



117. Deutscher Ärztetag

Stenografischer Wortbericht

Düsseldorf, 27. bis 30. Mai 2014



117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Düsseldorf, 27. bis 30. Mai 2014

HINWEIS

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

HINWEIS ZUM INHALT

Das Stenogramm der Eröffnungsveranstaltung beinhaltet nur die Grußansprache von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, MdB.

IMPRESSUM

© Bundesärztekammer 2014

Herausgeber:

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

Stenograf:

Rüdiger Weber, Berlin

Titelfoto:

© Helliwood Media

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

Grußansprache: Hermann Gröhe, MdB Bundesminister für Gesundheit	5
--	---

II. Arbeitstagungen des Plenums

Dienstag, 27. Mai 2014, Nachmittagssitzung	11
Mittwoch, 28. Mai 2014, Vormittagssitzung	81
Mittwoch, 28. Mai 2014, Nachmittagssitzung	150
Donnerstag, 29. Mai 2014, Vormittagssitzung	217
Donnerstag, 29. Mai 2014, Nachmittagssitzung	275
Freitag, 30. Mai 2014	350

Eröffnungsveranstaltung

Dienstag, 27. Mai 2014

Tonhalle Düsseldorf

Hermann Gröhe, MdB, Bundesminister für Gesundheit: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Herr Professor Montgomery! Lieber Rudolf Henke! Verehrte Herren Vizepräsidenten und Ehrenpräsidenten! Frau Vizepräsidentin! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich freue mich, heute – erstmals als Bundesgesundheitsminister – zu Ihnen sprechen zu können. Ich beginne gern damit, zunächst den in diesem Jahr mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichneten herausragenden Vertretern der Ärzteschaft meine herzlichen Glückwünsche auszusprechen. Herzlichen Glückwunsch für Ihr herausragendes Wirken!

(Beifall)

Deutschland verfügt über ein leistungsstarkes und solidarisches Gesundheitswesen. Dass sich die Menschen bei uns bei Krankheit, einem Unfall oder Pflegebedürftigkeit auf qualifizierte Hilfe und menschliche Zuwendung verlassen können – und dies unabhängig von Wohnort und Geldbeutel –, dient vielen in der ganzen Welt als Vorbild.

Ihre Arbeit als Ärztinnen und Ärzte leistet dafür einen herausragenden Beitrag. Mit hoher Kompetenz und Motivation dienen Sie tagtäglich den Menschen in unserem Land – gemeinsam mit Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Pflegekräften und den Angehörigen der übrigen Gesundheitsberufe. Dafür bin ich sehr dankbar!

Gemeinsam sind wir dem Wohl der Patientinnen und Patienten, dem Gemeinwohl verpflichtet. Das verbindet uns, schließt aber Meinungsverschiedenheiten natürlich nicht aus.

Wenn ich an den grandiosen Beitrag der Trommlerinnen und Trommler aus Japan und an die eine oder andere Bemerkung Ihres Herrn Präsidenten denke, dann weiß ich, dass auch zu Beginn des Deutschen Ärztetages gilt: Sie hauen gerne einmal auf die Pauke.

Meine Damen, meine Herren, seien Sie versichert: Auch bei mancher Meinungsverschiedenheit wird Wertschätzung für Ihre Arbeit stets die Basis unserer zukünftigen Zusammenarbeit für mich sein.

(Beifall)

Angesichts großer Herausforderungen, auch für unser Gesundheitswesen, setzt die Bewahrung seiner Leistungsstärke die Bereitschaft zur Weiterentwicklung und Veränderung voraus.

Stets haben die Bereitschaft zur Veränderung, Neuentdeckungen in der Medizin und politische Weichenstellungen die Weiterentwicklung der Medizin bestimmt.

Heute jährt sich der Todestag des Nobelpreisträgers Robert Koch zum 104. Mal. Seine Entdeckung des Tuberkuloseerregers 1882 hat zu einer Kettenreaktion bahnbrechender Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgung der Menschen geführt.

So hat Emil Behring – auf der Arbeit von Robert Koch aufbauend – die passive Immunisierung zur Bekämpfung der Diphtherie entdeckt und damit zahllosen Menschen das Leben gerettet.

Otto von Bismarcks Initiative, die Arbeiter gegen das Risiko der Krankheit abzusichern, verdanken wir die Idee einer gesetzlichen Krankenversicherung.

Und nach der friedlichen Revolution in der damaligen DDR, die vor 25 Jahren zum Mauerfall und der Einheit Deutschlands führte, wurden zwei grundverschiedene Gesundheitssysteme mit großem Erfolg zusammengeführt. Herr Professor Bach wurde ausdrücklich für seinen Beitrag dazu gewürdigt.

Heute nun fordern uns der tiefgreifende demografische Wandel, der medizinische Fortschritt und gesellschaftliche Veränderungen immer stärker heraus. Bewährtes zu bewahren, Bestehendes zu überprüfen, notwendige Veränderungen entschlossen voranzutreiben – alles dies ist uns gemeinsam aufgegeben.

Dazu braucht es Ihren selbstbewussten Gestaltungswillen, die Bereitschaft, solche Veränderungen als Chance zu begreifen. Darauf setze ich.

Gestaltungswillen ist etwa gefragt, wenn es um die Sicherstellung der ärztlichen – vor allem der hausärztlichen – Versorgung im ländlichen Raum geht. Auch in noch gut versorgten Gebieten machen sich viele Menschen Sorgen über das hohe Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Mit der Abschaffung der Residenzpflicht, möglichen Vergütungsanreizen und unterschiedlichen Unterstützungsmaßnahmen vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kommunen und der Länder hat die Politik gehandelt. Weitere Schritte werden folgen müssen.

Dabei gilt es auch, veränderten Berufsvorstellungen junger Medizinerinnen und Mediziner Rechnung zu tragen, etwa wenn es um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht.

Attraktive Rahmenbedingungen für die Einzelpraxis müssen dabei einhergehen mit der verbesserten Möglichkeit gemeinschaftlicher Berufsausübung, der verstärkten Förderung von Praxisnetzen und erweiterten Möglichkeiten von Medizinischen Versorgungszentren.

Entsprechende gesetzliche Regelungen werden wir noch in der zweiten Hälfte dieses Jahres auf den Weg bringen. In diesem Zusammenhang wollen wir auch die Förderung der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner verbessern.

Mittelfristig werden wir einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ entwickeln. Dazu gehört die erneute Diskussion der Frage, wie die Auswahl der Studienplatzbewerber verbessert werden kann, um mehr Absolventinnen und Absolventen zu erhalten, die später auch Verantwortung für die hausärztliche Versorgung übernehmen.

Und wir wollen die Allgemeinmedizin in der Ausbildung stärken. So sollten alle medizinischen Fakultäten über einen Lehrstuhl in der Allgemeinmedizin verfügen, um dieses Fach attraktiver zu machen.

(Beifall)

Meine Damen, meine Herren, soweit es um gute Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln geht, begrüße ich auch ausdrücklich die Fortschritte der Verhandlungspartner bei einer neuen Gebührenordnung für Ärzte. Was uns in der letzten Legislaturperiode bei den Zahnärzten gelang, sollte uns auch in dieser Legislaturperiode bei den Ärzten gelingen. Eine Anpassung ist jedenfalls erforderlich, ja überfällig.

(Beifall)

Meine Damen, meine Herren, der niedergelassene freiberufliche Arzt ist das Rückgrat unserer ambulanten Versorgung.

(Beifall)

Gerade im ländlichen oder kleinstädtischen Raum sind die Hausärztin oder der Hausarzt oft wichtige Lebensbegleiter ganzer Familien, oft über mehrere Generationen hinweg.

Dass diese Arbeit Freude macht, ja begeistert, erlebe ich immer wieder im Gespräch mit vielen Ärztinnen und Ärzten. Und es würde mich freuen, wenn von dieser Freude und Begeisterung – bei allem Ringen um gute Rahmenbedingungen – auch in der öffentlichen Debatte etwas mehr spürbar wäre.

(Beifall)

Meine Damen, meine Herren, eine gute Versorgung gerade des ländlichen Raums, aber auch die sich ändernden Krankheitsbilder in einer immer älter werdenden Gesellschaft verlangen eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Auch müssen die Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten verstärkt werden.

Schließlich sollten Ärztinnen und Ärzte mehr Möglichkeiten haben, bestimmte Tätigkeiten an geschulte Fachkräfte aus anderen Gesundheitsberufen zu übertragen, etwa an ausgebildete Pflegekräfte oder entsprechend weitergebildete Praxisangestellte. Maßstab muss dabei stets eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten sein.

Meine Damen, meine Herren, ich weiß, dass solche Gedanken bei manchem unter Ihnen Sorgen und Fragen auslösen. Aber nicht hohe Hürden zwischen den Berufsgruppen und den Sektoren, sondern die gemeinsame Verantwortung für die Patientinnen und Patienten müssen unsere Debatten bestimmen.

Nicht Abwehr notwendiger Veränderungen, sondern ihre selbstbewusste Gestaltung sollte auch die Debatte um den künftigen Beitrag der Telemedizin bestimmen. Denn mit dem Fortschritt in Medizin und Pharmakologie schreitet auch die Digitalisierung der medizinischen Versorgung selbst immer weiter voran – eine Verantwortung, die wir weder aufhalten können noch aufhalten wollen. Deswegen ist es wichtig, dass sich Ihr Ärztetag intensiv auch mit Risiken und Nebenwirkungen befasst. Es darf sicher nicht so sein, dass rein technologiegetriebene Anwendungen den Patienten mehr beunruhigen, als dass sie helfen.

Aber gleichzeitig gilt auch, dass wir große Potenziale haben, die Qualität der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Zugleich sind sie geeignet, Bürokratie in den Arztpraxen abzubauen.

Gemeinsam haben wir die Verantwortung, daran zu arbeiten, dass sinnvolle Möglichkeiten sicher umgesetzt und schnell in die Routineversorgung gebracht werden können.

Ihr Engagement, Ihre Kenntnisse und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten werden dabei gebraucht. Deshalb ist es richtig, dass die Ärzteschaft beispielsweise bei den Arbeiten in der Gematik die fachliche Federführung für die Einführung von Notfalldaten übernommen hat und diesen Prozess jetzt intensiv voranbringt.

Mein Dank gilt all jenen in Ihren Reihen, die sich diesen Aufgaben – mitunter auch gegen Kritik in den eigenen Reihen – stellen. Ich versichere Ihnen, dass ich Sie bei der Einbringung Ihrer ärztlichen Expertise weiterhin unterstützen werde, und danke für Ihr Engagement.

(Beifall)

Meine Damen, meine Herren, am gestrigen Tag hat zum ersten Mal die Bundesländer-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform getagt. Die Krankenhäuser leisten einen eindrucksvollen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in unserem Land. Dank der Hochwertigkeit ihrer Leistungen haben sie weltweit einen sehr guten Ruf.

Die Sicherstellung einer hochwertigen Krankenhausversorgung ist angesichts des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts sowie des Erfordernisses einer gut erreichbaren Versorgung in der Fläche eine große Herausforderung für uns alle. Der Bund wird dieser Verantwortung Rechnung tragen, etwa im Hinblick auf die Ausgestaltung des Sicherstellungszuschlags, die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der Maximalversorgung sowie die ambulante Notfallversorgung.

Wir bejahen die Planungshoheit der Länder im Krankenhausbereich. Dazu gehört aber auch eine ausreichende Bereitstellung von Investitionsmitteln, meine Damen, meine Herren.

(Beifall)

Denn natürlich gibt es Qualität nicht zum Nulltarif, gehören auch gute Arbeitsbedingungen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Daher sind die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten fünf Jahren auch um insgesamt rund 20 Prozent gestiegen. Das zeigt die Leistungsstärke unseres Gesundheitswesens, übrigens auch der Wirtschaft unseres Landes, ist aber mit der Verpflichtung verbunden, diese Mittel effizient und qualitätsorientiert einzusetzen.

Meine Damen, meine Herren, auch auf hohem Niveau bleibt das stete Bemühen um Qualitätsverbesserungen in allen Versorgungsbereichen und sektorübergreifend weiterhin geboten. Mit einem unabhängigen Qualitätsinstitut werden wir die Entwicklung tauglicher Qualitätsmaßstäbe fördern, die Maßnahmen zur Qualitätssicherung verbessern und die Qualität erbrachter Leistungen transparenter machen.

Denn wenn Presserankings etwa über unterschiedliche Krankenhausleistungen stets auf großes Interesse bei Leserinnen und Lesern stoßen, zugleich aber immer wieder

Streit auslösen, welche Kriterien dort angewandt wurden, zeigt dies die Notwendigkeit einer verstärkten wissenschaftlichen Arbeit in diesem Bereich. Ich erwarte – das erlebe ich heute –, dass Sie sich selbstbewusst in diese Qualitätsdebatte einbringen.

Zur Qualitätssicherung gehört auch eine angemessene Fehlerkultur. Fehler, noch dazu solche mit schweren oder schwersten Folgen, dürfen nicht unter den Teppich gekehrt werden. Ich beobachtete mit großem Interesse, wie ein durchaus selbstkritischer und offenerer Umgang Ihrerseits damit die Chancen erhöht, aus solchen Fehlern zu lernen. Für verzerrende Verallgemeinerungen und inakzeptable Dramatisierungen besteht allerdings kein Anlass. Einen Generalverdacht hat unser Gesundheitswesen wahrlich nicht verdient!

(Beifall)

Allerdings rate ich bei manchem verständlichen Ärger über die eine oder andere Schlagzeile oder die eine oder andere Kassenäußerung zur Gelassenheit. Gemeinsam mit Feuerwehr, Sanitätern, Krankenschwestern und Piloten bilden Sie als Ärztinnen und Ärzte die Spitzengruppe, wenn es darum geht, welchen Berufen die Menschen in Deutschland vertrauen. Auf Platz 5 erreichen Sie hier 88 Prozent. Andere Berufsgruppen können davon nur träumen.

Meine Damen, meine Herren, eine gelingende Behandlung setzt vielfach die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten voraus. Mit der Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten – zuletzt im Patientenrechtegesetz – hat sich die Gesundheitspolitik darauf eingestellt, mit einem Gesetz, das auch für Sie mehr Rechtssicherheit schafft. Wir wollen zudem die unabhängige Patientenberatung weiter ausbauen, das Recht stärken, vor bestimmten Eingriffen eine Zweitmeinung einzuholen, und eine größere Verständlichkeit der Qualitätsberichte der Krankenhäuser sicherstellen.

Und natürlich will ich auch der Diskussion um die geplante Einführung von Terminservicestellen zur Vergabe von Facharztterminen nicht ausweichen. Wir konkretisieren den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in einem Bereich, der weder dramatisiert noch kleingeredet werden sollte. Und wenn Verbesserungen im Zusammenspiel der unterschiedlichen Ärztegruppen dazu führen, dass es zu deutlichen Verbesserungen kommt, bin ich sicher, dass die Servicestellen sehr, sehr wenig zu tun bekommen werden.

Natürlich weiß ich auch, dass es Ihnen mitunter zu schaffen macht, im Gespräch mit Patienten zuweilen sehr hartnäckig mit der „Zweitmeinung“ des virtuellen Kollegen „Doktor Google“ konfrontiert zu werden. Doch ein guter Umgang mit kritischen Fragen verbessert die Chancen auf den Behandlungserfolg.

Um Mitwirkung geht es auch bei einem anderen wichtigen Thema, das Sie auf diesem Ärztetag beschäftigen wird, nämlich dem Thema Prävention.

Mit dem Präventionsgesetz wollen wir dabei helfen, dass gesundheitsfördernde Angebote in allen Lebensbereichen – von der Kita über die Schule und den Arbeitsplatz bis hinein in die Altenpflege – verstärkt und in hoher Qualität erbracht werden. Bei der erfolgreichen Umsetzung von „Prävention vor Ort“ kommt gerade der Ärzteschaft eine Schlüsselrolle zu. Sie genießen bei ihren Patienten Vertrauen und große Glaubwürdigkeit. Ihren Ratschlägen folgen viele Menschen.

Doch nicht nur die Ärztinnen und Ärzte in der Praxis oder im Krankenhaus sind wichtige Partner, wenn es um die Gesundheitsförderung geht. Gerade auch der Öffentliche Gesundheitsdienst übernimmt hier eine bedeutende Rolle.

Denn es sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die aufgrund ihrer vielfältigen Berufserfahrung die Verhältnisse in den verschiedenen Lebensbereichen besonders gut kennen und die daher auch beurteilen können, wo ein spezieller Präventionsbedarf besteht. Dabei denke ich nicht zuletzt an jene Menschen, die bisherige Angebote der Gesundheitsbildung nur unzureichend erreichen. Dazu braucht der ÖGD aber auch eine entsprechende Unterstützung und eine sachgerechte Ausstattung auf allen Ebenen.

(Beifall)

Meine Damen, meine Herren, für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens setze ich auf Ihre Kompetenz und die ethischen Maßstäbe, die Sie an Ihr Handeln legen.

Ausdrücklich danken möchte ich Ihnen für Ihre Unterstützung des Verbots organisierter Beihilfe zur Selbsttötung, für das ich als Abgeordneter eintrete.

(Beifall)

Es ist richtig, dass unser Strafrecht zum Drama der Selbsttötung schweigt und damit auch individuelle Beihilfehandlungen straffrei bleiben. Organisierte Beihilfe zur Selbsttötung lässt dieses Tun aber gleichsam zur Behandlungsvariante werden und tangiert damit die Lebensschutzorientierung unserer Rechtsordnung insgesamt. Das lehne ich entschieden ab!

(Beifall)

Zugleich gilt die besondere Verpflichtung, Lücken in der Palliativ- und Hospizversorgung zu schließen. Auch dies ist mir ein Herzensanliegen. Daher bitte ich gerade Sie, diesen Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung mit voranzutreiben.

Meine Damen, meine Herren, geht es um die dauerhafte Sicherstellung einer hochwertigen, einer menschlichen Gesundheitsversorgung in unserem Land und deren Weiterentwicklung, setze ich auf Ihre Kompetenz, Ihr Verantwortungsbewusstsein und Ihren Willen, notwendige Veränderungen selbstbewusst und gemeinsam zu gestalten.

In diesem Sinne freue ich mich auf die weitere Zusammenarbeit mit Ihnen zum Wohle der Menschen in unserem Land.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Sehr geehrter Herr Minister Gröhe, ich danke Ihnen für Ihre Rede, für dieses Debüt in diesem Amt. Vergangene Minister haben oft damit kokettiert, dass sie noch ganz oft wiederkommen wollten. Sie hatten das gar nicht nötig. Wir freuen uns auf den nächsten Besuch von Ihnen auf dem 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt im nächsten Jahr.

(Beifall)

Arbeitstagungen des Plenums

1. Tag, Dienstag, 27. Mai 2014

Nur Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich begrüße Sie alle nunmehr in der Stadthalle Düsseldorf zu unseren Plenarsitzungen. Bevor wir mit der eigentlichen Tagesordnung beginnen, möchte ich einige Glückwünsche zum Geburtstag aussprechen. Heute, am 27. Mai 2014, haben Herr Kollege Dr. Rudolf Kaiser aus Westfalen-Lippe, Herr Kollege Dr. Wolfgang Rechl aus der Bayerischen Landesärztekammer und Herr Kollege Dr. Sebastian Roy aus der Landesärztekammer Thüringen Geburtstag. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Ich freue mich ganz besonders, dass der Ehrenpräsident dieses Ärztetages, Kollege Dr. Jan Leidel, ehemaliger Chef des Gesundheitsamtes in Köln, unter uns ist. Herzlich willkommen, lieber Herr Leidel!

(Beifall)

Natürlich ist Karsten Vilmar anwesend, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.

(Beifall)

Ich freue mich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung gut vertreten ist. Ich begrüße herzlich den Vorsitzenden des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Kollegen Dr. Andreas Gassen.

(Beifall)

Ich begrüße das stellvertretende Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Frau Regina Feldmann. Ich habe sie vorhin bereits gesehen; momentan scheint sie nicht im Saal zu sein. Herzlich willkommen, Regina Feldmann!

Auch die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist gut vertreten. Herzlich willkommen, Herr Hans-Joachim Weidhaas und Herr Kollege Stefan Windau!

(Beifall)

Ich begrüße den Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe, Herrn Diplom-Kaufmann Dr. Horst Vinken.

(Beifall)

Ganz besonders herzlich und mit großer Freude – ich glaube, Sie teilen sie mit mir – begrüße ich die Vertreter der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), die im Verlauf dieses Ärztetages noch die Gelegenheit erhalten werden, zu uns zu sprechen.

(Beifall)

Eine große Zahl von Ehrengästen aus dem Ausland ist heute zu uns gekommen, die wir ganz besonders herzlich begrüßen. Angeführt wird die Delegation unserer ausländischen Kolleginnen und Kollegen von Herrn Dr. Xavier Deau aus Frankreich, President-elect des Weltärztebunds. Herzlich willkommen, Xavier!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist auch der Generalsekretär des Weltärztebunds, Dr. Otmar Klobber. Otmar, herzlich willkommen!

(Beifall)

Es ist mir eine besondere Freude, dass wir heute eine große Anzahl von Ehrengästen aus dem Ausland, insbesondere aus Japan, bei uns haben. Bevor ich sie begrüße und bevor der Präsident des Japanischen Ärzteverbands ein Grußwort zu uns sprechen wird, möchte ich einen Kollegen in besonderer Weise benennen, nämlich den Kollegen Dr. Masami Ishii, mit dem wir nicht nur im Weltärztebund und als Vorstandsmitglied des Japanischen Ärzteverbands hervorragend zusammenarbeiten, sondern dessen Einsatz wir in besonderer Weise bewundern. Herr Dr. Masami Ishii war in der Präfektur Fukushima einer der Notärzte, die sich nach dem großen Reaktorunglück in besonderer Weise um die Versorgung der Bevölkerung gekümmert und verdient gemacht haben. Dafür gebührt ihm ein ganz besonderer Applaus.

(Beifall)

Aus Island ist zu uns gekommen die Präsidentin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärztekammer (CPME), Frau Dr. Katrín Fjeldsted. Herzlich willkommen, Katrín!

(Beifall)

Die folgende Begrüßung der internationalen Ehrengäste erfolgt in alphabetischer Reihenfolge nach Ländernamen.

Aus Albanien sind zu uns gekommen Herr Dr. Din Abazaj und Herr Miltiadh Verecka. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Herr Professor Ashraf Shoma von der Ägyptischen Gewerkschaft der Ärzte ist bei uns. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Herr Dr. Bernard Maillet vom Verband der Belgischen Ärztegewerkschaften ist zu uns gekommen. Bernard, herzlich willkommen!

(Beifall)

Wir begrüßen Herrn Dr. Harun Drljević, Präsident der Ärztekammer der Föderation von Bosnien und Herzegowina. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Von der Ärztekammer der Republik Srpska ist Herr Dr. Momcilo Biuković zu uns gekommen. Ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Bulgarien ist vertreten durch den Präsidenten des Bulgarischen Ärzteverbands, Herrn Cvetan Raychinov, und den Vizepräsidenten des Bulgarischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Kiril Elenski. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich freue mich, dass Herr Dr. Mads Koch Hansen, Präsident des Dänischen Ärzteverbands, und Frau Bente Hydahl Fogh, Hauptgeschäftsführerin des Dänischen Ärzteverbands, anwesend sind. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Frankreich begrüßen wir den neu gewählten Präsidenten des nationalen Rats der Ärztekammern in Frankreich, Herrn Dr. Patrick Bouet, begleitet von seinem Generalsekretär Dr. Walter Vorhauer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Großbritannien ist vertreten durch Herrn Dr. Mark Porter, den Vorstandsvorsitzenden des Britischen Ärzteverbands (BMA), Herrn Dr. Terry John, den Vorsitzenden des Ausschusses für Internationale Angelegenheiten des BMA, und Herrn Paul Laffin von der internationalen Abteilung des BMA. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Italien ist vertreten durch Herrn Dr. Maurizio Benato, den Vizepräsidenten des Nationalen Verbands der Ärzte- und Zahnärztekammern Italiens, und Herrn Davide Martini von der internationalen Abteilung des Nationalen Verbands der Ärzte- und Zahnärztekammern Italiens. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Japan ist vertreten durch den Präsidenten des Japanischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Yoshitake Yokokura, und Herrn Dr. Kenji Matsubara, den Vizepräsidenten des Japanischen Ärzteverbands. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Von der Internationalen Abteilung des Japanischen Ärzteverbands sind zu uns gekommen Herr Dr. Yuji Noto und Frau Kazue Igarashi. Auch Ihnen ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, dass die japanische Delegation in Begleitung des Ersten Botschaftssekretärs/Gesundheitsattachés der Japanischen Botschaft in Berlin ist. Begrüßen Sie mit mir herzlich Herrn Yuki Iwama.

(Beifall)

Es ist mir eine Freude, mit Ihnen Herrn Dr. Andreas von Lutterotti zu begrüßen, den Präsidenten der Ärztekammer Südtirol. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Kamerun ist Herr Dr. Bidjogo Atangana, Generalsekretär der Kamerunischen Ärztekammer, zu uns gekommen. Willkommen!

(Beifall)

Kasachstan ist vertreten durch Herrn Professor Maksut Kulzhanov, Präsident der Nationalen Gesundheitskammer der Republik Kasachstan, und Herrn Dr. Vladimir Kraisman von der Nationalen Gesundheitskammer der Republik Kasachstan. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Kroatien ist Herr Dr. Dražen Borčić, Vizepräsident der Kroatischen Ärztekammer, gekommen. Willkommen!

(Beifall)

Die Präsidentin der Ärztekammer des Kosovo, Frau Professor Dr. Zylfije Hundozi, ist bei uns. Danke, dass Sie gekommen sind!

(Beifall)

Aus Lettland ist unser alter Freund und guter Bekannter Dr. Peteris Apinis, Präsident des Lettischen Ärzteverbands, zu uns gekommen. Willkommen!

(Beifall)

Mazedonien ist vertreten durch Herrn Professor Dr. Kocho Chakalaroski, Präsident der Mazedonischen Ärztekammer, sowie Frau Dr. Idriz Orana und Frau Dr. Georgi Petkov vom Vorstand der Mazedonischen Ärztekammer. Willkommen!

(Beifall)

Von der Ärztekammer Montenegro begrüßen wir Frau Professor Olivera Miljanović. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Mit die kürzeste Anreise hatte unser Freund Professor R. J. van der Gaag, Präsident des Königlichen Ärzteverbands Niederlande. Willkommen!

(Beifall)

Aus Österreich ist Dr. Artur Wechselberger, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, zu uns gekommen.

(Beifall)

In seiner Begleitung ist Herr Dr. Herwig Lindner, Präsident der Ärztekammer Steiermark. Willkommen!

(Beifall)

Polen ist vertreten durch Herrn Dr. Maciej Hamankiewicz, den Präsidenten der Polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Rumänien ist zu uns gekommen Herr Dr. Francisc Jeszenszky, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Auch Ihnen ein ganz herzliches Willkommen!

(Beifall)

Rumänien ist ferner vertreten durch den Vizepräsidenten der Rumänischen Ärztekammer, Herrn Dr. Gheorge Borcean. Willkommen!

(Beifall)

Russland ist vertreten durch Herrn Dr. David-Anatol Resnikov von der Euro-Asiatischen Medizinischen Gesellschaft und Herrn Dr. Leonid Mikhaylov, Generalsekretär der Russischen Medizinischen Gesellschaft. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus der Schweiz begrüßen wir Herrn Dr. Jürg Schlup, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, und Herrn Dr. Max Giger, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Willkommen!

(Beifall)

Aus Serbien ist Frau Dr. Tatjana Radosavljevic, Hauptgeschäftsführerin der Serbischen Ärztekammer, zu uns gekommen. Willkommen!

(Beifall)

Die Slowakei ist vertreten durch Herrn Dr. Jozef Weber von der Slowakischen Ärztekammer. Willkommen!

(Beifall)

Aus der Tschechischen Republik ist unser Freund Dr. Milan Kubek, Präsident der Tschechischen Ärztekammer, zu uns gekommen. Willkommen!

(Beifall)

Die Türkei ist vertreten durch Herrn Dr. Ozdemir Aktan, Präsident des Türkischen Ärzteverbands. Willkommen!

(Beifall)

Aus Ungarn ist Herr Dr. István Éger, Präsident der Ungarischen Ärztekammer, zu uns gekommen. Willkommen!

(Beifall)

Die Vereinigten Staaten von Amerika werden durch die Präsidentin des Amerikanischen Ärzteverbands (AMA), Frau Dr. Ardis Hoven, vertreten. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Sie sehen, meine Damen und Herren: Die internationale Arbeit der Bundesärztekammer ist ausgesprochen erfolgreich. Wir knüpfen viele Verbindungen in viele Länder der Welt. Das ist bei den Problemen, die in der Gesundheitsversorgung heute längst globale Probleme geworden sind, von ganz besonderer Bedeutung.

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

Ich bitte nun den Präsidenten des Japanischen Ärzteverbands, Herrn Dr. Yoshitake Yokokura, der erstmalig an einem Deutschen Ärztetag teilnimmt, um ein Grußwort. Damit möchten wir auch die besondere Rolle des Japanischen Ärzteverbands würdi-

gen, der bei der Katastrophenhilfe nach der Katastrophe von Fukushima und dem Tsunami Hervorragendes geleistet hat. Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal die besonderen Leistungen von Herrn Dr. Masami Ishii in den Vordergrund stellen.

Ich freue mich jetzt auf das Grußwort von Herrn Kollegen Yokokura, der Sie gleich durch die fließende Beherrschung der deutschen Sprache überraschen wird.

Dr. Yokokura: Sehr geehrter Herr Professor Montgomery! Sehr geehrter Herr Henke! Sehr geehrte Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer! Sehr geehrte Damen und Herren Delegierte! Eigentlich möchte ich japanisch sprechen, aber ich versuche, deutsch zu sprechen, damit Sie mich alle verstehen.

(Beifall)

Zunächst möchte ich mich herzlich für die Einladung zum 117. Deutschen Ärztetag bei Ihnen allen und auch für das schöne Abendessen gestern bei Herrn Henke bedanken. Ich richte heute im Namen des Japanischen Ärzteverbands mein Grußwort an Sie.

Es ist ein Weilchen her, dass ich das letzte Mal in Deutschland war. Von 1977 an studierte ich zwei Jahre an der Chirurgie des Kreiskrankenhauses Detmold. Gestern bin ich nach Detmold in Westfalen-Lippe gefahren, um dort meinen Professor Dr. Lutz Braun zu besuchen. Ihm habe ich viel zu verdanken. Ich stehe seit meinem Studienaufenthalt in Deutschland in seiner Schuld. Nach 35 Jahren kam es nun zu einem Wiedersehen mit meinem damaligen Lehrer und wir konnten unsere alte Freundschaft wiederbeleben. Bei den Erinnerungen an meine Jugend wurde ich dabei ganz nostalgisch.

Ein Blick auf die Geschichte verrät uns, dass auf dem Gebiet der Medizin schon seit 400 Jahren enge Beziehungen zwischen Japan und Deutschland bestehen. Im Jahr 1690 kam der deutsche Arzt Engelbert Kaempfer, der aus dem heutigen Lemgo in Westfalen-Lippe stammte, also aus der Gegend Deutschlands, in der ich studierte, in das damals für Ausländer weitestgehend abgeschlossene Japan. Hier machte er die westliche Medizin bekannt und übte damit großen Einfluss auf die Entwicklung der Medizin in Japan aus.

1869 entschloss sich Japan zur Übernahme der deutschen Medizin. Deutsche Ärzte wurden nach Japan eingeladen, japanische Ärzte zum Studium nach Deutschland geschickt. Der deutsche Arzt Erwin Bälz, der in ebenjenen Tagen nach Japan kam, trug entscheidend dazu bei, dass sich die japanische Medizin vor allem in den Bereichen der Mediziner Ausbildung sowie der klinischen Medizin an westliche Standards anpasste.

Den Begründer des Japanischen Ärzteverbands, Dr. Shibasaburo Kitasato, zog es für ein Studium unter Robert Koch nach Deutschland. Er entdeckte die Methode, das Tetanusbazillus in Reinkultur anzuzüchten, sowie das entsprechende Gegenmittel. Nach seiner Rückkehr nach Japan brachten seine Erfolge die Entwicklung der dortigen Medizin, vor allem im Bereich der öffentlichen Hygiene und der Forschungen zur Übertragung von Erregern, drastisch voran. Fortan war er für die japanische Medizin

eine Führungspersönlichkeit. Er begründete den Japanischen Ärzteverband und wurde sein erster Vorsitzender.

Wenn ich mir überlege, wie unsere Beziehungen auf diese Art ununterbrochen andauern, bewegt mich mein Besuch in Deutschland zutiefst.

Besonders im Rahmen des internationalen Austauschs innerhalb des Weltärztebunds, in den beide Länder gleichzeitig im Jahr 1951 aufgenommen wurden, konnten unsere engen Beziehungen weiter intensiviert werden. Im Weltärztebund arbeitet Dr. Masami Ishii aus dem Vorstand des Japanischen Ärzteverbands partnerschaftlich mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Frank Ulrich Montgomery, dem Schatzmeister des Weltärztebunds, zusammen. Oder denken wir an die Ausarbeitung der Neufassung der Deklaration von Helsinki. Die aufopferungsvollen Bemühungen von Dr. Ramin Parsa-Parsi von der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer haben Früchte getragen: Bei der Generalversammlung des Weltärztebunds im letzten Oktober in Fortaleza in Brasilien erfolgte mit der Verabschiedung der revidierten Fassung ein wichtiger Schritt nach vorn. Auch wir vom Japanischen Ärzteverband haben an dieser Bearbeitung mitwirken dürfen, doch waren wir dabei stets tief beeindruckt von der nach Perfektion strebenden geistigen Kraft der Bundesärztekammer. Ich bin überzeugt, dass es dieser Geist ist, der die Arbeit deutscher Ärzte in verantwortlichen Führungspositionen im internationalen Austausch und besonders im Weltärztebund so erfolgreich macht.

Wie ich hörte, steht der diesjährige Deutsche Ärztetag im Zeichen von Präventivmedizin und der Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese Themen sind auch für uns in Japan ausgesprochen wichtig. Wir haben es mit einer rasanten Alterung der Gesellschaft bei einer gleichzeitig sinkenden Geburtenrate zu tun. Als Japanischer Ärzteverband konzentrieren wir uns mit ganzer Kraft darauf, die in uns gesetzten Erwartungen der Öffentlichkeit zu erfüllen und Antworten auf diese dringlichen Fragen zu finden. Daher freue ich mich darauf, im Rahmen dieser Tagung vieles über die Bemühungen in Deutschland zur Lösung unserer gemeinsamen Probleme lernen zu können.

Erlauben Sie mir bitte, dass ich zum Abschluss meiner kurzen Rede meine Hoffnung auf den Erfolg des 117. Deutschen Ärztetages und auf die erfolgreiche Fortentwicklung der Bundesärztekammer zum Ausdruck bringe. Ich hoffe, dass Sie auch in Zukunft einen immer stärkeren Beitrag zu medizinischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen in der ganzen Welt leisten können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Herr Yokokura, für Ihre Worte. Ich möchte mich bei dieser Gelegenheit auch noch für die hervorragende Durchführung der letzten Vorstandssitzung des Weltärztebunds in Tokio durch den Japanischen Ärzteverband bedanken. Vielen herzlichen Dank auch dafür.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bevor ich jetzt zum Ende meiner Ausführungen komme, möchte ich Sie noch auf die Ausstellung „Health Care in Danger“ im Foyer

hinweisen. Sie wissen, dass es neben der vielen politischen und fachlichen Arbeit der Bundesärztekammer immer auch unser Bestreben ist, unsere Zusammenarbeit mit humanitären ärztlichen Organisationen zu vertiefen. Unser Dank gilt dabei insbesondere den Angehörigen der medizinischen Berufe, die in den Krisenregionen dieser Welt Außerordentliches leisten und dabei auch sich selbst immer wieder in Lebensgefahr bringen.

Wir möchten deshalb auch von dieser Stelle aus alle, die politische Verantwortung tragen, auffordern, sich für sichere Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals in Kriegs- und Krisengebieten einzusetzen.

Weltweit behindert oder zerstört die Ausübung von Gewalt die Erbringung medizinischer Leistungen gerade dann, wenn sie am nötigsten gebraucht werden.

Das Deutsche Rote Kreuz macht deshalb gemeinsam mit dem Internationalen Komitee des Deutschen Roten Kreuzes und mit Mitteln der Europäischen Union auf die dringende Notwendigkeit aufmerksam, Patienten und Gesundheitspersonal zu schützen.

Die weit verbreitete Nichtbeachtung geltenden Rechts durch Konfliktparteien und bewaffnete Gruppen ist einer der Gründe, warum Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal nicht ausreichend geschützt sind.

Damit befasst sich diese Ausstellung. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie auch Ihren Anteil der Solidarität durch das Betrachten und Kommentieren dieser Ausstellung dokumentierten.

Jetzt übergebe ich zur Feststellung der Beschlussfähigkeit und zur Erläuterung von Regularien dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herrn Dr. Bernd Rochell, das Wort. Bernd, du hast das Wort.

Dr. Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Monti! Sehr geehrte Gäste! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich darf Sie an dieser Stelle sehr herzlich begrüßen und Sie durch die uns noch vom Eintritt in die Inhalte trennenden Formalien führen.

Die Einladung zum 117. Deutschen Ärztetag ist Ihnen, den Delegierten, mit der Tagesordnung satzungsgemäß am 2. April 2014 zugesandt worden.

Gemäß der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage lagen diesem Schreiben auch der Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2012/2013 und der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 bei. Gleichzeitig haben wir Ihnen am 6. Mai 2014 den Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer übersandt und Sie über die Veröffentlichung im Internet informiert.

Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer beträgt die Zahl der Delegierten 250. Ich stelle fest, dass mehr als die Hälfte der Delegierten anwesend ist. Damit ist der 117. Deutsche Ärztetag beschlussfähig.

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

Der 117. Deutsche Ärztetag behandelt insgesamt elf Tagesordnungspunkte.

Organisatorische, technische und zeitliche Hinweise zum Ablauf des 117. Deutschen Ärztetages finden Sie in Ihren Unterlagen.

Das Themenspektrum des Tagesordnungspunkts I „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ umfasst die in der Rede des Präsidenten und in den Anträgen des Vorstands der Bundesärztekammer genannten Schwerpunkte zum Tagesordnungspunkt. Sofern Sie Anträge stellen wollen, die in den Anträgen des Vorstands behandelte Inhalte betreffen, bitten wir Sie, wenn möglich, diese als Änderungsantrag zum jeweiligen Vorstandsantrag zu stellen. So helfen Sie uns, alle Argumente für oder wider die eine oder die andere Lösung in einer gemeinsamen Fassung zu diskutieren und in Teilen oder gänzlich widersprüchliche Entschlüsse oder Beschlüsse zu vermeiden.

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

Gestatten Sie mir an dieser Stelle, auf das bereits im letzten Jahr erfolgreich praktizierte Verfahren zu den Beratungen zum Tagesordnungspunkt VII „Tätigkeitsbericht“ hinzuweisen.

Um Ihnen die Beratung des Tagesordnungspunkts „Tätigkeitsbericht“ zu erleichtern, bitten wir Sie, Ihre Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt möglichst bis Mittwoch 16 Uhr abzugeben. Wir können Ihnen dann schon entsprechend früher die in der Abstimmungsreihenfolge vorsortierten Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt zur Verfügung stellen. Dies bedeutet selbstverständlich nicht, dass im Anschluss an diese Frist eingehende Anträge nicht mehr angenommen werden.

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 geschriebenen Anträge im Internet abrufen. Die entsprechende Internetadresse finden Sie in Ihren Unterlagen.

Neu hinzugekommen ist in diesem Jahr die Dokumentation der Abstimmungsreihenfolge, die ebenfalls im Internet veröffentlicht wird.

Das waren, wenn Sie so wollen, meine Damen und Herren, nicht nur Formalien, sondern zugleich auch Empfehlungen zur Steigerung der Prozessqualität des 117. Deutschen Ärztetages. Qualitätsförderung ist auch ein großes Thema im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung. Mit der im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehenen Gründung eines neuen Qualitätsinstituts soll ein neuer Meilenstein zur Schaffung von mehr Transparenz über die Qualität in der Gesundheitsversorgung gegenüber der Bevölkerung beschritten werden. Dies betrifft auch das Thema der Bewertungsportale für Ärzte und Krankenhäuser, mit dem sich das neue Institut unter anderem befassen soll. Patienten, die sich über die beste Adresse für die Behandlung ihrer Erkrankung informieren wollen, erhalten mittlerweile von einer Vielzahl solcher Portale eine Vielzahl von Antworten. Thielscher und Mitarbeiter haben 2013 in ihrer Arbeit „Geringe Korrelation von Krankenhausfüh-

ern kann zu verwirrenden Ergebnissen führen“ auf die Schattenseiten solcher Navigationssysteme zur vermeintlich besten Behandlungsqualität hingewiesen. In ihrem Vergleich der in den Krankenhausportalen „Krankenhaus-Directory“, „Weiße Liste“ und „Qualitätskliniken.de“ ausgewiesenen Bewertungen für dieselben Krankenhäuser zur Hüftendoprothetik stellten die Autoren eine nur unzureichende Korrelation fest. Das bedeutet, dass der ratsuchende Patient für dasselbe Krankenhaus im Krankenhausportal A die Bewertung „überdurchschnittlich“ und im Krankenhausportal B die Bewertung „unterdurchschnittlich“ finden kann.

Das darf so nicht weitergehen. Mit einem aktuellen geografischen Navigationssystem, gleich welcher Bauart, kommt man bei der Eingabe des Ortsziels „Köln“ gegebenenfalls auf unterschiedlichen Wegen am Ende auch in Köln an, auch wenn sich mancher Düsseldorfer etwas anderes wünschen würde. Bei den aktuell angebotenen Krankenhausnavigatoren kann das, wie die vorgenannte Arbeit zeigt, häufig anders enden. Das wäre im Fall der Zieleingabe „beste Behandlungsqualität“ mit dem Ergebnis „Sparbehandlung nach Kassenpräferenz“ nicht so leicht zu korrigieren wie eine Irrfahrt nach Weisung eines geografischen Navigationssystems.

Es ist daher unverzichtbar, vor der Produktion von Qualitätsnavigatoren erst das Qualitätskoordinatensystem zu erarbeiten, in dem nach allgemeiner Übereinkunft das Ziel einer guten Behandlungsqualität und die Stellgrößen – sprich: Koordinaten, an denen man die Zielerreichung erkennen kann – verortet werden. Ein solches Koordinatensystem tut not. Es wäre gut, wenn das neue Qualitätsinstitut hierfür seriöse Standards schaffen könnte.

Ein solches Koordinatensystem muss aber gleichermaßen für die Lotsen in Sachen Behandlungsqualität wie auch für die betroffenen Patienten und Ärzte lesbar, umsetzbar und akzeptabel sein. Es ist daher auch hier unverzichtbar, dass die kraft der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder als Lotsen für die Umsetzung der Qualitätssicherung zuständigen Heilberufekammern wie auch Patientenvertreter mit Sitz und Stimme im Vorstand des neuen Qualitätsinstituts vertreten sind und jeweils ein eigenständiges Antragsrecht für die Beauftragung dieses Instituts erhalten. In einer solchen Konstellation könnte das neue Institut Positives bewirken. Ein bestehendes Institut, nämlich das Ärztliche Zentrum für Qualität der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, hat auf diesem Gebiet übrigens schon Gutes geleistet.

Positives wollen wir mit und jenseits dieses Appells an den Gesetzgeber erneut mit diesem Ärztetag bewirken. Ich wünsche uns allen einen erfolgreichen Ärztetag mit guten Debatten und Ergebnissen und bedanke mich sehr herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Bernd Rochell. – Meine Damen und Herren, damit treten wir in die Behandlung des **Tagesordnungspunkts I** ein:

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Mein Referat dazu haben Sie eben in der Tonhalle gehört. Eingeladene Gäste mit Rederecht zu diesem Tagesordnungspunkt sind Herr Kollege Dr. Andreas Gassen,

Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, und Frau Céline Lichtl, stellvertretende Bundeskoordinatorin für Gesundheitspolitik der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bmvd). Sie haben nach der Satzung das Recht zur Wortmeldung, wenn sie dies wünschen, weil sie als geladene Gäste des Präsidenten anwesend sind.

Wir kommen zur Rednerliste. Wir haben ja eine ganze Reihe von Unterpunkten. Wir werden diese mit Ausnahme des Punkts GOÄ erst einmal nicht weiter sortieren, weil wir mit Ihnen zunächst einmal eine Generaldebatte über die Gesundheitspolitik führen wollen.

Jetzt sehe ich eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung. Ich habe eine Bitte: Es herrscht ein ganz großer Helligkeitsunterschied zwischen Ihnen und uns. Klar gesagt: Sie liegen im Dunkeln. Wenn ich Ihre Wortmeldung nicht sofort sehe, liegt das daran, dass Sie wegen der geringen Lichtstärke im Saal schwer zu erkennen sind. Am besten ist es, wenn Sie auch bei Geschäftsordnungsanträgen eine Wortmeldung abgeben. Dann kann ich das sehen. Die Lichtverhältnisse in diesem Saal sind etwas suboptimal, wie man sagen muss.

Es hat sich Herr Lücke zur Geschäftsordnung gemeldet. Er hat das Wort.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Ganz herzlichen Dank. – Ich bitte um Entschuldigung dafür, dass ich meinen Standardantrag stelle. Er lautet wie folgt: Ich beantrage Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Das ist eine Zeit, in der man alles sagen kann. Dann kommt jeder zu Wort.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist der Antrag auf Begrenzung der Redezeit gestellt. Nach der Geschäftsordnung frage ich nach der Gegenrede. – Herr Grauduszus wünscht Gegenrede. Das ist seine letzte Chance, länger als drei Minuten zu reden. Man darf aber auch nur zur Geschäftsordnung sprechen, lieber Herr Grauduszus. Das sage ich nur vorsichtshalber.

Grauduszus, Nordrhein: Ich bin der Meinung, dass die Redezeit zunächst einmal nicht auf drei Minuten begrenzt werden sollte. Ich glaube, wir sind hier zusammengekommen, damit diskutiert wird. Ich rede nicht nur deshalb gegen den Antrag, weil ich oben auf der Rednerliste stehe, sondern weil ich glaube, dass das ein ganz schlechtes Symbol wäre. Ich wäre nach fünf Minuten fertig; dessen bin ich mir sicher.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Dann können wir uns eine Meinung bilden. Sie haben dazu gelbe Stimmkarten, wenn ich das richtig sehe. Ich darf nun diejenigen, die für eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten sind, bitten, die gelbe Stimmkarte zu erheben. – Das ist ziemlich eindeutig. Die Gegenprobe bitte. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist mit überwältigender Mehrheit die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen.

Erster Redner mit dieser neuen Redezeitbegrenzung ist der Kollege Martin Grauduszus aus der Kammer Nordrhein.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Vielen Dank, dass ich hier heute drei Minuten sprechen darf. Ich möchte zunächst einmal feststellen, dass es heute Morgen tatsächlich, wie Herr Gröhe gesagt hat, vielleicht einen kleinen Paukenschlag gegeben hat, denn wir haben uns als Ärzteschaft durch Herrn Montgomery und durch Herrn Henke so dargestellt, wie wir es wollen, müssen und können, nämlich: klare Kante zeigen. Ich denke, das hat auf der einen Seite in kurzen Worten funktioniert und geklappt. Dafür danke ich.

Auf der anderen Seite kam dabei aber auch heraus, dass ärztliches Handeln für uns wichtig ist und was ärztliches Handeln ist. Gesundheit kann man eben nicht messen, sondern nur fühlen. Ich danke Herrn Henke, der sich dafür eingebracht hat. Der Unterschied zum Minister besteht darin, dass es auf der politischen Ebene Formalien und Raster gibt. Leider muss ich feststellen, dass die Inhalte, die ich heute von unserem jetzigen Minister gehört habe, eigentlich nicht viel anders sind als die von anderen Ministern in der Vergangenheit. Es ist ein großer Unterschied, ob ein Politiker Thesen runterbetet oder ob wir sie als Ärzte mit Inhalt füllen müssen. Ich hoffe, dass wir es durch das Gespräch mit den Politikern und anderen Verantwortlichen schaffen, ihnen aufzuzeigen, dass das, was sie organisieren, nicht die Probleme des Jetzt löst, sondern erst in Zukunft, vielleicht im Jahr 2050, wie Frau Steffens gesagt hat.

Die Probleme, die wir jetzt haben, kommen dadurch zustande, dass immer weniger Ärztinnen und Ärzte als Ärzte arbeiten wollen. Man will sich nicht nur nicht niederlassen, man will sich heutzutage nicht mehr festlegen. Das ist in dieser unsicheren Zeit, was unsere Berufsausübung betrifft, völlig klar. Man muss doch mit dem Klammerbeutel gepudert sein, sich mit Tausenden von Euro festzulegen, wenn man nicht weiß, wie die Perspektive aussieht.

Die Kolleginnen und Kollegen gehen heute auch nicht mehr in die ambulante Versorgung im MVZ, sondern sie gehen irgendwo anders hin, weil ihnen die Ausübung des Berufs, wie er heute ausgestaltet ist, keine Freude mehr bringt.

Das war einmal ganz anders. Erst wenn die Attraktivität unserer freien Berufsausübung wieder wächst, indem wir ärztlich tätig sein können, unseren Patienten gegenüber verantwortlich sein können und nicht irgendwelchen Schimären, Gebührenordnungen, Akupunkturdingen usw. nachlaufen müssen, wird in Zukunft die Versorgung wieder besser werden.

Vielen herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Grauduszus. – Der nächste Redner ist Dr. Guido Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Wenn man die Eröffnungsreden einerseits des Präsidenten der Bundesärztekammer und andererseits des Bundesgesundheitsministers gehört hat und die beiden Reden miteinander vergleicht, glaubt man fast, auf einem anderen Stern zu sein. Immerhin war es Gesundheitsminister Gröhe, der real existierende Probleme aufgenommen hat: Voraussetzung zum Medizinstudium, demografischer Wandel, das Wort „Hausarzt“, das ich von unserem Präsidenten nicht gehört habe, Förderung der Allgemeinmedizin.

Hier in Nordrhein leisten wir uns den Luxus, im Jahr etwa 2.700 Ärzte aller Spezialisierungen und Subspezialisierungen auszubilden, davon 140 Hausärzte. Wenn so etwas in der Wahrnehmung nicht mehr existiert, wird man das Problem auch nicht lösen können. Man kann die Wahrnehmung ja auch trefflich ausblenden. Deshalb wünsche ich mir, dass wir uns mit real existierenden Problemen auseinandersetzen und nicht nur mit Problemen, die in höheren Sphären greifen. Wir haben ganz konkrete Dinge zu tun.

Wir dürfen die Freiheit des Arztberufs nicht mit Beliebigkeit verwechseln. Das heißt, wir müssen letztendlich schauen, dass wir Strukturen schaffen, die ein sinnvolles Fundament bilden und nicht die Pyramide auf den Kopf stellen. Deshalb werbe ich sehr dafür, dass wir uns unseren Problemen zuwenden und Lösungsansätze finden.

Noch eine Bemerkung am Rande. Es wurde daran erinnert, dass das Freihandelsabkommen mit den USA so intransparent verhandelt wird. Manchmal fühle ich mich bei der GOÄ-Diskussion daran erinnert. Ich bitte, uns heute Nachmittag konkrete Informationen zu liefern und nicht nur zu sagen, es sei so schwierig und man sei zur Geheimhaltung verpflichtet.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Marx. – Nächster Redner ist Gisbert Voigt, Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte als Kinder- und Jugendarzt zu einer Äußerung Stellung nehmen, die mich heute Morgen maßlos geärgert hat. Landesministerin Steffens hat wieder einmal fälschlicherweise darauf hingewiesen, dass Kinder und Jugendliche übermäßig mit Stimulanzien behandelt werden. Das kann ich als Kinder- und Jugendarzt einfach nicht so stehen lassen. Die Kolleginnen und Kollegen draußen in der ambulanten Versorgung, seien sie aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder aus der Pädiatrie, geben sich immense Mühe in der Diagnostik, aber auch bei der Therapieentscheidung. Das in den Medien immer wieder kolportierte Argument, es finde eine Übermedikation statt, kann ich einfach nicht so stehen lassen. Das möchte ich vor dem Deutschen Ärztetag sehr deutlich zurückweisen. Das ist einfach nicht richtig. Das wird der Realität draußen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht.

(Beifall)

Ich möchte darüber hinaus auf den Entschließungsantrag I-11 des Vorstands der Bundesärztekammer eingehen, den ich persönlich sehr begrüße. Es geht darum, die gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäusern nachhaltig zu sichern. Ich komme aus einem Flächenland. Wir haben in diesem Flächenland Riesenprobleme, kleine pädiatrische Abteilungen zu erhalten. Das, was in diesem Papier steht, ist absolut richtig. Ich möchte Sie bitten, den Antrag zu unterstützen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Voigt. – Als nächster Redner steht Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des BDI und Delegierter der Ärztekammer Hamburg, auf der Rednerliste.

Dr. Wesiack, Hamburg: Lieber Herr Präsident, lieber Monti! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Deine Rede war wirklich sehr gut, staatsmännisch, aber auch sehr deutlich in ganz wichtigen Punkten.

(Beifall)

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, dir dafür in unserem Namen zu danken.

(Beifall)

Damit komme ich zu der Rede des neuen Bundesgesundheitsministers. Sie war auch sehr gut, aber ganz anders. Ich empfand sie als sehr glatt, sehr professionell. „Nichtssagend“ wäre falsch, aber man musste schon sehr zwischen den Zeilen zuhören, was er meint und wohin er sich wahrscheinlich entwickeln müsste.

Ich fand positiv, dass er sich ausdrücklich zu unserer Arbeit nicht nur bekannt, sondern sie auch gelobt hat. Das war völlig neu. Ich habe das bislang von einem Gesundheitsminister oder von einer Gesundheitsministerin in dieser Art und Weise noch nicht gehört. Das macht Mut. Ich habe den Eindruck: Vielleicht ist diese Misstrauenskultur, die jahrzehntelang geherrscht hat, wirklich hoffentlich am Ende.

Was seine Aussagen zur Qualität, zum Qualitätsinstitut und zu unserer Beteiligung dort angeht, bin ich sehr skeptisch. Ich denke, da müssen wir nachfassen. Auch ich möchte auf die Qualität zu sprechen kommen. Qualität gibt es nicht zum Nulltarif, nicht einmal im Gesundheitswesen. Wenn man eine so hohe Qualität im Gesundheitswesen hat wie wir und man sie verbessern will, dann braucht man auch Geld. Ich kenne kein Produkt in dieser Welt, das qualitativ besser sein soll und dann auch wirkt, ohne dass es teurer wird.

Damit bin ich bei meinem letzten Punkt, nämlich den berühmten 20 Prozent, die die GKV in den letzten fünf Jahren zusätzlich erhalten hat. Der Bundesgesundheitsminister hat sich diesbezüglich auf die Schulter geklopft. Das sind 4 Prozent pro Jahr. Das sollte bei dem, was wir alles an zusätzlichen Dingen leisten, was uns aufoktroyiert wird und was wir für die Patientenversorgung tun, die Regel sein. Ich denke, an dieser Stelle müssen wir ihn in Zukunft messen.

Ich habe den Eindruck: Der Dialog ist eröffnet. Wir nehmen ihn an. Wir müssen zusehen, dass möglichst viel für die Ärzteschaft und für die Patientenversorgung herauskommt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Wolfgang Wesiack. – Als nächster Redner steht Dr. Werner Baumgärtner aus Baden-Württemberg auf der Rednerliste.

Dr. Baumgärtner, Baden-Württemberg: Vielen Dank. – Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ihr Beispiel mit dem ungedeckten Scheck hat mir gut gefallen. Ich denke, das war sehr passend. Mir hat sich die Frage gestellt, ob Sie jetzt ein Verfechter der Kostenerstattung im GKV-System geworden sind. Ich will das nur fragen.

Die zweite Frage ist, ob Sie auch für feste Preise im GKV-Bereich eintreten. Ich gehe davon aus, dass dies damit gemeint war.

Sie haben dann gesagt, dass der MDK in den Krankenhäusern prüft und dass dies skandalös – ich weiß den Ausdruck jetzt nicht mehr genau – sei. Wir haben in den niedergelassenen Praxen das Faktum, dass seit Neuestem die Regierungspräsidien unangemeldet in die Praxen kommen. Das ist derselbe Skandal. Ich hätte mir gewünscht, dass auch dies diskutiert wird.

(Beifall)

Ferner haben Sie die Tarifeinheit des MB angesprochen. Sie wissen, dass ich immer hinter der Meinung gestanden habe – auch zu der Zeit, als Sie noch MB-Vorsitzender waren –, dass es wichtig ist, dass der MB eine Ärztegewerkschaft ist. Ich hätte mir gewünscht, dass man an dieser Stelle auch ein paar Probleme aus dem niedergelassenen Bereich anführt. Eines unserer Hauptprobleme ist beispielsweise, dass wir die Facharzt- und die Hausarztpraxen nicht mehr nachbesetzen können. Wir haben keinen Nachwuchs mehr. Das hat ja seinen Grund.

Wir haben Probleme mit den Ärztenetzen. Die Ärztenetze und die Ärztegewerkschaften können sie nicht mehr finanzieren. Jetzt kommt noch ein Korruptionsparagraf. Auch das müsste man einmal als Thema behandeln. Das sind auch Unternehmen, die sich finanzieren müssen.

Es gibt eine ganze Menge von Fragen aus dem ambulanten Bereich: feste Preise bei der KBV, Selektivverträge, Hausarztverträge, Facharztverträge. Auch darüber möchte ich gern etwas hören.

Für mich ist die entscheidende Frage auch für die Zukunft: Bleibt der Arzt selbstständig und als Freiberufler erhalten? Der Minister hat ja gesagt: Der Arzt ist das Rückgrat in der Versorgung. Es wäre einmal eine Frage für die Bundesärztekammer: Gibt es für die Ärzte eine Zukunft nur als angestellte Ärzte oder auch als Selbstständige? Ich benutze nicht das Wort „Freiberufler“, denn Freiberufler sind wir alle.

Ich glaube, es ist wichtig, dass wir als Ärzte Arbeitgeber und Selbstständige bleiben, dass wir nicht nur Angestellte in MVZs oder sonst wo sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Baumgärtner. – Nächster Redner ist Kollege Jens Schweizer aus Niedersachsen.

Dr. Schweizer, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin dankbar, dass heute Morgen schon einmal die Wartefrist von vier Wochen angesprochen worden ist. Ich meine aber, dass einige Punkte bisher weder von der Politik noch von den Medien oder den Berufsverbänden berücksichtigt wurden. Ich habe bei einer selbst durchgeführten Umfrage bei vielen Praxen der verschiedensten Fachrichtungen in Niedersachsen herausgefunden, dass bis zu 20 Termine pro Woche von den Patienten in den Facharztpraxen nicht wahrgenommen werden.

(Vereinzelt Beifall)

Nehmen wir einmal an, es sind lediglich zehn Termine pro Woche. Wir haben in Niedersachsen 5.569 Facharztpraxen. Das sind 55.690 Termine in der Woche, 222.760 Termine im Monat und 668.280 Termine im Quartal nur in Niedersachsen. Wenn man den Anteil Niedersachsens mit 10 Prozent ansetzt, kommt man pro Quartal auf 6,5 Millionen nicht eingehaltener Termine in ganz Deutschland.

Da frage ich mich, wo hier das Problem der Politik und der Medien liegt. Ich sehe da kein Problem.

Man muss auch betonen, dass jeder einzelnen Praxis durch die Nichteinhaltung der Termine ein wirtschaftlicher Schaden entsteht.

Unter den genannten Umständen ist eine zentrale Terminvermittlungsstelle von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich ein zusätzliches Bürokratiemonstrum, das unnötig Geld verschleudert. Wie will ein medizinischer Laie in einem Callcenter beurteilen, ob es sich um einen echten Notfall handelt? Da ist die Medizinische Fachangestellte des jeweiligen Arztes oder der jeweiligen Praxis sicherlich um ein Vielfaches versierter, da sie fachspezifische Beschwerden besser einschätzen kann. Im Zweifelsfall kann sie auch viel schneller entsprechende Rücksprache mit dem Arzt halten und einen kurzfristigen Termin vergeben.

Die Einführung einer Eilüberweisung durch die Hausärzte halte ich ebenfalls nicht für zielführend. Hier werden lediglich weitere Arzt-Patient-Kontakte gefördert mit dem Resultat zusätzlicher Kosten und zusätzlicher Bürokratie. Was nützt einer Patientin der Gang zum Hausarzt, wenn sie beispielsweise Blutungsstörungen hat oder ein Fremdkörper im Auge sitzt?

Ich sehe gerade: Meine Zeit ist um.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nur die Redezeit! Ich bin Ihnen dankbar für Ihren Hinweis auf die verpassten Termine. Es gehört auch zu einer Termingarantievereinbarung, dass man im Gegenzug ein Sanktionsinstrumentarium für Patienten haben muss, die erstmalig oder notorisch solche Termine nicht wahrnehmen. Ich glaube, das sollte man mit in die Verhandlungen aufnehmen.

(Beifall)

Ich bin Ihnen für den Hinweis dankbar.

Herr Albring, Sie sind der nächste Redner.

Dr. Albring, Niedersachsen: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Vielen Dank für den Vortrag heute Morgen und auch für den Vorstandsantrag I-12 bezüglich der Begrenzung des Anstiegs der Haftpflichtversicherungsprämien. Ich möchte eine Erweiterung dazu vortragen. Es geht darum, die Haftpflichtprämien viel schneller abzusichern, als dies mittel- oder langfristig möglich ist. In Deutschland sind schon 75 Prozent der Kollegen aus einem bestimmten Versicherungspool von der belegärztlichen Geburtshilfe zurückgetreten. Insgesamt arbeiten in Deutschland 30 bis 35 Prozent der Kolleginnen und Kollegen, die belegärztliche Geburtshilfe durchgeführt haben, nicht mehr. Warum ist das so? Die Versicherungsprämien liegen bei mindestens 40.000 Euro plus 19 Prozent Versicherungssteuer. Der Vorschlag der Bundesärztekammer, die Versicherungsprämie zu kürzen, ist ein guter, aber nicht ausreichend.

Weil der Arzt nur ungefähr 200 Euro pro Geburt bekommt, muss er ungefähr 240 Geburten haben, um allein die Versicherungsprämie zu stemmen. Das geht nicht. Sie können sich vorstellen, dass die Kollegen das nicht mehr schaffen. Der Durchschnitt bei den belegärztlichen Geburtshelfern liegt bei 100/110 Geburten pro Jahr.

Hier müssen wir schnell agieren. Das bedeutet: Die Krankenkassen müssen wie bei den Hebammen verpflichtet werden, zusätzlich zu dem, was sie pro Geburt bezahlen, kurzfristig einen Zuschlag zur Versicherungsprämie zu zahlen, damit die Politik die Möglichkeit hat, lang- und mittelfristige Lösungen zu finden.

Dazu gehört auch eine Beschränkung der Regressforderungen. Das hat der Präsident heute Morgen bereits angeführt. Die Krankenkassen sind mit die Haupttreiber beim Anstieg der Versicherungsprämie, weil sie bis zu zehn Jahren zurückgehend Geburten daraufhin überprüfen, ob nicht irgendwer in der Klinik oder in der Praxis einen Fehler gemacht hat, an den man sich halten kann. Dann werden die Versicherungsprämien steigen. Sie steigen ja nicht nur, wenn ein Schaden vorhanden ist, sondern schon dann, wenn der Verdacht eines Schadens existiert, denn die Versicherung muss Gelder für den Fall aller Fälle zurücklegen. Dadurch geht die Versicherungsprämie automatisch hoch.

Insofern ist es wichtig für uns alle, dass dieser Antrag mit großer Mehrheit angenommen wird. Er betrifft nicht nur die Krankenhäuser und die Ärzte, sondern auch die Krankenschwestern, die Kinderkrankenschwestern und die Hebammen. Das ganze System der Geburtshilfe in Deutschland wird infrage gestellt, vor allem in der Fläche, in den kleinen Dörfern und Gemeinden, denn dort wird es das in Zukunft nicht mehr geben.

Was passiert am Ende? Dann müssen die Frauen mit dem Taxi in die weit entfernt liegende Klinik fahren und bekommen ihr Kind möglicherweise im Auto. Sie wissen, was das bedeuten kann. Eine Hypoxie ist ein Schaden fürs ganze Leben.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Albring. – Der nächste Redner ist Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, als geladener Gast des Präsidenten.

Dr. Gassen, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Professor Montgomery! Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren Delegierte des Deutschen Ärztetages! Liebe Gäste! Zunächst vielen Dank für die Möglichkeit, ein paar Worte an Sie zu richten. Vor zwei Tagen hat Europa gewählt. Das Verhältnis der meisten Bürger zur EU ist ein bisschen gespalten. Die EU ist für viele vor allem Assoziationsbild für Vorschriften, Regelwut, Fremdbestimmung. Auf der anderen Seite steht die europäische Idee für Freiheit.

Das Verhältnis der Bürgerinnen und Bürger zu Europa ist also ein bisschen wie das der Ärztinnen und Ärzte zur Selbstverwaltung. Das gilt ganz besonders für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie werden oft eher als gängelnde Institution denn als Unterstützung empfunden. Aber auch unsere Aufgabe ist es, ärztliche Freiheit zu verteidigen, und zwar im Sinne der Rechte des freien Berufs, der Therapiefreiheit, der Freiheit, nach ethischen Grundsätzen zu handeln statt nach profitorientierten usw.

Die EU möchte 2014 neben anderen Bereichen auch Gesundheitsdienstleistungen stärker normieren. Bisher gibt es da nur ästhetisch-chirurgische und nicht chirurgische Leistungen. Aber das ist wohl erst der Anfang. Bald haben wir nicht nur genormte Salatgurken, sondern auch genormte Nasen, genormte Ärzte. Sollen ärztliche Leistungen ernsthaft normiert werden wie Industriegüter?

Normierung bedeutet Vereinheitlichung. Was wir in vielen Städten schon beobachten können, nämlich dass man auf den Einkaufsstraßen nur noch die immer gleichen Ladenketten findet, droht auch unserem Gesundheitswesen. Statt kleiner, aus eigenverantwortlichem Unternehmertum gewachsenen Praxen, in denen Patienten noch individuell und nicht nach Schema F behandelt werden, kommen jetzt die Gesundheitskonzerne. Wo es keine Praxen mehr gibt, sollen es halt Krankenhäuser und MVZs richten. Diese Meinung vertritt leider nicht nur der Spitzenverband der Krankenkassen.

Sicher, die jüngere Generation möchte zum Teil unter anderen Bedingungen arbeiten. Der Trend zur Teilzeit ist ungebrochen. Das ist verständlich. Darauf müssen wir auch reagieren.

Aber die Einzelpraxis ist noch lange kein Auslaufmodell, gerade wenn ich an die Versorgung in der Fläche denke.

(Beifall)

Gerade in strukturschwachen Regionen werden wir ohne Einzelpraxen nicht klar-kommen. Es muss möglich sein, eine Praxis auch ohne Privatpatienten und IGeLn zu betreiben.

Was nutzt uns ein MVZ auf dem Lande, abgesehen davon, dass man wahrscheinlich nicht genug Ärzte bekäme, um es zu betreiben, wenn dieses nur noch von 9 bis 17 Uhr geöffnet hat? Wenn Oma Schmitz abends die Tabletten verwechselt hat und den Hausarzt anrufen möchte, den sie seit 20 Jahren kennt, dann gibt es den plötzlich nicht mehr. Die vertraute Praxis um die Ecke ist nicht so einfach zu ersetzen.

Das würde auch der demografischen Entwicklung und dem steigenden Behandlungsbedarf nicht gerecht. Ein angestellter Arzt mit 36,5 Stunden pro Woche kann einen Niedergelassenen mit einer 53-Stunden-Woche gar nicht ersetzen. Das ist eine ganz einfache Rechnung.

Das Credo der Krankenkassen und leider auch der Politik ist mitunter ein anderes. Aber wenn die Praxen erst einmal ausgeblutet oder einfach nicht mehr rentabel sind, dann verschiebt man das „Patientengut“ einfach an die großen Häuser. Dort finden sich sicherlich noch ein paar Assistenzärzte, die sich ausbeuten lassen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir wollen keine Ver-Aldisierung im Gesundheitswesen. Nur wenn der Wert ärztlicher Arbeit anerkannt wird – das meine ich nicht nur in monetärer Hinsicht –, ist auch dem Patienten geholfen. Selbstausbeutung ist aber auch kein Geschäftsmodell. Das gilt für alle Ärztinnen und Ärzte, ganz gleich wo sie tätig sind.

Die Gesellschaft muss meines Erachtens langsam entscheiden, was es ihr wert ist, jetzt, aber auch in 10 oder 20 Jahren eine sehr gute Versorgung mit hoch qualifizierten und motivierten Ärzten zu haben. Niemand möchte gern von einem Arzt behandelt werden, der Dienst nach Vorschrift macht oder im schlimmsten Fall nach Kassenlage.

Die Wertschätzung beginnt schon mit der Aus- und Weiterbildung, die künftige Ärzte erhalten. Gestatten Sie mir hierzu eine wichtige Anmerkung. Es geht uns als Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht darum, den Ärztekammern in die Weiterbildung hineinzureden. Diese Regelung ist die ureigenste Aufgabe der Kammern. Das ist völlig unstrittig.

(Beifall)

Wir möchten uns hier unterstützend anbieten, wenn es darum geht, im Rahmen einer Überarbeitung vielleicht ambulante Inhalte zu definieren.

Wir sind auch für die Finanzierung in der Verantwortung; das ist völlig klar. Damit kennen wir uns auch aus. Das werden wir gern übernehmen. Wir möchten, dass die angehenden Kolleginnen und Kollegen so weitergebildet werden, dass sie am Ende eine bewusste und fundierte Entscheidung treffen können, ob sie stationär oder ambulant oder in einer Zwischenform – da wird es in Zukunft noch einige Optionen geben – arbeiten wollen. Wir wollen nicht die Weiterbildung übernehmen, sondern der Kammer hier nur kollegial zur Seite stehen, ein gemeinsames zukunfts-sicheres Konzept zu erarbeiten.

Richtig ist: Wir wollen und sollten dem Nachwuchs nicht zu viele Vorschriften machen. Viel besser ist es, Angebote zu unterbreiten und verschiedene Wege aufzuzeigen. Diese Wege müssen aber auch gangbar sein.

Das bringt mich zum Thema Finanzierung. Das hat Professor Montgomery heute Morgen bereits angerissen. Wir sitzen letztlich alle im selben Boot. Weder im ambulanten noch im stationären Bereich sind wirklich Gelder für die Sicherstellung einer zeitgemäßen Weiterbildung vorgesehen. Das läuft alles so nebenher mit.

(Beifall)

Die Aufwände, die mit der Weiterbildung angehender Ärztinnen und Ärzte einhergehen, finden keine adäquate Berücksichtigung in den aktuellen Vergütungssystemen, sei es für den stationären, sei es für den ambulanten Bereich. Ich denke, wir sind uns alle einig: Diese notwendigen Mittel müssen fließen.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Deshalb muss die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung auf eine breitere Basis gestellt werden. Zusätzlich zu den für die unmittelbare Patientenversorgung vorgesehenen Mitteln müssen weitere Mittel zur Verfügung gestellt werden. Die Verteilung dieser Gelder steht dann in der gemeinsamen Verantwortung der ärztlichen Organisationen. Da sitzen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung tatsächlich in einem Boot und werden das gemeinschaftlich angehen. Wie man das im Detail ausarbeitet, wird man sehen. Möglich wäre eine Stiftung oder eine vergleichbare Einrichtung. Das wird sich dann finden.

Aber eine solche Finanzierung ist auch wichtig, um die inhaltliche Freiheit der Weiterbildung zu sichern. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sollen sich auf das konzentrieren, was sie lernen sollen. Sie sollen nicht danach streben müssen, beispielsweise in der Praxis möglichst viele KV-Leistungen zu erbringen, damit das Geld herinkommt.

Unabhängig davon, ob es eine stationäre oder eine ambulante Weiterbildung gibt – die Vergütung muss dieselbe sein.

(Beifall)

Nur ein Arzt, der es sich erlauben kann, sich auf das Tun zu konzentrieren, ohne den Wirtschaftlichkeitsrechenschieber im Kopf zu haben, wird dem wachsenden Bedürfnis unserer Gesellschaft nach ärztlicher Kunst gerecht.

Warum brauchen wir so viele Ärzte und Psychotherapeuten? Nicht nur aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts, sondern auch, weil es zunehmend mehr Menschen gibt, die sonst kaum noch jemanden haben, mit dem sie einmal reden können, der ihnen zuhört. Zuwendung hilft manchmal mehr als ein Rezept.

(Beifall)

In Arztbewertungsportalen wird selten moniert, dass ein Arzt fachlich schlecht gearbeitet habe, sondern es wird meistens kritisiert, dass er im Stress gewesen sei, zu wenig Zeit gehabt habe oder nicht richtig zugehört habe.

Es wird dem ärztlichen Auftrag und dem Anspruch, den Ärzte an sich selbst haben, nicht gerecht, immer nur in Kästchen zu denken, die sich bemessen und mit einer Gebührenordnungsziffer hinterlegen lassen. Wir sollten uns nicht in diese Schemata pressen lassen.

Hier auch einmal Widerstand zu leisten und mehr das große Ganze im Blick zu haben, was ein Arzt eigentlich tun sollte, was ein Arztsein bedeutet, das wünsche ich mir auch von der gemeinsamen Selbstverwaltung mehr. Da müssen wir uns auch an die eigene Nase fassen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe vorhin gesagt: Wir wollen keine Normierung, keine Ver-Aldisierung der Medizin. Denn was macht die Stärke des deutschen Gesundheitswesens aus? Es ist seine Vielfalt. Das beinhaltet auch die Zusammenarbeit aller medizinischen und nicht medizinischen Professionen, allerdings nicht im Sinne der Substitution ärztlicher Leistungen.

(Beifall)

Hier gilt es, Fehlentwicklungen rechtzeitig vorzubeugen. Es darf keinen Arzt light geben.

(Beifall)

Ärztliche Leistungen in der Hand von Nichtärzten stellen keine Verbesserung der Versorgung dar, sondern den versorgungstechnischen Offenbarungseid.

(Beifall)

Wir können nicht ernsthaft akzeptieren, dass bei Teilen der Patientenschaft ärztliche Leistungen von Nichtärzten erbracht werden. Die aktuelle Problematik bei den Hebammen zeigt, welche Gefahren eine solche Entwicklung in sich bergen kann. Die Medizin wird komplexer, die Wahl der richtigen Therapie wird immer anspruchsvoller. Den Ärzten die Entscheidungskompetenz, welche Behandlung die richtige ist, aus der Hand zu nehmen ist nur grob fahrlässig.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, was macht die Arztqualität aus? Nicht die Normierung nach EU-Kriterien. Gerade in der Medizin gibt es nicht die prüfbaren fachlichen Qualitäten allein, die einen guten Arzt ausmachen. Es sind auch und gerade diejenigen, die schwierig oder nicht zu messen sind – Professor Montgomery hat es vorhin schon ausgeführt –: Empathie, Geduld, Fantasie. Wir behandeln keine Werkstücke, sondern Menschen. Von der Spitzenmedizin an Kliniken der Maximalversorgung bis zur kleinen Praxis in der Uckermark – beides ist wichtig, beides wird gebraucht. Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass beides eine Zukunft hat.

Ich wünsche Ihnen noch einen erfolgreichen Ärztetag. Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich sehe hier ein entspanntes Präsidium. Ich glaube, ein so wenig konfliktives Auftreten auf einer Auftaktveranstaltung hat es bisher noch nie gegeben. Die Tatsache, dass ein Minister gleich zu Beginn seiner Rede von der Wertschätzung für Ärzte spricht, hat mich fast gerührt. Er hat uns letztendlich nichts präsentiert, auf dem wir herumkauen müssten. Wir können uns in Details verlieren, wir können uns in so gigantische Wichtigkeiten wie die Wartezeitendiskussion verlieren. Ich glaube nicht, dass diese Diskussion ganz ungefährlich ist. Sie ist gefährlich für uns, weil wir noch nicht sicher sind: Ist das überhaupt ein Problem? Wir können sagen: Wir lösen das Problem, wenn wir genügend Ärzte haben und wenn die Budgets aufgehoben sind. Ich glaube, da müssen wir aufpassen, dass wir nicht in eine Falle laufen.

Den Ärztemangel werden wir, wenn wir ihn überhaupt beheben können, vielleicht in zehn Jahren beheben können. Die Budgets werden nicht aufgehoben. Darüber sollten wir uns im Klaren sein. Also hätten wir dieses Problem als unlösbar definiert, indem wir Lösungen präsentieren, die es nicht gibt. Es gibt aber Lösungen. Wir sollten dieses Problem im System offensiv lösen. Wir können es allein schon über die Gebührenordnung lösen. Wir haben eine Gebührenordnung, die das Drannehmen von Patienten eigentlich eher erschwert oder letztendlich unwirtschaftlich macht. Wir haben die Praxisgebühr von 10 Euro abgeschafft, was zu Patientenwanderungen geführt hat. Wir könnten das Problem mit Verträgen nach § 73 b lösen. Wir hätten viele Möglichkeiten, die Probleme innerhalb des Systems zu lösen, ohne diese völlig sinnlosen Koordinierungsstellen bei der KV einzurichten.

Ich bitte darum, das Thema ernst zu nehmen. Ich weiß nicht, was eine dringliche Überweisung bedeutet. Wenn nur ein weiteres Kästchen „dringlich“ anzukreuzen ist, reicht das nicht. Wir brauchen eine qualitative Überweisung. Wir brauchen mehr Informationen in der innerärztlichen Kommunikation. Wenn diese Informationen vorliegen, können wir zeitnah tätig werden.

Das gilt auch für das Krankenhaus. Wir müssen die Kommunikationsstrukturen verbessern.

In diesem Zusammenhang ist es auch ganz wichtig, dass unsere Mitarbeiter qualifiziert werden, nicht nur zu erkennen, wie Termine zu managen sind, sondern um im drohenden Wettbewerb mit den außerärztlichen Fachberufen – beispielsweise in der Substitution – bestehen zu können.

Deshalb bitte ich, meinen Antrag zu unterstützen, dass die Bundesärztekammer es selbst in die Hand nimmt, die Ausbildung unserer Medizinischen Fachangestellten auf der Basis von Delegationsverfahren in den Praxen zu einer Höherqualifikation, vielleicht sogar bis zum Bachelor fortzuführen, damit wir das selbst in der Hand haben. Da gibt es bereits vieles. Man sollte es einmal zusammenfassen und in ein Gesamtkonzept gießen. Das ist mein Wunsch.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Hellmann. – Nächster Redner ist Christoph von Ascheraden aus dem Vorstand der Bundesärztekammer.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst mein Kompliment für die Eröffnungsveranstaltung. Ich denke, das Format war wirklich gelungen. Die Vorstellung der diesjährigen Träger der Paracelsus-Medaille hätte vielleicht um drei Sekunden pro Person verkürzt werden können, dann hätten wir die Zeit vielleicht eingehalten. Es war ein guter Versuch; ich fand es gelungen.

Ich bedauere es, Herr Präsident, dass die hausärztliche Versorgung in Ihrer Rede, die Sie beinahe chronologisch oder alphabetisch aufgebaut hatten, keine Erwähnung fand. Ich glaube, dass diese ganz wichtige Baustelle und das Problem, das wir haben, in dieser Rede einen guten Platz gehabt hätten.

Besonders bedanken möchte ich mich für die Rede von Rudolf Henke. Ich denke, er hat uns im Namen der gastgebenden Kammer sehr gut willkommen geheißen und auch inhaltliche Akzente gesetzt.

Ich möchte zwei Punkte im Rahmen dieses Tagesordnungspunkts herausgreifen. Der erste betrifft die Normungsverfahren der EU. Das klingt für viele wie eine technische Finesse, bezieht sich vielleicht auf Apparate oder auf Geräte. Aber dahinter steckt eine ganz große Bombe. Die Normungsbestrebungen der EU könnten dahin ausufern, dass die nationale Entwicklung des Gesundheits- und Sozialsystems, die eben nicht harmonisiert werden soll, über diesen eher technisch daherkommenden Begriff ausgehebelt wird. Ich bitte Sie, den Antrag des Vorstands mit aller Aufmerksamkeit zu lesen. Hier müssen wir uns zur Wehr setzen. Von vielen Wählern wurde bei der Europawahl bemängelt, dass sich die EU in Dinge einmischt, in denen sie nichts zu suchen hat, und wiederum andere Dinge, die sie zu lösen hätte, nicht richtig löst.

Mein zweiter Punkt betrifft die GOÄ. Der Minister hat heute zwei interessante Aussagen gemacht, auf die wir, wie ich glaube, zurückgreifen sollten. Er hat zum einen gesagt: Wenn es in der vorangegangenen Wahlperiode bei den Zahnärzten ganz gut geklappt hat, dann sollte es in dieser Wahlperiode auch gelingen, die GOÄ über die Bühne zu bringen. Diese Kette, an der der Minister hängt, sollten wir nicht mehr loslassen. Die Geschichte mit der GOÄ ist eine unendliche und eine unerhörte Geschichte, dass der Gesetzgeber, der eigentlich verpflichtet ist, als Verordnungsgeber aktiv zu werden, immer uns die Verantwortung zuschiebt.

(Beifall)

Diese Kette sollten wir festschnallen.

Zum anderen hat der Minister von der Weiterentwicklung der GOÄ gesprochen. Wir werden sehen, was das heißt. Auch hier sollten wir ihn beim Wort nehmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Christoph. – Wieland Dietrich von der Kammer Nordrhein ist der nächste Redner.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich dem ersten Redner anschließen, der die Wartezeitendebatten und die Problematik der Vier-Wochen-Frist angesprochen hat. Ich danke Ihnen, Herr Montgomery, dass Sie das heute Vormittag in Ihrem Referat abgelehnt haben.

Eine Terminpflicht ist mit ärztlicher Freiberuflichkeit nicht vereinbar, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich denke, wir sind in den letzten Jahren in mehrerer Hinsicht, was die Niederlassungsfreiheit und die Ausübung unseres Berufs betrifft, ohnehin immer weiter eingeschränkt worden. Ich finde, es ist einfach unanständig und unseriös von der Politik, auf der einen Seite Budgetierungen und Restriktionen vorzusehen und auf der anderen Seite die KVen als Knüppel benutzen zu wollen, um uns zur Erhöhung unserer Terminfrequenz zu zwingen. Das bedeutet, dass die KVen instrumentalisiert werden. Der Rest an Selbstverwaltung, den wir in den KVen noch haben, wird zulasten der Vertragsärzte zur Staatsmedizin umfunktioniert. Das müssen wir ablehnen.

Wir haben einen entsprechenden Antrag vorbereitet, der von zahlreichen Unterstützern unterschrieben wurde. Er lehnt diese gesetzliche Regelung ab.

Die Regelung würde im Übrigen dazu führen, dass eine unkoordinierte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen die Behandlungsmöglichkeiten wirklich kranker Patienten weiter einschränkt, denn es wird ärztlicherseits gar nicht kontrolliert, ob eine dringliche Behandlungsnotwendigkeit besteht.

Zusätzlich würden solche Maßnahmen zusätzliche Finanzmittel erfordern. Diese würden dem System entzogen. Es entstünde zusätzliche Bürokratie. In diesem geschlossenen System blieben am Ende weniger Ressourcen für die kranken Patienten übrig als ohne eine solche Regelung. Insofern ist das völlig unsinnig.

Ich betrachte in diesem Kontext allerdings auch mit Sorge, dass es bei den KVen Initiativen gibt – konkret in Sachsen –, in ähnlicher Art und Weise, wie das von der Politik im Kontext mit der Terminvereinbarung andiskutiert wird, tatsächlich Vertragsärzte zwingen zu wollen, ständig telefonisch erreichbar zu sein. Ich denke, die Ärzte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit den Patienten reichlich beschäftigt. Zu verlangen, dass eine ständige telefonische Erreichbarkeit gegeben sein muss, ist realitätsfremd. Darum wird sich jeder Freiberufler in seiner Praxis bemühen.

Andererseits kann man nicht dem System Mittel entziehen und gleichzeitig solche Forderungen stellen. Ich möchte darauf hinweisen, dass auch der Bundesmantelvertrag Ärzte überhaupt keine Grundlage dafür bietet, einen solchen Anspruch zu erheben.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. – Aus Nordrhein spricht Angelika Haus zu uns.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Thema Wartezeiten knubbelt sich jetzt ein bisschen. Aber ich habe mich nun einmal dazu ge-

meldet. Wir haben einen Antrag gestellt. Es geht im Wesentlichen um die Einführung der dringlichen Überweisung bzw. der Expressüberweisung. Ich spreche mich nachdrücklich dagegen aus. Ich denke, wir sollten nicht anfangen, den Hausarztpraxen zuzumuten, ihre Patienten zu unterteilen in dringliche, weniger dringliche und gar nicht dringliche Fälle. Das wird jemand, der Hilfe sucht, sehr schwer verstehen. Das führt zu, wie ich finde, unwürdigen Diskussionen. Wir sollten uns hier lieber auf unsere Kenntnisse und unser Wissen verlassen. Ich finde, wir sollten das im kollegialen Gespräch mit einem Facharztkollegen regeln. Ich bin Fachärztin. Mich rufen Hausärzte an und sagen: Ich habe einen dringenden Fall. Das ist überhaupt kein Thema.

