, mehr reizende Nachfragen von Krankenkassenmitarbeitern – und vor allem: weniger Effizienz.

In den letzten Tagen haben die Verhandlungen zu einer Verbesserung der Situation der Krankenhäuser begonnen. Der Koalitionsvertrag geht von einer Qualitätsoffensive der Krankenhäuser aus. „Qualität“ soll endlich auch zu einer Determinante der Krankenhausplanung werden.

Das ist richtig.

Es muss aber in den schwierigen Verhandlungen mit den Ländern gelingen, diesen klar zu machen, dass ihr aus dem Grundgesetz abgeleitetes Recht auf Krankenhausplanung auch die grundgesetzliche Pflicht zu ausreichender Investitionsfinanzierung nach sich zieht.

Der von den Ländern aufgebrachte Investitionsanteil an den Gesamtbudgets der Krankenhausversorgung ist in den letzten Jahren kontinuierlich von ursprünglich etwa 10 Prozent auf nunmehr nur noch 3 Prozent abgesunken.

Das ist schändlich, so kann man auf Dauer kein hohes, „qualitätsorientiertes“ Krankenhauswesen aufrechterhalten.

Die Länder verweigern sich konsequent ihren Pflichten – auch mit Blick auf die Schuldenbremse, die ihnen aus der Verfassung auferlegt worden ist. Wenn aber die Steuereinnahmen wegen der höheren Arbeitsleistung und Wertschöpfung von uns Bürgern jetzt wieder deutlich ansteigen, wenn die Steuerschätzer Recht haben, die uns einen dreistelligen Milliardenbetrag an Mehreinnahmen in den nächsten Jahren prognostizieren, dann gehört die Konsolidierung der notleidenden Krankenhäuser ganz oben auf die Prioritätenliste.

Etwas, das ebenfalls schnell angegangen werden sollte, ist die Reform des DRG-Systems.

Der Koalitionsvertrag spricht richtigerweise von einer Wandlung der Versorgungsplanung von einer „standortbasierten“ zu einer „erreichbarkeitsorientierten“ Versorgungsplanung. Dazu gehört untrennbar eine Sicherung der Leistungsfähigkeit kleiner, aber für die Flächenversorgung unabdingbar notwendiger Krankenhäuser in der Fläche, wie auch die Sicherstellung der Hochleistungsmedizin an den Universitätskliniken.

Das DRG-System an sich ist nicht gescheitert, es erweist sich nur als zu starr und unflexibel. Und es ist eben ein Pauschalensystem mit Mittelwertbildungen.

Und daher leidet es unter dem Effekt, dass man das, was oft und überall vorkommt, wohl darüber abbilden kann. Die Leistungen aber, die in besonderer Qualität oder seltener vorkommen, sollte man nicht einer nivellierenden Mittelwertbildung unterziehen.

Wir haben immer gefordert – und ich tue das auch hier und jetzt – den Hundert-Prozent-Ansatz des deutschen Fallpauschalensystems aufzugeben und es vernünftigerweise dort einzusetzen, wo es Sinn macht, und dort gerade nicht, wo seine ökonomischen Anreize in die Irre führen.

Zwei kleine Anmerkungen seien mir zum Thema Krankenhaus noch gestattet: In Zukunft soll bei elektiven Eingriffen eine Zweitmeinung eingeholt werden. Das ist etwas, das wir begrüßen und schon seit Jahren einfordern – wenn diese Zweitmeinung dann auch vergütet wird.

Ob aber eine zwingend vorgeschriebene Zehn-Tages-Frist zwischen Aufklärung und Eingriff wirklich sinnvoll ist, bezweifle ich. Es gibt auch viele Patienten, die vertrauen einfach ihrem Arzt, die wollen gar keine Zweitmeinung, die wollen schnelle und kompetente Hilfe.

Und deswegen lehnen wir eine obligatorische Zehn-Tages-Frist ab!

Hier scheint mal wieder die alte, überwunden geglaubte „Misstrauenskultur“ vergangener Zeiten durch.

Noch schlimmer übrigens ist das bei der Formulierung, dass der MDK unangemeldete Kontrollen in den Krankenhäusern zur Überprüfung der Vorgaben des GBA durchführen soll. Die sollen nicht einmal anlassbezogen, sondern nach Gusto des MDK erfolgen können.

Das ist Willkür.