Was der Kollege aus Niedersachsen gesagt hat, ist absolut richtig: Jeder zweite oder dritte Termin wird von den Patienten nicht wahrgenommen. Der Kontakt zwischen Patient und Ärzten ist in Deutschland so stark wie nirgendwo. Wir können darauf vielleicht stolz sein, aber wir sollten uns daran nicht auch noch festnageln lassen und unsere Freiberuflichkeit einschränken lassen. Die Budgetierung wird völlig weggelassen. Wir sollen unsere Praxen nicht ungebührlich ausdehnen. Wenn wir es nicht tun, werden wir quasi bestraft.

Ich finde, es ist im Grunde genommen eine Unverschämtheit, wie mit uns Freiberuflern hier umgegangen wird.

(Vereinzelt Beifall)

Ich denke schon, dass wir Lösungen finden können, wie wir uns miteinander verabreden können, sodass keine allzu langen Wartetermine zustande kommen. In wirklich dringenden Fällen geschieht das sowieso nicht. Ich glaube, wir müssen uns diesen Schuh nicht anziehen. Ich glaube, die Versorgung in Deutschland ist so gut wie fast nirgendwo auf der Welt. Deswegen möchte ich auf diesen Zug nicht aufspringen.

Ich bitte Herrn Montgomery, in den Verhandlungen wirklich darauf zu achten. Einige Kollegen machen es schon so, dass sie sich bei der Vergabe des Termins vom Patienten so viel sagen lassen, dass sie ihn hinterher mit einer Gebühr belasten können. Ich finde das letztlich, wenn uns das so aufgezwungen wird, legitim. Man muss sich überlegen, ob man das haben möchte. Eigentlich möchte ich den Arzt-Patient-Kontakt mit so etwas nicht belasten. Aber eine Verabredung in der Gesellschaft zwischen Ärzten und Patienten und Politikern muss bestehen, die einigermaßen human und würdig ist, die nicht von Gängelung gekennzeichnet ist.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Haus. – Kollege Peter Hoffmann aus Bayern ist der nächste Redner.

Dr. Hoffmann, Bayern: Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank für die klaren Worte zur Krankenhausfinanzierung. Vielen Dank auch für den Abschnitt im Entschließungsantrag des Vorstands. Ich glaube, es ist nicht übertrieben, dieses Thema so hochzuhängen. Wer im Krankenhaus arbeitet, weiß, dass eine Fortsetzung des Wettkampfs um die Kostensenkung die Qualität mehr als nur infrage stellen wird. Schon jetzt werden bei uns in den Krankenhäusern

Leute entlassen, die für eine adäquate Versorgung unserer Patienten dringend erforderlich sind, beispielsweise Therapeuten.

Die zweite wesentliche Folge neben dem Kostensenkungswettbewerb, der auf die Qualität der Versorgung keine Rücksicht nimmt, ist meines Erachtens der ökonomische Anreiz, die Flucht nach vorn anzutreten und Leistungen aus ökonomischen Gründen zu erbringen, die medizinisch nicht einer harten Indikationsstellung unterliegen.

Diese beiden Gründe lassen es meines Erachtens äußerst dringlich erscheinen – das wird von der Politik ja auch so angekündigt –, die Krankenhausfinanzierung grundlegend zu reformieren. Deshalb haben wir uns erlaubt, in Ergänzung zum Vorstandsantrag einen etwas weiter gehenden Antrag zu formulieren. Ich denke, die Forderung nach Investitionen brauchen wir nicht zu diskutieren. Da sind wir uns alle vollkommen einig.

Ich meine, wir brauchen eine verbesserte staatliche Planung, um die Investitionen gezielt einzusetzen. Es ist meiner Meinung nach abzulehnen, dass mit der Gießkanne herumgegangen wird und einfach diejenigen Krankenhäuser, die im Wettbewerb erfolgreich sind und einen hohen Case Mix erwirtschaften, mit pauschalen Investitionszuschlägen zu belohnen, wie das meines Wissens in Nordrhein-Westfalen der Fall ist und in Hessen geplant wird. Das führt zu einer Marktordnung, berücksichtigt aber zu wenig die eigentliche Zielsetzung, nämlich eine flächendeckende adäquate Versorgung der Patienten zu schaffen. Das bedarf staatlicher Planung.

Die DRGs dürfen nicht 100 Prozent der Finanzierung tragen. Das finde ich vollkommen richtig. Meines Erachtens sollte man sich zwei Dinge überlegen. Mindestens sollte eine zweite Finanzierungssäule für die laufenden Kosten der Krankenhäuser etabliert werden, bei der Budgets zur Anwendung kommen, die genau zu den Unterpunkten behandelt werden, die auch im Vorstandsantrag benannt sind. Man kann beispielsweise Vorhaltekosten irgendwo auf dem Land unterbringen, wo eine gute Auslastung wirtschaftlich einfach nicht erreichbar ist. Wenn man diesen Gedanken zu Ende denkt, kommt man eigentlich zur Abschaffung der DRGs als durchgängiges Preissystem. Man müsste auch die DRG-Leistungen budgetieren.

Der Vorteil dabei wäre: Nicht jeder zusätzliche Eingriff würde automatisch zu mehr Geld führen. Man könnte meines Erachtens damit den Anreiz, in die Menge zu gehen, zurückdrängen. Das DRG-System sollte als Pool genutzt werden, um im Anschluss leistungsbezogene Budgets zu verhandeln.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke sehr, Herr Hoffmann. – Nächster ist Professor Uwe Köhler aus Sachsen.

Prof. Dr. Köhler, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu einem Antrag aus Sachsen zur Finanzierung der Weiterbildung im stationären Bereich, nicht im Krankenhaus. Wir haben heute Morgen eine ganze Menge über

Qualität in der Medizin gehört. Ich denke, es ist unstrittig, dass die Weiterbildung in erster Linie die Qualität der medizinischen Versorgung in Zukunft sichert. Es gibt einen Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zur Refinanzierung der Weiterbildung im ambulanten Bereich, der fraglos zu unterstützen ist. Herr Gassen hat es eben noch einmal erläutert.

Wir müssen aber auch über die Finanzierung im stationären Bereich diskutieren. Es ist aus unserer Sicht eine Märr, dass alle Aufwendungen über die DRGs abgedeckt sind. Wir haben in den letzten Jahren mit Einführung der DRGs eine bisher nicht gekannte Arbeitsverdichtung, Fallzahlsteigerung und letztendlich auch Personalreduzierung in unseren Einrichtungen erlebt. Das wirkt sich aus. Sie dürfen mir glauben, dass ich weiß, wovon ich spreche. Ich bin seit 18 Jahren Chefarzt in einer relativ großen Klinik.

Die Entwicklung wirkt sich einschneidend auf die Qualität, auf die Rahmenbedingungen der Weiterbildung vor Ort aus.

Der Schwarze Peter wird häufig den Befugten zugeschoben, zum Teil berechtigt, zum Teil unberechtigt. Ich denke, die Entwicklung liegt in erster Linie an den finanziellen Rahmenbedingungen vor Ort. Es besteht also kaum die Chance, aus dem System heraus die Rahmenbedingungen zu verbessern.

Wir müssen also über Konsequenzen nachdenken. Wenn die Diskussion über eine zukünftige Krankenhausfinanzierung jetzt beginnt, gehört nach unserer Überzeugung die Refinanzierung der Weiterbildung auch im stationären Bereich auf die Agenda. Denkbar sind hier Systemzuschläge für Qualitätssicherungsmaßnahmen, zum Teil für Investitionen, die es ja gibt. Warum sollen wir das von den Kostenträgern für die originäre Aufgabe der Weiterbildung in den stationären Bereichen nicht fordern? Das Ganze müsste aufwands- und personenbezogen definiert, formuliert und umgesetzt werden.

Ich denke, wenn uns das in Zukunft nicht gelingt, können wir noch so viele Umfragen durchführen. Denken Sie an die letzten Publikationen zur Befragung des Marburger Bunds, die die Defizite ganz klar benennt. Es liegt nicht nur am Engagement der Oberärzte und der Chefarzte vor Ort, sondern es liegt vor allem an deren Möglichkeiten, an den Rahmenbedingungen. Bisher wird die Weiterbildung in den stationären Bereichen nicht definiert und refinanziert. Das ist eine Aufgabe für die Zukunft, auch in der aktuellen Diskussion über zukünftige Finanzierungskonzepte im Krankenhaus.

Ich bitte Sie deshalb, diesen Vorschlag aus Sachsen zu unterstützen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Köhler. – Nächster Redner ist Dr. Klaus Reinhardt aus Westfalen-Lippe, Vorsitzender des Hartmannbunds.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Lieber Präsident, lieber Monti! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Deine Rede heute Morgen, Monti, war auch aus meiner Sicht gut. Du hast viele Punkte angesprochen, zu denen man noch etwas sagen könnte. Ich werde mich im Moment auf einige wenige Punkte beschränken.

Du hast beim Thema Wartezeitendebatte den Unterschied zwischen den Wartezeiten bei privat Versicherten und gesetzlich Versicherten richtigerweise mit dem besseren Leistungsversprechen der privaten Krankenversicherung erklärt. Du hast der gesetzlichen Krankenversicherung Ähnliches anempfohlen. Auch mir kam es ähnlich wie Werner Baumgärtner fast ein bisschen so vor, als hättest du dich an dieser Stelle für die Kostenerstattung starkmachen wollen. Wir hatten ja einmal eine Nacht lang aufgrund eines entsprechenden Antrags des Hartmannbunds auf einem Deutschen Ärztetag die Kostenerstattung, haben uns dann aber in einer zweiten Lesung eines Besseren besonnen. Wenn du mir ein Signal gibst, dass ich wieder einen solchen Antrag stellen soll, tue ich dies bei passender Gelegenheit.

Bitte keine Eilüberweisung von Hausärzten zu Fachärzten. Es ist ein Horror, in der Hausarztpraxis zu sitzen – dort bin ich noch regelmäßig tätig – und mit dem Patienten darüber zu diskutieren, ob er eine eilige Überweisung benötigt oder nicht. Erspart uns das bitte. Das muss anders gelöst werden, schlanker gelöst werden. Ich glaube, es reicht, wenn man es plakativ politisch, sozusagen symbolhaft löst. Dann hat Herr Gröhe Ruhe und kann gegenüber dem Koalitionspartner sagen: Da ist etwas geschehen.

Zum Thema der ambulanten Weiterbildung hast du gesagt, die Bundesärztekammer habe ungefähr alles getan, die Landesärztekammern brauchten nur zuzustimmen, dann sei alles klar. Das sehe ich deutlich anders. Ich glaube, wir müssen an dieser Stelle ein bisschen ehrlich werden. Zur Finanzierung hat Herr Gassen gute Vorschläge gemacht, wie ich finde. Da ist noch einiges zu tun. Da sollte sich die Bundesärztekammer von Anfang an sozusagen mitgestaltend einbinden. Dann brauchen wir dort keine Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer solchen Stiftung oder ähnliche Partner. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung reichten aus.

Ich glaube, wir müssen auch ein bisschen ehrlich sein, was die didaktischen Strukturen in den Kliniken und den Praxen angeht. Wir wollen sicher nicht den Arzt in Weiterbildung. Wir müssen irgendwann bezüglich Facharztstatus, Facharztstandard usw. ehrlich werden. Wir müssen sagen: Es sind Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg dazu, Facharzt – welcher Richtung auch immer – zu werden. Sie brauchen Didaktik und Unterstützung.

Ich glaube, solange wir einen Arztmangel haben, brauchen wir relativ wenig Angst zu haben, dass uns der Arzt in Weiterbildung tarifrechtlich aufoktroyiert wird.

Eine letzte Bemerkung zu Herrn Gröhe. Herr Gröhe ist ein sehr anständiger Mann. Er ist so etwas wie eine ehrliche Haut. Er ist ein Politiker, auf den man sich sicherlich verlassen kann, der nichts sagt, was er nicht auch so meint. Ich fand seine Rede sehr glatt, politisch korrekt. Wie viel Karat er wirklich hat, muss sich zeigen. In der Debatte um die Erhöhung der Versicherungsprämien für Hebammen habe ich viele Äußerungen von ihm im Radio und im Fernsehen gehört, bei denen er die ganz wichtige Rolle der freiberuflich tätigen und wirtschaftlich selbstständigen Hebammen lobte. Das ist alles in Ordnung. Wenn er damit die Hausgeburt inkludiert hat, fehlt ihm der Mut zu sagen, dass im Jahr 2014 unter wissenschaftlichen Kriterien die Hausgeburt ein Anachronismus ist. Man muss den Mut haben, dies zu äußern.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus. – Nächster Redner ist Herr Professor Dr. Dr. Wulf Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Heute Morgen ist sehr oft der Begriff Qualität gefallen. Wir haben gehört, dass im Koalitionsvertrag der Begriff „Qualität in der Medizin“ auftaucht. Der erste Abschnitt des Grundsatzantrags der Bundesärztekammer ist überschrieben mit „Qualität produzieren, nicht verwalten“. Dann geht es gleich darum, wie wir an dem neuen Institut für Qualität beteiligt werden.

Ich möchte diesen Begriff der Qualität in der Medizin ein bisschen hinterfragen. Wir haben deswegen einen Ergänzungsantrag eingebracht, der versucht, in wenigen Zeilen den Begriff zu problematisieren. Was ist eigentlich Qualität in der Medizin? Wir haben die Indikationsqualität. Das ist etwas, was sehr, sehr schwierig zu überprüfen ist. Wir haben Struktur- und Prozessqualitäten. Das sind Qualitäten, die heute in den Indizierungsverfahren verwendet werden. Da geht es um Fragen: Wie viele Hand-spender sind da? Wie oft waschen sich die Ärzte die Hände? Wie oft werden die Kittel getauscht? Das sind Qualitätskriterien, die wir erfassen können.

Bei der Prozessqualität können wir fragen: Ist die Röntgenanlage in der Nähe der Intensivstation? Dann gibt es die Outcome-Qualität. Über Outcome wissen wir eigentlich gar nichts. Aber Outcome ist das, was unsere Patienten eigentlich interessiert. Sie wollen wissen: Wie geht es mir hinterher? Wie geht es mir nach dem Eingriff? Da haben wir ganz wenige Indikatoren. Wir sprechen von Wundinfektionen, von Dekubitus. Das sind sehr schwierig zu erfassende und sehr problematische Dinge.

Ich war sechs oder sieben Jahre lang zuständig für die Qualitätssicherung bei den deutschen Kardioanästhesisten. Wir haben eine Datenbank mit 240 Items aufgebaut. Nach sieben Jahren konnte ich ihnen immer noch nicht sagen: Was ist eine gute Herzanästhesie? Was ist eine schlechte Herzanästhesie? Das ging aus den Daten nicht klar hervor.

Es kann natürlich sein, dass wir zu beschränkt dazu waren. Aber wir haben uns bemüht. Es gibt heute einfach keine Daten, die eine sichere Beurteilung des Outcomes ermöglichen.

Wir können uns natürlich auf die Patientenzufriedenheit beziehen. Aber auch das ist etwas sehr, sehr Subjektives und extrem schwierig zu erforschen. Ich erinnere mich an einen Fall, bei dem der Patient fünf Tage nach einer Aortenklappenoperation entlassen wurde. Der Patient hat einen fürchterlichen Brief geschrieben, weil eine Fliege drei Tage unter der Heizung lag und vom Personal nicht weggekehrt wurde. Dieser Patient wird nie wieder in das Herzzentrum gehen, in dem er operiert wurde, weil er völlig unzufrieden war. Aber er ist qualitativ gut versorgt worden.

Deshalb unser Antrag, dass man sich, bevor man über die Vergütung und die Verteilung von Posten redet, erst einmal Gedanken über den Begriff der Qualität in der Medizin macht. Was wollen wir überhaupt messen? Was soll dieses Institut überhaupt messen? Anschließend kann man sich darüber unterhalten, wie die Ärzteschaft an diesem Prozess beteiligt wird.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Aber wir wollen uns natürlich daran beteiligen, was man messen soll und will, und nicht andere. Ich glaube, deshalb sollte man die Ärzteschaft schon sehr früh daran beteiligen. – Christa Bartels aus Nordrhein ist die nächste Rednerin.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte ein Plädoyer für die Selbstständigkeit und die Freiberuflichkeit halten. Ich denke, für die Freiberuflichkeit in Klinik und Praxis sind wir alle. Ich bin auch für die Selbstständigkeit in der eigenen Praxis. Was haben wir heute Morgen von unserem Gesundheitsminister Gröhe zu der Frage gehört, wie der Ärztemangel bekämpft wird? Originalzitat: mit einer Stärkung der MVZs, mit einer Behandlung der Landbevölkerung durch Landkrankenhäuser und durch den Ausbau der Kooperation mit nicht ärztlichen Berufen.

Das ist für mich ein unhaltbarer Zustand. Vor 14 Tagen antwortete mir Gesundheitsminister Gröhe auf die Frage nach dem erhöhten Frauenanteil im Arztberuf: Das ist doch klasse, die stecken wir alle in MVZs. Ich finde, dagegen müssen wir uns wehren. Wir sind keine Manövriermasse. Wir haben junge Kollegen, die Familie und Beruf miteinander vereinbaren wollen. Das betrifft nicht nur junge Frauen, sondern auch junge Männer.

Die KV und Herr Gassen geben auch ein Plädoyer für die Selbstständigkeit ab. Es gibt dazu die Kampagne „Lasse dich nieder“. Ich wünsche mir auch vonseiten der Bundesärztekammer eine Stärkung auf diesem Gebiet.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Bartels. – Christiane Friedländer aus Nordrhein ist die nächste Rednerin.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal darf ich mich sowohl bei Herrn Montgomery als auch bei Herrn Henke für die Reden bedanken, die sie heute Morgen gehalten haben. Ich finde, sie haben die Ärzteschaft mit ihren Standpunkten klar dargestellt und der Politik ein gutes Angebot gemacht, in Verhandlungen einzutreten, damit man zu einem guten Ergebnis kommen kann.

(Beifall)

Mir liegt das Thema Europa, das Sie Gott sei Dank angesprochen haben und das uns alle in diesen Tagen sehr bewegt, am Herzen. Wir können uns heute noch so sehr in unserem nationalen Rahmen zusammenfinden und wunderbare Ergebnisse präsentieren, aber wir merken gar nicht, dass sich in Europa sehr viel bewegt und die

Menschen auch Angst vor Europa haben und auch die Patienten eventuell Angst vor europäischen Verhältnissen haben, die sie auf einen Standard herunterwirtschaften würden, den wir in Deutschland nicht kennen.

Herr Montgomery, Sie haben die großen internationalen Konzerne, auch Klinikkonzerne, angesprochen, die natürlich in Europa ein gutes Betätigungsfeld finden, und zwar sowohl mit Kapital als auch mit Investoren, die eine gute Wertschöpfungskette vermuten.

Papst Franziskus hat vor einiger Zeit gesagt: Der Kapitalismus, der nur dem Kapital dient und nicht dem Menschen, ist unsinnig, man kann ihn nicht gebrauchen. Ich bin Protestantin, aber ich muss sagen: Dieser Papst sagt viele gute Dinge. Auch das gehört dazu.

Insofern habe ich die herzliche Bitte, dass Sie für die deutsche Ärzteschaft das Thema Europa virulent halten und uns berufspolitisch gut schulen und interessante Dinge an uns herantragen. Ich bitte Sie, von der Politik einzufordern, dass sie europäische Vorhaben transparent macht. Das haben Sie heute Morgen sehr stark betont, indem Sie gesagt haben: Es geht nicht um die Arroganz, sondern es geht um Transparenz, damit wir wissen, was los ist.

Ich hätte mir gewünscht – das ist, wenn man so will, meine Kritik an dem heutigen Vormittag –, dass die Persönlichkeiten, die die Paracelsus-Medaille verliehen bekommen haben, die große Bühne gehabt hätten.

(Beifall)

Wenn es Personen gibt, mit denen man sowohl für die Kollegenschaft als auch für die Gesellschaft einen Arzt gut darstellen kann, sind es diese Qualitätsprodukte, wie die KBV einmal gesagt hat, die man präsentieren sollte. Dafür hätte ich lieber eine halbe Stunde länger gesessen und auf meine Mittagspause verzichtet.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Friedländer. Wir werden mit Sicherheit die Struktur der heutigen Eröffnungsveranstaltung, die nur 3 Minuten über die zwei Stunden, die wir geplant hatten, hinausging, wenn man die 13 Minuten Verspätung durch die verstopften Fluchtwege herausrechnet, im Vorstand diskutieren. Unter dem Strich fand ich die zwei Stunden schon sehr viel angenehmer als die dreieinhalb Stunden, die wir in der Vergangenheit oft hatten.

(Beifall)

Der nächste Redner ist der Kollege Martin Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn Sie mir zuhören wollen, nehmen Sie bitte einmal den Antrag I-12 zur Hand. Es geht um die Begrenzung des Anstiegs der Haftpflichtprämien. Dort wird unter Punkt 2 die Staatshaftung ins Spiel gebracht. Staatshaftung entsteht dann, wenn ein Scha-

den entsteht, der durch eine Tätigkeit hervorgerufen wurde, die dem Wohl der Allgemeinheit dient.

Das muss man sich vorstellen: Geburtshilfe als Staatsaufgabe zum Wohle der Allgemeinheit. Das finde ich sehr charmant. Das wäre eigentlich auch eine wichtige Anregung für die Familienpolitik.

Wenn wir über Staatshaftung reden, müssen wir auch die Kehrseite sehen. Damit komme ich zu den Impfschäden. Bei einem Impfschaden kann Staatshaftung entstehen, aber nur dann, wenn alles andere ausgeschlossen ist. Können die Eltern eines Kindes oder der Patient selbst klagen, dass die Aufklärung nicht richtig stattgefunden hat, dann käme die Staatshaftung nicht mehr ins Spiel. Ich stelle mir vor, dass in der Geburtshilfe die Aufklärung sehr, sehr viel schwieriger ist als beim Impfen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sollten die Sache mit der Staatshaftung so stehen lassen und auch fordern, aber wir sollten uns keinesfalls darauf verlassen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Kollege Bolay. – Christian Albring aus Niedersachsen, Berufsverband der Gynäkologen, ist der nächste Redner.

Dr. Albring, Niedersachsen: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Thema Europäisierung sprechen. Das kam auch heute Morgen in der Rede des Präsidenten vor. Europäisierung ist für uns hier in Deutschland ein ganz schlechtes Thema. Wir haben nachgewiesenermaßen das beste Gesundheitssystem der Welt. Das sehen unsere Patienten so und auch wir Ärzte sind davon überzeugt. Aber Europa kommt immer weiter auf uns zu.

Ich möchte Ihnen zwei Beispiele aus meinem Fach dazu vortragen. Es gab ein Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, in dem stand, dass die Deutschen ihr Krebsfrüherkennungssystem nach europäischen Vorgaben ausgestalten müssen. Zumindest müssen sie, wenn es eine europäische Leitlinie gibt, eine deutsche Leitlinie nachfolgen lassen. Es ist hier in Deutschland industriegesteuert immer wieder gesagt worden, die Krebsfrüherkennungsuntersuchung bezüglich des Cervixkarzinoms sei schlecht. Wir hatten Inzidenzen von 11 bis 12 auf 100.000. Fakt ist, dass wir mit 6,9 altersstandardisiert im Weltvergleich liegen, also viel besser als die immer hochgelobten Systeme in Großbritannien und in Skandinavien.

Trotzdem ist dieses Gesetz zu uns nach Deutschland gekommen. Der G-BA muss jetzt schauen, wie er das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz umsetzt, bezogen auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung, die besser ist als die Systeme in anderen Ländern, aber eben induziert durch die Industrie.

Als zweites Beispiel möchte ich die Pille danach ansprechen. In England ist die Pille danach seit zehn Jahren freigegeben. In England gibt es fünfmal so hohe Abtreibungszahlen wie in Deutschland und fünfmal so hohe Kosten für die Pille, weil dort pro Jahr 2 Millionen Stück verkauft werden, hier in Deutschland nur 500.000. Man will, dass auch hier in Deutschland die Pille danach für die Frauen und Mädchen frei erhältlich ist. Dabei haben wir – ganz anders als im übrigen Europa – § 24 a SGB V,

der den Anspruch einer jeden Versicherten auf Beratung, Untersuchung und Verordnung eines Medikaments zur Verhütung regelt. Das gibt es anderswo in Europa nicht.

Das war gleichzeitig der Garant dafür, dass Deutschland besser ist als andere Länder, indem wir hier sehr viel geringere Abtreibungszahlen haben. Das Medikament ellaOne (Ulipristalacetat) ist europaweit zugelassen. Auch in Deutschland soll die Pille danach freigegeben werden. England ist ein Paradebeispiel dafür, dass die Frauen im Falle eines Falles gar nicht wissen, wann, wie und ob sie die Pille danach einnehmen sollen. Welche andere Erklärung gibt es für die Tatsache, dass dort fünfmal mehr Pillen danach verkauft werden, die Abtreibungszahlen aber fünfmal höher liegen?

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Albring. – Das Wort hat jetzt Uli Clever vom Vorstand, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebes Präsidium! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Nach den Pauken – zwar ohne Trompeten, aber sicher ein Höhepunkt – kam für mich ein weiterer Höhepunkt, nämlich das Beispiel mit der Sau, das Rudolf Henke vorgetragen hat. Ich fand das Beispiel klasse, dass dann, wenn man die Sau zu oft wiegt und nicht nur füttert, das Tier sogar magerer wird.

(Beifall)

Rudolf Henke hat das Beispiel im Zusammenhang mit dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut, mit dem ich einige Sorgen verbinde, gebracht.

Zum einen sehe ich die Gefahr der Ausgrenzung nicht messbarer Fähigkeiten von uns Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Außerdem ist es ein wunderbares Mittel, um die Ausschaltung des Konkurrenten zu bewerkstelligen. Es ist weiterhin eine wunderbare Möglichkeit der Ausgrenzung der Vielfalt von Möglichkeiten. Wenn etwas nicht als Qualität anerkannt wird, was vielleicht so gar nicht messbar ist, dann ist es weg vom Fenster.

Ich sehe die Gefahr, dass hier die Macht über Methoden und Behandlungsmöglichkeiten in eine Form gebracht wird, die mir so nicht recht ist, weil es dann am Ende noch mehr Menschen gibt, die zu Heilpraktikern oder anderen gehen werden.

Ich möchte wissen, wie messbar ist, was man früher vielleicht ärztliches Ethos genannt hat, heute eher Sozial- und Kommunikationskompetenz. Es gibt Methoden und Möglichkeiten, aber sie sind sehr differenziert zu nutzen und zu interpretieren.

Wenn die Messbarkeit durch dieses Qualitätsinstitut gegeben sein wird, bleibt zualererst – das ist meine erste Sorge auch angesichts des Patientenrechtegesetzes – die Kommunikation mit dem Patienten, die sprechende Medizin auf der Strecke.

Bei dem neuen Qualitätsinstitut wird zukünftig viel mehr mitgeredet werden als beim jetzigen IQWiG. Damit dieses Qualitätsinstitut für uns nicht zum Quälinstitut wird, müssen wir von Anfang an einfordern – das wurde heute bereits getan –, dass die Ärzteschaft, die Zahnärzteschaft und die Psychotherapeuteschaft in dieses Institut einbezogen werden. Insofern freue ich mich über den Antrag I-13 des Vorstands der Bundesärztekammer, in dem es heißt:

Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe, keine Messmethode, die auf eine hochwertige Medizin und den Nutzen für die Patienten abzielt.

Das halte ich für ganz wichtig. Wir dürfen nicht vergessen, das bei zukünftigen Diskussionen mit einem – wie angenommen – gutwilligen Minister immer wieder zu wiederholen.

Danke für Ihr Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Uli Clever. – Meine Damen und Herren, wir hatten Ihnen angekündigt, gegen 16 Uhr die Sitzung zu unterbrechen – das ist wahrscheinlich nach der Wortmeldung von Céline Lichtl –, um über die GOÄ zu berichten. Ich sehe, dass die vorliegenden Wortmeldungen etwa 20 Minuten ausmachen. Wollen wir diese Wortmeldungen erst noch abarbeiten und dann die GOÄ in einem Rutsch behandeln? Das würde bedeuten, dass Sie sich jetzt vielleicht bei weiteren Wortmeldungen etwas zurückhalten, denn anderenfalls behielten wir irgendwann nicht mehr genug Zeit für die GOÄ. Das ist ein kleiner leitender Hinweis ohne jeden Geschäftsordnungscharakter.

Okay? – Dann fahren wir in der Diskussion fort. Gisbert Voigt aus Niedersachsen ist der nächste Redner.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident, Sie haben heute Vormittag in Ihrer Rede die ambulante Weiterbildung bereits angesprochen. Ich bin ganz angetan davon, dass Herr Gassen hier vorhin sehr deutlich betont hat: Weiterbildung ist ein Kammerthema und kein KV-Thema. Trotzdem halte ich es für eminent wichtig, dass wir das hier noch einmal verdeutlichen.

Auf der gestrigen Vertreterversammlung der KBV ist das Stiftungsmodell für die Finanzierung einer versorgungsorientierten Aus- und Weiterbildung vorgestellt worden. In der Darstellung kommt die Ärztekammer nicht vor, was meiner Meinung nach absolut inakzeptabel ist.

(Vereinzelt Beifall)

Auf der anderen Seite enthält dieses Stiftungsmodell einen Gedanken, der im ersten Moment vielleicht ganz reizvoll erscheint. Wir finden einen Geldgeber für die Finanzierung der Weiterbildung, sei es nun über die PKV, über die GKV oder eventuell auch über andere Geldgeber. Das hört sich gut an. Dann hätten wir mehr Geld für die Weiterbildung. Ich habe schon im vergangenen Jahr in Hannover gewarnt und bin seinerzeit von einem Kollegen bestätigt worden, der gerade als Sozialminister in Brandenburg zurückgekehrt war: Wenn wir einen externen Geldgeber für die Weiter-

bildung fordern, kaufen wir uns jemanden ein, der bei der Weiterbildung mitreden will. Er wird mitreden wollen im Sinne einer versorgungsorientierten Weiterbildung. Er wird sagen: Wir haben in diesem Jahr einen soundso großen Bedarf an Fachärzten für ... Alles andere wird es nicht mehr geben.

Ich halte das für eine fatale Entwicklung und möchte massiv vor ihr warnen. Ich möchte dafür werben, dass wir in den Weiterbildungsstellen dieses Problem noch einmal sehr intensiv diskutieren und hier nicht einen Schnellschuss machen. Das kann für unseren beruflichen Nachwuchs in der Weiterbildung ein großes Problem darstellen. Das möchte ich nicht leichtfertig eingehen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Gisbert Voigt. – Ellis Huber aus Berlin ist der nächste Redner.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es war ein netter Minister. Glaubwürdig war deine Rede, Monti. Die Trommeln waren fulminant. Das Beispiel mit der Sau hat mir auch gefallen. Aber wenn wir die Säue richtig gut ernähren, werden sie doch geschlachtet. Entscheidend für das Schicksal der Säue ist ja, wie die Bevölkerung den Wert dieser Produktionsfläche einschätzt.

Wenn wir Ärzte überzeugend sein wollen für die Zukunft des Gesundheitssystems, muss die Bevölkerung insgesamt der Meinung sein – das müssen wir belegen können –, dass wir die Gesundheitsgeschicke dieses Landes am besten vertreten. Da reicht es eben nicht, wenn man sagt: Wir liefern Qualität, aber nur, wenn es mehr Geld gibt. Für uns Ärzte ist es die berufliche Pflicht, die Ökonomie des gesamten Versorgungssystems zu berücksichtigen und dafür zu sorgen, dass preiswerte Gesundheit für alle Bürgerinnen und Bürger im Lande möglich und umgesetzt wird, praktisch realisiert wird. Da gibt es Schwächen. Wir haben in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Umsatzvolumen von 200 Milliarden Euro. Die gesamten kommunalen Haushalte für die Schulen, die Kindergärten, die Straßen, die Familienhilfe, die Jugendhilfe, die Seniorenhilfe machen 145 Millionen Euro aus. Es ist also nicht wenig Geld in diesem System. 90 Prozent dieser Mittel werden von Ärzten und Zahnärzten verteilt. Unser Kugelschreiber, unsere Entscheidung bewirkt, wohin das Geld fließt. Freiberuflichkeit wird auf Dauer nur verteidigt werden können, wenn wir, wie es der Bundespräsident sagt, verstehen, dass Freiheit Verantwortung für das Gemeinwesen beinhaltet.

Vor diesem Hintergrund müssen wir auch lernen, sorgsamer und achtsamer mit der Ressource umzugehen, die die gesetzliche Krankenversicherung bereitstellt. Von den 2.800 Euro pro Bürgerin und Bürger fließen 20 Prozent in völlig sinnentleerte Overhead-Prozesse, die man abbauen kann. Nur wenn es gelingt, dass die Ärzteschaft glaubwürdig die Mittelverwendung so vornimmt, dass die Bevölkerung mit diesen Mitteln ein Optimum an Gesundheitsversorgung bekommt, werden wir uns gesundheitspolitisch durchsetzen können.

Meine Redezeit ist gleich abgelaufen. Deswegen kann ich das nicht vertiefen. Bedeutsam ist zu sehen, dass sich das Krankheitsspektrum radikal ändert. Die psychosozialen Krankheiten zeigen ja, dass der gesellschaftliche Zusammenhang leidet. Dort muss angesetzt werden.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Ellis. – Günther van Dyk ist der Nächste.

van Dyk, Hamburg: Verehrter Präsident! Verehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Gäste! Ich möchte etwas zum Antrag I-03 zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung sagen. Es gibt bereits ein zartes Pflänzchen der Kooperation zwischen einigen Landesgesundheitsbehörden und Landesärztekammern bezüglich der Krankenhausplanung. Das würde ich gern in dem Sinne verstärkt wissen, dass die Landesärztekammern ihre Weiterbildungsabteilung dazu animieren, dort mitzumachen. Im Bereich der Kompetenz, der Verfügbarkeit und der Ausstattung können wir schon eine Menge zusagen. Wir machen Begehungen, wir orientieren uns an Leistungszahlen der entsprechenden Abteilung. Damit sind wir in der Lage, den Landesbehörden qualitätsorientierte Daten zu überlassen.

Diese Möglichkeit sollten wir uns nicht zerstören durch zu frühe Forderungen, Kosten zu erstatten. Wir sollten erst die Leistung präsentieren. Über Kosten kann man später reden. Ansonsten würden die Landesbehörden das tun, was wir verhindern wollen: Sie würden mit viel Geld Institute beauftragen, die im Wettbewerb diese Prüfungen durchführen würden. Damit hätten wir gar nichts gewonnen, sondern wären wieder abhängig von sogenannten Gesundheitswirtschaftlern, die wir in diesem Sinne nicht haben wollen.

Wie das im Einzelnen geschieht, bleibt den Landesärztekammern natürlich überlassen. Wir in Hamburg sind inzwischen so weit, dass wir gemeinsame Gespräche führen und die Landesplanung 2015 gemeinsam angehen wollen. Dafür stellen wir unsere Weiterbildungsabteilung und andere Stellen zur Verfügung, die wir gegebenenfalls weiter ausbauen müssen. Das wird uns nicht abhanden kommen; damit müssen wir rechnen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Günther. – Nächste Rednerin ist auf Einladung des Präsidenten und ohne Redezeitbegrenzung Céline Lichtl vom bvmd.

Lichtl, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Im Namen der Bundesvertretung der Medizinstudierenden möchte ich mich erst einmal recht herzlich für die Einladung zum 117. Deutschen Ärztetag, die freundliche Begrüßung und die Gelegenheit, hier zu sprechen, bedanken. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf ein Thema lenken, welches nicht nur kontinuierlich in der medizinisch-gesellschaftlichen Debatte steht, sondern auch Bedeutung für die zukünftige

Ausrichtung des ärztlichen Berufs hat: die Zusammenarbeit mit nicht ärztlichen Berufen in der Patientenversorgung.

In der Debatte geht es vor allem um den besten Einsatz der Ressource Arzt, also um die Frage: Welche Aufgaben sollen und müssen Ärztinnen und Ärzte leisten? Die Auslöser dieser Debatte sind vielfältig. Dazu zählen der demografische Wandel und die damit steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, dazu zählen vor allem veränderte Arbeitszeitwünsche und andere rechtliche Rahmenbedingungen in der Arbeitszeit, teilweise hart vom Marburger Bund erkämpft.

Delegation und Substitution sind nur zwei Schlagwörter in der Debatte. Es wird ja grundlegend infrage gestellt, warum bestimmte Tätigkeiten in Klinik und Praxis reinem ärztlichen Personal vorbehalten sind und warum es in bestimmten Situationen keine bessere Zusammenarbeit gibt. Uns als Medizinstudierenden ist eine gute Zusammenarbeit aller Professionen in diesem multiprofessionellen Alltag wichtig. Die Grundlage für eine gute Zusammenarbeit sind das gegenseitige Verständnis, die gegenseitige Anerkennung und eine gute Kommunikation.

Im Zentrum aller Überlegungen steht für uns die Patientensicherheit. Wir legen nicht Wert darauf, alle bisherigen ärztlichen Tätigkeiten so zu erhalten, sondern begrüßen eine Kompetenzerweiterung der nicht ärztlichen Berufe im Gesundheitswesen, wenn diese durch eine entsprechende Ausbildung ermöglicht wird. Eine Umverteilung von Kompetenzen kann ärztliche Ressourcen freisetzen, die in vollem Umfang den Patienten zugutekommen sollten. Wir glauben, dass eine verbesserte Zusammenarbeit nicht nur die Qualität der Patientenversorgung, sondern auch die berufliche Zufriedenheit steigern kann. Eine dementsprechende multiprofessionelle Umstrukturierung bietet die Gelegenheit, Abläufe im Gesundheitswesen zusammen mit den Rollen der dort Tätigen zu überdenken.

Was allerdings in jedem Fall gewährleistet werden muss, sind eindeutig definierte Verantwortungsbereiche und rechtliche Rahmenbedingungen, die den bestmöglichen Einsatz aller Ressourcen ermöglichen. Wir halten es für zwingend erforderlich, dass für jede Profession im Gesundheitswesen klare Kernkompetenzen festgelegt werden, und fordern daher eine Definition ärztlicher Tätigkeiten. Letztlich muss dies eine Entscheidung der Ärzteschaft, also dieses Parlaments, werden. An diesem Prozess möchten auch wir uns als Medizinstudierende gern beteiligen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Lichtl. Zwischen bmvd und Bundesärztekammer gibt es eine gute Kombination. Wir werden uns sicher auch über dieses Thema austauschen können. – Nächster Redner nach der Rednerliste ist Erik Bodendieck aus Sachsen, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Man könnte eigentlich sagen: Zum Thema Freiberuflichkeit sind der Worte genug gewechselt. Sie werden es mir nachsehen: Allein mir fehlt der Glaube, weil ich bei sehr vielen Diskussionen auf ver-

schiedenen Ebenen feststelle, eine große Gruppe derer, die eigentlich zu den freien Berufen gehören, fehlt in der Diskussion. Damit meine ich die angestellten Kolleginnen und Kollegen. Sie selber haben ein gewisses Problem damit, sich zu einem freien Beruf zu zählen, weil es auch äußerst schwierig ist, diesbezüglich eine vernünftige Definition zu finden.

Rein juristisch ist es im Partnerschaftsgesetz und im Einkommensteuergesetz definiert. Dort steht natürlich an erster Stelle die selbstständige Tätigkeit.

Ferner zählt dazu – das ist für mich eigentlich das Essenzielle, worauf wir uns immer wieder besinnen müssen – die Dienstleistung höherer Art, die eigenverantwortlich und unabhängig ausgeführt wird, unabhängig vom Weisungsrecht, wie es unsere Berufsordnung beschreibt. Darauf müssen wir uns immer wieder besinnen. Dann gewinnen wir auch die jungen Kolleginnen und Kollegen.

Ich danke Frau Lichtl für ihr eingehendes Plädoyer für die Teamarbeit. Dann bekommen wir die jungen Kolleginnen und Kollegen auch wieder dazu, ihre Verantwortung in diesem Team entsprechend wahrzunehmen. Sie haben eine besondere Ausbildung genossen, die sie befähigt, eigenverantwortlich und unabhängig zu arbeiten, der Leiter des Teams zu sein und auch die entsprechende Verantwortung zu übernehmen.

Viele andere Berufe, die wir ausbilden und fortbilden, genügen diesen Ansprüchen leider nicht. Das müssen wir leider immer wieder sagen. Aber genau das macht das deutsche Gesundheitswesen aus.

Aber der freie Beruf wird auf breiter Front hier im Lande wie auch auf EU-Ebene – dort kennt man den freien Beruf nicht – alteriert und angeknabbert. Wir müssen uns wieder stark machen und zusammen mit den anderen freien Berufen in Europa eine Vertretung für den freien Beruf schaffen.

Mein zweiter Punkt betrifft die Zweitmeinung. Wir diskutieren über Wartezeiten. Wie viele Patiententermine werden durch die Einführung eines Zweitmeinungsrechts aufgebraucht? Wer kann mir sagen, inwieweit das Patientenvertrauen zerstört wird?

Wenn wir über Patienten sprechen, müssen wir dabei bitte auch bedenken: Es gibt nicht nur Patientenrechte, es gibt auch Patientenpflichten. Lesen Sie bitte § 12 SGB V. Wir reden hier nicht über eine Luxusversorgung, sondern über eine medizinische Grundversorgung in diesem Lande. Das müssen wir bitte bedenken.

Wir haben im Präventionsgesetz sehr darauf zu achten, dass auch Patientenpflichten eingeführt werden. Ich glaube, das ist dringend notwendig, sonst kommen wir mit unserer Zeit nicht mehr über die Runden.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Erik Bodendieck. – Martin Grauduszus ist der Nächste.

Grauduszus, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Begriff „Qualität“ steht 30-mal oder öfter im Koalitionsvertrag. Auch in der Gesundheitsversorgung wollen wir uns jetzt um Qualität kümmern. Können Sie mir einmal sagen, warum? Wir alle haben immer, seit wir ärztlich tätig sind, versucht, die bestmögliche Arbeit für unsere Patienten abzuliefern. Das ist in aller Regel von hoher Qualität. Das wissen Patienten und Bürger zu würdigen. Wir genießen eine hohe Wertschätzung. Das hat auch Herr Gröhe heute Vormittag vorgetragen.

Wenn jetzt in diesem Bereich Qualität eingeführt werden soll – so scheint es ja zu sein, denn der Begriff muss immer wieder wiederholt werden –, dann war das ja bisher wohl nichts. Meine Damen und Herren, das erinnert mich irgendwo an das Märchen vom Fischer und seiner Frau:

*Manntje, Manntje, Timpe Te,
Buttje, Buttje in der See,
mine Fru, de Ilsebill
will nich so, as ik wol will.*

Sie kamen höher und höher, aber am Ende saßen sie wieder in ihrer alten Kate.

Meine Erfahrung in der Praxis ist: Seitdem die Termindiskussion läuft – die Kostenträger hatten es an sich gerissen, sie haben es aber nicht geschafft, jetzt sollen die KVen helfen –, wird es immer schwieriger, Termine zu finden. Das liegt daran, dass die Kollegen einfach verärgert sind. Die Motivation sinkt. Mein Eindruck ist, dass unser Minister Gröhe schon empathisch ist und merkt, dass auch dort etwas nicht stimmt. Gegen die fehlende Motivation und die innere Kündigung von Teilnehmern an der Gesundheitsversorgung kann die Politik nicht anregulieren, nicht mit Formalismen und Bestimmungen durchregieren. Das geht nicht. Ich glaube, das weiß Herr Gröhe auch.

Das Zitat mit den Pauken fand ich ausgesprochen interessant. Das, was Herr Montgomery und Herr Henke gesagt haben, war für ihn wahrscheinlich schon ein Paukenschlag. Wir wollen im Moment auch auf Pauken hauen, weil es für uns einfach wichtig ist, darauf aufmerksam zu machen, dass eine gute Versorgung auf der Strecke bleiben kann. Wir wissen das alle. Ich hoffe sehr, dass Herr Gröhe das gespürt hat.

Ich hoffe, dass wir in Zukunft als freier Beruf wieder so gestalten und arbeiten können, dass wir unsere Patienten nicht nach Gebührenordnungen und DRGs versorgen, sondern anhand der Nöte und Bedürfnisse unserer Patienten.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Thomas Lipp aus Sachsen ist der Nächste.

Dr. Lipp, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist sehr viel zum Aspekt der Qualität gesagt worden. Ich möchte vier andere Aspekte

in die Diskussion einbringen, die aus meiner Sicht bei der Gesamtbetrachtung der Qualität ärztlicher Tätigkeit nicht wegzulassen sind.

Erstens. Es gibt einige Resolutionen, die sich mit dem Qualitätsinstitut und der Angst vor der Bürokratie beschäftigen. Ich möchte uns hier, aber auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kammern für die Tatsache sensibilisieren, dass ein ganzer Teil der Bürokratie, unter der wir in den Praxen leiden, durch die Selbstverwaltung selbst gemacht ist. Wenn es um Qualität geht, haben wir nicht immer nur nach dem Gesetzgeber zu rufen, sondern wir müssen in unseren Kammern dafür sorgen, dass wir die Kolleginnen und Kollegen nicht mit Bürokratie überfrachten.

(Vereinzelt Beifall)

Zweitens. Wenn wir über Qualität sprechen, geht es immer um Prozeduren, um das, was wir beim Patienten erreichen wollen. Es geht um unser Handeln. Bei den entsprechenden Diskussionen ist der Patient in der Regel völlig ausgeklammert. Wenn der Patient nicht entsprechend compliant ist, kann ich machen, was ich will, da kann ich die Qualität nicht liefern. Wenn wir uns über die Qualität unseres ärztlichen Handelns unterhalten, werden wir nicht umhinkommen, auch Mechanismen für die Motivierung der Patienten zu implementieren, damit uns die Patienten überhaupt erst einmal die Gelegenheit geben, diejenige Qualität zu erreichen, die wir erreichen wollen. Ohne die Compliance mit dem Patienten geht es nicht. Daran hapert es sehr oft; das wissen wir.

Der dritte Punkt betrifft uns selber. Bei vielen Themen, die wir hier besprechen, vor allen Dingen dann, wenn es auch nur im Entferntesten um Geld geht, wünschte ich mir, dass wir als Mandatsträger auf dem Deutschen Ärztetag unsere eigene Gruppenzugehörigkeit und unsere eigene Meinung ein klein bisschen zurückstellen und verstärkt die Konsequenzen unserer Entscheidungen für die Gesellschaft, für das System und für die Patienten im Blick haben, vor allem auch für die jüngere Generation.

Die Studentin hat vorhin einen Aspekt angesprochen, beispielsweise die Delegation an andere Berufsgruppen. Dort sollten wir uns vielleicht einmal von unserem eigenen Erfahrungshorizont lösen und in die Zukunft schauen.

Vierter Punkt. Qualität beginnt nicht dort, wo wir mit den Patienten arbeiten und die Ergebnisse betrachten. Die Qualität beginnt zu einem großen Teil bei der Weiterbildung, nämlich dort, wie wir mit den jungen Kolleginnen und Kollegen umgehen.

(Vereinzelt Beifall)

Dort kommt oft genug Schlimmes zu uns, beispielsweise dass junge Kolleginnen und Kollegen sechs Monate lang in der ITF-Kardiologie ohne Oberarztkontakt, ohne Gespräche, ohne Hilfe Dienst machen müssen. Die haben jeden Abend ihren Angstschweiß. Ich könnte noch stundenlang ähnliche Beispiele anführen.

Dass wir dieser Sache nicht gerecht werden, ist ein großer Qualitätsmangel. Den müssen wir beheben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke sehr. – Jetzt Wieland Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vorige Woche wurde in der Öffentlichkeit auch das Thema Prävention andiskutiert. Ich denke, wir müssen aufpassen, dass wir die Prävention nicht in ein schlechtes Licht rücken, indem möglicherweise der Eindruck erweckt wird, dass dort Dinge geschehen, die nicht unbedingt hilfreich für den Patienten sind. Es ist sicher richtig, dass die Prävention in jeder Hinsicht geprüft werden und stattfinden muss. Es ist aber auch wichtig, der Öffentlichkeit zu sagen, dass Prävention wichtig und richtig ist. Viel zu geringe Teile der Bevölkerung – etwa 30 Prozent – nehmen Prävention und Vorsorgemaßnahmen in Anspruch, natürlich in unterschiedlicher Frequenz. Dort besteht noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Auch das ist ein wichtiges Feld ärztlicher Tätigkeit, gerade in Anbetracht der Debatte über die Abgrenzung zu anderen nicht ärztlichen Berufsgruppen.

Es wird in Zukunft auch wichtig sein, wenn es um die Frage der Qualität oder der Bewertung der Sinnhaftigkeit von Prävention geht, die Frage zu stellen: Sollen wir das unter dem sozialmedizinischen Gesichtspunkt beurteilen, soll es also eine Krankenversicherungsleistung sein, oder ist es die Entscheidung des einzelnen Patienten zu sagen, er wolle diese oder jene Leistung haben, auch wenn sie empirisch nur einen geringen Benefit hat?

Wenn die GKV, entsprechende Institute oder AQUA sagen, das sei sozialmedizinisch nicht effizient, nur einer von 1.000 werde damit gerettet, kann das aber nicht bedeuten, dass der einzelne Risikopatient diese Maßnahme nicht in Anspruch nehmen soll. Hier muss streng getrennt werden zwischen der sozialrechtlichen Frage und der Frage der Wirtschaftlichkeit auf der einen Seite und der Frage nach der Sinnhaftigkeit für den einzelnen Patienten, der eventuell ein höheres Risiko trägt als die Gesamtbevölkerung, auf der anderen Seite. Deswegen bitte ich hier um eine differenzierte Diskussion. Ich möchte insgesamt dafür plädieren, dass in Deutschland die ärztliche Prävention mit großem Engagement und in hoher Qualität durchgeführt wird und dass das auch so bleiben soll.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dietrich. Weil wir die Prävention dort, wo sie wirklich Sinn macht, für außerordentlich wichtig halten, haben wir auf diesem Ärztetag einen eigenen Tagesordnungspunkt zu diesem Thema. – Herr Kollege Joas aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Joas, Bayern: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu Ihnen sprechen zur Zukunft der Gesundheitskosten. Wir haben heute Vormittag vom Kammerpräsidenten Henke gehört, dass sich Herr Geißler 1976 hinsichtlich der Gesundheitskosten bis zum Jahr 2000 verrechnet hat; wir haben gar kein Problem mit der Kostensteigerung, deshalb müssen wir unser Augenmerk auch nicht darauf richten. Ich glaube, Herr Kollege Henke weiß sehr wohl, dass er diese Argumentation nicht halten kann.

Wir haben 2008 Herrn Professor Beske, Gesundheitsökonom aus Kiel, mit der Paracelsus-Medaille geehrt. Er hat mehrfach auf Deutschen Ärztetagen gesprochen. Er hat zu Beginn dieses Jahres neue Zahlen vorgelegt. Mit diesen Zahlen sollten wir

uns ernsthaft auseinandersetzen, wenn wir zukünftig die Glaubwürdigkeit dieses Gremiums aufrechterhalten wollen.

Herr Beske meint, 2050 würden die GKV-Kosten, wenn wir so weitermachen wie bisher, bei 51 Prozent liegen. Es gibt je nach Betrachtungsweise – Demografie, medizinischer Fortschritt – Modelle, die eine Steigerung von 1 oder 2 Prozent pro Jahr beinhalten. Bei der Rentenversicherung lägen wir bei 39 Prozent. Wir haben also sehr wohl, Heiner Geißler hin oder her, hochrechenbare, wenn natürlich auch mit Unschärfen versehene Probleme mit den Kosten. Wir können nicht weiterhin den künftigen Generationen Lasten auferlegen, wie es gerade in der Rentenversicherung geschehen ist.

Wir können auch nicht vom Staat erwarten, dass er über Steuern die Gesundheitskosten übernimmt, weil er nämlich Neuverschuldungen vermeiden will. So bleibt nach Beske ganz klar der Appell an uns: Der Leistungskatalog darf auf keinen Fall weiter aufgebläht werden. Stattdessen müssen wir diesen Leistungskatalog – ich benutze die Worte von Karsten Vilmar – sozialverträglich neu definieren oder sogar einschränken. Das sind Aufgaben, die sich an den Gemeinsamen Bundesausschuss richten.

Die Glaubwürdigkeit dieses Deutschen Ärztetages kann nur dann aufrechterhalten werden, wenn wir ein Zukunftskonzept haben, das auch ein Finanzierbarkeitskonzept enthält.

Ich möchte mit Herrn Beske enden: Die Gesundheitssicherung hat mit dem Klimaschutz etwas gemeinsam, nämlich je länger wir warten, uns ernsthaft damit auseinanderzusetzen, desto schmerzhafter werden die Einschnitte sein. Deshalb der Appell an uns alle: Beginnen wir jetzt!

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Joas. – Die Kollegin Anne Kandler aus Hessen ist die nächste Rednerin.

Kandler, Hessen: Sehr verehrter Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir stimmen zu, dass wir uns als Ärztinnen und Ärzte die Qualität nicht aus der Hand nehmen lassen sollten. Wir haben am Wochenende hier in Düsseldorf auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes intensiv und ausführlich darüber diskutiert, unter anderem auch über die Tatsache, dass es bereits eine ganze Reihe von Kriterien gibt, die zur Qualitätssicherung beitragen. Ich denke nur an CIRS oder Zertifizierungen.

Ich möchte hier einen Aspekt hinzufügen. Es gibt bereits zahlreiche Untersuchungen und Studien darüber, dass es einen Zusammenhang zwischen personeller Unterbesetzung und einer Zunahme der Fehlerhäufigkeit gibt. Wenn wir uns die RN4CAST-Studie für Krankenschwestern und Pfleger ansehen, finden wir, dass in Deutschland die Pflege ungefähr doppelt so viele Patienten zu versorgen hat wie im europäischen

Durchschnitt. Daher werbe ich dafür, unserem Antrag „Qualitätsoffensive geht nicht ohne Personaloffensive“ zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Anne Kandler. – Jörg Zimmermann aus Niedersachsen ist der nächste Redner.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann einerseits die Angst vor diesem neuen Institut, die einige hier im Raum bewegt, verstehen, wenn man sich so anschaut, was in den letzten 20 Jahren Gesundheitspolitik geschehen ist. Aber begreifen wir dieses Institut doch auch ein bisschen als Chance. Schauen Sie sich doch einmal die Wirklichkeit an. Wir haben bereits jede Menge Institute, die Informationen auf den Markt werfen. Meistens sind diese Institute jedoch interessengeleitet. Wir finden so etwas in der „Weißen Liste“ der AOK mit eins, zwei, drei Lebensbäumchen. Für uns ist das eigentlich alles klar. Vielleicht lachen wir auch an der einen oder anderen Stelle darüber. Nur: Für die Patienten, die sich danach richten, wird plötzlich ein Zustrom nicht unbedingt zu den besten Kliniken, sondern durchaus auch zu mittelmäßigen oder schlechten Kliniken gesteuert, weil oft genug die Datenbasis nicht stimmt.

Wir haben auch in unseren eigenen Reihen eine Bewegung, der man vielleicht Einhalt gebieten muss. Schauen Sie einmal, welche Fachgesellschaft kein Zertifizierungsverfahren auf den Weg gebracht hat. Da geht es nicht um Zertifizierung und Weiterentwicklung der Qualität, sondern häufig genug geht es dabei lediglich um Geldverdienen für die Fachgesellschaften.

Da kann ein solches Institut, wenn es denn von vornherein ärztlichen Sachverstand an führender Stelle einbindet, endlich einmal eine Marktbereinigung in diesem Bereich herbeiführen und kann endlich einmal wissenschaftlich abgesicherte Informationen zu diesem sicherlich nicht einfachen Thema, was Qualität denn eigentlich ist und wie wir sie messen, auf den Markt bringen. Andere Nationen haben uns das vorgemacht, dass es geht. Letztendlich führt es dazu, dass wir Patientensicherheit und Patienteninteressen sehr viel besser abbilden können, als es zurzeit im politischen Raum möglich ist.

Die Vorrednerin hat es dargelegt: Es gibt ganz klare Bezüge zwischen Ökonomie und Qualität. Wer an der Qualität spart, erhöht – so kann man verkürzt sagen – mittelfristig die Kosten. Auch das muss man der Politik sagen, wenn sie jetzt dermaßen die Qualität im Munde führt, etwa 40-mal im Koalitionsvertrag. Man muss sie an diesen Aussagen messen. Dieses Institut sollte keine Behörde sein, sondern unabhängig wissenschaftlich arbeiten und uns die Grundlage für diese Diskussion, die wir jetzt dringlich brauchen, bieten.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke, Jörg. – Nächster Redner ist Dr. Detlef Lorenzen aus Baden-Württemberg.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen, Herr Dr. Montgomery, an dieser Stelle für Ihre Rede und dafür danken, dass Sie wichtige Aspekte für die Behandlung von Migranten und den Umgang mit ihnen erwähnt haben, nämlich ausreichende Deutschkenntnisse. Sie haben auch den anonymen Krankenschein angesprochen. Seit vielen Jahren fordern wir und Sie diese Möglichkeit, mit der die gesundheitliche Situation dieser Kranken deutlich gebessert werden kann. Ich möchte Sie, die Delegierten, bitten, dieser Forderung auch auf diesem Ärztetag Nachdruck zu verleihen.

Der zweite Aspekt ist die sprachliche Barriere bei der Behandlung bei Migranten und Asylbewerbern. Eine angemessene Aufklärung und die Erhebung der Anamnese brauchen sprachliches und kulturelles Verständnis der Patienten. Abgesehen von der Vermeidung menschlichen Leids und der Vermeidung rechtlicher Haftung wird der Einsatz von Dolmetschern langfristig Kosten sparen. Außerdem kann es sehr hilfreich sein, fremdsprachliche MFAs in medizinischer Terminologie in ihrer Muttersprache fortzubilden.

Ich bitte Sie, die entsprechenden Anträge zu unterstützen. Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lorenzen. – Jetzt stehen noch Herr Schwantes und Herr Qitterer auf der Rednerliste. Kämen weitere Wortmeldungen, müsste ich diesen Tagesordnungspunkt unterbrechen, damit wir noch ausreichend Zeit für die GOÄ haben.

Herr Schwantes.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Montgomery, Sie haben in Ihrer bemerkenswerten und sehr substanziellen Rede heute Morgen unter anderem auch die Rolle der Krankenkassen angesprochen. Das will ich aufgreifen, denn ich erlebe in meiner täglichen Arbeit mehr und mehr eine Einmischung der Krankenkassen in die ärztliche Tätigkeit und Verantwortung. Das zeigt sich unter anderem darin, dass Angestellte der Krankenkassen – ich wiederhole: Angestellte – ohne Rücksprache mit dem Medizinischen Dienst, der da auch eine Rolle spielt, die Arbeitsunfähigkeit von Patienten beenden. Das äußert sich darin, dass von den Krankenkassen medizinische Überwachungsprogramme aufgelegt werden. Unter anderem habe ich das bei jemandem erlebt, der eine Herzkrankheit hat und ein Anschreiben der Krankenkasse mit dem Hinweis bekam: Wir kontrollieren das weiter; schicken Sie uns Ihre Befunde.

Hypertoniepatienten bekommen von ihrer Krankenkasse ein Blutdruckmessgerät geschenkt. Gleichzeitig werden die Daten an die Krankenkasse übertragen, die das weiter kontrolliert. Das alles geschieht unter dem Hinweis: Wir kümmern uns um Ihre Gesundheit. Darüber hinaus werden alle Befunde und Krankenhausberichte insbe-

sondere bei psychisch kranken Patienten angefordert, die die Krankenkassen haben wollen, um ihre Aufgaben erfüllen zu können.

Ich erlebe auch zunehmend, dass Druck auf Patienten, die chronisch krank sind, ausgeübt wird. Eine Patientin mit einem Karzinom wurde am Ende ihrer Chemotherapie, kurz bevor sie in die Reha ging, aufgefordert, endlich einen Erwerbsunfähigkeitsantrag zu stellen, weil sie ja wahrscheinlich sowieso nicht krank würde. Das sind unerträgliche Zustände der Einmischung. Das müssen wir genau beobachten. Ich fordere alle Kolleginnen und Kollegen auf, Dinge, die ihnen in ähnlicher Weise widerfahren, zu melden, vielleicht der Bundesärztekammer bekannt zu geben. Vielleicht sollten wir dort eine Sammelstelle einrichten.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schwantes. Sie wissen, dass diese Überprüfungen der Krankheit der Patienten merkwürdigerweise ziemlich genau sechs Wochen nach Beginn der Krankschreibung einsetzen. Ich wage es nicht zu behaupten, aber es könnte damit zusammenhängen, dass die Krankenkasse dann Lohnersatzleistungspflichtig wird, nämlich Krankengeld zahlen muss. Möglicherweise ist das eine Motivation zu versuchen, die Patienten wieder gesundzuschreiben, statt sie wieder dem Arzt anzuvertrauen. Ich glaube, das ist die Motivation. Auch hier sehen wir einen rein ökonomischen Anreiz bei den Krankenkassen. Das hat mit Patientenversorgung gar nichts zu tun. Vielen Dank für den Hinweis, Herr Schwantes.

Das Wort hat jetzt Herr Quitterer, danach Herr Schäfer. Sollten sich noch weitere Redner zu Wort melden, muss ich diesen Tagesordnungspunkt unterbrechen, damit wir die GOÄ behandeln können.

Dr. Quitterer, Bayern: Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte weg von der allgemeinen Diskussion und Ihr Augenmerk auf den Antrag I-15 lenken, wonach der 117. Deutsche Ärztetag aufgefordert wird, eine mögliche Sektionierung der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der KBV abzulehnen. Ich möchte zunächst eine Frage stellen, ob wir hier wirklich das richtige Gremium sind, eine Forderung an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV heranzutragen.

(Vereinzelt Beifall)

Zweitens ist mir der Antrag nicht dezidiert genug. Nach außen müssen wir natürlich mit einer einzigen Stimme sprechen, aber es muss möglich sein, dass innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen die Fachärzte und vor allen Dingen auch wir Hausärzte die eigenen Belange selbst diskutieren und entscheiden dürfen. Das ist unter Umständen nicht mehr möglich, wenn ein solcher Antrag durchgeht, der die Sektionierung, weil nicht genau ausformuliert, ablehnt. Ich bitte deshalb schon an dieser Stelle um Nichtbefassung. Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Quitterer. – Last but by no means least Klaus Schäfer aus Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Herr Präsident, lieber Monti! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte einen kurzen Kommentar zum Antrag I-15 abgeben. Die Probleme in den Gremien sind häufig nicht eine Frage der Struktur, sondern auch der beteiligten Personen. Es gibt Regionen in der Republik, wo ganze Gruppierungen von Ärzten maßlos abschmieren. Wenn der Chef einer Körperschaft sagt „Ich könnte zwar asymmetrisch verhandeln, das tue ich aber nicht, denn das schafft zu viel Unruhe“ und dann festgestellt wird, dass beispielsweise in Hamburg in den letzten zehn Jahren die Hausärzte ein Umsatzplus von 2 Prozent hatten, die Spezialisten ein solches von 48 Prozent, was sich natürlich auch im Einkommen widerspiegelt, wie wir das über die Höhe der Beiträge auch in der Ärztekammer nachvollziehen können, sage ich: In jenen Bereichen, in denen solche Probleme bestehen, ist für die Gruppe der minder erfolgreich tätigen Ärzte eine eigene Sektion, zumindest aber ein ganz deutlicher Minderheitenschutz erforderlich. Anderenfalls können wir ganze Arztgruppierungen abschreiben.

Insofern bitte ich, diesem Antrag nicht zuzustimmen. Ich kann mich auch damit abfinden, dass man sagt: Wir befassen uns gar nicht erst damit.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus Schäfer. – Damit haben wir die Rednerliste zu Tagesordnungspunkt I mit Ausnahme des Themas GOÄ abgearbeitet. Ich bitte nunmehr Theo Windhorst und Bernd Rochell um ihre Referate zum Sachstand der Verhandlungen über eine neue GOÄ. Ich möchte dies gleich mit folgender Ankündigung verbinden: Wir werden es heute wahrscheinlich nicht mehr schaffen, die 39 Anträge, die bereits vorliegen, gut sortiert zu behandeln. Mein Vorschlag lautet, je nachdem, wie weit wir mit der Diskussion über die GOÄ kommen, morgen früh mit diesem Thema zu beginnen. Meine Bitte an die Geschäftsführung lautet – es tut mir leid, dass ich euch das zumuten muss, aber das bekommen wir schon irgendwie hin –, die Anträge so zu sortieren, dass wir morgen früh nach Themen geordnet vorgehen können.

Wir beginnen morgen früh also nicht mit dem Thema Prävention, sondern wir werden zunächst einmal die Anträge zur GOÄ bescheiden.

Jetzt bitte ich Theo Windhorst, Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer, um seinen Sachstandsbericht zur GOÄ.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Vielen Dank, Monti. Vielen Dank auch dafür, dass ich Ihnen diese unendliche Geschichte erneut aufarbeiten darf. Bei der etwas schwierigen Informationslage kann ich verstehen, dass viele Kolleginnen und Kollegen gern etwas mehr mitgenommen werden wollen auf diesem Weg der Gebührenordnung, die für uns sehr wichtig ist, und zwar nicht nur für die Freiberufler.

Wir hatten vor der Wahl eine Phase, in der wir uns gefragt haben: Haben wir insgesamt eine Fehlinformation gestartet, weil uns die Bürgerversicherung die Arbeit abnehmen wird, eine neue Gebührenordnung in die Tat umzusetzen? Die neue Gebührenordnung, die wir für sehr essenziell halten, ist im Koalitionsvertrag nicht erwähnt. Wir haben eine politische Ebene gefunden, auf der eine Bürgerversicherung oder eine Einheitsversicherung oder das Sozialisieren der Gebührenordnung einer freiberuflich tätigen Versorgungsebene nicht mehr zur Diskussion steht.

Eine Verhandlungsdelegation von uns, bestehend aus unserem Hauptgeschäftsführer Bernd Rochell, Frau König von der Allianz und mir, war bei Herrn Orlowski im BMG. Wir haben leise angeklopft nach dem Motto: Was wird denn jetzt daraus? Es war wirklich sehr gut, dass Herr Orlowski sagte: Obwohl es nicht im Koalitionsvertrag steht, obwohl es dort keine priorisierende Thematik sein sollte, wird es vom Ministerium aber so gesehen und wir kommen weiter.

Wichtig ist Ihr Vertrauen, das Sie im Vorfeld dem Präsidenten bei seiner Wahl entgegengebracht haben, damit er seine Arbeit in seinem Bereich genauso macht wie Herr Rochell auf dem direkten Verhandlungsweg und ich im Gebührenordnungsausschuss. Wir brauchen Ihr richtiges Votum mit Druck, aber auch mit Verständnis dafür, dass wir noch nicht alles offenlegen können, weil wir uns noch auf dem Weg befinden. Wir sind noch nicht ganz fertig. Ich gebe Ihnen von hier aus mein Wort, dass Sie die letzten Abschlüsse absegnen müssen, diejenigen, die Gebietsvertreter sind, und diejenigen, die die Gebührenordnung hinterher anwenden müssen. Wir machen ja eine Gebührenordnung für Sie.

Wir haben mit Herrn Gröhe, wie wir auch heute hören konnten, jemanden, der sagt: Wir müssen in den kommenden vier Jahren, in dieser Legislaturperiode, eine neue GOÄ möglich machen können. Da sind wir auf dem besten Wege.

Bei den Zielen der Weiterentwicklung der GOÄ stehen wir ganz klar zusammen. Es geht um das Kostenerstattungsprinzip, es geht um die Doppelschutzfunktion für Patient und Arzt. Natürlich müssen wir sehen, dass eine Unter- und Überforderung durch die Gebührenordnung ausgeglichen und abgefedert wird.

Ein ganz wichtiges Prinzip ist die persönliche Leistungserbringung. Natürlich wollen wir auch ein faires Entgelt. Der Weg führt nur über eine persönliche Leistungserbringung mit dem Einpreisen der ärztlichen Tätigkeit, mit dem Einpreisen des ärztlichen Wissens, nicht nur mit der betriebswirtschaftlichen Kalkulation, die allerdings auch berücksichtigt werden muss. Es geht darum, das, was der Arzt an Leistung erbringt, durch faire Abrechnungsmöglichkeiten in eine Zahl umzumünzen.

Die Berücksichtigung der Kostenentwicklung ist ein Aspekt, den wir mit viel Verve eingepreist haben. Es geht nicht nur um die Sachkostenmittel, es geht nicht nur um die investiven Mittel, nicht nur um Energiekosten und Ähnliches, sondern es geht auch um die Kostenentwicklung, die der einzelne Arzt leisten muss, um seine Entgeltsituation durch seine Arbeit am Patienten zu sichern. Wir sprechen immer von robusten Einzelsätzen. Das ist ein etwas unkluger Begriff. Wir sollten sehen, dass wir Mindestsätze nehmen. Wir wollen doch nicht in die Diskussion geraten, dass das, was wir als Basiseinkommen über die GOÄ haben wollen, immer wieder mit einem Fragezeichen versehen werden muss, dass etwas herabgesetzt werden kann. Diese robusten Einzelsätze sind Mindestsätze, die auf der Basis der alten Gebührenordnung mit dem Multiplikator von 2,3 versehen sind, wie das Urteil des Bundessozial-

gerichts es als Richtsatz zugebilligt hat. Deshalb sprechen wir von robusten Ein-fachsätzen. Es ist ein nicht ganz adäquater Ausdruck.

Es darf auf keinen Fall eine EBMisierung geben, sondern wir gehen davon aus, dass Budgetierungen, Mengenregelungen überhaupt keine Diskussionsgrundlage sind. Es muss die Möglichkeit von Fortschrittsklauseln geben. Es müssen Epidemieausgaben berücksichtigt werden. Wenn es eine EHEC-Versorgung gibt, dann fallen eben auf einem gewissen Gebiet mehr Forderungen an, die in irgendeiner Weise neu aufgearbeitet werden müssen. Diese Übernahme der Gebühren ist überhaupt keine Frage. Es gibt auch keine Mengenregulierung.

Wir wollen nicht, dass eine neue Gebührenordnung eine Unterpreisigkeit feststellt. Bei den 4.350 Positionen der neuen Gebührenordnung gegenüber 2.900 früher, bei den 1.012 Leistungen im Laborbereich kann es trotz der Simulationsberechnungen auch einmal zu Verwerfungen kommen. Das haben wir von vornherein eingepreist. Das wollen wir in der Übergangsphase der ersten drei Jahre nicht.

Wir wollen eine Kostenträgerzeitrechnung, denn Zeit ist Geld. Vor allen Dingen wollen wir damit einpreisen, wie viel Zeit der Arzt am Patienten und mit dem Patienten verbringt. Gleichzeitig wollen wir einpreisen, welche Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit beim Personal anfällt.

Die qualifizierte Erbringung einer Leistung bedeutet auch, dass man nicht sagt, man mache das im Schnitt so oder so, sondern dass man die Individualität berücksichtigt. Deswegen gibt es ganz andere Zuschlagsleistungen, auf die ich gleich noch zurückkommen werde.

Wir haben keine Kostenträgerstückrechnung.

Der Arztbereich ist die wichtigste Komponente bei der Kostenträgerzeitrechnung, die wir berücksichtigen. Aber natürlich müssen wir auch alle weiteren Ressourcen bei der Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit berücksichtigen, beispielsweise Personaleinsatz, technische Leistungen, Gemeinkosten. Die Wertschätzung der ärztlichen Leistungen ist der primäre Punkt in diesem Bereich. Das ist doch auch klar.

Wir haben nicht nur den Arztlohn und die Nettojahresarbeitszeit auf den verschiedenen Ebenen berücksichtigt, sondern auch Haftpflichtfaktoren und Produktivitätsfaktoren. Wir haben alles eingepreist, was möglich ist. Das wird auch akzeptiert. Das haben wir schon oft mit der PKV besprochen. Die Gespräche laufen rund, sie sind auf Zukunftsziele hin orientiert worden. Sie sind nicht unter dem Aspekt der Kostenneutralität zu führen.

Sie sehen hier eine Aufstellung der personellen und technischen Leistungskomponenten. Bei den technischen Leistungskomponenten geht es beispielsweise um die kalkulatorische Nutzungsdauer, um die Miete, um die Flächen, um kalkulatorische Zinsen. Wir haben versucht, das additive Feld umfänglich für die Entgeltsituation herauszuarbeiten, damit man nicht sagen kann, wir wollten uns nur in irgendeiner Weise bereichern. Das ist alles im Einzelnen darstellbar.

Ich zeige Ihnen jetzt eine Aufstellung der Verbesserungen im Kapitel B „Grundleistungen“. Es geht dort unter anderem um eine Neuordnung der Besuchsleistungen, um eine Neuordnung der Zuschläge zu Unzeiten sowie des Kinderzuschlags.

In den Verhandlungen ist klar geworden, dass die Öffnungsklausel nicht mehr diskutiert wird. Sie ist weg.

Der Steigerungsfaktor bleibt erhalten. Wir müssen sehen, in welchen Bereichen wann die Begründung beginnt. Zum 2,3-fachen robusten Einzelsatz, den wir ausgehandelt haben, kommen die Multiplikatoren hinzu, wie Sie das gewohnt sind.

Es ist ganz wichtig, dass Sie heute aus den Diskussionen mit dem Ministerium mitnehmen, dass wir festgelegt haben, dass wir keine Selbstverwaltungslösung wollen, dass wir es irgendwie untereinander aushandeln und unser zukünftiges System vielleicht gerichtlich eingeklagt werden muss. Es gibt auch keine Verhandlungslösung. Es bleibt bei der alten Situation von § 11 der Bundesärzteordnung, dass die Selbstverantwortung beim BMG liegt und dass der Verordnungsgeber eine Gebührenordnung an uns heranbringt.

Das Einzige, was sich ändert, ist, dass wir in § 11 Untergruppierungen vornehmen mussten, um zu zeigen, wie wir eine Pflege des Systems durchführen, wie wir die Analogziffern – sie bleiben bestehen – umsetzen.

Ich weiß, dass es ein bisschen schwierig ist, sich an einem Tag wie diesem, da wir eine so gute Eröffnungsveranstaltung hatten, mit diesem trockenen Thema auseinanderzusetzen. Aber Sie möchten ja informiert werden. Deswegen bitte ich Sie, noch ein klein wenig Konzentration aufzubringen.

Unter den Verbesserungen im Kapitel B „Grundleistungen“ finden Sie auch die Berücksichtigung des hausärztlichen Versorgungsbedarfs in eigenen Gebührenpositionen. Hier nenne ich beispielhaft das geriatrische Assessment. Planung und Koordination von Aufgaben sowie Schulungen haben eine ganz andere Einpreisung erfahren, weil wir natürlich nicht wollen, dass Sie Dienste machen, die nicht abgerechnet werden können. Wir haben auch die multiprofessionellen Konsile bzw. Konferenzen, die in der neuen digitalen Welt auftauchen, mit eingepreist.

Damit komme ich zu den Beispielen. Bisher schlägt die Besuchsleistung nach Nummer 50 mit 42,90 Euro zu Buche. Hinzu kommen Unzeitzuschläge. Bei der neuen GOÄ bringt die Nummer 44 eine Erhöhung des Entgelts. Es gibt Zeitzuschläge auf der klaren Basis der Kostenträgerzeitrechnung. Auch hier gibt es Unzeitzuschläge.

Auf dieser Folie sehen Sie vier Fälle der Besuchsleistung im Vergleich aufgeführt, unterteilt nach jetziger GOÄ und neuer GOÄ. Sie sehen, dass wir natürlich wollen, dass es ein Add-on gibt. 30 Jahre Ruhe bei einer Gebührenordnung sind ja katastrophal. Wir müssen zusehen, dass wir eine ehrliche, faire und nachvollziehbare Gebührenordnung schaffen, damit man uns nicht sagt: Ihr wollt nur mit Daumenparametern die Zeit von 30 Jahren überbrücken. Die Übergangslösung mit einem Inflationsausgleich ist auf Seite 3 des Vorstandsantrags I-01 angesprochen.

Im Zusammenhang mit der Todesfeststellung müssen wir eine vom Ministerium abgesegnete neue Gebührenstaffelung haben, die uns eine klare Rechnungslegung ermöglicht, damit wir nicht in einen grauen Bereich der nicht nachvollziehbaren Abrechnung kommen. Sie sehen hier vier Beispiele, anhand deren Sie die Entwicklung ablesen können. Wenn es jetzt 51 Euro plus Wegegeld gibt, sollen es nach der neuen Gebührenordnung gut 202 Euro plus Wegegeld sein. Da bewegt sich auch viel.

Ich komme zu den Kinderzuschlägen. Sie sehen die Steigerungen beim robusten Einzelsatz gegenüber der bisherigen GOÄ. Die spezifische Beratungsleistung kann man mehrfach berechnen. Bei der homöopathischen Erstanamnese steigt die Vergütung von jetzt knapp 118 Euro auf etwas über 183 Euro. Die Minstdauer beträgt eine Stunde. Das ist natürlich auch für jeden sonst abrechenbar.

Bei den sonografischen Leistungen scheint es nach der Tabelle bei der Ultraschalluntersuchung zukünftig einen geringeren Satz zu geben. Aber zukünftig wird bei der Ziffer 420 bei bis zu drei weiteren Organen je Organ ein Zuschlag von knapp 7 Euro möglich sein. Zukünftig wird ein Kinderzuschlag K1 in Höhe von gut 12 Euro möglich sein. Bisher gibt es keinen Kinderzuschlag.

In der Pneumologie wird der Betrag für die oxymetrische Untersuchung eigentlich sehr stark gesenkt. Dafür hat die Ziffer 602 eine ganz andere Dimension. Die Kernzeit von fünf Minuten stellt eine sehr gute Ebene dar.

Bei der spiroergometrischen Untersuchung gibt es, besonders unter Berücksichtigung des Kinderzuschlags, eine starke Veränderung.

Bei der Strahlendiagnostik gibt es hinsichtlich der Brustorgane-Übersicht ein Add-on.

Haben Sie das Vertrauen, dass die drei Personen, die ich vorhin genannt habe, versuchen, die ärztliche Arbeit angemessen einzupreisen. Haben Sie auch das Vertrauen, dass wir uns nicht über den Leisten ziehen lassen. Wir haben zurzeit Verhandlungspartner, mit denen wir wirklich gut umgehen können.

Beim Antrag I-01 ist die Übergangslösung in Form des Inflationsausgleichs vorgesehen. Wir haben aufgrund der Inflation einen Verlust von 31,8 Prozent. Das ist sehr, sehr viel Geld. Das ist eigentlich auch relativ ungehörig. Wir werden das nie wieder ganz aufholen können, aber wir werden es zum Anlass nehmen, entsprechend dem Antrag I-01 den Inflationsausgleich durch eine Übergangslösung zumindest teilweise herbeizuführen. Wir möchten da für den Antrag I-08 ein starkes Votum erhalten. Es geht ja nicht nur um die Bundesebene, sondern auch die Länderebene ist betroffen. Es muss ja nicht nur das Bundesministerium zustimmen, sondern auch die Bundesländer-Kommission und die Landesärztekammern wegen der Beihilfe.

Es wäre schön, wenn wir Sie davon überzeugen könnten, dass Sie mit der neuen GOÄ nicht benachteiligt sind, sondern ein richtiges Add-on gegenüber der alten ausgelutschten Gebührenordnung haben. Die alte Gebührenordnung ist weder weiterzuentwickeln noch zu verhandeln. Sie ist auch nicht transparent. Sie kriminalisiert eher. Wir müssen hier proaktiv vorgehen. Wir sind Ihre gewählten Verhandler. Wir wollen dieses Vertrauen nicht zerstören. Wir bitten um Ihr weiteres Vertrauen mit einem starken Votum dieses Hohen Hauses.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Theo. – Das Wort hat jetzt der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Bernhard Rochell.

Dr. Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte Ihnen einen kurzen Überblick über die bisherige Historie geben. Es wird immer wieder völlig zu Recht gefragt: Warum dauert das so lange? Woran liegt das denn? Ich möchte Ihnen berichten über den aktuellen Stand der Verhandlungen mit dem PKV-Verband bzw. über die Perspektive, wie es weitergehen kann, wenn Herr Gröhe seine optimistischen Aussagen von heute Morgen hoffentlich wahrmacht.

Im Koalitionsvertrag der im vergangenen Jahr abgelösten schwarz-gelben Koalition wurde die Novellierung der GOÄ im Konzert mit der Novellierung der GOZ ausdrücklich als Ziel genannt, wobei die damalige Bundesregierung schnell die Reihenfolge festgelegt hatte: GOZ – in Klammern gesagt: als besser beherrschbares Risiko aus der Sicht der Politik – vor GOÄ. Die GOZ-Novelle ist im Jahr 2011 auf den Verordnungsweg gebracht worden. Man hat sich entsprechend der Reihenfolge im Jahr 2011 auch mit den Partnern der privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer zusammengesetzt und vonseiten der Politik die Anforderung gestellt, dass sich beide Seiten, also Bundesärztekammer und PKV-Verband, erst auf ein gemeinsames Konzept zur Novellierung der GOÄ einigen müssen, bevor irgendetwas auf der politischen Ebene läuft. Das war als zwingende Voraussetzung erklärt worden.

Weiterhin hatte man aus Sicht der Politik die Vorstellung: Wir formulieren es salopp als „Highlander-Prinzip“, dass nur eines von beiden Modellen, also entweder Reinkultur PKV-Verband oder Reinkultur Bundesärztekammer, diesen Konsensprozess überleben könne. Es war natürlich absehbar, dass dies vielleicht nicht so ganz das richtige Konzept sein konnte, dass eine Seite ihre Vorstellungen vollständig über Bord wirft und der anderen Seite zustimmt.

Im Jahr 2011 haben Sie entsprechend einer Vorlage des Vorstands die Entschlie-ßung gefasst, die besagt, dass die GOÄ unverzüglich novelliert werden soll. Es soll ein betriebswirtschaftlich sauber kalkuliertes Konzept der neuen GOÄ zugrunde liegen. Sie haben sich sogar darauf besonnen, sich zu einer Verhandlungsstruktur zu äußern, indem der Antrag, der zur Entschlie-ßung wurde, ausdrücklich vorsieht, dass man eine Art privatärztlichen Bewertungsausschuss bildet, der die permanente Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ zukünftig übernimmt. Dabei hat man damals wohl ein kleines schielendes Auge auf Strukturen im SGB V geworfen. Darauf komme ich später noch zurück.

Weitere Entschlie-ßungen sagen ebenfalls: zügig eine neue GOÄ, in Kombination mit der klaren Aussage: keine Öffnungsklausel.

Das ist im Jahr 2011 mit den drei Anträgen zusätzlich zum Vorstandsantrag gefordert worden.

Nachdem das „Highlander-Prinzip“ verworfen wurde und wir eigentlich schon vor der Aufgabe standen, wurde im März/April 2012 auf Spitzenebene ein sogenannter Letter of Intent abgefasst, der schon damals die Aussicht auf die Entwicklung eines gemeinsamen Integrationsmodells auf Basis des Modells der Bundesärztekammer vorsah, natürlich unter der Voraussetzung, dass in das Modell der Bundesärztekammer die PKV ihre Vorstellungen einbringen kann.

Im Mai 2012 gab es eine ernüchternde Verlautbarung aus der Politik, dass die GOÄ-Novelle entgegen der Ankündigung im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Bundes-

regierung in der in 2013 endenden Legislaturperiode nicht mehr umsetzbar sei. Wir haben im zweiten Halbjahr 2012 sehr aufwendige und sehr frustrierte Verhandlungen mit dem PKV-Verband geführt, die mehr oder weniger ergebnislos blieben.

Dementsprechend haben Sie uns in Ihrer Entschließung aus dem Jahr 2012, die sich mehr an die Politik richtet, den PKV-Verband an den Verhandlungstisch zurückzubringen, auf die ursprünglich verabschiedete Linie hinweisen wollen, mit dem Appell, dass vonseiten der PKV Bewegung ins Spiel kommen muss.

Nachdem, wie gesagt, im zweiten Halbjahr 2012 die Verhandlungen frustriert verliefen, haben wir als einseitige Initiative an die Bundesregierung die Forderung gerichtet, den GOÄ-Punktwert entsprechend einem Inflationsausgleich zu erhöhen. Unser Präsident Montgomery hat das im Dezember 2012 an den damaligen Bundesgesundheitsminister Bahr herangetragen. Dann hat Bundesgesundheitsminister Bahr beim Neujahrsempfang 2013 der Bundesärztekammer bereits eine Absage erteilt. Diese Absage wurde erneuert, nachdem der Deutsche Ärztetag im Jahr 2013 sich diese Forderung der Bundesärztekammer zu Eigen gemacht hatte. Das wurde durch einen weiteren Antrag bestätigt.

Wir haben diese Forderung nach dem Deutschen Ärztetag erneuert. Wir haben aber auch erneut eine klare Absage vonseiten der Politik, und zwar sowohl vom Bund als auch von den Ländern, erfahren.

Seit Juni 2013 herrscht ein bisschen Glasnost bei den Gesprächen mit dem PKV-Verband. Herr Bahr persönlich hat uns wiederholt dringend dazu aufgefordert, die Beratungen zwischen PKV und Bundesärztekammer wieder aufzunehmen und einen Kompromiss vorzulegen, dem sich die Bundesregierung und der Bundesrat nicht verweigern könnten. Entsprechend dieser Aufforderung haben wir die Beratungen wieder aufgenommen und haben es in diesem Anlauf geschafft, bis zum November 2013 eine Rahmenvereinbarung abzuschließen. Sie mögen die gemeinsamen Ziele mit den Zielen, die Theo Windhorst gerade vorgestellt hat, was die Grundlage einer gemeinsamen Version werden soll, vergleichen. Sie werden feststellen, dass die wesentlichen Ziele als gemeinsame Ziele in die gemeinsame Rahmenvereinbarung übernommen werden konnten, nämlich die Ablösung der vollständig überalterten GOÄ, die Stärkung der Transparenz, der Abrechnungssicherheit und der Verständlichkeit. Wenn Sie heutzutage auf der Basis der zwischen beiden Seiten im Konsultationsausschuss Ärzte vereinbarten Analogbewertung abrechnen, versteht Sie der Patient möglicherweise schon nicht mehr, obwohl Sie sich als abrechnende Ärztin oder abrechnender Arzt vollständig im legalen Bereich bewegen.

Wenn Sie beispielsweise eine Tumorprostatektomie durchführen, finden Sie für die modernen Verfahren keine adäquate GOÄ-Ziffer. Sie finden aber eine geeignete Analogziffer, die allerdings eine herzchirurgische Operation betrifft. Auch wenn die Krankenversicherung oder die Beihilfe versteht, dass Sie korrekt abgerechnet haben, hat der Patient, der die Rechnung zuerst sieht, die Frage: Warum habe ich als Urologiepatient eine Herzoperation auf der Rechnung stehen? Dass einem das Herz auch einmal in die Hose rutschen kann, mag aus diesem Umstand abgeleitet sein. Das kann aber in der heutigen Zeit nicht mehr vermittelt werden. Die Analogabrechnungen werden eher zur Regel als zur Ausnahme. Sie sind leider auch dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht automatisch vom Kostenträger anerkannt werden. Es gibt zunehmend Probleme durch Abrechnungsstreitigkeiten, die gegebenenfalls gerichtlich ausgetragen werden müssen. Das wird zunehmend zur Regel.

Inhalt der Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novelle sind auch die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege, damit Innovationen künftig frühzeitig aufgenommen werden. Die GOÄ soll modern bleiben. Deswegen soll sie künftig regelmäßig angepasst werden. Sie soll insbesondere auch nicht Innovationen, die noch nicht in der GOÄ abgebildet sind, verhindern. Deshalb hat man sich darauf verständigt, ausdrücklich das Instrument der Analogbewertung beizubehalten und weiter die Möglichkeit zu schaffen, dass neue Leistungen, die erbracht werden, auch abgerechnet werden können.

Der Unterschied wird nur sein, dass wir relevante, medizinisch bedeutsame oder sehr umsatzstarke Innovationen bald in eine spezielle GOÄ-Ziffer übernehmen wollen, damit die Unsicherheiten, die im Konzert mit einer Analogabrechnung auftreten, durch eine klare eigenständige GOÄ-Ziffer abgelöst werden können.

Ein ganz wesentlicher zentraler Gegenstand der Rahmenvereinbarung – das haben Sie zu Recht in den Entschlüssen der vergangenen Jahre und in den zu diesem 117. Deutschen Ärztetag geführten Diskussionen verlangt – ist die Forderung, dass der gesetzliche Interessenausgleich nach § 11 Satz 3 der Bundesärzteordnung auch künftig erhalten bleibt. Das ist schon geschehen. Beide Partner haben sich in der Rahmenvereinbarung darauf geeinigt, dass dieser Interessenausgleich zentrale Grundlage der künftigen GOÄ bleibt, und zwar in der Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte: einerseits keine ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten, andererseits eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Ein Wort zur Gremienstruktur, die man sich vorgestellt hat. Dabei geht es insbesondere um die Frage: Wie kann man die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ bewerkstelligen? Hierbei sind auch Ängste geäußert worden. Diese Ängste bestehen zu Recht. Ich kann Ihnen erfreulicherweise mitteilen, dass wir den Bewertungsausschuss Ärzte, wie wir ihn im EBM-Bereich kennen, für die GOÄ neu erfinden. Ich komme zurück auf Ihre Entscheidung aus dem Jahr 2011, in der der Aufbau eines privatärztlichen Bewertungsausschusses mit Schlichtungsfunktionen gefordert wurde. Wir sind nun ein paar Jahre schlauer. Aus meiner Vergangenheit als Honorardezernent der Kassenärztlichen Bundesvereinigung halte ich die Lösung mit dem Bewertungsausschuss Ärzte für durchaus problematisch. Wenn man hier in strittige Bereiche kommt, wird der sogenannte Bewertungsausschuss, der zu gleichen Teilen mit KBV-Vertretern und Vertretern des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung besetzt ist, der eigentlich zu einer einvernehmlichen Beschlussfassung verpflichtet ist, um zwei weitere neutrale Mitglieder und einen neutralen Vorsitzenden erweitert.

Dann geht es mit schwindelerregender Geschwindigkeit bei streitigen Sachverhalten bei ganz bedeutsamen Angelegenheiten plötzlich zu einer Beschlussfassung, die im Grunde durch die winzige Mehrheit des Schlichters, der entsprechende Verantwortung übernehmen muss, entschieden wird. Das Ganze tritt dann sofort in Kraft.

Wir haben mittlerweile erlebt, dass bei ganz wesentlichen Entscheidungen mehr zur Regel als zur Ausnahme wurde, dass die jeweils unterlegene Seite eher regelmäßig als ausnahmsweise zum Landessozialgericht Berlin-Brandenburg zieht, um gerichtlich gegen diese Entscheidung vorzugehen. Wenn zwei bis vier Jahre später in höchster Instanz entschieden wird oder eine Zurückverweisung erfolgt, hat man alles andere als eine Rechtssicherheit. Das wollen wir ausdrücklich nicht in der privatme-

dizinischen Versorgung. Das wollen wir nicht als Instrument für die Weiterentwicklung der GOÄ kopieren. Wir wollen aber mit dieser Gemeinsamen Kommission, die paritätisch mit Vertretern der Bundesärztekammer und des PKV-Verbands besetzt sein soll unter Einbeziehung von Vertretern der Beihilfe, einvernehmliche Empfehlungen an das Ministerium für Gesundheit formulieren können, die das Ministerium als Verordnungsgeber mit Letztverantwortung für die weitere Pflege der GOÄ als Grundlage benutzen kann. Wenn es streitige Sachverhalte in der Gemeinsamen Kommission gibt, soll es zwar die Option geben, einen Vermittler einzuschalten. Aber Vermittlung bedeutet nicht Schlichtung. Es soll also keine Schlichtung mit einem wirksamen Beschluss am Ende geben, sondern der Vermittler kann beide Seiten durch intelligente Vorschläge zusammenführen. Wenn beide Seiten zustimmen, kann das Ministerium auf dieser Grundlage eine Verordnung erlassen. Wenn aber beide Seiten ihrer ursprünglichen Meinung treu bleiben, sollen sie sich auch nicht verbiegen. Dann muss eben das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage der strittigen Situation versuchen, einen möglichst guten Interessenausgleich zu erzielen. Das ist ja auch die eigentliche Aufgabe der Politik.

Es handelt sich also ausdrücklich nicht um eine Kopie des Bewertungsausschusses oder des Erweiterten Bewertungsausschusses Ärzte. Die Anträge, die Sie in diese Richtung gestellt haben, können wir vollinhaltlich unterstützen. Genau das wollten wir nämlich auch nicht. Deswegen haben wir es so festgelegt.

Ihnen liegt der Text des Doppelinterviews vor. Herr Dükers hat mir gesagt, dass es sich hierbei um eine neue Form der journalistischen Arbeit handelt. Sie finden dort keine Antworten König und Rochell, sondern Sie finden dort bis auf den Punkt abgestimmte Antworten von beiden. Es war nicht leicht, das hinzubekommen. Sie können daraus den Eindruck für Ihre weiteren Beschlüsse gewinnen, was wir schaffen können und was wir nicht schaffen können. Das sind Kompromissantworten.

Sie finden die PKV in Fragen der Beratungsstruktur mit uns ganz einig. Man will den Bewertungsausschuss EBM, wie er im SGB V zu finden ist, nicht kopieren. Man sieht das als Kontrapunkt.

Wie geht es weiter? Wir haben vor, uns auf eine gemeinsame Gesetzesinitiative zu einigen, die wir dann an den Gesetzgeber herantragen. Man hat uns in dem von Herrn Windhorst erwähnten Gespräch im Ministerium gesagt: Wir finden es toll, dass sich beide Seiten einig sind. Holt auch noch die Beihilfe als dritten Partner hinzu, dann werden wir auch handelseinig. Das hat Herr Gröhe heute auch noch einmal dargestellt. Wir wollen die Beihilfe davon überzeugen, dass sie der Rahmenvereinbarung und den dort formulierten Zielen beitreten und die gemeinsame Initiative unterstützen kann.

Weiterhin ist das optimistische Ziel – wer nicht fordert, der nicht fördert – formuliert, dass wir bis Ende 2014 einen gemeinsamen beschlussreifen Vorschlag von Bundesärztekammer und PKV zur GOÄ-Novelle bis ins Detail ausgearbeitet vorlegen. Wir erwarten jetzt von der Politik natürlich ein eindeutiges Signal, dass wir so vorgehen können. Diese Erwartung richtet sich ausdrücklich nicht nur an die Bundesregierung, sondern auch zumindest an die Mehrheit der Bundesländer, wenn die Beihilfe mit an Bord kommt, wozu es optimistische Erwartungen gibt.

Herr Windhorst hat Ihnen zugesagt: Bevor es zu einem Beschluss kommt, werden Ihnen alle wesentlichen Dinge noch einmal vorgelegt. Wir haben auf unserer Infor-

mationsveranstaltung am 5. Februar den anwesenden Berufsverbänden und Fachgesellschaften zugesagt, dass wir sie, bevor wir in die heiße Phase der Detailberatungen über einzelne Kapitel und einzelne Gebührenordnungen und deren Bewertung treten, noch einmal in unser Haus bitten, damit sie noch einmal einen prüfenden Blick auf das Ergebnis werfen und uns auf Fehler hinweisen können, auf Dinge, die nach ihrer letzten Anhörung – bei einigen war das im Jahr 2009 – zu aktualisieren sind. Das kann dann noch übernommen werden, damit wir tatsächlich eine neue GOÄ einbringen, die sich auf Ihre Akzeptanz stützt.

Das bedeutet eine Menge von Detailabstimmungen, und zwar auf der einen Seite mit Ihnen als Berufsverbänden und Fachgesellschaften, auf der anderen Seite mit der PKV. Nicht zuletzt mit Blick auf unseren Haushalt wollen wir Zeitverschwendung ersparen. Deshalb fordern wir an dieser Stelle erst das klare politische Signal ein, dass wir hier grünes Licht bekommen und spätestens am Ende der Legislaturperiode durch die Gesetzgebung und die Länder eine neue GOÄ in Kraft gesetzt bekommen.

Damit komme ich zur Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novelle. Wir würden uns gerne wünschen, diese GOÄ-Novelle allein für Sie gestalten zu können. Dann hätten wir, glaube ich, kaum Akzeptanzprobleme. Wir haben natürlich das Problem, dass hier ein Partner mit ins Boot zu holen ist. Die Politik hat uns eindeutig zu verstehen gegeben, dass sie fordert, dass wir uns mit dem PKV-Verband und der Beihilfe einigen.

Wir haben mit der PKV diese Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Da sind viele Ängste geäußert worden. Sie sprechen diese Ängste natürlich zu Recht in der Hinsicht aus, dass solche Ängste in der neuen GOÄ keinen Platz haben. Ich hoffe, dass ich Sie überzeugen kann, dass die Ängste in Bezug auf die Rahmenvereinbarung nicht berechtigt sind. Hier haben wir die Ängste eigentlich ausgeschlossen.

Ich möchte noch auf die wesentlichen Punkte eingehen, und zwar zunächst auf die Mengensteuerung und das Globalbudget. Ich habe gestern Abend erstmalig gehört, dass das Gerücht in Umlauf ist, dass da ein Floaten des GOÄ-Punktwerts vereinbart wurde. Ich ersehe aus einem Entschließungsantrag, dass vereinbart worden sein soll, dass bei einer Morbiditätssteigerung die Bewertung der Leistungen sinkt. Die Forderung, dass wir so etwas nicht hinnehmen dürfen, ist absolut berechtigt. Das findet sich aber auch an keiner Stelle der Vereinbarung.

Wir haben natürlich das Problem, dass die Partner dieser Vereinbarung auf der Seite der Kostenträger fordern, dass sie die Möglichkeit haben, bei ungerechtfertigten Honorarsteigerungen gegensteuern zu können. Es gab ursprünglich auch die Forderung – deswegen ist das sicher auch als Problempunkt angesprochen worden –, dass die PKV ursprünglich durchaus mit solchen Positionen angetreten ist. Wir haben aber statt Mengensteuerung und Globalbudget – das würde bedeuten, dass es, wenn eine gewisse Schwelle erreicht wurde, automatisch eine Abbewertung gibt – ein Monitoring vereinbart, bei dem sich die Situation so darstellt: Es gibt einen Erwartungswert, der mit einem Korridor umgeben wird. Sie werden möglicherweise sagen: Da haben wir schon das Budget. Das ist aber nicht der Fall.

Bei einem Budget gibt es ja nicht die Möglichkeit, bei einer Unterschreitung der Verlaufserwartung eine Aufwertung der GOÄ zu verlangen, weil es bei bestimmten Arztgruppen aufgrund von kurzfristigen Kostenentwicklungen oder Fehlauseinandersetzungen in der Legende oder in den Bewertungen der GOÄ Probleme gibt.

Beide Seiten können hier neutral intervenieren. Sie können, wenn dieser Korridor, der auch noch festzulegen ist, über- oder unterschritten ist, die Frage stellen: Ist die Bewertung noch sachgerecht? Dann erfolgt entgegen der Budgetphilosophie keine automatische Kürzung oder Erhöhung, sondern es findet erst einmal eine Ursachenanalyse statt, ob die gestellte Frage berechtigt ist.

Wenn festgestellt wird, dass die Überschreitung eines solchen Wertes durch unerwartete Honorarzuwächse erklärt werden kann, weil ein entsprechender Behandlungsbedarf abgerufen wurde, da beispielsweise eine Epidemie aufgetreten ist, wird keinerlei Intervention erfolgen. Wenn aber ein Fehler bei der Legendierung in den Abrechnungsbestimmungen oder aber bei den Bewertungen festgestellt wird – wie gesagt: das gilt in beide Richtungen –, wird das korrigiert, weil wir uns zuvor darauf geeinigt haben, dass das keine sachgerechte Entwicklung war.

Ich komme zu der Frage: Pauschalierung wie im EBM? Die GOÄ ist und bleibt eine Einzelleistungsvergütung. Das wurde vereinbart. Es wurde vereinbart, dass gegebenenfalls arzt- und ablaufbezogene Leistungskomplexe gebildet werden können, wenn regelhaft Einzelleistungen in einer Kette aneinandergereiht werden. Das finden Sie in der GOÄ bereits jetzt bei den operativen Leistungen. Wir meinen, es ist eigentlich eher eine Maßnahme der Entbürokratisierung, dass wir, wenn eine Leistungskette immer gleich abläuft, die einzelnen Bestandteile dieser Leistungskette in einem Komplex zusammenfassen und nicht jede Handreichung in der GOÄ einzeln abbilden. Eine Pauschalierung wie im EBM durch Quartalspauschalen, die auf einen Mittelwert der gesamten Patientenbehandlung kalkuliert werden, werden Sie in der künftigen GOÄ mit uns nicht finden, denn das wäre nicht sachgerecht. Sie haben einen individuellen Behandlungsvertrag mit einer Patientin oder einem Patienten und die Leistungen, die dort erbracht worden sind, müssen adäquat sowohl in ihrer Abbildung als auch in ihrer Bewertung abgebildet und abgerechnet werden. Hier liegt kein kollektivvertragliches Geschehen wie beim EBM vor.

Eine weitere Frage betrifft die Begrenzung des Leistungskatalogs. Hier gibt es die Angst: Werden Innovationen nicht mehr zugelassen? Bekommen wir ein Zulassungsverfahren wie beim G-BA im vertragsärztlichen Bereich? Auch das wird nicht kommen. Wir haben gesagt: Die Analogabrechnungen gelten weiter. Was wir allerdings machen wollen, ist – darauf habe ich vorhin hingewiesen –, dass wichtige neue Leistungen möglichst schnell mit eigenständigen Gebührenziffern abgebildet werden, damit eine klare Abrechnungsgrundlage geschaffen wird.

Ich komme zur Angst vor einem Preisdumping. Mit dem Begriff der Öffnungsklausel war auf unserer Seite immer die Furcht verbunden – das haben Sie in Ihren Entschlüssen wiederholt deutlich gemacht –, dass eine Preisspirale nach unten zur Unterschreitung der GOÄ auf der Basis von privatmedizinischen Selektivverträgen geduldet wird. Wir haben das in der gemeinsamen Vereinbarung dadurch geregelt, dass wir uns einerseits auf nicht unterschreitbare robuste Einzelsätze und andererseits darauf geeinigt haben, dass es durchaus möglich ist, modellhaft neue Versorgungselemente zu testen. Wenn sie ankommen und sich bewähren, können sie in die Gesamt-GOÄ übernommen werden. Wenn wir nicht die gesamte Phalanx der Krankenversicherer auf unsere Seite bekommen, können wir in kleinerem Rahmen solche Modelle erproben.

Es gibt eine Einvernehmensvoraussetzung. Das heißt, man kann uns hier nicht überstimmen, sondern muss uns abholen. Wir werden hier Regelungen, die ärztlich nicht

akzeptabel sind, nicht erproben. Wir sehen es als echte beidseitige Chance an, neue Versorgungsansätze zu erproben und bei deren Bewährung schnell zu übernehmen. Das ist ein Muster, das es jetzt im GKV-Bereich so noch nicht gibt.

Die Frage, ob es eine Selbstverwaltung wie beim EBM geben soll, habe ich gerade ausführlich beantwortet.

Es wurde auch die Frage nach einem möglichen Datenmissbrauch gestellt. Es wurden im Vorfeld Forderungen nach einem Bewertungsinstitut laut. Dieses wird es nicht geben, sondern wir sagen: Wir brauchen, wenn wir die GOÄ gemeinsam weiterentwickeln und pflegen wollen, eine gemeinsame akzeptable Datengrundlage. Sie soll durch eine Datenstelle geschaffen werden, die wir uns – da danken wir sehr der FMH – entsprechend dem Vorbild der schweizerischen Datenstelle für den TARMED vorstellen, wo drei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sitzen und mit einem schmalstmöglichen Budget die gemeinsame Datengrundlage erarbeiten. Die Daten werden nach bestimmten Fristen wieder gelöscht. Es wird also keine gläserne Arztpraxis bzw. eine gläserne Patientensituation mit Langzeitbeobachtung geben.

Deshalb beantworten wir an dieser Stelle die Ängste mit Nein. Wir sehen keine Grundlage, dass sie aus der Rahmenvereinbarung abgelesen werden können. Wir sind der Überzeugung, dass wir das Entstehen dieser Ängste verhindert haben.

Es stellt sich die Frage: Was tun? Mit der Rahmenvereinbarung entspricht die Bundesärztekammer eigentlich der Beschlussfassung aus den Jahren 2011 und 2012: betriebswirtschaftliche Kalkulation. Es gibt eine Ausnahme: Den Bewertungsausschuss Ärzte im EBM haben wir ausdrücklich nicht kopiert, sondern wir haben hier weiterhin nur eine strukturierte Beratung im Sinne einer Arbeitsstruktur zwischen PKV und Bundesärztekammer geschaffen.

Die Politik unterstützt das gemeinsame Konzept, soweit auch die Beihilfe „mitmacht“. Das müssen Sie natürlich auch mit einbeziehen. Sie müssen allerdings auch berücksichtigen, dass die Politik einseitigen Initiativen der Bundesärztekammer nach dem Motto „Redet nur mit uns, andere gehören gar nicht an den Tisch“ eine klare Absage erteilt hat. Das gilt auch für die neue Bundesregierung. Sie hat leider auch wiederholt einer GOÄ-Punktwertanhebung eine Absage erteilt.

Man kann natürlich überlegen, die alte GOÄ beizubehalten und zu sagen: Wir reaktivieren den Konsultationsausschuss „Gebührenordnung für Ärzte“, der im Grunde in den Schlaf versetzt wurde, weil er bei einzelnen Schritten zur Aufnahme neuer Leistungen nicht die notwendige Einigkeit herbeigeführt hat. Dann hätte man kurzfristig Ruhe. Das klingt zunächst verlockend. Aber die GOÄ wird nicht jünger. Die Abrechnungsprobleme, die Probleme, dass Sie Ihre Leistungen nach dem aktuellen medizinischen Standard nicht wiederfinden, wären nicht beseitigt. Wir werden sicher eher mehr als weniger Rechtsstreitigkeiten bekommen.

Die Gefahr, dass in einer anders konfigurierten Regierungskonstellation sehr schnell mit einem Federstrich die GOÄ abgeschafft würde und man sagen würde, man könne es auf der Grundlage des EBM mit ein paar Anpassungen mit abrechnen, würde größer.

Man muss abwägen, ob man dieses Risiko eingehen will. Dann hätten wir am Ende die Voll-EBMisierung der GOÄ.

Zum Schluss noch ein Wort zu dem Begriff des robusten Einzelsatzes, der nicht leicht zu verstehen ist. Wir können verstehen, dass Sie Ängste haben und sagen: Der Begriff „robuster Einzelsatz“ bedeutet, dass er robust ist, dass wir auch keinen Steigerungsfaktor mehr ansetzen können. Das wollen wir damit ausdrücklich nicht. Wir haben ausdrücklich das Weiterbestehen der Steigerungsfaktoren vorgesehen, dass Sie besonderen Aufwand, besondere Umstände der Erbringung, einen besonderen Zeitaufwand, besondere Schwierigkeiten geltend machen können. Der robuste Einzelsatz ist, wie wir es in der Vereinbarung niedergelegt haben, nicht unterschreitbar. Da ist er robust. Robust soll nach dem statistischen Vokabular auch heißen, dass wir die Leistungserbringung, wie sie sich im Regelfall darstellt, bewerten. Das soll zum Ziel haben, dass die Leistungen künftig nicht im – wie wir meinen – in der Regel hoffnungslos unterbewerteten Einzelsatz der jetzt gültigen GOÄ abgerechnet werden müssen, sondern dass Sie in der neuen GOÄ den Anspruch auf eine Vergütung haben müssen, die die Leistungserbringung im Regelfall entsprechend auskömmlich honoriert. Das steckt hinter dem Vokabular des robusten Einzelsatzes.

Wenn gesagt wird – ich glaube, auch das ist Gegenstand eines Entschließungsantrags –, dass wir bei den alten Einzelsätzen bleiben sollen, damit mehr der Steigerungsfaktor angewendet werden soll, geben wir aber auch die Forderung auf, dass die neue GOÄ eigentlich die Leitwährung sein soll. Eine Leitwährung muss die Leistung so bewerten, wie sie tatsächlich in der Regel erbracht wird. Wenn wir mit der Unterbewertung und einem üppiger ausgestatteten Steigerungsfaktor fortfahren, haben wir eine Teil-EBMisierung der GOÄ erreicht. Wir wollen aber eigentlich mit dieser Leitwährung eine GOÄisierung des EBM erreichen, weil dann auch darüber diskutiert werden kann, warum eine Leistung, wie sie im Regelfall erbracht wird, in der GOÄ höher bewertet wird als im EBM.

Ich habe Ihre Zeit sehr beansprucht. Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, wenn wir diesen Weg der Rahmenvereinbarung weiter beschreiten könnten, wenn Sie uns Ihre Zustimmung dazu geben könnten. Dann läge der Ball jetzt allerdings im Feld der Politik. Ich möchte Ihnen ausdrücklich ganz im Sinne von Herrn Windhorst zusichern – unser Präsident hat heute zum Freihandelsabkommen mit den USA ausgeführt, dass wir Transparenz und nicht Arroganz der Verhandler fordern –, dass wir Ihnen diese Transparenz sehr gern bieten würden. Wir bitten aber um Verständnis, dass wir das nicht in einer öffentlichen Sitzung darstellen, sondern wenn wir das Signal der Politik erhalten haben, würden wir Sie als Berufsverbände und Fachgesellschaften gern an unseren Tisch bitten und Ihnen vollständigen Einblick geben und auch eine umfassende Stellungnahme abgeben.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Bernd. – Meine Damen und Herren, Sie haben zwei Referate zu diesem Themenkreis gehört. Wir haben bereits eine wirklich beträchtliche Rednerliste. Wir steigen in die Debatte ein. Ich rufe als ersten Redner den Kollegen Wolfgang Wesiack aus Hamburg auf. Mir ist klar: Wenn wir diese Rednerliste abgearbeitet haben, wird keine Zeit mehr sein, heute über die Anträge abzustimmen. Dann beginnen wir morgen früh mit den Abstimmungen zu den Anträgen des heutigen Tagesordnungspunkts.

Wolfgang, du hast das Wort.

Dr. Wesiack, Hamburg: Zunächst ganz herzlichen Dank für diese ungeheure Arbeit, die hier geleistet wird und für die wir sehr, sehr dankbar sind. 27 Jahre sind ja eine lange Zeit. Eine neue GOÄ ist überfällig; das wissen wir alle. Wenn sie wirklich käme und wenn sie in einem arztsozialvertraglichen Rahmen käme, wären wir alle schon sehr zufrieden. Wir haben jetzt – ich auch – zum ersten Mal bestimmte Zahlen gehört. Ich möchte sie mit Ihnen durchgehen. Wir haben einen Inflationsverlust von insgesamt 31,8 Prozent, den wir hinnehmen müssen. Das ist bitter. Keiner von uns hat gedacht, dass wir jemals einen Inflationsausgleich bekommen. Diese 31,8 Prozent wollte ich hier doch noch einmal erwähnt haben.

Ich möchte darauf hinweisen, dass eine ganze Menge Elemente der alten GOÄ zum Teil durch die Hintertür mit hereinkommen. An dieser Stelle war ich Ihnen, Herr Rochell, sehr dankbar, dass Sie gesagt haben: Sie haben aus den Fehlern gelernt, die beim EBM gemacht wurden. Man kann wohl sagen, dass beim EBM eine Menge Fehler gemacht wurden. Deswegen wird die Kommission auf einer anderen Basis und auch mit einer anderen Strategie der Entscheidungen arbeiten. Das begrüße ich sehr.

Sie haben uns eine Reihe von Leistungen dargestellt, die zum Teil wichtig, zum Teil nicht so wichtig sind. Die Feststellung des Todes ist ja kein so großartiger Punkt. Erfahrungsgemäß hat man dieses Geld häufig sowieso nicht bekommen. Darauf möchte ich nur hinweisen. Ich denke, das könnte man bei einer Betrachtung durchaus weglassen.

Es findet ausdrücklich unsere Zustimmung, den sogenannten robusten Einzelsatz als Untergrenze festzuschreiben. Ich habe noch nicht herausbekommen: Gibt es noch eine Steigerung? Gibt es einen sechsfachen Satz, einen dreifachen Satz? Ist die Steigerung unendlich je nach Zeit? Dazu haben Sie nicht Stellung genommen. Das brauchen Sie nicht nachzuholen, denn wir sollten hier nicht die Einzelheiten besprechen. Dafür plädiere ich. Aber es ist schon wichtig zu wissen, welche Steigerungsmöglichkeiten man hat. Das möchte ich Ihnen mit auf den Weg geben.

Herr Rochell, Herr Windhorst, lieber Monti, ich sehe folgendes Problem. Wir haben bislang in der alten GOÄ den Verbotsvorbehalt.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Wolfgang, wir sind in dem Tagesordnungspunkt I. In diesem Tagesordnungspunkt hat Herr Lücke komplett die Redezeitbegrenzung beantragt.

Dr. Wesiack, Hamburg: Entschuldigung, dann halte ich mich selbstverständlich daran. Ich darf nur auf einen Punkt eingehen; anschließend kann ich mich ja noch einmal zu Wort melden.

Wir haben in der alten GOÄ den Verbotsvorbehalt: Alles, was in der Klinik nicht verboten ist, ist erlaubt und kann dann auch abgerechnet werden. Im EBM haben wir den Erlaubnisvorbehalt: Es muss alles erst erlaubt sein, bevor es abgerechnet wird.

Das hat es den Kliniken ermöglicht, medizinischen Fortschritt einzuführen, was im EBM nicht möglich war.

Meine Frage ist: Ist gewährleistet, dass der Verbotsvorbehalt in den Kliniken weiterhin vorhanden ist?

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke. Die Fragen werden nachher gemeinsam beantwortet. – Damit es für die folgenden Redner klar ist: Dank Herrn Lücke gibt es die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Der nächste Redner ist Wieland Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank, Herr Windhorst und Herr Rochell, für die Ausführungen. Ich habe den Eindruck: Sie wollten sich bemühen, hier Sorgen und Ängste in Bezug auf Dinge zu nehmen, die tatsächlich in der Rahmenvereinbarung stehen, an denen man Anstoß nehmen kann. Wenn Sie sagen, dass es bei der Novellierung der GOÄ keine EBMisierung geben soll, ist das beruhigend. Dann stünde doch auch nichts im Wege, dass das Parlament der deutschen Ärzteschaft auch heute feststellt, dass eine EBMisierung nicht implementiert werden soll. Ich glaube, das würde sehr beruhigen und sehr zum Konsens führen können.

Im Vorfeld dieser Diskussion möchte ich darauf hinweisen, dass Sie, Herr Windhorst, bereits vor zwei Jahren gefordert haben, dass es eine zweistellige Erhöhung im GOÄ-Korridor geben soll; das sei einhelliger Konsens in der GOÄ-Kommission der Bundesärztekammer gewesen. Dieses Ziel, das vor zwei Jahren vereinbart wurde, finden wir in der Rahmenvereinbarung nicht. Das gibt natürlich Anlass zu Irritationen. Es ist offenbar nicht gelungen, in den Verhandlungen mit den anderen Beteiligten eine zweistellige Erhöhung zu formulieren. Ich glaube, da haben Sie Nachbearbeitungsbedarf. Ich glaube, die Ärzteschaft ist es leid, über viele Jahre hinweg hingehalten zu werden und ständig reale Verluste hinnehmen zu müssen.

Ich glaube, viele Kolleginnen und Kollegen würden sich wünschen, dass der Streit über die Anpassung der alten GOÄ, wenn wir dann noch bei der alten GOÄ bleiben, so deutlich geführt wird, wie er beispielsweise für die Tarifautonomie des Marburger Bundes geführt wird. Ich glaube, wenn das so wäre, wären viele Kolleginnen und Kollegen von dem, was die Bundesärztekammer tut, angetan.

(Beifall)

Ich möchte jetzt nicht mehr auf einzelne Punkte eingehen. Wir haben kleine Ergänzungsanträge zum Vorstandsantrag eingebracht. Es wird dabei Wert darauf gelegt, dass die GOÄ ein elementarer Bestandteil, eine elementare Grundlage des freien Berufs Arzt bzw. Ärztin ist. Das muss auch so bleiben. Das muss auch in Abgrenzung zu anderen Berufen so bleiben, die gerade in der Zukunft eine Rolle spielen werden. Natürlich muss betriebswirtschaftlich gesehen eine anständige Versorgung der Patienten möglich sein.

Diese Punkte sind Inhalt der Ergänzungsanträge. Ich bitte Sie um Zustimmung.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. – Nächster Redner zum Thema GOÄ ist Dr. Ellis Huber aus Berlin.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie wundern sich, dass ich mich zur GOÄ äußere.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir wundern uns über gar nichts!

Dr. Huber, Berlin: Ich bin einfach begeistert von der Fleißarbeit und den Anstrengungen, die Grundlage der beiden Vorträge von Herrn Rochell und Herrn Windhorst sind. Das war wirklich Fleiß, Anstrengung. Ich wünsche nichts sehnlicher, als dass endlich diese GOÄ-Novelle kommt. Aber ich prophezeie Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen: Damit wird kein einziges Problem im Versorgungssystem der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung gelöst. Im Gegenteil, die Probleme stellen sich neu.

Wenn ich die ganze Fleißarbeit auf den Punkt bringen wollte, würde ich sagen: Leute, macht doch ein Zeithonorar und verbindet das mit einem Qualitätsmanagement, bei dem die Ergebnisse der ärztlichen Arbeit kontinuierlich kontrolliert werden. Gute Leistungen werden ausgezeichnet und vielleicht auch im Zeithonorar besser honoriert. Das wäre ein modernes System.

Sowohl das EBM- als auch das GOÄ-System sind tayloristische Ordnungsmuster, die von der Philosophie ausgehen, dass eine Optimierung im Detail die Qualität des Gesamten am stärksten erhöht. Genau das geht nicht. Das Ordnungsmuster der GOÄ zerstört die heute notwendige ärztliche Leistung. Sie desintegriert.

Die Zahl der NMR-CTs oder der Belastungs-EKGs in Düsseldorf ist kein Leistungsmaßstab, das ist ein Ressourcenvergeudungsmaßstab.

Sie müssen zur Kenntnis nehmen, dass die GOÄ und das Ziel, sie zu bekommen, eine gesundheitspolitische Fata Morgana der niedergelassenen Ärzteschaft in Deutschland darstellt. Die Kaufkraft pro Mensch in der GKV liegt gegenwärtig bei 2.800 Euro. Die Kaufkraft pro Mensch in der PKV liegt gegenwärtig bei 2.500 Euro. Sie bekommen also insgesamt im System weniger Geldressourcen aus der PKV und mehr aus der GKV. Wenn die PKV 20 Prozent mehr Ausgaben im ambulanten Sektor bekommt, bricht sie zusammen.

Herr Schwantes hat ja gezeigt, wie die Kasseneingriffe im Versorgungssystem aussehen. Ich erkläre Ihnen, warum Sie die GOÄ-Novelle politisch nicht bekommen: Dahinter steckt Angst. Nämlich die Angst, dass die Mengenentwicklung zum Platzen einer Blase führt, wie das in der Finanzwirtschaft der Fall war. Erst dann, wenn Sie aus dem gesamten GOÄ-System aussteigen und Zeithonorare einführen, wer-

den Sie wieder frei und können einen freien Beruf in sozialer Verantwortlichkeit ausfüllen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Ellis. Ich meine, das hast du vor ungefähr 30 Jahren schon einmal so gesagt. Es ist aber nicht eingetreten. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Herr Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Ich möchte gleich an Herrn Huber anknüpfen. Er hat ausgeführt, dass das Gesundheitssystem weiterhin funktionieren muss. Beim Thema GOÄ geht es aber darum, unser grundgesetzlich garantiertes Recht auf freie Berufsausübung realisieren zu können. Ich glaube auch nicht, dass das PKV-System, wenn die Kosten um 20 Prozent steigen würden, zusammenbrechen müsste. Wie Sie wahrscheinlich wissen, legt die PKV jedes Jahr ein Drittel ihrer Einnahmen in die Rückstellungen. Da liegen im Moment ungefähr 150 Milliarden Euro. Die Sorge um die PKV, wenn sie etwas mehr Geld ausgeben müsste, ist bei mir relativ beschränkt.

Ich möchte auf die Politik zurückkommen. Die Politik hat in der Vergangenheit von der Bundesärztekammer und dem Bundesverband der PKV erwartet, dass sie sich zusammenraufen. Diese Forderung aus der Politik konnte und kann ich nicht akzeptieren. Die PKV ist ein privates Unternehmen. Die Bundesärztekammer aber ist die Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften, nämlich von Ärztekammern. Die Bundesärztekammer in ein Rennen mit Privatunternehmen zu schicken und dann zu sagen, wir machen erst weiter, wenn ihr euch geeinigt habt, das ist in meinen Augen nicht das, was ich mir unter Staat und Gesellschaft vorstelle.

Der Verordnungsgeber ist, wie bereits Herr von Ascheraden sagte, der Verordnungsgeber. Er hat zu gewährleisten, dass unser Grundrecht auf freie Berufsausübung realisiert werden kann.

Auch ich habe ein bisschen das Gefühl, dass die neue GOÄ eine Fata Morgana ist. Wenn es so sein sollte, müssen wir uns andere Wege überlegen. Ich fand die Zahlen, die uns präsentiert wurden, sehr interessant. Ich muss sagen: Die Ausführungen haben mich mächtig beruhigt. Ich persönlich hatte aber auch gar nicht so große Zweifel.

Vielleicht können wir das, was von der Bundesärztekammer bisher erarbeitet wurde, schon in die Tat umsetzen, und zwar insofern, als man es einmal veröffentlicht. Ob die heutige GOÄ vielleicht grundgesetzwidrig ist, könnte man auch einmal in einem Verfahren klären, indem Ärzte ein anderes Honorar abrechnen. Oder man setzt einfach die neuen Gebührenordnungsziffern in die Tat um.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Dr. Hartwig Kohl aus Bayern ist der nächste Redner.

Dr. Kohl, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu einem Antrag, dessen Nummer mir nicht bekannt ist, weil er leider noch nicht vorliegt. Er trägt den Titel:

Erhalt der GOÄ als Identifikations- und Alleinstellungsmerkmal des freien Arztberufs

Sehr geehrter Herr Präsident, Sie wurden im „Deutschen Ärzteblatt“ vom Februar dieses Jahres mit den Worten zitiert: „Es kann nicht nur Gewinner geben.“ Diese Aussage verstehe ich nicht. Ich habe sie damals nicht verstanden und verstehe sie auch heute noch nicht. Die GOÄ ist, wie wir alle wissen, seit 30 Jahren unverändert. Es gab keinerlei Anpassung an die Kosten, an die Einkommensentwicklung, auch nicht an die Inflation. Aus diesem Grunde ist es höchste Zeit, dass eine Steigerung der Bewertung sämtlicher GOÄ-Leistungen durch eine GOÄ-Novelle erfolgt.

Deshalb hätte ich mir gewünscht, dass Sie damals gesagt hätten: Es darf im Zuge einer GOÄ-Novellierung keine Verlierer geben.

(Vereinzelt Beifall)

Herr Rochell und Herr Windhorst, auch ich erkenne an, dass Sie sehr viel Arbeit und Engagement in diese Sache gesteckt haben. Aber seien Sie bitte nicht böse, wenn es dazu auch Kritik gibt.

Sie sagen: Eine EBMisierung findet nicht statt. Was ist es denn, wenn Sie in die GOÄ steuernde Elemente einarbeiten, beispielsweise Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten oder unbegründeten Honorarentwicklungen, beispielsweise den Zeitbezug der Leistungspositionen oder die Einführung besonders förderungswürdiger Leistungen? Das ist eine EBMisierung.

Wenn die Kommission, bestehend aus der Bundesärztekammer und den KV-Verbänden, bestimmen soll, wie beispielsweise die strukturellen und fachlichen Voraussetzungen zur Erbringung ärztlicher Leistungen aussehen sollen, dann schaut für mich durchaus der G-BA bereits durch die Tür.

Sie haben von der doppelten Schutzfunktion der GOÄ gesprochen. Dies hat Frau Klakow-Franck seinerzeit etwas anders formuliert. Sie sagte, dass der Höchststeigerungssatz den Patienten vor einer Überforderung schützt und der Mindestsatz den Arzt vor unangemessen niedrigen Preisen. Das ist natürlich nur dann möglich, wenn wir eine Gebührenspreizung haben. Sie haben die Gebührenspreizung erwähnt, aber keine genauen Zahlen genannt, was der obere Satz ist. Es gibt nur diesen robusten Steigerungssatz. Das heißt für uns letztendlich: Es ist eine einzige Gebühreneinheit.

Sie können sicherlich dem Antrag zustimmen, in dem steht, dass wir keine EBMisierung wollen. Wir wollen auch keine Struktur ähnlich dem G-BA.

Deshalb bitte ich Sie um Zustimmung zu diesem Antrag.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Kohl. – Der nächste Redner ist Wilfried Schimanke.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin zunächst einmal sehr froh, dass die GOÄ nun endlich aus dem trägen Fahrwasser in ein etwas bewegteres Fahrwasser gekommen ist. Zufrieden bin ich damit allerdings noch lange nicht. Aus den Worten des Ministers, der sich selber den Zeitraum von einer Legislaturperiode bis zur Verabschiedung eingeräumt hat – das sind immerhin noch gut dreieinhalb Jahre –, aber auch aus den Worten von Herrn Rochell und Herrn Windhorst wurde mir aber auch klar, dass dieser Weg noch sehr weit ist, dass es sich bis zur Verabschiedung noch Jahre hinziehen kann.

Es gibt ein Problem, das uns als Vorstand in Mecklenburg-Vorpommern – ich bin überzeugt: viele andere hier im Saal auch – wiederholt beschäftigt, nämlich die Abrechnung der Leichenschau nach der Ziffer 100 in der jetzigen GOÄ. Wir wissen alle, dass diese Ziffer nicht einmal annähernd den Aufwand vergütet, der erforderlich ist. Wir wissen andererseits aber auch, dass wir als Kammer gehalten sind, auf die Einhaltung der GOÄ zu achten.

Das heißt, wir müssen manchmal Maßnahmen gegen unsere eigene Überzeugung gegenüber Kollegen ergreifen. Das möchte ich gern abgestellt wissen.

Andererseits gibt es eine Art rechtsfreien oder dunklen Raum, den wir dulden müssen, was uns auch nicht passt.

Wir möchten – das haben wir in einem Antrag formuliert –, dass die Regelung der Leichenschau, nur dieser isolierten Gebührenziffer, vorgezogen wird. Wir bitten den Vorstand der Bundesärztekammer, lieber Monti, ganz besonders dich, in den vielfältigen Gesprächen mit dem Ministerium Einfluss darauf zu nehmen, dass die Leichenschau endlich angemessen vergütet wird, damit die Kollegen für den Aufwand, den sie da betreiben, ein angemessenes Honorar erhalten.

Es gibt noch einen Gesichtspunkt, der die Sache vereinfachen könnte. Dieser Punkt der GOÄ trifft alle Versicherten, egal ob privat oder gesetzlich versichert. Jeder muss bezahlen. Also wird die Beihilfe wahrscheinlich keinen Widerspruch einlegen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie dem Antrag, den wir dazu eingebracht haben, zustimmen können.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Wilfried. Bei der Leichenschau könnte man auch argumentieren, dass sich die Situation durch neue Leichenschau-gesetze der Länder so verändert hat, dass das als Analogziffer heute ganz anders zu sehen wäre. Das ist ein interessanter Gedanke, auch in der alten GOÄ, solange sie nicht neu entwickelt wurde.

Frau Kollegin Christa Bartels aus Nordrhein ist die nächste Rednerin.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich trage Eulen nach Athen, wenn ich noch einmal erwähne: Die GOÄ ist eine Gebührenordnung für Ärzte und nicht für Nichtärzte. Wir haben gestern in der KBV diskutiert, dass wir einen Arzt light nicht wollen. Insofern sollten wir uns in der GOÄ abgrenzen von nicht ärztlichen Berufen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Bartels. – Jetzt bitte Frau Susanne Blessing aus Baden-Württemberg.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Vortrag hat wirklich eine Fleißarbeit aufgezeigt. Es sieht so aus, als sollten wir hier etwas geködert werden, einstimmig einen Vertrauensvorschuss zu geben. Es ist die Frage, ob dieser Vertrauensvorschuss gerechtfertigt ist. Vertrauen ist gut, aber wir haben schon Bedenken. Diese Bedenken sind eindeutig.

Der Inflationsverlust liegt bei ungefähr 30 Prozent. Es wurde ja zugegeben, dass dies auf keinen Fall ausgeglichen werden kann. Die Beispiele, die Sie gezeigt haben, waren sehr eindrucksvoll. Aber sie scheinen noch nicht endgültig zu sein.

Wir im Auditorium hatten das Gefühl, dass ein bisschen um den heißen Brei herumgeredet wurde, um uns eine Beruhigungspille zu geben, um ein Votum zu geben und Ihnen freie Hand zu lassen.

(Beifall)

Sie haben es gegen die Versicherungen, die im Prinzip Aktionärsunternehmen sind, und gegen die Beihilfe sicher nicht einfach. Ich sehe ein, dass es da sicher nicht einfach ist.

Wenn es heißt, es könne nicht nur Gewinner geben, und wenn ich die Zuschläge sehe, frage ich mich: Wo stecken in diesem Projekt die Kröten? Irgendwo muss es ja auch ein Minus geben. Wir hätten gern die entsprechende Transparenz, damit wir sehen, wo das große Plus ist und wo die Minuszahlen sind, die ja irgendwo versteckt sind. Um mehr Transparenz zu erzeugen, sollten Sie da ein bisschen mehr Daten liefern, damit wir dem auch vertrauen können.

Ich habe Bedenken gegen die Datenstelle. Das verselbstständigt sich irgendwie. Da wird sicher ein Algorithmus entwickelt, der wahrscheinlich von den privaten Versicherungen entwickelt wird. Das sind mathematische Modelle, die im Prinzip schwierig mit dem Versorgungsalltag abzugleichen sind. Natürlich können Sie sagen: Es gibt eine Epidemie, das kann man ausgleichen. Aber ich bin mir sicher, dass die Privatversicherungen ihren eigenen Algorithmus entwickeln werden. Sie werden es nicht einfach haben, dem etwas entgegenzuhalten.

Deswegen lautet mein Appell, uns mehr Transparenz zu bieten als diese schönen Beispiele. Es ist sicher erforderlich, bei der Leichenschau Veränderungen herbeizuführen, aber das allein ist ja nicht unser Alltag.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Blessing. – Als nächster Redner ist der Kollege Carsten König aus Nordrhein an der Reihe.

Dr. König MPH, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zwei Sätze zur Leichenschau sagen. Die Morgendämmerung nach 32 Jahren ist eine sehr sachte. Was keine Morgendämmerung bleiben sollte und bleiben darf, ist tatsächlich die Umsetzung der Abrechnung der Leichenschau. Die Abrechnung der Leichenschau betrifft nicht die PKV und nicht die Beihilfe. Ich darf Ihnen sagen: Landauf, landab brennt es den Kolleginnen und Kollegen auf den Nägeln. Bitte ziehen Sie die Änderung bei der Abrechnung der Leichenschau vor.

(Beifall)

Das ist ein sehr wichtiges Thema.

Damit es ganz klar ist und nicht in die Ecke der Barbarei gestellt wird: Es geht uns nicht darum, die Leichenschau möglichst teuer abzurechnen, sondern die Rechtsunsicherheit, die wir in allen Ländern haben, die Ärgernisse, die wir mit den Bestattern haben, die Ärgernisse, die wir mit Sozialverbänden haben, sind unerträglich. Die Kreisstellen haben nahezu jede Woche Beschwerden von Patienten und Probleme mit Ärztinnen und Ärzten, dass sie die Leichenschau optimal und korrekt abrechnen. Bitte ziehen Sie das vor.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr König. – Jetzt bitte Anne Gräfin Vitzthum aus Baden-Württemberg.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich möchte zur GOÄ sprechen. Ich bin zwar Rheinländerin – Kölnerin, nicht Düsseldorferin –, habe aber seit 22 Jahren meine totgesagte Einzelpraxis im Remstal in Baden-Württemberg. Meine privatversicherten Handwerker schmunzeln seit Jahren über meine privaten Rechnungen. Ich möchte Sie bitten, bei der Einpreisung und bei den Überlegungen zur Novellierung der GOÄ auch einmal Handwerkerrechnungen zu betrachten.

(Beifall)

„Einrichten der Baustelle“ ist eine wunderbare Position. Wer bezahlt mir das Aufrüsten meines Notarstkoffers? Noch interessanter wäre ein Blick in die Rechnungen unserer Computerfirmen. Ich musste gerade Windows XP aufrüsten. Für drei Computerplätze habe ich 6.500 Euro bezahlt. Dabei war ein Posten 300 Euro für Vorar-

beiten im Hause Turbomed, damit die Installationszeit in der Praxis verkürzt wird. Das waren dann noch neun Stunden zu je 150 Euro.

Was mir gar nicht gefällt, ist das Wort „Kostenträgerzeitrechnung“. Das sind Wortkonstruktionen wie Fallzahlzuwachsbegrenzung, eines meiner liebsten Worte. Bei der Kostenträgerzeitrechnung sollte man auch den IQ des Patienten und die Erfahrung des Arztes berücksichtigen, denn diese spielen dabei eine sehr große Rolle.

Ich mag den Begriff „robuster Einfauchsatz“ nicht. Hinter dem Wort „Steigerungssatz“ stand ein Fragezeichen. Aber wir benötigen das bitte schön. Bei einem robusten Einfauchsatz unterstelle ich einfach, dass nicht mehr herauskommen kann als meine individuell gut begründete Steigerung, die ich selber je nach Fall variieren kann.

Wir brauchen die neue GOÄ schon lange, weil wir noch immer mit den Privatrechnungen quersubventionieren müssen, damit wir die GKV-Patienten, bei denen wir degressiv und fallzahlzuwachsbeschränkt bezahlt werden, quersubventionieren können und diese Patienten genauso gut behandeln können wie die Privatpatienten.

Wir werden Sie an Ihren Taten messen. „Tat“ heißt: Wir brauchen ein deutliches Plus und keine Umverteilung.

(Beifall)

Dabei möchte ich es belassen. Ich bin wie immer nervös. Jetzt machen Sie mal voran mit der GOÄ!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gräfin Vitzthum. Das mit der Nervosität hat man nicht gemerkt. Sie haben ja auch schon öfter auf Deutschen Ärztetagen gesprochen. – Der nächste Redner ist Herr Stagge aus Nordrhein.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident! Herr Windhorst! Herr Rochell! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Gräfin Vitzthum hat zu Recht auf andere Berufsstände hingewiesen. Ich vermisse ein bisschen den Vergleich mit der Systematik anderer Freiberufler. Bei Juristen richtet sich die Gebührenordnung nach dem Streitwert. Architekten rechnen nach Bausummen ab. Das heißt, diesen Gebührenordnungen ist ein Inflationsausgleich immanent. Trotzdem ist die Rechtsanwaltsgebührenordnung so geändert worden, dass die Rechtsanwälte ihre 30 Prozent bekommen haben. Das können Sie gleich nachlesen, sobald mein Antrag umgedruckt vorliegt.

Es ist schön, dass Sie sich mit den ganzen Einzelheiten befasst haben. Aufgelaufen ist das Problem durch die Inflation. Die Änderung der Struktur ist nice to have, die Inflation ist das ganz große Problem. Dass Sie im Vorstandsantrag schreiben, wir wollen für die Übergangszeit eine Änderung, finde ich auch schön. Aber wir brauchen eine Dauerlösung. Wir brauchen eine Indexklausel. Ansonsten haben wir in fünf Jahren dasselbe Problem. In zehn Jahren haben wir wieder ein Riesenproblem.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Stagge. – Burkhard Bratzke aus Berlin ist der Nächste.

Bratzke, Berlin: Grundgedanke der GOÄ war ja einmal rein rechtsphilosophisch: Architekten, Anwälte, Ärzte haben staatstragende Berufe. Der Grundgedanke einer solchen Gebührenordnung ist, dass der Wettbewerb unter uns nicht über den Preis, sondern nur über die Qualität laufen soll. Diese neue GOÄ sichert das nicht.

Herr Windhorst, Sie haben uns um Vertrauen gebeten. Das, was Sie, Herr Rochell, vorgestellt haben, kenne ich aus der KBV. Das Modell der Kostenberechnung kennen wir vom EBM. Der betriebswirtschaftlich kalkulierte EBM mit einem festen Punktwert von damals 10 Pfennig ist ganz schnell auf 2 bis 3 Cent runtergerutscht. Das war dann nur noch Muschelgeld und nichts mehr wert. Daher sehe ich es sehr kritisch, wenn Elemente aus der EBM-Entwicklung in die GOÄ übernommen werden.

(Vereinzelt Beifall)

Herr Rochell, Sie warnten vor der Gefahr einer Voll-EBMisierung der GOÄ und würden lieber eine Teil-EBMisierung akzeptieren. Nun bin ich ja begeisterter Koch. Ich hatte die Vision vor Augen, eine schöne Paprikaschote zu sehen, strahlend grün, duftend, lecker. Ich schneide sie auf und innendrin ist dasselbe blöde Hackfleisch von dem falschen Hasen EBM.

Diese Gefahr sehe ich auch hier. Ihre Einzelbeispiele haben mich überhaupt nicht begeistert. 10 Euro Miete kann man in einigen Landkreisen schaffen, in einer miesen Gegend von Berlin vielleicht gerade noch. In Stuttgart und München ist solch eine Quadratmetermiete für Gewerberaum wohl schlichtweg illusorisch. Das soll aber alles in einem einheitlichen Preis enden. Das kennen wir vom EBM her.

Entsetzt war ich über das, was Sie, Herr Windhorst, bezüglich der Leichenschau gezeigt haben. Soweit ich das mitbekommen habe, gibt es dort eine Prämie für den Arzt, der eine sichere Todesursache feststellt. Das klang für mich wie eine kleine Prämie, die Rechtsmedizin herauszuhalten, die zusätzlichen staatlichen Kosten zu vermeiden, einen leichten finanziellen Druck auszuüben, dass der Arzt nicht mehr ganz so gründlich überlegen soll, sondern lieber einmal den natürlichen Tod bescheinigen soll. Das halte ich für mehr als bedenklich. Wie gesagt: Sie haben es nur kurz gezeigt.

Für noch schlimmer und noch gefährlicher – deshalb habe ich mich entschlossen, Ihren Beschlussantrag abzulehnen – halte ich das Kapitel zur Pflege und deren Weiterentwicklung. Eine ökonomische Überforderung des zur Zahlung Verpflichteten soll vermieden werden. Zahler bei Privatpatienten ist nun einmal meistens die Beihilfe. Die andere Hälfte zahlt die Versicherung, einen kleinen Teil zahlt der Beamte. Letztlich zahlt hier also der Staat. Dieser Staat ist doch nach der Kreditstützung für Griechenland, Spanien, Zypern, Portugal usw. bald überfordert. Da soll ausgerechnet das Bundesministerium hier schiedsen, wenn es teurer wird. Hier sehe ich eine zu große Gefahr einer Deckelung unserer Vergütung, als dass ich diesem System zustimmen kann.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Kollege Bratzke. – Wenn meine Uhr richtig geht, hat als letzter Redner für den heutigen Tag Hans Ramm sozusagen das Schlusswort, es sei denn, Sie möchten gern noch weiterdiskutieren. Dann kämen noch die drei Redner, die auf der Rednerliste stehen, und anschließend die beiden Referenten mit ihrem Schlusswort. Oder wünschen Sie, morgen früh wieder in diese Thematik einzusteigen? Herr Grauduszus kann sich dann die ganze Nacht darauf vorbereiten, uns morgen an Herz und Hirn zu erwärmen.

(Heiterkeit)

Wer möchte, dass wir heute noch etwas länger weitermachen, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer möchte gern, dass wir morgen weitermachen? – Das ist eindeutig die Mehrheit.

Wundern Sie sich bitte nicht: Wenn wir in Abstimmungen einsteigen, wird das Licht gedimmt, sonst können wir Ihre Karten von hier oben aus nicht sehen. Das ist keine Aufforderung, den Saal zu verlassen, sondern das dient der besseren Sichtbarkeit von Ihnen.

Wir hören jetzt noch meinen Freund Hans Ramm aus Hamburg, Neurologe und Psychiater, GOÄ-Spezialist. Hans, du hast das Wort.

Dr. Ramm, Hamburg: „GOÄ-Spezialist“ ist etwas übertrieben. – Werter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Ausführungen von Herrn Rochell fand ich sehr eindrucksvoll. Sie haben mich auch etwas beruhigt. Die Ausführungen des Kollegen Windhorst haben mich eher nicht beruhigt. Das mit der Leichenschau kann ich verstehen. Ich halte es aber für sehr gefährlich, bei einer neuen GOÄ als Erstes über die Leichenschau abzustimmen. Wie kommt das in der Presse an? Man sollte sehr gut überlegen, ob das wirklich vorgezogen werden sollte, bevor man das ganze Paket schnürt.

Das, was uns Herr Windhorst vorgestellt hat, waren Schmankerl, beispielsweise Besuche zu ungünstigen Zeiten. Ich hätte gerne gewusst, wie viel bekomme ich für ein psychotherapeutisches Gespräch?

Frau Gräfin Vitzthum hat über Handwerker gesprochen. Ich habe in meiner Praxis jemanden aus der oberen Riege einer Krankenkasse. Jedes Mal, wenn er meine Rechnung bekommt, sagt er: Warum berechnen Sie so wenig? Ich rechne genau nach der GOÄ ab.

Es muss einen Ausgleich für 32 Jahre plus die jetzige Lebenssituation geben, sodass nicht nur 10 Euro herauskommen oder vielleicht auch einmal 150 Euro. Es muss schon eine doch sehr große Steigerung im Vergleich zur früheren Situation geben.

Ansonsten ist es natürlich gerechnet wie ein EBM mit Mieten, Gehältern etc. Ich kann mich nicht entsinnen, dass ich einen GOÄ-Zip ausgefüllt habe. Den Zip für die KBV habe ich ausgefüllt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans Ramm. – Damit ist die Rednerliste des heutigen Tages abgearbeitet. Gestatten Sie mir noch einen kurzen Hinweis. Sie haben einen Kurzfragebogen „Priorisierung im Gesundheitswesen“ verteilt bekommen. Unser Ausschuss „Priorisierung“ bittet Sie um die Beantwortung einiger Fragen, die ihm helfen, bei der Fragestellung der Priorisierung weiterzukommen. Sie finden hier vorne Urnen, in die Sie den ausgefüllten Fragebogen einwerfen können, selbstverständlich anonym. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den Fragebogen heute oder morgen ausfüllen könnten, damit wir ihn auswerten und mit in die Beratungen einbeziehen können.

Ich wünsche Ihnen jetzt einen schönen Abend. Genießen Sie das regnerische Düsseldorf. Morgen früh sehen wir uns Punkt 9 Uhr hier wieder. Vor der Herausforderung hat Herr Grauduszus gekniffen und seine Wortmeldung zurückgezogen. Klaus Schäfer hat die ehrenvolle Aufgabe, morgen die Debatte zu eröffnen.

Schönen Abend!

2. Tag, Mittwoch, 28. Mai 2014

Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Wir setzen die Beratungen des 117. Deutschen Ärztetages fort. Ich freue mich, dass schon so viele anwesend sind. Optisch ist der Saal mit Sicherheit beschlussfähig.

Ich begrüße auch heute wieder ganz besonders den Ehrenpräsidenten des 117. Deutschen Ärztetages, Herrn Dr. Jan Leidel aus Köln. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Besonders herzlich begrüße ich ebenfalls den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Karsten Vilmar. Auch dir ein herzliches Willkommen, lieber Karsten!

(Beifall)

Bevor wir in die parlamentarischen Beratungen der Tagesordnung eintreten, erteile ich das Wort unserer Kollegin Dr. Katrín Fjeldsted, Präsidentin des Comité Permanent des Médecins, die für ein Grußwort zu uns gekommen ist. Katrín, yours is the floor.

Dr. Fjeldsted: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Es freut mich sehr, im Namen des CPME hier zu sein. Das CPME ist eine Organisation von 34 Ärztekammern in Europa. Wir sprechen mit der Europäischen Kommission sowohl auf einer proaktiven als auch auf einer sehr aktiven Weise.

Nationale Ärztetage sind für unsere Arbeit auf europäischer Ebene sehr nützlich. Sie sind eine Gelegenheit, den aktuellen Diskussionsstand in der Medizin in jedem europäischen Land in Erfahrung zu bringen. Ich möchte Ihnen heute einen kurzen Überblick über die letzten EU-politischen und legislativen Entwicklungen geben. Diese europäischen Entwicklungen werden sicher unsere alltägliche Arbeit als Ärzte beeinflussen.

Die EU-Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln wurde Mitte April im Europäischen Ministerrat abgestimmt. Sie soll diesen Sommer in Kraft treten und wird ungefähr ab Mitte 2016 gelten.

Wir haben kontinuierlich den Schutz der Patientenrechte und der ethischen Standards verteidigt. Dabei wurden Ethikausschüsse wieder eingeschlossen, obwohl die Europäische Kommission sie absichtlich in ihrem ersten Vorschlag ausgelassen hatte. Die Deklaration von Helsinki hat uns sicher geholfen, eine starke Stimme zu haben.

Auch im Rahmen der Transparenz schafft diese Verordnung starke Fortschritte. Die Veröffentlichung aller Prüfungsergebnisse war für uns entscheidend. Wir freuen uns, dass dieses schließlich politisch erreicht wurde.

Problematisch ist aber die substanzielle Abschwächung der Patientenrechte hinsichtlich der weiteren Nutzung von Studiendaten. Die Verordnung macht es jetzt möglich, die Anwendung dieser Daten für zukünftige Studien ohne einen ausreichenden Einwilligungsprozess des Patienten vorzunehmen. Wir sind insbesondere darüber besorgt, dass kein klarer Kontrollmechanismus wie beispielsweise durch Ethikausschüsse für solche Situationen vorgesehen ist.

Leider wurde diese Disposition auch für die EU-Datenschutzgrundverordnung gewählt. Sie wurde durch das Europäische Parlament bestätigt. Man weiß allerdings noch nicht, was der Ministerrat damit machen wird.

Die Datenschutzverordnung ist eine der größten Verordnungen, die die EU seit Jahren zu entscheiden hatte. Das Lobbying von großen internationalen Unternehmen erschwert unsere Aufgabe. Es erscheint wie ein Kampf zwischen David und Goliath, wobei die Rechte der EU-Patienten und unseres Berufsstands gegenüber den mächtigen Industriesektoren geschmälert sind.

Darum ist es für uns entscheidend, uns mit anderen Akteuren zu vereinen. Wir arbeiten also sehr eng mit den europäischen Zahnärzten und Apothekern zusammen.

Die Standardisierung von Gesundheitsdienstleistungen ist ebenfalls ein Thema, das wir weiterhin beobachten. Dr. Montgomery hat in seiner gestrigen Rede über das Thema Normung gesprochen. Das CPME wird dieses Thema weiterhin verfolgen.

Jetzt etwas mehr Persönliches, das ich sagen möchte. Die Aussprache eines deutschen Worts wie „Gesundheitsdienstleistungen“ ist für mich ganz schwierig, wie Sie hören können. In diesem Jahr habe ich ein neues Wort gelernt, nämlich Schibboleth. Schibboleth bezeichnet ein Wort, das für einen Nichtmuttersprachler unaussprechlich ist. Wenn ich „Streichholzschächtelchen“ oder „Gesundheitsdienstleistungen“ sage, dann merken Sie, dass Deutsch nicht meine Muttersprache ist.

Sie erinnern sich sicher an den isländischen Vulkan Eyjafjallajökull. Wenn Sie Eyjafjallajökull sagen, geht es Ihnen bestimmt so wie mir mit „Streichholzschächtelchen“.

In der schweren europäischen Wirtschaftskrise ist es wichtig, dass sich Europa für die Patienten und nicht gegen die Patienten konstituiert.

(Beifall)

Das CPME weiß den hilfreichen und konstruktiven Beitrag der Bundesärztekammer zu einer starken Stimme der europäischen Ärzte zu schätzen und wir bedanken uns dafür.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche dem 117. Deutschen Ärztetag einen fruchtbaren Austausch und eine erfolgreiche Tagung.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Thank you very much, Katrín. – Meine Damen und Herren, wir können in die Tagesordnung eintreten. Wir haben in der Restdebatte zur GOÄ noch drei Wortmeldungen. Inzwischen sind bei uns zwei Wortmeldungen zu

allgemeinen Themen des Tagesordnungspunkts I eingegangen. Auch diese sollten wir noch bewältigen. Anschließend sollten wir in die Abstimmung der Anträge zum Tagesordnungspunkt I eintreten.

Die Geschäftsführung hat eine Liste vorbereitet, aus der die Abstimmungsreihenfolge erkennbar ist. Ich frage Sie: Liegt Ihnen diese Liste vor? – Ja. Dann können Sie die Anträge schon einmal sortieren. Die Liste wird auch noch projiziert, damit Sie die Anträge in der richtigen Reihenfolge sortieren können.

Wir beginnen mit der Rednerliste. Der Erste auf der Rednerliste ist Klaus Schäfer aus Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Guten Morgen, liebes Präsidium! Guten Morgen, Kolleginnen und Kollegen! Danke ich an die GOÄ zur Nacht, hat mich das um den Schlaf gebracht. Ich bin heute Nacht aufgewacht und habe in Kenntnis der Tatsache, dass ich heute Morgen zu diesem Thema reden darf, überlegt: Wo gibt es in der freien Wirtschaft ein ähnlich pervernes Preisfindungssystem? Ich habe nichts gefunden.

Der Begriff „Generationengerechtigkeit“ bekommt hier eine neue Bedeutung. Wir warten jetzt bis zur Einführung der neuen GOÄ 28, 30 Jahre. Das heißt, erst nach Ablauf einer ganzen Generation kommt der zugegebenermaßen eher müde Versuch zur Herstellung von Gerechtigkeit im Honorarsystem.

Wenn ich weiterdenke, muss ich schon heute anfangen, für die GOÄ-Anpassung zu arbeiten, die die dann frisch approbierten Ärzte erreicht, die zu dieser Stunde geboren werden. Welch eine Vision!

Das ist eine Geschichte von einem, der auszog, das Gruseln zu lernen. Wir brauchen eine Anpassungsformel. Wir können die Honoraranpassung der Juristen als Maßstab nehmen oder auch die Diätenerhöhung der Bundestagsabgeordneten. Bei den Juristen würden wir davon profitieren, dass im Bundestag sehr viel mehr Juristen als Ärzte vertreten sind, die es immer wieder verstanden haben, die Belange ihrer eigenen Berufsgruppe zu verbessern.

Trotz dieser negativen Aspekte muss ich sagen: Ich danke den Engagierten aufseiten der Bundesärztekammer, namentlich Herrn Rochell und Herrn Windhorst, für ihr Engagement. Ich danke allen, die in diesem Bereich mitgearbeitet haben, sodass wir heute wenigstens so weit sind und nicht noch weit hinter dem zurück, was bislang als Sonnenschein am Horizont aufleuchtet.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus. – Nächster Redner ist Kollege Wieland Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist deutlich geworden, auch bei der Debatte um die Bürgerversicherung, dass die GOÄ nicht nur eine Gebührenordnung für Privatversicherte ist, sondern dass sie von

besonderer versorgungspolitischer Bedeutung ist, und zwar deshalb, weil unsere Versorgungsstrukturen in Klinik und Praxis wesentlich von der GOÄ abhängen. Wir brauchen die GOÄ. Es ist mittlerweile bei den Politikern verstanden worden, beispielsweise auch bei Herrn Gröhe, dass die GOÄ unverzichtbar ist, dass sie – man muss sagen: leider – der Quersubventionierung anderer Leistungsbereiche dient.

Das ist verstanden worden. Das gibt der GOÄ ein erhöhtes Gewicht und eine besondere Bedeutung. Insofern kann man der Politik gegenüber argumentieren, dass die GOÄ gestärkt werden muss.

Ich möchte zum Thema Honorarerhöhung oder Preisanpassung darauf hinweisen, dass in Luxemburg die dortige Gebührenordnung jedes Jahr automatisch an den Lebenshaltungsindex angepasst wird. Dort gibt es eine automatische Indexierung. Da sieht man, wie die Welten auseinandergehen; Luxemburg liegt ja nicht weit entfernt von Düsseldorf. Das macht deutlich, dass wir eigentlich in einer unmöglichen Situation sind.

Obwohl die Forderung nach einer regelmäßigen Anpassung natürlich auch in Zukunft gestellt werden muss, brauchen wir eine deutliche Sockelerhöhung. Wir brauchen die Möglichkeit von Steigerungsfaktoren, um den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten abdecken zu können, und zwar nicht nur des Privatpatienten, sondern jeden Bürgers, der Leistungen in Anspruch nimmt, die in Zukunft absehbar nicht mehr alle von der gesetzlichen Krankenversicherung, vom Solidarsystem bezahlt werden können.

Wir brauchen eine Verbesserung der GOÄ auch für die vielen ausländischen Patienten. Es gibt keine Argumente dafür, diese zu Billigtarifen zu behandeln. Das muss einem internationalen Vergleich standhalten können.

Insofern bitte ich Sie, die entsprechenden Ergänzungs- und Änderungsanträge, die wir, damit es mit der GOÄ vorangeht, gestellt haben, zu unterstützen.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. – Bernhard Lenhard ist der Nächste.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Meine Damen und Herren des Vorstands! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte zum Thema GOÄ sprechen. Lieber Theo Windhorst, Sie haben gestern um Vertrauen geworben. Mein Vertrauen haben Sie. Das kann ich deswegen sagen, weil ich in dem betreffenden Ausschuss sitze und sehe, mit welcher Verve der Kollege Windhorst und mit welcher Akribie der Kollege Rochell ihre Arbeit machen. Ich denke, der Vorstand hat gut daran getan, die beiden in den Ausschuss zu wählen. Ich könnte mir keine Besseren vorstellen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Das muss ich hier ganz klar aussprechen.

(Beifall)

Klaus Schäfer, du hast schon vielen gedankt. Ich möchte weiteren zwei Personen danken, von denen ich nicht weiß, ob sie im Raum sind. Die eine Person ist der Kollege Wetzel, der ebenfalls mit einer unglaublichen Akribie mit begrenztem Personal- und Geldbudget arbeitet. Die andere Person ist Frau Hess, die wir für diese Arbeit reaktivieren konnten. Ich denke, es ist aller Ehren wert, diesen Personen zu danken. Das sollte der Deutsche Ärztetag tun.

(Beifall)

– Ich merke an Ihrem Applaus, dass es so ist. Ich wollte nicht versäumen, das heute zu Beginn der Sitzung zu sagen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Lenhard. – Kollege Hartwig Kohl aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Kohl, Bayern: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Herr Windhorst, Sie haben gestern um Vertrauen geworben und darum gebeten, dass wir Ihnen doch glauben mögen. Der Vorredner vertraut Ihnen, ich vertraue Ihnen auch. Glaube ist gut, aber Wissen ist besser. Der Deutsche Ärztetag, der letztendlich über die Novellierung der GOÄ befinden soll, kann das nur dann tun, wenn er Bescheid weiß, wenn er weiß, worüber er abstimmen soll. Deswegen sollten Sie aus dem Glauben eine Information machen. Sie sollten den Deutschen Ärztetag über das in Kenntnis setzen, was uns mit dieser neuen GOÄ erwartet.

Herr Windhorst, ich bitte Sie: Wir können doch nicht die Katze im Sack kaufen. Sagen Sie uns doch bitte, welche faulen Eier da drin sind. Lassen Sie die Katze aus dem Sack und informieren Sie uns, damit wir wissen, worüber wir entscheiden.

Ein weiterer Punkt zu den Berufsverbänden. Es ist sicherlich wichtig und richtig, die Berufsverbände mit in die Neuerstellung der GOÄ einzubeziehen. Aber die Berufsverbände haben keine Entscheidungskompetenz, haben keine Rechtfertigung. Das hat immer noch einzig und allein das sogenannte Parlament der deutschen Ärzteschaft.

Aus diesem Grunde noch einmal: Benennen Sie die Kröten, die wir schlucken müssen. Der Präsident hat in dem von mir zitierten Interview im „Deutschen Ärzteblatt“ gesagt: Keiner verliert so viel, dass es ihn existenziell bedrohen wird. Also bitte schön: Wer verliert was bei der neuen GOÄ?

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke schön, Herr Kollege Kohl. Ich habe gesagt: Es wird nicht nur Gewinner geben, weil es einige Menschen gibt, die, gemessen an

dem, was die anderen gewinnen, weniger gewinnen und sich deswegen als Verlierer fühlen. Das ist der Hintergrund der Aussagen. Das ist ein subjektives Gefühl, denn die klare Aussage, dass es nicht weniger geben wird, steht natürlich für alle da. – Martin Grauduszus aus Nordrhein ist der Nächste.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben schon von Herrn Schäfer gehört, dass er – frei nach Heinrich Heine – nicht so gut geschlafen hat. Man könnte im Rheinland vielleicht auch sagen: Ich hab' das Bild im Traum geseh'n, jetzt graut es mich, ins Bett zu geh'n.

Ich möchte doch mehr auf die japanischen Trommeln von gestern hinweisen. Ich habe in der letzten Nacht gut geschlafen, vielleicht auch deshalb, weil ich nicht als Erster auf der Rednerliste stand. Wir müssen nicht schlecht schlafen, sondern wir müssen handeln und dürfen nicht behandelt werden. Ich persönlich habe den Eindruck, dass die Ärzteschaft mit der Bundesärztekammer, wenn sie denn vielleicht noch nicht so wach geworden ist, ganz schön wach geworden ist und jetzt handeln will und wird.

Das bedeutet eben nicht nur, dass wir warten, ob man einer GOÄ zustimmt. Man muss vielleicht zweigleisig fahren. Da bin ich mir sicher, dass wir das auch schaffen. Nur: Das kann vielleicht nicht die Körperschaft Kammer, sondern da müssen wir Ärzte handeln. Wir werden dann auch Unterstützung erhalten.

Wir haben das Grundrecht der freien Berufsausübung. Zum Grundrecht der freien Berufsausübung gehört das Liquidationsrecht. Wenn es keinen Gebührenordnungsrahmen gibt, können wir eine freie Vereinbarung treffen. Wenn von der Politik und allen Seiten beschworen wird, man wolle die Freiberuflichkeit erhalten, dann müssen wir das festmachen an dem Recht zu liquidieren und adäquat bezahlt zu werden, damit wir unsere Patienten weiterhin unabhängig behandeln können.

Es gibt auch Möglichkeiten, einfach zu sagen: Diese GOÄ ist nicht mehr aktuell, sie wird unserem Grundrecht nicht mehr gerecht. Wenn der Ordnungsgeber nicht bereit ist auf uns zuzugehen, dann können wir anhand eines Ordnungsrahmens, der jetzt ja existiert, einfach anfangen, so abzurechnen, wie es aktuell vorgeschlagen wird, beispielsweise in der Rahmenvereinbarung. Ich denke, mit einem Stundensatz von 180 Euro kann jeder von uns eine Praxis führen.

Wenn wir schrittweise diese Ziffern im Rahmen von Analogien einführen und Fakten schaffen – ich möchte Sie dazu aufrufen, dass wir Fakten schaffen –, dann wird unser Beruf frei sein können, aber nicht, wenn wir nur auf das Sozialrecht schauen. Wir müssen auf unsere Grundrechte schauen, und zwar nicht nur als unser Recht, sondern auch als Verpflichtung gegenüber unseren Patienten.

Vielen herzlichen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Grauduszus. – Als vorerst letzter Redner zum Tagesordnungspunkt GOÄ Wolfgang Wesiack.

Dr. Wesiack, Hamburg: Guten Morgen auch von meiner Seite! Ich möchte zum Antrag I-35 Stellung nehmen und Ihnen mitteilen, dass wir ihn in dieser Fassung zurückziehen werden, weil er in der Tat nicht ganz klar formuliert ist. Wir haben ihn heute in Zusammenarbeit mit Herrn Windhorst und Herrn Rochell konkretisiert. Nachdem er Ihnen noch nicht vorliegt und auch eine neue Nummer bekommen wird, möchte ich Ihnen den Antrag vorlesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, den medizinischen Fortschritt in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einzuarbeiten und bei der Bewertung den Inflationsausgleich zu berücksichtigen. Innovationen müssen durch Beibehaltung der Instrumente der Analogberechnung auch zukünftig auf Basis der GOÄ verzögerungsfrei erbracht und abgerechnet werden können. Der Steigerungsfaktor zur Darstellung und Berechnung von besonderen Aufwandssteigerungen im Individualfall (besondere Schwierigkeit, besonderer Zeitaufwand, besondere Umstände bei der Ausführung) ist beizubehalten. In Zukunft soll die GOÄ in ihrer Bewertung regelmäßig und zeitnah angepasst werden. Eine Angleichung an die EBM-Systematik ist unter allen Umständen zu vermeiden.

Warum haben wir das jetzt so konkretisiert? Ich darf Ihnen als Beispiel die PET nennen. Ohne die GOÄ und ohne die Analogziffern wäre es gar nicht möglich gewesen, die PET einzuführen und dann auch abzurechnen.

Es gibt eine ganze Reihe weiterer Beispiele. Wir brauchen diese Innovationskomponente auch in Zukunft ganz dringend. Deshalb haben wir das so formuliert. Wir bitten um Ihre Zustimmung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Wolfgang. – Der wirklich letzte Redner zur GOÄ ist Dr. Ulf Burmeister aus Niedersachsen.

Dr. Burmeister, Niedersachsen: Vielen Dank, Herr Bundesärztekammerpräsident. – Ich habe die Diskussion von gestern auf mich wirken lassen und habe sie mit einigen Kollegen in einem netten Kreis – wie viele – gestern noch einmal im Herzen bewogen. Als ich in den 90er-Jahren Assistenzarzt war, gab es noch die üblen 36-Stunden-Dienste. In unserer Klinik in Oldenburg mussten davon acht bis neun pro Monat abgearbeitet werden. Das kann sich heutzutage Gott sei Dank keiner der jüngeren Kollegen mehr vorstellen.

Ich habe begonnen, mich im Marburger Bund zu engagieren. Wir haben wieder eine Bezirksvertretung geschaffen. Ich war Beisitzer im Landesvorstand. Du, lieber Monti, warst unser Idol. Du hast in den 90er-Jahren aus einem Assistentenhaufen eine schlagkräftige Gewerkschaft geformt, die heute ein ernsthafter Verhandlungspartner im Bereich der Krankenhäuser ist. Dafür noch einmal vielen Dank. Das war gut so.

Jetzt, 20 Jahre später, bin ich niedergelassener Arzt, habe fünf Angestellte, darf Lehrlinge ausbilden, habe zwei Ehefrauen – darunter eine Ex – und zwei Kinder. Nun habe ich ein ganz schlechtes Gefühl in der Bauchgegend. Ich mache seit Jahren Be-

rufspolitik auch in der VV. Heute erlebe ich, dass eine Gebührenordnung vor einem Tabubruch steht, und zwar ganz einfach deshalb, weil es keine amtlich festgelegte Gebührenordnung in diesem Sinne mehr ist, sondern eine Verhandlungslösung, verhandelt mit der Beihilfe – als ehemaliger Soldat weiß ich, was das heißt –, verhandelt mit der PKV mit ihren Tarifproblemen. Das heißt, wir bekommen keine Gebührenordnung, bei der ich zu Beginn der Leistung weiß, was ich bezahlt bekomme. Es wird vielmehr – Herr Windhorst hat es gestern gesagt – ein sogenannter Korridor geschaffen. Das ist für mich nichts anderes als eine Form der Budgetierung. Das heißt, dass die Geldmenge den Preis bestimmt. Die ganzen Berechnungen mit Arbeitsleistungen sind für mich dann Pseudoberechnungen, weil ja letztendlich der Korridor nicht verlassen werden darf.

Das halte ich für bedenklich. Es wäre schön, wenn du mit deinem Verhandlungsgeschick etwas anderes erreichen könntest. Du kannst ja einmal Stellung dazu nehmen, ob das überhaupt möglich ist.

Folgendes verstehe ich nicht. Wir haben über 40 Fach- und Teilgebiete der Medizin. Es gibt 4.900 Gebührenordnungsziffern. Davon sind 1.200 für Laborärzte reserviert. Das kann ich nicht verstehen. Es werden sicher viele 70-Cent-Gebührensatznummern dabei sein. Wenn ein Viertel der Gebührenordnungsziffern für nur eine Fachrichtung draufgeht, halte ich das für bedenklich.

(Beifall)

Ich schlage deshalb vor, die Gebührenordnung nicht so zu reformieren, wie es jetzt angedacht ist, sondern dass wir die alte GOÄ behalten, einen Inflationsausgleich aufschlagen, der nach 30 Jahren nicht nur nicht weniger Geld bedeuten kann, sondern deutlich mehr Geld. Die strittigen Analogziffern sollten reformiert werden, damit die Kollegen aus der Grauzone herauskommen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Ulf Burmeister. Das war der ideale Aufschlag für die Schlussworte der beiden Referenten. Ich überlasse euch beiden, in welcher Reihenfolge ihr eure Schlussworte halten wollt. Dabei werdet ihr sicherlich auch auf die drei Punkte von Herrn Burmeister eingehen. – Du zuerst, Theo. Bitte.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Es musste so sein, wie es ist. Ich danke für die Kritik. Ich danke auch für konstruktive Kritik. Ich glaube, dass es wichtig ist, dass wir diese hier so öffentlich vortragen, dass man sie draußen hört, dass man endlich von der Ärzteschaft hört, wie unzufrieden sie mit bestimmten Entwicklungen ist, und dass sie sich nicht vorführen lässt.

Das stärkt unsere Verhandlungsebene, wenn es denn weitergehen sollte. Sie müssten vielleicht auch über Alternativen nachdenken. Dann gehen wir mit einem Mandat in die Verhandlungen, das von Ihnen so geprägt ist, wie wir es gestern und heute

gehört haben. Ich sage ganz ehrlich: Das macht mich stark. Ich freue mich, dass ich das mitnehmen kann.

Herr Burmeister hat einige Dinge gesagt. Der Korridor, den ich angesprochen habe, ist der Korridor, den wir in der Doppelschutzfunktion für Arzt und Patient haben. Das ist der einzige Korridor, den wir haben und den wir auch immer gewollt haben. Alles andere ist nicht korridorisiert oder korsettisiert, definitiv nicht.

Ich freue mich, dass ich von Herrn Kohl aufgefordert wurde, Kröten zu benennen. Wenn ich sie wüsste, würde ich sie Ihnen nicht nur hier und heute mitteilen, sondern auch zwischendurch, weil nur der Aufschrei der Ärzte Türen öffnet und Verhandlungspositionen ermöglicht. Ich will nicht sagen, dass alles Gold ist. Ich sage nur: Wir werden keine neue Gebührenordnung bekommen, wenn sie nicht das bringt, was wir immer gesagt haben: ein zweistelliges Mehr. Das haben wir vor zwei Jahren gesagt.

Sie können sagen: Der Windhorst kann seinen Mund vollnehmen und das so sagen, aber hinterher zieht er sich zurück und sagt, das sei alles peinlich. Nein, unsere Schutzfunktion besteht darin, dass wir die alte Gebührenordnung beibehalten. Aber die alte GOÄ ist ausgelutscht. Sie ist auch in der Kombinationsmöglichkeit ausgelutscht. Sie ist kriminell, weil sie die Dinge nicht benennt und die Patienten es nicht nachvollziehen können. Das ist auch ein Antrieb, sie zu verlassen und neue Wege zu gehen.

Ich bin dankbar für das, was von Herrn Dietrich und Herrn Wesiack gesagt wurde. Wir haben einen Steigerungsfaktor bis zum Zweifachen. Wir haben ihn aber nicht gekappt, sondern offengelassen. Da ist überhaupt kein Ende in Sicht. Warum ist das so wichtig? Weil wir durch die Individualisierung eines Falles den Steigerungsfaktor ansetzen wollen. Wenn im individuellen Fall eine Mehrleistung nötig geworden ist, dann müssen wir einen individuellen Steigerungsfaktor haben. Das ist jedenfalls schon so konsentiert.

Ihre Äußerung „keine EBMisierung“ ist eine ganz wichtige Sache. Eine entsprechende Forderung findet sich in dem neuen Antrag 50. Das ist für uns in den Verhandlungen mit der PKV eine Schutzfunktion.

Warum bin ich als Mitglied des Marburger Bundes und als Klinikarzt, der vor der Pensionierung steht, so engagiert? Wir müssen endlich aufstehen und kämpfen. Sagen Sie mir die Alternativen zu einer GOÄ (neu), die das beinhaltet, was wir wollen. Wir brauchen nicht nur einen Inflationsausgleich, sondern unsere ärztliche Leistung muss eine besondere Wertung erfahren. Wir arbeiten und sollten das nicht unter den Scheffel stellen.

Über eine automatische Indexierung, die eben von Herrn Dietrich genannt wurde, kann man reden. Wir leisten diese Arbeit nur, um eine jährliche Anpassung zu haben, wie es sie bei der EU, beim Bundesrat und bei den Abgeordneten gibt. Sie müssen sagen, ob Sie sich durch einen Index fesseln lassen wollen oder ob Sie jeweils neue Verhandlungen haben wollen. Das müssen wir dann entsprechend einpreisen.

Tatsache ist, dass es auch unsere – ich sage nicht: meine – Verfehlung ist, dass wir die Inflationsrate so sehr haben ansteigen lassen. Es kann doch nicht sein, dass wir

uns deswegen zurückziehen und schmolten, sondern wir müssen das Beste für eine ehrliche Leistung, die wir erbringen, herausholen.