Wer das will, versucht einen Keil zwischen den MDK als eigenständige Arbeitsgemeinschaft, die im Auftrag der Kassen handelt, und die Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern zu treiben.

Wer Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ernst nimmt, der weiß, dass dies nicht in einer Atmosphäre des Verdachts gedeihen kann.

Nur Kooperation und Zusammenarbeit führen hier weiter.

Wir brauchen keine Sondereinsatzkommandos des MDK, wir brauchen vertrauensvolle Zusammenarbeit, wir brauchen eine Kultur der Verständigung und des Verstandes, nicht des Misstrauens!

Meine Damen und Herren, keine Sorge, ich werde jetzt nicht alle Themen des Koalitionsvertrags abarbeiten – das lassen Zeit und Umfang unserer Eröffnungsveranstaltung gar nicht zu.

Vielmehr möchte ich aus aktuellem Anlass noch kurz auf die Problematik steigender Haftpflichtprämien im Bereich der Geburtshilfe eingehen.

Herr Minister, Sie haben den Vorschlag gemacht, den freiberuflich niedergelassenen Hebammen einen Zuschlag zu ihrer Gebühr zukommen zu lassen, und haben diskutiert, ob – zur Senkung der hohen Schadenssummen in solchen Fällen – die Krankenkassen nicht zukünftig auf die Rückforderung der Behandlungskosten von der Haftpflichtversicherung absehen könnten.

Die Diskussion begrüßen wir – sie ist überfällig.

Das Ergebnis springt aber meiner Meinung nach zu kurz. Das Problem ausufernder Schadenssummen besteht ja nicht nur bei freiberuflichen Hebammen, sondern in der gesamten Geburtsmedizin. Der Grund sind nicht etwa steigende Fallzahlen, sondern eine neue Spruchpraxis der Gerichte, die heute Schadenssummen aus Behandlungskosten, Pflegekosten, entgangenen Einkommen und Schmerzensgeld berechnen, die oftmals um das 20-fache über den Summen der 90er-Jahre liegen. Das will ich gar nicht kritisieren, das ist sogar gerechtfertigt, wenn man das lebenslange Leid dieser Fälle zumindest materiell zu kompensieren versucht.

Gleichzeitig wird damit aber die Absicherung der Geburtshilfe in unserem heutigen System nicht mehr bezahlbar.

Und zwar für alle: Hebammen, Geburtskliniken und Ärztinnen und Ärzte, die Geburtshilfe betreiben. Man muss also weiterdenken.

Geburtshilfe tut nicht nur not – sie ist auch aus familienpolitischen Überlegungen besonders wichtig. Ich schlage deswegen vor, zu prüfen, ob nicht – ähnlich wie bei der Absicherung des Impfschadens – ein Staatshaftungsmodell zielführender wäre, das – außer natürlich bei grober Fahrlässigkeit – Versicherungsprämien mindern würde.

In diesem Modell könnte man dann auch den Krankenkassen den Regress auf die Behandler verbieten. Damit würden die Schadenssummen erheblich gemildert. Schließlich macht alleine der Rückgriff der Krankenkassen oftmals 30 bis 40 Prozent der Schadenssumme aus. Man könnte dies dann auch noch durch einen Hochrisiko-Pool abfedern.

Damit wäre Daseinsvorsorge in einem wichtigen Feld geschaffen.

Und schließlich erlaube ich mir auch den Hinweis, man sollte insgesamt die Steuer auf ärztliche Haftpflichtversicherungen von nunmehr 19 Prozent mindestens auf 11 Prozent senken, wenn nicht sogar ganz abschaffen. Es ist doch wirklich nur schwer einzusehen, dass auch

das Bundesfinanzministerium an dem Leid der Geschädigten und den daraus resultierenden Prämiensteigerungen mitverdient.

Die Koalitionsfraktionen haben sich auf den Ablauf der parlamentarischen Debatte zu einem Gesetz über das Verbot gewerbsmäßiger Sterbehilfe verständigt. Bis 2015 soll das Gesetz eingebracht, diskutiert und verabschiedet sein. Dabei wird es keinen Fraktionszwang geben, das begrüßen wir. Dieses Verbot liegt auf der Linie, die auch wir im Ärztetag schon oft besprochen haben.

Der Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hat sich sehr intensiv mit der Problematik aus ärztlicher Sicht befasst.