Ich freue mich, dass wenigstens einer – es war Herr Lenhard – gesagt hat, dass wir uns bemühen. Wir haben alle Wünsche der Deutschen Ärztetage seit 2011 eingebaut. Das tun wir jetzt auch. Der Vorstand ist monatlich informiert worden. Es gab immer einstimmige Beschlüsse. Es gab also keine Dreiergespräche zwischen Windhorst, Rochell und Monti, so nach dem Motto, das kriegen wir schon irgendwie geregelt. Alle Informationen sind geflossen, wie es auch notwendig war.

Der Ausschuss hat mich toll unterstützt. Er setzt sich ja aus Vertretern der verschiedenen Gebiete und Bereiche zusammen. Wenn es Kröten gibt, müssten sie diese mittlerweile kennen. Wenn es sie gibt, werden wir sie öffentlich darstellen, sodass wir von Ihnen Hilfe erhalten.

Wenn ich etwas ausgelassen haben sollte, kann ich gern in bilateralen Gesprächen erklären, wie wir uns das vorstellen. Aber einen Plan B möchte ich von Ihnen für den Fall haben, dass Sie den Rückzug antreten. Ich hoffe, dass da die Vernunft obsiegt. Leider müssen wir jetzt kämpfen. Aber wir kämpfen und werden gewinnen. Das sage ich Ihnen von hier aus.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Theo. – Bevor Bernd Rochell das Wort erhält, frage ich Sie: Wollen wir nicht die Anträge zur GOÄ sofort abstimmen, bevor wir wieder zu den anderen Fragen des Tagesordnungspunkts I zurückkehren, weil wir dann noch die Debatte präsent haben? Sind Sie damit einverstanden?

(Beifall)

Jetzt hat Bernd Rochell das Wort.

Dr. Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herzlichen Dank. – Ich möchte zunächst auf einzelne Fragen eingehen, die in der Debatte gestellt wurden. Eine Frage betraf den Steigerungsfaktor. Es wurde gefragt: Wurden schon irgendwelche Grenzen festgelegt? Das ist nicht der Fall. Es war sehr wohl in der Diskussion, inwieweit man eine Obergrenze festlegt. Das haben wir aber bewusst nicht getan. Wir wissen noch gar nicht, wie jede einzelne Leistung im Endeffekt bewertet wird. Abhängig davon muss man eine Diskussion über Obergrenzen führen.

Wir sind eigentlich vollkommen dagegen, Obergrenzen festzulegen, denn es wird immer Leistungen geben, die ganz besondere Voraussetzungen mit sich bringen. Das muss man allenfalls leistungsbezogen festlegen. Wenn sich der Einzelsatz der neuen GOÄ zuzüglich der Anpassungen, die wir aufgrund des Inflationsausgleichs fordern, im Rahmen des 2,3-fachen Satzes bewegt und wir ihn mit zwei multiplizieren, kommen wir auf das 4,6-fache. Damit liegt man immer noch unter den heute abgerechneten Fünffachätzen oder noch höheren Sätzen nach Einzelvereinbarung. Insofern meinen wir, dass hier eine Obergrenze eigentlich gar keinen Platz hat.

Zu den Innovationen, zum Erlaubnisvorbehalt oder Verbotsvorbehalt: Hier haben wir ausdrücklich überhaupt keine Limitierung vorgesehen. Das ist auch im ausgesprochenen Interesse der privaten Krankenversicherung, dass die GOÄ auch in der neuen Fassung Innovationen direkt zulässt, sobald sie angewendet werden können, dass es hier keine Verzögerung gibt. Deswegen wollen wir ausdrücklich das Instrument der Analogbewertung auch in der neuen GOÄ haben. Das einzig Neue, das wir künftig machen wollen, ist, dass wir bei relevanten Innovationen sehr schnell spezifische GOÄ-Ziffern aufnehmen, damit die Abrechnung entsprechend stressfrei verlaufen kann. Insofern gibt es hier keinen Verbots- oder Erlaubnisvorbehalt, sondern die GOÄ hat als Gebührenordnung eines freien Berufs alle Leistungen, die die Ärzteschaft erbringt, abzubilden. Wenn einzelne Kostenträger meinen, eine Leistung gehöre nicht in das Leistungsportfolio, dann müssen sie das in ihren Tarifen festlegen, können es aber nicht durch eine Limitierung in der GOÄ umsetzen.

Zu der Frage, ob die Bundesärztekammer den Konsens vom letzten Jahr verlassen habe – diese Frage wurde von Herrn Kohl in Verbindung mit den Pressedarstellungen von Aussagen unseres Präsidenten gestellt –: Wir haben gestern im Zusammenhang mit den Forderungen auch dieses Hauses dargestellt, dass wir als Bundesärztekammer von allein den Inflationsausgleich im Jahr 2013 gefordert haben, allen voran unser Präsident, dem man bisher wahrlich keine falsche Bescheidenheit vorwerfen konnte. Lieber Theo, wir beide stehen mit unserer aufwendig gepflegten Barockoptik auch für einen gesunden Zuwachs. Ich bitte Sie, uns zu glauben, dass wir Ihre Interessen gut vertreten.

Ich stelle fest, dass wir jetzt eine gewisse Schwelle überschreiten. Bisher ist die GOÄ immer ein bisschen im unscharfen Raum dahingedümpelt. Spätestens mit der Aussage von Bundesgesundheitsminister Gröhe am gestrigen Tage ist das Ganze etwas ernster geworden. Wenn es ernst wird, entdecken plötzlich alle diejenigen, die lange gefordert haben, es müsse endlich eine neue Gebührenordnung her, ihre abgründige Liebe und Begeisterung zur bestehenden Gebührenordnung. Das kenne ich vom EBM her. Ich glaube dennoch, dass wir mehr Chancen haben, als es Risiken gibt, dies auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung umzusetzen. Ich möchte an die Aussage von Herrn Dietrich anknüpfen: Wenn das alles so schön geregelt ist, dann habt ihr sicherlich auch kein Problem damit, dass wir mit unserem Ergänzungsantrag 08 a euch ganz klar ins Sollbuch schreiben, dass es keine EBMisierung geben darf, die Innovationen müssen auch mit der neuen GOÄ ungebremsst zu den Patienten kommen dürfen und es muss eine freiberufliche, vor allen Dingen ärztliche Gebührenordnung bleiben und darf keine Gebührenordnung für nachwachsende Gesundheitsberufe sein, die im Sinne einer Substitutionsabsicht zulasten der Ärzteschaft profitieren würden. Das kann ich ausdrücklich unterstützen. Ich bitte Sie, diesen Antrag positiv zu begleiten. Damit haben wir überhaupt kein Problem.

Es bleibt dabei: Sie müssen eine Entscheidung treffen. Das ist eine Vernunftentscheidung. Wir müssen Kompromisse schließen, um zum Ziel zu kommen. Das hat uns der Gesetzgeber mit der zwingenden Voraussetzung, dass wir uns mit der PKV und der Beihilfe auf ein Konzept einigen müssen, ins Sollbuch geschrieben. Ich glaube, wir sollten die Chancen nutzen, die neben den Risiken vorhanden sind.

Man kann den Eheschluss so betrachten, dass man eine Verbindung offiziell macht und erwartet, dass man hier sein Glück weiter vertieft. Man kann aber auch sagen: Ich schließe keine Ehe, weil das ein Vertrag ist, an dessen Ende zwangsläufig einer

der beiden Partner stirbt. Insofern bitte ich Sie, das Glas als halb voll und nicht als halb leer zu betrachten und die GOÄ-Novelle zu unterstützen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Bernd Rochell, auch für die philosophischen Betrachtungen über die Ehe. – Meine Damen und Herren, die Abstimmungsreihenfolge können Sie der Folie entnehmen. Aus optischen Gründen ist unten der Antrag 48 noch nicht zu sehen.

Wir beginnen mit der Mitteilung, dass der Antrag I-35 von Herrn Kollegen Wesiack zurückgezogen ist. Herr Breu zur Geschäftsordnung.

MD Dr. Breu, Bayern: Wir Bayern haben in Kiel beantragt, dass wir die Sachen auch elektronisch einsehen können. Viele von uns nutzen diese Möglichkeit. Aber dadurch, dass Sie schnell beschlossen haben, dass wir jetzt erst über die Gebührenordnung abstimmen, können wir das nicht, denn wir haben die Abstimmungsliste elektronisch nicht. Entweder bekommen wir sie oder wir wissen nicht, worüber wir abstimmen. Wir können es nicht sortieren, weil wir es nicht in Papierform vorliegen haben.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das ist eine neue Variante. Wie kann man dem abhelfen? Das ist jetzt ein technisches Problem. Herr Breu, lassen Sie sich von einer Dame mit hoher EDV-Kompetenz ganz kurz erklären, wie das geht. Ich bin da überfordert, weil ich noch ganz traditionell vorgehe.

(Zuruf: Ich würde empfehlen, die Übersicht aufzumachen!
Dann kann man alle Anträge sehen und sie jeweils anklicken!)

– Eine interessante EDV-Debatte unter Ärzten. Das dient vielleicht schon der Vorbereitung der gematik-Debatte.

Jetzt Herr Bertram zur Geschäftsordnung.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Ich möchte kurz das Problem erläutern. Wir haben das Problem – ich habe es aufgerufen –, dass der Antrag 50 nicht erscheint. Wenn man es unter Tagesordnungspunkt I aktualisiert, kommen die Anträge hintereinander ab dem Antrag 46, aber der Antrag 50 fehlt.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Da ich durch den Geschäftsordnungsantrag eben nicht ausreden konnte, konnte ich Ihnen nicht mitteilen, dass der Antrag 50 noch nicht umgedruckt ist. Ich hätte ihn verlesen. Wenn das Ihr Problem ist, ist es ganz leicht zu beheben. Ist dies das Problem? Das ist der alte Antrag 35. Der neue Antrag

ist zum Teil schon umgedruckt. Einige von Ihnen haben ihn schon. In solchen Fällen sind Sie vielleicht damit einverstanden, dass ich den Antrag verlese.

Wir können nun in die Abstimmung eintreten. Ich habe bereits angekündigt: Der Antrag 35 ist zurückgezogen und durch den Antrag 50 ersetzt worden, den einige von Ihnen schon umgedruckt, aber noch nicht alle elektronisch vorliegen haben. Es ist ein Wunder, dass das Drucken und Verteilen schneller geht als die elektronische Zurverfügungstellung. Aber so ist das mit der Elektronik.

Ich rufe den **Antrag I-50** auf. Der Antrag lautet:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, den medizinischen Fortschritt in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einzuarbeiten und bei der Bewertung den Inflationsausgleich zu berücksichtigen. Innovationen müssen durch Beibehaltung der Instrumente der Analogberechnung auch zukünftig auf Basis der GOÄ verzögerungsfrei erbracht und abgerechnet werden können. Der Steigerungsfaktor zur Darstellung und Berechnung von besonderen Aufwandssteigerungen im Individualfall (besondere Schwierigkeit, besonderer Zeitaufwand, besondere Umstände bei der Ausführung) ist beizubehalten. In Zukunft soll die GOÄ in ihrer Bewertung regelmäßig und zeitnah angepasst werden. Eine Angleichung an die EBM-Systematik ist unter allen Umständen zu vermeiden.

Fühlen Sie sich jetzt in der Lage, darüber abzustimmen? Wer dem Antrag I-50 zustimmen möchte, den bitte ich, die gelbe Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-46**. Der Antrag liegt Ihnen vor. Wünscht jemand, direkt zu dem Antrag zu diskutieren oder Anträge zu diesem Antrag zu stellen? Der Antrag ist ja eigentlich mit dem Gedanken des eben angenommenen Antrags nicht uneingeschränkt kompatibel, weil er sagt: Die Grundstruktur der bisherigen Gebührenordnung muss erhalten werden.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wir haben beim letzten Mal vereinbart, dass wir immer auch hören, wer eine Vorstandsüberweisung beantragt, damit unser Stenograf aus rechtlichen Gründen korrekt weiß, wer Vorstandsüberweisung gefordert hat. Darf ich kurz erfragen, wer das vorhin war? – Es war der Kollege Bolay aus Westfalen-Lippe. Herr Bolay hat Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht allen anderen Anträgen vor. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer ist für Überweisung dieses Antrags an den Vorstand? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag I-39**:

Die Gebührenordnung für Ärzte muss als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs „Arzt/Ärztin“ erhalten bleiben.

Haben alle den Antrag vorliegen? – Wird das Wort direkt zum Antrag gewünscht? – Theo.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Das liest sich eigentlich gut. Aber hinsichtlich des letzten Absatzes wollen wir etwas anderes. Wir wollen jetzt eine jährliche Begleitung und Anpassung haben. Wir wollen doch nicht wieder zu lange warten, bevor eine berechtigte Aufstockung erfolgt. Wir haben über die Indexierung gesprochen. Ich denke, wir müssen hier die Bewertungsänderungen konkret kontinuierlich einbauen. Deswegen ist der letzte Absatz schwierig.

(Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist von Herrn Huber aus Berlin Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegensprechen? – Herr Dietrich wünscht, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen.

Dietrich, Nordrhein: Wenn die anderen Mit Antragsteller einverstanden sind, könnte der letzte Absatz gestrichen werden, sodass die anderen Merkmale erhalten bleiben. Dann wäre der Konflikt beseitigt und es könnte abgestimmt werden.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das ist jetzt Ihr Problem, Herr Dietrich, wie Sie das regeln, dass die anderen Antragsteller zustimmen. Das kann ich schlecht von hier oben beurteilen.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wir können ja über die Vorstandsüberweisung abstimmen und uns im Vorstand gegebenenfalls überlegen, ob wir die Streichung übernehmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung dieses Antrags? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**. Wir machen uns Gedanken über die Streichung.

Jetzt kommen wir zu einem Antrag, den Sie vielleicht noch nicht umgedruckt vorliegen haben. Ich habe hier jedenfalls nur eine Vorfassung. Das ist der **Antrag I-51** von Gräfin Vitzthum, der lautet:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert eine Änderung der Formulierung der geplanten Rahmenvereinbarung. Statt „robuster Einzelsatz“ (Steigerungsfaktor???) fordern die Ärzte eine angemessene Honoraranhebung des vorgesehenen „Einzelsatzes“ mit der Möglichkeit, den bisher üblichen Steigerungsfaktor anzusetzen, natürlich mit entsprechender Begründung.

Das kommt relativ spät. Es ist nicht unproblematisch, die bereits mit der PKV abgeschlossene Rahmenvereinbarung wieder aufzumachen und dort einen neuen Begriff einzuführen. Das scheint mir etwas zu sein, was der Vorstand bei seiner weiteren Arbeit bedenken sollte.

(Zuruf)

– Der Kollege Hülskamp aus Nordrhein beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegensprechen? – Gräfin Vitzthum, die Antragstellerin.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Es ist mir völlig schleierhaft, wie das Wort „robust“ dort überhaupt hineinkommt.

(Beifall)

Da sitzen Experten. Das Wort „robust“ heißt gar nichts. Wenn schon in der Vorformulierung ein Fragezeichen steht, heißt das für mich: Das ist die Einfallschloß dafür, dass der Steigerungsfaktor limitiert ist. Ich habe gestern begründet, warum wir ihn haben wollen. Ich wäre gern in der Kommission; Sie können mich gerne berufen. Ich kann nämlich abrechnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Letzteres war ein interessanter Vorschlag, ging aber leicht über den Inhalt einer Gegenrede zur Vorstandsüberweisung hinaus. Sie wollen sich also sozusagen selber in den Vorstand überweisen. Das ist gut. Darüber können wir hier aber nicht abstimmen.

(Beifall)

Wir stimmen über den Antrag auf Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung dieses Antrags? – Wer ist dagegen? – Eine ganze Reihe. Enthaltungen? – Einige. Gleichwohl war das Erste die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen dann zum Antrag I-08, zu dem es den **Antrag I-08 a** gibt. Danach sollen der zweite und dritte Absatz des Vorstandsantrags gestrichen und durch einen neuen Text ersetzt werden. Ich brauche den Text nicht vorzulesen; auch die Elektroniker haben ihn vorliegen. Wünscht jemand, zum Antrag I-08 a zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wir können über den Antrag abstimmen. Wer für den Antrag I-08 a ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Die Mehrheit hat die Änderung **abgelehnt**.

Damit kommen wir zu dem unveränderten **Antrag I-08:**

GOÄ-Novellierung jetzt gesetzlich umsetzen!

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die gelbe Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Einige Gegenstimmen. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-17**. Wünschen Sie, dazu zu sprechen? – Dann können wir uns eine Meinung über den Antrag bilden. Wer für den Antrag I-17 ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit wenigen Enthaltungen und, wenn ich richtig gesehen habe, mit einer Gegenstimme mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-47:**

Mehr Transparenz bei der GOÄ-Reform

Wünschen Sie, hierzu zu sprechen? – Wenn das nicht der Fall ist, können wir über den Antrag abstimmen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um die gelbe Karte. – Bitte die Gegenprobe. – Das kann ich von hier nicht entscheiden. Ich frage noch

einmal, ohne dass wir es auszählen: Wer für den Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Das kann ich von hier aus nicht entscheiden. Das ist unmöglich.

Wir zählen also aus. Ich bitte diejenigen, die für diesen Antrag sind, die Karte zu erheben. – Ich bitte jetzt um die Gegenprobe. Wer möchte diesen Antrag ablehnen? – Dann ist dieser Antrag mit 113 : 99 Stimmen **angenommen**.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-42:**

Vergütung der ärztlichen Leichenschau

(Zuruf)

– Herr Lange aus Niedersachsen beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir hierüber abstimmen. Wer hätte gern die Überweisung dieses Antrags an den Vorstand? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag I-49**. Die Rechtsabteilung weist darauf hin, dass das, was dort steht, als rechtswidrig interpretiert werden kann, weil es eine Abrechnungsziffer für die Leichenschau gibt. Man kann nicht ohne Weiteres für eine bereits existente Ziffer eine weitere fordern. Gleichwohl müssen wir nach einem Weg suchen, wie wir es besser machen können. Deshalb wäre es vielleicht gut, wenn der Vorstand dies als Auftrag empfinden könnte, so zu verhandeln, Sie dies aber nicht mit einem Beschluss bescheiden.

(Zuruf)

– Frau Kandler aus Hessen beantragt Vorstandsüberweisung. Ist jemand gegen Vorstandsüberweisung? – Herr Reinhardt ist formal gegen die Vorstandsüberweisung. Wer möchte der Vorstandsüberweisung zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag I-48:**

Eigene Vergütung für Obduktionen

Wird dazu das Wort gewünscht? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Eine einzige mutige Gegenstimme. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Damit haben wir alle Anträge zum Thema GOÄ behandelt. – Herr Windhorst möchte eine zweite Lesung zum Antrag I-47 beantragen. Theo, du hast das Wort.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Mir liegt nicht daran, dass wir so lange abstimmen, bis es mir passt; ganz ehrlich nicht. Aber in diesem Antrag sind einige Dinge wirklich falsch. Der erste Satz ist top. Diesen Satz kann man annehmen.

Wir machen nichts hinter verschlossenen Türen; das muss ich einmal sagen. Der Vorstand weiß Bescheid. Er wird jeden Monat informiert. Alle Beteiligten im Gebührenordnungsausschuss wissen Bescheid. Wir müssen ja eine Handlungsebene haben. Das ist schon etwas, bei dem man sagen kann: Wenn Sie es so benennen wollen, dann tun Sie es. Sie sind der Souverän.

Aber der zweite Punkt ist einfach nicht richtig. Er ist falsch. Ich habe Ihnen nicht gesagt, dass die Leistungen gedeckelt werden. Bei den meisten Leistungen ist eine deutliche Erhöhung vorhanden, keine Deckelung. Wir haben keine Nähe zum EBM. Wir haben kein Bewertungsinstitut. Wir haben keinen Wasem, der entscheidet. Es wird vielmehr vom BMG nach § 11 der Bundesärztekammer entschieden. Wir haben keine EBMisierung. Trotzdem ist es wichtig, dass man fordert, dass sie auch nicht durch die Hintertür kommt. Dazu stehe ich.

Wir haben nicht gesagt, dass wir eine teure Kontrollbürokratie aufbauen. Im Gegenteil: Wir machen eine schlanke Lösung, kein Institut. Wir werden das Gremium, das wir schon immer hatten, um die GOÄ zu begleiten, in diese Kommission integrieren. Es gibt acht Mitglieder: vier von der Bundesärztekammer, zwei von der PKV, zwei von der Beihilfe. Das ist das Einzige, was wir an Comité Permanent machen, die Begleitung, die Kontrolle, die Indexierung aufrechtzuerhalten. Es gibt keine teure Bürokratie.

Transparenz fordern – top. Ich bitte, die anderen Sachen zu streichen. Ich bitte Sie, in einer zweiten Lesung noch einmal darüber nachzudenken. Oder die Antragsteller ändern ihren Antrag insofern, als nur der erste Satz stehen bleibt. Auch ich fordere in den Verhandlungen immer wieder mehr Transparenz ein.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Theo. – Herr Bratzke möchte als Antragsteller Gegenrede zum Antrag auf zweite Lesung halten, den ich eben von Theo vernommen habe. Anschließend stimmen wir darüber ab. Wer wissen möchte, wie das geht, möge schon einmal in § 18 unserer Geschäftsordnung schauen. Dann wissen Sie, wie eine zweite Lesung abläuft. – Herr Bratzke.

Bratzke, Berlin: Wir machen uns die Abstimmungsergebnisse schön. Das ist auch ein Verständnis von Demokratie, wenn man unterlegen ist.

(Unruhe)

Herr Windhorst, das ist hinter verschlossenen Türen verhandelt worden. Wenn Sie erzählen, innerhalb der Gremien hätten Sie gut miteinander geredet, dann ist das hinter verschlossenen Türen. Wir sind von dieser Rahmenvereinbarung, die Sie im November 2013 abgeschlossen haben, überrascht worden.

(Vereinzelt Beifall)

Mir ist nicht erinnerlich, dass es irgendein Votum dieses Gremiums gibt, diese Rahmenvereinbarung abzuschließen. Ich sehe nicht, dass Sie befugt und berechtigt wa-

ren, diese Rahmenvereinbarung mit all ihren Nachteilen abzuschließen. Deshalb bin ich dagegen.

Hier wird eine Gebührenordnung verhandelt, ohne dass wir als niedergelassene Ärzte beteiligt werden. Ich schätze Herrn Rochell. Er hat in seinem Leben sicherlich noch nie eine GOÄ-Rechnung ausgestellt. Wie Sie es als Krankenhausarzt machen, weiß ich nicht. Wir leben davon. Deswegen müssen wir informiert werden, was hier läuft, und können nicht mit plötzlichen Beschlüssen überrascht werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bratzke. Gestatten Sie mir nur einen kleinen Hinweis auf einen leichten, meines Erachtens aber wichtigen intellektuellen Unterschied. Wenn der Gesetzgeber es alleine machte, was seine Aufgabe wäre, wären wir überhaupt nicht beteiligt, ob niedergelassener Arzt oder Krankenhausarzt. Dann wäre niemand dort beteiligt.

Es ist von einem Ausschuss behandelt worden, in dem viele niedergelassene Ärzte sitzen, sogar eine Mehrheit von niedergelassenen Ärzten, die die Verhandlungskommission beraten. Der Vorstand hat, soweit ich mich erinnern kann, in jeder Sitzung einen Bericht von Theo und Herrn Rochell über diese Problematik bekommen.

Weder der Vorwurf der geschlossenen Türen noch der Vorwurf der Heimlichkeit gelten hier wirklich. Wir haben eine bessere Position, wenn wir selber über die Inhalte reden, als wenn der Verordnungsgeber es tut, ohne uns überhaupt zu befragen.

Herr Stagge hat sich jetzt zur Geschäftsordnung gemeldet.

(Stagge, Nordrhein: Ich möchte beantragen, die Punkte einzeln abzustimmen!)

– Herr Stagge beantragt, über die drei Punkte einzeln abzustimmen. Zusammen mit der Überschrift sind es dann vier Abstimmungen. Das übernehme ich einfach. Falls wir in eine zweite Lesung eintreten, stimmen wir über den Einleitungssatz und die drei Spiegelstriche ab.

Damit eine Beratung in zweiter Lesung stattfinden kann, bedarf es eines Drittels der abgegebenen Stimmen. Ich bitte die Zähler auf ihre Plätze. Ich bitte jetzt diejenigen, die für eine zweite Lesung sind, ihre Karte zu erheben. – Das sind so viele, dass das mit Sicherheit mehr als ein Drittel ist. Glauben Sie mir? Dann können wir uns das Zählen ersparen. – Jetzt bitte noch die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. – Es war eine deutliche Mehrheit für die zweite Lesung.

Wir treten in die zweite Lesung ein. Ich rufe den Antrag I-47 in zweiter Lesung auf. Wünscht jetzt noch jemand, inhaltlich dazu zu diskutieren? – Der Worte sind genug gewechselt. Wir können dann in die Abstimmung eintreten. Dem Wunsch von Herrn Stagge folgend, stimmen wir in vier Schritten ab. Zunächst geht es um den Satz:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert mehr Transparenz bei der Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)!

Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Alle möchten Transparenz. Enthaltungen? – Dann ist der Satz bei wenigen Gegenstimmen mit großer Mehrheit beschlossen.

Wir kommen zur nächsten Aussage:

Es darf nicht sein, dass die GOÄ hinter verschlossenen Türen von Ärztevertretern, die im täglichen Arbeitsalltag selbst wenig oder gar nicht nach GOÄ abrechnen, sowie von den Kostenträgern erarbeitet wird.

Wer dieser Aussage zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist diese Formulierung abgelehnt.

Wir kommen zur nächsten Formulierung:

Es darf nicht sein, dass die Ärzteschaft von ihren eigenen Vertretern mit einer „Rahmenvereinbarung“ überrascht wurde, in der unter anderem eine Deckelung der Leistungen angekündigt wird, wie sie beim Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bereits zu erheblichen Verschlechterungen der Versorgungsqualität geführt hat, sowie eine nutzlose und teure Kontrollbürokratie und eine praxisferne Einschränkung der Flexibilität.

Wer für diese Aussage ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist das ebenfalls mit großer Mehrheit abgelehnt.

Jetzt stimmen wir über folgenden Satz ab:

Es darf nicht sein, dass die Berufsverbände beanstanden, keinen Rücklauf zu bekommen, nachdem sie ihre Vorschläge eingebracht haben.

Das darf eigentlich wirklich nicht sein, aber so ist es natürlich nicht gemeint.

(Heiterkeit)

Sie wissen jetzt, worüber Sie abstimmen. Wer für diese Aussage ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist auch dieser Satz abgelehnt.

Damit besteht jetzt der Beschluss zum Antrag I-47 in dem Satz:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert mehr Transparenz bei der Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)!

Damit ist die zweite Lesung erfolgreich beendet.

Wir treten jetzt in die Aussprache zu allen Punkten des Tagesordnungspunkts I außer der GOÄ ein. Der Erste auf der Rednerliste ist Lothar Rütz aus Nordrhein.

Dr. Rütz, Nordrhein: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Mein Thema ist die ärztliche Kommunikation. Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist zentraler Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit. Das ist für uns eine Selbstverständlichkeit. Leider gibt es Tendenzen, die dem entgegenwirken, zum

Beispiel die Ökonomisierung, die Bürokratisierung und auch die Schematisierung der Medizin.

Andere nicht ärztliche Berufsgruppen machen sich dies geschickt zum Vorteil, indem sie sagen: Sie sind hier die besseren Ärzte. Sie reklamieren diese Tätigkeit für sich. Dem müssen wir entgegentreten. Ich nenne ein Beispiel: Wird in den Medien über die Betreuung von Katastrophenopfern berichtet, wird zuerst die Feuerwehr gefragt. Zu Wort kommen der Notfallseelsorger und natürlich der Psychologe. Dass Ärzte zu diesem Thema befragt werden, ist mittlerweile eine Seltenheit.

Deswegen haben wir einen Antrag formuliert, der unser Selbstbewusstsein in diesem Punkt wieder etwas aufrichten soll, der auch einen Nachholbedarf aufzeigt, dem wir auf dem nächsten Ärztetag nachkommen können. Dieser Antrag trägt den zugegebenermaßen etwas sperrigen Titel „Düsseldorfer Forderungen zur Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation“. Alle Delegierten der Ärztekammer Nordrhein unterstützen in großer Eintracht diesen Antrag.

Ich bitte Sie um ein positives Votum zu diesem Antrag für uns alle. Lassen wir uns dieses wichtige Thema nicht von Berufsfremden aus der Hand nehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Rütz. – Frau Bartels, die eben noch auf der Rednerliste stand, hat ihre Wortmeldung zurückgezogen. Deshalb hat als nächster Redner Stefan Windau aus Sachsen das Wort.

Dr. Windau, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu den Anträgen sprechen, die die Finanzierung – nicht den Inhalt – der ambulanten Weiterbildung treffen. Ich möchte mich eindeutig für den Antrag I-06 des Vorstands der Bundesärztekammer aussprechen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 unterstützt die Absicht, die ambulante Weiterbildung zu stärken ...

Ich bitte Sie, sich dem anzuschließen. In dem Antrag steht der Satz:

Unerlässliche Voraussetzung für die Stärkung der ambulanten Weiterbildung ist die gesicherte Finanzierung einer tarifgerechten Bezahlung von jungen Ärztinnen und Ärzten.

Ich darf mich darauf beziehen, dass wir im vergangenen Jahr nach recht schwierigen Verhandlungen einen sehr breit getragenen Kompromiss zur ambulanten Weiterbildung zustande gebracht haben. In diesem Antrag, der dann auch beschlossen wurde, heißt es:

Dies

– gemeint ist die ambulante Weiterbildung –

im notwendigen Umfang zu ermöglichen, muss eine sozialrechtlich geregelte Verpflichtung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung geschaffen werden (...) Den Weiterzubildenden in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert werden, dass sie mindestens die gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte vorfinden. Hierzu wird mit der für die im stationären Versorgungsbereich für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgeblichen ärztlichen Organisation ein Vertrag abgeschlossen ...

Insofern schließt sich der Antrag I-06, den wir hoffentlich mit großer Mehrheit beschließen werden, sehr folgerichtig und logisch an das an, was wir im vergangenen Jahr beschlossen haben.

Es gibt den Antrag I-28 zur Sicherung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Ich betone ganz klar: Es geht um die Sicherung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Es geht also nicht um die Weiterbildungsinhalte. Deshalb haben sich die Antragsteller darauf geeinigt, eine sehr klare und kurze Forderung zu stellen, die darin fokussiert:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, eine gesetzliche Regelung zu einer stabilen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen.

Wir haben uns absichtlich, damit es eben nicht zu Konflikten kommt, wie es im Detail ausgestaltet werden soll – Rucksackmodell, Stiftungsmodell etc. –, zurückgehalten. In der Begründung heißt es:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert deshalb an den Gesetzgeber, die für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche, qualitativ hochwertige Weiterbildung durch einen Systemzuschlag auf die im ambulanten wie stationären Bereich abgerechneten Fälle investiv zu sichern und zu unterstützen.

Das heißt, wir wollen einen Systemzuschlag für die ambulante Weiterbildung sowohl für die niedergelassene Praxis als auch für diejenigen, die diese Bereiche der ambulanten Weiterbildung letztendlich über den stationären Sektor machen. Wir wollen für beide einen Systemzuschlag. Wir wollen, dass die Verteilung dieser Gelder in gemeinsamer Verantwortung der ärztlichen Organisationen und Kostenträger erfolgt. Modelle sollen dann entwickelt werden.

Ich denke, von uns hier sollte das Signal ausgehen, dass wir mit großer Mehrheit beschließen, dass sich der Gesetzgeber durch gesetzliche Maßnahmen dazu bekennt und auf den Weg bringt, dass die Finanzierung, die wir schon im vergangenen Jahr mit großer Mehrheit gefordert haben, geregelt wird. In welchem Modell wir sie dann umsetzen, ist eine andere Frage.

Ich betone noch einmal, auch wenn es redundant ist: Es geht uns hier nicht um die Inhalte der Weiterbildung, sondern um die Finanzierung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank, Herr Windau. – Der nächste Redner ist Herr Botzlar von der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Botzlar, Bayern: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Ich glaube, eine Vielzahl der Delegierten wird geeint von dem Wunsch, für die Weiterbildung zusätzliche Mittel zu beschaffen. Das ist für den ambulanten Sektor sicherlich notwendig, für den stationären auch. Ich bin Herrn Windau sehr dankbar, dass er dies gerade vorgetragen hat. In Antrag I-37 ist aufgeführt, dass die stationäre Weiterbildung durch das DRG-System kalkulatorisch abgedeckt sei. Das mag am Anfang, als es eingeführt wurde, sicherlich so gewesen sein. Ich glaube, heute können wir mit Fug und Recht behaupten, dass dem nicht mehr so ist.

Als Kronzeugen kann man vielleicht die FMH anführen. Das DRG-System wurde ja in die Schweiz übertragen. Die Schweizer sagen, es sei sehr schwierig, fassbar zu machen, was die Weiterbildung wirklich kostet. Sie kommen da auf Beträge zwischen 17.000 und 168.000 Franken im Jahr. Sicherlich liegt die Wahrheit irgendwo dazwischen.

Wie gesagt: Uns eint der Wunsch, zusätzliche Mittel für die Weiterbildung zu beschaffen. Gleichwohl erfüllt mich die Formulierung mit der gesetzlichen Regelung ein wenig mit Bauchschmerz. Ich kann das Argument gut nachvollziehen, dass wir, wenn es nicht gesetzlich geregelt sei, kein Geld bekämen. Gleichwohl habe ich die Sorge und möchte sie hier auch vortragen, dass gesetzliche Regelungen, wenn es blöd läuft, dazu führen könnten, dass wir uns langfristig hier auch nicht mehr über die Weiterbildung unterhalten müssen.

Deshalb ist meine Bitte an die Antragsteller zum Antrag I-28 als auch an Herrn Wesiack, der den Antrag I-37 formuliert hat, ob es nicht möglich wäre, eine Formulierung zu finden, die das Adjektiv „gesetzlich“ durch eine gefälligere Formulierung, die diese Sorge, die ich gerade vorgetragen habe, ausräumt, ersetzen könnte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas Botzlar. – Nächster ist Julian Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte zu demselben Antrag sprechen wie Herr Botzlar, vielleicht unter einem anderen Aspekt. Es geht um den Antrag I-37 von Herrn Wesiack. Ich war schon sehr überrascht, dass in der Begründung dieses Antrags eine bezahlte Weiterbildung im stationären Bereich vorgesehen ist. Ich bin mir ganz sicher, dass Herr Wesiack weiß, dass es de facto nicht stimmt, wie es gerade auch von Herrn Botzlar formuliert wurde.

Wir sind uns einig, dass die Weiterbildung in allen Sektoren zusätzliche Mittel braucht. Ich bin froh, dass viele inzwischen sehr gelernt haben, dass das nicht nur mit der Tarifpolitik geht. Ich denke, wir sollten durch solche Anträge keine Unterschiede zwischen den Sektoren aufbauen, die es, glaube ich, gar nicht gibt. Die Aus-

bildung ist weder im Krankenhaus auskömmlich finanziert – da sind nur die Töpfe größer, zwischen denen hin- und hergeschaukelt wird, aber am Ende fehlt das Geld – noch im ambulanten Bereich. Ich akzeptiere, dass es im ambulanten Bereich viel stärker auffällt und dort die Weiterbildung unbedingt gestärkt werden muss.

Aber sollten wir dann nicht lieber Anträge formulieren, in denen ein Gesamtkonzept der Finanzierung der Weiterbildung niedergelegt ist, als neue Grabenkämpfe zu beginnen, von denen ich immer mehr hoffe, dass wir sie bei diesem grundsätzlichen Problem überwinden?

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Veelken. – Jetzt Hans-Albert Gehle aus Westfalen-Lippe.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu den Anträgen 28, 31, 33, 37 und 43 sprechen. Wir befinden uns sicherlich in einer schwierigen Zeit. Wir müssen den schwierigen Spagat hinbekommen zwischen der Notwendigkeit zusätzlicher Mittel und dem Erhalt der Freiheit unserer Weiterbildung, damit wir nicht ein System wie in den Niederlanden oder in der Schweiz bekommen, wo es echte Spital- oder Krankenhausärzte gibt, die in derselben Institution arbeiten, aber, weil sie nicht mit Weiterbildungsmitteln ausgestattet sind, keine Weiterbildung erhalten können.

Herr Gassen hat es in seinem Referat auf der Vertreterversammlung und auch gestern hier, glaube ich, gut formuliert:

Die Weiterbildung dient dazu – das sagt ja schon der Begriff – weiterzukommen, sich auszurichten auf das, was einen fachlich besonders interessiert. Dazu bedarf es der Möglichkeit des Ausprobierens, es bedarf offener Optionen und nicht der Vorfestlegung. Ich halte das für einen ganz wesentlichen Aspekt gerade auch im Hinblick auf die Attraktivität des Arztberufes als solchem. Unser Ziel muss sein, die Studierenden durch die Erfahrungen, die sie machen, für ein Fach zu begeistern, nicht durch Vorschriften. Interesse kann man nicht verordnen.

Ich glaube, das ist der Geist, der uns alle umtreibt. Herr Gassen hat ihn sehr gut zusammengefasst.

Wenn wir einfachgesetzliche Regelungen fordern, ohne zu sagen, was wir geändert haben wollen, wenn wir andere gute Vorschläge zur Finanzierung machen, dann sind wir, glaube ich, momentan noch nicht an dem Punkt, an dem wir als Ärzteschaft sagen: Das ist es, was wir geändert haben wollen.

Ein Gesetzgeber, der keine klare Vorgabe gibt, sondern eine allgemeine Auffassung zur Schaffung eines Gesetzes zur Finanzierung der Weiterbildung, wird sich aufgefordert fühlen, das zu tun. Ob er uns dann hinzunimmt, ist seine freie Entscheidung.

Von daher bitte ich, dass wir den guten Prozess, der eigentlich seit dem letzten Jahr gestartet ist, weiterführen, dass wir der KBV und der Bundesärztekammer die Möglichkeit geben, einen gesunden Gedankenaustausch darüber zu pflegen und dann hier einen vernünftigen Weg vorzuschlagen.

Daher bitte ich, die von mir genannten Anträge 28, 31, 33, 37 und 43 an den Vorstand zu überweisen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans-Albert. Könntest du mir kurz die Liste geben, damit ich das richtig notiere? Herr Gehle hat Vorstandsüberweisung für diese Anträge beantragt. – Der nächste Redner ist Andreas Hellmann aus Bayern.

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Wir alle sind doch schon relativ lang im Geschäft. Gerade die erfahrensten Berufspolitiker wissen, wie man mit Formulierungen spielen kann. Jeder von uns weiß, dass wir eine gesetzliche Regelung zur Finanzierung brauchen, schon allein, weil wir die Regelung zur Allgemeinmedizin wieder ändern wollen und das nicht mitbezahlen, sondern dass das letztendlich die Gesellschaft allein bezahlen muss. Schon da brauchen wir eine gesetzliche Änderung, weil es so im Gesetz steht. Wir alle wissen, dass wir eine gesetzliche Änderung brauchen, damit wir die Finanzierung so bekommen, wie wir sie haben wollen.

Wenn man den Antrag liest, wie man ihn auch lesen kann, könnten Bedenken entstehen, wie sie auch Andreas Botzlar formuliert hat, dass sich der Gesetzgeber bemüßt, sich in die Regelungen zur Weiterbildung noch viel weiter einzumischen.

Deswegen schlage ich vor, diesen Antrag insofern zu erweitern, als man eine gesetzliche Regelung schafft, die die Selbstverwaltung in die Lage versetzt, die Finanzierung zu regeln. Dann ist das geklärt. Wir wollen eine gesetzliche Regelung, die die Selbstverwaltung in die Lage versetzt, die Finanzierung zu regeln. Ich stelle den Antrag, den Antrag so zu erweitern.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das müssten Sie schriftlich einreichen, Herr Hellmann, damit wir das sauber und korrekt behandeln können. – Nächster Redner ist Günther Jonitz vom Vorstand.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Monti! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie kurz auf das Terrain führen, das die Politik als neues Leitmotiv erkannt hat, nämlich das Thema Qualität. Ich spreche zu den Anträgen 13, 20, 21, 23, 24, 29 und 36. Den Antrag 48 haben Sie dankenswerterweise bereits angenommen. Es steht zwar „Vergütung“ für Obduktionen drauf, es ist aber Qualität drin.

Da gilt ganz einfach: Was nicht bezahlt wird, findet nicht statt. Ich hoffe, dass sich da etwas ändert.

Qualität in der Versorgung, das sind wir, und zwar nicht nur in jedem Einzelfall nach bestem Wissen und Gewissen und auch persönlich haftend, sondern, wie Sie dem Text der Anträge entnehmen können, systematisch im großen Maßstab wissenschaftlich korrekt, ergebnisorientiert, oft gemeinsam mit anderen Berufen und Institutionen und seit vielen Jahren völlig selbstverständlich.

Wenn die Politik jetzt mitmachen möchte, dann begrüße ich das ausdrücklich. Ich möchte darauf hinweisen, dass es mich wirklich sehr freut, dass alle diese Anträge Ihre Zustimmung erhalten können. Das heißt, wir sind uns in diesem Punkt sehr einig. Ob das in der Praxis funktioniert, müssen wir sehen.

Es wird parallel dazu gerade in der Schweiz vom Gesetzgeber ein Institut zur Förderung der Qualität gegründet. Der Zweck dieses Instituts ist nicht, per se irgendwelche Zahlen zu generieren, sondern vorhandene Aktivitäten zusammenzuführen und zu fördern. Der Charakter des Schweizer Instituts ist ein bisschen anders als der des deutschen. Wir werden es sehen.

Ich bitte Sie um Ihre Zustimmung, und zwar mit einer kleinen Änderung. Ich schlage vor, dass wir im Antrag I-29, der relativ ausführlich auf einzelne Beispiele der systematischen Aktivitäten zur Qualitätssicherung eingeht, das Wort „Begründung“ streichen. Ich schlage vor, den Text der Begründung mit in den Antragstext zu übernehmen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Günther. – Frau Kollegin Rothe-Kirchberger ist die nächste Rednerin.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte eine Anmerkung zum Antrag I-01 c machen. Dort geht es unter anderem um die GOÄ. Da ist die Rede von einem Alleinstellungsmerkmal für den freien Beruf Arzt/Ärztin. Natürlich handelt es sich bei der GOÄ um eine ärztliche Gebührenordnung. Aber ich möchte darauf hinweisen, dass dies nicht subkutan dazu führen sollte, dass dabei eine andere Berufsgruppe, die ja zumindest in die psychotherapeutische Versorgung schon mit eingeschlossen ist, nämlich die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ausgeschlossen wird. Es ist mir ein Anliegen, darauf hinzuweisen, dass es natürlich eine ärztliche Gebührenordnung ist, die jedoch auch Anwendung auf die beiden genannten Berufsgruppen findet.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Rothe-Kirchberger. – Heinrich-Daniel Rühmkorf ist der nächste Redner.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Ich denke, wir haben in Deutschland Grund, stolz darauf zu sein, dass die Weiterbildung im Krankenhaus nach Tariflöhnen bezahlt wird, weil der Arzt dort arbeitet. Mit dieser Begründung geht es uns besser als den Holländern, wo es Unterschiede zwischen dem Weiterbildungsassistenten und dem Stationsarzt gibt. Der Weiterbildungsassistent erhält deutlich weniger Honorar als sein Kollege, weil für ihn Ressourcen gebraucht werden. In Deutschland gibt es diese Unterscheidung nicht.

Nun kommen Forderungen aus diesem Kreis, dass die Weiterbildung im ambulanten Bereich weiter ausgebaut werden soll. Das halte ich für richtig.

Für die Finanzierung müssen praktikable Wege gesucht werden. Dazu unterstütze ich den Antrag I-06 des Vorstands, nach einer praktikablen Lösung zu suchen. Bei den anderen Anträgen, bei denen es darum geht, dezidiert zu sagen, jedes Fach soll wie die Allgemeinmedizin behandelt werden, kann ich wie im letzten Jahr nur warnen. Eine Förderung der Weiterbildung bedeutet, dass zunächst einmal ein Bedarf an Fachärzten erkannt wird. Ich glaube, das ist in der Allgemeinmedizin unstrittig.

Das Problem in der ambulanten Versorgung ist aufgrund des Facharztstandards: Was darf der Weiterbildungsassistent dort eigentlich tun? Ist er dort degradiert auf den Status eines Praktikanten? Das ist für mich eine spannende Frage, bei der wir schauen müssen: Wie können wir für den Weiterbildungsassistenten eine Tätigkeitsbeschreibung finden, mit der er tatsächlich arbeiten kann und das Regelleistungsvolumen in diesen Praxen erhöht werden kann?

Wenn wir eine Förderung vonseiten der Kassen oder vonseiten des Staats haben wollen, heißt das: Wir greifen auf das System zurück und müssen uns dann auch mit der Frage der Systemeinflussnahme auseinandersetzen. Das bedeutet, es wird weder von den Kassen noch von der öffentlichen Hand Gelder geben, wenn dafür kein Bedarf gesehen wird.

Ich wiederhole es: Ich unterstütze den Antrag I-06 des Vorstands und bitte darum, die weiteren Anträge dazu an den Vorstand zu überweisen.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Daniel Rühmkorf. – Christoph Emminger aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Emminger, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich zum Antrag I-28 äußern. Es ist gestern und heute mehrfach gesagt worden: Die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten besonders in der Allgemeinmedizin ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir sollten sie auch als gesamtärztliche Aufgabe bezeichnen, als eine Aufgabe, die uns alle betrifft. Es sollte meiner Meinung nach von diesem Ärztetag kein Signal an die jungen Kolleginnen und Kollegen geben, dass es sehr grundsätzliche Unterschiede zwischen dem klinischen Sektor und dem ambulanten Bereich gibt. Das ist mir ein großes Anliegen. Dafür will ich werben.

Deshalb spreche ich zum Antrag I-28. Ich kann die Formulierung sehr gut verstehen. Da greife ich das auf, was Herr Hellmann vorhin gesagt hat. Ich begrüße es auch, dass der Antragstext kurz und knapp ist. Manchmal ist die Kürze nicht sehr hilfreich, weil sie die Klarheit, um was es geht, verschleiert. Ich möchte den Antrag stellen und an erster Stelle Herrn Windau den Vorschlag machen: Übernehmen Sie in den Antragstext den letzten Abschnitt Ihrer Begründung. Er ist eigentlich so formuliert, dass man ihn aufnehmen kann und ihn als Signal an die Politik senden kann, was wir eigentlich fordern.

Daher die Bitte an die Antragsteller, diesen letzten Abschnitt der Begründung mit in den Antragstext zu nehmen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Christoph. – Nächster Redner ist Stefan Windau aus Sachsen.

Dr. Windau, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, wir haben eine Einigung, natürlich vorausgesetzt, dass die Antragsteller mitziehen. Aber ich glaube, das wäre möglich. Herr Hellmann würde seinen Änderungsantrag zurückziehen und ich schlage Ihnen das, was Herr Emminger vorgeschlagen hat, ebenfalls vor. Man könnte folgenden Text vereinbaren:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, eine verbindliche Regelung zu einer stabilen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen.

Das ist mit den Kollegen abgesprochen, auch mit Herrn Botzlar. Ich gehe davon aus, dass die Antragsteller dem zustimmen könnten.

Zweitens hat Herr Emminger vorgeschlagen, einen Teil der Begründung mit in den Antragstext aufzunehmen. Wir ändern gar nichts, sondern fügen etwas aus der Begründung in den Antragstext ein, der dann insgesamt lautet:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, eine verbindliche Regelung zu einer stabilen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert deshalb an den Gesetzgeber, die für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche, qualitativ hochwertige Weiterbildung durch einen Systemzuschlag auf die im ambulanten wie stationären Bereich abgerechneten Fälle investiv zu sichern und zu unterstützen. Die Verteilung dieser Gelder steht in der gemeinsamen Verantwortung der ärztlichen Organisationen und der Kostenträger. Hierzu sind geeignete Modelle zu entwickeln.

Das nimmt, liebe Kolleginnen und Kollegen, auch noch die Sorge, die einige Kollegen hatten, dass, wenn man „gesetzlich“ schreibt, der Gesetzgeber weitergeht. Wir schreiben jetzt statt „gesetzlich“ „verbindlich“. Das, was wir verbindlich wollen, spezi-

fizieren wir, indem wir das aus dem Begründungsteil in den Antragstext nehmen. Ich denke, damit wäre das geregelt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Windau, in der Regel muss so etwas umgedruckt werden. Aber geben Sie mir den Text bitte einmal her, dann kann ich es nachher vorlesen. Vielen Dank, Herr Windau. – Eva Müller-Dannecker aus Berlin ist die Nächste.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich bin dankbar, dass mein Vorredner an dieser Stelle bereits einen guten Vorschlag eingebracht hat. Ich möchte eine Begründung dafür vortragen, warum ich glaube, dass die Trennung zwischen ambulant und stationär hier völlig deplatziert ist. Wenn Sie sich die Evaluation der Weiterbildung, die wir von der Bundesärztekammer durchgeführt haben, anschauen, sehen Sie, dass durchweg die ambulante Weiterbildung als qualitativ besser gesehen wird als die stationäre.

Woran liegt das? Das liegt daran, dass in der stationären Versorgung längst nicht das Argument gilt, dass es irgendwie finanziert ist. Das ist es eben nicht. Die Krankenhäuser stehen so massiv unter Druck, dass die Weiterbildung darunter leidet. Aus diesem Grunde sollten wir uns auf keinen Fall trennen lassen. Wir brauchen sozusagen einen Zuschlag, wie es die Änderung besagt, die mein Vorredner gerade vorgeschlagen hat.

Ich plädiere unbedingt dafür, die stationäre Weiterbildung angemessen zu finanzieren, und zwar genauso wie die ambulante Weiterbildung. Wir brauchen für die Zukunft qualitativ hochwertig ausgebildete und weitergebildete Fachärzte. Sie sind keine Hilfsärzte, sie sind Ärzte. Sie müssen nach ihrem Studium angemessen weiterqualifiziert werden. Sie haben einen hochverantwortlichen Beruf. Es geht hier um Leben und Tod. Das müssen wir der Öffentlichkeit sagen. Das geht eben nicht zum Nulltarif.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Eva. – Thomas Schang aus Schleswig-Holstein ist der Nächste.

Dr. habil. Schang, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz zum Antrag 03 des Vorstands Stellung nehmen. Dabei geht es um das Thema Qualitätskriterien und Bedarfsplanung. Ich verstehe den Antrag so, dass er in erster Linie in Abwehr der selektivvertraglichen Avancen der Krankenkassen gemeint ist. Ich finde, man muss aber auch aufpassen, dass man nicht den Teufel mit dem Beelzebub austreibt.

Das Gefährliche daran ist, dass niemand etwas gegen Qualität sagen kann. Dagegen kann man nicht argumentieren. Wenn ich aber Qualitätskriterien zum Kriterium der Bedarfsplanung mache, laufe ich natürlich in eine gewisse Gefahr. Wir alle wissen, dass es eine permanente Diskussion gibt, immer mehr Krankenhausbetten abzubauen, die Ressourcen immer weiter zu reduzieren. Der Bettenabbau in den Kliniken läuft ungebrochen seit 40 Jahren, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern in allen OECD-Staaten, in Deutschland allerdings von einem besonders hohen Niveau aus.

Wenn ich sage, ich nehme Qualitätskriterien für die Bedarfsplanung, dann kann ich ganz einfach die Qualitätskriterien so gestalten, dass ich mir vorher ausrechnen kann, wie viele Krankenhäuser ich schließen darf. Ich meine, davor müsste dringend gewarnt werden. Eine Bedarfsplanung soll sich, wie der Name schon sagt, am Bedarf ausrichten. Wenn eine Klinik, die im Bedarfsplan steht, keine gute Qualität hat, kommt es darauf an, in dieser Klinik die Qualität zu steigern.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Schang. – Meine Damen und Herren, ich darf nur kurz diskret und leise daran erinnern, dass es jetzt 10.42 Uhr ist. Eigentlich wollten wir seit 9 Uhr im Tagesordnungspunkt Prävention sein. Die von außen kommenden Referenten für den nächsten Tagesordnungspunkt Öffentlicher Gesundheitsdienst waren für 11 Uhr geladen und für 14 Uhr die Referenten für die Schmerztherapie. Wir hängen momentan also etwa eindreiviertel Stunden hinter der Zeit zurück.

Das kann man alles hinkriegen. Ich wollte Ihnen, was die weitere Intensität der Debatte angeht, nahelegen, ob wir nicht irgendwann auch in die Abstimmung eintreten können, damit wir zeitlich nicht völlig aus dem Ruder geraten.

Der nächste Redner ist Guido Marx aus Nordrhein.

Dr. Marx, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte etwas zum Thema der medizinischen Grundversorgung beitragen. In der Schweiz gibt es einen neuen Verfassungsartikel, der recht kurz und prägnant ist, nach dem Bund und Kantone verpflichtet sind, für eine umfassende, allen zugängliche und fachlich qualitativ hochstehende medizinische Versorgung durch Haus- und Kinderärzte zu sorgen und die Hausärzte als erste Anlaufstelle zu fördern.

Davon können wir in Deutschland nur träumen. Ich warne davor zu sagen: Die hausärztliche Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir werfen sie, nachdem wir als Kammern letztendlich versagt haben, wieder dem Gesetzgeber vor die Füße. Wer das fordert, wird erleben, dass er dann auch andere Kompetenzen verliert. Das sollten wir uns sehr gut überlegen.

Warum haben die Schweizer das gemacht? Das hat einen relativ einfachen Grund, den auch wir hier zu beklagen haben: Das sind die Veränderungen in der Demografie. Erfreulicherweise steigt die Lebenserwartung deutlich. Die Zahl der Multimorbi-

den und der chronisch Kranken steigt. 70 Prozent können abschließend durch Kinder- und Hausärzte behandelt werden. Die Kosten, die dabei entstehen, betragen nur 4 Prozent der Gesundheitskosten insgesamt. Es wäre wirtschaftlich gesehen eine hochinteressante Sache, das zu befördern.

Ich bitte die Delegierten, zumindest einmal darüber nachzudenken. Dass man es so nicht übernehmen kann, ist klar. Es war eine Entscheidung des schweizerischen Volkes und nicht der Schweizer Ärzte. Das muss man sich auch einmal klarmachen.

Vorhin wurde gesagt, wir sollten bei der Diskussion über die ärztliche Gebührenordnung nicht die psychologischen Psychotherapeuten vergessen. Dazu nur die Anmerkung: Es gibt die Psychotherapeutenkammer, die dafür zuständig ist. Dabei sollten wir es belassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Marx. – Privatdozent Andreas Scholz aus Hessen ist der nächste Redner.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Durch die Vorredner brauche ich jetzt nur noch zur Qualität zu sprechen, da bereits treffliche Vorschläge in einem anderen Punkt gemacht wurden. Zur Qualität ließe sich wahrhaftig sehr viel sagen. Es ist für die Politik sehr verlockend zu sagen: Wir verteilen Gelder, wir verteilen Krankenhäuser, wir verteilen entsprechende Ressourcen nur nach Qualität. Wer kann sich dem schon verschließen?

Wenn Sie tiefer in diese Diskussion einsteigen, werden Sie sicher merken, dass es enorm schwierig ist, wirklich fundierte Kriterien zu finden, die Qualität messen. Schauen Sie nur einmal bei den Navigatoren bei den Krankenkassen nach. Es ist untereinander überhaupt nicht deckungsgleich, was dort mit hoher Qualität benannt wird. Es können einem schon Zweifel kommen: Wird die Qualität vernünftig gemessen?

Aus diesem Grunde würde ich es sehr begrüßen, wenn Sie den Antrag 23 unterstützen, der nicht nur Transparenz bei diesen Kriterien fordert, sondern auch fordert, dass wir Ärzte entsprechend mit involviert sind. Ich will damit nicht sagen, dass wir immer recht haben, aber wenn ärztlicher Sachverstand einfließt, besteht eine höhere Chance, dass vernünftig nach entsprechenden Qualitätskriterien gemessen werden kann.

Es wurde sehr plakativ dargestellt: Durch häufiges Wiegen wird das entsprechende landwirtschaftliche Tier nicht fatter. Es könnte aber sein, wenn Sie ausschließlich die Gewichtszunahme als Qualitätskriterium nehmen, dass das Tier nur fatter geworden ist und nicht Muskeln angesetzt hat. Dann hätten Sie zwar wieder ein Qualitätskriterium kreiert, wunderbar, aber das, was Sie erreichen wollten, nämlich Muskelmasse zu schaffen, haben Sie nicht geschafft.

So etwas befürchte ich, wenn Sie solche Anträge wie den Antrag I-23 nicht unterstützen. Sie können mir natürlich vorwerfen: Der Scholz sucht sich diejenigen Quali-

tätskriterien heraus, die ihm passen. Dazu möchte ich Ihr Augenmerk auf den Antrag I-36 lenken. Sie können im wissenschaftlichen Raum Untersuchungen finden, die bis da hinweisen, wo die Mortalität ansteigt. Das ist der Fall – das möchten die Kostenträger natürlich nicht hören –, wenn Sie keine ausreichende Personalausstattung und eine zu hohe Bettenauslastung haben.

Wenn wir diese Dinge wissen, dann lassen Sie sie uns doch auch benennen und unterstützen.

Wenn ich den Änderungsantrag von Günther Jonitz richtig verstanden habe, möchte er beim Antrag I-29 die Begründung mit in den Antragstext aufgenommen haben. Dann stelle ich den Änderungsantrag, dass dies nur bis zu dem Wort „Hintergrundinformationen“ reicht. Ansonsten würde es arg verwirren.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas Scholz. – Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag des Kollegen Brock aus Nordrhein.

(Brock, Nordrhein: Ende der Rednerliste!)

– Das kennen wir in unserer Geschäftsordnung nicht. – Entschuldigung, früher konnten wir es nicht; inzwischen haben wir es geändert. Nach § 12 unserer Geschäftsordnung erhält außer der Reihe das Wort, wer Schluss der Rednerliste beantragen will. Dazu hat Herr Brock das Wort erhalten. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir jetzt darüber ab, ob wir an dieser Stelle die Rednerliste schließen wollen oder nicht. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eine große Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist hiermit die Rednerliste geschlossen. Wir arbeiten die jetzt noch vorliegenden Wortmeldungen ab. Anschließend können wir in die Abstimmung über die einzelnen Anträge eintreten. Herr Calles ist der nächste Redner.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag I-28, weil ich ihn für einen ausgesprochen wichtigen Antrag halte. In Abwandlung eines alten juristischen Spruchs, nämlich „nulla pecunia sine lege“, muss Folgendes festgestellt werden: Wir bekommen kein Geld ohne entsprechendes Gesetz, wir wollen nicht, dass sich der Gesetzgeber in die Weiterbildung einmischt. Wie können wir das in diesem Antrag erreichen? Den Begriff „gesetzliche Regelung“ haben wir durch die Worte „verbindliche Regelung“ ersetzt. Ich denke, wir müssten noch klarer machen, wie es letztendlich draußen ankommen soll. Deshalb lautet mein Vorschlag: Wir nehmen den einen Satz aus der Mitte des ersten Absatzes der Begründung mit nach oben und fahren fort, wie vorhin beantragt wurde. Dann lautet der Antragstext folgendermaßen:

Die ärztliche Weiterbildung stellt sich als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, deren Finanzierung nicht zu Belastungen der Ärztegeneration und ärztlichen Organisationen führen darf. Deshalb fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 die Bundesregierung auf, eine verbindliche Regelung zu einer stabilen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen.

Der Antrag würde dann folgendermaßen enden:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert deshalb an den Gesetzgeber ...

Damit hätten wir einen Antrag, der in sich klar und deutlich feststellt: Es ist auf der einen Seite eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, hier die Kosten zu tragen, und auf der anderen Seite tut der Gesetzgeber gut daran, die Weiterbildung in ärztlicher Hand zu belassen. Das ist mit dem Kollegen Windau und anderen abgesprochen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Calles. Ich habe das alles schon schriftlich bekommen. Deshalb kriegen wir das nachher auch hin. – Der nächste Redner ist der Kollege Ramm aus Hamburg. Hans, du hast das Wort.

Dr. Ramm, Hamburg: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Antrag I-18 sprechen und Sie sehr bitten, ihn zu unterstützen. Die Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung ist natürlich das A und O. Die ambulante Weiterbildung bedeutet immer auch eine Verzahnung mit der stationären Weiterbildung. Ich bin niedergelassener Nervenarzt und stehe in Kooperationen mit einigen Krankenhäusern in Hamburg. Die Weiterbildung könnte sofort beginnen. Wir würden die Finanzierung der Krankenhaussituation dann übernehmen, wenn wir eine Unterstützung hätten. So können wir Niedergelassenen das nicht machen. Auch wegen der Verzahnung möchte ich Sie bitten, den Antrag I-28 sehr zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans. – Nächster Redner ist Herr Kollege Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich möchte mich zur Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung äußern, die, denke ich, sehr wichtig ist. Zu Herrn Rühmkorf möchte ich sagen: Der Arzt in der Weiterbildung ist ein voll approbierter Arzt, der entsprechend seinem Fortschritt in der Weiterbildung Leistungen erbringt, und zwar unter Anleitung. Das ist klar definiert. Das gilt sowohl stationär als auch ambulant.

Das heißt natürlich nicht, dass der Inhaber irgendwo anders operiert oder Golf spielt oder dass der Assistent Hausbesuche in Pflegeheimen macht und der andere Sprechstunden in der Praxis oder dass die Station von Oberarzt- und Chefarztvisiten entblößt ist. Alles geschieht unter Anleitung und der Facharzt, also der Chefarzt oder der Oberarzt oder der Praxisinhaber, ist in der Nähe.

Ich denke, wir wollen alle keine Planwirtschaft mehr. Heute weiß niemand, welche Facharztrichtungen in 10 oder 15 Jahren gebraucht werden. Ich möchte Kollegen haben, die engagiert und mit Herzblut ihren Beruf erlernen und später ausüben. Sie werden dabei auch erfolgreich sein. Es gibt nicht nur einen Allgemeinmediziner-mangel, sondern auch einen Facharztmangel, und zwar flächendeckend in allen Fachbereichen.

Was Eva Müller-Dannecker gesagt hat, ist ein richtiger Ansatz. Ich bin Orthopäde. Wenn ich einen Kollegen weiterbilde, der sagt, er möchte Allgemeinmediziner werden, dann darf ich ihn weiterbilden und bekomme eine Förderung. Wenn er mein Fach erlernen möchte, gibt es keine Förderung. Ich denke, diese Lüge-rei wollen wir alle nicht.

Ich denke, wir sollten irgendwann dahin kommen, dass die Mittel für die Weiterbildungsförderung bei dem Weiterzubildenden verortet werden, sodass es egal ist, ob er es im stationären Bereich oder ambulant macht. Ich denke, dahin wollen wir kommen. Wir sollten wegkommen von der Situation, dass nur ein kleiner Teil gefördert wird und dass es weder im ambulanten Facharztbereich noch im stationären Bereich eingepreist ist. Dafür bitte ich um Unterstützung.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dewitz. – Dr. Heiner Heister aus Nordrhein ist der nächste Redner.

Dr. Heister, Nordrhein: Herr Präsident! Geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Die Freiheit unseres Berufs ist ein hohes Gut. Dazu gehört, dass unsere Gebührenordnung eine rein ärztliche Gebührenordnung ist. Bislang ist das so. Das zu ändern birgt sehr große Gefahren. Das ohne Not zu ändern halte ich, mit Verlaub, für töricht.

Die hier angesprochenen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben nicht nur ein eigenes Kammersystem, sie haben bislang auch schon eine eigene Gebührenordnung, die allerdings in Analogie zur ärztlichen Gebührenordnung gestaltet ist. Das kann man so belassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Heister. – Andreas Crusius vom Vorstand ist der nächste Redner.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte ganz kurz die Kollegen Calles, Dewitz und andere, die zur Weiterbildung gesprochen haben, unterstützen, auch Stefan Windau. Wir alle wissen, dass die Assistenten in der Klinik am ersten Tag nach ihrem Staats-

examen häufig alleingelassen sind, weil der Arbeitsdruck zu groß ist. Wir wissen auch, dass Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung alleingelassen werden. Das sind keine guten Beispiele. Deswegen brauchen wir eine vernünftige Finanzierung.

Wir kommen aus einem System, wo das alles gesetzlich geregelt war. Das brauchen wir eigentlich nicht. Deswegen möchte ich Sie bitten, dem Antrag I-28 in der nun geänderten Form – „verbindlich“ statt „gesetzlich“; wie auch immer das umzusetzen ist – zuzustimmen. Es müssen irgendwelche Zuschläge gegeben werden, damit die Assistenten vernünftig in der Niederlassung und im Krankenhaus weitergebildet werden und sich nicht völlig allein überlassen sind.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Gisbert Voigt aus Niedersachsen ist der Nächste.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche als niedergelassener Kollege zu Ihnen. Es geht um die Finanzierung der Weiterbildung, sei es ambulant oder stationär. Ich möchte anschließen an die Ausführungen der Kollegen Gehle und Rühmkorf, die beide darauf hingewiesen haben, dass wir uns mit dieser Thematik eine ganze Reihe von Konsequenzen einhandeln können. Von daher halte ich den Vorschlag, den der Kollege Gehle gemacht hat, für ausgesprochen klug, dass wir die Anträge 28, 31, 33, 37 und 43 an den Vorstand überweisen. Allein die Vielzahl der jetzt vorliegenden Änderungsanträge zum Antrag 28 und den anderen Anträgen zeigt, wie komplex und schwierig diese Thematik ist und wie viele Fußangeln sich in dieser Thematik verbergen. Ich glaube, es geht gar nicht darum, dass wir sagen, wir wollen in irgendeiner Weise die Weiterbildung auch finanziell absichern, sondern wir müssen uns erst einmal auf der Ebene der Bundesärztekammer in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Wege überlegen, die gangbar sind und für uns keine unangenehmen Konsequenzen haben.

Ich plädiere also eindringlich dafür: Unterstützen Sie den Antrag des Kollegen Gehle, auch was die Vorstandsüberweisung dieser fünf Anträge angeht.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Voigt. – Vorletzter Redner ist Klaus Thierse aus Berlin. Klaus, du hast das Wort.

Dr. Thierse, Berlin: Meine Damen und Herren! Ich spreche zu einem Antrag, der Ihnen noch nicht vorliegt. Ich muss mich dafür entschuldigen, dass er so kurzfristig eingereicht wurde. Obwohl ich schon einmal auf einem Ärztetag war, ist mir nicht klar geworden, dass ein Antrag, den die Delegiertenversammlung einer Landesärztekammer einstimmig beschließt, nicht einfach weitergereicht werden kann, sondern

von zehn Delegierten unterschrieben und hier eingereicht werden muss. Ich glaube, mit diesem Thema sollten wir uns noch einmal beschäftigen.

Zum Antrag selbst: Wir haben uns im vergangenen Jahr sehr lange damit beschäftigt, ob man erst die ambulante Weiterbildung oder erst die finanziellen Voraussetzungen schafft. Das ist wie die Frage nach der Henne und dem Ei. Ich bin der Meinung: Eine Lösungsmöglichkeit besteht darin, den Druck im Kessel zu erhöhen, indem man Tarifverträge entwickelt, damit eine Hausnummer in der Welt ist und denjenigen, die unserer Meinung nach die Kosten zu tragen haben, klar ist, worüber wir reden.

Deshalb haben wir beschlossen, hier den Antrag einzureichen, dass eine Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen von angestellten Ärzten im ambulanten Bereich von der Bundesärztekammer, gegebenenfalls der KBV und anderen, eingerichtet wird, analog zur Arbeitsgemeinschaft bezüglich der Arbeitsbedingungen der Medizinischen Fachangestellten. Ich denke, dass wir damit einen ganzen Schritt weiterkommen. Wir können dann einen Tarifvertrag initiieren. Es kann ein Tarifvertrag ausgehandelt werden. Damit ist Druck im System, dieses Problem zu regeln.

Noch ein Wort zur Weiterbildung generell. Ich denke, wir müssen nicht aufschreiben: Dieses muss stationär, jenes muss ambulant durchgeführt werden. Es gibt den Druck des Faktischen. Wir werden nicht darum herumkommen, dass die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stattfindet. Ich denke, das regeln die Inhalte. Wir werden nicht darum herumkommen, dass Weiterbildung auch im ambulanten Bereich stattfindet. Es ist ein Gebot der Fairness, dass da dann entsprechende Regelungen existieren.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Klaus, eine Frage an dich. Der Antrag, den die Delegierten noch nicht kennen, lautet, dass die Bundesärztekammer für die Gründung einer solchen Arbeitsgemeinschaft sorgt. Damit ist nicht gemeint, dass die Bundesärztekammer sie selbst gründet. Das wäre nämlich finanzrelevant. Dann müssten wir das Ganze erst in Richtung Finanzgremien schicken. Ich möchte klarstellen, dass mit dem Wort „sorgt“ gemeint ist, dass wir uns darum bemühen sollen, dass wir uns darum kümmern sollen, dass wir die Arbeitsgemeinschaft aber nicht selber gründen sollen.

Dr. Thierse, Berlin: Wenn ich die Historie richtig in Erinnerung habe, ist die Arbeitsgemeinschaft für die Arbeitsbedingungen der Medizinischen Fachangestellten als privater Verein entstanden. Daraus ist dann etwas geworden, was organisatorisch bei der Bundesärztekammer angesiedelt ist. Es muss nur der Druck vorhanden sein, dass das im nächsten halben Jahr geschieht, denn sonst werden wir mit der Weiterbildungsordnung nie richtig zu Potte kommen.

Ob das ein privater Verein ist, der da unterstützt wird – ich wäre bereit, dort Mitglied zu werden –, ob das etwas ist, wo sich Bundesärztekammer und KBV darüber unterhalten, wie es finanziert wird und wo es angesiedelt ist, wie das organisatorisch gemacht wird, stelle ich der Weisheit des Vorstands anheim.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Und den Finanzen! Weisheit und Finanzen sind ja oft eine glückliche Verbindung, vor allem beim Vorstand. Aus Berlin bekommen wir ja immer gute Hinweise, wie wir das hinbekommen.

Dr. Thierse, Berlin: Wenn wir sieben Berliner finden, werden auch die Reisekosten sehr gering sein.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir brauchen sieben Berliner; alles klar. Danke. – Last but by no means least Rudolf Henke als Letzter auf der Rednerliste. Dann kann ich die Aussprache schließen.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich habe mich aus zwei Gründen zu Wort gemeldet. In der Diskussion hat es ein bisschen Kritik gegeben an der Frage einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Ich will die Situation schildern, wie sie sich heute real in der Krankenhausplanung darstellt.

Unterschätzen Sie nicht die Bedeutung der Vereinbarung im Koalitionsvertrag, wonach für vier elektive Leistungen qualitätsorientierte Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern modellhaft ausprobiert werden sollen. In meinem Verständnis würde das bedeuten, dass die Frage, mit welchen Qualitätsgesichtspunkten, mit welchen Qualitätskriterien, mit welchen Qualitätspflichtenheften ein Krankenhaus konfrontiert wird, eine Frage ist, die nach diesen vier Modellen auf die Krankenkasse übertragen würde, also aus der Länderplanung herausgenommen würde. Die Krankenkassen würden dann entscheiden, mit welchen Krankenhäusern sie über diese Qualitätsaspekte eine Vereinbarung abschließen. Sie würden dann natürlich versuchen, die bei ihnen Versicherten, wenn diese krank und behandlungsbedürftig sind, in solche Krankenhäuser zu steuern.

Das ist schon realisiert im Bereich der Rehabilitation, denn im Bereich der Rehabilitation kennen wir keine Krankenhausplanung, sondern die Krankenkassen und auch die Rentenversicherungsträger und andere Rehabilitationsträger vereinbaren mit den Rehabilitationskliniken, zu welchen qualitativen und natürlich auch finanziellen Konditionen sie in die Versorgungsverträge aufgenommen und mit Patienten beschickt werden.

Das ist eine Situation, die einer selektiven Kontrahierung nahekommt. Sie bringt praktisch eine Annäherung an das Rabattmodell bei den Arzneimitteln. Das lehnen wir ab. Wenn wir das ablehnen wollen, dann kann es nicht sein, dass wir sagen: Die Qualität schert uns in der Krankenhausplanung nicht. Wir brauchen dann einen anderen Ort, wo qualitative Aspekte eingebracht werden. Das kann dann natürlich nur die der Daseinsvorsorge dienliche staatliche Krankenhausplanung sein, bei der wir als Ärztekammern klugerweise teilzunehmen fordern. In Nordrhein-Westfalen ist das realisiert. Da sind wir gewissermaßen mit Sitz und Stimme in den Gremien zur Krankenhausplanung beteiligt. Das stelle ich mir an dieser Stelle vor.

Jetzt ist meine Redezeit abgelaufen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nicht nur deine, sondern leider aller. – Ich stelle damit den Schluss der Aussprache zu Tagesordnungspunkt I fest. Wir treten in die Abstimmung ein. Ich frage Sie, ob Sie die Liste vorliegen haben, sei es elektronisch oder optisch oder in Papierform. – Wenn das so ist, können wir in die Abstimmung eintreten.

Wir beginnen mit dem Themenkomplex Suizidprävention, Ausbau der flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung. Hierzu liegt Ihnen der **Antrag I-02** des Vorstands vor. Wer wünscht, diesem Antrag zuzustimmen? – Die Gegenprobe! – Keiner. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit Einstimmigkeit **angenommen** worden.

Wir kommen damit zum Themenkomplex Krankenhaus. Dazu liegen eine ganze Reihe von Anträgen vor. Wir beginnen mit dem Antrag I-03, zu dem drei Änderungsanträge vorliegen, nämlich die Anträge I-03 c, 03 b und 03 a. Wir sollten sie in dieser Reihenfolge entsprechend dem Text des Antrags 03 abstimmen.

Ich rufe zunächst den **Antrag I-03 c** auf. Sie sind alle im Bilde: In der Mitte des zweiten Absatzes des Antrags 03 soll folgender Satz eingefügt werden:

Die Länder müssen aber ihrer Verpflichtung aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) künftig in vollem Umfang nachkommen und den erforderlichen Krankenhäusern die nötigen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Eine Finanzierung nach Haushaltslage darf sich nicht weiter verfestigen.

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-03 b**, der an das Ende des dritten Absatzes des Antrags 03 einen Dreizeiler anhängen möchte. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Ich bitte um die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Dann ist dieser Antrag mit einigen wenigen Gegenstimmen mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen damit zum **Antrag I-03 a**, der, wenn sie ihm zustimmen, eine Änderung in der Enumeration nach sich zöge. Der Hauptpunkt ist, einen vierten Spiegelstrich anzufügen, der sich mit der Weiterbildung befasst. Wünschen Sie, dass ich das vorlese oder haben Sie das alles schon gelesen? Es soll folgender Text angefügt werden:

Die Beteiligung an der gesamtgesellschaftlich notwendigen Aufgabe der Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses muss gefördert werden, indem diese zur Voraussetzung der Aufnahme in den Krankenhausplan und damit des Erhalts öffentlicher Fördermittel für Krankenhäuser gemacht wird. Maßgebend muss dabei die ärztliche Weiterbildung nach den Vorgaben des Weiterbildungsrechts und damit nach den Vorgaben der jeweils zuständigen Ärztekammer sein.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, für die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte, Heidrun Gitter.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Danke, Herr Präsident. – Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen dringend empfehlen, diesen Änderungsantrag anzunehmen. In Bremen haben wir das bereits. In Bremen steht es genauso, wie es Herr Reinhardt geschrieben hat, im Krankenhausgesetz. Das ist ganz wunderbar, weil wir erstens als Kammer bei der Planung wesentlich besser beteiligt sind und weil zweitens natürlich die Aufgabe der Weiterbildung mehr in den Fokus der öffentlichen Aufgaben gerückt ist, wohin sie auch gehört. Die Krankenhäuser beziehen öffentliche Fördergelder. Die Krankenhäuser erhalten die Leistungsfinanzierung aus Krankenversicherungsgeldern. Damit ist klar, dass sie sich an der gemeinschaftlichen Aufgabe der Weiterbildung beteiligen sollen. Wer das nicht tut, muss auch keine Gelder aus dem öffentlichen Bereich haben.

Das ist ein guter Antrag. Stimmen Sie gegen die Vorstandsüberweisung. Stimmen Sie dem Antrag zu.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben uns nun zuerst eine Meinung über die Vorstandsüberweisung zu bilden. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Einige wenige. Wer möchte ihn nicht an den Vorstand überweisen? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Wer möchte sich enthalten? – Einzelne. Dann ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Wir können uns jetzt über den Antrag selber eine Meinung bilden. Wer ist für die Annahme dieses Antrags? – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen damit zum **Antrag I-03** mit den eben von Ihnen angenommenen drei Änderungsanträgen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne Unverdrossene. Enthaltungen? – Mit zwei Enthaltungen und drei Gegenstimmen ist der Antrag mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-19:**

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, das angestrebte Modellprojekt der selektiven Kontrahierungsmöglichkeit für einzelne Leistungen im stationären Bereich aufzugeben.

Sie wissen, dass wir den Text der Begründung neuerdings mit publizieren. Es ist nicht mehr so wie früher, dass die Texte der Begründung hinterher unter den Tisch fallen. Sie haben einmal beschlossen, dass in Zukunft die Begründung mit publiziert wird. Der eine oder andere sollte bei dem, was er in die Begründung schreibt, bedenken, dass das für die Ewigkeit bleibt. Das gilt natürlich nur, wenn der Antrag angenommen wird.

Jetzt frage ich Sie: Wer möchte dem Antrag, den ich eben verlesen habe, zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag bei wenigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-32**. Wünschen Sie, dass ich ihn vorlese, oder haben Sie ihn vorliegen? – Ihr Schweigen interpretiere ich so, dass Sie nicht wünschen, dass ich das vorlese. Das ist meine Interpretation. Der Titel des Antrags lautet:

Krankenhausfinanzierung grundlegend reformieren

Wer die Krankenhausfinanzierung grundlegend reformieren möchte, sollte jetzt zustimmen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-09** vom Vorstand der Bundesärztekammer:

Nachhaltige Sicherung der Versorgung an Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung in Deutschland!

Änderungsanträge dazu liegen mir nicht vor. Wer möchte dem zustimmen? – Gegenstimmen? – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen, aber keine Gegenstimmen. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-22**:

Finanzierung der Hochschulmedizin

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig bei einigen Enthaltungen **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-30**:

Staatliche Finanzierung der Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte sicherstellen

Ist etwa jemand gegen den Antrag? – Wer ist für den Antrag? – Enthaltungen? – Dann ist dieser Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-10**:

Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik: Patientenschutz und Qualität vor Schnelligkeit!

Der Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-11**:

Die gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern nachhaltig sichern

Auch dieser Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Niemand. Enthaltungen? – Auch keine. Der Antrag ist wirklich einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-25**:

Solide Finanzbasis für die Krankenhäuser schaffen

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-34**:

Verbindliche Mindestpersonalbemessung in der stationären Pflege

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die gelbe Karte zu erheben. – Wer dagegen ist, der sollte das jetzt tun. – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Themenkomplex Finanzierung Gesundheitswesen. Dazu gibt es den **Antrag I-44**, der nicht möchte, dass Haushaltsmittel des Bundes aus dem Gesundheitsfonds entzogen werden. Wer möchte sich dem anschließen und Haushaltsmittel nicht entziehen? – Wer möchte sich dem nicht anschließen und Haushaltsmittel entziehen? – Wer möchte gar nichts ziehen? – Einige wollten gar nichts, aber die große Mehrheit wollte keine Haushaltsmittel entziehen. Damit ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum Themenkomplex Qualitätssicherung – QS-Institut/G-BA. Wir kommen zunächst zum **Antrag I-13** des Vorstands:

Qualitätsoffensive nicht ohne die Ärzteschaft

Wer wünscht, diesem Antrag zuzustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Niemand. Enthaltungen? – Eine. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-20**. Frau Gitter möchte gern Vorstandsüberweisung beantragen. Sie möchte das auch begründen.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Danke, Herr Präsident. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Vorstandsüberweisung eigentlich wegen des letzten Absatzes beantragen. Dieser Absatz ist unter Umständen haushaltsrelevant, nämlich dann, wenn wir bei den Diskussionen der Meinung sind, es müsste da tatsächlich strukturell etwas verändert werden. Es kann sein, dass es nötig ist, es kann aber auch nicht sein. Wir werden ja wahrscheinlich am Freitag darüber diskutieren. Das müssen wir offen diskutieren können. Da gibt es dann keine Tabus. Diese Strukturdiskussion kann nicht so laufen: Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass. Oder: Vor meiner Tür bitte nicht. Das geht dann nicht.

Ich erwarte beim Haushalt von der einen oder anderen Kammer eine rote Karte. Da muss man mit Ihnen und auch mit uns ein bisschen ehrlich sein, dass man auch alles anfassen kann.

Das hat nichts damit zu tun, dass ich etwa die Arbeit in den Qualitätsgremien der Bundesärztekammer nicht schätze und nicht für sehr wichtig halte. Insbesondere auch das, was Günther Jonitz für die Ärzteschaft, für die Patienten in Sachen Qualität macht, ist hervorragend. Das schätze ich sehr. Trotzdem muss ich hier um Vorstandsüberweisung bitten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Die Gegenrede durch einen der Antragsteller, Günther Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich spreche gern dagegen. Weder die Qualität noch das Ärztliche Zentrum für Qualität sind ein Instrument, das man wegen der Haushaltsdiskussion in Geiselnahme nehmen sollte, sondern ein Instrument in der Hand der deutschen Ärzteschaft, um aktiv zum Thema Qualität beizutragen.

(Beifall)

Wer den Antrag gelesen hat, weiß, dass dort nichts von soundso viel Tausend Euro steht. Dort steht: fördern und unterstützen. Das ist nicht zwangsläufig immer mit Geld verbunden. Beim finanziellen Teil steht „gegebenenfalls“. Das hängt natürlich davon ab, mit welchen konkreten Themen sich das ÄZQ beschäftigen soll. Wir erleben jetzt, dass das ÄZQ bereits etwas heruntergefahren ist. Gerade wenn jetzt die Politik im Gegensatz zur Schweiz an allen bestehenden Einrichtungen vorbei ein eigenständiges Qualitätsinstitut errichten möchte, müssen wir so gut wie nötig gerüstet sein.

Das ist der Inhalt dieses Antrags. Darüber, wie man das konkret macht, entscheiden gern der Vorstand und die Delegierten beim nächsten Deutschen Ärztetag. Deshalb bitte ich dringend darum, diesen Antrag zu unterstützen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine Damen und Herren, der Vorstand hat – ich muss ganz kurz darauf eingehen – in der Haushaltsdebatte, die uns am Donnerstag mit ihren Ergebnissen beschäftigen wird, sich lang und breit und intensiv mit der Priorisierung von Aufgaben befasst. Er hat dabei gegen den Widerstand einiger Vorstandsmitglieder Ihnen einen Haushaltsvoranschlag vorgelegt, der unter anderem auch Einschränkungen bei der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung, die mit der KBV abgesprochen sind und gleichphasig erfolgen, beschlossen.

Wir müssen bedenken, dass der zweite Absatz des Antrags eine Vorwegnahme der Haushaltsdiskussion und eine Festlegung für zukünftige Haushalte bedeutet. Wenn der Antragsteller es mit der Förderung allein wirklich ernst meint, müsste es ihm eigentlich leichtfallen, den letzten Absatz zu streichen und nur den ersten Absatz zur Abstimmung zu stellen, der keine Haushaltsbindung enthält.

(Beifall)

Anderenfalls haben wir das Problem, dass wir dauernd bei den inhaltlichen Punkten und hinterher beim Haushalt über dieselben Dinge mit unterschiedlichen, weil emotional anders belegten Ergebnissen diskutieren. Das können wir uns auf Dauer so nicht leisten.

(Beifall)

Günther, bitte.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Einspruch, Euer Ehren. Ich möchte diesen Absatz nicht gestrichen haben, und zwar deswegen, weil dort nicht steht, dass der Haushaltsvoranschlag, der uns am Donnerstag zur Diskussion und zur Beschlussfassung vorgelegt wird, jetzt konkret geändert werden soll. Natürlich wird es erwartungsgemäß aus Berlin oder einem anderen Bundesland eine rote Karte geben. Das hat aber ganz andere Gründe. Man sollte hier bitte schön nicht das eine mit dem anderen vermengen.

In dem Antrag steht klar: gegebenenfalls fördern und unterstützen.

Das ÄZQ hat sich einen guten Anteil an Drittmittelgeldern erwirtschaftet. Auch das ist einer der Punkte, wo man sich die Finanzierung anschauen kann, ohne den Haushalt zu belasten. Wenn sich tatsächlich herausstellt, dass wir ein noch stärkeres Institut brauchen, als wir es jetzt schon haben, und zwar als Gegengewicht zu dem in Gründung befindlichen halbstaatlichen Institut, kann man entsprechend in den Haushalt hineingehen.

Lieber Monti, ich kann dir schon jetzt zusagen: Überall dort, wo im Haushalt zielorientiert Etats geschaffen sind, bei denen man klar sagen kann, jawohl, das dient den Interessen der Gesamtheit der deutschen Ärzte, ist die Ärztekammer Berlin die erste, die mit Begeisterung für solche entsprechenden Ausgaben stimmt.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Günther.

(Zuruf)

– Wir sind in der Abstimmung. Wir müssen jetzt abstimmen. Für den gesamten Antrag ist Vorstandsüberweisung beantragt. Der Antragsteller will den letzten Teil nicht streichen. Ich frage Sie jetzt: Wer möchte den gesamten Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag in toto **an den Vorstand überwiesen**.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-21:**

Kein weiterer Zuwachs an Bürokratie bei der Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen im Gesundheitswesen

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um die gelbe Karte. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Gegenstimmen mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-23:**

Wissenschaftlich gesicherte, rechtssichere und transparente Kriterien für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die gelbe Karte zu erheben. – Wer dagegen ist, sollte das jetzt tun. – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-24:**

Ärztliche Position zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die gelbe Karte zu erheben. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Einstimmig **angenommen**.

Dann kommen wir zum **Antrag I-29:**

Hoher Stellenwert der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Ursprünglich hat Herr Kollege Jonitz beantragt, die Begründung zu streichen. Da er inzwischen gehört hat, dass das mit abgedruckt wird, möchte er es so belassen. Der Antrag entfällt also. Wir stimmen über den unveränderten Antrag I-29 ab. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Keiner. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-36:**

Qualitätsoffensive geht nicht ohne Personaloffensive

Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Drei Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen**.

Wir kommen jetzt zu dem spannenden Themenkomplex der ambulanten Weiterbildung. Wir beginnen mit dem Antrag I-06. Dazu liegt der **Antrag I-06 a** vor. Im Antrag 06 lautet der letzte Satz des dritten Absatzes:

Unerlässliche Voraussetzung für die Stärkung der ambulanten Weiterbildung ist die gesicherte Finanzierung einer tarifgerechten Bezahlung von jungen Ärztinnen und Ärzten.

Der beantragte neue Text soll lauten:

Unerlässliche Voraussetzung für die Stärkung der ambulanten Weiterbildung ist die gesicherte Finanzierung und Gewährung mindestens der gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte für die jungen Ärztinnen und Ärzte.

Das soll also etwas mehr präzisiert werden. Wer ist für die Präzisierung des Antrags 06 a? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wer möchte dem so geänderten **Antrag I-06** zustimmen? – Bitte die Gegenprobe. – Einer. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen nun zum **Antrag I-28**. Bevor ich mich mit Ihnen über die einzelnen Änderungen unterhalte, erinnern Sie, dass Herr Gehle für diesen Antrag Vorstandsüberweisung beantragt hat. Die Vorstandsüberweisung geht allen anderen Anträgen vor. Das heißt, wir müssen uns zuerst eine Meinung über die Vorstandsüberweisung bilden. Ich nehme an, dass Herr Windau jetzt nicht für die Vorstandsüberweisung, sondern gegen die Vorstandsüberweisung sprechen möchte.

Dr. Windau, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Präsident hat natürlich recht: Ich möchte mich eindeutig gegen die Vorstandsüberweisung aussprechen. Wir haben im vergangenen Jahr nach einem langen Ringen einen sehr breit getragenen Beschluss gefasst. Wir haben heute und hier über den Antrag 28 diskutiert. Wenn ich in die Gesichter der Kolleginnen und Kollegen sehe, finde ich in weiten Teilen Übereinstimmung mit der Auffassung, dass wir diesen Antrag in seinem Duktus belassen, ihn in einigen Teilen umstellen, ihn aber unbedingt verabschieden und positiv beschließen müssen.

Wir können doch nicht, nachdem wir im vergangenen Jahr ein ganz klares Signal zur ambulanten Weiterbildung gesendet haben, und jetzt von der Politik fordern, wie wir hier gesagt haben, eine verbindliche Regelung zur Finanzierung zu schaffen, hinter unsere Beschlüsse vom vergangenen Jahr zurückfallen. Wir machen uns – Entschuldigung; natürlich gibt es berechnete Fragen – lächerlich, wenn wir hinter das zurückfallen, was wir schon beschlossen haben. Wir müssen von diesem Deutschen Ärztetag aus bitte ein Signal an die Politik geben, dass wir genau das wollen, was in diesem Antrag steht: eine gesicherte und verbindliche Finanzierung unter den Rahmenbedingungen, die wir im Detail noch nicht ausgestaltet haben, deren Grundsätze wir aber genannt haben.

Deshalb bitte ich Sie herzlich: Lassen Sie uns manche Detaildifferenzen im Inneren überbrücken oder auch aushalten, aber der Sache im Grundsatz zustimmen. Ich bin deshalb gegen eine Vorstandsüberweisung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Windau. – Wir stimmen jetzt über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung?

(Zuruf)

– Wir sind in der Abstimmung, Herr Pötzsch. Zunächst einmal müssen wir uns über den Antrag des Vorstands eine Meinung bilden. Da geht die Vorstandsüberweisung vor. Dann kommen wir in die textlichen Änderungen. Wer in die textlichen Änderungen eintreten und darüber einzeln abstimmen möchte, sollte eine Vorstandsüberweisung ablehnen. Wer sich mit dem Ganzen nicht befassen will und eine andere Meinung hat als Herr Windau, sollte für die Vorstandsüberweisung stimmen. Ist es klar? Die Vorstandsüberweisung geht allem anderen vor. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Wir bilden uns jetzt eine Meinung über den Antrag. Gestatten Sie mir, damit das etwas zügig geht, folgende Frage. Die drei Änderungen insgesamt stehen ja in einem Kontext. Wollen wir so verfahren, dass ich Ihnen den sich aus den drei Änderungen ergebenden neuen Text des Antrags vorlese und wir dann alternativ abstimmen, über welchen der beiden wir abstimmen wollen? Sie sagen also zuerst, ob Sie über den alten oder den neuen Text abstimmen wollen. Danach stimmen Sie über den von Ihnen gefundenen Text ab, ob Sie ihn haben wollen oder nicht haben wollen. Ist das klar?

Der geänderte Antrag würde lauten – der beginnt in der Mitte der Begründung –:

Die ärztliche Weiterbildung stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, deren Finanzierung nicht zu Belastungen der Ärztegeneration und ärztlichen Organisationen führen darf, die derzeit die Versorgung ambulant wie stationär sicherstellen.

Der Text würde weiter lauten entsprechend der Dachzeile:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert deshalb die Bundesregierung auf, eine verbindliche Regelung zu einer stabilen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen.

Es geht dann mit dem Ende des letzten Absatzes weiter:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an den Gesetzgeber, die für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche, qualitativ hochwertige Weiterbildung durch einen Systemzuschlag auf die im ambulanten wie stationären Bereich abgerechneten Fälle investiv zu sichern und zu unterstützen. Die Verteilung dieser Gelder steht in der gemeinsamen Verantwortung der ärztlichen Organisationen und der Kostenträger. Hierzu sind geeignete Modelle zu entwickeln.

Jetzt frage ich: Wer möchte sich eine Meinung auf der Grundlage des Textes von Herrn Windau bilden? Wer möchte sich eine Meinung auf der Basis der von mir eben vorgelesenen Fassung bilden? Alte Fassung: Jetzt die Karte erheben. – Einzelne. Neue Fassung: Jetzt bitte die Karte erheben. – Das ist die überwältigende Mehrheit. Wer möchte sich gar keine Meinung bilden und sich enthalten? – Einzelne.

Dann stimmen wir jetzt über die neue Fassung wie von mir vorgelesen ab. Ich erspare Ihnen und mir eine nochmalige Vorlesung und frage Sie: Wer diesen Antrag annehmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-31**. Herr Gehle hat den Antrag auf Vorstandsüberweisung zurückgezogen, sodass wir uns darüber keine Meinung bilden müssen. Der Antrag trägt den Titel:

Weiterbildung ist ärztliche Arbeit

Wer ist für diesen Antrag I-31? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Frau Vitzthum, sind Sie wirklich dagegen? – Das konnte ich mir auch nicht denken. Sie sitzen hell erleuchtet vor mir, sodass ich Sie sehen kann, während ich viele andere nicht sehen kann, Frau Vitzthum.

Das war eben eine große Mehrheit dafür, niemand dagegen. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-33**. Der Titel lautet:

Finanzierung der Weiterbildung im Krankenhaus

Hier hat Herr Gehle ebenfalls Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann kön-

nen wir uns über die Vorstandsüberweisung eine Meinung bilden. Wer ist dafür, den Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Damit kommen wir zum **Antrag I-37**:

Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

Hier ist vom Kollegen Gehle ebenfalls Vorstandsüberweisung beantragt worden. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

(Zurufe)

– Das war ganz eindeutig. Ich will keine Legendenbildung. Ich frage hier oben. – Das war ganz eindeutig. Bestehen Sie auf Auszählung?

(Zurufe: Nein!)

Wir kommen zum **Antrag I-43**:

Ambulante Weiterbildung – Forderung einer gesetzlichen Regelung zur Finanzierungspflicht

Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Einzelne. Wer möchte sich enthalten? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen nun noch zu den Anträgen 52 und 53, die bereits verteilt sind. Ich rufe zunächst den **Antrag I-52** auf:

EU-Fördermittel für ambulante Weiterbildung

Wir wissen aber noch nicht, ob wir mit Herrn Juncker oder Herrn Schulz verhandeln müssen. Der Vorstand soll aufgefordert werden, EU-Fördermittel für die ambulante Weiterbildung zu generieren.

(Zurufe)

– Ich höre einen vielstimmigen Chor „Vorstandsüberweisung“.

(Zuruf)

– Möchte jemand Nichtbefassung? – Herr Lipp aus Sachsen beantragt Nichtbefassung. Wünscht jemand, gegen die Nichtbefassung zu sprechen? – Formal. Wer möchte sich mit diesem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich mit diesem Antrag befassen? – Einzelne. Enthaltungen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist **Nichtbefassung** zu diesem Antrag beschlossen worden.

Wir kommen zum **Antrag I-53**:

Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen zur ambulanten Weiterbildung

Hier gilt ebenfalls der Finanzierungsvorbehalt.

(Zuruf)

– Herr Lücke möchte geschäftsordnungsmäßig zu diesem Antrag sprechen, nicht zum Inhalt des Antrags. Das geht nicht mehr.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich beantrage Vorstandsüberweisung. Das ist eindeutig finanzwirksam. Wir haben in der Finanzkommission lange um den Haushalt gerungen. Wir können nicht zusätzliche Punkte hinzufügen. Wir haben gerade in der Begründung gehört: Man kann das ja privatwirtschaftlich organisieren. Insofern könnte das auch die Ärztekammer Berlin organisieren, alle anderen Ärztekammern treten bei. Dann betrifft es nicht den Haushalt der Bundesärztekammer.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vorstandsüberweisung ist beantragt. – Klaus Thierse möchte dagegensprechen.

Dr. Thierse, Berlin: Zum einen haben wir eben im persönlichen Gespräch geklärt, dass es nicht haushaltswirksam ist. Das haben wir eben hier oben besprochen. Insofern verstehe ich diesen Einwand nicht. Wenn wir hier beschließen, dass der Vorstand dafür sorgen soll, dann ist das ein viel stärkerer Appell an den Vorstand, als wenn wir sagen: Der Vorstand soll sich einmal damit beschäftigen. Das wäre bei einer Vorstandsüberweisung so. Deshalb bitte ich darum, über diesen Antrag abzustimmen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Sie erinnern sich: In der Debatte hatten wir uns darüber ausgetauscht, was das Wort „sorgt“ bedeutet. Jetzt frage ich Sie: Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Damit ist der Themenkomplex ambulante Weiterbildung erledigt. Das Kapitel GOÄ haben wir bereits durch Abstimmung behandelt.

Wir kommen jetzt zu dem Themenkomplex EU-Themen. Ich rufe zunächst den **Antrag I-04** auf:

Normung von Gesundheitsdienstleistungen

Der Antrag stammt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Mir sind Änderungsanträge dazu nicht bekannt. Wer dem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Niemand. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-27**:

Keine Normung von Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene

Sie wollen, dass sich die Abgeordneten im EU-Parlament aktiv dafür einsetzen, dass dieser Quatsch unterbleibt. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-05**:

Beibehaltung des Schutzniveaus der Arzneimittelprüfung und der Patientensicherheit unter den Bedingungen der EU-Verordnung für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln

Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Keine. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-14**:

Studien mit ionisierenden Strahlen – Sicherung des Patientenschutzes sowie den Erhalt des Forschungsstandorts Deutschland

Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Einstimmig **angenommen**.

Wir kommen nun zum Themenkomplex ärztliche Kommunikation. Hier liegt der **Antrag I-07** des Vorstands der Bundesärztekammer vor. Dazu gibt es als Änderungsantrag den **Antrag I-07 a**. Danach sollen in der dritten Zeile des zweiten Absatzes nach „aufrechtzuerhalten“ die Worte „und zu fördern“ angefügt werden. – Ich höre gerade von meinen Vorstandskollegen, dass wir das übernehmen. Das entspricht voll unserer Intention und wir ersparen uns die Abstimmung. Wer dem so geänderten Antrag I-07 zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Ist etwa jemand dagegen? – Das scheint nicht der Fall zu sein. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-41**:

Düsseldorfer Forderungen zur Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation

Es wäre eine Herausforderung, den ganzen Text jetzt vorzulesen. Deshalb frage ich Sie: Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Eine Gegenstimme. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex Haftpflichtversicherung. Ich rufe zunächst den **Antrag I-40** auf. Dieser Antrag ist im Grunde der Vorstandsantrag, nur noch erweitert um zwei Punkte. Wenn Sie diesen Antrag annehmen, haben Sie automatisch den **Antrag I-12** angenommen. Die Abstimmung über diesen Antrag würde dann überflüssig. Es wäre schon etwas verquer, wenn Sie den Antrag 40 annehmen und hinterher den Antrag 12 ablehnen. Das ist ja auch nicht Ihre Intention. Wer für den Antrag I-40 ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**. Wir sind uns darin einig, dass damit der Antrag 12 **entfällt**, weil er komplett im Antrag 40 enthalten ist.

Damit kommen wir zur ärztlichen Selbstverwaltung. Dazu liegt der **Antrag I-15** vor:

Einheit der ärztlichen Selbstverwaltung erhalten – Keine Spaltung der KVen

Der Antragstext lautet:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt eine mögliche Sektionierung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ab.

Darf ich eine sprachliche Frage stellen: Müsste es nicht statt „mögliche“ heißen „geplante“, denn die wollen doch gar nicht, dass das möglich ist.

(Zuruf)

– Das ändern wir in „geplante“ oder „vorgesehene“.

(Zuruf)

– Habe ich eben Vorstandsüberweisung gehört?

(Zuruf)

– Da war der Antrag auf Nichtbefassung bereits gestellt? Entschuldigung, das ist mir entgangen. Es ist der Antrag auf Nichtbefassung mit diesem Antrag gestellt. Wünscht jemand, gegen die Nichtbefassung zu sprechen? – Herr Lücke, einer der Antragsteller. – Wer hat den Antrag auf Nichtbefassung gestellt? Kann es sein, dass Sie, Herr Lange aus Niedersachsen, diesen Antrag bei Ihrem Redebeitrag gestellt haben?

(Zuruf)

– Da geht es Ihnen wie mir. Sie haben den Namen auch nicht mehr präsent. Aber Herr Lange übernimmt das vielleicht einfach. Herr Lange hat also den Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Herr Lücke möchte jetzt dagegensprechen.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn von einem Deutschen Ärztetag ein Signal ausgehen sollte und muss, dann ist es das Signal der Einigkeit der Ärzte in Deutschland.

(Beifall)

Die Sektionierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wäre letztendlich nichts anderes als „divide et impera“. Es nutzt der Politik, aber nicht den Ärzten. Deshalb bitte ich Sie, gegen Nichtbefassung und für diesen Antrag zu stimmen.

Ganz herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir können jetzt die Nichtbefassung durch eine Abstimmung bescheiden. Wer ist für Nichtbefassung? – Wer ist gegen Nichtbefassung? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Damit ist die Nichtbefassung abgelehnt.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung. Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Das Erste war deutlich die Mehrheit. Damit ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Jetzt können Sie sich inhaltlich eine Meinung über den Antrag bilden, wobei das Wort „mögliche“ durch „vorgesehene“ ersetzt wird. Wer ist für diesen so geänderten Antrag? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen**.

(Beifall)

Wir kommen zum Themenkomplex Facharzttermine. Ich rufe zunächst den **Antrag I-16** auf:

Dringliche Überweisung kontraproduktiv

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Das ist aber eine flauere Beteiligung. Wer enthält sich? – Die überwältigende Mehrheit. Ich möchte die Abstimmung wiederholen, weil die Beteiligung schlecht war. Ich frage also noch einmal: Wer ist für den Antrag? – Jetzt wird es klarer. Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-45**:

Terminvergabe in Facharztpraxen

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-18**:

Ausfallentschädigung für nicht eingehaltene Termine

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Bitte noch einmal mit mehr Beteiligung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen; es hilft nichts. Jetzt erheben bitte alle ihre Karte, die für diesen Antrag sind. – Jetzt bitte ich diejenigen, die diesen Antrag ablehnen möchten, die Karte zu erheben. – Dann haben Sie diesen Antrag mit 112 : 97 Stimmen **angenommen**.

(Beifall)

Die fehlenden Karten werten wir als Enthaltungen.

Wir kommen damit zum **Antrag I-38**:

Staatliche Einflussnahme auf Terminvergabe für freiberufliche Praxen ablehnen

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-26**, der sich mit der Tarifeinheit befasst. Der Titel dieses Antrags lautet:

Freie gewerkschaftliche Betätigung erhalten – kein Tarifeinheitsgesetz!

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen jetzt zum Antrag I-01 des Vorstands. Wenn ich es in der Geschwindigkeit der Abstimmungen richtig gesehen habe, haben wir eben bei den Detailabstimmungen nichts abgestimmt, was im Widerspruch zum Vorstandsantrag respektive den Änderungsanträgen steht. Es ist ärgerlich, wenn im Leitantrag etwas anderes beschlossen wird als in den Einzelanträgen.

Wir kommen zunächst zu den Änderungsanträgen 01 b, 01 c, 01 a und 01 d. Ich rufe zunächst den **Antrag I-01 b** auf. Es wird die Einführung eines neuen Absatzes 2 beantragt. Der Antrag liegt Ihnen vor, sodass ich ihn nicht vorzulesen brauche.

Frau Gitter hat dazu einen Geschäftsordnungsantrag.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Danke, Herr Präsident. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Vorstandsüberweisung beantragen. Ich würde Sie gern bitten, dass wir diese Gedanken mit in unsere Arbeit aufnehmen. Aber der Formulierung kann man so nicht zustimmen. Es ist ja nicht so, als brauchten wir keine Qualitätssicherung und das Messen. Ich persönlich denke, man sollte mehr auf Strukturqualität gehen, beispielsweise: Wie viel qualifiziertes Personal ist wo? Solche Dinge stehen bereits in einigen Krankenhausgesetzen.

Man kann das Kind auch mit dem Bade ausschütten. Das wollen Sie sicher auch nicht. Deshalb bitte ich um Vorstandsüberweisung.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand dagegenezusprechen? – Herr Dietrich.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Frau Gitter, ich sehe hier kein Kind, das mit dem Bade ausgeschüttet wird. Ich sehe nur eine Präzisierung, dass wir uns erst einmal mehr mit dem Begriff der Qualität auseinandersetzen, bevor wir über Qualitätsoffensiven oder Vergütung nach Qualitätskriterien reden. Ich glaube, es ist sehr wichtig, dass wir das einfach einmal problematisieren. Das können wir nach der bisherigen Diskussion durchaus auch jetzt und hier machen. Das kostet uns nichts und wird uns in der Diskussion weiterbringen.

Ich wüsste nicht, was eine Überweisung an den Vorstand bringen soll. Soll sich der Vorstand hinsetzen und überlegen, was Qualität ist? Ich meine, nicht. Ich glaube, wir sollten in Zukunft weiter darüber diskutieren. Wir können diesen Antrag jetzt und hier durchaus in den Vorstandsantrag einfügen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Nur damit da kein Irrtum entsteht: Auch dann, wenn Sie den Antrag nicht an den Vorstand überweisen, sondern ihn direkt annehmen, machen wir uns darüber Gedanken. Es ist ja nicht so, als dürften

wir über beschlossene Anträge nicht mehr nachdenken, Herr Dietrich. – Ich frage Sie jetzt: Wer möchte Vorstandsüberweisung für den Antrag 01 b? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen jetzt zum **Antrag I-01 c**:

Gebührenordnung als Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs „Arzt/Ärztin“

Nach dem ersten Absatz auf Seite 3 zu „GOÄ-Reform zügig umsetzen“ soll folgender Satz eingefügt werden:

Die Novellierung der GOÄ muss garantieren, dass diese Gebührenordnung als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufes „Arzt/Ärztin“ erhalten bleibt.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung wird – wenn ich die Stimme richtig gehört habe – von Jörg Zimmermann aus Niedersachsen beantragt. – Er wehrt sich nicht. Sie wissen, für die Annalen brauchen wir immer den Namen.

Jörg Zimmermann hat Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegen-zusprechen? – Frau Blessing.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Ich möchte dagegenreden, weil wir ja gesehen haben, wie schwierig die GOÄ-Diskussion ist. Wir haben mehrere Stunden darauf verwandt. Wir haben am Montag bei der KBV-Vertreterversammlung sehr lange über das Problem der Bachelors und der Physician Assistants gesprochen und festgestellt, dass da eine Büchse der Pandora aufgemacht wird, was teilweise schon geschehen ist. Wir müssen das unbedingt unter Kontrolle behalten. Deshalb bitte ich darum, dass wir dieses wichtige Thema GOÄ nicht noch komplizierter machen. Wir können das als Ärzte so abstimmen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Einer für, eine gegen Vorstandsüberweisung. Jetzt frage ich Sie: Wer möchte das an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das muss man zählen. Das kann ich von hier oben aus nicht entscheiden.

Ich frage also noch einmal: Wer den Antrag an den Vorstand überweisen möchte, möge jetzt bitte die Karte erheben. – Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? – Wir waren gut beraten, das durchzuzählen. Die Vorstandsüberweisung ist mit 109 : 105 Stimmen angenommen. Damit ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag I-01 a**. Danach soll der auf Seite 3 unten beginnende und auf Seite 4 oben zu Ende gehende Satz gestrichen werden. Stattdessen soll folgender Satz neu eingefügt werden:

Es muss ein Inflationsausgleich für die Vergangenheit geschaffen werden. Für die Zukunft ist ein regelmäßiger automatischer Inflationsausgleich durch die Einfügung einer Indexklausel vorzusehen.

Antragsteller ist der Kollege Fritz Stagge. Der Titel des Antrags lautet:

Einführung einer Indexklausel

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Die Beteiligung ist sehr gering. Da ich nicht glaube, dass Sie sich alle zu diesem Thema enthalten wollen, habe ich das Gefühl, dass Sie noch eine Sekunde darüber nachdenken müssen. Der Inflationsausgleich ist immer auf die Vergangenheit gerichtet. Herr Stagge meint ja nicht, dass wir für die letzten 20 Jahre alle Rechnungen mit einer höheren Summe neu schreiben sollen. Die Indexierung ist hier diskutiert und gefordert worden.

Jetzt ist es vielleicht etwas klarer. Ich frage: Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Einige. Dann ist dieser Antrag mit Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag I-01 d**, der sich natürlich nicht auf einen Informationsausgleich, wie es dort steht, bezieht, sondern auf einen Inflationsausgleich. Der Antrag knüpft an denselben Satz wie eben an. Er wiederholt eigentlich nur die Formulierung mit anderen Worten, ohne Indexierung. Die Inflationsrate ist beziffert. Man könnte argumentieren, dass das doppelt gemoppelt wäre. Wer möchte dem Antrag 01 d zustimmen? – Einige. Wer ist dagegen? – Das sind deutlich mehr. Enthaltungen? – Eine große Zahl von Enthaltungen. Der Antrag ist **abgelehnt**.

Ich interpretiere das so, dass Sie zwar mit dem Petitum übereinstimmen, aber meinen, dass das dort schon steht.

Damit kommen wir zum **Antrag I-01**:

Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen

Wenn ich es richtig sehe, haben wir als Änderung nur die von Herrn Stagge beantragte Einfügung eines Satzes auf Seite 4 oben. Wer diesem so geänderten Leitantrag des Vorstands zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Der Antrag ist einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen**. Das finde ich ganz gut und dafür danke ich Ihnen.

(Beifall)

Frau Blessing möchte am Ende der Abstimmungen und des ganzen Tagesordnungspunkts I einen Geschäftsordnungsantrag stellen. Sie kann ihn selbstverständlich begründen.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, dass es auch uns Delegierten zustehen sollte, eine zweite Lesung zu beantragen. Wir sollen hier als Ärzte ja Einheit demonstrieren.

(Vereinzelt Beifall)

Es war daran gedacht, dass wir hier als Ärzteschaft auftreten und uns gegen eine Verwässerung unseres Berufsbilds aussprechen, und zwar gegen Bachelors, Heilpraktiker usw. Es geht nicht um einen Kleinkrieg zwischen Psychotherapeuten hier und Psychotherapeuten da, sondern es geht um den Arztberuf als solchen. Ich denke, bei dem wichtigen Punkt unserer Gebührenordnung sollten wir Einheit demonstrieren.

Deshalb bitte ich Sie, diesen Punkt anders abzustimmen. Es war eine sehr knappe Entscheidung. Ich bitte Sie, sich das noch einmal zu überlegen.

Danke.

(Beifall – Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Damit das klar ist: Eine zweite Lesung kann jeder beantragen. Er muss nur ein Drittel der Stimmen dafür bekommen. – Jetzt Rudolf Henke zur Gegenrede.

(Zurufe)

– Der Antrag von Frau Blessing ist relativ kurz. Er lautet:

Die Novellierung der GOÄ muss garantieren, dass diese Gebührenordnung als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufes „Arzt/Ärztin“ erhalten bleibt.

Das ist der Antrag I-01 c.

Rudolf, du hast das Wort.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Vielen Dank. – Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Antrag war vorhin präzise und klar gestellt. Er war auch eindeutig im Sinne der Antragstellerin begründet. Ich hatte auch nicht das Gefühl, dass es irgendwelche Zweifel hinsichtlich des Inhalts gab, sodass jetzt eine neue Sachaufklärung notwendig wäre. Wir haben uns zur Überweisung eine Meinung gebildet. Wenn wir an diesem Punkt in eine zweite Lesung eintreten und so tun, als würden wir nachträglich erkennen, dass ausgerechnet die Gebührenordnung ein zentrales Merkmal unserer Identitätsbildung ist, dass das unsere berufliche Identität zum Ausdruck bringt, dann weiß ich nicht, ob wir dann noch gut im Einklang mit dem Vorschlag sind, den der Präsident der Bundesärztekammer gemacht hat, dem ich mich ausdrücklich anschließe: Je weniger wir über die materiellen Aspekte unseres Berufs reden, desto überzeugender werden wir sein.

Ich glaube, der Vorstand wird sich gut mit dem Inhalt des Antrags auseinandersetzen. Es ist auch gut, dass er noch einmal geschärft wurde. Allein deswegen, weil wir das mit der Identität herausbasteln müssen, ist es beim Vorstand richtig platziert. Keine zweite Lesung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dann bilden wir uns eine Meinung über die zweite Lesung. Auf Verlangen des Vorsitzenden oder eines Drittels der abgegebenen Stimmen findet eine zweite Beratung und Beschlussfassung statt. Ich bitte diejenigen, die eine zweite Lesung für den Antrag I-01 c haben möchten, was auch impliziert, dass wir über den Leitantrag ein zweites Mal diskutieren müssten, die gelbe Karte zu erheben. – Ich bitte diejenigen, die gegen eine zweite Lesung sind, um das Kartenzeichen. – Es wurden 208 Stimmen abgegeben.

(Zuruf: Die Enthaltungen wurden
nicht abgefragt!)

– Enthaltungen zählen bei der Abstimmung nach der Geschäftsordnung nicht mit.

Wir haben 208 abgegebene Stimmen. Das Quorum liegt bei 69. Es gab 48 Stimmen für eine zweite Lesung und 160 Stimmen dagegen. Damit ist die zweite Lesung ganz klar abgelehnt.

(Beifall)

Damit sind wir am Ende des Tagesordnungspunkts I. Ich danke Ihnen.

Eigentlich haben wir jetzt nur noch 15 Minuten Zeit für die Behandlung des nächsten Tagesordnungspunkts. Da wir fast dreieinhalb Stunden unserer Zeitplanung hinterherhinken, frage ich Sie, ob Sie bereit sind, jetzt bis 13 Uhr die beiden Referate zum Öffentlichen Gesundheitsdienst zu hören, sodass ich Ihnen mutwillig die Mittagspause um eine halbe Stunde verkürzen würde. Sind Sie damit einverstanden?

(Beifall)

– Ich danke Ihnen dafür. Damit rufe ich den **Tagesordnungspunkt III** auf:

Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Wir haben beim vorjährigen Deutschen Ärztetag beschlossen, dass die Situation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes so problematisch ist, dass wir auf dem diesjährigen Ärztetag daraus einen eigenen Tagesordnungspunkt machen sollten. Ich freue mich, dass Frau Dr. Ute Teichert aus Berlin, die Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., zu uns gekommen ist. Weiterer Referent zu diesem Tagesordnungspunkt ist unser Vorstandsmitglied Dr. Udo Wolter, Vorsitzender des Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst“ der Bundesärztekammer. Die Diskussion über dieses Thema und die Abstimmungen über die Anträge führen wir nach der Mittagspause durch.

Während die beiden Referenten ihre Plätze einnehmen, habe ich eine Durchsage für Sie: Sie nutzen reichlich und sehr heftig das WLAN. Wie wir bemerken, nutzen viele von Ihnen das WLAN mit mehr als einem Gerät. Deswegen ist die Geschwindigkeit des WLAN, wie Sie wahrscheinlich zum Teil auch schon bemerkt haben, deutlich reduziert. Unsere Bitte geht dahin, sich nur mit einem Gerät ins WLAN einzuloggen. Wir haben bereits zusätzliche Antennen aufstellen lassen. Trotzdem, so ist mir gesagt worden, bricht das Netz immer wieder zusammen. Ich bitte Sie, sich nur mit dem Gerät ins WLAN einzuloggen, mit dem Sie auch arbeiten.

Das Wort hat jetzt die Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Frau Dr. Ute Teichert. Sie spricht über die Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Dr. Teichert, Referentin: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer! Liebe Kolleginnen und Kollegen Delegierte des Deutschen Ärztetages! Sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst möchte ich mich dafür bedanken, dass Sie eine halbe Stunde Ihrer Mittagspause opfern, um sich diesem interessanten Thema zu widmen. Ich habe die Diskussionen hier mitbekommen und weiß, wie schwierig und auch wie anstrengend das für Sie ist. Aber ich verspreche Ihnen: Es lohnt sich bestimmt, sich mit diesem Thema zu beschäftigen.

Zunächst möchte ich mich für die Einladung und die Möglichkeit, auf dem Deutschen Ärztetag sprechen zu können, bedanken. „Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst“, so heißt der Tagesordnungspunkt, mit dem Sie sich heute hier beschäftigen. Gestatten Sie mir kurz einige Erläuterungen zur Struktur und den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Eine Erläuterung der komplexen Zusammenhänge von Aufbau und Struktur des ÖGD möchte ich Ihnen ersparen. Aber einige wesentliche Grundzüge möchte ich dennoch kurz hervorheben.

Zum öffentlichen Gesundheitswesen gehören Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, deren Aufgabenprofile durch verschiedene Gesetzesstrukturen ineinandergreifen. Oberste Behörde auf Bundesebene ist das Bundesministerium für Gesundheit. Bundesminister Hermann Gröhe hat ja gestern auf der Eröffnungsveranstaltung schon auf die bedeutende Rolle des ÖGD aus Sicht des BMG hingewiesen.

Im Geschäftsbereich des BMG sind Institutionen mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen angesiedelt.

Die stärksten Berührungspunkte zum ÖGD haben das Robert-Koch-Institut zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, das Paul-Ehrlich-Institut für Sera und Impfstoffe und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

In allen 16 Bundesländern sind Ministerien als oberste Landesbehörden für die Gesundheitspolitik zuständig, häufig in Verbindung mit anderen Politikbereichen wie Arbeit, Soziales, Umwelt oder Verbraucherschutz. Auch unterhalb der Ministerialebene finden sich höchst unterschiedliche Strukturen. Zum Teil gibt es Landesgesundheitsämter oder Landesinstitute oder Landeslabore. Der Kreativität sind hier keine Grenzen gesetzt. So hat auch jedes Bundesland ein eigenes Gesetz über das öffentliche Gesundheitswesen.

Auf kommunaler Ebene bilden die Gesundheitsämter der kreisfreien Städte und Landkreise den Schwerpunkt des ÖGD. Sie können sich sicher vorstellen, dass bei rund 400 Gesundheitsämtern bundesweit eine Varianz in der Personalausstattung und in der Aufgabengestaltung auftritt.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team ist bezeichnend für die Arbeit im ÖGD. Neben verschiedenen Facharztrichtungen arbeiten auch viele Berufsgruppen Hand in Hand zusammen, sei es im Sozialpsychiatrischen Dienst mit den aufsuchenden Hilfen, bei den Hygieneüberwachungen vor Ort oder bei den Einschulungsuntersuchungen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Für den ÖGD ergibt sich ein breites Aufgabenspektrum. Die Palette reicht von Impfungen und Impfberatung, dem schul-, kinder-, jugend- und zahnärztlichen Dienst, der Schwangeren- und Mütterberatung, Kontrollfunktionen im Bereich der Krankenhaus-, Umwelt- und Infektionshygiene, Beratung und Hilfsangeboten für psychisch Kranke über die regelmäßige Erstellung von amtsärztlichen Gutachten und Zeugnissen bis hin zur Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung.

Diese Aufzählung könnte ich noch beliebig erweitern. Kurz gesagt: Die Aufgabenbereiche des ÖGD erstrecken sich von der Wiege bis zur Bahre.

Der ÖGD ist die dritte Säule des Gesundheitswesens und hat viele Schnittstellen zu anderen Einrichtungen. Lassen Sie mich seine Bedeutung kurz an einigen aktuellen Themenfeldern aufzeigen.

Die öffentliche Wahrnehmung des ÖGD in der gesundheitspolitischen Diskussion hat sich in den letzten Jahren dramatisch verändert. In der Regel steht er im Schatten der ambulanten und stationären Versorgung. Wir beobachten jedoch, dass sich dieses Schattendasein schlagartig ändern kann. Immer dann, wenn die Öffentlichkeit mit den Gefahren von Pandemien konfrontiert wird oder Hygienemängel in Arztpraxen, Kliniken und Heimen entdeckt werden, wird die Forderung nach verstärkten Kontrollen durch die Gesundheitsämter erhoben. Die Schweinegrippe im Jahr 2009 und die EHEC-Krise 2011 haben dies deutlich gemacht. Immer dann wird der Ruf nach dem ÖGD laut – und die Bedeutung der dritten Säule des Gesundheitssystems für alle sicht- und wahrnehmbar.

Im Gegensatz zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie stationären Einrichtungen steht bei uns nicht vorrangig die Einzelperson im Zentrum des Handelns, sondern der Gesundheitsschutz der Gesamtbevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsgruppen. Diese unterschiedlichen Sichtweisen möchte ich Ihnen kurz an einem Fallbeispiel aus dem Arbeitsalltag erläutern.

Ein vierjähriger Junge in einer Kindertagesstätte erkrankt akut an Masern. Das meldet der behandelnde Arzt entsprechend seiner Meldepflicht an das zuständige Gesundheitsamt.

Das Kind ist in ärztlicher Behandlung, also kümmert sich der Haus- oder Kinderfacharzt um die Behandlung des kranken Kindes. Das schließt eine Diagnosesicherung, Laboruntersuchung und gegebenenfalls auch die Einleitung einer stationären Aufnahme ein. Sicher wird er auch die Eltern beraten und die Familie untersuchen. Das alles macht er unter einem individualmedizinischen Blickwinkel nach dem Motto: Welche Erkrankung hat der Junge und wie kann er behandelt werden?

In der Kindertagesstätte tauchen ganz andere Fragen auf, so beispielsweise, ob die anderen Eltern informiert werden müssen und ob sich andere Kinder oder Erzieherinnen angesteckt haben könnten. Kann der zweijährige Bruder des kranken Jungen

weiterhin zur Kita kommen? Sind spezielle Hygienemaßnahmen in der Einrichtung erforderlich oder muss die Einrichtung vielleicht geschlossen werden?

Aufgabe des Gesundheitsamts ist es daher, die Einrichtung zu Fragen zur Hygiene zu beraten und Impfaufklärung zu machen. Außerdem müssen alle Kontaktpersonen des kranken Kindes ermittelt und über eine Impfprophylaxe beraten werden. Das Gesundheitsamt ist also der Ansprechpartner vor Ort für ambulante und stationäre Behandler sowie Gemeinschaftseinrichtungen und alle Beteiligten. Der Blickwinkel ist damit bevölkerungsbezogen mit der Frage: Wie kann die Weiterverbreitung der Erkrankung verhindert werden?

An diesem Fallbeispiel sehen Sie, dass Ärztinnen und Ärzte im ÖGD selbstverständlich originär ärztlich tätig sind. Aus aktuellem Anlass möchte ich darauf hinweisen, dass wir direkten Patientenkontakt haben und an der medizinischen Versorgung beteiligt sind. Die jetzt aktuell aufgeworfene Diskussion, im ÖGD würde keine ärztliche Tätigkeit geleistet, ist völlig absurd und entbehrt jeglicher Grundlage!

(Beifall)

Über das Thema Prävention werden Sie ja im Anschluss noch beraten. Lassen Sie mich dazu kurz einige Gedanken formulieren.

Die alte Bundesregierung hatte sich zum Ziel gesetzt, Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen einer breit angelegten Präventionskampagne voranzubringen.

In dem 2013 gescheiterten Gesetzentwurf wurde dem Stellenwert des ÖGD im Bereich der Prävention nicht ausreichend Rechnung getragen. Wertvolle Chancen, aber auch spezifisches Know-how und Ressourcen, die der ÖGD einbringen kann, wären bei dem damaligen Ansatz nicht adäquat genutzt worden.

Die im letzten Gesetzentwurf zusätzlich vorgesehenen Finanzmittel für Verbesserungen bei präventiven Maßnahmen waren zu sehr auf Aufklärungskampagnen der Bundesebene fokussiert und hätten dem ÖGD allenfalls eine untergeordnete Rolle zuerkannt.

Die neue Bundesregierung will jetzt in einem neuen Anlauf ein Präventionsgesetz verabschieden. Es soll insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb, Pflegeheim stärken. Weiterhin soll die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen über verpflichtende Rahmenbedingungen verbessert werden.

Umso wichtiger erscheint uns, dass bei der konkreten Ausgestaltung des Gesetzentwurfs die tragende Rolle, die der ÖGD im Bereich der Prävention schon heute spielt, in angemessener Weise berücksichtigt wird. Minister Gröhe hat ja schon gestern darauf hingewiesen, dass der ÖGD auch eine entsprechende Unterstützung und sachgerechte Ausstattung auf allen Ebenen braucht. Hoffen wir, dass die anderen Politiker das auch verstehen.

Ein wesentlicher und wichtiger Teil der Präventionsarbeit wird schon jetzt von den Gesundheitsämtern vor Ort intensiv betrieben. Hier haben wir die Chance, wirklich etwas zu bewegen, und die sollte man nutzen.

Ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel des Koalitionsvertrags ist die Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung. Eine Reihe von Maßnahmen ist dort

aufgelistet, mit denen insbesondere dem Ärztemangel in unterversorgten Gebieten begegnet werden soll.

Leider kommt der Öffentliche Gesundheitsdienst aber in der Koalitionsvereinbarung nicht vor.

Dabei muss die sinkende personelle Ausstattung der Gesundheitsämter alle Beteiligten, die in der Gesundheitspolitik Verantwortung tragen, endlich wachrütteln. Das haben die kürzlich von der Bundesärztekammer veröffentlichten Zahlen der Ärztestatistik 2013 erneut deutlich gemacht: Schon jetzt arbeiten insgesamt nur etwa 0,5 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern ist in den letzten 18 Jahren um mehr als ein Drittel zurückgegangen. Stellen Sie sich einmal vor, was das im Krankenhausbereich bedeuten würde!

Lassen Sie mich an einigen weiteren Zahlen aufzeigen, was das konkret bedeutet. In den letzten 13 Jahren ist die Zahl der berufstätigen Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen um rund 22 Prozent gesunken. Im gleichen Zeitraum ist die Gesamtzahl der Ärzte um 21 Prozent gestiegen.

Auch die Entwicklung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte liefert aus Sicht des ÖGD ein erschreckendes Bild: Das Verhältnis von berufstätigen zu nicht berufstätigen ÖGW-Fachärzten hat sich in den letzten 17 Jahren umgedreht. 1996 waren fast dreimal so viele Ärzte im öffentlichen Dienst berufstätig wie nicht berufstätig. Heute sind mehr Fachärzte nicht berufstätig als noch im aktiven Dienst tätig.

Die drohende Generationenfalle, die Sie, Herr Präsident Dr. Montgomery, bei der Vorstellung der neuen Ärztestatistik beklagten, steht im ÖGD nicht mehr bevor – sie ist dort längst bittere Realität.

Dies zeigt auch ein Blick auf die Altersstruktur der Beschäftigten. Im Jahr 2000 betrug das Verhältnis von Kolleginnen und Kollegen unter und über 50 Jahren 1 : 1,3. Seit der Jahrtausendwende hat sich diese Altersstruktur dramatisch verändert. Heute stehen einem jüngeren Kollegen unter 50 Jahren fünf Kollegen über 50 gegenüber.

Auch hier lohnt ein Vergleich mit der Gesamtstatistik der Ärztinnen und Ärzte. Die Zahl der Berufstätigen unter 50 Jahren ist dort mit rund 200.000 noch immer deutlich höher als die Zahl der über 50-Jährigen mit 157.000. Mit anderen Worten: Die Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen werden immer älter. Es gibt schon heute mehr ÖGW-Ärztinnen und -Ärzte, die nicht berufstätig sind, als Kolleginnen und Kollegen im aktiven Dienst. Es gibt nur wenig Nachwuchs. Spätestens in zehn Jahren werden die meisten der heute noch Aktiven in den Ruhestand gehen. Schon diese Fakten belegen, wie sehr das Thema Nachwuchsmangel dem ÖGD unter den Nägeln brennt.

Auch die Zahl der unbesetzten Stellen vor Ort ist alarmierend. Dies zeigt eine Umfrage unseres Berufsverbands und des Marburger Bundes zur Stellensituation in den deutschen Gesundheitsämtern aus dem Jahr 2012. Danach war etwa jede siebte Facharztstelle länger als sechs Monate nicht besetzt.

Dabei liegt in der niedrigen Bezahlung eine wesentliche Ursache für die schlechte Personalausstattung und den Nachwuchsmangel. Seit mehr als drei Jahren laufen Tarifverhandlungen für den kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst – eine trau-

rige Never-ending-Story. Bisher hat die Arbeitgeberseite, konkret die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, kein akzeptables Angebot unterbreitet.

Fachärztinnen und -ärzte, die aus der Klinik in ein Gesundheitsamt wechseln möchten, werden dort in etwa auf das Gehaltsniveau eines Berufsanfängers zurückgesetzt. Unter dem Strich kann das einen Verlust von mehr als 1.000 Euro pro Monat ausmachen. Somit ist der Öffentliche Gesundheitsdienst beim Werben um qualifizierten fachärztlichen Nachwuchs aus Krankenhäusern nahezu chancenlos.

Unsere heutige Diskussion und auch die Solidaritätsbekundungen von Landesärztekammern in den letzten Monaten belegen, dass die Probleme des ÖGD auch in der gesamten Ärzteschaft angekommen sind. Nur die Arbeitgeberseite stellt sich taub und negiert die Situation. Das muss sich jetzt endlich ändern!

(Beifall)

Unser Verband hat eine Unterschriftenaktion gestartet, die wir als Resolution der VKA übergeben wollen. Wenn Sie uns unterstützen wollen, machen Sie mit und kommen Sie an den BVÖGD-Stand im Foyer, um dort zu unterschreiben.

Neben einer adäquaten Vergütung der Tätigkeit im ÖGD müssen auch in der Aus- und Weiterbildung Weichenstellungen getroffen werden, um dem Nachwuchsmangel im ÖGD auf Dauer wirksam begegnen zu können.

Grundlagen für eine spätere professionelle Arbeit im ÖGD sollten jedoch schon vorher, während der universitären Ausbildung, geschaffen oder zumindest angeboten werden.

Leider haben Medizinstudierende bisher kaum Kontakt zum ÖGD. Während des Studiums und ihrer Berufsausbildung gelangen sie, wenn überhaupt, nur rein zufällig an ein Gesundheitsamt. Daher wird der ÖGD als Berufsalternative zur klinischen Medizin nicht wahrgenommen.

Seit 2002 werden nach einer Änderung der Approbationsordnung Famulaturen in Gesundheitsämtern in vielen Bundesländern nicht mehr anerkannt. Im Studium selber wird der ÖGD nicht als eigenständiges Fach, sondern als Querschnittsgebiet aufgeführt. An vielen Universitäten werden daher nur wenige Stunden innerhalb eines anderen Fachs dem Thema gewidmet. Wie soll ein junger Medizinstudierender so die Bedeutung des ÖGD erkennen?

Es geht auch anders: So hat im letzten Jahr erstmalig eine Studentin das Wahlpflichtfach des Praktischen Jahres im Gesundheitsamt Frankfurt absolviert. Das ist der richtige Weg. Wir müssen auch Berufsanfänger mit unserem Bereich bekannt machen.

In der Approbationsordnung sollte das öffentliche Gesundheitswesen als eigenes Fach aufgenommen werden. Auch an den Universitäten braucht es eine wissenschaftliche Verankerung. Bisher gibt es in ganz Deutschland keinen einzigen Lehrstuhl für öffentliches Gesundheitswesen.

Für einen funktionsfähigen ÖGD brauchen wir dringend eine adäquate, vernünftig bezahlte Personalausstattung in den Gesundheitsämtern sowie eine universitäre Verankerung des Fachs öffentliches Gesundheitswesen im Studium und in der Aus-

bildung. Nur so können wir eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit einem leistungsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst sichern.

Außerdem möchten wir mit einer Imagekampagne für den ÖGD werben. Ein gelungenes Beispiel dafür ist die von der Berliner Senatsverwaltung herausgegebene Broschüre „Arbeitsplatz Öffentlicher Gesundheitsdienst – Aufgaben, Chancen, Perspektiven“. Solch eine positive professionelle Werbung brauchen wir für den ÖGD, um für ihn zu begeistern. Gern können Sie sich am BVÖGD-Stand ein Exemplar abholen.

Mit dem Beschluss der vorliegenden Anträge können Sie alle heute ein wichtiges Zeichen setzen. Sie können den Stellenwert, den der ÖGD in unserem Gesundheitswesen und der gesamten Ärzteschaft hat, dokumentieren und aufwerten. Deshalb darf ich Sie alle im Namen des BVÖGD und der Ärztinnen und Ärzte, die in den Gesundheitsämtern tätig sind, um Ihre Unterstützung und kollegiale Solidarität bitten. Wir sind alle Ärztinnen und Ärzte und keine Verwaltungsangestellten.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Frau Dr. Teichert, vielen Dank für Ihren engagierten Vortrag. Ich möchte noch Folgendes richtigstellen: Frau Dr. Teichert ist seit Mai dieses Jahres Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf. Deshalb kommt sie aus Nordrhein und nicht mehr aus Berlin. Das zur Richtigstellung. Nochmals vielen Dank, Frau Kollegin Teichert.

Ich darf jetzt den Kollegen Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg, bitten, der Ihnen vor allem unseren Entschließungsantrag erläutern und darstellen wird, wie wir uns die Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Delegierten des Deutschen Ärztetages vorstellen. Lieber Udo, bitte schön.

Dr. Wolter, Referent: Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vizepräsident! Sehr geehrte Frau Teichert! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ein Blick in die Annalen Deutscher Ärztetage ergibt es eindeutig: Noch nie haben sich in der Vergangenheit Deutsche Ärztetage in einem gesonderten und herausgehobenen Tagesordnungspunkt mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst befasst. Dies zu ändern und erstmals einen eigenen Tagesordnungspunkt im Hinblick auf die aktuellen Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf einem Ärztetag vorzusehen war das Ziel eines Beschlussantrags von Frau Kollegin Albrecht aus Sachsen auf dem letztjährigen 116. Deutschen Ärztetag in Hannover. Der Vorstand der Bundesärztekammer, an welchen dieser Antrag zur weiteren Beratung überwiesen wurde, beschloss daraufhin im Dezember vergangenen Jahres einstimmig, einen solchen gesonderten Tagesordnungspunkt für den diesjährigen 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf vorzusehen.

Es ist mir daher als langjähriger Vorsitzender des Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst“ der Bundesärztekammer eine besondere Ehre, nach dem beeindruckenden Referat von Frau Dr. Teichert, stellvertretende Vorsitzende dieses Fachausschusses der Bundesärztekammer und zugleich Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Ihnen, meine Damen und Herren

Delegierte, den nach intensiven Beratungen dieses Fachausschusses erarbeiteten und nach wiederum einstimmiger Beschlussfassung des Vorstands der Bundesärztekammer nun vorliegenden Leitantrag zu diesem Tagesordnungspunkt kurz zu erläutern.

Neben der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Bevölkerung kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als – und ich will hier dieses Bild ausdrücklich bemühen – dritter Säule des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsberatung ein besonderer Stellenwert zu.

Zunehmend werden die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Entwicklung von Wissenschaft, Medizin und Technik, die wachsende Bedeutung des Umwelt- und Verbraucherschutzes sowie von der fortschreitenden Gesundheits- und Sozialgesetzgebung geprägt. Die subsidiären bzw. komplementären Leistungsangebote der Gesundheitsämter insbesondere in ihren sozialkompensatorischen Funktionen ergänzen den ambulanten und stationären Bereich zu einem in allen Zweigen zusammenwirkenden Gesundheitswesen. Der Ansatz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist dabei sowohl bevölkerungsmedizinischer als auch individueller Art: Die in ihm tätigen Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur präventiv und diagnostisch tätig, sondern treffen auch ärztliche Entscheidungen über die gesundheitliche Versorgung von Menschen und vermitteln Hilfs- und Betreuungsangebote.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist ferner ein wesentliches Bindeglied bei der psychiatrischen Versorgung seelisch kranker Menschen sowie bei der Betreuung von chronisch Kranken oder Menschen mit Behinderung. Seine Ärztinnen und Ärzte verfolgen hierbei einen sozialkompensatorischen Ansatz, sodass umfassende – auch aufsuchende – Hilfen insbesondere für Menschen angeboten werden, die sich in besonderen Problemlagen befinden und aus diesem Grund keinen ausreichenden Zugang zum System der gesundheitlichen Versorgung haben. Hier – und dies ist eine besonders hervorzuhebende Botschaft für diesen Ärztetag – eröffnet sich ein weites und zukünftig noch zu verstärkendes Feld der Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit ihren ambulant und stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Neben der Beratung in Fragen der Hygiene, des Monitorings und der Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen nehmen sie ferner eine Reihe von Aufgaben wahr, durch die ein umfassender Gesundheitsschutz für die Gesamtbevölkerung gewährleistet wird, wie beispielsweise im Rahmen der Eindämmung und Bekämpfung von Infektionen und Pandemien. Darüber hinaus entscheiden die Gesundheitsämter über Isolierungsmaßnahmen bei der Bekämpfung von übertragbaren Erkrankungen.

Um diese vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben im Bereich der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitsschutzes mit hoher Kompetenz erfüllen zu können, müssen hoch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger klinischer Erfahrung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gewonnen und gehalten werden.

In Anbetracht dieses breiten, anspruchsvollen und wachsenden Aufgabenspektrums des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fordert der Deutsche Ärztetag erstens eine adäquate ärztliche Personalausstattung in den Gesundheitsämtern. Die derzeitige personelle Besetzung der ärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern wird diesen Anforderungen in keiner Weise gerecht und ist seit Jahren rückläufig. Laut der Ärz-

testatistik der Bundesärztekammer, welche seit 2012 die in Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen und Ärzte gesondert ausweist, arbeiteten im Jahr 2013 insgesamt 2.432 Ärztinnen und Ärzte in den bundesweit insgesamt 378 Gesundheitsämtern. Diese völlig unzureichende personelle Ausstattung der Gesundheitsämter steht im krassen Widerspruch zu den ständig wachsenden und sich wandelnden Aufgaben, denen sich der Öffentliche Gesundheitsdienst gegenüber sieht. Deutlich wird die Sinnhaftigkeit der Gesundheitsämter für die Öffentlichkeit oft erst dann, wenn es um die Abwehr von Infektionsquellen, wie zum Beispiel bei EHEC oder bei der Bekämpfung von Grippewellen, geht. Plötzlich stehen die Gesundheitsämter unter medialer und öffentlicher Beobachtung und keiner stellt dann ihr Aufgabenspektrum infrage. Kaum sind solche Gefahren abgewendet, verschwindet das öffentliche Interesse jedoch wieder schlagartig.

Der Deutsche Ärztetag fordert zweitens eine Aufwertung des Fachs öffentliches Gesundheitswesen in der medizinischen Ausbildung. Im Medizinstudium müssen Inhalte des Fachs öffentliches Gesundheitswesen eine höhere Gewichtung erhalten. Notwendig ist, dass Famulaturen und Teile des Praktischen Jahrs im Öffentlichen Gesundheitsdienst abgeleistet werden können, um den ärztlichen Nachwuchs für eine derartige Tätigkeit zu interessieren. Diese Forderungen hat bereits der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg erhoben.

Der 117. Deutsche Ärztetag fordert drittens eine angemessene Bezahlung der im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte. Derzeit verdienen Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern erheblich weniger als entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern. Bereits gibt es nicht zuletzt als Folge dieser unzureichenden Vergütungen einen eklatanten Personalmangel, welcher zu einem Ausbluten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes führt und den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Gefahr geraten lässt. Die Gesundheitsämter können so ihrem gesellschaftlichen Auftrag, aber auch ihrem eigenen Anspruch als dritter tragender Säule des Gesundheitswesens nicht gerecht werden. Die öffentlichen Arbeitgeber von Bund, Ländern und Kommunen werden daher eindringlich aufgefordert, die schon seit Jahren laufenden Tarifverhandlungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst durch Vorlage konstruktiver und akzeptabler Angebote zum Abschluss zu bringen.

Mein Schlussappell an Sie, meine Damen und Herren Delegierte, lautet daher wie die sehr griffige und bildhafte Formulierung der Überschrift eines diesen Beratungspunkt des Ärztetages vorbereitenden Artikels in der jüngsten Ausgabe des „Rheinischen Ärzteblatts“:

Die dritte Säule darf nicht bröckeln!

Lassen Sie uns gemeinsam hieran arbeiten. Ein leistungsfähiger und zukunftsfähiger Öffentlicher Gesundheitsdienst ist mehr denn je erforderlich.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Udo Wolter, vielen Dank, liebe Frau Teichert, für den Vortrag. – Wir steigen nun in die Debatte ein. Bis zur Mittags-

pause haben wir jetzt noch eine Viertelstunde Zeit. Wir haben eine Rednerliste. Sie beginnt mit Frau Petra Albrecht aus Sachsen.

Albrecht, Sachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich bin sehr dankbar und froh, dass wir heute die Möglichkeit haben, über den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu sprechen. Ich danke Ihnen recht herzlich dafür.

Ich glaube, Frau Teichert hat so viel über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und seine Aufgaben gesagt, dass ich mir dazu weitere Ausführungen ersparen kann. Es gibt noch viele Bereiche, wo wir ärztliche Tätigkeiten haben und Ihnen verdeutlichen könnten, wie viel interessante Tätigkeiten unsere Ärzte in den Gesundheitsämtern absolvieren können.

Ich bin seit über 30 Jahren im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig. Ich leite seit 17 Jahren ein mittleres Gesundheitsamt in Sachsen und merke, dass es zunehmend schwieriger wird, junge engagierte Kollegen zu finden. Das hängt damit zusammen, dass in der Ausbildung kaum davon gesprochen wird, dass die ausgebildeten Studenten kaum wissen, dass es das Gesundheitsamt gibt, und somit natürlich auch nicht den Weg zu uns finden. Das setzt sich im Praktischen Jahr oder in den Famulaturen fort. All das möchten wir gern verändern. Wir müssen es verändern, wenn wir die Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sichern wollen. Epidemien und Infektionskrankheiten werden wir nicht absolut verhindern können, aber wir können eingreifen. Wenn wir dann aber keine Möglichkeiten haben mit dem entsprechenden ärztlichen Personal, weiß ich nicht, wohin das führen soll.

Ich bitte Sie herzlich: Unterstützen Sie uns, indem Sie unsere Anträge befürworten. Unterstützen Sie uns bitte auch in Ihrer täglichen Arbeit. Setzen Sie sich mit Ihren Gesundheitsämtern auseinander. Schauen Sie, wer dort der Ansprechpartner ist. Ich glaube, es gibt keinen Fachbereich, der nicht irgendwo eine Schnittstelle mit dem Gesundheitsamt hat und gemeinsam mit dazu beitragen kann, dass die Aufgaben effektiver erfüllt werden können. Ressourcen sind sowohl bei Ihnen als auch bei uns knapp. Ich denke, das kann in Zukunft nur gemeinsam bewältigt werden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Albrecht. – Nächster Redner ist der Kollege Mustafa Yilmaz aus Niedersachsen.

Dr. Yilmaz, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Frau Wenker! Liebe Ute Teichert! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der ÖGD ist unverzichtbar. Ich bin einer der wenigen Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen und verantwortlich für das Gesundheitsamt der Region Hannover. Es ist eines der größten Gesundheitsämter, die wir in Deutschland haben. Ich danke Ihnen, dem 117. Deutschen Ärztetag, dafür, dass er hier und jetzt eine Lanze für den ÖGD bricht und den ÖGD explizit auf die Tagesordnung gesetzt hat. Das ist wichtig für uns.

Der ÖGD ist, wie wir gehört haben, die dritte Säule. Was macht der ÖGD, was macht das Gesundheitsamt eigentlich konkret? Als Mitglied des ÖGD, der tatsächlich Kontakt mit der Bevölkerung hat, möchte ich hier ein paar konkrete Beispiele nennen. Wir sind – das ist vorhin schon angeklungen – medizinische Gutachter. Wir erstellen Gutachten für eine Vielzahl von Aufgaben. Wir werden dabei von der Bevölkerung und vielen Einrichtungen als neutrale Stelle gesehen. Das ist ein Pfund, das wichtig ist, weil wir nur dem Gemeinwohl verpflichtet sind.

Wir sind – wir hörten es gerade – zuständig beispielsweise für Patienten, die hochpsychotisch sind, die gegebenenfalls per Notfall in die geschlossene Psychiatrie eingewiesen werden müssen. Dafür halten die Gesundheitsämter einen Notfalldienstplan vor, sodass für diese hochkomplexe Materie in der Regel immer ein ärztlicher Kollege ansprechbar ist, denn es sind in der Regel Patienten, die nicht wartezimmerfähig sind, weil sie akut in Gefahr sind. Das ist eine wichtige Aufgabe, die aus meiner Sicht für die Gesellschaft sehr relevant ist.

Wir beschäftigen uns außerhalb der Epidemien und Pandemien mit den alltäglichen Ausbrüchen. Es wurde vorhin das Beispiel der Masern angeführt. Es gibt aber auch andere Dinge, die Sie vielleicht als Einzelfälle sehen, die wir aber in der Gesamtheit sehen. Ich nenne als Beispiel einen Scabiesausbruch in einem Seniorenheim. Was machen wir da? Wie können wir es koordinieren, dass nicht plötzlich nur fünf oder sechs Bewohner erkranken, sondern 100 oder 200 Personen?

Ich nenne die Tuberkuloseberatungsstellen, die wir haben, die Umgebungsuntersuchungen, die wir in diesem Bereich vornehmen. In der Region Hannover haben wir jährlich 60 bis 70 Tuberkulosefälle. Das ist in der heutigen Zeit eine sehr große Zahl. In der hausärztlichen Praxis – ich bin in meinem ersten Leben Hausarzt – sieht man diese Fälle nicht mehr. Wir haben die Expertise für diese gefährliche Erkrankung, die weltweit noch immer zu den Infektionskrankheiten mit der höchsten Mortalitätsrate gehört.

Wir haben auch – das hörten wir ebenfalls vorhin – die bevölkerungsmedizinische Perspektive. Wir haben Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote. Ich nenne ferner die Schuleingangsuntersuchungen und die zahnärztliche Individual- und Gruppenprophylaxe.

Wir bieten aber noch mehr. Wir haben HIV-Sprechstunden. Wir haben die sogenannten papierlosen Sprechstunden, beispielsweise für Personen, die in Deutschland keinen rechtsgültigen Aufenthaltsstatus haben. Wir sind also auch unmittelbar und subsidiär in der Patientenversorgung tätig. Wir verstehen uns an dieser Stelle auch als Anwalt der Schwächeren.

Ich habe einige Tätigkeiten des ÖGD aufgezählt. Ich könnte noch zwei Stunden lang weiter berichten. Ich will es hierbei bewenden lassen. Ich hoffe, ich konnte Ihnen zeigen, dass gute ärztliche Tätigkeit im ambulanten Sektor erbracht werden kann, im stationären Sektor, aber eben auch im ÖGD.

Der ÖGD ist unverzichtbar. Der ÖGD ist Teil der Medizinfamilie. Behalten Sie bitte den ÖGD weiter im Blick und halten Sie weiter Ihre schützende Hand über den ÖGD.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Yilmaz. – Nächster Redner ist der Kollege Medizinaldirektor Dr. Karl Breu aus Bayern.

MD Dr. Breu, Bayern: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben jetzt sehr interessante Einblicke in die Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bekommen. Wir werden uns gleich auch noch mit Gesundheitsförderung und mit Prävention auseinandersetzen. Ich will Ihnen am Beispiel des Projekts „Gesunder Landkreis – Runde Tische zur regionalen Gesundheitsförderung“ bei uns im Landkreis aufzeigen, dass es hier eine ganze Reihe von Synergismen gibt.

Ich bin einer dieser Exoten, die Sie vorgestellt haben. Ich leite seit 25 Jahren ein Gesundheitsamt, bin aber auch seit über 15 Jahren Vorsitzender eines ärztlichen Kreisverbands in einem der schönsten Landkreise Bayerns, nämlich dem Landkreis Weilheim-Schongau. Das liegt im Bayerischen Oberland vor den Bergen zwischen dem Ammersee und dem Starnberger See. Dank hoch engagierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist seit über 30 Jahren bei uns ein Schwerpunkt unserer Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Wir waren einer der ersten Landkreise in Bayern, die ein Sachgebiet Gesundheitsförderung eingeführt haben unter der Leitung einer geschäftsführenden Sozialpädagogin und Gesundheitspädagogin.

Zusammen mit der Ärzteschaft im Landkreis betreiben wir seit über 20 Jahren intensiv Gesundheitsförderung im Bereich von A wie Aids bis Z wie Zöliakie oder durch Zecken übertragbare Krankheiten. Nach wie vor sind wir der einzige Landkreis, in dem es flächendeckend eine Lautstärkenbegrenzung für Jugendliche bei Veranstaltungen gibt. Wir waren die Ersten, die zusammen mit den niedergelassenen Kinderärzten und HNO-Ärzten otoakustische Emissionen bei den Neugeborenen flächendeckend gemessen haben.

Unser Präventionsprojekt „Spielzeugfreier Kindergarten“ wurde mit Unterstützung des Kreisjugendrings inzwischen weltweit verbreitet. Wir gewannen eine ganze Reihe von nationalen und internationalen Auszeichnungen, beispielsweise im letzten Jahr mit unserem Suchtpräventionsprojekt „Wir geben Halt“ den Bundeswettbewerbspreis „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“.

Aber was wir einfach nie wussten – ich glaube, das ist ein großes Problem der lokalen Gesundheitsförderung –, war eine Antwort auf die Frage: Wie erfolgreich sind wir denn eigentlich damit? Wir haben zwar Qualitätsstandards, aber uns fehlten eine wissenschaftliche Begleitung und auch Vergleichsmöglichkeiten.

Mit Unterstützung des Bayerischen Gesundheitsministeriums und als Kooperationspartner im ärztlichen Kreisverband Weilheim-Schongau konnten wir zuletzt mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums in Bayern unser Modellprojekt „Gesunder Landkreis“ mit dem Institut für Sozialplanung in Augsburg durchführen und Daten zu Stärken und Defiziten unseres regionalen Gesundheitssystems erfassen.

Wir befragten dafür 811 Anbieter gesundheitsfördernder Leistungen. Wir haben alle 34 Gemeinden im Landkreis befragt. Wir haben jeden 50. Landkreisbürger mittels eines umfangreichen Fragebogens mit sehr persönlichen Fragen zum Gewicht usw. befragt und hatten dort eine Rücklaufquote von 43 Prozent.

Nach der Auswertung dieser Daten wissen wir jetzt, dass Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene sich durchaus positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. So bezeichneten zum Beispiel 84 Prozent unserer Landkreisbürger ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, gut und sehr gut. Bayernweit sind es 74 Prozent. Unsere Landkreisbürger trinken deutlich weniger Alkohol als der Bundesdurchschnitt. Nur 15 Prozent betreiben einen riskanten Alkoholkonsum gegenüber 27 Prozent im Bund.

Im Oberland rauchen 84 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen nicht. Sie liegen damit um 19 bzw. 12 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt.

Auch die weiteren Kernaussagen zu Bewegung, Gewicht, Vorsorgeuntersuchungen, ärztliche Versorgung und Gesundheitszustand unserer Bevölkerung und auch die Zufriedenheit ergaben für uns sehr überraschende positive Werte.

Wir konnten in dieser Befragung aber auch klare Defizite und Schwachstellen beispielsweise im Bereich der Pflegeangebote, der Beratungsangebote für Jugendliche, aber auch der Versorgung mit Fachärzten herausarbeiten.

Ein wesentlicher Handlungsgrundsatz waren die Antworten auf die Frage nach der Nutzung der vorhandenen Angebote. Es zeigte sich nämlich, dass 46 Prozent der Befragten die gesundheitlichen Angebote in ihrer Kommune und 64 Prozent auf Landkreisebene nicht kannten. Seit einem halben Jahr arbeiten deshalb hochengagierte Bürgerinnen und Bürger in runden Tischen in vier Pilotgemeinden im Rahmen dieses Modellprojekts an der Aufarbeitung ihrer Defizite.

Was will ich Ihnen mit diesen Ausführungen sagen? Erstens. Das breite Engagement der verschiedenen Anbieter im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist durchaus sinnvoll. Das belegen unsere Daten ganz klar.

Zweitens. Der kommunale Ansatz von Gesundheitsförderung ist richtig, braucht aber Zeit und vor allem Vernetzung und Koordinierungsarbeit. Das liegt bei uns im Landkreis beim Gesundheitsamt.

Ein Vergleich mit anderen Landkreisen ist nach wie vor nicht möglich, weil es dort solche Erhebungen nicht gibt. Aber wir sind ja im Pilotprojekt. Vielleicht läuft es dann in Bayern flächendeckend.

Die wichtigsten Akteure sind der Öffentliche Gesundheitsdienst und die niedergelassenen Ärzte. 95 Prozent unserer Landkreisbürger haben einen Hausarzt, zu dem sie gewöhnlich gehen, wenn sie krank sind, aber auch, wenn sie einen medizinischen Rat benötigen. Diese extrem hohe Akzeptanz müssen wir jetzt einfach nutzen.

Ich bitte Sie deshalb, dem Entschließungsantrag des Vorstands zum Öffentlichen Gesundheitsdienst und dann auch noch zur Prävention zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dr. Breu. – Ich habe jetzt hier einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Dr. Roder aus Baden-Württemberg.

Dr. Roder, Baden-Württemberg: Tempus fugit. Ich stelle den Antrag auf Redezeitbegrenzung auf drei Minuten. Wir brauchen keine Koreferate. Bitte stimmen Sie dem Antrag zu.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist beantragt, die Redezeit auf drei Minuten zu begrenzen. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer ist für eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist die Redezeit auf drei Minuten begrenzt.

Die letzte Rednerin vor der Mittagspause ist Gräfin Vitzthum. Sie haben das Wort.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Begrenzung auf drei Minuten halte ich leicht ein. Ich habe nur einige Anmerkungen.

Erstens. Verehrte Frau Kollegin, das Problem, das Sie angesprochen haben, haben wir ebenfalls. Bei Ihnen fehlen 22 Prozent Leute und auch wir finden keine Nachfolger. Das liegt daran, dass wir zu viele hier gut ausgebildete Kolleginnen und Kollegen ans Ausland verlieren, und auch daran, dass wir eine Feminisierung haben. Man kann dafür und dagegen sein, aber auch die Männer wollen nicht mehr Vollzeit 60 Stunden plus 14 Dienste machen. Die Rahmenbedingungen für alle müssen also verbessert werden.

Zweitens. Dass Sie an Personalmangel leiden, merken wir in der Peripherie sehr wohl. In einem meiner Kindergärten gab es einen Ausbruch von Läusen. Ich habe ein Anschreiben des dortigen Gesundheitsamts gelesen, dass es reicht, wenn die Mütter bescheinigen, dass die Kinder läusefrei sind. Die Mütter arbeiten aber und möchten ihre Kinder möglichst schnell wieder im Kindergarten haben. Das bedeutet für die Kindergärtnerinnen einen unendlich großen Aufwand an Arbeit, den Kindergarten läusefrei zu bekommen. Das gelingt aber nicht, und zwar deshalb, weil es nicht mehr Ärzte machen.

Drittens. Ich würde mir wünschen, dass die Schuleingangsuntersuchung wieder von Ärzten durchgeführt wird, gern auch von Kinderärzten. Dann bekämen wir eine letzte Möglichkeit, vielleicht die Misshandlungen von Kindern festzustellen, was wir sonst nicht sehen, denn diese Kinder gehen nicht zu den Untersuchungen. Wir müssen überlegen, wer es macht, aber wir müssen es machen und darauf drängen.

Viertens. Ich mache jetzt einen Vorschlag für unsere allgemeine Zusammenarbeit. Wir erleben Sie auch als Kontrollinstanz beim neuen Hygieneleitfaden. Da könnten wir Ihnen Personal ersparen, indem Sie vielleicht mit unseren Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten und wir einen Leitfaden entwickeln, der für alle leichter umzusetzen ist, uns in den Praxen weniger Mühe macht und Ihnen Personal spart.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gräfin Vitzthum.

Ich unterbreche die Sitzung jetzt für eine Stunde. Wir sehen uns um 14 Uhr wieder.

2. Tag, Mittwoch, 28. Mai 2014 **Nachmittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen nach der Mittagspause unsere Beratungen zum Tagesordnungspunkt III „Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ fort. Bevor wir mit der Rednerliste fortfahren, habe ich noch zwei Ansagen zu machen.

Erstens. Bisher sind circa 80 Fragebögen zur Priorisierung bei uns eingegangen. Das ist bei 250 Delegierten eine eher magere Ausbeute. Daher wäre ich sehr froh und dankbar, wenn Sie den Fragebogen noch ausfüllen und in die Urnen einwerfen könnten. Sie können uns damit helfen, bei dieser Fragestellung weiterzukommen. Die Frist zur Abgabe ist bis heute Abend 18 Uhr verlängert worden.

Zweitens. Ein Hinweis der Ärztekammer Nordrhein: Der morgige Gesellschaftsabend „Rheine Freude“ ist vollkommen ausgebucht. Wer seine Karte nicht braucht, kann sie am Stand der Ärztekammer Nordrhein gegen volle Kostenerstattung zurückgeben. Es gibt schon jetzt eine Warteliste derjenigen, die sehr gern eine Karte hätten. Die zurückgegebenen Karten werden entsprechend der Warteliste am Donnerstagmorgen ab 11 Uhr zur Verfügung stehen.

Ein sicherlich für viele erfreulicher Hinweis ist, dass am Donnerstagabend ab 22 Uhr für alle der Eintritt kostenlos ist, weil dann der offizielle Teil mit dem gesetzten Essen beendet ist. Die Ärztekammer Nordrhein lädt ab diesem Zeitpunkt die Teilnehmer herzlich ein. Für kostenlose Musik und reichlich Getränke ist weiterhin gesorgt. Sie haben dann also alle Chancen, sich noch zu vergnügen. Ab 22 Uhr sind die Pforten geöffnet. Karte hin, Karte her – jeder kann kommen.

Als ersten Redner zum Tagesordnungspunkt III rufe ich Christoph von Ascheraden vom Vorstand der Bundesärztekammer auf. Es gilt noch immer die Redezeitbegrenzung. Christoph, du hast das Wort.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal auch von meiner Seite einen herzlichen Dank an Frau Teichert und Herrn Wolter für die sehr gute Darstellung der Problemlage im ÖGD. Ich möchte aus hausärztlicher Sicht drei Aspekte erläutern oder Verbindungsstellen aufweisen, die für uns sehr wichtig sind.

Erstens. Die Schuleingangsuntersuchung ist eine ganz wichtige Untersuchung, weil wir aus hausärztlicher und kinderärztlicher Sicht wissen, dass es Familien gibt, die sich nicht so um die Gesundheit ihrer Kinder bemühen und diese nicht an Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen lassen. Oft ist die Schuleingangsuntersuchung die einzige Möglichkeit, Kinder aus solchen Familien einer gesundheitlichen Untersuchung und einer fürsorglichen Maßnahme zuzuführen. Das ist in meinen Augen ganz wichtig. Wir hören im Zusammenhang mit dem Thema Prävention, dass wir noch viel mehr dafür sorgen müssen, dass die Richtigen zur Prävention kommen und nicht diejenigen, die sowieso ein in hohem Maße gesundheitsbewusstes Leben führen. In meinen Augen muss die Schuleingangsuntersuchung unbedingt bestehen bleiben.

Zweitens. Wenn wir Hausärzte in Alten- und Pflegeheimen arbeiten, werden wir in jedem Winter mit der Frage konfrontiert: Noroviren, EHEC, was auch immer. Wir müssen hier mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten, und zwar zum einen, weil dort die Kompetenz vorhanden ist, entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen, und zum anderen geht es auch immer um die Ängste, die solche Krankheiten beim Pflegepersonal, bei den Angehörigen auslösen. Das ist eine ganz komplexe Angelegenheit. Ich rede gar nicht von SARS und ähnlichen Dingen, bei denen in der Gesamtbevölkerung solche Ängste auftreten. Auch da haben wir gute Erfahrungen, dass wir auf die Expertise des Gesundheitsamts zurückgreifen können.

Drittens. Professor Trabert, der vor zwei Tagen die Paracelsus-Medaille verliehen bekommen hat, hat uns in einem eindrucksvollen Vortrag, der gestern von Herrn Montgomery kurz referiert wurde, auf den Zusammenhang von Armut und Krankheit und auf die Verpflichtung hingewiesen, hier ärztliche Ethik zu verwirklichen. Ich glaube, auch hier existiert ein Gebiet, auf dem wir eng mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenarbeiten müssen.

Wir sind also in vielfältiger Weise auf Kooperation angewiesen. Ich bitte Sie, den Antrag des Vorstands mit großer Mehrheit anzunehmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke sehr. – Nächster Redner ist Volker von der Damerau-Dambrowski aus Niedersachsen.

Dr. von der Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: Meine verehrten Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich möchte Ihr Augenmerk auf ein immer größer werdendes Problem lenken. Wir haben von unseren Experten aus den Gesundheitsämtern gehört, wie entschieden und erfolgreich sie sich bei der Bekämpfung von Seuchen einsetzen und wie gut dies funktioniert, wenn auch noch nicht alles bis zum Letzten weg ist. Ein Problem wird immer größer und wurde hier noch nicht angesprochen: Es betrifft insbesondere die Patienten und Ärzte in den Flächenländern, zunehmend aber auch genauso in den Städten. Es geht um die multiresistenten Keime. Es ist ein Riesenproblem, dass Krankenhäuser es zunehmend ablehnen, solche Patienten zur Behandlung aufzunehmen. Ich habe das selbst erlebt. Ich habe gerade von einem Kollegen gehört, dass ein Patient inzwischen suizidal geworden ist, weil sich, obwohl er dringend operiert werden müsste, die umliegenden Krankenhäuser geweigert haben, ihn aufzunehmen, da er multiresistente Keime in sich trägt. Es ist kein Wunder, dass gerade in den Flächengebieten, wo Massentierhaltung und Füttern mit Antibiotika üblich sind, so etwas zunehmend auftritt und zu einem immer größer werdenden Problem wird.

Ich frage Sie: Wer hilft bei der Versorgung dieser Patienten? Wer hilft den Patienten, die dringend Hilfe brauchen? Wie soll das gehen? Diese Frage stelle ich ausdrücklich auch an unseren Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr von der Damerau-Dambrowski. – Andreas Scholz aus Hessen ist der nächste Redner.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es haben schon viele hier eine Lanze für den ÖGD gebrochen, sodass ich das nicht noch einmal tun muss. Ich kann das nur unterstützen. Nichtsdestotrotz wäre es schön, wenn von diesem Deutschen Ärztetag deutliche Signale ausgingen. Es sind ja schon Fakten genannt worden, wie katastrophal die Besetzung ist. Es wurde bereits die Problematik angesprochen, dass man Schwierigkeiten hat, wenn man keinen ärztlichen Leiter hat, um eine Weiterbildungsermächtigung zu erhalten.

Es ist faszinierend zu sehen, wie die Politik immer wieder sagt: Wunderbar, wenn die Teewurst verseucht ist, geschieht etwas.

Aber es ist doch deprimierend zu sehen, wie die Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern alleingelassen werden. Sowohl in den Anträgen 02 und 03 als auch im Antrag 04 finden Sie konkrete Vorschläge, was alles verbessert werden muss, an wen adressiert werden muss, dass wir die ärztliche Leitung behalten müssen, dass wir eine entsprechende personelle Ausstattung benötigen und dass die ganzen Dinge natürlich tariflich entsprechend hinterlegt werden müssen. Es ist doch ein Irrtum zu glauben, nur eine tariflich adäquate Ausstattung löse das ganze Problem. Insgesamt fehlt dem System in den Gesundheitsämtern das Geld, um – und das wollen wir – eine erhebliche Prävention durchzuführen.

Nunmehr komme ich zur Sächsischen Landesärztekammer. Die Antragsteller des Antrags III-05 haben es sicherlich gut gemeint und auch schön formuliert. Aber ich bitte den Antragsteller zu Antrag III-05, sich die Anträge 02, 03 und 04 anzuschauen, wo deutlicher und klarer konkretisiert ist, was wir fordern. Es ist zu fragen, ob wir nicht von dem zweiten kleinen Kästchen von rechts unter dem Antragstext Gebrauch machen sollten, damit die Anträge 02, 03 und 04 nicht geschwächt werden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Ellis Huber aus Berlin.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir können allen Anträgen zustimmen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist aber in diesem Gesundheitswesen angesichts der Gesamtaufwendungen von etwa 1 Milliarde Euro im Jahr keine dritte Säule in diesem Gesundheitswesen. Angesichts der Gesamtausgaben in der GKV in Höhe von 200 Milliarden Euro ist es allenfalls ein Strohalm. Mit diesen Mitteln kann man die Aufgaben, die da anstehen, nicht bewältigen. Wollten wir den Amtsärzten und den Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst 150.000 Euro vor Steuern gönnen, würde ich sie in die Größenordnung einer B-2-Besoldung hochziehen – auch das fände ich sinnvoll –, dann bräuchten wir etwa 50 Millionen Euro pro Jahr mehr. Das ist wenig Geld. Innerhalb von wenigen Wochen war die öffentliche Hand in der Lage, 400 Millionen Euro für die Hortung von Tamiflu und ähnlichen Prä-

paraten in den Kellern der Gesundheitsämter auszugeben. Es liegt also nicht am fehlenden Geld, sondern der fehlenden politischen Interessenvertretung.

Schaue ich heute in die Krankheitsspektren, die die Gesundheitsversorgung beschäftigen, dann sehe ich beim Mengengerüst Ängste und Depressionen an erster Stelle, dann kommt der Hochdruck, dann kommt der Rückenschmerz. Auch bei chronischen Krankheiten ist weniger die Krankheit und mehr der Umgang mit dieser Krankheit im Alltagsleben der betroffenen Menschen das Problem.

Anders ausgedrückt: Krankheiten werden zunehmend sozial bedingt. Wir brauchen eine praktische Sozialmedizin und damit ein Bündnis zwischen niedergelassener Ärzteschaft und den Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie eine gemeinsam kommunal orientierte Gesundheitsversorgung.

Mein Traum ist, dass wir künftig in Kommunalparlamenten kommunale Gesundheitsentwicklungspläne mit derselben Leidenschaft, mit derselben Inbrunst diskutieren wie heute Grünarten- oder Bebauungspläne.

Es macht Sinn, mit dem Präventionsgesetz über kommunale Budgets eine Förderung kommunaler Gesundheit nach vorne zu bringen, etwa nach dem Motto: Die Kasse gibt 100 Euro pro Versicherten in diesen Topf, wenn die Kommune dieselbe Summe hinzugibt. Dann könnten wir in Steuerungsgremien von Ärzteschaft, Krankenkassen und kommunaler Selbstverwaltung schauen, ob man in Gemeinden, Städten, Landkreisen und Dörfern nicht ein Mehr an Gesundheit und mehr Anerkennung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bekommt als heute.

Ich fasse zusammen: Eine etwas stärkere Inbrunst und eine etwas stärkere politische Gewalt bei der Interessenvertretung der Ärzteschaft insgesamt für die Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst wären gut.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Ellis. – Nächster Redner ist der Kollege Thomas Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gibt manchmal ein Problem, wenn man die Anträge schreibt und die anderen Anträge noch nicht kennt. Ich kann also noch nicht abschätzen, ob der Antrag 05 wirklich die Anträge 02, 03 usw. abschwächt. Das glaube ich nicht. Zumindest konterkariert dieser Antrag die anderen Anträge nicht. Er stellt in Unkenntnis der zuvor gestellten Anträge ein sehr klares Bekenntnis zum ÖGD dar. Für mich als Hausarzt ist der ÖGD eine absolut unverzichtbare Säule, gleichwertig mit der ambulanten und der stationären Versorgung. Warum ist das so? Wenn der ÖGD wegfiel, würden nicht nur die Ambulanz, sondern auch die Krankenhäuser mit Aufgaben überschwemmt, die sie gar nicht abdecken könnten. Wir haben den ÖGD vor allem auch für Zeiten mit Infektionskrankheiten, für die wir jetzt gar nicht eingerichtet sind. Wir müssen die Kapazitäten vorhalten, um dann, wenn es denn so weit ist, schlagkräftig zu sein.

Wenn ich mich aus der Geschichte der Medizin richtig erinnere, war der ÖGD in Deutschland über einige Jahrzehnte hinweg weltführend und ein Exportartikel. Er war

auch ein Grund dafür, dass es Deutschland besser ging als anderen Ländern. Das ist abgesoffen, sicher aus ökonomischen Gründen. Ich wünsche mir, dass dem ÖGD nicht nur im öffentlichen Bereich die Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um uns in der Ambulanz, und zwar sowohl Fachärzte als auch Hausärzte, und stationär zu entlasten. Ich habe das Gefühl, dass der ÖGD in der Diskussion auf dem Deutschen Ärztetag am Ende ein Mitbringsel ist. Wir müssen auch in unseren eigenen Reihen dem ÖGD einen anderen Rang einräumen. Er ist die dritte Säule neben den beiden anderen Säulen des Gesundheitswesens.

Dazu war die Resolution gedacht. Ich glaube nicht, dass sie die anderen Anträge abschwächt, zumindest schädigt sie sie nicht. Ich weiß ja, dass Sie ihr mehrheitlich zustimmen. Ich danke schon jetzt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das war ein bisschen eine Captatio Benevolentiae, der Versuch, uns einzunehmen. Er wird gelingen, Herr Lipp; da bin ich mir ziemlich sicher. – Hans Ramm aus Hamburg ist der Nächste.

Dr. Ramm, Hamburg: Werter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als niedergelassener Psychiater bin ich sehr froh, dass es den Öffentlichen Gesundheitsdienst gibt. Ohne ihn könnten wir gar nicht arbeiten. Natürlich merken auch wir in der Praxis, dass die Gelder fehlen. Mal sind die Stellen besetzt, mal sind sie nicht besetzt. Ich bitte alle, den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu unterstützen, insbesondere den Antrag III-01 des Vorstands der Bundesärztekammer. Ich würde gar keine Veränderungen präferieren.

Wichtig finde ich auch die Broschüre, die an uns verteilt worden ist. Es ist eine Broschüre des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin. Ich schlage vor, dass alle Bundesländer eine derartige Broschüre an alle verteilen. Wenn beispielsweise in meinen Heimen Scabies ausbricht, weiß niemand, an wen er sich wenden soll. Da wird notfalls der Psychiater angerufen, der dann Ideen hat, wie man damit umgehen kann, aber nicht der Öffentliche Gesundheitsdienst. Ich finde eine breitere Bekanntmachung dieser Tätigkeit auch im ambulanten und im stationären Bereich sehr wichtig.

Insofern bitte ich Sie, den Antrag III-01 sehr zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans. – Jörg Heusler aus Mecklenburg-Vorpommern.

Heusler, Mecklenburg-Vorpommern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin seit fünf Jahren zuständig für das Gesundheitsamt auf der Insel Rügen, nach einer Gebietsreform für das Gesundheitsamt Vorpommern-Rügen. Vie-

le haben sicher gehört, was dort 2006 passiert ist. Es herrschte dort die Vogelgrippe. Da habe ich gespürt, wie schnell man in der Öffentlichkeit steht. Und hier handelte es sich nur um eine Tierseuche. Wir Menschen waren eigentlich nur marginal beteiligt.