Wir haben uns für ein Verbot ärztlicher Beteiligung am Suizid von Patienten entschieden. Das war eine von breiter Mehrheit getragene Entscheidung. Und natürlich wird darüber auch immer noch kontrovers diskutiert.

Auch wir kennen keinen Fraktionszwang bei der Abstimmung – jeder Abgeordnete des Deutschen Bundestages ist, wie auch jeder Delegierte des Deutschen Ärztetages, nur seinem Gewissen verpflichtet.

Aber mit überwältigend großer Mehrheit gefundene Beschlüsse gelten natürlich auch für die, die in der Abstimmung dagegen waren oder sich enthielten. Das Recht auf eine eigene, abweichende Meinung heißt nicht, dass man auch fortgesetzt abweichend handeln kann.

Das ist so in der Demokratie.

Ich hoffe, dass es dem Deutschen Bundestag gelingt, in hochwertigen Debatten zu klugen Beschlüssen zu kommen. Wenn ich mich an die Debatten um die Embryonenforschung und die PID erinnere, ist mir davor nicht bange.

Der Bundestag hat in ethischen Fragen wirklich schon hervorragende Diskussionen abgeliefert.

Wir dürfen, wenn wir die Zukunft gemeinsam gestalten wollen, nicht im Blick auf Deutschland verharren. Wir müssen uns zunehmend auch mit gesundheitspolitischen Entwicklungen befassen, die aus dem Ausland auf uns zukommen.

Wie so oft spielt Brüssel dabei eine besondere Rolle.

Und die Brüsseler Eurokraten tun oft so, als seien sie schon allmächtiger als die nationalen Regierungen. Der Machthunger der Kommission ist unübersehbar – und wird durch den erstarkten Machtanspruch des Parlamentes nicht abgemildert, sondern eher noch angeheizt.

Deswegen haben wir vor der Europawahl von vorgestern ein Sechs-Punkte-Programm vorgelegt, dessen Erfüllung wir vom neuen Parlament und der neuen Kommission einfordern.

Die Kernforderungen lauten: Für ein Europa der individuellen Gesundheitssysteme, keine EU-Normen zur Patientenbehandlung, Förderung der freien Berufe, Wahrung ethischer Prinzipien, Schutz der Patientendaten verbessern und Abbau von Bürokratie bei Verstärkung der Transparenz.

Lassen Sie mich auf drei Projekte kurz eingehen:

Der Vertrag von Lissabon legt eindeutig fest, dass die europäische Kommission keine Harmonisierungsrechte bei den nationalen Gesundheitssystemen hat. Dieser Paragraph 168 ist aus gutem Grunde in den Vertrag von Lissabon aufgenommen worden; gerade die hochentwickelten Staaten mit ihren exzellenten Versorgungssystemen haben zum Schutz vor einem „Nach unten weg“-Harmonisieren darauf bestanden.

Der Kommission ist dies offensichtlich ein Dorn im Auge. Und so versucht sie, über europäische Verordnungen und Richtlinien indirekt doch Einfluss auf die Gesundheitssicherung zu nehmen.

Dies tut sie vor allem unter einem streng marktorientierten Blickwinkel.

Ihr geht es offensichtlich nicht in erster Linie um Verbesserung der Patientenversorgung – ihr geht es vorrangig um Marktchancen, freien Warenverkehr, Mobilität für Mensch und Kapital – nicht um den Erhalt hochkomplexer und funktionierender sozialer Sicherungssysteme.

Nur so kann man verstehen, dass die Kommission versucht hat, durch eine Richtlinie „Klinische Prüfungen“ den Standard für Versuche am Menschen marktkonform herunterzuregulieren. Zuerst sollten klinische Prüfungen ganz ohne die Pflicht, unabhängige Ethikkommissionen einzuschalten, möglich sein, dann sollten sich die Pharmaunternehmen den Staat in Europa, der federführend für das Verfahren sein würde, selbst aussuchen können, auch wenn die Untersuchungen in anderen Staaten der EU durchgeführt werden sollten. Und vieles anderes mehr ...

Einiges konnten wir abwehren. Unabhängige Ethikkommissionen sind jetzt vorgeschrieben, auch die Auswahl des federführenden Staates hat inzwischen Grenzen.

Aber immer noch sind absurd kurze, sehr industriefreundliche Fristen in das Genehmigungsverfahren eingebaut. Man muss sich mal vorstellen: Die Entwicklung eines Medikamentes benötigt von der ersten Idee über die Pretests, die Phase-1-Studien und die Erreichung der Marktzulassungsfähigkeit in der Regel zwischen zehn und fünfzehn Jahre.

Aus Wettbewerbsgründen sollte dann aber die Bearbeitungsfrist für die Bewertung durch die Ethikkommissionen nur noch etwas länger als einen Monat betragen. Und das für Dossiers, die oft mehrere tausend Seiten umfassen. Da geht es nicht wirklich um Wettbewerb, da geht es darum, ein ethisch wichtiges und human absolut notwendiges Verfahren technisch so zu konterkarieren, dass es ad absurdum geführt wird.

Zumal die Nichteinhaltung der knappen Fristen automatisch eine implizite Zustimmung nach sich führt.

Selbst der Industrie ging dies übrigens zu weit. Die Industrie hat ein Interesse daran, gute, gerichts feste, ethisch sauber fundamentierte Prüfungsverfahren vorzufinden.

Ein weiterer Punkt, bei dem die Kommission unverhohlen versucht, das Harmonisierungsverbot des Lissaboner Vertrages zu umgehen, ist der Ansatz, ärztliche Dienstleistungen in Zukunft nicht mehr durch fachlich qualifizierte Richt- und Leitlinien in der Verantwortung subsidiär legitimierter Selbstverwaltungsgremien zu regeln, sondern stattdessen technische Normen mit Hilfe privater Normungsinstitute durchzusetzen.

Normen entstehen bei uns in privatwirtschaftlich organisierten Instituten – in Deutschland ist das das DIN, auf europäischer Ebene das CEN.

Dort werden Normen erstellt, wenn sich genügend „Stakeholder“ aus dem zu normierenden Bereich finden, die willig sind, Geld für die Erstellung der Norm zu bezahlen. Anschließend werden die Betroffenen dann noch einmal durch die Zurverfügungstellung und Anwendung der Norm zur Kasse gebeten.

Wir kennen das aus technischen Bereichen.

Neu ist, dass jetzt auch Normen für ärztliche Dienstleistungen von diesen Instituten erstellt werden – ohne die geringste Rücksicht auf die Vorgaben des Berufsrechts.

Angefangen hat es mit einer Norm zur ästhetischen Chirurgie, in der die Qualifikation der Operateure, die Abläufe, ja sogar Indikationen und Operationen beschrieben wurden.

Diese Normen sollen dann zwar zuerst nicht allgemein verbindlich sein, werden aber, das zeigt die Vergangenheit, sehr schnell über das Haftungsrecht zwingend Eingang in die Berufsausübung finden.

Und die Europäische Kommission hat dies sehr schnell erkannt und hat in ihrem Normungsprogramm vorgeschlagen, Aufträge zur Erstellung von Dienstleistungsnormen in der Medizin zu vergeben.

Da wird Geld der Kommission, das ja letztlich von den Mitgliedsstaaten kommt, genommen, um in die Rechte der Mitgliedsstaaten fundamental einzugreifen.

Und wenn Sie hören, was für Normungsprojekte die sich vorgenommen haben, dann wird ihnen sehr schnell klar, dass mit der Schönheitschirurgie nicht Schluss ist. Auf Wunsch einer englischen Patientenorganisation soll als nächstes vielmehr das OP-Verfahren bei Babys mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten normiert werden, dann soll eine europaweite Norm für die Einführung der Chiropraktoren geschaffen werden und schließlich soll die Berufsausübung in der „Homöopathie“ genormt und europaweit damit vereinheitlicht werden. Weitere Projekte stecken in der Normungspipeline.

„Principiis obsta“ – wehret den Anfängen, kann man da nur laut und vernehmlich rufen!

Ich bin deswegen froh und auch erleichtert, dass das Bundesministerium für Gesundheit uns seine Unterstützung bei der Abwehr dieses Normenunsinns versichert hat, und ich hoffe, lieber Herr Gröhe, dass es uns aus zwei Gründen auch wirklich gelingt, das zu verhindern:

Zum einen, weil wir ungerechtfertigte Machtansprüche Europas und Übergriffe in nationales Recht aus Subsidiaritätsgedanken heraus verhindern müssen,

zum anderen aber auch, weil es das System organisierter Selbstverwaltung konterkariert, wenn jeder sich seine eigenen Normen und Regeln auf dem freien Markt schaffen kann.