Die Arbeiten danach hat man kaum bemerkt. Wir haben danach beispielsweise bei den Sammlern zusammen mit dem RKI Blutuntersuchungen durchgeführt, weil wir schauen wollten: Ist jemand von denen, die die Vögel eingesammelt hatten, kontaminiert? Das Ergebnis war: keiner. Das ist wichtig für die Risikobewertung.

Ich möchte nur sagen: Unsere Arbeit ist oftmals nicht so in der Öffentlichkeit, oftmals eher im Verborgenen, aber dennoch recht wichtig. Sie haben gerade gehört: Ich komme von der Insel Rügen. Viele machen dort gern Urlaub. Bei uns kann sich niemand mehr niederlassen. Ob Hausarzt oder Facharzt – Rügen ist zu. Ich habe aber in meinem Gesundheitsamt zwei Stellen offen, und das teilweise schon seit zwei Jahren. Ich habe wirklich Schwierigkeiten, diese Stellen zu besetzen.

Deshalb bitte ich, liebe Kolleginnen und Kollegen, die Anträge zu unterstützen und Solidarität für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu zeigen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Heusler. – Bernd Zimmer aus Nordrhein ist der Nächste.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Frau Teichert! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte den Vorstand bitten, im ersten Absatz seines Antrags den Begriff „Arbeitsfähigkeit“ durch „Funktionsfähigkeit“ zu ersetzen. Arbeitsfähigkeit hat ja im Gegenzug Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Das würde bedeuten: Wir müssten dem ÖGD demnächst gelbe Scheine ausstellen, wenn er nicht mehr läuft.

Ich danke Ihnen für die sehr präzise Darstellung dessen, was Sie tun und wohin Sie wollen. Ich freue mich, dass Sie nicht mehr in Berlin, sondern in Düsseldorf sind. Ich habe folgendes Anliegen. Ich möchte darauf hinweisen: Im Bereich des ÖGD passiert derzeit etwas, was ich für äußerst kritisch halte. Dort beginnt nämlich der Weg der Substitution. Frau Teichert, ich möchte Sie bitten, einmal zu erklären, wieso es möglich sein kann, dass die Leitung von Öffentlichen Gesundheitsdiensten von Nicht-ärzten durchgeführt werden kann. Das ist meiner Ansicht nach ein gefährliches Signal.

Ich möchte Sie bitten, alle Anträge zu unterstützen, die in die Richtung gehen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst als primär ärztliche Aufgabe fortzuschreiben, damit es nicht an dieser Stelle zum ersten Mal zu einem wirklichen Substitutionsrutsch weg von der ärztlichen Leitung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hin zu Gesundheitssingenieuren und Juristen kommt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernd. – Jetzt hat als letzter Redner Hans-Detlef Dewitz aus Berlin das Wort.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde das Thema Öffentlicher Gesundheitsdienst als Tagesordnungspunkt extrem wichtig. Auf diese Weise können wir die Wertschätzung der Arbeit der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen in der Öffentlichkeit zum Ausdruck bringen. Wir können auf diese Weise eine wichtige Forderung auch an die Politik richten: Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss eine ausreichende finanzielle Ausstattung durch die Politik erfahren.

Ich war von 2001 bis 2006 in einem Kommunalparlament in Berlin Bezirksverordneter. Es war die Zeit der großen Reformen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin, als dieser Dienst praktisch abgewickelt wurde. Wir haben in Berlin gerade noch eine Schirmbildstelle für diese Riesenstadt und zwei Stellen, in denen Beratungen zu sexuell übertragbaren Krankheiten stattfinden können. Die Schirmbilduntersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst finden praktisch nicht mehr statt, weil sich die Menschen scheuen, quer durch Berlin zu fahren. Das wird halt aus GKV-Mitteln bezahlt, weil der Öffentliche Gesundheitsdienst überhaupt nicht mehr in der Lage ist, diese Leistungen zu erbringen.

Genauso verhält es sich mit den Schuleingangsuntersuchungen. Diese sollten eigentlich alle bis zum März dieses Jahres abgeschlossen sein. In Berlin ist man dazu übergegangen, niedergelassene Kinderärzte zu beauftragen. Es wird gerade einmal einer von zwölf Großbezirken schaffen, bis Ende Mai die bis März erforderlichen Eingangsuntersuchungen durchzuführen. Hier muss sich also dringend etwas ändern.

Wir haben schon damals darauf hingewiesen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst praktisch nicht mehr leistungsfähig ist. Die Stellen werden nicht nachbesetzt. Die Infrastruktur wird abgewickelt. Sie existiert fast nicht mehr. Welche Auswirkungen das auf die Gesundheit der Bevölkerung hat, hat man ja bei der sogenannten Schweinegrippe festgestellt. Der ÖGD konnte keine Impfungen mehr durchführen. Man hat versucht, Ärzte zu verpflichten. Es wäre nicht gegangen.

Wenn aus dieser Richtung wieder einmal etwas auf uns zukommt, gibt es diese Strukturen alle nicht mehr. Wir müssen also ein dringendes Signal an die Politik geben, den Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht völlig kaputtzusparen.

Noch eine kleine Anmerkung zu der schönen Broschüre aus Berlin. Sie ist von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Ärztekammer, KV und Öffentlichem Gesundheitsdienst entstanden. Vieles scheitert daran, dass der Senat nicht die erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dewitz. – Damit schließe ich die Aussprache zu Tagesordnungspunkt III und gebe den Referenten die Möglichkeit zu einem Schlusswort. Zunächst bitte Frau Teichert.

Dr. Teichert, Referentin: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich bei Ihnen allen bedanken. Alle, die sich in der Debatte zu Wort gemeldet haben, haben, wie ich glaube, noch einmal sehr eindrücklich die verschiedenen Schnittstellen beleuchtet. Sie werden sich erinnern: Ich hatte mich in meinem Eingangsreferat auf wenige Kernbeispiele konzentriert. Ich bin froh, dass wir die ganze breite Palette gehört haben.

Der eine oder andere von Ihnen hat mich angesprochen und um eine kurze Erläuterung gebeten. Es gab die Frage nach der Hygieneüberwachung in den Praxen. Ich kann von hier aus ganz klar sagen: Wir werden mit Sicherheit alles tun, um das gemeinsam zu stemmen. Das Angebot, gemeinsame Leitfäden zu erstellen oder sich über Qualitätskriterien auszutauschen, halte ich für eine sehr gute und sinnvolle Idee.

Die Idee, dass das Gesundheitsamt als Kontrolle von außen kommt, ist heute nicht mehr so aktuell. Wir setzen sehr viel auch im Bereich der Prävention ein. Prävention bedeutet in diesem Fall auch Beratung und das gemeinsame Überlegen, wie man damit umgehen kann. Wir beteiligen uns und bringen uns in diese Diskussion ein.

Herr Zimmer, Sie haben gefragt: Wie kann es passieren, dass der Leiter eines Gesundheitsamts ein nicht ärztlicher Kollege ist? Das kann ich Ihnen nicht erklären. Ich halte das für ausgeschlossen. Aus meiner Sicht ist es dringend notwendig, dass ein Gesundheitsamt über eine ärztliche Leitung verfügt. Es gibt in einigen Regionen aufgrund des großen Mangels, vor dem wir stehen, diese Tendenzen. Ich persönlich finde das nicht nachahmenswert und möchte mich hier ausdrücklich dagegen aussprechen.

(Beifall)

Im Übrigen möchte ich mich bei Ihnen allen für die Solidarität und die Unterstützung bedanken. Das ist es, was wir jetzt brauchen. Auch wenn wir alle unter Nachwuchsmangel leiden, möchte ich Sie bitten: Wir sind nur eine ganz kleine Gruppe. Wir reden über insgesamt 2.500 ärztliche Kolleginnen und Kollegen. Wenn da 10 oder 20 Prozent fehlen, ist das schon eine ganze Menge. Das fällt deutlich mehr auf, als wenn in einer ganz großen Gruppe Leute fehlen. Wir nehmen niemandem etwas weg. Wir sind ganz wenige und brauchen dringend Ihre Unterstützung. Insofern wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den Anträgen zustimmen würden.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Teichert. – Udo Wolter hat das Schlusswort.

Dr. Wolter, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte mich für die sehr gute und konstruktive Diskussion bedanken. Wir haben sechs Anträge zu dieser Thematik. Bei den Anträgen 02 bis 06 waren wir der Meinung, dass Sie sie alle positiv bescheiden könnten, weil sie im Prinzip den Leitantrag des Vorstands nur verstärken. Sie haben recht, Herr Lipp: Es konterkariert im Prinzip nicht, sodass auch Ihr Antrag seinen eigenen Stand behalten sollte.

Zum Leitantrag des Vorstands gibt es jetzt den Antrag von Herrn Zimmer, den Begriff „Arbeitsfähigkeit“ durch „Funktionsfähigkeit“ zu ersetzen. Wir übernehmen diese Idee. Der Antrag muss also nicht neu umgedruckt werden.

Es gibt den Änderungsantrag III-01 a. Herr Wesiack möchte einen Absatz durch einen neuen Text ersetzen. Wir haben uns mit ihm unterhalten. Wir sind der Meinung, dass der Antrag an sich eine hohe Aussagekraft hat. Aber der Tatbestand, den Herr Wesiack in seinem Antrag dargestellt hat, ist so wichtig, dass wir den vorgeschlagenen Passus an die vierte Stelle setzen wollen. Damit würden unsere Forderungen im Prinzip noch verstärkt.

Das sind meine Bemerkungen dazu. Nochmals schönen Dank und eine gute Abstimmung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Udo. – Damit können wir uns den Anträgen zuwenden. Wir werden sie der Reihe nach behandeln.

Der erste Antrag, über den wir abstimmen, ist der **Antrag III-01 a**. Das, was Ihnen eben Udo Wolter dargestellt hat, ist mir handschriftlich folgendermaßen übermittelt worden: Der Antrag von Herrn Kollegen Wesiack lautet, einen vierten Punkt einzufügen. Der Text soll ganz knapp lauten:

eine obligate Leitung der Gesundheitsämter durch Ärztinnen und Ärzte

Ich frage ganz kurz den Antragsteller: Wolfgang Wesiack, ist das so richtig? – Das ist richtig so. Gut. Wir bilden uns jetzt also eine Meinung darüber, ob wir diesen vierten Punkt anhängen wollen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist das einstimmig **angenommen**.

Wir stimmen jetzt über den so geänderten **Antrag III-01** ab. Wer ist für diesen Antrag? – Dagegen? – Enthaltungen? – Einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen dann zum **Antrag III-02**:

Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen im Öffentlichen Gesundheitswesen

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Dann ist das einstimmig so **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag III-03**:

Gesundheitsämter bedürfen ärztlicher Leitung

Wer gegen diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Das war die Vigilanzprüfung. Sie haben sie bestanden. Das Essen war nicht zu schwer. Es war niemand dagegen. – Wer ist für diesen Antrag? – Wer möchte sich enthalten? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag III-04**:

Arztspezifische Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die gelbe Karte zu erheben. – Wer dagegen ist, kann das jetzt tun. – Niemand. Enthaltungen? – Niemand. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag III-05:

Arbeitsbedingungen, Aufstiegschancen und Bezahlung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verbessern!

Dazu gibt es den **Antrag III-05 a**. Danach sollen im zweiten Absatz der Begründung die Worte „Einschulungs- oder Schulentlassungsuntersuchung“ durch das Wort „Schuluntersuchungen“ ersetzt werden. Das hat der Antragsteller selber gefordert. Nun steht es jedem frei, sich zu seinen eigenen Irrtümern oder Unterlassungen zu bekennen. Wir können es einfach übernehmen und brauchen nicht darüber abzustimmen.

Damit kommen wir zu dem so geänderten **Antrag III-05**. Wer für den so geänderten Antrag 05 ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Der Antrag ist einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen dann noch zum **Antrag III-06**:

Angemessene Bezahlung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Wer ist dafür, dass wir die Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst angemessen bezahlen? – Wer ist dagegen? – Da traut sich keiner. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einer Enthaltung **angenommen**.

Damit sind alle Anträge, die mir zu diesem Tagesordnungspunkt vorliegen, bearbeitet. Ich schließe den Tagesordnungspunkt III, aber nicht ohne Frau Teichert und Herrn Wolter noch einmal sehr herzlich für die Einführung sowie für die Begleitung und die Kommentierung der Debatte zu danken. Das war sehr hilfreich.

(Beifall)

Ich rufe den **Tagesordnungspunkt IV** auf:

Schmerzmedizinische Versorgung stärken

Wir wissen, dass es ein großes Problem in der durchgängigen Kette der Schmerzmedizin in allen Bereichen gibt. Deswegen haben wir uns vorgenommen, dieses mit internen und externen Referenten auf diesem Ärztetag in Ruhe zu besprechen. Die Referentin zu diesem Tagesordnungspunkt ist unsere Vizepräsidentin Martina Wenker. Weitere Referenten sind Herr Professor Scherer aus Hamburg, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, sowie Herr Professor Koppert aus Hannover von der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover.

Zur Einleitung in den Tagesordnungspunkt IV erteile ich Martina Wenker das Wort.

Dr. Wenker, Referentin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich sehr gefreut, als im Januar dieses Jahres der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen hat, diesen Tagesordnungspunkt mit als Schwerpunkt auf diesen Deutschen Ärztetag zu nehmen. Ich habe mich natürlich auch deshalb sehr gefreut, weil mir dieses Thema persönlich sehr am Herzen liegt.

Im Rahmen der Vorbereitung bin ich von vielen Kolleginnen und Kollegen gefragt worden: Warum nehmt ihr dieses Thema überhaupt als Tagesordnungspunkt auf? Haben wir in Deutschland nicht genügend schmerzmedizinische Möglichkeiten? Gibt es nicht längst genug Schmerzmedikamente auf allen Versorgungsebenen: leichte, mittelschwere, stark wirksame Opiate? Haben wir überhaupt ein Defizit?

Ich möchte Sie so in diesen Tagesordnungspunkt einführen, dass Sie erkennen, wie wichtig und relevant dieses Thema ist.

Ich behandle zunächst die Frage: Gibt es Versorgungsdefizite? Wie ist die derzeitige Situation? Was gibt es bereits? Welches ist die langfristige Perspektive einer optimalen schmerzmedizinischen Versorgung der Bevölkerung? Welches sind die nächsten konkreten Schritte zur Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung?

Ich komme zunächst zu der Frage: Wie ist die derzeitige Situation? Was gibt es bereits? Wir haben den chronischen Schmerz inzwischen als eigenständige Krankheit im ICD-10 verankert. Das Thema ist ganz breit verankert in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Ich denke, ein ganz wesentlicher Meilenstein war, dass die Schmerzmedizin seit dem Jahr 2012 als Querschnittsfach in der ärztlichen Approbationsordnung verankert ist und damit im Jahr 2016 erstmals als Pflichtlehr- und Prüfungsfach geprüft wird.

Seit 2003 ist die schmerzmedizinische Kompetenz mit Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Schmerzmedizin unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen in allen patientenversorgenden Fachgebieten in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankert.

Im Jahr 2012 verfügten knapp 5.000 Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“.

In den KVen haben über 1.000 Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten teilgenommen. Wir haben also schon eine ganz stabile Basis.

Trotzdem haben wir ein Problem. Warum besteht Handlungsbedarf? Jeder Patient hat – ich glaube, darüber sind wir uns alle einig – Anspruch auf eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen, aber – diese Zahlen müssen uns wachrütteln – etwa 10 Millionen der Deutschen leiden ständig an akuten oder chronischen Schmerzen. Etwa 7 Prozent der Erwachsenen und – diese Zahl finde ich besonders bedrückend – 5 Prozent der Kinder geben im Alltag beeinträchtigende chronische Schmerzen an. Das ist für Kinder besonders bedrückend, weil sie dadurch häufig schon in ihrer schulischen Entwicklung beeinträchtigt sind und dadurch einen ganz schweren Start ins Leben haben.

Chronische Schmerzen haben eine große volkswirtschaftliche Relevanz. Wir können davon ausgehen, dass im Jahr etwa 20 Milliarden Euro Gesamtkosten durch Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen anfallen.

In Deutschland vergehen durchschnittlich zwei Jahre vom Beginn einer chronischen Schmerzkrankheit bis zur richtigen Diagnose und weitere zwei Jahre bis zu einem adäquaten Behandlungsansatz.

Jeder Patient hat Anspruch auf Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen. Schmerz ist nicht nur ein akutes Schmerzereignis, aber gerade die chronische Schmerzerkrankung ist eine komplexe Erkrankung, eine biopsychosoziale Erkrankung, die nicht nur den Patienten, sondern häufig auch seine Umgebung, seine Leistungsfähigkeit, seinen Arbeitsalltag beeinträchtigt. Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie sind integraler Bestandteil jeden ärztlichen Handelns. Jeder klinisch tätige Arzt muss mit den schmerzmedizinischen Problemen seines Patienten vertraut sein. Das ist eine ärztliche Verpflichtung, die wir sehr ernst nehmen müssen. Schmerzmanagement benötigt eine interdisziplinäre und interprofessionelle Sichtweise. Es ist für uns alle eine selbstverständliche Verpflichtung, uns kontinuierlich in der Schmerzmedizin fortzubilden und auch ethische Prinzipien in der Schmerztherapie anzuwenden.

Ich darf Sie jetzt ganz kurz in den Leitantrag des Vorstands einführen. Als nächste konkrete Schritte haben wir fünf Handlungsfelder zur Realisierung der langfristigen Perspektive formuliert. Jeder Patient hat das Recht auf eine adäquate Schmerztherapie. Jeder Patient hat das Recht auf einen niedrigschwelligen Zugang zu den erforderlichen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen. Das bedeutet: Jeder Schmerzpatient in Deutschland muss zu jeder Zeit und an jedem Ort die Möglichkeit erhalten, in einer abgestuften schmerzmedizinischen Versorgungskette behandelt zu werden. Das bedeutet in der Regel einen Erstkontakt beim Hausarzt, dann die zeitnahe Hinzuziehung der hausärztlichen Expertise bis hin zu spezialisierten schmerzmedizinischen Einrichtungen.

Es muss eine konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in den Bedarfsplänen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen. Spezialisierte schmerzmedizinische Einrichtungen sind beispielsweise Zentren für interdisziplinäre Schmerzmedizin, interdisziplinäre Kopfschmerz-, Rückenschmerz- und Kinderschmerzszentren; dies können auch Ambulanzen und Praxen mit qualifizierter und spezialisierter Schmerzmedizin und auch schmerzpsychotherapeutische Einrichtungen sein.

Warum ist das so wichtig? Das muss konsequent in den Bedarfsplänen der Länder berücksichtigt werden, um einen flächendeckenden und wirklich zeitnahen direkten Zugang in diese spezielle Expertise zu ermöglichen.

Ebenso wichtig ist eine adäquate und hochmoderne Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern. Unverändert führen unzureichend behandelte Schmerzen beispielsweise nach Operationen zu einem erhöhten Morbiditätsrisiko. Es gibt das Risiko der Chronifizierung und damit auch der Folgen steigender Behandlungskosten.

Die vierte Forderung adressiert an uns alle: die Stärkung schmerzmedizinischer Kompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Das geht uns insbesondere in den Landesärztekammern an. Wir müssen konsequent in allen Fachgebieten

die schmerzmedizinische Kompetenz weiterentwickeln, und zwar in allen patientenversorgenden Fachgebieten. Dies gilt sowohl bei den allgemeinen Inhalten als auch bei der Zusatzweiterbildung Schmerztherapie. Ich möchte den Satz wiederholen: Jeder klinisch tätige Arzt muss mit den schmerzmedizinischen Problemen seiner Patienten stets aktuell vertraut sein.

Wir müssen selbstverständlich als Ärztekammern eine konsequente Fortbildung zu diesem Thema anbieten.

Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung kann nur auf dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen. Wir fordern hier insbesondere eine Forschung, die aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren ist. Wir brauchen eine Versorgungsforschung, wir brauchen nationale Forschungsprojekte Schmerzmedizin.

Lassen Sie mich zusammenfassen und damit zu unseren beiden Referenten überleiten, bei denen ich mich schon jetzt sehr herzlich dafür bedanke, dass sie aus Hamburg und Hannover zu uns gekommen sind. Unsere gemeinsame These – wir hatten in den letzten Monaten viele Kontakte zu diesem Thema – lautet: Jeder Schmerzpatient hat das Recht auf einen niedrigschwelligen Zugang zu moderner angemessener Schmerzbehandlung, welche bei Bedarf interdisziplinär und interprofessionell erfolgt.

Jetzt wird zunächst Herr Professor Dr. Scherer, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, die allgemeinärztliche, die hausärztliche Perspektive erörtern. Anschließend wird sich Herr Professor Dr. Koppert, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, zur Akutschmerztherapie und zu der Frage äußern: Wie können wir Strukturmerkmale schmerztherapeutischer Einrichtungen breit implementieren?

Ich freue mich auf die beiden Referate und dann auch auf die Diskussion. Ich danke zunächst für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Martina. – Der nächste Referent ist, wie bereits gesagt, Herr Professor Scherer aus Hamburg.

Prof. Dr. Scherer, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Frau Wenker, vielen Dank für die freundliche Einführung. Ich freue mich sehr, dass ich heute die Gelegenheit habe, über das Thema „Schmerzmedizinische Versorgung stärken“ zu sprechen. Ich darf das nicht nur aus der hausärztlichen, aus der allgemeinmedizinischen Perspektive oder allein als Fachvertreter der Allgemeinmedizin tun, sondern auch mit Blick auf die gesamte ambulante Versorgung.

Frau Wenker hat eben schon die Relevanz und die Epidemiologie des chronischen Schmerzes erwähnt. Es ist nicht ganz so einfach, Forschung zu diesem Thema zu betreiben, weil die Definition des chronischen Schmerzes relativ weich ist. Wir brauchen praktisch Selfreportauskünfte, um chronischen Schmerz zu ermitteln. Das ist anders als bei Diabetes oder Hypertonie.

Die Definition, dass chronischer Schmerz ein Schmerz ist, der die Gewebshheilungszeit überdauert – in der Regel sind es drei Monate –, öffnet Tor und Tür der ganz individuellen Einschätzung, der subjektiven Einschätzung, der subjektiven Wahrnehmung, der Selbstbeobachtung, der Interpretation. Deshalb hängt das Ergebnis von epidemiologischen Studien immer davon ab, wie man fragt.

So kommt es auch zu größeren Erhebungen ebenso im internationalen Kontext. Die Schwankungsbreite bei der Häufigkeit ist einfach gegeben, je nachdem, welche Instrumente man benutzt und welche Methodik man anwendet. Wenn man der Analyse von Breivik und Kollegen Glauben schenken möchte, liegt Deutschland mit 17 Prozent bei der Prävalenz der chronischen Schmerzen etwa im Mittelfeld. Die Zahl erscheint erst einmal, auch gemessen an den Zahlen, die Frau Wenker genannt hat, etwas hochgegriffen. Klar ist jedenfalls: Es ist ein relevanter Beratungsanlass im ambulanten Bereich.

Die Versorgungsdaten für chronische Schmerzen sind nicht gerade überbordend. Es gibt Anzeichen dafür, dass es eine strukturelle Unterversorgung in ländlichen Regionen und eine Überversorgung in Ballungszentren gibt. Die Überversorgung folgt aber keiner Systematik oder gar einer Bedarfsplanung. Ich möchte es als eine „wilde Überversorgung“ bezeichnen.

Unklar ist, ob die dichtere Versorgung – das ist etwas neutraler formuliert – irgendeinen Einfluss auf patientenrelevante Outcomes hat.

Die Datenlage zur Prozessqualität ist ausgesprochen mager. Es fehlen einfach gute Versorgungsforschungsstudien, die erst einmal einen validen Istzustand im Bereich der chronischen Schmerzversorgung abbilden. Da brauchen wir mehr Versorgungsforschung. Das ist ein Appell, der an Förderer wie auch an Forscher gerichtet ist. Erst dann, wenn man diese guten Versorgungsbeschreibungen hat, kann man davon ausgehend den Effekt von Interventionen – in der Regel sind es komplexe Interventionen – quantifizieren.

Die Zielerreichung lässt sich letztendlich erst ermitteln, wenn man diese guten Versorgungsbeschreibungen hat. Natürlich ist es das oberste Ziel und – wie Frau Wenker treffend formuliert hat – Aufgabe aller ärztlich Tätigen, die Schmerzreduktion anzustreben. Aber es gibt auch eine ganze Reihe nachgeordneter Ziele, die nicht weniger wichtig sind. Hier nenne ich die Reduktion von Medikamenten, die Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die Erhöhung der körperlichen Aktivität, die Erhöhung der Lebensqualität, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die Vermeidung von Berentung.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin hat versucht, in ihrer Handlungsempfehlung zum chronischen Schmerz Wege zu definieren, die zum Erreichen der eben genannten Ziele führen können. In der Regel startet die Konsultation bei einem Schmerzpatienten mit – wen wundert es? – Schmerzen, die beim chronischen Schmerz persistierend oder intermittierend sein können. In der Regel sind es mehr als drei Monate.

Dann stellt sich die Frage: Handelt es sich um eine bekannte Schmerzqualität und -lokalisation? Ist es eine Folgekonsultation oder haben wir es hier mit einer neuen Problematik zu tun?

Dann ist zu ermitteln, ob ein Verdacht auf Malignität, auf eine entzündliche Erkrankung, auf eine Fraktur, auf gravierende neurologische Ausfälle oder auf einen Medikamentenübergebrauch vorliegt.

Diese anamnestischen Fragen helfen, den Schmerz in die bekannten Kategorien einzusortieren: nozizeptiver Schmerz bei Arthrose, Arthritis, Frakturen und Tumoren, der neuropathische Schmerz bei Neuralgie und Polyneuropathie und der funktionelle Schmerz, der nicht selten Ausdruck einer komplexen biomedizinischen, aber auch biopsychosozialen Problemlage ist. Gerade dieser Schmerz ist es, der uns in der Regel besonders herausfordert und Interdisziplinarität und Interprofessionalität besonders notwendig macht. Dies sind zwei Grundsätze des gemeinsamen Interagierens, die Frau Wenker schon angesprochen hat. Interdisziplinarität darf eigentlich keine Freizeitveranstaltung nach Schließung der Sprechstunde sein. Das muss im System eingebettet sein und entsprechend vergütet werden. Das darf eigentlich nicht zulasten der bisher bestehenden Regelversorgung gehen: Wenn das Wartezimmer leer ist, kann ich den Kollegen mal anrufen und tue dies sozusagen auf eigene Rechnung. Das muss von der Makroebene, auch von der Selbstverwaltung her gewollt und unterstützt sein.

Frau Wenker hat bereits die einzelnen Ziele genannt. Wir müssen sehen, was machbar und zu schaffen ist. Man kann natürlich chronische Schmerzpatienten mit überbordenden Ansprüchen an die Zielerreichung auch überfordern. Deshalb ist es wichtig, ein realistisches Behandlungsziel auf die Perspektive und die Bedürfnisse des vor mir sitzenden Patienten abzustimmen. Das kann sich im Bereich der Funktion, im Bereich der Stimmung, im Bereich des Selbstmanagements und im Bereich der Medikation abspielen.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin empfiehlt ein iteratives Vorgehen und ein konsequentes Goal Attainment, dass man Follow-up-Gespräche führt und entsprechend in den einzelnen Funktionsbereichen oder Zielerreichungsdimensionen nachjustiert. Damit ist nicht ein dumpfes Wiedereinbestellen gemeint, sondern vielmehr ein langfristiges Begleiten auf dem Boden einer soliden, auf Langfristigkeit angelegten Patientenbeziehung.

Mein erstes Fazit betrifft die Behandlungsprinzipien: iteratives Assessment, konsequentes Überprüfen der Zielerreichung, multimodale Ansätze. Die Pharmakotherapie kann nur eine der Optionen sein. Mein zweites Fazit lautet: Es ist eine konzertierte Aktion aller Versorgungsebenen gefordert: der Makroebene – das betrifft die Politik –, der Mesoebene – Gesundheitsorganisation und -wesen – und der Mikroebene.

Folgende vier Punkte spielen sich auf allen Ebenen ab. Zunächst nenne ich die Stärkung der Hausarztmedizin, nicht weil ich selber Allgemeinmediziner bin, sondern weil eine gute Grundversorgung gerade in den Flächenländern sich positiv auf die Versorgung von Schmerzpatienten auswirkt. Wir brauchen eine solide hausärztliche Basisbehandlung. Wir brauchen eine hausärztliche Koordination mit einer Sammlung der Befunde und einer Synthese unterschiedlicher Facharzttempfehlungen, wodurch vermieden werden soll, dass unterschiedliche Spezialisten am Werk sind, die nichts voneinander wissen.

Wichtig ist eine Langzeitbeziehung mit einer entsprechenden sozialen Unterstützung.

Ich weiß, es ist heute wenig originell, über Nachwuchsprobleme zu sprechen. Diese gibt es auch in anderen Bereichen. Entsprechendes haben wir gerade über den Öffentlichen Gesundheitsdienst gehört. Die Allgemeinmedizin, die Hausarztmedizin hat sie ganz akut. Nur jeder zweite Hausarzt, der heute in Rente geht, findet einen Nachfolger.

Der zweite Punkt ist die intersektorale Vernetzung. Das betrifft die Interdisziplinarität und die Interprofessionalität. Ich glaube, dazu ist genügend gesagt worden.

Als dritten Aspekt nenne ich die Tatsache, das wir mehr Versorgungsforschung brauchen. Ohne valide Daten wissen wir gar nicht, an welchen Stellen die Versorgung zu optimieren ist und welche Prozessqualität in der Versorgung vorliegt.

Zum Vierten landen wir wieder bei dem Punkt von Frau Wenker, die sagte: Wir brauchen hier keine spezielle Gebietsbezeichnung, kein erneutes Nadelöhr, wie zum Beispiel einen Facharzt für Schmerzmedizin, sondern es handelt sich um Fertigkeiten auch kommunikativer Art, die in allen ärztlichen Bereichen erforderlich sind. Das bedingt eine konsequente Fortbildung aller Fachgruppen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Scherer. – Der nächste Redner ist Professor Koppert aus Hannover.

Prof. Dr. Koppert, Referent: Lieber Herr Montgomery! Sehr geehrtes Präsidium der Bundesärztekammer! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Damen und Herren! Ich freue mich, heute hier stehen zu dürfen. Das verdanke ich auch Ihnen, Frau Wenker. Vielen Dank, dass Sie dieses Thema aufgebracht haben. Ich freue mich sehr, dass die Problematik heute thematisiert werden kann.

Sie sehen auf diesem Schaubild meine Interessenskonflikte. Das verdeutlicht man ja in der Good Clinical Practice. Ich stehe hier nicht als einzelne Person, sondern ich vertrete in diesem Fall insbesondere die Meinungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie der Deutschen Schmerzgesellschaft, die mich in den letzten 20 Jahren geprägt haben. Insofern kann ich mich von diesen Meinungen nicht ganz freimachen. Das will ich nicht verhehlen.

Ich möchte Ihnen die Akutschmerztherapie im Krankenhaus ein bisschen näherbringen. In diesem Zusammenhang taucht immer wieder folgender Satz auf – ich konnte leider trotz Google nicht herausbringen, wer der Urheber dieses Satzes ist; ich glaube, dieser Satz ist sehr stimmig –: Die Patienten erwarten, dass sie im Krankenhaus Schmerzen erleiden, und wir Ärzte stellen sicher, dass sie nicht enttäuscht werden. Das ist etwas sarkastisch, aber es stimmt sicherlich. Wenn Sie sich selber fragen, was Sie erwarten, wenn Sie in ein Krankenhaus kommen, dann ist eine gute Schmerztherapie immer eines der obersten Ziele. Ich zeige Ihnen hier eine Studie eines Chirurgen, wonach den Patienten nach der ärztlichen Versorgung und der pflegerischen Versorgung eine gute Schmerztherapie am meisten interessiert. Des-

halb ist es nicht verwunderlich, wenn gesagt wird: Eine qualifizierte Schmerztherapie ist ein zentrales Bedürfnis des Patienten, wenn er in ein Krankenhaus kommt.

Man kann sich diesem Thema auch von einer anderen Seite her nähern. Wir wissen inzwischen, dass eine qualifizierte Akutschmerztherapie ethisch zu fordern und medizinisch absolut indiziert ist. Wir wissen, dass es zu einer schnelleren Mobilisierung führt, wenn der Patient keine Schmerzen hat. Wir wissen, dass sich die pulmonale Funktion und die gastrointestinale Funktion verbessern, dass Chronifizierungen vermieden werden, dass es zu zufriedeneren Patienten und zu zufriedenerem Personal kommt. Sie können sich sicherlich vorstellen, dass jeder Arzt und jedes Pflegepersonal zufriedener ist, wenn man einen schmerzfreien Patienten im Bett liegen hat als jemanden, der Schmerzen hat.

Es gibt auch eine ökonomische Dimension. Es kommt zu kürzeren Verweildauern und zu einer gesteigerten Wettbewerbsfähigkeit der Klinik. Das wurde kürzlich in dem neuen KTA-Bericht über die Akutschmerztherapie in den deutschen Kliniken festgestellt. Diese Ansichten wurden also sozusagen von höchster Stelle bestätigt. Eine Schmerztherapie wird nicht nur vom Patienten gewünscht, sondern sie ist eine ethisch und ökonomisch gebotene Leistung.

Damit komme ich zu den vorhandenen Strukturen. Eigentlich haben wir alles, was wir brauchen. Wir haben Leitlinien und Standards, und zwar sowohl auf ärztlicher Basis als auch auf pflegerischer Basis.

Wir haben Zertifizierungen. Wir können den Schmerz messen und wir können Einrichtungen zertifizieren, die eine besonders gute Schmerztherapie machen. Wir können nicht nur die Struktur, sondern auch die Qualität zertifizieren.

Wir können uns auch benchmarken. Wir haben in Deutschland im Moment das weltweit beste Benchmarkingprojekt für Akutschmerztherapie. Wir rollen es gerade nach Europa aus unter dem Projekt PAIN OUT. Hier können sich einzelne Einrichtungen mit anderen Einrichtungen in Deutschland oder auch europaweit benchmarken.

Was ist das Ergebnis der Strukturen, die wir bisher haben?

Sie sehen hier eine Aufstellung aus einem solchen Qualitätsprojekt, wie sich im Moment das Bild von Patienten, die sich einem operativen Eingriff unterzogen haben, in Bezug auf ihre Schmerztherapie postoperativ darstellt. Wir sehen, dass es noch sehr großes Potenzial gibt. Interessanterweise ist es so: Wenn Sie sich heutzutage einer Nieren- oder einer Prostataoperation unterziehen, werden Sie hinterher weniger Schmerzen erleiden, als wenn Sie sich einer Tonsillektomie oder einer Appendektomie unterziehen. Das hängt auch damit zusammen, dass die Pfade, auf denen man im Moment in den Krankenhäusern die Schmerztherapie durchführt, für die großen Eingriffe schon sehr gut festgeschrieben sind, aber für die kleinen Eingriffe einfach noch nicht so richtig wahrgenommen werden.

Ein Feld, das vielleicht etwas mehr Aufmerksamkeit verdient, ist die konservative Medizin. Hier haben wir im gleichen Maße wie bei der operativen Medizin mit Schmerzproblematiken zu kämpfen. Es ergibt sich eigentlich das gleiche Bild: Annähernd 50 Prozent der Patienten leiden an Schmerzen.

Es ist die Frage: Können wir das überhaupt ändern? Auch da gibt uns der Artikel aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ eine ganz klare Antwort: Ja, wir können es ändern.

Wenn Sie sich einmal anschauen, wie einzelne Krankenhäuser die Schmerztherapie ausführen, sehen Sie, dass es Krankenhäuser gibt, die es bei derselben Operation schaffen, die Schmerzen sehr gut in den Griff zu bekommen, während einzelne Krankenhäuser es nicht so gut schaffen. Sowohl was Leistenhernienoperationen als auch kardiale Schmerzen bei KHK betrifft: Es gibt ein sehr buntes Bild, wie derzeit Schmerztherapie betrieben wird.

Hier sehen Sie zur Akutschmerztherapie im Krankenhaus einen Datensatz, der über 56.000 Daten aus deutschen Kliniken zusammenfasst. In über 50 Prozent der Fälle haben wir den Maximalschmerz größer als 4 nach der Operation, eine schmerzbedingte Einschränkung der Mobilität bei 54 Prozent. 11 Prozent der Patienten sagten, sie hätten nicht genügend Analgetika bekommen. 29 Prozent erklärten, dass sie über die Schmerztherapie aufgeklärt wurden. Das ist einer der größten Datensätze, die im Moment weltweit existieren.

Die Methoden sind vorhanden: bedarfsadaptierte systemische Schmerztherapie, Regionalanästhesie usw. Aber es gibt eine fehlende Umsetzung des existierenden Wissens. Das hängt sicher damit zusammen, dass die komplexe Akutschmerztherapie im DRG-Erlössystem versteckt ist. Sie wird nicht abgebildet und triggert keine zusätzlichen Erlöse. Es gibt keinen finanziellen Anreiz, sich um die Akutschmerztherapie zu kümmern.

Deshalb ist ein Lösungsansatz, den ich vorschlagen möchte, dass die Krankenhaus-träger mehr in die Pflicht genommen werden, hier Verantwortung für die Akutschmerztherapie zu übernehmen.

Ein zweiter Punkt, den ich in diesem Zusammenhang immer wieder anführe, ist ein Gedankenspiel. Ich finde, man kann die qualifizierte Akutschmerztherapie sehr gut mit dem System vergleichen, wie es bei der Hygiene vorhanden ist. Auch eine gute Hygiene führt zu einer schnelleren Mobilisierung, zu einer Verbesserung der pulmonalen Funktion, zur Vermeidung von Chronifizierungen, zu kürzeren Verweildauern usw. Hier wurden Strukturen geschaffen, die einen Hygienebeauftragten, eine Hygienekommission in den Krankenhäusern notwendig machten. Das ist bei der Schmerzmedizin noch nicht der Fall. Ich glaube, hier kann man Parallelen ziehen. Wir schlagen vor, dass wir Strukturen analog zum Hygienemanagement etablieren. Es sollte in den Krankenhäusern ein Schmerzbeauftragter mandatorisch werden.

Wir erwarten einen großen Effekt von der Einführung eines Qualitätsindikators. Ich weiß, Qualitätsindikatoren stehen im Moment sehr in der Diskussion. Aber ein fächerübergreifender Qualitätsindikator Schmerz wird uns dem Ziel näherbringen, uns einer Schmerzkontrolle in den Krankenhäusern zu nähern. Schmerz ist messbar; wir haben alle Instrumente, ihn zu messen. Er ist beeinflussbar. Er erfüllt alle Kriterien eines Qualitätsindikators.

Das Problem Akutschmerz nach Operationen ist nicht nur deshalb so wichtig, weil die Patienten in den Krankenhäusern leiden, sondern weil auch 10 Prozent aller präoperativ schmerzfreien Patienten drei Monate nach der Operation noch starke Schmerzen haben. Der stärkste Prädiktor sind akute postoperative Schmerzen. Wir verhindern damit die Chronifizierung von Schmerzen.

Damit komme ich auf etwas ganz Spannendes zu sprechen. Wie häufig leidet in Deutschland ein Patient an chronischen Schmerzen? Manche sprechen von 10 Milli-

onen, andere von 15 Millionen. Ich glaube, hier müssen wir sehr genau unterscheiden. Es hängt, wie Herr Scherer schon sagte, sehr davon ab, wie man den chronischen Schmerz definiert. Wenn Sie chronische Schmerzen definieren als Schmerzen, die auch nach vier bis sechs Wochen noch vorhanden sind, werden wir wahrscheinlich in einen Bereich kommen, dass 15 bis 30 Prozent aller Deutschen chronische Schmerzen haben. Aber das sind nicht diejenigen, die einen spezialisierten Schmerztherapeuten brauchen. Das sind diejenigen, die wahrscheinlich häufig in der Grundversorgung mit den derzeitigen Strukturen aufgefangen werden.

Es gibt sehr schöne Daten, die 2013 von Herrn Häußler aus Saarbrücken in Zusammenarbeit mit der AOK erhoben wurden. Man hat festgestellt: Ungefähr 30 Prozent der Deutschen haben nach dem Kriterium „chronischer Schmerz: vier bis sechs Wochen“ chronische Schmerzen. Aber nur 5 Prozent haben wirklich assoziierte körperliche und soziale Beeinträchtigungen. Das entspricht in der Summe etwa 4 bis 5 Millionen Deutschen. Nur 2,3 Prozent – das sind 2,5 bis 3 Millionen Menschen – haben zusätzlich seelische Beeinträchtigungen.

Nur in diesem Gebiet kann man wirklich von der chronischen Schmerzkrankheit reden. Hier ist der Leidensdruck wirklich stark. Ich glaube, das sind diejenigen Patienten, die letztendlich zum Schmerzspezialisten kommen müssen, die zu einem Schmerzmediziner kommen müssen, der eine adäquate Zusatzbezeichnung hat, der multidisziplinär und multiprofessionell die Schmerzkrankheit angeht.

Es dauert in Deutschland, bis ein solcher Patient behandelt wird. Vom ersten Symptom bis zum Beginn einer speziellen Schmerztherapie vergehen in der Regel vier Jahre. Damit unterscheiden wir uns nicht viel vom Rest Europas. Die Prävalenz chronischer Schmerzen in Europa ist mit 15 bis 30 Prozent durchaus überall gleich. Die durchschnittliche Dauer vom Erstauftreten der Schmerzen bis zur Stellung der richtigen Diagnose beträgt zwei Jahre. Vom Stellen der Diagnose bis zur erfolgreichen Behandlung der Schmerzen vergehen noch einmal rund zwei Jahre. Damit sind wir in Deutschland im Vergleich eher in der zweiten Hälfte als in der ersten Hälfte.

Was tut man in Europa dagegen? In fast allen Ländern beginnt man, sich diesem Problem in irgendwelchen Ordnungen zu nähern. Man hat die Problematik mit in die nationalen Gesundheitspläne aufgenommen. Man versucht, adäquate Wartezeiten zu implementieren und die Finanzierung sicherzustellen. Hier haben wir mit dem Morbi-RSA sicher einen Schritt in die richtige Richtung getan.

Es gibt weltweit die Idee, dass Schmerz auch eine ethische Komponente hat, die verankert werden sollte. Hier ist ein Thema auf eine ethische Basis hochgehoben worden.

Was wäre jetzt zu tun? Frau Wenker hat es schon kurz angedeutet und Herr Scherer hat den Faden aufgenommen: Wir müssen definieren, welche Einrichtungen für welche Patienten sinnvoll sind. Hier gibt es innerhalb der Fachgesellschaften einen großen Konsens, dass es vom Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin, das über das ganze Spektrum verfügt und Forschung und Lehre beinhaltet, bis hin zu den Ambulanzen mit qualifizierter Schmerztherapie eine abgestufte Versorgung geben sollte. Wir haben mittlerweile Dokumentationstools geschaffen, die es uns erlauben, in Zukunft Versorgungsforschung zu betreiben. Ich glaube, die Daten, die ich Ihnen vorgestellt habe, stehen teilweise, gerade was Deutschland betrifft, noch etwas auf tönernen Füßen. Ich habe Ihnen Hochrechnungen gezeigt. Hier ist sicher noch viel

Versorgungsforschung notwendig. Es muss auch noch viel Unterstützung geben, damit wir diese Versorgungsforschung durchführen können.

Ohne Struktur bekommen wir in der Schmerzmedizin keine Qualität hin. Das ist uns ganz wichtig. Ohne Bedarfsplanung kriegen wir auch keine Struktur hin. Deshalb möchte ich an dieser Stelle dafür plädieren: Schmerztherapeuten brauchen in irgendeiner Form eine Bedarfsplanung. Im Moment ist es so: Wenn ein Kassensitz verschwindet, der mit einem Facharzt besetzt war, der Schmerzmedizin gemacht hat, verschwindet manchmal auch der Schmerzmediziner in diesem Bereich. Wir brauchen Ideen, wie die Schmerzmedizin in die Bedarfsplanung integriert werden kann.

Ich weiß, dass die Bedarfsplanung an den Facharzt gekoppelt ist. Das fordere ich definitiv nicht. Aber wir müssen uns überlegen, wie wir es schaffen können, trotz dieser Problematik die Schmerzmedizin flächendeckend zu integrieren, sodass wir im Prinzip diese Strukturen allen Patienten zugute kommen lassen können.

Zum Schluss zeige ich Ihnen ein Schaubild, das verdeutlicht, dass es sich um eine interdisziplinäre und interprofessionelle Herausforderung handelt. Ich habe ein paar Gesellschaften, die hier beteiligt sind, aufgeführt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor Koppert, für dieses zweite Einführungsreferat. – Wir können jetzt in die Debatte eintreten. Es liegen schon eine Reihe von Wortmeldungen vor. Ich möchte den Referenten den Hinweis geben: Wenn Sie zwischendurch etwas ans Rednerpult treibt, dann melden Sie sich bitte. Sie kommen jederzeit an die Reihe. Ein Schlusswort erhalten Sie sowieso.

Die Rednerliste beginnt mit Herrn Haubitz, der jetzt das Wort hat.

Prof. Dr. Haubitz, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Zunächst möchte ich mich bei meiner Kammerpräsidentin für die Adressierung eines starken Sachpunkts mit erheblichen Versorgungsimplicationen herzlich bedanken. Martina, dafür vielen Dank.

(Beifall)

Wir müssen uns klar darüber sein, dass diese Versorgungsimplicationen sicherlich auch Erfordernisse an die berufsständischen Gremien der Ärzteschaft adressieren. Wir sind dabei – ich bin zu meiner Freude von Ihnen mandatiert –, die Weiterbildungssystematik neu zu bedenken. Wie würden Sie denn eine gewisse Optimierung von der neuen Weiterbildung erwarten, um den Versorgungsgesichtspunkten gerecht zu werden?

Da gibt es ja Extremstandpunkte. Wir haben derzeit die zusätzliche Weiterbildung Schmerztherapie, die breit praktiziert wird. Herr Koppert ist Anästhesist. Wolfgang, ich kenne deine Meinung, weil wir auf der Arbeit darüber diskutieren. Würdest du so weit gehen zu sagen: Das dürfen nur Anästhesisten? Oder ist das etwas, was mit dem Instrument der zusätzlichen Weiterbildung für alle klinischen Gebiete so abzu-

decken ist, dass wir eine bessere Versorgungsrealität bekommen? Diese Frage richtet sich an beide Referenten.

Danke.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Danke. Sind Sie damit einverstanden, dass die Fragen am Schluss beantwortet werden? – Dann rufe ich als nächsten Redner Guido Marx aus Nordrhein auf.

Dr. Marx, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Um mit dem Letzten anzufangen, was der anästhesistische Kollege gesagt hat – da gebe ich ihm hundertprozentig recht –: Die akute Schmerztherapie, die er aus der Sicht des Krankenhauses dargestellt hat, ist sicherlich berechtigt, aber man muss bedenken: Die Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre Therapie. Professor Hoppe hat einmal gesagt: Das ist ein typisches Querschnittsfach. Das heißt, die Schmerztherapie muss obligater Bestandteil eines jeden klinischen Fachgebiets sein. Es ist selbstverständlich, dass der Facharzt für Allgemeinmedizin, der Internist, der Urologe, der Gynäkologe in seinem Fachgebiet fundiert weitergebildet ist und sein Fach auch beherrscht. Das kann man nicht ohne Weiteres wegdelegieren. Das heißt ja nicht, dass bei komplizierteren Fällen, beispielsweise Patienten mit einem Mammakarzinom, der Gynäkologe, der Strahlentherapeut, der Onkologe und andere Disziplinen nicht gefragt sind, die sich gemeinsam einen Therapieplan überlegen müssen, was für die Patienten am besten ist.

Die Schmerztherapie als solche muss obligater Bestandteil der klinischen Fächer sein. Man kann als Querschnittsfach eine Zusatzbezeichnung fordern, dann aber bitte schön für alle gleichermaßen.

Frau Wenker hat in der üblichen Reihenfolge, die oftmals im Präsidium herrscht, den Hausarzt, den Facharzt – der Hausarzt ist auch Facharzt, und zwar für Allgemeinmedizin – und den Spezialisten, den wir fordern, den wir unbedingt brauchen, erwähnt. Es wäre schon viel gewonnen, wenn wir die primäre Versorgung verstärken würden und auch die Allgemeinmedizin in die Lage versetzen würden, und zwar auch zahlenmäßig.

(Beifall)

Gegen Folgendes möchte ich mich verwahren; das trifft mich als Allgemeinmediziner besonders, wenn ich das von einem Lehrstuhlinhaber höre. Die Schmerztherapie und die Versorgung meiner Patienten mit chronischen Schmerzen ist für mich keine Freizeitveranstaltung nach Schließung meiner Sprechstunde, sondern ein wesentlicher Teil meines Tuns.

(Beifall)

Wenn Sie mir behilflich sind, einen Weiterbildungsassistenten zu bekommen, kann ich Ihnen gern meine Visitenkarte überreichen. Man muss schon die Strukturen von Anfang an schaffen.

Ein Lösungsbeispiel könnte auch folgendes sein. Die KBV hat kürzlich im neuen EBM ausdrücklich in dem Kapitel Hausärztliche Medizin den Hausärzten Kenntnisse

und auch Abrechnungsmöglichkeiten in den Fachgebieten Geriatrie und Palliativmedizin zugestanden. Es sollte ein Kapitel Schmerztherapie mit eingeführt werden, um erst einmal eine Basis zu schaffen.

Als jemand, der sich viele Vorträge anhört und anhören muss, habe ich folgende herzliche Bitte. Sie haben von Goal Attainment gesprochen. Warum sagen Sie nicht Zielerreichung? Diese Anglizismen nach dem Motto „say it in broken English“ sind nicht zielführend.

(Beifall)

Dem, was vom Vorstand unter dem Titel „Schmerzmedizinische Versorgung stärken“ vorgeschlagen wird, stimme ich zu. Aber es sind Sachen enthalten, die man nicht fordern kann, ohne eine Basis zu legen. Ich nenne die Forderung einer konsequenten Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in den Bedarfsplänen der vertragsärztlichen Versorgung. Das sollten wir zunächst einmal der KBV überlassen und nicht direkt einen Paragraphen nennen, der geändert werden muss. Das sind Dinge, die hier nicht hineingehören.

Ferner wird gefordert, spezielle Ambulanzen einzurichten. Da wünsche ich mir eine breitere Basis und auch eine allgemeine Einbeziehung der DEGAM in diesen Prozess. Ich lese regelmäßig die Verbandszeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Da ist mir ein solcher Plan noch nicht untergekommen. Deshalb die Bitte, doch erst einmal bei uns zu veröffentlichen und nicht direkt auf einem Deutschen Ärztetag vorzutragen.

Den Vorstandsantrag halte ich so für nicht zielführend. Er müsste dringlich überarbeitet werden. Man sollte natürlich die Schmerztherapie als Querschnittsfach als obligaten Bestandteil der klinischen Fachgebiete betonen. Das halte ich für vollkommen richtig. Aber es kann nicht sein, dass wir sagen, wir fangen mit der speziellen Schmerztherapie an, und der Hausarzt wird dann zum Facharzt für Überweisungen. Nein, wir wollen schon, wie andere Fachgebiete auch, in die Lage versetzt werden, unseren Teil dazu beizutragen. Ich bin sicher, dass wir den Großteil abschließend behandeln können.

Zum Schluss ein Beispiel aus dem Alltag dafür, wie es mit der Schmerztherapie nicht laufen soll. Eine Patientin hat starke Schmerzen und wird zum Orthopäden überwiesen. Dieser kommt mit ihr nicht weiter und schickt sie zum Schmerztherapeuten. Dieser behandelt sie mit Opiaten. Auch das hilft nicht viel. Die Opiate haben aber heftige Nebenwirkungen. Sie kehrt zum Hausarzt zurück. Dieser lässt einfach einmal die Hüfte röntgen und stellt eine fortgeschrittene Coxarthrose fest. Die Patientin wird operiert und ist wieder beschwerdefrei.

Das ist etwas, was uns im Alltag sehr häufig begegnet.

(Widerspruch)

Da ist gerade das Interdisziplinäre wichtig. Es gibt nichts Schlimmeres, als ein Kleinstfachgebiet zu schaffen, das völlig isoliert von anderen Fachgebieten handelt.

Meine herzliche Bitte ist, das in eine Struktur einzubinden, auch wenn Ihnen das nicht passt. Wir sind hier nicht dazu da, nur Claims für kleine Fachgebiete abzustecken. Wir sind nicht dazu da, neue Arbeitsmöglichkeiten für Anästhesisten im ambu-

lanten Bereich zu finden, sondern wir sind dazu da, eine vernünftige Versorgung der Bevölkerung zu schaffen, unabhängig von Interessen kleiner Berufsverbände.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege. Wenn man Marx heißt, steht einem ein gewisser Fundamentalismus sicher zu. – Es liegen jetzt mehrere Wortmeldungen zur Geschäftsordnung vor. Hans Ramm, bitte.

Dr. Ramm, Hamburg: Ich möchte den Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten stellen. Die Begründung ergibt sich von allein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist eine Redezeit von drei Minuten beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Ist etwa jemand gegen die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Einzelne. Wer ist für eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Damit ist die Redezeit auf drei Minuten begrenzt.

Der Erste, den das trifft, ist Klaus Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Ich möchte mich jetzt nicht darüber unterhalten, welches Fachgebiet was irgendwann übersieht. Da könnten wir Dutzende von Beispielen bringen. Mir geht es um etwas anderes. Ich habe zwei Anträge gestellt; Sie werden sie vielleicht schon gelesen haben. Der Hintergrund ist folgender. Ich beschäftige mich mit der Schmerztherapie im ambulanten Bereich. In der Weiterbildungsordnung ist die spezielle Schmerztherapie definiert als die Behandlung des Schmerzes, der seine Warnfunktion verloren hat. Das trifft völlig zu in der Palliativmedizin und das trifft häufig in der Tumormedizin zu. Zu gut deutsch: Wir können nichts mehr machen, wir knüppeln so gut wir können auf den Schmerz drauf.

Wir haben aber zunehmend Patienten mit chronischen Schmerzen in anderen Gebieten. Das schließt auch mein Fach, die Orthopädie, ganz deutlich ein. Wir können diese Patienten nicht heilen. Die Patienten haben chronische Schmerzen und wir müssen sie behandeln. Aber wir können sie nicht allein nach den Schemata der speziellen Schmerztherapie behandeln und nur draufknüppeln. Also müssen wir ein bisschen mehr tun.

(Vereinzelt Beifall)

Herr Professor Scherer, woher Sie die Überversorgung in Ballungszentren haben, weiß ich nicht. Das mir nächstgelegene große Schmerzzentrum hat mir vor ein paar Wochen erklärt: Im nächsten Monat nehmen wir keine neuen Patienten mehr an. Das ist in großen Bereichen so.

Abgesehen davon sind solche Zentren auf diese Art der speziellen Schmerztherapie, die ich gerade skizziert habe, spezialisiert. Was fehlt, ist, unter schmerztherapeutischen Gesichtspunkten die Ursache des Schmerzes in solchen Fällen weiterhin zu behandeln.

Frau Kollegin Wenker hat 4.686 Kolleginnen und Kollegen mit der Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie erwähnt. Ich postuliere einmal: Die meisten davon befinden sich im ambulanten Bereich. Nur knapp 1.000 sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie enthalten. Es gibt also einen großen Bereich von Schmerztherapeuten, die schmerztherapeutisch tätig sind oder tätig sein könnten, aber ihre Leistungen werden überhaupt nicht anders abgegolten als andere.

Ich kann Ihnen aus eigener Erfahrung sagen: Was macht man, wenn ein Patient mit chronischen Schmerzen kommt? Man schickt ihn zu irgendeiner diagnostischen Maßnahme. Das aufzuarbeiten kostet allein im Erstkontakt schon mindestens 20 Minuten. Es folgen etliche weitere Kontakte. Diese Arbeit wird von ganz vielen Kollegen weggeschoben, weil sie sagen: Dafür werde ich nicht entgolten, draußen stehen etliche andere Patienten vor der Tür.

Daran müssen wir etwas ändern. Es kann nicht sein, dass wir uns hinterher wegen Krankengymnastik und sonstigen Maßnahmen mit Regressforderungen herumschlagen müssen. Da muss sich etwas ändern, sonst werden wir künftig in der Fläche keine vernünftige Schmerztherapie mehr haben.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Klaus. – Nächster Redner ist Carsten König aus Nordrhein.

Dr. König MPH, Nordrhein: Herr Präsident! Sehr geehrte Vortragende! Frau Wenker! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich ärgere mich eigentlich furchtbar ungern, aber heute musste ich mich über ein paar Aussagen wirklich ärgern. Ich hatte zeitweise das Gefühl, in einer anderen Medizin zu arbeiten. Ich will nur ganz wenige Bemerkungen dazu machen.

Sie haben behauptet: Es dauert zwei Jahre bis zur Diagnosefindung. Ich halte das nicht nur für falsch, sondern für Unsinn. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, und zwar nicht nur Hausärzte, sondern auch die meisten Ärzte, die sich mit Schmerzpatienten beschäftigen, behandeln Patienten, nachdem sie eine Diagnose gefunden haben und warten nicht zwei Jahre, bis eine Diagnose gefunden wird. Es mag ja sein, dass, wenn ein Patient bedauerlicherweise einmal in ein schmerztherapeutisches Zentrum kommt und dort eine Diagnose gefunden wird und der Patient erklärt hat, er habe aber schon seit drei Jahren Schmerzen, dies die sogenannte Statistik begründet. Das halte ich aber für totalen Unsinn.

Unser tägliches Tun als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist, Schmerzen zu befunden und dann adäquat zu behandeln, und zwar nicht mit irgendwelchen Medikamenten, sondern mit genau denselben Medikationen, wie es sie auch in einem

schmerztherapeutischen Zentrum gibt. Wir handeln natürlich nach WHO. Ich bin kein Schmerztherapeut, brauche es auch nicht zu sein, weil ich mich seit 25 Jahren mit Schmerztherapie beschäftige und das selbstverständlich adäquat mache. Das ist doch völlig klar.

Wenn ein Patient sich selber den Termin in einem schmerztherapeutischen Zentrum an einer Universitätsklinik – ich überspitze das jetzt ein bisschen – gesucht hat, kommt er in der Regel wieder mit genau den gleichen Medikamenten, die er zuvor von mir oder einem anderen fachärztlichen Kollegen bereits bekommen hat, mit keinen anderen.

(Beifall)

Manchmal kommt er wieder mit einem Nachfolgepräparat, das zehnmal so teuer ist und sich gerade in der Erprobungsphase befindet, aber sonst auch nichts. Wer bitte macht denn die multimodale Behandlung? Nicht der Schmerztherapeut, zu dem der Patient ein- oder zweimal im Jahr geht, ob das nun eine Ambulanz oder ein Niedergelassener ist. Das machen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Sie verschreiben den Rehasport, sie verschreiben die Krankengymnastik, sie tauschen sich mit anderen Fachärztinnen und anderen Fachärzten aus. Sie machen das nicht.

Letzte Bemerkung. Die Akutschmerztherapie im Krankenhaus halte ich für sehr sinnvoll, natürlich. Das lasse ich jetzt einmal so stehen. Aber dann machen Sie es doch auch einfach. Es ist doch so, dass viele Patienten nur noch so kurze Liegezeiten haben, dass es gerade den jungen Ärztinnen und Ärzten gar nicht mehr gelingt, den Schmerz ordentlich einzustellen. Das Ergebnis ist dann – das ist gar nicht die Schuld der Kolleginnen und Kollegen –, dass die Patienten manchmal zu wenig schmerzversorgt und manchmal völlig zugehöhnt sind. Das ist das Ergebnis, weil in den Kliniken gar nicht mehr die Zeit ist, den Schmerzpatienten adäquat zu behandeln.

Chronische Schmerzpatienten sehen wir jeden Tag, befunden sie und behandeln sie.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr König. – Oliver Funken aus Nordrhein ist der Nächste.

Dr. Funken, Nordrhein: Liebes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Referenten! Zunächst einmal recht herzlichen Dank für die Vorträge. Das Thema ist spannend und wichtig. Wir sehen ja, dass wir da noch einige Bretter bohren müssen.

Ich möchte vorab noch eine Erklärung loswerden. Ich glaube, dass es dem Präsidium nicht zusteht, fachärztliche Kompetenz in hausärztlichen Praxen als nicht vorhanden zu vermuten. Zweitens. Hausärzte sind tatsächlich mehr als nur Husten- und Schnupfenbehandler. Deswegen, lieber Monti, denke ich, sollte man solche Kommentare wie eben bei Guido Marx unterlassen. Das dient nicht der Versachlichung.

(Beifall)

Ich finde den Antrag des Vorstands als solchen gut, habe aber einige wesentliche Anmerkungen in Bezug auf die konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Ich denke, wenn man diesen Schritt fordert, setzt man oben noch etwas auf den Topf drauf, aber die Zulieferindustrie stimmt nicht.

Wir als Hausärzteverband haben mit dem BVSD einen Rahmenvertrag über die Entwicklung sogenannter Versorgungslandschaften abgeschlossen, über den wir am nächsten Freitag in Berlin diskutieren und ihn vorstellen werden. Dort werden wir genau diese Punkte alle darstellen. Natürlich kann es sein, dass am Ende ein Defizit in der speziellen schmerzärztlichen Betreuung vorhanden ist. Aber erst einmal müssen wir die Basisstrukturen schaffen. Das haben wir eigentlich gemeinsam so aufgebaut und werden es auch tun.

Wichtig ist – das haben Sie gut formuliert – die akute Versorgung in Krankenhäusern. Wir erleben häufig, dass Patienten, die mit einem Nativopioind ins Krankenhaus gehen, mit einem hoch dosierten Opioid wieder herauskommen, weil man sagt, dass die Opioide möglicherweise ein Teilaspekt sind, aber die multimodale Therapie wesentlich bessere Ergebnisse zeitigt. Das wird im Akutkrankenhaus natürlich nicht gemacht. Es geht ja auch nicht, weil die Patienten dort zu kurz liegen. Deshalb ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass das in die Fort- und Weiterbildung aufgenommen werden muss.

Jetzt möchte ich noch etwas zu einigen Anträgen sagen, die Heil- und Hilfsmittel betreffen. Chronische Schmerzpatienten sind, soweit ich weiß, ein Jahr freigestellt von jeglichen Regressforderungen bezüglich der Heil- und Hilfsmittelverordnung. Ich meine, da muss es in manchen Köpfen noch weitere Erkenntnisse geben. Einige Anträge sind möglicherweise durch das Nichtverstehen schmerztherapeutischer Behandlungen entstanden.

Ich bitte Sie, im Antrag des Vorstands von der konsequenten Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen abzusehen. Das ist ein Schritt zu weit und zu früh gefordert. Möglicherweise ist es zu einem späteren Zeitpunkt wichtig, heute aber nicht. Deswegen bitte ich Sie – das will ich gleich als Antrag stellen –, diesen Punkt in einer abgeschwächten Form darzustellen und als nachfolgende Struktur aufzubauen, wenn wir alles andere geregelt haben.

Ansonsten beglückwünsche ich den Vorstand und die Referenten zu den Vorträgen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Oliver. – Gisbert Voigt aus Niedersachsen ist der Nächste.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Martina! Zunächst ganz herzlichen Dank dafür, dass dieses Thema heute Nachmittag hier diskutiert wird. Ich glaube, die bisherige Diskussion hat schon gezeigt, dass wir es grundsätzlich mit einem Thema zu tun haben, das in allen Gebieten der Patientenversorgung relevant ist. Von daher kommt auch der Ansatz: Wir müssen die Kolleginnen und Kollegen dafür qualifizieren, dass sie diese Kompetenz haben. Es handelt sich um eine

ganz wesentliche Kompetenz. Ich glaube, es geht gar nicht darum – das klang durch manche Diskussionsbeiträge hindurch –, dass man diese Kompetenz den Kolleginnen und Kollegen draußen abspricht, aber wir müssen eben auch die Istsituation wahrnehmen und schauen, wie man bestimmte Probleme löst.

Ich möchte als Kinder- und Jugendarzt ganz kurz auf die spezielle Problematik bei chronischen Schmerzen bei Kindern eingehen. Frau Wenker hat vorhin eine Folie gezeigt, aus der hervorging, dass wir heute mit rund 5 Prozent Kindern und Jugendlichen zu rechnen haben, die chronisch erkrankt sind. Die tägliche Erfahrung aus der Praxis spricht eher dafür, dass diese Zahl noch höher liegt. Es gibt praktisch keinen Sprechtag in der Praxis, an dem man nicht mit Kindern mit chronischem Bauchschmerz, mit chronischem Kopfschmerz etc. konfrontiert wird, die deswegen schon bei den verschiedensten Ärzten vorstellig waren.

Dabei zeigt sich immer wieder, dass es eine ausgesprochene Herausforderung ist, zwischen einer rein somatisch orientierten Medizin, einer auch psychosomatisch orientierten Medizin und der Frage, ob es sich womöglich um eine Somatisierungsstörung handelt, zu unterscheiden. Es ist im Einzelfall sehr schwierig, solchen Kindern und Jugendlichen zu helfen.

Von daher halte ich das, was im Leitantrag des Vorstands steht, nämlich die Forderung nach Schaffung weiterer Kinderschmerzcentren, für absolut gerechtfertigt und notwendig. Im Moment haben wir im gesamten norddeutschen Bereich nur an der Kinderklinik in Datteln eine schmerzmedizinische Abteilung. Das ist definitiv zu wenig. Von daher müssen wir dort weitere Strukturen schaffen.

Ich möchte nicht enden, ohne auf ein besonderes Problem der Schmerztherapie in der Pädiatrie aufmerksam zu machen, das in der Öffentlichkeit vielleicht noch gar nicht angekommen ist. Ich rede über Feten, die intrauterin operiert werden und für die bis heute in keiner Weise die Frage gelöst ist, wie deren Schmerzen behandelt werden können. Ich habe in meiner Praxis ein Kind mit einem Lungensequester operiert, die Mutter narkotisiert in Lokalanästhesie. Das Kind ist im Mutterleib dreimal operiert worden. Der Mutter ist überhaupt nicht die Gesamtsituation der daraus resultierenden Schmerzen für den Fötus verdeutlicht worden.

Mein zweiter Fall ist ein Kind mit einer lumbosakralen Zele, das schon intrauterin eine Deckung des Defekts bekam. Das mag alles sinnvoll sein, aber dort sind wir an Grenzbereichen tätig, die wir so nicht einfach hinnehmen können. Auch diese werdenden Kinder haben ein Anrecht auf Schmerzfreiheit.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gisbert Voigt. – Nächster Redner ist Holger Werner aus Rheinland-Pfalz.

Werner, Rheinland-Pfalz: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde, schmerztherapeutische Kenntnisse müssten eigentlich in jedem Fach verankert werden. So hat man es uns damals beigebracht. Das gehört zum allgemeinen Rüst-

zeug. Es stimmt: In der Praxis Ergraute wie ich sollten es ab und zu auffrischen und auf den neuesten Stand bringen. Dagegen ist gar nichts zu sagen.

Allerdings haben wir auch gelernt, dass es eine Ausschlussdiagnose ist, dass es ein selbstständiger Schmerz ist. Erst dann soll man es machen. Wir hatten Tumorfälle, bei denen nichts anderes mehr geht. Da ist es sicherlich nützlich.

Wenn man ein Schema F verfolgt und mit vielen Studien, viel Pharmakologie und viel Geld hineingeht, besteht die Gefahr, dass man eine Kreuzchendiagnose hat und dass nach Schema F abgearbeitet wird. Es gibt wunderbare Leitlinien, die in Kraft sind, die veröffentlicht wurden, aber man kommt gar nicht mehr dazu, nach der Ursache zu schauen. Ich denke, der Patient hat ein Recht darauf, dass wir nach der Ursache suchen und versuchen, sie zu beseitigen.

Ich meine, ich stigmatisiere den Patienten auch negativ, wenn ich ihm sage: Du bist nur ein Schmerzpatient; da geben wir Opiate und machen gar nichts mehr. Die Mittel, die wir dafür ausgeben, fehlen dort, wo beim Patienten die Ursache behandelt werden könnte. Da sehe ich bei begrenzten Mitteln die große Gefahr, dass es eben in die falsche Richtung geht und dass wir ganz ohne Hemd dastehen, wenn wir versuchen, dem Patienten bei der Ursache zu helfen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich sehe als konservativer Orthopäde immer wieder, dass ich ganz schnell an meine kassenmäßigen Grenzen stoße. Ich darf dem Patienten keine weitere Krankengymnastik aufschreiben, obwohl er sie bräuchte. Viele physikalische Therapiemethoden sind verschwunden, werden nicht mehr angeboten oder sind schlicht nicht zu bezahlen, weil sie nicht adäquat vergütet werden. Dann stehe ich im Hemd da und weiß: Der arme Kerl läuft garantiert demnächst irgendeinem Schmerztherapeuten in die Hände. Dann wird er mit Opiaten behandelt, obwohl man relativ kostengünstig und nebenwirkungsarm anders behandeln könnte. So etwas finde ich einfach ärgerlich. Das sollten wir nicht zementieren und institutionalisieren. Ich meine: Ausschlussdiagnose, entsprechende Mittel in die Basisversorgung hinein, erst dann, wenn das nicht geht, mit den nebenwirkungsarmen Dingen behandeln. Erst dann sollte man in die Schmerztherapie einsteigen, die wir dringend brauchen, aber erst auf einem höheren Level, also bei den Patienten, wo es gar nicht anders geht.

Das wollte ich sagen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Werner. – Meine Damen und Herren, es ist jetzt 15.45 Uhr. Wir hatten Sie gestern bei den Housekeeping Notes gebeten, ob Sie nicht alle Anträge zum Tätigkeitsbericht, die Sie im Kopf oder gar schon fertig formuliert haben, bis heute 16 Uhr einreichen könnten, damit wir sie ausreichend aufbereiten, sortieren und in einer sauberen Reihenfolge für Sie darstellen können. Daran möchte ich nur noch einmal kurz erinnern. Wer also zum Tätigkeitsbericht bereits jetzt weiß, was er beantragen möchte, würde uns und sich selber sehr helfen, wenn das bis 16 Uhr abgegeben würde. Selbstverständlich können Sie auch nach dieser Frist noch Änderungsanträge stellen. Auch wenn Ihnen später noch etwas einfällt, ist das natürlich umsetzbar.

Es ist für die Organisation der Diskussion zum Tätigkeitsbericht sehr hilfreich, wenn Sie das bis 16 Uhr tätigen.

Vielen Dank.

Der nächste Redner ist Julian Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Vielleicht kann ich eine kleine Brücke bauen. Es gibt schon wieder eine Frontstellung zwischen spezialisierten Schmerzmedizinerinnen und Allgemeinmedizinerinnen. Ich fand Ihren Ansatz, Frau Dr. Wenker, sehr gut, auch Ihren Hinweis, dass Sie gesagt haben: In der Approbationsordnung ist die Ausbildung in der Schmerztherapie als Querschnittsfach definiert. Das zeigt, dass wir bei unserer Weiterbildungsordnung ein organisatorisches Problem haben. Die Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“ ist eine gebietsbezogene Zusatzbezeichnung, was in dieser Systematik einen gewissen Widerspruch darstellt. Als die spezielle Schmerztherapie eingeführt wurde, hatten wir gerade das Problem, dass wir alle der Meinung waren: Die schmerztherapeutische Versorgung ist nicht so gut, wie sie sein sollte, da sie sich typischerweise nicht an die Gebietsgrenzen hält.

Wenn ich es richtig rekapituliere – ich habe es damals nur gelesen und war nicht selber dabei –, ging die Diskussion auch um die Frage, ob man als Alternative den Facharzt für Schmerzmedizin einführen soll. Man hat sich aus gutem Grund dagegen ausgesprochen, weil dem Facharzt für Schmerzmedizin die anderen Spezifika fehlen, um den Patienten in seiner Ganzheit zu begreifen, und damit ein Symptom zu sehr im Vordergrund stünde.

Man braucht eine breite Fortbildung auch in der speziellen Schmerzmedizin. Natürlich sind die Allgemeinmediziner Fachärzte. Natürlich sollten die Allgemeinmediziner – das tun sie auch in großer Zahl; im zuständigen Weiterbildungsausschuss in Berlin wird das auch gefördert – die Weiterbildung in spezieller Schmerzmedizin absolvieren, damit sie in der großen Breite mit einer speziellen Zusatzausbildung diese Patienten behandeln können. Ein Problem ist die Weiterbildung. Die Weiterbildungsordnung weist Hürden bei der Weiterbildung in spezieller Schmerztherapie auf, die weder vom Niedergelassenen in seiner Praxis noch von einem klinisch tätigen Arzt in seiner Krankenhausabteilung – außer er hat einen sehr gutwilligen Chef – gelöst werden können. Er soll nämlich in einer speziellen schmerztherapeutischen Einrichtung für mindestens ein Jahr arbeiten. Dafür braucht er eine Beurlaubung oder einen Tausch. Das sind extrem aufwendige Zeiten, die erforderlich sind.

Die Schmerzmedizin ist als interdisziplinäres Fach etabliert; zumindest wird sie so angesehen. Trotzdem ist sie an den großen Krankenhäusern typischerweise aus guten Gründen in der Regel bei der Anästhesie und der Intensivmedizin angesiedelt. Das heißt, der Hang zur Intervention beim Schmerz ist in unserer schmerzmedizinischen Fortbildung angelegt. Auch nur so kann ich mir die Frage erklären: Soll das auch jemand anderes tun dürfen, der nicht Anästhesist ist? Die Antwort lautet natürlich: Ja. Wir brauchen dringend spezielle Physiotherapeuten, auch Fachärzte für physiotherapeutische Medizin, die aktivierende Rückengymnastik und Sport an Geräten verschreiben. Dort müssen wir weitergehen.

Aus meiner Sicht sind selbstverständlich die Allgemeinmediziner mit einer adäquaten Zusatzfortbildung diejenigen, die das Rückgrat dafür bilden, so etwas zu tun.

Eine Überversorgung gibt es in Berlin nicht. Die guten schmerztherapeutischen Einrichtungen in Berlin haben zum Teil zugemacht, zumindest diejenigen, die es im niedergelassenen Bereich gemacht haben. Sie haben alle gesagt, davon könnten sie nicht leben. Unser Glück ist, dass die Charité zwei sehr gute schmerztherapeutische Einrichtungen betreibt, bei denen die Wartezeit vier bis acht Wochen beträgt.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Veelken. – Nächste Rednerin ist Birgit Wulff aus Hamburg.

Dr. Wulff, Hamburg: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte mich herzlich dafür bedanken, dass wir heute über dieses wichtige Thema sprechen können. Mein Dank geht auch an die beiden Referenten, Professor Scherer und Professor Koppert.

Schmerzmedizin ist selbstverständlich eine originäre ärztliche Aufgabe und auch ein Recht unserer Patientinnen und Patienten. Ich möchte allerdings anregen, dass wir mehr trennen: Die chronische Schmerzkrankheit hat sicherlich eine andere Bedeutung als ein Schmerz, der ein Symptom einer Krankheit ist. In der Diskussion, die, wie ich glaube, in der jüngeren Generation gut angekommen ist – Aktionen wie „Schmerzfreies Krankenhaus“ sind jüngeren Ärztinnen und Ärzten gut vertraut –, geriet dies für mein Gefühl ein bisschen aus dem Blick. Wir alle sind damit vertraut, dass wir ursachenorientiert behandeln. Die Schmerztherapie, die ja auch ein Symptom behandelt, sollte bei der ganzen Publikationstätigkeit und in der Diskussion dieses wichtige Prinzip nicht ganz außer Acht lassen.

Wir alle sollten uns klarmachen, dass wir die Ursache hinter dem Symptom Schmerz nicht vergessen sollten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Birgit. – Herr Lipp war gerade bei mir und hat einen Antrag zur Geschäftsordnung gestellt: Schluss der Debatte. Wollen Sie es begründen?

Dr. Lipp, Sachsen: Die Redebeiträge sind alle richtig und wichtig. Ich hoffe, das, was wir bis jetzt gehört haben, und, vermute ich, auch das, was wir noch hören würden, hat keinen Einfluss auf das Abstimmungsverhalten bei den Anträgen. Deshalb stelle ich den Antrag auf Schluss der Debatte.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der Antrag auf Schluss der Debatte ist gestellt. Wünscht jemand dagegenezusprechen? – Formal. Dann können wir über Schluss der Debatte abstimmen. Wer für Schluss der Debatte ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Sieht ihr das auch so? – Ja. Damit ist Schluss der Debatte beschlossen.

Ich schließe mit einem Dank an alle Debattenredner die Aussprache. Ich erteile nunmehr den Referenten das Schlusswort. Sie mögen über die Reihenfolge ihrer Wortmeldung selber entscheiden.

Prof. Dr. Scherer, Referent: Lieber Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich danke Ihnen zunächst einmal für diese intensive Diskussion und möchte mit den Äußerungen von Kollegen Marx beginnen. Herr Marx, Sie haben gesagt: Es handelt sich um ein Querschnittsfach. Wenn, dann sollte es eine Zusatzbezeichnung für alle Fächer geben. An einem Punkt schien es mir, als hätten Sie mich missverstanden, nämlich dass es nicht selten zwischen der Allgemeinmedizin, die an der Universität angesiedelt ist, und der Allgemeinmedizin, die nicht an der Universität angesiedelt ist, Unterschiede gibt. Interdisziplinarität kann keine Freizeitveranstaltung sein. Interdisziplinarität muss vom System gewollt sein. Darauf bezieht sich das. Ich würde nie so weit gehen zu sagen: In der hausärztlichen Versorgung ist die Schmerztherapie eine Freizeitveranstaltung. Das Miteinander-Sprechen der unterschiedlichen Fächer, die Gespräche zwischen den unterschiedlichen Fächern, mit dem Physiotherapeuten, mit dem Ergotherapeuten, mit den Akupunktureinrichtungen usw. muss eine incentivierte Sache sein. Es kann nicht sein, dass dies zulasten der Versorgung geht. Das war mein Punkt: eine durch das System unterstützte Interdisziplinarität.

Zu den Anglizismen: Da gebe ich Ihnen völlig recht. Das rutscht einem manchmal hinein. Die internationale Literatur spricht immer von Goal Attainment. Ich benutze hin und wieder einen Anglizismus und erkläre ihn dann auch. Ich bitte dafür um Ihr Verständnis.

Dann haben Sie noch gesagt, Herr Marx, es sollte vorher in der Verbandszeitschrift veröffentlicht werden. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin zum chronischen Schmerz ist seit langer Zeit veröffentlicht und auch über die Website zugänglich. Das ist auch gut so.

Dr. Thierse hat gesagt, eine Überversorgung in Ballungszentren könne er nicht erkennen; aus welcher Quelle denn die gegenteilige Behauptung stamme. Dazu hat Thoma 2011 gearbeitet. Ich habe in meinem Referat zu verdeutlichen versucht, dass Ballungszentren zum Teil andere Strukturmerkmale aufweisen als die Fläche. Ich glaube, es ist völlig unstrittig, dass es da unterschiedliche Strukturmerkmale gibt. Aber das Entscheidende ist doch, dass das keinen Einfluss auf patientenrelevante Outcomes hat. Das sollte uns zu denken geben.

Aber auch da – das ist entscheidend – brauchen wir mehr Versorgungsanalysen und mehr Versorgungsforschung, um die Debatte auf feste Füße zu stellen.

Dr. Werner hat gesagt, man solle keine Kreuzchendiagnose machen, man solle Ursachen ausschließen. In diesem Kontext haben Sie ein kleines Fragezeichen hinter die Leitlinien gesetzt. Wir wollen natürlich keine automatisierte Abkreuzmedizin. Ich kann Ihnen nur sagen: Die Leitlinien, mit denen ich es in der Deutschen Gesellschaft

für Allgemeinmedizin zu tun habe, auch die interdisziplinären Leitlinien – es sind 38 an der Zahl, mit denen wir uns befassen –, helfen dabei, diese abwendbar gefährlichen Verläufe auszuschließen und aufzulisten. Bei Ihrer sehr wichtigen Forderung, dass man erst abwendbar gefährliche Verläufe ausschließt bzw. die Kategorien „nozizeptiver Schmerz – ja oder nein“, „Gibt es eine behandelbare Ursache – ja oder nein?“, helfen Leitlinien ganz besonders.

Dr. Veelken hat gesagt, Allgemeinmediziner sollten das Rückgrat der Versorgung bilden, auch der schmerzmedizinischen Versorgung. Hinter diese Aussage kann ich nur drei Ausrufezeichen machen. Genau das sollte die Kernbotschaft sein. Wir haben in Deutschland 55.000 Hausärztinnen und Hausärzte. Die allermeisten Behandlungs- und Beratungsanlässe werden dort gelöst. Die allermeisten Beschwerden werden dort gelöst. Wenn wir eine gute und starke hausärztliche Versorgung haben, haben wir auch ein gutes Fundament der Schmerzmedizin. Das sollte eine der Kernbotschaften sein.

Es wurde gesagt: In Berlin gibt es keine Überversorgung. Da muss man sagen: Die Hinweise aus der Versorgungsforschung sind nicht ganz eindeutig. Ich habe Ihnen die Quelle bereits im Zusammenhang mit den Ausführungen von Dr. Thierse genannt: Thoma 2011. Wir müssen Studien machen, die den Zusammenhang zwischen Strukturmerkmalen und patientenrelevanten Outcomes untersuchen. Es geht ja nicht nur um die Frage, wie irgendwo eine Struktur aussieht, sondern auch darum, wie es den Patientinnen und Patienten mit den Strukturen geht und welchen Einfluss das auf die Prozessqualität hat. Diesbezüglich stehen wir total am Anfang.

Patienten mit chronischen Schmerzen haben in der Regel auch noch etwas anderes. Es gibt viele Begleiterkrankungen. Auch die Multimorbidität ist wieder so ein technisches Konstrukt, um das Ganze zu bezeichnen. Aber auch das ist noch mal ein Grund dafür, eine starke Versorgungskoordination zu haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Koppert, Referent: Auch ich möchte mich für die vielen positiven, aber auch die vielen kritischen Anregungen bedanken. Ich bedauere, dass sich Herr König meinetwegen ärgern musste. Ich habe das nicht so gemeint. Ich stehe absolut dafür, dass wir eine abgestufte Schmerztherapie machen. Für mich ist völlig klar, dass in jedem Fachgebiet eine Grundausbildung Schmerz vorhanden sein muss und dass jedes Fachgebiet eine auf das jeweilige Fachgebiet spezielle Schmerztherapie haben muss. Also: Der Urologe muss sich mit Schmerzbildern, die in seinem Fachgebiet vorhanden sind, besonders auskennen, der Gynäkologe mit seinem Fachgebiet. Es gibt also eine gewisse Grundausbildung in spezieller, in Grundscherztherapie, die in jedem Fachgebiet vorhanden ist. Ferner gibt es die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie, die damals etabliert wurde – ein Kollege hat hier schon ein bisschen die Historie hergeleitet –, weil man gesagt hat, man will keinen Facharzt, aber man sieht, dass der Schmerz ein fächerübergreifendes Symptom ist. Deshalb haben wir eine Zusatzweiterbildung.

Jetzt muss ich vielleicht noch einen Irrtum aufklären: Das ist keine Zusatzweiterbildung der Anästhesisten, sondern das ist eine Zusatzweiterbildung, die jedes Fach-

gebiet machen kann. Ganz viele Allgemeinmediziner haben diese Zusatzweiterbildung. Deshalb möchte ich gar nicht diesen Kampf aufnehmen zwischen Allgemeinmedizinern und Anästhesisten. Das stimmt überhaupt nicht. Es geht im Prinzip nur darum, wer welche Stufen einer schmerztherapeutischen Versorgung macht. Ich glaube, darauf müssen wir uns in der neuen Weiterbildungsordnung fokussieren.

(Vereinzelt Beifall)

Es wurde gefragt, was wir mit dieser Zusatzweiterbildung vorhaben. Wir wollen die Grenzen zwischen den konservativen und den interventionellen Blöcken auflösen. Es wird diese Unterscheidung nicht mehr geben. Es wird eine einzige Zusatzweiterbildung Schmerzmedizin geben, die sich aber nicht daran orientiert, ob jemand mehr invasiv oder mehr sprechend tätig ist. Wir wollen *eine* Zusatzweiterbildung haben.

Viele Redner haben gesagt, es handelt sich um ein Kollektiv. Die Schmerzkrankheit an sich ist keine Ausschlussdiagnose. Das ist ein ganz klar definiertes Bild, dass auch einen eigenen ICD hat. Wir sollten uns darum kümmern, in der Breite eine bessere Versorgung zu machen. Die Hausärzte haben weiterhin die Funktion, die Patienten zu erkennen. Wenn Chronifizierungen vorhanden sind, muss man irgendwann in einer Multidisziplinarität tätig sein können. Das kann natürlich auch der Hausarzt machen. Es muss aber auch genügend Angebot vorhanden sein, dass man diese Patienten an einen Arzt überweisen kann, der multidisziplinär vorgeht.

Um die Frage zu beantworten: Das müssen absolut keine Anästhesisten sein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Kroppert. – Zum Abschluss jetzt noch Martina Wenker.