Das läuft zutiefst unserem System korporatistisch legitimierter und demokratisch gewählter Selbstverwaltung zuwider.

Und schließlich ein drittes Projekt der EU-Kommission: Ich meine das geplante Freihandelsabkommen mit den Vereinigten Staaten von Amerika. Diese TTIP-Verhandlungen werden in einem politischen Raum absoluter Heimlichkeit geführt. Dabei soll es um Normungsanpassung und Vereinfachung gehen. Die Amerikaner möchten vor allem ihre Normen und ihre Vorstellungen durchsetzen.

Dabei soll Kapital- und Investorenschutz auf allen Gebieten gewährleistet werden.

Auch im Gesundheitswesen?

Auch beim Erwerb von Krankenhauskonzernen, Versandapotheken oder MVZ-Ketten?

Man hat in letzter Zeit durch politische Vorgänge im transatlantischen Verhältnis einen Teil seiner Gutgläubigkeit verloren – wohl nicht ganz zu Unrecht.

Deswegen müssen wir die politisch Verantwortlichen auffordern, klare Bekenntnisse abzugeben, dass das Gesundheitswesen hiervon nicht erfasst sein kann, oder noch besser: den Verhandlungsstand offenzulegen, damit wir uns selbst ein Bild davon machen können, was da auf uns zukommt.

Transparenz der Verhandlungen statt Arroganz der Verhandler – das erwarten wir von Europa.

Es gibt Themen, über die muss man sich aufregen. Aber es gibt auch Aufreger, die werden zum Thema. Lassen Sie mich kurz auf den aktuellen Stand der GOÄ-Verhandlungen eingehen.

Seit zwei Jahren verhandeln wir nun mit dem PKV-Verband über eine neue GOÄ. Das Ministerium wird laufend unterrichtet und signalisiert grundsätzliche Zustimmung zu dem Weg und den gefundenen Lösungen.

Innerärztlich haben wir im Februar eine große Informationsveranstaltung durchgeführt, bei der wir den Berufsverbänden den Verhandlungsstand dargelegt haben. Diese Veranstaltung war nicht nur sehr gut besucht, sie war auch sehr konstruktiv.

Es zeichnet sich klar ab, dass alle Versuche der PKV, das heutige GOÄ-Niveau zu unterbieten oder auf einzelvertraglichem Wege später zu unterlaufen, abgewehrt werden konnten. Trotzdem sind die Nervosität und das Misstrauen bei einigen unserer Kollegen groß – vor allem bei solchen, die bei der Informationsveranstaltung gerade nicht anwesend waren.

Das alles werden wir heute Nachmittag in Ruhe besprechen können.

Ich habe Herrn Kollegen Rochell – unseren Verhandlungsführer – und Theo Windhorst – unseren Ausschussvorsitzenden – gebeten, heute gegen 16:00 Uhr uns in der Debatte einen Sachstandsbericht zu geben, damit wir dann fundiert diskutieren und entscheiden können.

Der letzte Ärztetag hat sich intensiv mit der Weiterbildung im ambulanten Bereich beschäftigt. Das war eine wichtige und vertrauensbildende Debatte. Wir haben einen richtungsweisenden Beschluss gefasst, der sich klar zur Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbildung

überall dort bekennt, wo wichtige Inhalte eines Faches nicht mehr im stationären Bereich allein vermittelt werden können.

Wir haben die Aufgaben der Ärztekammern, die Vorbedingungen für Kassenärztliche Vereinigungen und die politischen Lösungsansätze klar formuliert. Wir haben den Wert einer Lösung in unserer ärztlichen Selbstverwaltung betont.

Vor allem haben wir festgehalten: Es darf keine „Regelung auf gut Glück“ werden.

Es kann nicht sein, dass wir erst Regelungen im Weiterbildungsrecht verankern und dann auf die Finanzierung und Machbarkeit hoffen. Andersherum ist es hingegen richtig. Erst die Finanzierung sichern, die Stellen beschaffen, dann regeln in der Weiterbildungsordnung.

Die Ärztekammern haben ihre Hausaufgaben gemacht. Die Änderungen in der Weiterbildungsordnung sind schnell umgesetzt, die Ärztekammern können die zentrale Aufgabe der Organisation mit dem Aufbau von „Organisationsstellen“ aus den Weiterbildungsabteilungen heraus quasi aus dem Stand heraus umsetzen.