Dr. Wenker, Referentin: Ich bedanke mich für die kritischen Rückmeldungen. Die epidemiologischen Daten, die wir haben, sollten wir ernst nehmen. Das hat auch die ernsthafte Diskussion gezeigt. Wir sollten uns alle gemeinsam, wo auch immer wir ärztlich tätig sind, weiterhin bemühen, das, was wir schon haben, zu verstärken und die schmerzmedizinische Versorgung weiter zu verbessern. Wir haben einfach Daten, die uns sagen: Es gibt noch Patienten, die einen Behandlungsbedarf sehen.

Ich denke, die Schritte, die ich an uns adressiert habe, sind vordergründig ganz wichtig. Wir novellieren gerade die (Muster-)Weiterbildungsordnung. Wir sollten es wie in der Approbationsordnung weiterhin als ein Querschnittsfach verankert in allen patientenversorgenden Gebieten stärken.

Ich appelliere an uns alle: Wir sollten ganz regelmäßig weiterhin auch gemeinsam mit anderen Professionen Fortbildung betreiben und die Patientinnen und Patienten, die wir zu betreuen haben, gemeinsam im Team betreuen. Ich denke, dann kommen wir mit der Schmerzmedizin ein gutes Stück weiter.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Martina. – Dann treten wir jetzt in die Abstimmung über die Anträge ein. Ihnen liegen nach meiner Kenntnis fünf Anträge vor. Wahrscheinlich liegt Ihnen der fünfte Antrag noch nicht umgedruckt vor. Es handelt sich um einen Antrag von Herrn Ellis Huber aus Berlin und Frau Dr. Sylvia Mieke aus Hessen, der sich mit der Schmerztherapie mit Medikamenten auf Cannabis-Basis befasst. Falls er Ihnen nachher noch nicht vorliegt, lese ich ihn gegebenenfalls vor. Das würde aber etwas länger dauern.

Ich rufe jetzt den **Antrag IV-01** vom Vorstand der Bundesärztekammer auf. Kurz bevor ich Ende der Aussprache verkündet habe, ist ein handschriftlicher Änderungsantrag eingegangen. Ich kann nicht ersehen, wer der Antragsteller ist. Vielleicht ist der Antrag ja völlig unproblematisch. Es ist immer gut, wenn man Juristen mit Uhr hat, die aufpassen, dass ganz knapp vor dem Erreichen der Deadline ein Antrag abgegeben wurde.

Oliver Funken beantragt, im Antrag IV-01 auf Seite 3 den ersten Punkt folgendermaßen umzuformulieren. Die Überschrift soll lauten:

Konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung

Der Text dazu soll lauten:

Um eine flächendeckende Versorgung von chronifizierten Schmerzpatienten zu gewährleisten, ist die kooperative integrative Zusammenarbeit von Hausärzten, Schmerztherapeuten und anderen Fachärzten im ambulanten und stationären Bereich notwendig. Dort, wo die bisherigen Strukturen in diesem kooperativen Konzept nicht ausreichend sind, ist die Bedarfszulassung zu fordern.

Sehen Sie sich in der Lage, darüber abzustimmen? – Dann ist die Frage, ob Sie sich diesem Änderungsantrag von Herrn Funken nähern wollen. Wer das gern möchte, sollte jetzt die gelbe Karte erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Damit haben Sie sich diesem Ihnen mündlich vorgetragenen Änderungsantrag nicht genähert.

Damit bleibt der Antrag IV-01 unverändert. Ich stelle jetzt die Frage: Wer ist für den Antrag IV-01? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Einige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag IV-02:**

Schaffung interdisziplinärer ambulant-stationärer Versorgungsstrukturen für Schmerztherapie

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag IV-03:**

Schmerztherapie – adäquate Vergütung ärztlicher Leistungen

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag IV-04**:

Schmerztherapie – Verbesserung der Verordnungsfähigkeit von Physiotherapie

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um die Karte. – Wer dagegen ist, sollte mir jetzt Gelb zeigen. – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zu dem von mir bereits angekündigten **Antrag IV-05**. Liegt er Ihnen umgedruckt vor? – Nein. Dann will ich ihn Ihnen vorlesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, dass die Bundesregierung Maßnahmen ergreift, damit die Kosten einer Behandlung mit Medikamenten auf Cannabis-Basis bezahlt werden.

Strafverfahren gegen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer durch einen Arzt/eine Ärztin bescheinigten notwendigen medizinischen Verwendung von Cannabis-Produkten sollten grundsätzlich eingestellt werden.

(Zurufe)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Der Antrag hat eine lange Begründung. Bevor ich Zeit vertue, sie vorzulesen, weil wir sie ja mit abdrucken, frage ich Sie: Wollen Sie vorher über die Vorstandsüberweisung abstimmen oder möchten Sie erst noch die Begründung hören? Wer spricht gegen Vorstandsüberweisung? – Formal. Dann frage ich Sie jetzt: Wer ist für Überweisung dieses Antrags an den Vorstand? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Damit haben wir nach meiner Einschätzung alle Anträge, die zu diesem Tagesordnungspunkt zeitgerecht eingegangen sind, inklusive der in letzter Sekunde eingetroffenen Änderungsanträge behandelt. Ich danke den Referenten und besonders auch Martina Wenker für die Behandlung dieses Tagesordnungspunkts. Herr Professor Scherer, Herr Professor Koppert, herzlichen Dank, dass Sie zu uns gekommen sind.

(Beifall)

Damit schließe ich diesen Tagesordnungspunkt und rufe **Tagesordnungspunkt II** auf:

Prävention

Ein besonders herzlicher Dank geht an unsere beiden Referenten, die eigentlich heute Morgen als Erste sprechen sollten, aber wegen der sich aus der Debatte zur Gesundheitspolitik ergebenden Zeitverschiebung bis jetzt ausharren mussten.

Zuerst spricht zu uns Rudolf Henke, Vorsitzender der Präventionsgremien der Bundesärztekammer, anschließend Max Kaplan, Vorsitzender der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin.

Henke, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen im Vorstand! Liebe Delegierte! Meine Damen und Herren! Ich glaube, unabhängig von der Uhrzeit ist der Zeitpunkt, dass wir uns mit Prävention beschäftigen, klug gewählt. Aus dem Koalitionsvertrag wissen wir, dass noch in diesem Jahr ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht werden soll. Das wussten wir schon dreimal. In den vergangenen drei Anläufen hat das nicht so funktioniert, aber nun soll es tatsächlich Wirklichkeit werden.

Deswegen ist es gut, dass wir uns mit den beiden Fragen befassen, warum eine Stärkung der Prävention wichtig ist und warum Ärzte in der Prävention unentbehrlich sind. Das sind jedenfalls die beiden Anliegen meines Vortrags.

Im Anschluss wird unser Kollege Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Allgemeinarzt im schönen Allgäu, uns eine Darstellung der Prävention in der hausärztlichen Praxis geben.

„Prävention“ kommt von „praevenire“, zuvorkommen. Genau betrachtet schließt jede ärztliche Tätigkeit immer auch ein „praevenire“, ein Zuvorkommen ein, sei es nun, um – wenn vollständige Heilung nicht möglich erscheint – eine Verschlimmerung des bestehenden Zustands zu vermeiden oder eine Verschlechterung abzuwenden. Das würden wir als Therapie bezeichnen.

Auch in der Palliativmedizin versuchen wir, dem Leiden zuvorzukommen, zumindest den Zustand erträglicher zu machen und möglichst viel Lebensqualität zu ermöglichen.

Als Ärzte sind wir immer wieder an den unterschiedlichsten Stellen dieses Kontinuums von Gesundheit, Krankheit und Tod präventiv tätig. Es ist ja eine gewissermaßen sozialversicherungsrechtliche Illusion, trennscharf zwischen krank und gesund unterscheiden zu können. Das meine ich, wenn ich dieses Kontinuum nenne.

Als Ärzte sind wir mal als Berater hinsichtlich der Gesunderhaltung und möglicher Gesundheitsrisiken präventiv tätig, wir sind mal im Bereich der Krankheitsfrüherkennung tätig oder auch in der Stabilisierung des Heilerfolgs und der Rehabilitation. Das heißt, wir stellen uns der primären, der sekundären und der tertiären Prävention und der Gesundheitsförderung.

Das passt alles gut zu unserer Berufsordnung. In der Berufsordnung sind neben der Kuration, der Rehabilitation und der Palliation auch der Schutz der Gesundheit und im umfassenderen Sinne sogar der Erhalt einer gesunden Umwelt Handlungsaufträge. Prävention wird damit nicht nur zum Auftrag an einzelnen Menschen, sondern auch zu einem ärztlichen gesellschaftlich wirksamen Auftrag.

Ganz in diesem Verständnis hat Rudolf Virchow, der Gründer der Deutschen Fortschrittspartei, Gegner der Politik von Bismarck, erster Politiker in Deutschland, der die Vereinigten Staaten von Europa gefordert hat, einmal formuliert:

Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen.

Wenn das stimmt – und ich glaube, dass das stimmt –, könnte man eigentlich sogar die nach der Katastrophe von Fukushima zumindest in Deutschland in Gang gekommene Energiewende und die Loslösung vom Atomstrom als eines der größten Präventionsprojekte unseres Jahrhunderts interpretieren, zumindest was die Bereit-

schaft der Gesellschaft angeht, für die Vermeidung von gesundheitlichen Schäden in der Energiepolitik eine neue Richtung einzuschlagen und dafür große und größte Geldmittel bereitzustellen. Welchem anderen Ziel sollte das dienen als der Vermeidung gesundheitlicher Schäden?

Robert Koch entwickelte Ende des 19. Jahrhunderts auf der Grundlage seiner Erkenntnisse über Krankheitserreger das Modell der Trias Agens – Umwelt – Wirt, wonach die Beschaffenheit aller drei Faktoren die Entstehung einer Krankheit bedingt.

So dramatisch die Auswirkungen der Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert noch waren, so vergleichsweise simpel ist es, ihnen vorzubeugen, wenn man die Zusammenhänge zwischen dem auslösenden Faktor, den Umweltfaktoren und dem Wirt erst einmal erkannt hat.

Die im 19. Jahrhundert noch vorherrschenden Infektionskrankheiten haben wir inzwischen – vor allem dank guter Hygiene und wirksamer Impfungen – ziemlich zurückdrängen können. Ich teile den Eindruck, dass Deutschland etwa bei der Masernprävention noch viel tun kann.

Hier sehen Sie beispielhaft den durch das Impfen bewirkten Rückgang der Maserninfektionen. Hier handelt es sich mit Sicherheit um eine hochwirksame ärztliche Präventionsmaßnahme. Das gilt für viele weitere Impfungen genauso.

Dort, wo wir bei den Infektionskrankheiten noch nicht so erfolgreich sind, helfen weiterhin relativ einfache Präventionsbotschaften, wenn es darum geht, eine präzise Kausalkette zu unterbinden.

Komplizierter wird Prävention allerdings bei den heute in der Regel vorherrschenden chronischen Krankheiten, weil diese multifaktoriell bedingt sind, sodass sich oftmals keine einfachen Ursache-Wirkung-Beziehungen ausmachen lassen. Vielmehr kommt es hierbei vielfältig zu Interaktionen, die sowohl die Vorhersage einer Erkrankung als auch eine wirksame Prävention erschweren.

Wahrheiten werden somit zu bloßen Möglichkeiten und Krankheitsfaktoren werden zu bloßen Risikofaktoren. Das macht die Prävention und ihre Akzeptanz bei Patienten nicht gerade leichter, die sich eher zunächst einmal meistens noch durchaus gesund fühlen.

Wenn es dann noch möglich ist, die Wirksamkeit eines Risikofaktors dadurch zu relativieren, dass man darauf hinweist, dass sich der über 90-jährige Altkanzler trotz starken täglichen Zigarettenkonsums weiterhin ersichtlich ganz passabler Gesundheit erfreue, kann man sich vorstellen, wie schwierig es teilweise ist, wenn man dagegen argumentieren muss.

Jedenfalls sorgt der unsichere prädiktive Wert von Risikofaktoren dafür, dass es schwieriger wird, wenn wir von uns erhobene Parameter auf einen bestimmten prädiktiven Wert für eine Erkrankung interpretieren wollen und daraus bestimmte Maßnahmen ableiten. Wir kennen alle aus der Praxis die Diskussion um die Höhe der Blutdruckwerte. Wo fangen die pathologischen Werte an? Wir kennen die Diskussion über die Notwendigkeit zur medikamentösen Intervention bei einer Hypercholesterinämie. Wir kennen die Diskussion über die Interpretation von PSA-Werten. Sogar zelluläre Strukturen sind nicht immer eindeutig in benigne oder maligne zu differenzieren.

Gerade auch in der Prävention ist es unsere Aufgabe, darauf zu achten, dass wir nicht Gesunde zu Kranken erklären, dass wir nicht Gesunde als Kranke abstempeln – mit all den für den Patienten damit verbundenen negativen psychischen und therapeutischen Folgen.

Erhöhte Werte und damit mögliche Risikofaktoren müssen gewissenhaft im Kontext möglicher Interaktionen und im Licht der Anamnese interpretiert und mit dem Patienten diskutiert werden.

Erschwerend kommt in der Prävention die lange Latenzzeit hinzu. Während der Zusammenhang zwischen ungeschütztem Geschlechtsverkehr und einer HIV-Infektion noch relativ gut vermittelbar ist und entsprechende Präventionsbotschaften leicht nachvollziehbar erscheinen, ist dies für das Essen fettiger Speisen und einer Adipositas nicht mehr so leicht möglich. Genuss ist jetzt – Krankheit ist später.

Außerdem stoßen wir mit der Primärprävention an ethische Grenzen. Viele der heutigen Risikofaktoren haben mit Verhaltensweisen zu tun, die tief in individuellen Alltagsgewohnheiten verwurzelt sind. Um nicht andere anzuklagen, berichte ich Ihnen, dass ich selbst im vergangenen Jahr, motiviert durch die bevorstehende Bundestagswahl, mir ein Sportprogramm und ein Ernährungskaloriennotizprogramm verordnet hatte, das dazu führte, dass ich im letzten Jahr bis zum September 13 Kilogramm Gewicht verloren hatte.

(Beifall)

– Gemach! Nachdem ich den schönen Erfolg erlebt habe und die Freude über die in Aachen gewonnene Wahl überhand nahm, war die Disziplin weg. Ich bin zu exakt demselben Ausgangsgewicht wie damals zurückgekehrt, habe also wieder 13 Kilogramm zugelegt. Davon sind jetzt 2 Kilogramm wieder weg. Vielen anderen geht es ähnlich.

Wenn man das nicht selbst zum Besten gibt, sondern wenn einen andere darauf ansprechen, ist man manchmal irritiert. Dann fühlt man sich irgendwie an der Ehre gepackt. Dann hat man das Gefühl, dass jemand einen korrigieren will. Dann fragt man sich auch, ob das nicht übergriffig ist und was es den anderen eigentlich angeht, wenn ich ein wenig beliebter bin, zumal der andere gar nicht wissen kann, aus welchen Gründen es dazu gekommen ist.

Insofern glaube ich: Wir haben dort auch ein ethisches Problem, insbesondere dann, wenn wir zu einem Zeitpunkt intervenieren, da uns der Betreffende gar nicht nach einer Intervention fragt.

Der bloße Appell an ein gesundheitsgerechtes Verhalten unterschätzt die Macht der Verhältnisse, unterschätzt die uns umgebenden Lebensbedingungen.

Wir brauchen also in unseren Lebenswelten Rahmenbedingungen, die es uns ermöglichen, das, was wir kognitiv an Erkenntnissen sammeln, auch in gesundheitsgerechtes Verhalten umzusetzen und im Alltag zu stabilisieren.

Prävention birgt allerdings auch die Gefahr, dass mit ihr Gesundheit zu einer gesellschaftlichen Norm, gewissermaßen zu einer alleinigen gesellschaftlichen Idealbildung führt. Anti-Aging ist ein modisches Beispiel dafür. Da gibt es einen lukrativen Markt von Hormonpräparaten, Nahrungsergänzungsmitteln oder auch Schönheits-

operationen. Prävention wird dabei zur Projektionsfläche für ewige Jugend und langes Leben.

Die Schattenseite ist vielleicht auch das falsche Versprechen, dem letztlich jeder Einzelne mit Skepsis begegnen muss.

Kritischer finde ich Folgendes. Geht damit nicht einher eine implizite Diskriminierung von Alter, Behinderung und Tod? Wird nicht dadurch eine konstruktive Auseinandersetzung mit diesen Ausprägungen unserer Endlichkeit und unserer Sterblichkeit erschwert? Wird nicht eine Illusion darüber verbreitet, wie wir Menschen eigentlich seien, obwohl wir uns alle gemeinsam darüber definieren, dass wir zum Kreis der Sterblichen gehören?

Ja, wir sollten die Prävention stärken. Wir müssen uns aber zugleich auch um die Inklusion Behinderter, die palliative Versorgung und die Begleitung Sterbender kümmern. Die bisherigen Ärztetage haben gezeigt, dass sich die Ärzteschaft all diesen angesprochenen Fragen stellt, verantwortungsbewusst, engagiert und nach zeitgerechten und humanen Lösungen im Sinne der Patientinnen und Patienten sucht. Wir haben das vorhin unter Tagesordnungspunkt I bei unserer Diskussion über die Palliativmedizin und die Suizidprävention getan.

Ein weiteres Risiko der gesundheitspolitischen Fokussierung auf Prävention kann den unerwünschten Nebeneffekt betreffen, dass man versucht, Prävention und Kuration gegeneinander auszuspielen. Es gab ja Meldungen, wonach soundso viele Einsparungen im Gesundheitswesen möglich wären, wenn man nur der Prävention die richtige Aufmerksamkeit widmete. Umschichtung also von Geldmitteln von der Kuration zur Prävention und damit Mittelentzug für diejenigen, die bei unterbliebener Prävention darauf angewiesen sind, die Mittel der Kuration zu nutzen.

Ich glaube, man muss diese Gefahr benennen, aber man muss sie auch nicht übertreiben, denn in den letzten Jahren haben die GKV-Ausgaben für Prävention stabil nicht mehr als 5 Milliarden Euro ausgemacht. Sie liegen damit unter 3 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die kontinuierlich ansteigen. Damit ist der Präventionsanteil bislang sogar eher rückläufig als expansiv.

Auf der Individualebene hätte eine zu starke Fokussierung auf Prävention auch zur Konsequenz, dass zukünftig vermehrt eine erfolgte präventive Aufklärung über gesundheitliche Risiken an die Eigenverantwortlichkeit gekoppelt würde – mit der Konsequenz, dass die Folgen trotz Beratung nicht gesundheitsförderlichen Verhaltens als schuldhaft bewertet und damit daraufhin erforderliche medizinische Leistungen von der Solidargemeinschaft eingeschränkt oder gar nicht mehr übernommen werden.

Somit hat Prävention immer auch eine Janusköpfigkeit, die wir bei allem Einsatz für sie berücksichtigen müssen.

Trotzdem: Wenn wir der großen gesellschaftlichen Herausforderung, die die heute vorherrschenden chronischen Krankheiten darstellen und die sich im demografischen Wandel akzentuieren, gerecht werden wollen, haben wir gar keine Alternative, als uns für mehr Prävention starkzumachen.

Ich will nun auf die Frage eingehen, nachdem wir die Risiken beleuchtet haben, welche Chancen der Prävention es gibt. Die einfachste Botschaft dazu ist, dass gesund

zu leben einfach guttut und zudem ein längeres beschwerdefreies Leben ermöglicht. Dafür gibt es etliche Evidenzen. Nehmen wir beispielsweise die Förderung unseres Bewegungsverhaltens. Metaanalysen zeigen, dass sich bereits bei moderater regelmäßiger Bewegung eine Senkung der Mortalität um 20 bis 34 Prozent erreichen lässt. Bereits bei leichter täglicher Aktivität von 15 Minuten lässt sich das Sterberisiko um etwa 14 Prozent reduzieren – natürlich immer bezogen auf die Zeit; ich glaube, wir springen dem Tod nicht dauerhaft von der Schippe –, was einer um drei Jahre verlängerten Lebenserwartung entspricht. Es gibt die Aussage, dass jede weitere Viertelstunde zusätzliche Bewegung am Tag das Mortalitätsrisiko um weitere 4 Prozent senkt. Also: Mit 15 Minuten an zusätzlicher Bewegung am Tag verschaffen wir uns ein Jahr zusätzliche Lebenserwartung.

Auch wissen wir aus verschiedenen Metastudien, dass das Mortalitätsrisiko bei Übergewichtigen und Adipösen gegenüber Normalgewichtigen deutlich ansteigt.

Wir haben klare Erkenntnisse, dass der Zigarettenkonsum das Mortalitätsrisiko steigert. 80 Prozent der Nichtraucher erreichen das Alter von 70 Jahren. Wer mehr als 25 Zigaretten am Tag raucht, erreicht – statistisch betrachtet – nur mit 50 Prozent Wahrscheinlichkeit das Alter von 70 Jahren. Bei den 85-Jährigen und Älteren sind es dann nur noch 8 Prozent derjenigen, die mehr als 25 Zigaretten am Tag rauchen, die hier noch überleben.

In diesem statistischen Segment befindet sich auch der Altkanzler. Insofern muss man die Schwierigkeit bei der Erläuterung bewältigen zu sagen: Natürlich gibt es solche Kohorten, aber sie sind eben nicht typisch, sie stellen nicht die Wahrscheinlichkeitsrepräsentanz dar.

Bei den Daten für Alkoholkonsum ist es noch ein bisschen komplizierter, weil sich für einen geringen täglichen Konsum in den Statistiken ein leicht protektiver Effekt für das Mortalitätsrisiko gezeigt hat, und zwar bei Männern stärker als bei Frauen. Aber ab 40 Gramm Alkohol am Tag bei Männern und bereits ab 20 Gramm Alkohol pro Tag bei Frauen schlägt das in ein erhöhtes Mortalitätsrisiko um.

Was verstärkt nun die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen? Das sind erstens: je früher, desto besser. Zweitens: Verhalten braucht Verhältnisse. Warum nun „je früher, desto besser“? Wir haben inzwischen vielfältige Ergebnisse der epigenetischen Forschung, die zeigen, dass genetische Anlagen durch Umweltfaktoren verstärkt oder auch modifiziert werden können. Wir können inzwischen verschiedenste Faktoren identifizieren, die eine frühkindliche oder sogar eine intrauterine „Programmierung“ hinsichtlich zukünftiger metabolischer Erkrankungen bewirken können. So stellt beispielsweise das mütterliche Stillen einen nachweislich protektiven Faktor gegenüber einer Adipositas dar. Auf der Folie sehen Sie die unterschiedliche Gewichtsentwicklung von gestillten Kindern im Vergleich zu aus Flaschen ernährten Kindern innerhalb der ersten sechs Lebensjahre.

Das heißt, es wird immer schwieriger, Verhalten zu ändern, wenn es schon sehr früh erworben, ja quasi mit der Muttermilch aufgesogen wurde. Dann braucht Verhalten stützende Verhältnisse.

Es sind immer auch die uns umgebenden Lebensbedingungen, die unser Verhalten beeinflussen, stabilisieren oder auch konterkarieren. Deshalb reicht häufig der bloße

Appell an Verhaltensänderungen nicht aus, sondern es bedarf immer auch unterstützender Rahmenbedingungen, damit wir Verhalten stabil und dauerhaft verändern.

Insgesamt wird an den dargestellten Beispielen deutlich, dass wir damit zwar nicht das Leben an sich unendlich werden lassen können – die Fans des Highlanders werden auch die Nachteile eines solchen Anspruchs ewigen Lebens kennen, jedenfalls wenn man nicht umgeben ist von lauter anderen Unsterblichen –, dass wir aber sehr wohl die Lebenszeit, die wir zur Verfügung haben, krankheits- und beschwerdefreier gestalten können. Wir können also mit ihnen unsere Lebensqualität länger erhalten und steigern.

Dieser Zusammenhang hat in der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Debatte unter dem Begriff „compression of morbidity“ Eingang gefunden. Die Hypothese ist, dass die auf unseren Lebenslauf verteilte Krankheitslast sich durch entsprechende Maßnahmen auf die letzten Lebensjahre komprimieren lässt und wir damit unsere krankheitsfreie Zeit auf unsere gesamte Lebensspanne bezogen vergrößern könnten.

Um wie viel wir in den letzten 100 Jahren bereits unsere Morbidität haben komprimieren können, zeigen die beiden linken Flächen, während die rechte Kurve das uns noch verbleibende Potenzial anzeigt.

In diesem Sinne ist das Ziel der Prävention – frei nach Abraham Lincoln – statt: add years to life – add life to years, also: mehr Lebensqualität statt Quantität.

Der französische Philosoph Voltaire hat vielleicht etwas defätistisch formuliert: In der ersten Hälfte unseres Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben, in der zweiten Hälfte opfern wir unser Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen.

Lassen sich aber durch Prävention spätere Kosten für die gesundheitliche Versorgung einsparen? Diese Debatte wird ja schon lange und auch konträr geführt. Anfang der Nullerjahre, nach 2000, gab es ein Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit der Hochrechnung, dass durch langfristige Prävention bei den vorherrschenden chronischen Krankheitsbildern insgesamt 25 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben eingespart werden könnten.

Was viele übersehen haben, auch viele Kommentatoren in der Politik, ist, dass der Sachverständigenrat selbst damals schon anmerkte, dass diese Einsparungen noch saldiert und diskontiert werden müssten, dass also mit jeder Einsparung in einem Krankheitsbereich möglicherweise Mehrausgaben in einem anderen entstehen bzw. dass früher im Leben eingesparten Behandlungskosten möglicherweise höhere Ausgaben in einer späteren Lebensphase bzw. durch ein insgesamt längeres Leben gegenüberstehen könnten.

Tatsächlich zeigt die folgende Aufstellung, dass die jährlich in Deutschland anfallenden Krankheitskosten bis zum 65. Lebensjahr unter dem Durchschnittswert von 3.100 Euro liegen, danach aber schnell auf das Doppelte – bei den 65- bis 84-Jährigen auf 6.520 Euro – und schließlich bei den über 85-Jährigen sogar auf das Fünffache der durchschnittlichen Kosten ansteigen. Das sind in diesem Beispiel 14.840 Euro.

Eine nähere Analyse dieser Kostenverteilung zeigt aber, dass es sich hierbei nicht um einen ab einem bestimmten Alter einsetzenden linearen Anstieg handelt, sondern die inzwischen in der Gesundheitsökonomie diskutierte Sterbekostenhypothese geht davon aus, dass der Großteil der Krankheitskosten in den letzten Lebensjahren entsteht, dies aber relativ unabhängig vom erreichten Lebensalter.

Der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheitskosten würde dann nicht von dem erreichten Alter abhängen, sondern von der Tatsache, dass mit dem nahenden Tod der Aufwand, ihn hinauszuzögern, immer mehr zunimmt und dass, völlig unabhängig davon, welche Krankheit zum Tod führt, wenn eine Behandlungschance besteht, diese einen großen Behandlungsaufwand verursacht.

Unabhängig von möglichen Einsparpotenzialen stellt die Verbesserung der Lebensqualität eine urärztliche Aufgabe dar. Würden wir Prävention, Kuration und Palliation immer gegen die entstehenden Kosten gegenrechnen, wäre Humanität in unserer Gesellschaft bald nicht mehr existent. Dann würden wir zu Trägern kalkulierter Krankheitskosten und -lasten im Sozialversicherungssystem. Dann wäre die Humanität, die Zuwendung zum Nächsten weg.

Auch wenn es oftmals zunächst nicht so den Anschein zu haben scheint, kann man sehr wohl sagen, dass Prävention dem Einzelnen letztlich immer auch ein größeres Maß an Freiheit verschafft: mehr statt weniger Entscheidungsfreiheiten, mit weniger Jahren gesundheitlicher Einschränkungen gibt sie uns länger mehr Bewegungsfreiheit.

Um den Satz von Voltaire noch einmal aufzugreifen: Vielleicht ist es so, dass wir das in unserer ersten Lebenshälfte erworbene Geld in der zweiten Lebenshälfte dafür verwenden können, unsere Gesundheit auch zu genießen und diese Welt zu gestalten.

Max Kaplan wird gleich darauf eingehen, wie Ärzte Patienten vor allem über die Arztpraxis erreichen. Aber es ist auch in vielen anderen Lebensbereichen so, dass wir die Chance haben, präventive Anstrengungen zum Erfolg zu führen: in den Krankenhäusern, in den Kommunen – wir haben vorhin über den Öffentlichen Gesundheitsdienst diskutiert –, in Kindergärten oder Schulen – hier nenne ich das Projekt „Gesund macht Schule“ – oder in Betrieben. In allen diesen Bereichen sind Ärzte tätig, in vielen davon sogar mit einem explizit präventiven Handlungsauftrag. Hierbei denke ich beispielsweise an die Betriebsärzte.

Aber mit der Behauptung, ärztliche Prävention ist sinnvoll, weil sie alle Menschen gut erreichen kann, haben wir noch nicht den Nachweis erbracht, dass sie auch wirksam ist. Das ist ja auch ein Teil der Kulisse dieses Ärztetages: Wie wirksam sind denn eigentlich Maßnahmen der ärztlichen Prävention? Leistungen zulasten der Solidargemeinschaft unterliegen dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot. Dieses besagt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, dass sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Dies gilt gleichermaßen auch für präventive Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Was wissen wir über den Nutzen und die Wirksamkeit ärztlicher Prävention? Ich will Ihnen einige Beispiele für randomisierte kontrollierte Studien zeigen, die diese Wirksamkeit deutlich belegen.

Nehmen wir als Beispiel das Neugeborenenhörscreening. Lag zuvor der Zeitpunkt, an dem die Diagnose einer Hörstörung gestellt wurde, im Durchschnitt erst nach dem zweiten Lebensjahr, so kann nun durch das frühe Screening bereits in der Geburtsklinik die Diagnosestellung in deutlich weniger als sechs Monaten abgeschlossen werden. Die Folge ist: Die betroffenen Kinder kommen frühzeitig in eine Therapie. Sie profitieren, auch wenn natürlich das Gehör nur durch kompensierende Hörgeräte verbessert wird, davon, dass ihr Spracherwerb besser wird, dass ihre soziale Entwicklung besser wird und dass sie sich im Alltag wesentlich besser orientieren können.

Nehmen wir das 2008 eingeführte Hautkrebs-Screening. Hier gibt es einen deutlich erkennbaren Nutzen in der früheren Diagnose und damit weniger invasiven Behandlung. Insbesondere für Schleswig-Holstein, das gewissermaßen das Pilotland für die Einführung des Hautkrebs-Screenings war, ist anhand inzwischen aufgearbeiteter Nachfolgeuntersuchungen gezeigt, dass die Dicke der Eindringtiefe des Melanoms bei seiner Entdeckung zwischen 20 und 30 Prozent zurückgegangen ist. Wer sich onkologisch auskennt, weiß, dass die Eindringtiefe einen direkten Einfluss auf die Prognose beim malignen Melanom hat.

Deswegen lautet meine Überzeugung: Dieses Hautkrebs-Screening ist wirksam, weil es die Eindringtiefe der Melanome zum Zeitpunkt der therapeutischen Intervention reduziert.

Ich sehe auch, dass das Darmkrebs-Screening gezeigt hat, dass die Neuerkrankungsrate beim Kolonkarzinom um 30 Prozent reduziert und die Mortalität um über 30 Prozent bei natürlich vorhandenen Risiken – Perforationen –, die in der Regel gut beherrschbar sind, gesenkt werden kann. Die Teilnahmerate beträgt zurzeit etwa 18 Prozent. Natürlich bedarf es immer der Aufklärung des Patienten. Es bedarf immer des informierten Einverständnisses. Ich glaube, dass dies auch ein Beispiel dafür ist, wie ärztliche Früherkennung in eine unmittelbare Primärprävention umschlägt, weil wir eben die Adenome entfernen können und die Adenom-Karzinom-Sequenz damit zum Stoppen bringen können.

Ich komme zum Rauchstopp. Auch der Nutzen dieser ärztlichen Primärprävention ist gut erforscht. Eine aktuelle Cochrane-Metaanalyse zeigt, dass bereits eine kurze Intervention von wenigen Minuten die Abstinenzrate von Rauchern um fast 70 Prozent steigern kann.

Eine vergleichbare wissenschaftliche Analyse liegt von der Cochrane Collaboration zur Wirksamkeit einer hausärztlichen Kurzintervention zum Alkoholkonsum vor. Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass eine ärztliche Kurzintervention auch noch nach einem Jahr einen reduzierten Alkoholkonsum von im Durchschnitt 38 Gramm Alkohol pro Woche bewirkt, was etwa vier Standardgetränken – beispielsweise Wein oder Bier – entspricht.

In einer italienischen Studie haben Allgemeinärzte bei gesunden erwachsenen Patienten eine 15-minütige Ernährungsberatung durchgeführt und diese durch Mitgabe einer Broschüre unterstützt. Nach einem Jahr ließ sich zeigen, dass nur in der Interventionsgruppe der Body Mass Index gesunken war und in dieser Gruppe auch die wöchentlich verzehrten Obst- und Gemüseportionen zugenommen und die Fleischportionen abgenommen hatten.

Eine Auswertung der Daten des Ende der 90er-Jahre in Deutschland durchgeführten Bundesgesundheitssurveys ergab, dass etwa 7 Prozent der Teilnehmer nach eigener Auskunft in den letzten zwölf Monaten von ihrem Arzt zur Aufnahme oder zur Fortführung sportlicher Aktivitäten beraten worden waren.

Jetzt können Sie sagen: Das ist nicht viel. Interessant ist die Tatsache, dass über die Hälfte derjenigen, die angegeben haben, beraten worden zu sein, aussagten, dass dies auch Veränderungen ihres Bewegungsverhaltens bewirkt hat.

Um noch validere Daten zum Nutzen ärztlicher Bewegungsberatung zu erhalten, führen wir hier in Nordrhein derzeit zusammen mit der Sporthochschule Köln eine Studie in Kölner und Düsseldorfer Praxen durch. Dabei werden im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung Patienten ab 35 Jahren, die bewegungsarm sind, sowie solche mit einem Body Mass Index über 25 angesprochen und mithilfe eines motivierenden Interviews zu mehr Bewegung veranlasst. Gemessen wird die Veränderung anhand eines Schrittzählers, mit dem die Probanden anschließend ausgestattet werden. Wenn einen dieser Schrittzähler täglich begleitet, kann man beispielsweise feststellen, dass man von heute Morgen bis jetzt 3.288 Schritte zurückgelegt hat. Damit habe ich also noch ein tüchtiges Pensum für heute vor mir, um die 10.000 Schritte zu erreichen.

(Beifall)

– Applaus vielleicht erst um Mitternacht.

Wir wollen damit auch sehen, ob die ärztliche Beratung einen Beitrag zur Umsetzung der WHO-Bewegungsempfehlungen leisten kann, für deren Vorgaben von 30 Minuten Bewegung pro Tag die 10.000 Schritte pro Tag ein Äquivalent darstellen.

Meine Zusammenfassung lautet: Es gibt eine Vielzahl wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Nutzen der Prävention und zur Wirksamkeit der ärztlichen Prävention, von der wir einen Großteil auch auf unserem wissenschaftlichen Präventionssymposium der Bundesärztekammer im vergangenen Oktober diskutiert haben und dessen Beiträge Sie in dem Ihnen vorliegenden Symposiumsband finden.

Leider gibt es in der alltäglichen Praxis noch viele Hindernisse. Eins ist aber klar: Wir brauchen nicht nur unseren ärztlichen Willen, wir brauchen auch den politischen Willen, Ärzte in der Prävention zu stärken. Dazu muss man in vielen gesellschaftlichen Teilbereichen, aber nicht nur in gesellschaftlichen Teilbereichen, nicht nur in pädagogischen Anstrengungen, nicht nur in massenmedialen Anstrengungen, sondern auch durch Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte die Prävention stärken, eben auch in der ärztlichen Tätigkeit.

Ich würde ein Präventionsgesetz neben anderem auch daran messen, ob es eine gute Grundlage dafür bietet, diese ärztliche Anstrengung zu stärken. Die Vorläuferversionen aus den Jahren 2005 und 2008 hatten die ärztliche Prävention weitgehend vernachlässigt und vorwiegend Maßnahmen der Krankenkassen sowie in Lebenswelten wie beispielsweise Kindergärten und Schulen gestärkt. Das ist ein verdienstvolles Tun, das nicht abzuwerten, nicht abzulehnen ist, aber eben die Chance der ärztlichen Prävention nicht nutzt.

Was uns für das neue Gesetz besonders wichtig erscheint, haben wir im Vorstandsantrag II-02 dargelegt, nämlich dass neben der Prävention in Lebenswelten auch die

Verhaltensprävention durch den Arzt gestärkt werden muss. Es muss ein Bewusstsein für gesundheitsförderliches Verhalten entstehen, sodass dann eine Verstärkung durch die Gestaltung der Umwelt erfolgen kann. Es wird kein gesundes Schulesen geben, solange Lehrer, Eltern und Schüler dessen Sinn nicht verstanden haben.

Die bestehenden Präventionsangebote müssen besser mit den ärztlichen Bemühungen und Anstrengungen verzahnt werden, wie wir es jetzt beispielsweise schon mit dem Rezept für Bewegung in vielen Landesärztekammern tun und wie es im letzten Gesetzentwurf der schwarz-gelben Koalition mit der ärztlichen Präventionsempfehlung auch intendiert war.

Entsprechend sind wir auch sehr dafür, dass in den bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene das Assessment gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine entsprechende ärztliche Beratung mit einbezogen werden.

Wir stellen uns so etwas vor wie die Entwicklung einer gemeinsamen Präventionsvereinbarung zwischen Arzt und Patient.

Des Weiteren sollten mit dem Präventionsgesetz die bestehenden zeitlichen Lücken im Kinder- und Jugendalter geschlossen werden.

Wir wollen auch sichergestellt wissen, dass das, was wir untersuchen und herausfinden, vernünftig wissenschaftlich begleitet wird und dass sichergestellt ist, dass daraus auch ein Nutzen für die Bevölkerungsmedizin gezogen werden kann, dass wir ein Feedback für unser Tun erhalten und eine sinnvolle Weiterentwicklung der bestehenden Programme möglich wird.

Der letzte Gesetzentwurf von 2013 sah neben einer inhaltlichen Überarbeitung auch eine zeitlich flexiblere Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V vor. Es ist schwer einzusehen, warum Prävention bei Erwachsenen schematisch erst mit dem 35. Lebensjahr beginnen soll, wenn gerade Risikofaktoren mit langer Latenz in Rede stehen.

Selbstverständlich ist, dass alle genannten zusätzlichen und neuen primärpräventiven Aufgaben auch in der ärztlichen Honorierung abgebildet werden müssen. Aber das wird dann nicht geschehen, wenn wir sagen: Diese Maßnahmen sind gar nicht notwendig. Es wird nur dann geschehen, wenn wir sagen: Mit diesen Maßnahmen können wir etwas bewirken. Damit wir das sagen können, ist es richtig, dass wir Präventionsmaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen danach trennen, wie gut oder wie schlecht sie evaluiert sind.

Das, was wir anstreben müssen, ist in einem Zeitalter, in dem es den Versuch der frühen Nutzenbewertung von neu eingeführten Arzneimitteln durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz gibt, dass wir auch bei den Präventionsmaßnahmen eine Wirksamkeitsanalyse, eine Evidenzbasierung brauchen. Dafür müssen wir uns einsetzen, wenn wir wirklich wollen, dass dann auch eine adäquate Vergütung fließt.

(Beifall)

Mit dem neuen Gesetz sollte zudem die Rolle der Betriebsärzte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Rolle der Primärprävention und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren gestärkt werden. Die Betriebsärzte sind wahr-

scheinlich die einzigen, die aufgrund ihrer Qualifikation medizinische Befunde im Betrieb erheben und sie auch vor dem Hintergrund der Arbeitsbedingungen des jeweiligen Betriebs interpretieren können. Deshalb ein Ja dazu, ein stärkeres Augenmerk auf die betriebliche Gesundheitsförderung zu richten und die zunehmenden psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sowie die demografischen Veränderungen in den Belegschaften in den Blick zu nehmen.

Über die vielfältigen Aufgaben und die noch weiterzuentwickelnden Potenziale des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben wir vorhin gesprochen. Ich will jetzt nichts wiederholen.

Es gibt vielfältige Ansatzpunkte, die Prävention mit dem Einsatz von uns Ärztinnen und Ärzten zu stärken und zu gestalten. Ich habe zu zeigen versucht, dass damit ein gesellschaftlicher Mehrwert, wie man es modern nennt, verbunden ist. Vor allen Dingen ist ein größeres Wohlbefinden der Betroffenen damit verbunden. Die Investition in Prävention und Gesundheit lohnt sich – für den Einzelnen wie für die Gesellschaft als Ganzes. Wirksamkeit und Evidenzkontrolle vorausgesetzt, leisten wir als Ärzteschaft dazu gerne unseren Beitrag.

Herzlichen Dank, dass Sie mir mit Geduld zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Rudolf. Dazu brauchte man, glaube ich, keine Geduld, da war ja so viel Spannung enthalten. – Der nächste Referent ist Max Kaplan.

Dr. Kaplan, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Vorstandsmitglieder! Sehr geehrte Delegierte! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nachdem Ihnen Rudolf Henke die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit der Prävention, aber auch deren Janusköpfigkeit erläutert hat, ist es jetzt meine Aufgabe, Ihnen die Umsetzung in der täglichen Praxis am Beispiel der hausärztlichen Praxis darzustellen.

Was ist der Benefit der Prävention in der ärztlichen Praxis? Der Arzt ist vom Patienten als Gesundheitsberater gefragt und erwünscht. Das ergab eine Studie von Roland Berger. Bei dieser Studie haben 81 Prozent der Befragten gesagt: Ich würde an einem Vorsorgeprogramm in meiner Arztpraxis teilnehmen. 44 Prozent haben erklärt: Mein Arzt ist mein lebenslanger Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen.

Die Praxis ist auch der ideale Ort zur Thematisierung von Gesundheitsfragen, weil sie einen geschützten Raum darstellt. Voraussetzung ist natürlich ein entsprechendes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.

Es ist notwendig, alle sozialen Schichten zu erreichen. Auch das ist nur in der Arztpraxis gewährleistet.

In einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, durchgeführt vom Robert-Koch-Institut, wurde festgestellt, dass wir in der Arztpraxis die sozial Benachteiligten genauso erreichen wie die sogenannte Mittelschicht. Wir erreichen sie sogar besser als die Privilegierten.

Der Zugang zur Prävention muss niederschwellig sein. In der erwähnten Studie wurde festgestellt, dass 97 Prozent der Erwachsenen einmal jährlich einen Arzt aufsuchen und dass 80 Prozent einmal pro Jahr zu ihrem Allgemeinarzt gehen. Sie kennen die Studie, dass es in Deutschland pro Jahr durchschnittlich 18 Arzt-Patienten-Kontakte gibt.

Wir sehen also, dass die hausärztliche Praxis primär für die Prävention disponiert ist. Das ist so, weil der Hausarzt die Patienten über Jahre, ja Jahrzehnte, manchmal das ganze Leben hindurch begleitet. Dies geschieht im familiären und sozialen Kontext. Der Hausarzt kennt die Familie und das soziale Umfeld, sowohl das berufliche als auch das gesellschaftliche.

In der Hausarztpraxis haben wir die Möglichkeit der frühzeitigen Intervention. Es besteht die Möglichkeit der Nutzung von – jetzt gebrauche auch ich einen Anglizismus – „teachable moments“. Wir haben die Chance, den Patienten genau zu dem Zeitpunkt zu erwischen, wenn er für eine präventive Behandlung zugänglich ist.

Was hat der Gesetzgeber vorgesehen? In § 25 SGB V sind Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen und ein Check-up ab 35 Jahren niedergelegt. Da geht es um eine Sekundärprävention im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Nierenerkrankungen. Wir wünschen uns, dass das auf die Primärprävention erweitert wird.

In § 25 a sind organisierte Früherkennungsprogramme und Screeningprogramme zur Früherkennung von Krebserkrankungen (Zervix, Mamma, Haut, Prostata, Darm) aufgeführt.

In § 26 geht es um die Kinderuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. Hier sind bisher nur die Kinder im Alter von eins bis sechs Jahren berücksichtigt. Das ist natürlich nicht ausreichend. Das muss erweitert werden bis auf zehn Jahre. Neben der J1 brauchen wir eine Ergänzung um eine J2 mit 16 bis 18 Jahren.

Ich komme zum Nutzen von Screeningprogrammen. Darüber wurde gerade am letzten Wochenende in den Medien heftigst diskutiert. Natürlich ergreifen wir in der Hausarztpraxis Screeningprogramme. Ich nenne beispielhaft das Prostata-Screening, das Hautkrebs-Screening, das PSA. PSA ist mittlerweile eigentlich obsolet. PSA wenden wir nicht mehr im Rahmen von Screeningmaßnahmen an. Das haben wir gelernt, da haben wir reagiert. Jetzt geht die Diskussion vor allem um das Mammografiescreening.

Was soll ein Screeningprogramm erreichen? Es soll dazu dienen, frühzeitig eine Krebserkrankung zu erkennen, damit die Therapie frühzeitig beginnen kann und die Therapie möglichst erfolgreich verlaufen kann.

Natürlich geht es auch um die Senkung der Mortalitätsrate. Es geht beim Mammakarzinom um die Senkung der Zahl von Intervallkarzinomen. Natürlich geht es auch hier darum, den Tumor möglichst früh zu erkennen.

Es gibt natürlich auch gewisse Probleme und Risiken. Auch darüber müssen wir die Patientinnen und Patienten aufklären und informieren, damit sie von einer richtigen Voraussetzung ausgehen. Der „Gesundheitsmonitor“ vom Bertelsmann-Verlag hat ergeben, dass 30 Prozent der Frauen, die sich einem Mammografiescreening unterziehen, davon ausgehen, dass dadurch eine Krebserkrankung verhindert werden

kann. Diese hohe Erwartungshaltung müssen wir enttäuschen. Da müssen wir zu unseren Patienten ehrlich sein. Es ist gerade der Hausarzt, der oft um Rat gefragt wird: Soll ich mir das antun oder nicht? Hier muss man Risiko und Nutzen abwägen.

Eine Modellrechnung des Deutschen Krebszentrums hat ergeben, dass, wenn 1.000 Frauen 20 Jahre lang alle zwei Jahre zum Mammografiescreening gehen, fünf Frauen davon ausgehen können, dass sie an dem festgestellten Mammakarzinom nicht sterben werden. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass bei fünf Frauen der Verdacht auf Krebs geäußert wird, was sich hinterher nicht bestätigt.

Ich glaube, diese Problematik müssen wir noch etwas diskutieren. Wir müssen offen damit umgehen. Aber grundsätzlich sind Screeningmaßnahmen natürlich absolut sinnvoll, aber nie als Einzelmaßnahme, sondern immer im Gesamtkontext der ärztlichen Behandlung, sprich: Anamnese, Untersuchung und dann die ergänzenden technischen Maßnahmen. Ich denke, das ist eine wichtige Aufgabe, die wir in unserer täglichen Praxis schultern müssen.

Ich komme zurück zu unserer Forderung nach mehr Primärprävention im Rahmen der ärztlichen Behandlung. Man muss sich zuerst die Frage stellen: Welche Probleme gibt es hier? Welche Hindernisse stellen sich uns in den Weg? Zum einen gibt es hier nur einen äußerst begrenzten gesetzlichen Auftrag, fast keinen zur Durchführung der Primärprävention, sondern diesen Auftrag haben primär die Krankenkassen. Die Krankenkassen benutzen die Primärprävention verstärkt für Marketingmaßnahmen. Wir sind bezüglich der Primärprävention eigentlich nur für die Durchführung von Schutzimpfungen und für die betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehen.

Wichtig ist natürlich auch die Frage: Wie können wir die Primärprävention in die tägliche Praxis integrieren? Nachdem wir unter einer Arbeitsverdichtung leiden, ist es ganz wichtig, dass wir uns ein effektives Praxismanagement überlegen, um aus dem Praxisalltag heraus Präventivmaßnahmen ergreifen zu können.

Das können wir sicherlich nicht alleine schultern, sondern genau dafür müssen wir unsere Medizinischen Fachangestellten entsprechend qualifizieren und mit einbeziehen. Das gilt sicherlich auch für die anderen Gesundheitsberufe. Darauf werde ich noch zurückkommen.

Wo sehen wir die Chancen der Primärprävention, wo die Herausforderungen? Häufige Beratungsanlässe in der hausärztlichen Praxis sind vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Erkrankungen und auch Stoffwechselerkrankungen. Bei diesen Beratungsanlässen sollten wir die Chance nutzen, Risikofaktoren zu erforschen und zu erfassen.

Das kann man am besten durch Managementtools bezüglich Ernährungsstatus, Bewegungsstatus, Suchtmittelkonsum und psychischen und sozialen Belastungsfaktoren.

Der Brückenschlag zur primären Prävention erfolgt dadurch, dass wir aus diesem Profil heraus das ärztliche Gespräch führen. Entscheidend ist, dass man die richtige kommunikative Ebene und vor allem auch die Zeit für das Gespräch findet, bei dem die Risikofaktoren dargestellt werden und eine Motivierung zur Verhaltensänderung erfolgen kann. Eine Verhaltensänderung ist der Kernpunkt im Bereich der Primärprävention.

Rudolf Henke hat vorhin schon erwähnt, dass wir den Patienten entsprechend mit einbeziehen müssen. Wir müssen seine Eigenverantwortlichkeit fördern und ihn als Partner sehen und dürfen ihm nicht irgendein Präventionsprogramm überstülpen.

Hilfreich für diese Motivationsarbeit sind die bereits erwähnten Managementtools. Ich möchte Ihnen jetzt das arriba-Tool vorstellen, das mir dankenswerterweise Professor Donner-Banzhoff zur Verfügung gestellt hat. Es geht um Risikofaktoren im kardiovaskulären Bereich. Konkret handelt es sich hier um einen 56-jährigen Mann. Er ist Raucher, hat einen erhöhten Blutdruck von 155, ein Gesamtcholesterin von 250, HDL 30. Er ist Diabetiker mit einem HbA1c von 6,5. Das klingt eigentlich gar nicht so schlimm.

Der Patient mit diesem Risikoprofil hat eine Wahrscheinlichkeit von 35,6 Prozent, dass er in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall bekommt. Das Durchschnittsrisiko bei einem 56-Jährigen liegt bei 8,9 Prozent.

Was sollen wir dem Patienten raten? Zunächst würde man den Patienten wohl medikamentös behandeln. Das heißt, man gibt ihm einen Blutdrucksenker und gegen den Diabetes ein Metformin. Dadurch würde man das Risiko von 35,6 Prozent auf 18,7 Prozent reduzieren. Gibt man wegen des erhöhten Cholesterinspiegels ein Statin hinzu, senken wir das Risiko auf 15 Prozent.

Die Verhaltensprävention ist das deutlich Aufwendigere. Das heißt, der Raucher stellt das Rauchen ein, er stellt die Ernährung um und er bewegt sich etwas mehr. Dann reduziert sich das Risiko von 35,6 Prozent auf 12,3 Prozent und weicht nur noch gering vom Durchschnittsrisiko eines 56-Jährigen ab.

Entscheidend bei der Beratung und der Motivationsarbeit ist, auf das Verhalten des Patienten im Sinne einer Verhaltensänderung einzuwirken. Man wird sicherlich beides tun: sowohl Verhaltensänderung als auch eine entsprechende Medikation.

Wenn wir das Gespräch geführt und das Risiko dargestellt haben, geht es darum, dass wir dem Patienten ein ärztliches Angebot unterbreiten, welche präventiven Maßnahmen wir als sinnvoll erachten. Es wäre natürlich hilfreich, wenn entsprechende standardisierte Präventionsprogramme zur Verfügung stünden, gerade bei besonders stark belasteten Patienten im Herz-Kreislauf-Sektor, aber auch bei psychischer Belastung, sozialer Belastung oder Suchtmittelkonsum. Wir haben bereits entsprechende Curricula für die Qualifizierung unserer Kolleginnen und Kollegen bezüglich der Raucherberatung, der Tabakentwöhnung, aber auch der Ernährungsberatung entwickelt. Rudolf Henke hat das Rezept für Bewegung genannt. Das ist ein Rezept für etwas, was man nicht rezeptieren müsste. Aber durch die Rezeptierung hat es eine andere Wertigkeit. Schließlich geht es auch darum, Lebenshygieneberatung durchzuführen.

Die ärztliche Präventionsempfehlung sollte auf jeden Fall eine partizipative Entscheidungsfindung sein. Das heißt, dass wir den Patienten als gleichwertigen Partner ansehen. Wir sollten dazu beitragen, dass er die Möglichkeit hat, seine Selbstkompetenz im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern. Schließlich ist es wichtig und notwendig, dass ganz klare Präventionsziele vereinbart werden. Wir müssen den Patienten begleiten, wir müssen ihn beraten, wir müssen ihn regelmäßig einbestellen, um die entsprechende Hilfestellung geben zu können.

Bei allen Empfehlungen ist natürlich der individuelle und soziale Kontext zu berücksichtigen. Eine Bevormundung oder gar Stigmatisierung des Patienten müssen wir vermeiden. Wir müssen bei aller Sinnhaftigkeit von Prävention mit den Ressourcen sparsam umgehen. Deshalb spricht die DEGAM bereits von der Notwendigkeit einer quartären Prävention. Das bedeutet die Vermeidung unnötiger potenziell schädigender Medizin und die Verhinderung von Überdiagnostik und Übertherapie. Es geht darum, das medizinisch Mögliche dem individuell Benötigten und Gewünschten anzupassen. Das bedeutet, dem Patienten zuzuhören und mit ihm die Präventionsmaßnahmen zusammen zu vereinbaren, damit der Patient auf das eingehen kann, was er erwartet und was er wünscht.

Natürlich müssen wir auch hier die evidenzbasierte Medizin berücksichtigen. Das heißt, wir müssen die prädiktiven Werte eines diagnostischen Tests richtig einschätzen können. Das ist eine Empfehlung von Professor Gigerenzer, der uns unterstellt, dass wir keine Statistiken lesen können und deswegen Patienten falsch beraten.

Ich fasse zusammen: Das Ziel der primären Prävention sind die gezielte Krankheitsvermeidung und allgemeine Gesundheitsverbesserung, die Stärkung der individuellen Gesundheitsressourcen und die Steigerung der Lebensqualität. Die Präventionsstrategie muss immer fragen: Welche Risiken können vermieden werden? Welche Ressourcen können gestärkt werden im Sinne einer Salutogenese?

Der Arzt nimmt eine Schlüsselstellung ein und sollte bzw. muss als Präventionslotse diese Aufgaben übernehmen. Er hat die zentrale Position in der Gesundheitsförderung und Prävention. Nur der Arzt kennt das individuelle Risiko des Patienten. Nur hier kann die Präventionsempfehlung im geschützten Raum erfolgen. Notwendig sind strukturierte Präventionsprogramme. Erforderlich ist natürlich auch die Einbeziehung der anderen Gesundheitsberufe, die Delegation von präventiven Aufgaben an geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, an die Medizinischen Fachangestellten.

Aber wir müssen natürlich auch andere Hilfen anbieten: Ernährungsberatung, zertifizierte Bewegungsangebote, Suchtberatung und frühe Hilfen, Jugendhilfen, Familienhilfe. Hierzu brauchen wir weitere Institutionen des Gesundheitsbereichs, beginnend bei der BZgA über die Selbsthilfe bis zum Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Jugendamt, der DHS, den Sportvereinen und sicherlich auch den Apothekern. Die Apotheker sind Partner, aber keine Präventionslotsen.

Prävention ist kein Selbstzweck, sondern dient der Lebensqualität des Individuums. Die WHO hat in ihrer Charta von Ottawa von 1986 festgestellt:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Max Kaplan, für dieses Referat. – Damit treten wir in die Abwicklung der Rednerliste ein. Sie ist schon ganz gut gefüllt. Es beginnt Herr Medizinalrat Dr. Dietmar Groß aus Brandenburg.

(Zurufe: Drei Minuten!)

– Ich habe den Redner schon aufgerufen. Das machen wir dann nachher. Wenn der Redner aufgerufen ist und am Rednerpult steht, muss man warten, bis er geredet hat. Herr Groß, der Antrag wurde gestellt, bevor Sie zu reden begonnen haben. Es kann also nicht an Ihnen liegen, wenn nachher die Redezeitbegrenzung beschlossen wird.

MR Dr. Groß, Brandenburg: Ich habe den Antrag erwartet und rede sowieso nur knapp drei Minuten. – Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte als Arbeitsmediziner Ihre Aufmerksamkeit auf die Prävention in der Arbeitswelt, über die meine Vorredner auch schon gesprochen haben, und auf den Antrag II-07 lenken. Zwar hat der Vorstand dankenswerterweise schon ein Präventionsgesetz im Antrag II-02 gefordert, aber ich möchte aus meiner Sicht als Betriebsarzt mit fast 48 Jahren Berufserfahrung diesen Wunsch noch einmal vortragen.

Mit über 40 Millionen Arbeitsplätzen in Deutschland ist die Arbeitswelt einer der größten Settingansätze für Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention, die dort kostengünstig, zielgerichtet und evidenzbasiert durchgeführt wird. Durch die arbeitsmedizinische Betreuung durch über 7.000 Ärztinnen und Ärzte mit medizinischer Fachkunde in Deutschland – die Statistik weist 12.000 aus, aber meines Erachtens sind dabei eine ganze Menge Rentner – werden in den Betrieben Personen erreicht, die noch nicht erkrankt sind und/oder nicht zum Arzt gehen und/oder an keinem allgemeinen Präventionsvorgang teilnehmen.

Der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg hat daher gefordert, die Arbeitsmedizin und die betriebsärztliche Versorgung als zentrale Säule der Gesundheitsvorsorge in Deutschland zu erhalten und auszubauen.

Betriebliche Prävention, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, ist kein Kostenfaktor, wie man häufig hört, sondern ein Erfolgsfaktor für den Industriestandort Deutschland.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen kurativer und präventiver Medizin wird dabei immer wichtiger. Mit der zunehmenden Bedeutung von psychischen Belastungen und Beanspruchungen in der Arbeitswelt bekommt die Kooperation der Ärztinnen und Ärzte in den Betrieben mit den Kolleginnen und Kollegen aus der Psychiatrie, der Psychotherapie, der Psychosomatik, der Nervenheilkunde, der Psychologie einen besonderen Stellenwert. Die Weiterbildungsordnung muss berücksichtigen, dass dem präventiv tätigen Arbeitsmediziner bzw. der Arbeitsmedizinerin als Gesundheitsmanager im Betrieb eine wichtige Lotsenfunktion zukommt, wie Herr Kaplan soeben gesagt hat. Das hatte ich in Nürnberg bereits vorgeschlagen.

Gleichzeitig muss bei der Novellierung darauf geachtet werden, dass auch in der Arbeitsmedizin Kenntnisse der psychosomatischen Grundversorgung fest verankert sind.

Neben der fachlichen Kooperation erfordert eine erfolgreiche Prävention in Deutschland die zielgerichtete institutionelle Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen, Wissenschaft und Praxis sowie sämtlichen an der Prävention beteiligten Gruppierungen unserer Gesellschaft. Als Grundlage sind hierfür ein Präventionsgesetz und gemeinsame Präventionsziele unverzichtbar. Die Wissenschaft ist zudem aufgefordert, belastbare Gesundheitskennzahlen zu entwickeln, um die Effizienz präventiver Maßnahmen beurteilen zu können.

Die deutsche Ärzteschaft – damit komme ich zum Schluss – fordert von der Bundesregierung – und das fordere ich heute vom Podium des 117. Deutschen Ärztetages auch –, dass die jahrelangen Diskussionen beendet werden und, wie es im Koalitionsvertrag steht, noch in dieser Legislaturperiode ein Präventionsgesetz verabschiedet wird. Deshalb erbitte ich Ihre Zustimmung zum Antrag II-07.

Recht schönen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dr. Groß. – Jetzt habe ich mehrere Anträge zur Geschäftsordnung, die alle in dieselbe Richtung zielen. Wir hören zunächst einmal Oliver Funken zur Geschäftsordnung. Ich ahne, was er sagen möchte.

Dr. Funken, Nordrhein: Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, die beiden Referate waren erschöpfend und umfangreich. Das Problem der Prävention wurde uns deutlich dargestellt. Ich denke, die Zahl der Wortmeldungen beweist, dass ein großes Interesse an diesem Thema besteht. Um alle zu würdigen, beantrage ich eine Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist eine Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Herr Bolay.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Gegenrede! Wir haben bislang allen Rednern drei Minuten gegönnt. Dabei sollten wir bleiben. Ich plädiere für eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten. Zwei Minuten sind wirklich sehr kurz, wenn man ein bisschen was sagen möchte. Ich hoffe, Sie können mir folgen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Der weiter gehende Antrag ist die Einschränkung der Redezeit auf zwei Minuten. Darüber bilden wir uns zuerst eine Meinung. Sollten Sie das annehmen, erübrigt sich eine Behandlung des Antrags von Herrn Bolay. Sollten Sie das ablehnen, frage ich Sie dann, ob Sie eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten wollen.

Ich frage Sie jetzt zuerst: Wer ist für eine Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war nach meiner Einschätzung die Mehrheit. Das wird von hier oben bestätigt. Damit ist eine Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten beschlossen. Der Geschäftsordnungsantrag von Herrn Bolay ist hinfällig.

Der Erste, den die Kompression der Aussagen trifft, ist Martin Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Danke, Herr Montgomery. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass es sich bei diesem Begriff der Prävention auch um einen politischen Hype handelt. Wir Ärzte, insbesondere die Hausärzte, die den Patienten kontinuierlich begleiten, sind ja Partner und Gesundheitsberater über viele Jahre. Während dieser Zeit haben wir bei Krankheit untersucht und schon immer auch präventive Befunde erhalten. Auf der anderen Seite beraten wir, was gesund ist, was wir empfehlen. Das ist also prinzipiell, wenn man es in die allgemeinärztliche Praxis verlagern möchte, nichts Neues.

Nur: Die Rahmenbedingungen, unter denen wir heute arbeiten, sind so schwierig, dass dieser Aspekt immer weiter zurückgedrängt wird. Wir haben immer weniger Zeit. Auch Behandlungsprogramme oder Vorschriften oder standardisierte Empfehlungen werden uns nicht helfen, diesen Auftrag weiterhin zu erfüllen.

Was will nach meinem Dafürhalten die Politik erreichen? Man will aufzeigen, dass man Geld sparen kann, wenn man die Prävention fördert. Dann braucht man nicht mehr so viel Geld in der Kuration. Es ist ganz wichtig, dass wir sagen: Nein, mit präventiven Maßnahmen, die umzusetzen heute sowieso schwierig ist, werden keine Kosten gespart. Die Menschen werden älter, sie beziehen länger Rente, sie haben hoffentlich ein längeres Leben und bleiben auch gesund. Aber am Ende werden sie doch Kosten verursachen.

Kosteneinsparungen wird es also nicht geben. Wir wollen natürlich, dass die Menschen gesund bleiben, und wollen ihnen dabei helfen.

Dem Eindruck, dass andere Berufsgruppen die Prävention übernehmen könnten und man keine Kuration mehr bräuchte, müssen wir ganz stark entgegenreten. Wir müssen auch dafür sorgen, dass wir in gesundheitlichen Fragen als Gesundheitsberater akzeptiert werden.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Nächste Rednerin ist Christiane Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß M.A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag II-12. Ich habe diesen Antrag gestellt, weil wir uns im Deutschen Ärztinnenbund schon länger mit dieser Thematik befassen und ein Defizit erkannt haben, das beseitigt werden muss. Den untersuchten Frauen und ihren sie betreuenden Ärztinnen und Ärzten wird zwar mitgeteilt, ob eine Untersuchung auffällig ist

oder nicht, aber es wird kein ärztlicher Befund mitgeteilt. Zu diesem ärztlichen Befund würde zwingend die Mitteilung über die Dichte der Brust gehören. 50 Prozent der Mammografien fallen unter einen kritischen Brustdichtebefund. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen Sorge dafür tragen, dass die Frauen, die an diesem Programm teilnehmen, sich nicht in falscher Sicherheit wiegen oder falsche Ängste bekommen.

Mir ist bewusst, dass eine konsequente Umsetzung dieser Forderung eine hohe Anzahl von Ultraschalluntersuchungen bewirkt. Es ist mir bewusst, dass diese Ultraschalluntersuchungen zurzeit keine Kassenleistungen darstellen und die Gefahr einer Zweiklassenmedizin hervorrufen. Es ist mir bewusst, dass ich mit diesem Antrag eventuell auch die Sinnhaftigkeit dieses Mammografiescreeningprogramms, wie es zurzeit praktiziert wird, infrage stelle.

Ich bleibe trotz allem dabei: Jede Frau, die am Mammografiescreening teilnimmt, hat nicht nur das Recht auf ein Ergebnis, sondern auch auf einen ärztlichen Befund, mit dem sie dann zu ihrem sie betreuenden Arzt gehen kann, mit dem sie schauen kann, was wichtig und notwendig für den Erhalt der Gesundheit ist.

Danke schön.

(Beifall)

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

Dr. Wesiak, Hamburg: Es ist mir ein Bedürfnis, Herrn Henke und Herrn Kaplan für die exzellenten Referate zu danken, die kaum Fragen offen lassen, so umfangreich und präzise waren sie. Ganz herzlichen Dank.

Es ist eindeutig: Es geht nicht um Kostendämpfung, sondern wir brauchen mehr Prävention, mehr Prävention durch Ärzte. Wir brauchen auch die Verankerung der Prävention im Leistungsrecht. Wir hoffen, dass dies durch das neu zu verabschiedende Gesetz kommen wird.

Ich möchte jetzt zum Antrag II-06 sprechen:

Ausschreibung von Impfstoffen

Dies ist ein Antrag, der gemeinsam von Allgemeinärzten, Kinderärzten und Frauenärzten sowie uns Internisten getragen wird. Er beinhaltet, dass wir die Ausschreibung von Impfstoffen ablehnen, da diese zu unverantwortlichen Lieferschwierigkeiten geführt hat. Sie haben die Diskussion in der Öffentlichkeit im letzten Winter mitbekommen. Damit wird die Primärprävention der Patienten in Deutschland gefährdet. Die Impfmündigkeit wird zusätzlich begünstigt und vorgegebene Impfziele werden unter diesen Rahmenbedingungen nicht erreicht werden. Ich möchte dafür werben, dass Sie diesen Antrag annehmen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Wolfgang. – Nächster Redner ist Klaus Schäfer aus Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Bezüglich des Dankes schließe ich mich meinem Vorredner an. Die Ministerpräsidentin von Thüringen hat anlässlich der Elbeflut festgestellt und ins Mikrofon gesprochen: In der Regel ist die Vorbeugung gegen eine Überflutung sehr viel billiger als die Beseitigung von deren Schäden. Dasselbe gilt für das Gesundheitssystem.

Das Problem in der Politik ist nur: Wir haben im Augenblick die Verantwortung, auch unsere Alten mit all ihren Ansprüchen nach der GKV zu versorgen. Das heißt, wenn wir jetzt in die Prävention einsteigen, müssen wir letztendlich bei der Jugend Kosten vorziehen, die sie mit 40, 50 oder 60 Jahren vielleicht ausgelöst hätte.

Das heißt, es wird vorübergehend sicher zu einer Verteuerung im System kommen. Amortisieren kann sich das erst nach 40 Jahren. Das sind mindestens vier Legislaturperioden. Ich frage die Politiker – vielleicht kann uns Herr Henke da eine ergiebige Antwort geben –, ob ein Politiker bereit ist, so weit zu denken.

Für mich ist besonders wichtig, Prävention in der Praxis zu betreiben. Wenn der Patient mit einer Pneumonie kommt, ist es zu spät. Die Eins-zu-eins-Situation ist nicht der passende Moment. Wenn wir Kosten sparen wollen, müssen wir effizienter arbeiten. Da wäre der Ansatz die präventive Aufklärung in der Schule oder sogar schon in der Kita. Ich lasse dabei nicht außer Acht, dass hier ärztlicher Sachverstand absolut von Vorteil ist.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus. – Herr Kollege Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Vielen Dank. – Respekt an die beiden Referenten für die differenzierte und engagierte Vorstellung dieses umfassenden Themas.

Ich möchte Herrn Henke den nicht ganz ernst gemeinten Hinweis geben: Wenn Sie dem kleinen Mädchen auf dem Fahrrad einen Helm aufsetzten, wäre dies eine sehr kostengünstige Traumaprophylaxe.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte zum Antrag II-10 des Kollegen Lipp sprechen. Um irgendwelche Zweifel vorwegzunehmen: Ich bin niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Ich bin ein entschiedener Befürworter von Impfungen. Ich verwende sehr viel Zeit darauf, skeptische Impfeltern von der Sinnhaftigkeit der Impfung zu überzeugen.

In Ihrem Antrag, Herr Lipp, gibt es zwei Haken. Der eine Haken ist: Es gibt impfpräventable Erkrankungen, die auch vom Tier auf den Menschen übertragen werden. In Süddeutschland ist es beispielsweise sinnvoll, Kinder und Erwachsene auch gegen FSME zu impfen. Das ist mindestens genauso sinnvoll wie das Impfen gegen die

anderen Erkrankungen. Das mit der Mensch-zu-Mensch-Übertragung ist ein bisschen problematisch.

Der zweite Haken ist: Das Impfen ist eine ganz originäre Aufgabe der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Sie rufen hier nach dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen Stellen, die das machen sollen. Welche Stellen da gemeint sind, wissen wir nicht so ganz genau. Wir haben heute Morgen gehört, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst sowieso überlastet ist.

Wir sollten uns als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eigentlich sehr hinter die Ohren schreiben, dass wir die Impfprogramme sehr viel forcierter in unseren Praxen durchziehen sollten, dass wir jede Gelegenheit, mit Patienten zu reden, dazu nutzen sollten, den Impfstatus zu überprüfen und gegebenenfalls den Impfschutz zu vervollständigen. Das gehört in unsere Hand.

Wenn Sie wollen, könnten wir noch einen entsprechenden Antrag gemeinsam auf den Weg bringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bolay. – Johannes Grundmann aus Bremen ist der nächste Redner.

Dr. Grundmann, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Rudolf Henke und Max Kaplan haben in ihren guten Referaten ausgeführt, dass der Arzt die zentrale Position bei der Vorsorge hat. Hier ist meines Erachtens besonders auch der Hausarzt gefragt. Wie schon gesagt: Er kennt ja den Patienten am besten, auch sein soziales und berufliches Umfeld. Vor allem erkennt er dadurch auch, wo gesundheitliche Risiken zu sehen sind, und kann diese rechtzeitig feststellen und gegensteuern.

Ebenso ist unbestritten – das wurde bereits ausgeführt –: Je früher Präventionsmaßnahmen begonnen werden, desto effektiver sind sie. Das beginnt bereits beim Neugeborenen. Bereits der Deutsche Ärztetag 2006 hat die Forderung aufgestellt, dass auch nach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin Kinder nur dann in Gemeinschaftseinrichtungen gehen können, wenn der Impfschutz vollständig ist. Über die Vorsorgelücke zwischen dem 6. und dem 12. und dem 15. und 18. Lebensjahr wurde ebenso berichtet.

Von Pädiatern wurden ja die Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 entwickelt, die auch von vielen Krankenkassen bezahlt werden. Die Bedeutung und den Wert dieser Vorsorge mögen Sie daraus ersehen, dass Lese-, Rechtschreib-, Rechenstörungen oder Störungen der motorischen Entwicklung sowie Verhaltensstörungen rechtzeitig erst dann erkannt werden, wenn sie nach dem Schuleintritt auftreten. Das macht richtig Sinn, das ist Prävention.

Dann gab es ein interessantes Modellprojekt in drei Bundesländern. Dabei ging es um die 7- bis 8-Jährigen. Das kann ich aus Zeitgründen jetzt leider nicht mehr groß ausführen. Ich will nur sagen: Es müsste Ziel sein, die Schule als idealen Ort für Ge-

sundheitsförderung und Prävention zu sehen. Diese positiven Beispiele und Einsätze zeigen, wie Prävention umgesetzt werden kann. Der Begriff Präventionslotse gefällt mir deshalb besonders, weil man gesagt hat: Der Hausarzt ist ein Lotse im Gesundheitswesen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grundmann. – Nächster Redner ist Ellis Huber aus Berlin.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Danke für die beiden Referate. Ich kann sie nur noch einmal verstärken. Es geht um die konkrete praktische Umsetzung einer Präventionsversorgung und einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Da muss sich die Ärzteschaft beteiligen. Sie sollte aufpassen, dass sie den Anschluss nicht verliert.

Es gibt viele gute Beispiele, wie es in der Praxis umgesetzt werden kann.

Herr Kaplan, einer der Architekten und Formulierer der Ottawa-Charta von 1986 ist ein Freund von mir. Er praktiziert als niedergelassener Arzt in Bayern, in Bad Marquartstein. Eine Perle von Arzt ist Dr. Günter Topf in Ansbach. Er hat eine Gemeindefamilienmedizin aus der internistisch-hausärztlichen Versorgung heraus entwickelt. Nach der Sprechstunde kommt die Patientengruppe, dann kommt die Gemeindefamilienarbeit. Darüber steht das Landesprogramm. Er hat ein eigenes Computerprogramm entwickelt, mit dem er die Problemlandschaften aus den Routinedaten einer vertragsärztlichen Praxis darstellen kann.

Das ist konkrete, von Ärzten initiierte und Ärzte in ihrer Glaubwürdigkeit stärkende Prävention.

Ulrich Sappok verändert seine Praxis und macht als Arzt fürs Gesunde ein Gesundheitszentrum am Dominikus-Krankenhaus hier in Düsseldorf. Man kann mit Achtsamkeitstraining, emotionsorientierter Bildung und Schulung was machen.

Ich selbst qualifiziere ja Ärzte und andere Gesundheitsberufe, aber auch Assistenzberufe zu Salutologen, Präventologen und Gesundheitsförderern.

Die Aufgabe ist vorhanden. Der Markt ist offen. Ich kann Sie nur auffordern: Reden Sie mit Ihren Kolleginnen und Kollegen und sorgen Sie dafür, dass sie sich an diesem Entwicklungsprozess beteiligen. Meine Anträge 11 und 13 kümmern sich auch um die konkrete Umsetzung.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Ellis. – Der nächste Redner ist Professor Joachim Grifka aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Bayern: Herr Präsident! Liebe Damen und Herren Kollegen! Vielen Dank, Rudolf Henke und Max Kaplan, für diese wirklich so umfassende Dar-

stellung, die auch deutlich gemacht hat, wie vielschichtig Prävention in den einzelnen Bereichen ist.

Ich kann eigentlich mit dem fortfahren, was Herr Grundmann hier angesprochen hat. Sekundärprävention, also die Früherkennung, und die Tertiärprävention finden gut statt. Da haben wir gute Ansätze und Wege. Aber viel schwieriger ist die Primärprävention. Entsprechende Verhaltensweisen umzusetzen, das muss man natürlich selbst machen. Die Forderung nach einer Verhältnisprävention ist dann oft eine Ausrede. Es geht eben nicht so nach dem Motto von Verona Pooth „Hauptsache, mich wird geholfen“, sondern man ist selbst gefordert. Es braucht Bewusstsein und Willen. Das heißt, der Schalter im Kopf muss umgelegt werden.

Wir wissen, dass wir gerade in der Primärprävention das Beste erreichen können bei Kindern im Kindergartenalter und in den frühen Schuljahren. Ich kann nur hoffen und mir wünschen, dass bei dem neuen Anlauf zum Präventionsgesetz dies berücksichtigt wird, denn bei den alten Vorlagen war das nicht vertreten. Ich halte das für elementar. Das sollte unser primäres Anliegen sein. Natürlich müssen wir bei diesem neuen Anlauf darauf achten, dass das auch evaluiert wird. Das wurde bereits angesprochen. Man darf nicht vergessen, dass Prävention wirklich Mode ist. Die Kostenträger haben das alle verankert. Es gibt mehr und mehr private Organisationen, die alles Mögliche anbieten, was als Prävention deklariert wird. Da gibt es schon einen Wildwuchs.

Deswegen sehe ich es als unsere Aufgabe an, dass man dafür sorgt, dass Strukturen geschaffen werden, um die verschiedenen Programme zu bewerten. Nur dann macht Prävention wirklich Sinn.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Joachim. – Nächste Rednerin ist Frau Privatdozentin Claudia Borelli aus Bayern.

PD Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte gern die Gelegenheit ergreifen und an dieser Stelle Prävention betreiben. In dem Referat von Herrn Henke wurde ein Bild von einer jungen Frau gezeigt. Die eine Gesichtshälfte war jung, die andere alt. Daneben stand eine Werbung für eine Q10-Creme.

Ich möchte an dieser Stelle etwas Fachliches sagen. Das funktioniert. Es ist so: Das Q-Enzym Q10 supprimiert – das ist in Studien nachgewiesen – die Interleukin-1-Antwort bei dermalen Fibroblasten. Das führt dazu, dass freie Radikale und Matrix mit Haloproteinasen supprimiert werden.

Herr Henke hat diese Stelle sozusagen zum Philosophieren genutzt, was man mit einem solchen Bild natürlich gut tun kann. Aber nehmen Sie bitte alle mit: Q-Enzym Q10 funktioniert. Sie können damit Anti-Aging betreiben. Es gibt Substanzen, die dem Konzept der evidenzbasierten Kosmetik genügen.

Ein anderer Punkt zur Prävention im dermatologischen Bereich: Herr Henke hat bereits das Hautkrebsscreening als erfolgreiche Methode der Prävention angesprochen. Dem kann ich mich nur anschließen. Je früher wir Melanome entdecken, je dünner sie sind, desto mehr Patienten überleben. Es ist eine fantastische Sache, dass das so einfach geht, dass man nur die Haut kontrollieren muss.

Noch weiter arbeiten müssen wir beim Thema Sonnenschutz. Sonnenschutz im Zusammenhang mit Kindern ist in der Bevölkerung angekommen. Kinder werden durch die Eltern eingecremt. In Kitas und Schulen funktioniert es. Die Kinder tragen Mützen. Es ist aber noch nicht angekommen bei den jungen Erwachsenen und bei allen anderen Erwachsenen. Da hört es auf. Hier muss man weiter ansetzen. Das ist ein ganz wichtiger Bereich.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Claudia. – Nächster Redner ist Heinrich-Daniel Rühmkorf aus Berlin.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen! Wir haben sehr viel Gutes darüber gehört, was Ärztinnen und Ärzte in der Verhaltensprävention bewirken können. Ein Präventionsgesetz – ich möchte zum Antrag II-05 sprechen – enthält natürlich auch andere Elemente. Die Frage nach der Verhältnisprävention und der öffentlichen Daseinsvorsorge wird bei dieser Gesetzgebung mit eine Rolle spielen.

Herr Henke, Sie haben den Atomausstieg als eine präventive Leistung bezeichnet. Ich denke, Rudolf Virchow und Robert Koch haben Gleiches getan, indem sie die Kanalisation gefordert oder die Straßenbreiten für Hamburg und Berlin festgelegt haben.

Wir haben beim Präventionsgesetz den großen Drang, an diesen Topf heranzukommen. Ich befürchte, dass Bund, Länder und Kommunen ihrer Verpflichtung umso weniger gerecht werden, als sie es bisher tun. Wir müssen darauf achten, dass beispielsweise nicht die frühen Hilfen, die Sie, Herr Henke, auch angesprochen haben, weiter zurückgefahren werden oder nur mit Mitteln aus dem Präventionsgesetz geleistet werden können.

Ich habe dazu einen Entschließungsantrag formuliert, in dem ich darstelle, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Leistung ist und dass die Sozialversicherung nicht zu Lückenbüßern der klammen Kommunalkassen werden darf. Die Ausgaben aller Verantwortlichen in der Prävention dürfen zu keiner Einschränkung etablierter Präventionsaktivitäten führen.

Herr Zimmer von der Ärztekammer Nordrhein hat mich gebeten, den Text zu ergänzen um den Satz:

Insbessondere sind ärztliche Präventionsleistungen zu stärken

Ich unterstütze die Anträge 01 und 02 vom Vorstand und möchte diese mit dem Antrag II-05 ergänzen. Dafür bitte ich um Ihre Zustimmung.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Daniel. – Bevor der nächste Redner das Wort erhält, haben wir über einen Geschäftsordnungsantrag des Kollegen Ramm zu befinden. Er beantragt Ende der Rednerliste. Es stehen noch 16 Namen auf der Rednerliste. Wenn jeder Redner zwei Minuten spricht, benötigen wir also noch 32 Minuten. Danach haben wir noch 12 oder 13 Anträge zu bescheiden. Es ist jetzt 17.39 Uhr. Ich sage das nur, damit Sie die Dimension kennen.

Es ist Ende der Rednerliste beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer ist für Ende der Rednerliste? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist hiermit Ende der Rednerliste beschlossen.

Der nächste Redner ist Christian Albring aus Niedersachsen.

Dr. Albring, Niedersachsen: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In der Veröffentlichung wurde vergessen, dass es auch Verbesserungen bei Karzinomen gibt. 1971 lag in Gelsenkirchen die Evidenzrate beim Zervixkarzinom bei 4,5, jetzt liegen wir bei 6,9. Die Schwangerenvorsorge, die 1961 in ärztliche Hände kam, hat zu einer Reduzierung der perinatalen Mortalität der Kinder von 4,5 Prozent auf 4,5 Promille geführt.

Ich möchte mein Augenmerk auf die intrauterine fetale Programmierung legen. Das ist ein ganz wichtiges Thema. Die Kinder werden nicht nur in der Generation, sondern auch in der Folge, in der Enkelgeneration, programmiert, wie wir mittlerweile wissen.

Hunger schädigt nicht nur die Entwicklung von Herz, Niere und Hirn, sondern führt auch dazu, dass es am Ende mehr Herzinfarkte und andere Dinge wie Nierenversagen gibt.

Übergewicht führt zu Diabetes. Rauchen ist verantwortlich für den plötzlichen Kindstod, für Untergewicht mit allen Folgen.

Der Thyroxinmangel ist verantwortlich für einen Mangel in der Hirnentwicklung. Alkohol in der Schwangerschaft ist eine Katastrophe. Jeder Tropfen Alkohol in der Schwangerschaft ist einer zu viel. Er führt nämlich durch seine Neurotoxizität zu bleibenden Schäden, die irreversibel sind. Es ist ganz wichtig, dass wir das hier bedenken.

Impfen ist ganz wichtig. Wir wissen, dass die HPV-Impfung in Deutschland viele Dinge verhindern könnte, viele Krebskrankheiten. Trotzdem wird sie nicht durchgeführt, weil dagegen motiviert wird. Aber die Virustypen HPV 16 und 18 werden durch die Impfung fast vollständig ausgerottet. Deshalb bitte ich Sie alle, auch daran zu denken.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Albring. – Herr Kollege Albert Joas aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Joas, Bayern: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich gegen den Antrag II-06 aussprechen. Die Antragsteller möchten die Ausschreibung der Impfstoffe ablehnen. In der Tat: Unverantwortliche Lieferschwierigkeiten vor zwei Jahren bei den Grippeimpfstoffen führten zu einer reduzierten Bereitschaft, sich impfen zu lassen. Es war ein großes Ärgernis.

Was ist die Konsequenz? Die Konsequenz könnte sein, dass bei künftigen Ausschreibungen so differenziert ausgeschrieben wird, dass auch Lieferschwierigkeiten ausgeschlossen sind bzw. zahlenmäßig geringer werden. Der jetzige Antrag lässt das Herz eines jeden Pharmalobbyisten lachen. Die Impfstellen, die unverantwortliche Lieferschwierigkeiten inszeniert haben – oder es war Schicksal –, werden von uns belohnt, indem zukünftig Ausschreibungen abgeschafft werden. Das wäre übertragen auf die Bauwirtschaft etwa so: Weil es das Bermuda-Dreieck zwischen Berliner Flughafen, Stuttgarter Bahnhof und Elbphilharmonie gibt, wird in der Bauwirtschaft die Ausschreibung abgeschafft.

Das darf nicht sein. Ich meine nicht, dass der Deutsche Ärztetag die Marktwirtschaft aussetzen sollte, sonst würden ungefragt einzelne Krankenkassen an den ärztlichen Gremien vorbei ihre Rabattverträge abschließen. Das sollten wir verhindern. Stimmen Sie gegen den Antrag II-06.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Joas. – Dr. Christian Tschuschke aus Westfalen-Lippe ist der Nächste.

Dr. Tschuschke, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Begriff Prävention ist so positiv besetzt, dass es schwer möglich ist, Kontra zu geben. Ich muss es trotzdem tun, allerdings nicht im Prinzip – selbstverständlich ist Vorsorge besser als Heilen –, wohl aber im Detail. Es ist nicht nötig, dass die Bundesärztekammer die Screeningprogramme wissenschaftlich untersuchen lässt. Das machen die Fachgesellschaften. Ich bin davon überzeugt, dass wissenschaftliche Arbeit sowohl von den Gynäkologen als auch von den Radiologen und den Urologen geleistet wird.