Nun fehlt es nur noch an der versprochenen tariflichen Absicherung der Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung,

an der sozialrechtlichen Verankerung der Finanzierung und an der gesetzlichen Fixierung der Nachhaltigkeit.

Hier sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Politik in allen Punkten gefordert.

Ich weiß, dass mit Nachdruck hieran gearbeitet wird – würde mich allerdings freuen, wenn die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer hier noch intensiver als heute in den Prozess eingebunden wären. Dann kann daraus auch etwas werden, das den Vertrauensvorschuss der letztjährigen Ärztetagsdebatte rechtfertigt.

Vergessen wir nicht: Die Kammern sind unstreitig über das Landeskammerrecht für die Weiterbildung zuständig. Ohne sie läuft hier wenig – gegen sie gar nichts. Ich bitte daher eindringlich darum, eine Lösung mit uns gemeinsam zu entwickeln, die Flaschenhalse für junge Ärzte verhindert,

die nachhaltig und auskömmlich finanziert ist

und die die Besonderheiten des Weiterbildungsrechts in beiden Sektoren – ambulant und stationär – ausreichend berücksichtigt.

Meine Damen und Herren, in den letzten Tagen ist die Debatte um die sogenannte Tarifeinheit wieder voll entbrannt.

Gemeint ist damit der unanständige Versuch der Arbeitgeberverbände und der Großgewerkschaften, kleinere, spezialisierte Gewerkschaften aus dem Tarifgeschäft auszuschließen. Bezogen auf uns hieße das im Klartext, dass sich der Marburger Bund wieder den Tarifbedingungen größerer Gewerkschaften unterwerfen müsste.

Meine Damen und Herren, Gottseidank haben inzwischen viele Gewerkschafter erkannt, dass dies verfassungsrechtlich gar nicht geht, dass es aber auch ein Akt größter Unsolidarität innerhalb der Gewerkschaftsbewegung ist, wenn man Mitarbeitern ihr Recht auf Koalitionsbildung verweigert.

Und sie haben deswegen ihren Gewerkschaftsfunktionären auf dem letzten DGB-Kongress eine knallrote Karte für diesen Weg gezeigt und gefordert, dass jeder gesetzliche Eingriff in die Tarifautonomie, das Koalitionsrecht und das Streikrecht zu unterbleiben haben.

Das fordern wir auch von der Bundesregierung.

Auch wenn dieses Thema nicht direkt mit der Gesundheitspolitik zu tun hat, so würde dieser Angriff auf die Organisationsautonomie unserer Krankenhauskollegen gleichwohl heftige Unmutsäußerungen und Demonstrationen nach sich ziehen.

Davor will ich hier nur eindeutig warnen!

Wir lassen uns unsere erkämpften Rechte nicht wieder nehmen. Dafür werden wir wieder kämpfen.

Meine Damen und Herren, dieser Ärztetag wird sich intensiv auch noch mit den Themen Prävention, Schmerztherapie, Priorisierung, Novellierung der Weiterbildungsordnung, Situation der gesundheitlichen Versorgung in den von der Eurokrise besonders erfassten Staaten und vielen anderen mehr befassen.

Auch der anonyme Krankenschein wird eine Rolle spielen. Wir müssen eine Lösung für die gesundheitliche Versorgung illegaler, papierloser Migranten finden, die deren Grundrecht auf Gesundheitsversorgung anerkennt und die Finanzierung dieses Grundrechts nicht bei den Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern ablädt. Wir sind weder Verursacher noch Beeinflusser dieses Problems – schon gar nicht wollen wir als „Sozialrichter“ fungieren. Wir werden aber gemessen an unserer ethischen Verpflichtung, alle Menschen gleich zu behandeln.

Wir bekennen uns zu dieser Pflicht. Aber das Problem verstärkt sich und kann so nicht weitergehen.

Wir brauchen eine vernünftige Lösung.

Wir brauchen vor allem eine humane Lösung.

Wir erwarten auf diesem Ärztetag spannende Referate und engagierte Diskussionen. Es geht um nicht weniger als die Zukunft der Patientenversorgung. Wir werden um die besseren Ideen streiten, wir werden Impulse geben und wir werden unseren klaren Willen artikulieren, die Veränderungen in unserem Land konstruktiv zu begleiten.

So Herr Minister Gröhe, jetzt sind wir bei