Was zum PSA-Screening durch die Medien geistert – Sie dürfen raten, welcher Fachgesellschaft ich angehöre –, ist abenteuerlich. Darauf hat Herr Grauduszu schon hingewiesen. Im Sinne der alten Gebührenordnungsposition 01731, der Tast-

untersuchung, ist das, was Urologen im Rahmen einer wirklich ernsthaften Früherkennung empfehlen, wesentlich besser als das, was im EBM steht.

Ich bedauere sehr, dass die Allgemeinmediziner mit ihrer DEGAM-Leitlinie ein sogenanntes PSA-Screening nicht mehr durchführen. Herr Kaplan, sie haben es nie getan. Sie haben es höchstens einmal angewandt im Rahmen der Früherkennung.

Screening, Früherkennung und Prävention sind drei verschiedene Dinge. Es gibt den Begriff der Sekundärprävention. Wir sollten da sorgfältig trennen.

Ich kann nur an die Kollegen im Saal appellieren, so sie unter 65 Jahre alt sind und subtil aufgeklärt sind: Fragen Sie einmal, wie Ihr PSA-Wert ist. Lassen Sie ihn ermitteln.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Tschuschke. – Martina.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte für den Antrag II-04 werben. Rudolf Henke hat auf die Gefahren des Aktiv- und des Passivrauchens hingewiesen. Mehrere Vorstandsmitglieder fordern den Gesetzgeber auf, insbesondere Kinder und Jugendliche wirksam vor Passivrauch, und zwar insbesondere im Pkw, zu schützen.

Passivrauchen führt insbesondere bei Kindern zu akuten chronischen Atemwegserkrankungen, verschlimmert ein vorhandenes Asthma, erhöht den Blutdruck und erhöht die Risiken für Infektionskrankheiten wie Mittelohrentzündung und bakterielle Meningitis. Außerdem stellt Passivrauchen bei Kleinkindern nachweislich einen Hauptrisikofaktor für den Kindstod dar.

In der häuslichen Umgebung haben viele Eltern dies inzwischen akzeptiert. Die Kinder werden im Kinderzimmer oder wo sie sich im Haus aufhalten einer rauchfreien Umgebung ausgesetzt. Aber im Auto hört es damit auf. Da wird fleißig weitergeraucht. Der Gesetzgeber hat in vielen anderen Ländern daraus bereits Konsequenzen gezogen. In Deutschland wäre dies genauso möglich. Man könnte es in der Nichtraucherschutzgesetzgebung, beim Jugendschutz, bei der Straßenverkehrs-Ordnung regeln.

Ich möchte Sie ermuntern, diesem Antrag zuzustimmen. Es wäre ein ganz wichtiges Signal, um unsere Kinder und Jugendlichen wirksam vor diesen Gefahren zu schützen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Dr. Volker von der Damerau-Dambrowski ist der Nächste.

Dr. von der Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal meinen Dank an Herrn Kaplan und Herrn Henke. Hervorragend, wie Sie das Problem dargestellt haben.

Ich möchte mich kurz mit zwei Anträgen befassen, und zwar zunächst mit dem Antrag II-10, den ich strikt ablehne. Hier wird die Verantwortlichkeit aus unserer Hand auf öffentliche Einrichtungen verlagert, die irgendwelche Möglichkeiten suchen sollen, dort zu impfen, in Schulen, in Kindergärten.

Unterstützen möchte ich den Antrag II-08, der den Gesetzgeber auffordert

eine gesetzliche Regelung für die Einführung eines Impfnachweises für Masern für alle Kinder zu schaffen, die vor einer Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung stehen.

Wir müssen allerdings bedenken, dass die Kinder heute schon mit drei Monaten in eine Kita abgegeben werden. Wie ich dazu als auch psychotherapeutisch Tätiger stehe, möchte ich nicht sagen. Das würde ein Fass aufmachen, das Sie hier nicht besprechen wollen.

Das ist so. Deswegen müssen wir schauen, wie die Impfungen laufen. Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poly, Pertussis, Haemophilus influenzae und Rotaviren sind bis zum 12. Monat durchzuführen. Bei Masern, Mumps – ist auch nicht harmlos –, Varizellen, Röteln, Meningokokken geht es bis zum zweiten Lebensjahr. Das muss hier mit bedacht werden, dass nicht etwas in einem Status verlangt wird, wo es gar nicht durchgeführt werden kann. Aber grundsätzlich ist der Antrag II-08 zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr von der Damerau-Dambrowski. – Anne Gräfin Vitzthum ist die Nächste.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Prävention umfasst für mich zwei wichtige Punkte. Täglicher Schulsport wäre wunderbar, um die Kinder schlank zu halten. Der zweite Punkt ist ein Mensaessen, das genießbar ist. So etwas gibt es schon. Das macht Johann Lafer in Bad Kreuznach für 4 Euro. Die Kinder bekommen frisches Essen und holen sich weder Red Bull noch Chips noch süße Stückle, wie man im Schwabenland sagt, um Mittag zu essen.

Check-ups werden bei uns mit 25 Euro vergütet. Sie sind hinsichtlich der Vergütung im Vergleich beispielsweise mit dem Labor immer weiter abgespeckt worden. Ich rede sehr wohl gern auch über Vergütung.

Mich ärgert es maßlos, wenn die Patienten, nachdem sie den Check-up bei mir gemacht haben, von der Krankenkasse einen Bonus bis zu 200 Euro bekommen. Das kann überhaupt nicht sein!

(Beifall)

Ich bin auch nicht dafür, dass Arbeitsmediziner einen Check-up machen, und zwar deswegen, weil es im gesunden Schwabenland passiert, dass für bestimmte Hierarchiestufen Check-ups gemacht werden, die viel umfangreicher sind, als wir es machen dürfen. Wir bekommen dann nur noch den Auftrag, zum entsprechenden Facharzt weiter zu überweisen.

Sportprogramme sollen die großen Firmen machen; das ist sinnvoll, das entlastet unser Budget für die Psychotherapie. Das macht wirklich Sinn. Am preisgünstigsten sind Sportprogramme, wenn man die Patienten zum Erwerb des Sportabzeichens schickt. Das mache ich selber. Ich schicke die Patienten zu dem Sportplatz, zu dem auch ich gehe. Das eigene Beispiel ist gut. Das kostet gar nichts.

Kurz noch ein Wort zu den Impfstofflieferschwierigkeiten der Krankenkassen. Wir haben in Baden-Württemberg eine Impfkommision gebildet: Krankenkassen und Ärzte. Ich weiß nicht, ob Sie erahnen, wie viel Luft im Budget der Krankenkassen ist, wie viel weniger sie für den Impfstoff zahlen. Die können das Geld auch nur einmal ausgeben. Was die Lieferschwierigkeiten angeht: Da kommen wir ran. Ich würde das allen anderen KVen auch empfehlen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gräfin Vitzthum. – Friedrich Wilhelm Hülskamp aus Nordrhein ist der nächste Redner.

Dr. Hülskamp, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe hier den Entschließungsantrag von Herrn Jonitz vor mir. Ich kann ihn nur sehr, sehr unterstützen. Wir müssen den Nutzen und den Sinn von Vorsorgeuntersuchungen intensiv überprüfen, vor allem Screeningprogramme. Das ist ja nichts Neues. Frau Professor Mühlhauser aus Hamburg hat vor über zehn Jahren darauf hingewiesen, wie sinnvoll oder nicht sinnvoll beispielsweise das Mammografiescreening ist. Ich komme aus der Stadt Essen. Ich weiß nicht, warum gerade Essen immer wieder etwas mit Mammatumoren und Mammografie zu tun hat. Alle, die ein bisschen nachdenken, wissen, dass es damals in Essen den Skandal mit einem Pathologen gab, der sich selber ums Leben gebracht hat. Da gab es Pfusch und strafbare Handlungen. Die Frauen waren verunsichert. Ich habe selber erlebt, dass Frauen vor mir standen und sagten: Mein Gott, mir ist die Brust abgenommen worden, das war doch nicht nötig.

Als wir uns die Mammografie angeschaut haben, haben wir gesagt: Man kann auf 20 Meter Entfernung sehen, dass das ein Karzinom ist. Das ist bei vielen passiert. Ich weiß nicht, ob es 300 waren.

Die Boulevardpresse im Ruhrgebiet schrieb: Ärztepfusch bei Mammavorsorgeuntersuchungen. Das bezieht sich auf ein Institut in Essen. Es wurden Zahlen genannt, was man mit diesen Screeninguntersuchungen verdienen kann.

Wir müssen – Monti, das ist ganz wichtig – diese Dinge noch einmal auf den Prüfstand stellen, damit die Frauen wissen, welchen Sinn eine Screeninguntersuchung überhaupt hat, damit nicht irgendwie etwas verkauft wird, was nicht geht.

Leider ist jetzt meine Redezeit abgelaufen. Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Friedrich Wilhelm. Wenn der Antrag II-09 gemeint war, muss das allerdings richtiggestellt werden. Ich habe zu keinem Zeitpunkt diese Programme kritisiert. Ich habe vielmehr dazu aufgefordert, sie wissenschaftlich sauber auf Nutzen und Risiko hin zu analysieren. Das ist ein erheblicher Unterschied.

(Beifall)

In der Verkürzung durch die Presse kommt hinterher oft etwas anderes heraus. Aber das ist dann eine Sache der Presse. Wir haben ganz klar gesagt – ich habe das Zitat hier vor mir liegen –, dass wir es begrüßen, dass man das analysiert und auf Nutzen und Risiko hin überprüft. Die Menschen haben nämlich ein Anrecht auf Transparenz und Offenheit.

Bei der Abstimmung nachher bekommen wir es sicher hin, dass wir es richtig ausdrücken. Dann ist der Antrag richtig gut. Wir wollen ja wissenschaftlich sauber und exakt argumentieren.

Frau Kollegin Alexandra Henneberg ist die nächste Rednerin.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal war ich begeistert, dass wir hier das Thema Prävention angehen. Ich fand die beiden Referate höchst spannend. Ich bin als Neuropsychiaterin auch dafür, dass die Primärprävention und die Früherkennung in den Händen der Hausärzte und der Kinder- und Jugendärzte bleiben sollen.

Erlauben Sie mir aus meinem Fachgebiet nur zwei Anmerkungen. Wir haben ganz viel über Krebserkrankungen und Gefäßerkrankungen gehört. Aus der Neuropsychiatrie wäre noch anzumerken, dass wir bitte auch den Parkinson richtig erkennen sollten, weil er eine Krankheit ist, die wir behandeln können. Gerade Sie als Hausärzte sind in der Lage zu sehen, ob sich im Bewegungsmuster des Patienten etwas ändert. Es muss ja nicht das Zittern sein. Wir können hier etwas tun. Wir können mit Medikamenten eingreifen.

Noch viel schlimmer ist es für die Kinder- und Jugendmedizin. Wie häufig haben wir Kinder, die später in ihrer Kindergartenentwicklung auf einmal wieder einnässen. Was wird da alles falsch gemacht! Man denkt nie daran, dass es sich vielleicht um eine Epilepsie handeln könnte. Dasselbe gilt für die Jugendmedizin, wenn es auf einmal zu einem Abfall bei den Schulleistungen kommt.

Ich habe Kinder erst nach zwei oder drei Jahren bekommen, die einfach unter einer Absence litten. Dabei kann man so gut etwas dagegen tun.

Es wäre schön, wenn Sie auch an meine Krankheitsbilder dächten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Henneberg. – Markus Beck aus Bayern ist der Nächste.

Dr. Beck, Bayern: Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank für die Referate, die sehr viel aufgeklärt haben. Wir haben heute Morgen über Kommunikation gesprochen. Wir waren uns alle einig: Die Kommunikation auch mit dem Patienten muss eindeutig und klar sein. Wir haben dazu Entschließungsanträge positiv beschlossen.

In diesem Zusammenhang ist mir aufgefallen, dass bei uns häufig die Begriffe der Prävention etwas durcheinanderpurzeln: Primärprävention, Sekundärprävention, Früherkennung, Vorsorgescreening.

Ich bin der Meinung, wir sollten hier etwas aufpassen. Die Primärprävention als eigentliche Präventionsaufgabe ist ja eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der wir uns einbringen, bei der wir die Forschungsergebnisse wissenschaftlich genau evaluieren, bei der wir vor allem auch mit Mythen und Märchen aufräumen. Hier haben wir eine ganz wichtige Aufgabe.

Genauso wichtig ist – Frau Wenker, auch Sie haben darauf hingewiesen –, dass Staat und Gesetzgeber Maßnahmen ergreifen. Wir saßen hier vielleicht immer noch rauchend, wenn wir es nicht besser wüssten.

Zur Sekundärprävention: Früherkennung ist eigentlich der exaktere Begriff. Hier gibt es immer wieder die Vorwürfe unserer Patientinnen und Patienten – das wurde bereits erwähnt –: Ich war doch bei der Vorsorge, aber jetzt habe ich doch eine Erkrankung. Hier sollte man vielleicht ein bisschen mehr das Wort Früherkennung in den Mund nehmen und weniger von Prävention sprechen. Ich glaube, das wäre ehrlicher.

Auch hier ist eine wissenschaftliche Begleitung erforderlich, diese bitte in absoluten Zahlen. Statt von Tertiärprävention zu reden, könnten wir den Patienten auch erzählen: Verhinderung von Folgeschäden und Rückfällen. Dann wären wir auch hier ein bisschen weiter.

Die Begriffe sind übrigens 50 Jahre alt. Sie dürfen vielleicht auch einmal hinterfragt werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herr Beck, ganz herzlichen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Wie Sie sich denken können, spreche ich zum Antrag 10. Sie finden mich hier grün und blau geschlagen von den Bolays und Dameraus, die Angst haben, dass ich den Kinderärzten und anderen das Impfen wegnehmen will. Darum geht es mir gar nicht. Die Basis ist, dass wir mit viel Gerede und viel gutem Willen in den letzten zehn Jahren erreicht haben, dass wir in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern sehr schlechte und blamable Impfergebnisse haben. Es geht mir nicht darum, dass der ÖGD wie eine Armee durch die Schulen oder Kindergärten reitet und die Leute zwangsimpft. Das ist nicht mein Ziel.

Mein Ziel ist, dass wir den ÖGD personell und finanziell so aufrüsten, dass er diese Gruppen von Menschen, die sich trotz Arztbesuch nicht impfen lassen, ergänzend impft. Das sollte auch im Sinne des Präventionsgedankens sein.

Mit Verlaub: Wenn ich jetzt immer wieder diesen entrüsteten Aufschrei höre, wenn vom ÖGD eine Spritze in die Hand genommen wird, das sei Sache der Niedergelassenen, dann habe ich das Gefühl, dass eigene merkantile Interessen gegenüber dem Allgemeinwohl ein klein bisschen in den Vordergrund geraten.

(Beifall)

Es geht mir einfach darum, den ÖGD mit zu benutzen, um die blamablen Ergebnisse international auszugleichen.

Damit die ganze Sache hier seinen Frieden findet, sage ich selber: Überweisen Sie den Antrag bitte an den Vorstand. Mit der göttlichen Weisheit des Vorstands werden wir das vielleicht mit der Intention einpflegen können. Es sollte nicht nur uns Niedergelassenen obliegen. Wir kriegen diese Ergebnisse mit dem ganzen Geschwafel, das wir über die vielen Jahre produziert haben, nicht.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lipp. – Bevor Herr Quitterer das Wort erhält, folgende Frage. Es ist jetzt 18 Uhr. Es liegen noch sieben Wortmeldungen vor. Das sind bei Ihrer stringenten Diskussionskultur 14 Minuten. Wenn wir 15 Minuten für die beiden Schlussworte und 11 Minuten für die Abstimmung ansetzen, könnten wir heute bis 18.30 Uhr fertig werden. Anderenfalls dauert es morgen früh auch nur eine halbe Stunde.

Meine Frage an Sie lautet: Möchten Sie jetzt lieber die halbe Stunde noch anfügen oder möchten Sie lieber morgen früh damit anfangen und jetzt unterbrechen? Wir stimmen darüber ab. Wer dafür ist, jetzt noch eine halbe Stunde anzuhängen, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer möchte die Thematik gern morgen früh wieder aufnehmen? – Das scheint mir die Mehrheit zu sein.

Dann unterbreche ich auf Ihren Wunsch hin jetzt die Debatte. Wir treten morgen früh um 9 Uhr wieder in die Debatte ein. Der erste Redner ist dann Herr Quitterer.

Vielen herzlichen Dank. Genießen Sie den Abend. Machen Sie etwas daraus!

3. Tag, Donnerstag, 29. Mai 2014 **Vormittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne die Sitzung am Donnerstagvormittag. Wir befinden uns noch im Tagesordnungspunkt II: Prävention.

Bevor wir mit den Beratungen beginnen, begrüße ich wieder ganz besonders herzlich unseren Ehrenpräsidenten, Herrn Kollegen Dr. Jan Leidel. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenso herzlich begrüße ich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Karsten Vilmar. Auch dir, Karsten, ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Wie fast immer haben wir auch heute zwei Geburtstagskinder unter unseren Delegierten. Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag Frau Dr. Petra Bubel aus Sachsen-Anhalt und Herrn Erhard Stähler, Ersatzdelegierter der Ärztekammer Nordrhein. Ihnen beiden herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag!

(Beifall)

Wir können in der Tagesordnung fortfahren. Wir sind beim Tagesordnungspunkt II: Prävention. Es ist eine Redezeitbegrenzung auf zwei Minuten beschlossen und auch Schluss der Rednerliste. Der erste Redner ist Kollege Gerald Quitterer aus Bayern.

Dr. Quitterer, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Wertes Präsidium! Guten Morgen, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 14. Er beschäftigt sich mit dem Präventionsgesetz. Dieses Gesetz soll an den Lebenswelten ausgerichtet sein. Das bedeutet: Menschen sollen dabei unterstützt werden, ihre Umgebung nach eigenen Bedürfnissen gemeinsam und gesundheitsförderlich zu gestalten. Wichtig ist: Medizinische Aspekte sollen eingebracht werden. Hier stehen wir Ärzte in vorderster Front. Bei der Betreuung dieser Menschen sind wir ganz vorne mit dabei. Darauf zielt auch mein Antrag ab.

Prävention bedeutet sowohl die Impfung im Kleinkindesalter als auch die Betreuung in der Kita, in der Schule, im beruflichen Umfeld. Das reicht bis zur Betreuung der geriatrischen Patienten. Hier kombinieren wir behandelnden Ärzte von der Primär- über die Sekundär- und die Tertiärprävention auch die Quartärsituation unserer Patienten bis hin zur Sturzprophylaxe.

Gestern ist uns das arriba-Programm vorgestellt worden. Das ist Prävention von der Primär- bis zur Quartärprävention. Deswegen unsere Forderung in dem Antrag, dass im Zusammenhang mit diesem Gesetz verstärkt die Einbeziehung der Ärzte bei der Auswahl der Präventionsmaßnahmen erfolgt. Das ist unsere primäre Aufgabe in der Betreuung im Rahmen des Gesetzes. Ich bitte Sie um Unterstützung dieses Antrags.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Quitterer. – Nächste Rednerin ist Ulrike Beiteke aus Westfalen-Lippe.

Dr. Beiteke, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen! Ich möchte zu dem Antrag „Krebsfrüherkennung überprüfen“ sprechen. Ich denke, es ist unstrittig, dass im Zeichen der Qualitätssicherung auch Präventionsprogramme überprüft werden müssen. Ich möchte aber vor der Etablierung eines Generalzweifels an der Sinnhaftigkeit dieser Programme warnen. Ich bin als Dermatologin da vielleicht auch an vorderster Front. Wir versuchen seit Jahren, unsere Patienten davon zu überzeugen, UV-Licht zu meiden. Das gilt als die wesentliche Primärprävention bei der Etablierung von Tumoren. Wir haben das sehr gut darlegen können und haben erreicht, dass die UV-Prävention in eine neue BK 5103 eingeflossen ist. Man weiß ja, wie schwierig es ist, die Daten dafür beizubringen, dass eine Sicherheit vorhanden ist.

Ich möchte dafür sprechen, dass wir bezüglich der Prävention die Primärprävention weiterbestehen lassen. Wir können sicher sein, dass wir da auf dem richtigen Weg sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Beiteke. – Wieland Dietrich aus Nordrhein ist der Nächste.

Dietrich, Nordrhein: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Prävention ist eine wichtige ärztliche Aufgabe. Es ist aber auch wichtig, dass die Prävention so durchgeführt wird, dass wir in jedem Einzelfall den Patienten wirklich eine individuell adaptierte, sachgerechte und fachgerechte Prävention anbieten. Wenn solche Dinge wie ein Präventionsgesetz diskutiert werden, ist darauf zu achten, dass beispielsweise nicht irgendwelche Vorsorgen etabliert werden, die gar nicht den Fachstandards entsprechen.

Leider ist die gesetzliche Hautkrebsvorsorge eine Vorsorge, die erst ab 35 Jahren beginnt und alle zwei Jahre vorgesehen ist. Sie beinhaltet keine dermatoskopische, auflichtmikroskopische Beurteilung von Hautveränderungen. Insofern ist ganz klar eine Unterschreitung des Leitlinien- und Fachstandards vorgesehen. Das ist für viele Kollegen ein großes Problem, die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung tätig sind.

Wir haben da mittlerweile einen echten Konflikt. Gestern bin ich von einem Kollegen gefragt worden: Warum haben wir eine Vorsorge, der Patient aber regelmäßig zur

Zahlung aufgefordert wird? Das ergibt sich einfach dadurch, dass wir als Ärzte verpflichtet sind, den Fachstandard aufrechtzuerhalten.

Wir haben jetzt ein Patientenrechtegesetz, in dem das steht. Daran müssen wir uns halten; das sind wir den Patienten schuldig. Deshalb mein Plädoyer an dieser Stelle: Wenn es ein Präventionsgesetz gibt, sind in jedem Fall die ärztliche Therapiefreiheit und der Fachstandard zu gewährleisten. Das ist für mich ein ganz wichtiger Punkt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dietrich. – Hans-Detlef Dewitz aus Berlin ist der nächste Redner.

Dr. Dewitz, Berlin: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie ein bisschen wachrütteln. Wir haben gestern zwei wunderschöne Referate zum Thema Prävention gehört. Ich möchte Ihnen jetzt schildern, wie es einem niedergelassenen Kassenarzt gehen kann. Der eine Fall betrifft die AOK und Impfungen. Wenn ich in Berlin eine Tetanusauffrischungsimpfung nach einem Unfall oder dergleichen innerhalb von zehn Jahren durchführe, sagt die AOK: Das ist keine Prävention, das ist ärztliche Leistung und muss deshalb im normalen Budget sein. Wenn ich den Patienten nach seinem Impfstatus frage und Diphtherie und Pertussis, Tetanus und Polio mit auffrische – es wird Polio aus Syrien eingeschleppt, es wird Diphtherie eingeschleppt, wir kriegen Pertussis –, dann stellt die AOK Regressforderungen. Ich darf die Impfstoffe dann selber bezahlen. Auch die Impfung bekomme ich nicht bezahlt.

Ich denke, so kann es nicht sein. Wir sollen den Impfstatus auffrischen. Es kann ja nicht sein, dass ich den Patienten eine Woche später noch einmal einbestelle und die zweite Auffrischung machen soll.

Der zweite Punkt betrifft die Barmer. Es gibt eine wunderschöne EBM-Ziffer zum Thema Koloskopie. Man soll Patienten nach dem 55. Lebensjahr motivieren, zu einer präventiven Koloskopie zu gehen. Das gelingt sicherlich nicht beim ersten Gespräch. Wenn ich das im Leben des Patienten mehr als einmal mache, stellt die Barmer sofort Strafanzeige. Sie werden sich denken können, welche Folge das hat. In Berlin wird weniger darüber aufgeklärt. Die Zahl der präventiven Koloskopien geht zurück, was die Barmer anscheinend haben möchte. Ich denke, so kann es nicht sein.

Noch ein Kommentar zu Herrn Lipp. Er meinte, beim Thema Impfen gebe es etwas mit pekuniären Interessen. Die Kassen gönnen uns etwa 6 oder 7 Euro für eine Impfung. Die Impfung ist normalerweise eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Man kann nachlesen, was in Berlin wie viel kostet. Der Öffentliche Gesundheitsdienst braucht 22 Euro für die Klärung und Durchführung der Impfung. Wir bekommen immerhin 6 Euro.

Ich denke, das müsste man öffentlich machen und dagegen ankämpfen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Dewitz. – Nächster Redner ist Herr Kollege Ulrich Schwantes, Vizepräsident der Ärztekammer Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Guten Morgen! Lieber Herr Montgomery, Sie haben gestern zum Antrag II-09 darauf hingewiesen, dass einige Formulierungen zu Beginn nicht zutreffend sind. Deswegen schlage ich als Antragsteller folgende Änderung vor:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt und unterstützt ausdrücklich die öffentliche Aufforderung des Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, bestehende Programme zur Krebsfrüherkennung wissenschaftlich auf ihren Nutzen und ihr Risiko zu überprüfen.

Damit ist wahrscheinlich genau das erreicht, was Sie haben wollten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen gern noch begründen, warum ich diesen Antrag mit gestellt habe. Natürlich heißt „überprüfen“ nicht, dass alle Krebsfrüherkennungsmaßnahmen von vornherein verworfen werden sollen, aber sie sollen überprüft werden.

Max Kaplan hat gestern sehr eindrücklich in seinem Referat gezeigt, um was es eigentlich geht. Er hat die Risiken für den Patienten dargestellt, nämlich die bestehende Fehleinschätzung des Nutzens oder die hohe Erwartungshaltung aufseiten des Patienten, die Unterschätzung des Schadenspotenzials und die Überdiagnose.

Das betrifft uns Ärzte genauso. Auch wir haben eine Fehleinschätzung des Nutzens und eine hohe Erwartungshaltung. Wir sitzen zusammen mit den Patienten in einem Boot. Daraus erwächst für uns natürlich eine Verantwortung, aus dieser Unsicherheit heraus zusammen mit dem Patienten eine vernünftige Entscheidung zu treffen, ein Gespräch zu führen, es mit ihm gemeinsam auszuhalten.

Die Unsicherheit können wir nicht wegnehmen, aber als Ärztinnen und Ärzte können und müssen wir für den Patienten zuverlässig sein. Wir müssen mit ihm gemeinsam durch diese Unsicherheit hindurchgehen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Schwantes. Ihre Änderung des Antrags begrüße ich natürlich. Das übernehme ich. Das ist sehr klug und sehr richtig. – Ellis Huber ist der Nächste.

Dr. Huber, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Präventionsgesetz wird kommen. Einige 100 Millionen werden verteilt werden für primär-, sekun-

där, tertiär- und quartärpräventive Aufgaben. Die Frage wird sein: Geht das staatsnah oder geht das selbstverwaltungsnah? Es gibt eine Organisation, bei der fünf Landesärztekammern Mitglied sind, auch die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, wenige Kassenärztliche Vereinigungen: die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung. Ich will darauf hinweisen mit der Konkretisierung eines Handlungsprogramms im Antrag 11. Im Antrag 13 wird darauf hingewiesen, wie das auch vor Ort in den Kommunen umgesetzt werden kann.

Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung bildet das wirkliche Dach, sozusagen eine Art Präventions-KV oder Gesundheitsförderungs-KV, um die Vergabe und den Einsatz der Ressourcen, die für Prävention aufgewendet werden sollen, zu administrieren.

Ich kann nur alle Landesärztekammern auffordern, dort Mitglied zu werden, die Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso. Das wäre ein Dach, das selbstverwaltungsnah genau das tut, was wir brauchen: eben keine staatsverwaltete Prävention und Gesundheitsförderung, sondern eine in der Selbstverwaltung organisierte, strukturierte und orientierte Versorgung.

Wir sind da die Erben von Rudolf Virchow. Virchow sagt, der Arzt hat für zwei Dinge zu sorgen: einmal für die Gesellschaft im Ganzen, und zwar dort, wo sie die Gesundheit des Einzelnen hemmt, und auch für das Individuum in Bezug auf die Gesellschaft. Die Ärzteschaft muss die Verhältnisse so gestalten, dass der Einzelne in die Lage versetzt wird, seine Gesundheit selbst zu schützen.

Ich bitte Sie also um Zustimmung zu den Anträgen 11 und 13 und wünsche noch einen guten Tag.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das wünschen wir dir auch, lieber Ellis. Vielen Dank. – Herr Bolay, Sie sind der letzte Redner auf der Rednerliste. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Vielen Dank. – Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wünsche Ihnen einen schönen guten Morgen. Es geht noch einmal um den Antrag II-08. Herr Lipp hat mir gestern vorgeworfen, ich wollte aus pekuniären Gründen eine Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am Impfen verhindern. Das ist Quatsch! Ich wünsche mir, dass wir niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in der Praxis sehr viel mehr den Impfgedanken in die Breite tragen und das Impfen sehr viel konsequenter anpacken als bisher.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist – das haben wir gestern gehört – weder personell noch finanziell – die Impfstoffe sind sehr teuer – in der Lage, diese Aufgabe auch nur in Teilen zu stemmen. In Münster, woher ich komme, lehnt das Gesundheitsamt ausdrücklich die Durchführung von Impfungen ab.

Aber das ist nur das eine. In dem Antrag steht noch etwas anderes. Dort steht auch: Es sollen auch andere geeignete Einrichtungen die Impfungen übernehmen. Ich weiß nicht, welche Vorstellungen Herr Lipp von diesen anderen geeigneten Einrichtungen

hat. Aber ich weiß eines: dass wir auf diesem Ärztetag jegliche Substitution ganz konsequent abgelehnt haben.

Impfungen sind der bislang erfolgreichste Teil in der Prävention, nachweisbar, messbar. Ich bin ein entschiedener Impfbefürworter. Aber gut gemeint kann auch mal danebengehen. Deshalb möchte ich Sie bitten, liebe Kolleginnen und Kollegen, diesen Antrag abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bolay. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Sie selber haben die Rednerliste geschlossen.

Jetzt haben noch die beiden Referenten die Chance zu einem Schlusswort. Danach schließe ich die Aussprache und wir können in die Abstimmungen eintreten.

Ich habe eben noch handschriftlich einen Antrag hereingereicht bekommen, den ich Ihnen jetzt kurz vorlese, weil ich nicht davon ausgehe, dass Sie ihn noch umgedruckt bekommen werden. Er ist jetzt gerade eingereicht worden und trägt den Titel:

Erährungs- und Gesundheitslehre in Schulen

Der Antragstext lautet folgendermaßen:

Prävention und Gesundheitsförderung müssen in den Lebenswelten von Kindern – Kindertagesstätten, Schulen – beginnen.

Kinder und Jugendliche sollen im Rahmen des Erwerbs von Lebenskompetenzen in der Schule lernen, im Alltag selbst Verantwortung für den bestmöglichen Erhalt ihrer Gesundheit zu übernehmen.

Daraus folgt: Ernährungs- und Gesundheitslehre in Schulen ist somit zu fördern.

Dieser Antrag wird als letzter abgestimmt. Vielleicht bekommen Sie ihn in der Zwischenzeit auch noch umgedruckt.

Jetzt bitte ich die Referenten um ihr Schlusswort.

Henke, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich glaube, Sie erwarten nicht, dass ich jetzt zu allen Anträgen Stellung nehme. Ich möchte mich bei allen Diskussionsteilnehmern sehr herzlich für diese engagierte und konstruktive Diskussion bedanken. Ich will zu ein paar Anträgen etwas sagen, um Ihnen vielleicht die Entscheidung zu erleichtern.

Ich komme zuerst zum Antrag II-09. Dort geht es um die Äußerung unseres Präsidenten Montgomery. Ich glaube, das ist jetzt geklärt. Der Antragsteller selbst hat den Text verändert. Von unserer Seite aus besteht natürlich kein Einwand, die richtig wiedergegebenen Äußerungen von Frank Ulrich Montgomery mit einem breiten Votum des Ärztetages zu unterstützen.

Ich komme zweitens zur Frage des Mammografiescreenings. Sie haben gerade erlebt, dass Frau Beiteke gesagt hat: Wir dürfen Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen nicht ein Zwielicht bringen. Ich glaube, darum geht es den Antragstellern in ihrem Antrag II-12 gar nicht so sehr. Das könnte man vielleicht daraus schließen, dass dort steht, dass die Mammografie nach dem ärztlichen Standard zu erbringen ist. Das Problem besteht darin, dass es in der Zwischenzeit aus den Vereinigten Staaten von Amerika ziemlich gesicherte Befunde gibt – Frau Groß hat sie zitiert –, wonach die Dichte der weiblichen Brust dazu führt, dass die Röntgenstrahlen unterschiedlich stark absorbiert werden. Es gibt Frauen, bei denen das Mammografiescreening zu einem eingeschränkt verwertbaren Untersuchungsbefund bei eingeschränkter Ergebnissicherheit führt.

Darüber sollten – ich glaube, das ist das Petitum von Frau Groß und den anderen Antragstellerinnen – die Frauen aufgeklärt werden, weil sich dann die Frage anschließt: Muss man über die Screening-Mammografie hinaus weitere Untersuchungsmaßnahmen durchführen, etwa eine Sonografie oder diese neuartige Form der Sonografie, die Elastogramme, die eine besondere Technik voraussetzen? Das ist ein Punkt, an dem bisher jedenfalls das Mammografiescreening in Deutschland diese Überlegungen noch nicht aufgenommen hat.

Der Antrag fordert, dass ein vollständiger ärztlicher Befund übermittelt werden muss, damit jenseits der Frage, ob ein Verdacht auf ein Mammarkarzinom besteht oder nicht, dokumentiert ist: Ist diese Brust besonders dicht oder nicht, radiologisch betrachtet? Ich glaube, diese Frage möchte Christiane Groß in die Aufklärung einbezogen wissen. Sie möchte die behandelnden Ärztinnen und Ärzte davon unterrichtet wissen.

Das entspräche nach meinem Verständnis eigentlich der Überzeugung, dass immer ein informiertes Einverständnis der untersuchten gesunden Personen gebraucht wird. Zu diesem informierten Einverständnis gehört natürlich, was die Methode an Gutem leisten kann, was sie an Risiken mit sich bringt und wo ein fragliches Ergebnis herauskommen kann. Ich glaube, das ist der Punkt, um den es Christiane Groß geht.

Diese Anfrage wird zurzeit verschiedentlich gestellt. Mein Eindruck ist, dass im Programm selbst eine Debatte bevorsteht. Ich habe nicht das Gefühl, dass der Antrag II-12 das Mammografiescreening grundsätzlich infrage stellt, aber er fügt ihm ein weiteres Element bei.

Was die Frage der Förderung der Schutzimpfungen und die Kontroverse angeht, ob der Öffentliche Gesundheitsdienst einzubeziehen ist oder nicht: Zumindest muss man sagen, dass man, wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst in den Schulen Reihenimpfungen durchführt, eine sehr, sehr hohe Erfassung erreichen kann. Richtig ist, dass wir gestern den Personalabbau im Öffentlichen Gesundheitsdienst kritisiert haben. Frau Teichert hat uns dargelegt, dass von 3.500 Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst nur noch 2.200 übrig geblieben sind. Das macht Limitationen wie die eben aus Münster geschilderte natürlich erforderlich.

Ich glaube, Herrn Lipp geht es gar nicht um die Frage, ob jetzt in Münster zusätzlich zu den niedergelassenen Ärzten auch der Öffentliche Gesundheitsdienst Münster impfen soll, sondern es geht um die konzeptionelle Frage, ob das zum Kreis der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dazugehört.

Noch eine Bemerkung zum Thema Ausschreibung von Impfstoffen. Gestern kam in einer Wortmeldung zum Ausdruck: Da laufen wir der pharmazeutischen Industrie hinterher. Das Problem ist ja, dass wir inzwischen in Teilen bei der Produktion von Impfstoffen eine Art von Monopolsituation haben. Dieses Monopol ist dadurch entstanden, dass ein Hersteller, der bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Lieferung des Impfstoffs keinen Zuschlag bekommt, natürlich auch keinerlei Vorbereitung trifft, Impfstoff zu produzieren, und sich keine Produktionskapazitäten reserviert. Wenn dann in der Produktionskette des beauftragten Impfstoffherstellers eine Lücke entsteht, ist plötzlich niemand lieferfähig.

Herr Hermann von der AOK hat im Ausschuss für Gesundheit erklärt: Das ist kein Problem, denn dann lösen wir eine Konventionalstrafe aus. Wir haben uns ja vorher versichern lassen, dass der Impfstoffhersteller, den wir beauftragen, lieferfähig ist.

Das hilft natürlich nur begrenzt. Die Konventionalstrafe entlastet die AOK, was ihre Finanzsituation angeht. Das ist, weil wir an der starken Finanzkraft der Krankenkassen interessiert sind, natürlich sehr zu begrüßen, löst aber den Engpass nicht auf. Im Deutschen Bundestag wird es in der kommenden Woche eine Abstimmung geben, wonach ein zusätzlicher Satz in § 132 e Abs. 2 SGB V eingefügt werden soll, der lautet:

Für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen sind Verträge nach Satz 1 mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmen innerhalb eines Versorgungsgebietes zu schließen.

Das ist die Konsequenz aus den Engpässen. Man kann sagen: Es gibt manchmal auch drei, vier oder fünf. Sie müssen jetzt darüber befinden, ob Sie, wie die Antragsteller es wollen, die Ausschreibung von Impfstoffen ablehnen. Unsere Erfahrung ist: Wenn die Ausschreibung dazu führt, dass nur ein Hersteller beauftragt wird, ist das ein Irrweg. Dieser Irrweg muss korrigiert werden. Ich würde das nicht als Liebedienerie gegenüber der pharmazeutischen Industrie werten, sondern als pure Einsicht in die Notwendigkeit, die Produktionsprozesse bei der Bestellung so zu analysieren, dass die Analyse relativ realistisch ist.

Im Übrigen glaube ich, die Anträge sprechen für sich selbst. Sie können ja selbst dazu entscheiden. Ich glaube, dass sie sich untereinander nicht widersprechen. Die Anträge, die sich auf die Meinungsbildung in der kommunalen Familie beziehen, die Anträge, die sich auf die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung beziehen, sind ohne Widerspruch zu den Anträgen, die hier von den Delegierten und vom Vorstand gestellt sind. Ich glaube, Sie haben jetzt eine gute Grundlage, um über die Anträge abzustimmen.

Ich bedanke mich noch einmal sehr. Ich möchte in diesen Dank ausdrücklich Frau Dr. Rozeboom und Herrn Dr. Kunstmann und alle, die im Dezernat mitgeholfen haben, einbeziehen. Sie haben gestern Max Kaplan und mich so reichlich gelobt. Ich glaube, ein erklecklicher Teil dieses Lobes wegen der Vorbereitung ist dorthin weiterzureichen, auch an den Wissenschaftlichen Beirat für die Vorbereitung des Präventionsforums vom letzten Oktober. Ohne diese Mitwirkung hätten wir ganz anders dagestanden. Dann hätten Sie uns auch nicht so gelobt.

Vielen Dank fürs Zuhören.

(Beifall)

Dr. Kaplan, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Auch ich möchte mich bei Ihnen ganz herzlich für die informative, interessante und konstruktive Diskussion bedanken. Zu den einzelnen Anträgen möchte ich jetzt keine Stellung mehr beziehen. Rudolf Henke hat dazu alles gesagt.

Ich möchte die Gelegenheit aber nutzen, noch kurz zusammenzufassen, welche Botschaft von diesem Deutschen Ärztetag bezüglich Prävention nach außen gehen soll. Prävention ist heute wichtiger denn je, wenn auch einzelne Screeningmaßnahmen überprüft werden und vor allem transparent gemacht werden sollten.

Verhältnis- und Verhaltensprävention sind bedeutend und wichtig, insbesondere in der Kombination. Prävention ist zwar eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – deswegen ist auch der Gesetzgeber gefordert –, aber wir wollen keine Staatsprävention, sondern eine individualisierte Prävention. Hierbei können nur wir Ärztinnen und Ärzte die Schlüsselrolle übernehmen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Max. – Damit schließe ich die Beratung zu diesem Tagesordnungspunkt und beginne mit der Abstimmung der Anträge. Die Abstimmungsreihenfolge ist Ihnen projiziert. Wir beginnen mit dem **Antrag II-01** vom Vorstand. Änderungsanträge sind mir nicht zur Kenntnis gebracht worden. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag ohne Gegenstimmen einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-11:**

Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung

Änderungsanträge sind mir nicht bekannt. Wer dem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer dagegen ist, sollte das jetzt zur Kenntnis geben. – Einige Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit einigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen gleichwohl mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-02** vom Vorstand der Bundesärztekammer:

Stärkung der ärztlichen Prävention durch ein Präventionsgesetz

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Wer dagegen ist, sollte das jetzt tun. – Eine Gegenstimme. Enthaltungen? – Keine. Dann ist der Antrag bei einer Gegenstimme mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-14:**

Einbeziehung von Ärzten bei Präventionsmaßnahmen

Wer für den Antrag ist, möge bitte die Karte erheben. – Wer ist gegen den Antrag? – Einer. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-05**, bei dem der Antragsteller selbst um eine Ergänzung gebeten hat. Der fünfte Absatz lautet:

Das Präventionsgesetz darf zu keiner Einschränkung etablierter Präventionsaktivitäten führen.

Danach soll folgender Satz angefügt werden:

Insbesondere sind ärztliche Präventionsleistungen zu stärken.

Da der Antragsteller dies selbst beantragt hat, brauchen wir darüber nicht abzustimmen. Die Frage ist, wie Sie zu dem Gesamtantrag stehen. Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Wer Enthält sich? – Dann ist der Antrag bei einer Gegenstimme mit überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-07**:

Prävention in der Arbeitswelt – Stärkung der gesundheitlichen Vorsorge durch ein „Gesetz zur Förderung der Prävention“

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Ich glaube, einige sind dafür und dagegen und wollen sich vielleicht auch noch enthalten. Ich frage also noch einmal: Wer ist dagegen? – Drei sind dagegen. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Gleichwohl ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-03**. Herr Rütz hat darum gebeten, von der Liste der Antragsteller, auf die er wohl irrtümlich geraten ist, gestrichen zu werden. Der Titel des Antrags lautet:

Präventionsleistungen von der Umsatzsteuerpflicht befreien

(Zuruf)

– Herr Veelken hat Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag II-09**:

Krebsfrüherkennungsprogramme überprüfen

Der Antragstext ist vom Antragsteller selbst geändert worden und soll nunmehr lauten:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt und unterstützt ausdrücklich die öffentliche Aufforderung des Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, bestehende Programme zur Krebsfrüherkennung wissenschaftlich auf Nutzen und Risiko zu überprüfen und zu analysieren.

Jetzt habe ich noch eine persönliche Bitte an Sie. In der Begründung ist eine Meldung der Tagesschau aufgeführt. Am Ende des Antrags steht ein Satz, der mich natürlich zutiefst erfreut, aber nicht nötig ist. Am Ende heißt es:

Wo er Recht hat, hat er Recht.

Abgesehen von der Tatsache, dass ich das natürlich als Selbstverständlichkeit empfinde,

(Heiterkeit)

bin ich nicht sicher, ob sich so etwas in einem Antrag oder Beschluss des Deutschen Ärztetages wiederfinden sollte. Sie täten mir einen Gefallen, wenn der Text ab „Begründung“ gestrichen würde.

(Zuruf)

– Ist gestrichen, sagen die Antragsteller.

Ich frage jetzt: Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-12:**

Mammographie-Screening – Befundmitteilung

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-10:**

Schutzimpfungen konsequent fördern

Wer für den Antrag ist, der möge die Karte erheben. – Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-08:**

Einführung eines Impfnachweises für Masern vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung

(Zuruf)

– Herr Lücke aus Niedersachsen beantragt Vorstandsüberweisung und wünscht, sie auch zu begründen.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das, was dieser Antrag grundsätzlich möchte, teilen wir sicherlich alle. Aber gut gedacht ist definitiv nicht gut gemacht, und zwar aus zwei Gründen. Wenn die Masernimpfpflicht vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung eingeführt würde, würde das bedeuten, dass wir die allgemeine Schulpflicht aufheben, denn Eltern, die ihre Kinder nicht impfen lassen, könnten so die allgemeine Schulpflicht umgehen. Das sollte bedacht werden. Die Formulierungen sollten entsprechend geändert werden.

Wenn wir eine allgemeine Impfpflicht für Masern einführen, müssten wir lange schon eine Pflicht zu Grippeimpfungen in Altenheimen haben.

Es gibt also mehrere Probleme, die der Vorstand noch einmal bedenken sollte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das war die Begründung für eine Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Herr Lange.

Lange, Niedersachsen: Es kann sein, dass es im Feintuning verbesserungsfähig ist. Das an den Vorstand zu geben, um eine richtige Impfempfehlung generell zu überarbeiten, ist sicherlich sinnvoll. Ich glaube, es wäre ein ausgesprochen schlechtes Signal des Deutschen Ärztetages, sich gegen eine konsequente Maserndurchimpfung auszusprechen und das an den Vorstand zu delegieren. Deshalb muss der Antrag beschieden werden, und zwar positiv.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Jetzt haben wir einen für und einen gegen Vorstandsüberweisung gehört. Nun bilden wir uns eine Meinung über die Vorstandsüberweisung. Wer möchte das an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Eine ganze Menge. Enthaltungen? – Wenige. Der Antrag ist mit Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag II-06:**

Ausschreibung von Impfstoffen

(Zuruf)

– Von Herrn Scholz aus Hessen ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenezusprechen? – Frau Taube.

(Zuruf)

– Herr Rühmkorf wünscht Nichtbefassung. Das ist dann der nächste Schritt. – Frau Kollegin Taube, bitte.

Taube, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Werte Kolleginnen und Kollegen! Diese Ausschreibung der Impfstoffe hat zu verschiedenen Problemen bei den Impfabläufen in den Praxen und zu einer Verminderung des Interesses der Patienten, geimpft zu werden, geführt. Die Patienten fragen nämlich nicht noch ein drittes, viertes oder fünftes Mal nach, ob wir endlich Impfstoff haben. Ich habe Ende vergangenen Jahres eine wissenschaftliche Analyse gehört: Es reicht für den Impfschutz noch aus, wenn wir im November oder Dezember impfen. Das mag alles richtig und wissenschaftlich belegt sein. Das will ich gar nicht anzweifeln. Aber es ist nicht praktikabel. Die Impfwilligkeit, das Interesse an der Impfung und damit die Durchimpfungsrate der Bevölkerung nehmen ab. Es gibt einen massiven Aufwand und Stress in den Praxen.

Ich denke, wir Ärzte, die wir impfen, sollten uns hier dazu eine Meinung bilden. Deshalb bin ich gegen die Vorstandsüberweisung.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Es ist Nichtbefassung eingeworfen worden, nachdem ich Frau Taube bereits aufgerufen hatte. Nach der Geschäftsordnung ist jemand, der aufgerufen wurde, an der Reihe. Erst danach kommt die Nichtbefassung. Es mag Sie verwirren, dass ich jetzt nicht frage, wer gegen Vorstandsüberweisung ist, sondern: Wer hat Nichtbefassung gerufen? Ich meine, es war Herr Rühmkorf, wenn mich nicht alles täuscht. Herr Rühmkorf hat Nichtbefassung beantragt. Darüber bilden wir uns sofort eine Meinung. Wenn Nichtbefassung beschlossen wird, ist es durch. Wenn wir es negativ bescheiden, hören wir den Gegner der Vorstandsüberweisung und anschließend fahren wir fort.

Wissen alle, woran wir sind? Möchte jemand gegen Nichtbefassung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich Sie jetzt: Möchten Sie sich nach dieser intensiven Befassung nicht mehr mit dem Antrag befassen? – Wenige. Wer möchte sich damit weiter befassen? – Das ist die große Mehrheit. Damit ist Nichtbefassung abgelehnt.

Ich frage Sie jetzt: Wünschen Sie, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen?

(Zuruf)

– Stimmt. Dann frage ich Sie jetzt: Wer möchte das an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht an den Vorstand überweisen? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Wer enthält sich? – Niemand. Dann ist der Antrag jetzt eindeutig frei zur Abstimmung. Ich frage Sie: Wer möchte dem Antrag II-06 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag II-04**:

Kinder und Jugendliche in PKW vor Passivrauchen schützen

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen jetzt zum **Antrag II-13**:

Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Wer ist gegen den Antrag? – Das müssen wir zählen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Dann bitte ich, jetzt die Gegenprobe durchzuführen. – Die Enthaltungen bitte. – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit 95 : 108 Stimmen **abgelehnt**.

Wir kommen als Letztes zum **Antrag II-15**:

Ernährungs- und Gesundheitslehre in Schulen

Liegt Ihnen der Antrag jetzt umgedruckt vor? – Er liegt vor. Dann brauche ich ihn Ihnen nicht vorzulesen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Wenige. Enthaltungen? – Niemand. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Weitere Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt liegen mir nicht vor, sodass mir nur noch bleibt, mit einem besonderen Dank an die Referenten und einem herzlichen Dank für den wirklich gelungenen Tagesordnungspunkt an die im Hintergrund stehenden Mitarbeiter, Frau Rozeboom und Herrn Kunstmann, diesen Tagesordnungspunkt zu schließen.

(Beifall)

Ich rufe **Tagesordnungspunkt V** auf:

Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Referent ist Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender der Weiterbildungsgruppen der Bundesärztekammer. Franz, du hast das Wort.

Dr. Bartmann, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dies ist ein Zwischenbericht. Das bedeutet: Es hat Vorberichte gegeben und es wird Folgeberichte geben. Haben Sie keine Angst, dass ich jetzt mit der Propädeutik beginnen werde. Das hätte das große Risiko, dass diejenigen, die das zum x-ten Mal hören, eingeschlafen sind, bevor ich bei der eigentlichen Botschaft ankomme. Ich bin ganz sicher, dass auch diejenigen, die das, was in der Vergangenheit beschlossen wurde, nicht mehr ganz präsent haben, verstehen werden, um was es mir in diesem Zwischenbericht geht, nämlich darzustellen, wo wir uns auf dem vorgesehenen Weg befinden.

Ich habe Ihnen im vergangenen Jahr berichten können, dass kurz vor Eröffnung des Ärztetages alle Berufsverbände und Fachgesellschaften ihre Eingaben auf unsere Wiki-BÄK-Plattform abgeschlossen hatten. Das war nicht banal; es geht immerhin um 61 Facharztbezeichnungen und Schwerpunkte und 47 Zusatzweiterbildungen, also insgesamt 108 inhaltliche Eingaben in das Raster, das Ihnen allen vermutlich noch vor Augen steht.

Danach geschah, was zu erwarten war. Die ersten Kommentare sind eingetrudelt. Was von den Gesellschaften mit einer Stimme eingegeben war, hat mittlerweile wieder einen mehrstimmigen Charakter dadurch gewonnen, dass manche einzelne Eingaben oder auch die komplette Eingabe kommentiert haben. Sie erinnern sich auch, dass, bevor ich in Hannover das Podium erreicht hatte, die Schlange der Antragsteller am Ende des Blocks der Delegierten angekommen war. Das heißt, wir haben unendlich viele Zusatzinformationen seit meinem damaligen Vortrag in unser Konzept einzubauen gehabt.

Wir haben zahlreiche Gespräche geführt, auch mit Antragstellern, teilweise telefonisch, teilweise durch Aufsuchen der Antragsteller, wenn es um substantielle Dinge ging. Wir haben zahlreiche Gespräche nicht mit einzelnen Facharztgebieten, sondern übergreifend, wo mehrere Facharztentitäten in einem Gebiet versammelt sind, mit den Weiterbildungskommissionen geführt. Teilweise sind wir uns mehr als Schiedsleute und Mediatoren vorgekommen denn als Sachverständige, die eventuell neue Informationen eingeben. Durchaus ist auch in einem großen Gebiet die Meinung, wie etwas abgebildet werden soll, nicht homogen.

Ganz spannend war, dass die Interdisziplinarität Fuß gefasst hat. Ich sage exemplarisch: Eines unserer letzten Gespräche, das mir noch sehr präsent ist, war das Gespräch zwischen Angiologen, Gefäßchirurgen und Radiologen. Alle diese Gespräche, sowohl die Gespräche mit den Antragsstellern aus Ihren Reihen als auch mit den Fachgesellschaften und mit den interdisziplinären Zirkeln aus verschiedenen Gesellschaften, haben gezeigt, dass im Grunde ein hohes Maß an Konsens im Hinblick auf das besteht, was wir an Systematik vorgegeben hatten. Das heißt, im letzten Jahr hat sich das Konzept, das ich Ihnen im vergangenen Jahr vorgestellt habe, stabilisiert. Wir gehen jetzt also in die Phase der Umsetzung.

Was machen Betriebe, wenn sie vor einer solchen Umstrukturierung stehen, und zwar sowohl global aufgestellte Betriebe als auch mittelständische Betriebe? Sie investieren. Sie investieren teilweise nicht unerhebliche Summen in das Change Management, weil es ganz entscheidend davon abhängt, wie ein gutes Konzept in die Tat umgesetzt wird, dass Prozesse angepasst werden, dass vor allem diejenigen, die an den Prozessen beteiligt sind, mitgenommen werden, denn die Systemwiderstände gegen Veränderungen sind riesig. Je größer eine Veränderung ist, desto stärker sind die Widerstände, die sich in jedem Einzelnen aufbauen. Man muss die Betroffenen davon überzeugen, dass das, was sie als Bedrohung empfinden, in Wahrheit eigentlich ein Vorteil für sie ist. Das ist nicht einfach, das ist nicht banal.

Wir haben aus der Vergangenheit gelernt, dass es durchaus wichtig ist, dass man mit einem Ergebnis möglichst nahe an das zu erreichende Ziel herankommt. Sie erinnern sich vielleicht: Bei der letzten Novelle der Weiterbildungsordnung 2003 war ein ganz wesentlicher Punkt, dass wir gesagt haben, wir brauchen eine Kontinuität, eine Strukturierung im Weiterbildungsgang. Das sollte zum einen sichergestellt werden durch das Logbuch, zu führen durch den Weiterzubildenden, und zum anderen – das ist ganz wesentlich – korrespondierend durch ein Curriculum, also einen Plan, den die Weiterbildungsstätte oder der Weiterzubildende oder der Verbund, der sich für die Weiterbildung beworben hat, vorzulegen hatte, bevor ein Absolvent in die Weiterbildung ging.

Sechs Jahre später, bei der ersten Evaluation 2009, stellte sich heraus, dass nicht einmal in der Hälfte der Fälle dem Weiterzubildenden ein solches Curriculum bekannt war, obwohl jede Kammer bei Neubefugnis, manche auch bei bestehenden Befugnissen, dieses Curriculum von dem Weiterbilder eingefordert hat. Das liegt uns vor. Wir kennen es, aber die Weiterzubildenden nicht.

Das heißt, das Ziel, das wir damals erreichen wollten, ist heute genauso weit entfernt wie zu Beginn. Das kann uns nicht noch einmal passieren. Wir können uns nicht darauf verlassen, dass allein die Akzeptanz der Kirchgänger dazu führt, dass alle anderen dieses Konzept als für sich gültig und notwendig übernehmen.

Das klingt vielleicht ein bisschen wie eine Schuldzuweisung, ist es aber gar nicht, denn wir haben in der Evaluation der Weiterbildung etwas Weiteres gelernt. Sie erinnern sich alle an die Spinne, die darstellt, wie groß die Zufriedenheit mit dem Bildungsergebnis ist. Diese Spinne war, je weiter außen, desto besser, praktisch konzentrisch auf einem der äußeren Kreise identisch mit einer Delle, und zwar sowohl vertikal als auch longitudinal mit einer Delle bei Evidence-Based Medicine. Alles andere war eigentlich relativ gut, viel besser, als wir gedacht hatten.

Aber das Entscheidende war, dass sowohl die Weiterzubildenden als auch die Weiterbilder die Verhältnisse, unter denen Weiterbildung stattfand, als hochproblematisch dargestellt haben. Das heißt, die Arbeitskraft des Weiterbildungsassistenten war sehr viel höher dotiert als sein Weiterbildungsverlangen. Das kann ja im Grunde genommen nicht unser Ziel sein. Wir müssen versuchen, trotzdem diese Verhältnisse zu berücksichtigen. Wir können durch eine Systematik der Weiterbildung dieses Problem natürlich nicht beheben. Das haben Sie unter Tagesordnungspunkt I besprochen, wo es um Finanzierungsfragen der Weiterbildung, um Arbeitsbedingungen an den Weiterbildungsstätten ging. Die Systematik der Weiterbildung ändert daran primär erst einmal nichts. Wir müssen scheitern, wenn wir das wollten.

Wir würden aber genauso scheitern, würden wir diese Voraussetzungen nicht berücksichtigen. Rudolf Henke hat sehr plakativ – das kann er ja; das hat er auch gestern gezeigt – auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes gesagt: Investitionsloch frisst Weiterbildung. Damit ist im Grunde genommen ziemlich viel oder auch alles gesagt.

Ich werde Ihnen jetzt kurz berichten, wie wir versuchen, diesen Spagat zwischen den Verhältnissen auf der einen Seite und dem Bemühen, qualitativ möglichst hochwertige Weiterbildung zu erzielen, auf der anderen Seite einigermaßen in Einklang zu bringen. Zunächst einmal geht es um die Darstellung des derzeitigen Konvergenzverfahrens. Dann werde ich etwas zu den parallel zu bearbeitenden Prozessen sagen. Zum Schluss werde ich – das interessiert Sie besonders – auf den Zeitplan zu sprechen kommen.

Wenn wir an die 100 Eingaben haben, ist das zunächst einmal eine ziemlich zufällige Aneinanderreihung von subjektiven Kriterien, die zum Tragen kommen. Sie hatten ja keinen Plan, wie sie es einsortieren sollen. Wir haben also im Grunde genommen 108 ganz unterschiedliche Unterlagen. Diese ungefiltert in 17 Landesärztekammern zu geben würde bedeuten: Wir multiplizieren dieses Chaos mit dem Faktor 17. Das macht keinen Sinn.

Wenn wir wollen, dass wir am Ende unserer Arbeit eine gemeinsam getragene Weiterbildungsordnung verabschieden, müssen wir von Beginn an alle 17 Landesärztekammern mitnehmen. Sie müssen beteiligt werden, und zwar entweder personell direkt oder aber indem sie zu jedem Zwischenschritt ihre Zustimmung geben.

Die erste Runde haben wir im Frühjahr 2014 begonnen. Dieses Datum mag Ihnen im Abstand zum Ärztetag spät erscheinen. Aber ich habe Ihnen ja gesagt, welche Vorarbeiten im Laufe des Sommers erst einmal zu leisten waren, und zwar im Grunde genommen unter Verzicht auf die Sommerpause. Wir haben in der Ständigen Konferenz am Ende des Sommers die ersten Arbeitsgruppen gegründet, die teilweise bereits vor Weihnachten ihr erstes Arbeitstreffen hatten. Ergebnisse haben wir dann im Frühjahr erhalten.

Sie ersehen aus der Aufstellung, welche exemplarischen Fächer wir zunächst genommen haben. Das schwierigste Fach, was die Weiterbildung angeht, ist die Allgemeinmedizin, weil die Weiterbildung an verschiedenen Stätten stattfindet, weil die Allgemeinmedizin dasjenige Fach ist, das letztendlich am breitesten aufgestellt sein muss, vom Ende der Ausbildung bis zum Ende der Weiterbildung. Wir haben die Kinder- und Jugendmedizin als ein vorwiegend konservatives breites Fach genommen, auch deshalb, weil wir in diesem Bereich kompetente Leute hatten, die uns von vornherein in der Gruppenarbeit mit unterstützen konnten.

Ich traue mich kaum noch, Orthopädie und Unfallchirurgie als operatives Fach zu benennen, denn es gibt mittlerweile eine Beschwerde beim Generalsekretär der Fachgesellschaft für Orthopädie, ich hätte die Orthopädie als operatives Fach bezeichnet. Sie wissen, was ich meine: Die operieren vorwiegend.

Ich habe gesagt: Die Radiologie ist ein technisches Fach. Dagegen haben sich Radiologen verwahrt. Sie wissen, was ich meine.

Anschließend ging es darum, das Ganze in die Breite zu tragen, also zunehmend weitere Fächer, eventuell mit besonderen Spezialitäten, einzubauen. Dazu haben wir im Frühjahr die zweite Runde eingeläutet. Sie können mir glauben: Vor Gremienarbeit habe ich nicht viel Angst, aber als ich morgens in den Saal kam und sah 95 Teilnehmer, ist mir schon ein bisschen mulmig geworden, ob man das überhaupt noch als Arbeitstreffen wuppen kann. Im Ergebnis war es so, dass die 95 Teilnehmer noch einen gehörigen Batzen Freizeit in Berlin erhalten haben. Es hat funktioniert.

Sie sehen die erste Arbeitsgruppe. Sie ist zumindest personell breit gestreut. Jeder, der will, kann sich dort beteiligen. Ich glaube, in der ersten Arbeitsphase waren es 32 Personen, die sich in den Arbeitsgruppen engagiert haben. Die federführenden Landesärztekammern waren in diesem Fall Niedersachsen und Westfalen-Lippe. Aber in den Arbeitsgruppen haben sich auch Teilnehmer aus anderen Landesärztekammern beteiligt.

Die Erkenntnisse der Unterarbeitsgruppen aus der ersten Runde waren zum einen, dass in den Eingaben auf Wiki-BÄK natürlich sehr viele Autoren mit unterschiedlicher „Handschrift“ tätig geworden waren.

Ein großes Problem, das aber vorhersehbar war, war, dass die Einteilung in die unterschiedlichen Modi – wir haben es damals noch Ebenen oder Level genannt – nicht banal war. Da hat man sich große Mühe gegeben.

Es gab eine ganz unterschiedliche Detailtiefe bei den einzelnen Fähigkeiten, die ein Facharzt aufweisen muss.

Es gab eine unterschiedliche Sprache und Nomenklatur. Einmal hat man den Begriff Reanimation verwendet, ein anderes Mal Wiederbelebung. Ein weiteres Beispiel ist CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) und HLW (Herz-Lungen-Wiederbelebung). Man sollte versuchen, die Sprachregelung so zu treffen, dass es für einen bestimmten Sachverhalt nur eine Bezeichnung gibt.

Wichtig ist auch, die Fachtermini einheitlich zu verwenden. Das geht nur mithilfe eines Glossars. Wir sind dabei, ein solches Glossar zu erstellen.

Ein großes Problem ist, dass wir, obwohl wir gesagt haben, die Richtzahlen müssen der Versorgungsrealität angepasst werden, in vielen Bereichen Richtzahlen gefunden haben, die keine sachlich-fachliche Begründung hatten, sondern nur damit zusammenhängen, dass eine Maßnahme eventuell häufig vorkam, eine andere weniger häufig. Das kann nicht der Sinn einer Richtzahl unter Bildungskriterien sein. Da muss man andere Kriterien heranziehen.

Die zweiten Arbeitsgruppen waren noch größer. Die Zahl der federführenden Landesärztekammern hat sich da deutlich erhöht. Die ersten, die an den Grundsatzfächern gearbeitet haben, waren bereit, hier zumindest zu den konstituierenden Sitzungen zu kommen, um ihre Arbeitsweise zu erläutern.

Ein gehöriger Dank gebührt denjenigen, die diese Pionierarbeit geleistet haben. Hier möchte ich einen Namen besonders nennen, nämlich Herrn Wenning aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der uns auch mit großem zeitlichen Engagement und auch im organisatorischen Bereich bei unseren Bemühungen unterstützt hat.

Ich komme nun zu den Grundlagen zur Fortsetzung der Bearbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Es ist nicht banal, sich auf ein Kompetenzverständnis zu einigen. Ich habe bereits gesagt, dass Anwendung und Anzahl der Weiterbildungsmodi im Moment noch nicht ganz abschließend geklärt sind.

Zum Glossar habe ich bereits etwas gesagt. Wir brauchen, wenn jetzt zunehmend weitere Fächer hinzukommen – in diesem Rhythmus darf es nicht weitergehen, sondern wir müssen jetzt einen Riesenquantitätssprung machen, dass wir alle diese Bereiche in einem überschaubaren Zeitraum bedienen –, einen Leitfaden, der denjenigen an die Hand gegeben wird, die – auch unabhängig von den ersten Arbeitsgruppen – die Formatierung auf Kammerformat vorzunehmen haben.

Ich möchte kurz etwas zum Kompetenzbegriff sagen. In der bisherigen Weiterbildungsordnung haben wir eine Summierung von Spiegelstrichen, die wenig sortiert nur enumerativ aufgezählt haben, was bei der Weiterbildung alles gemacht werden soll. Dort standen teilweise Dinge, die während der Weiterbildung gar nicht anfallen, sondern erst sehr viel später, die nur aus Gründen der Berufsausbildung dort aufgenommen waren, aber mit der Bildungsordnung im Grunde genommen gar nichts zu tun hatten.

Wir gehen jetzt davon aus, dass die Kompetenz definiert, was der Facharzt am Ende seiner Weiterbildung bei der Facharztprüfung können muss, nicht das, was er eventuell in seinem späteren Berufsleben entweder macht oder auch gar nicht macht, wovon er nur wissen muss, dass es zu seinem Fach gehört und er die Möglichkeit hat, das später eventuell für sich umzusetzen.

Die Leitfrage lautet also: Welche Kompetenzen benötigt ein Arzt, um als Facharzt eigenständig tätig zu sein? Das, was ich Ihnen bisher gesagt habe, hat zu der nomenklatorischen Änderung im ersten Spiegelstrich geführt. Der Kompetenzblock – Kompetenz definiert als das Endergebnis der Weiterbildung – ist umbenannt worden in Weiterbildungsblock. Bis zum Erreichen der Kompetenz sind mehrere Weiterbildungsblöcke zu durchlaufen.

Die Kompetenzebene und der Weiterbildungsmodus haben eine etwas anders geardete Ursache für die Umbenennung. Ursprünglich haben wir gesagt: Level. Dann ha-

ben alle gefragt: Gibt es dafür keinen deutschen Ausdruck? Wir haben gesagt: Natürlich gibt es einen deutschen Ausdruck, nämlich den Begriff der Ebene.

Was wir trotz allem, was ich hier gesagt habe, wenig berücksichtigt haben: Es ist keine Hierarchisierung. Ohne die Ebene 2 kann man kein Facharzt werden.

Was ist das Ziel, das mit dieser Maßnahme erreicht werden soll? Wie weit soll jemand in seiner Fähigkeit herangeführt werden? Soll er das anschließend selbstständig können, also nachts geweckt werden und es tun, ohne dass jemand im Hintergrund steht? Das ist das „beherrschen“. Oder soll er nur Bescheid wissen und es eventuell durchführen können, auch mit jemandem im Hintergrund?

Diese Darstellung stammt vom letzten Mal. Es gibt nur eine Änderung: Ein Modus ist etwas anders dargestellt, nämlich schattiert, weil es dort im Moment Schwierigkeiten der Zuordnung gibt. Ich glaube, der Weiterbildungsmodus 1 ist unstrittig. Das ist nämlich das, was man aus der Ausbildung mitbringt. Wir streben ja an, die Ausbildung sozusagen von der Universität in die Weiterbildung einfließen zu lassen. Wir haben zu Beginn der Weiterbildung einen fertigen Arzt. Ich bitte Sie, das immer zu bedenken: Die Approbation berechtigt zur Ausübung der Heilkunde. Das heißt, der Arzt ist im Grunde genommen fertig und soll nur noch in einer speziellen Richtung an weiter gehende Fähigkeiten herangeführt werden. Das ist Weiterbildung. Sie basiert auf dem Weiterbildungsmodus 1. Das ist der nationale Lernzielkatalog. Das ist Ausbildung.

Dass das „kennen“, die kognitive Kompetenz und eingehende fachspezifische Kenntnisse, die Erweiterung dessen ist, was man aus der Ausbildung mitbringt, ist, glaube ich, schlüssig.

Sie sehen den Weiterbildungsmodus „können“ grau dargestellt. Das sehe ich ein bisschen mit Traurigkeit, weil ich mir von diesem Weiterbildungsmodus eine ganze Menge an zusätzlicher Transparenz erwartet hätte. Aber ich beuge mich der Erkenntnis aus den ersten Arbeitsgruppen. Da gab es die Schwierigkeit, eine saubere Abgrenzung zwischen den Modi 2, 3 und 4 hinzubekommen. Man hat also zunächst gesagt: Für diejenigen Fächer, die bisher behandelt worden sind, ist es wahrscheinlich günstiger, den Weiterbildungsmodus 3 zunächst einmal nicht zu belegen.

Beim Weiterbildungsmodus „können“ sehen Sie unter dem zweiten Spiegelstrich: komplexe Eingriffe unter Assistenz selbstständig durchführen. Die Chirurgen unter Ihnen wissen, dass wir in der Weiterbildungsordnung auch komplexe Oberbaucheingriffe stehen haben, Ösophagus und Pankreas.

Das Ergebnis ist, dass am Ende der Weiterbildung in der Summe Zehntausende von Eingriffen gemeldet werden, die angeblich ein Weiterbildungsassistent selbstständig durchgeführt haben soll. Dabei ist klar, dass es nur wenige Abteilungen gibt, bei denen diese Operationen in einer Anzahl vorkommen, dass ein Weiterbildungsassistent überhaupt dazu kommt, das einmal gemacht zu haben. Ich behaupte nach wie vor: Es gibt viel mehr Viszeralchirurgen, also fertige Fachärzte, die noch nie in ihrem Leben einen Whipple operiert haben, als solche, die es gemacht haben. Da hätte es meiner Ansicht nach wunderbar hineingehört, weil es nämlich demonstriert, dass es etwas ist, was zum Gebiet gehört, was aber nicht jeder zum Facharztende machen muss und das muss auch nicht jeder anschließend machen. Aber man kann es ausbauen als Fortsetzung der Weiterbildung, entweder in der speziellen Viszeral-

chirurgie oder auch außerhalb dessen. Man muss nicht alles als Bezeichnung haben. Das ist ja nur in bestimmten Situationen von Vorteil.

So viel etwas länger zu dem grau Dargestellten. Eigentlich sollte man das überspringen, aber das tue ich nicht, weil ich die Hoffnung noch nicht aufgegeben habe, dass wir es irgendwann mit Inhalten belegen können. Aber der derzeitige Stand ist: Das macht Probleme. Was mehr Probleme macht, als es zur Lösung beiträgt, gehört infrage gestellt.

Der Weiterbildungsmodus „beherrschen“ ist wieder ganz eindeutig. Im Zusammenhang mit diesem Modus müssten Sie Ihren Angehörigen sagen können: Er ist Facharzt, zu dem kannst du gehen. Dass das je nach persönlicher Kenntnis mit Abstrichen zu versehen ist, ist klar. „Beherrschen“ heißt, dass man es selbstständig umsetzen kann.

Sie sehen hier die tabellarische Darstellung von Weiterbildungsinhalten. Das Bild kennen Sie bereits. Statt „Kompetenzblöcke“ steht dort „Weiterbildungsblöcke“, statt „Weiterbildungsebenen“ „Weiterbildungsmodi“. Die Weiterbildungsblöcke sind gleich geblieben: allgemeine Inhalte, Notfälle etc. Das wechselt natürlich von Fach zu Fach.

Sie sehen hier zwei Beispiele aufgeführt, wie die inhaltliche Füllung aussehen könnte. Die beiden Beispiele betreffen die Urologie und die Orthopädie und Unfallchirurgie. Sie erinnern sich: Die Urologen waren das erste chirurgische Gebiet, das uns sozusagen als Blaupause zur Verfügung stand, nachdem uns die Anästhesiologen den Aufschlag gegeben hatten. Bei den Notfällen kann man im Modus 3 durchaus die Traumatologie des Gebiets aufnehmen. Man kann aber auch, wie hier im Modus 4 dargestellt, die dabei notwendigen Maßnahmen enumerativ aufzählen.

Bei der Orthopädie und Unfallchirurgie sind bei den Weiterbildungsblöcken Lokalanästhesie und Schmerztherapie neu. Sie sehen, wie man das Ganze mit Leben füllen kann.

Das ist aber nur ein Teil der Weiterbildungsordnung. Ich spreche jetzt noch nicht einmal von berufsbegleitender Weiterbildung etc. sowie dem, was weiteres Ziel der Novellierung ist. Ich spreche jetzt über weitere Themen in diesem Kontext. Da ist es uns ein besonderes Anliegen, das Kapitel „Allgemeine Inhalte“ noch einmal zu durchforsten: Sind sie eigentlich noch zeitaktuell? Müssten sie nicht eventuell angepasst und ergänzt werden? Kann man nicht eventuell spezielle allgemeine Inhalte formulieren? Sie erinnern sich daran, dass die allgemeinen Inhalte noch einmal in jedem Gebiet erscheinen. Die Frage ist: Was aus diesen allgemeinen Inhalten kann man eventuell vor die Gebietsklammer ziehen? Das würde eventuell zu einer deutlichen Entrümpelung – um es etwas radikal zu sagen – der gebietsspezifischen Inhalte im allgemeinen Teil führen.

Einige Anträge – natürlich kenne ich die Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt – zielen genau darauf ab: Wie können wir es erreichen, dass trotz der widrigen Bedingungen, unter denen die Weiterbildung stattfindet, eine Aufzeichnung über die tatsächlich durchgeführten Inhalte zeitnah erfolgt? Ich verrate Ihnen kein Geheimnis – viele von Ihnen sind in der Kammertätigkeit bewandert –: In 19 Logbüchern ist mit derselben Tinte und derselben Handschrift eine ganze Spalte mit „erfüllt“ gezeichnet. Ganz offensichtlich wurde ein Logbuch am Ende der Weiterbildung erstellt, ohne dass Zwischenergebnisse festgehalten worden sind.

Das Ziel wird erreicht, indem so etwas online gemacht wird. Etwas, was erfüllt ist, hält man dort fest, auch Inhalte des Gesprächs, in einem elektronischen Logbuch. Wir müssten dann eventuell die detaillierten Inhalte gar nicht so sehr in die allgemeine Weiterbildung aufnehmen, sondern in diesem gesonderten Curriculum würde abgehakt, was in den einzelnen großen Blöcken tatsächlich geschehen ist. Das hätte auch den Vorteil, dass wir noch schneller das, was ich Ihnen als Vorteil vorgestellt habe, dieses Rastermuster, dieses Feld, das entsteht, wenn Sie Weiterbildungsblöcke und Weiterbildungsmodi zusammenführen, dass man diese Felder austauschen kann, dass sie migrieren können von 2 nach 4, dass sie eventuell entfallen können und durch andere ersetzt werden können, das alles wäre hier noch viel einfacher. Wir hatten die proximal selektive Vagotomie noch lange in der Weiterbildungsordnung stehen, als sie schon mit Tabletten behandelt wurde, das Ulkus schon gar nicht mehr eine chirurgische Herausforderung war. Das könnte man einfach durch eine Jahreskonferenz eliminieren. Es entfielen im Curriculum und müsste nicht mehr bescheinigt werden, obwohl es gar nicht stattgefunden hat. Ein solches Curriculum hätte also viele Vorteile.

Es hätte noch mehr Vorteile, wenn dieses Curriculum auch zentral geführt werden könnte, wie die Landesärztekammer Baden-Württemberg das derzeit schon optional anbietet, dass dieses Logbuch auch bei der Ärztekammer geführt werden kann. Das ergäbe mehrere Vorteile, die wir alle bereits angemahnt haben. Zum einen geht es um den Überblick: Wer ist wo gerade in Weiterbildung? Wer ist auf welchem Stand? Wir hören immer wieder von den Weiterbildungsassistenten: Ja, ich weiß, dass wir das Recht auf ein Gespräch haben, aber wenn ich dies einfordere, habe ich eventuell Nachteile. Man will sich eben mit seinem Weiterbilder nicht anlegen.

Wenn dieses Curriculum an anderer Stelle geführt wird, kann man sich als Weiterbildungsassistent zurücklehnen, was vielleicht auch nicht immer gut ist, aber man könnte sagen: Die Kammer führt dieses Curriculum. Dann bestünde auch nicht mehr die Notwendigkeit, am Ende der Weiterbildung bei der Anmeldung zur Facharztprüfung einen Stapel Unterlagen prüfen zu müssen, denn das hat man dann schon.

Das ist ein Vorschlag, der aus der koordinierenden Arbeitsgruppe aus dem ersten Turnus im Frühjahr entstanden ist. Wir sind zurzeit dabei, Risiken und Chancen gegeneinander abzuwägen. Mir erscheinen viele Aspekte charmant, sodass wir diesen Weg auf jeden Fall weiterverfolgen werden. Seien Sie gespannt auf das, was ich Ihnen auf dem nächsten Ärztetag dazu berichten werde. Ich bin es auf jeden Fall.

Der Paragrafenteil ist im Grunde genommen mehr eine juristische Sache. Unsere Rechtsberater sind im Moment dabei, den Paragrafenteil daraufhin zu überprüfen, wo Regelungsnotwendigkeiten bestehen, und falls ja, wie sich das eventuell auf weitere Rechtskreise auswirken würde. Das können die Juristen besser als wir. Da haben wir großes Vertrauen und sind froh, dass wir uns damit nicht befassen müssen.

Ich komme zu den CanMeds-Rollen. Wir haben beim letzten Mal im Zusammenhang mit der Miller-Pyramide sehr ausführlich diskutiert. Stören Sie sich bitte nicht an den zum Teil etwas holprigen Übersetzungen aus dem Englischen. Natürlich muss nicht jeder Arzt ein „Gelehrter“ sein. Aber er muss gelernt haben, sich im wissenschaftlichen Umfeld zu bewegen. Das ist damit gemeint; nicht mehr, nicht weniger.

Das sollte ein Arzt eigentlich in der Ausbildung mitbekommen haben. Ich wiederhole immer wieder, weil das auch immer wieder eine Rolle spielt: Der approbierte Arzt ist zur Ausübung der Heilkunde berechtigt.

(Beifall)

Die CanMeds-Rollen sind natürlich auch für die Weiterbildung wichtig, nämlich wenn es darum geht, die Eigenschaften, die ich als Arzt grundsätzlich mit in die Weiterbildung einbringe, auf das Fach herunterzubrechen. Deshalb müssen wir mehr als in der Vergangenheit darauf drängen, dass das, was wir eventuell sehr hochfliegend als Arztpersönlichkeit bezeichnen, in der Weiterbildung eine Rolle spielt. Da gilt es, den Weiterbildern mehr an die Hand zu geben als bisher. Es reicht nicht, Professor und Chefarzt zu sein und dann noch ein kompetenter Didaktiker zu werden. Auch da müssen wir mehr Hilfestellung haben. Wir müssen auf diesen Aspekt mehr Rücksicht nehmen, dass die Didaktik, gerade wenn sie unter schwierigen Bedingungen stattfindet, eine größere Rolle auch für den Weiterbilder spielt, als das eventuell in der Vergangenheit wahrgenommen wurde.

Nun komme ich noch zum Zeitplan. Im Moment sind wir in der ersten Konvergenzphase. Was das bedeutet, habe ich Ihnen schon gesagt. Sie sehen, dass die nächste Phase eine Abstimmung mit den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden erfordert. Das, was wir jetzt auf Kammerformat bringen, muss von dort natürlich noch einmal gegengelesen werden. Alles andere wäre unfair. Wir können es auch nicht leisten, denn wir sind keine Fachgesellschaften. Wir haben zwar Experten, aber wir müssen den anderen Gelegenheit dazu geben, sich anzuschauen, was aus dem geworden ist, was ursprünglich geplant war.

Anschließend muss man sehen, wie der Konsens gelaufen ist. Es kann sein, dass wir dann schon fertig sind. Es kann aber auch sein, dass wir noch einmal eine Schleife fliegen müssen. Darauf müssen wir vorbereitet sein.

Wir werden Ihnen kein festes Datum nennen können, zu dem wir fertig sind. Das hängt davon ab, wie die Arbeiten weitergehen. Sie haben aber auch gesehen: Ohne das geht es nicht. Es hilft nicht, dass der Ärztetag ein wunderbares Curriculum verabschiedet – dann wären wir alle glücklich und gingen abends zum Feiern nach Hause –, wenn es draußen nicht umgesetzt werden kann. Das hilft uns dann nicht einen einzigen Schritt weiter. Das heißt, das, was wir hier letztendlich beschließen, muss praktikabel und fertig sein. Dem muss alles untergeordnet sein.

Wenn wir eine Zeitspanne haben, gibt es natürlich brennende Notwendigkeiten – das war auch in der Vergangenheit so –, eventuell schon während dieser Phase Veränderungen herbeizuführen. Verstehen Sie das bitte nicht als Aufforderung, wie wir das in Kiel gemacht haben: Anpassung der Weiterbildungsordnung an die Notwendigkeiten. Das wuppen wir nicht. Das bekommen wir nicht hin. Wir hatten 23 Ordner mit Eingaben.

Ich nenne Ihnen ein Beispiel. Die Kardiologie hatte riesenhafte Probleme mit den alten Zahlen. Sie hat neue Zahlen in die Novelle eingebracht. Man hat gesagt: Wir schaffen es nicht mehr, die Weiterbildung mit den alten Zahlen durchzuführen. Wir haben in Schleswig-Holstein nur zwei Abteilungen. Wir haben Hilfe mit an den Tisch geholt und erklärt: Gut, wir ziehen die Anpassung der Richtzahlen vor. Das haben wir

auch getan. Ich glaube, dass sich die eine oder andere Kammer dem anschließen wird, denn da gibt es einen echten Handlungsbedarf.

Bei dem, was eventuell ohnehin in der Novellierung vorgesehen ist und nicht die Gesamtsystematik infrage stellt, müsste man die Bereitschaft haben, zu einem Ergebnis zu kommen. Da vergeben wir uns nichts, wenn wir es vorziehen.

Aber verstehen Sie das bitte nicht als Aufforderung, möglichst rasch noch irgendwelche Änderungen herbeizuführen, die später in der Novelle eventuell viel substanzieller ohnehin kommen.

Ich ende mit einem symbolhaften Bild. Wer schon einmal in Berlin war, weiß: Da geht es in die Gremienräume. Wir sind auf dem Weg nach oben. Ich hoffe, Sie akzeptieren das und sind geduldig mit uns weiter unterwegs.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Franz, für diesen engagierten Vortrag. Auf dem Weg nach oben hat man immer viele Freunde. Da sind wir gern dabei. – Jetzt diskutieren wir zum Tagesordnungspunkt V. Es liegt bereits eine Reihe von Wortmeldungen vor. Erster Redner ist Herr Professor Haubitz.

Prof. Dr. Haubitz, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Ich danke Herrn Bartmann für seinen jedes Mal neue Aspekte berührenden Bericht und bitte Sie als Mitglieder dieses Hohen Hauses, diesen Bericht entsprechend dem Wunsch des Referenten als Zwischenbericht aufzufassen und ihn nicht zu sehr zu zerreden. Die Arbeit, die dahintersteckt, ist eine wahnsinnig zähe und wahnsinnig umfangreiche. Sie haben gehört: Die Stärke der Ärzteschaft, die auch im Föderalismus liegt, ist in einer Injektion von Kompetenzen in das Ganze so hineingekommen, dass es mit der Bearbeitung der einzelnen Fächer starke Fortschritte für das Ganze gegeben hat. Dies sollten Sie zur Kenntnis nehmen. Wir sollten Frau Dr. Güntert und das ganze Dezernat 2 mit einem Wort des Dankes bedenken. Was dort bei relativ knappen Personalressourcen an Detailarbeit und vor allem an Reiseaktivitäten geleistet worden ist, ist wirklich eine Ausnahme.

(Beifall)

Gestatten Sie mir bitte noch eine Detailbemerkung. Ich denke, das kommt mir vielleicht als Mittäter und sachverständiger Zeuge zu. Lehnen Sie bitte den Antrag V-08 in dieser Form ab. Ein Facharzt ist mehr als ein additives Produkt von irgendwelchen Weiterbildungsmodi oder irgendwelchen Einzelbestandteilen, sondern ein Facharzt ist etwas Ganzheitliches. Insofern ist eine permanente Zertifizierung irgendwelcher Einzelkenntnisse bis hin zu irgendwelchen Zwischenzeugnissen kontraproduktiv.

Als nicht mehr ganz taufrischer MB-Mann sage ich: Es geht nicht, dass, sollte so etwas umgesetzt werden, jemand kommt und sagt, den Weiterbildungsassistenten kann man erst einmal schlecht bezahlen, er soll ein paar Credit Points erwerben, dann werden wir sehen, ob wir ihn ein bisschen besser bezahlen. Damit würden Sie

ein Fass aufmachen, das wir bisher bewusst dicht halten konnten. Ich fordere Sie auf, diesen Antrag abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Haubitz. – Herr Lücke zur Geschäftsordnung. Ich ahne, was Sie vortragen möchten.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mein Standardantrag: Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wünscht jemand, dazu die Gegenrede zu halten? – Formal. Dann stimmen wir über den Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten ab. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit angenommen.

Der nächste Redner ist Andreas Hellmann aus Bayern.

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank auch von meiner Seite an Herrn Bartmann für dieses Lebenswerk, das er auf sich genommen hat. Wir alle sehen, wie komplex und kompliziert es wird und wie lange es letztendlich dauert, wie hoch auch der Änderungsbedarf ist. Je länger es dauert und je mehr wir sehen, wie hoch der Änderungsbedarf ist, desto antiquierter ist eigentlich die alte Weiterbildungsordnung.

Ich spreche zu meinem Antrag V-04, dass wir uns Gedanken darüber machen sollen, was wir an der bestehenden Weiterbildungsordnung ändern müssen, damit sie in die neue übergehen kann. Wir haben dort einige Bugs zu regeln, die wir aufgrund der Weiterbildungsordnung 2004 noch mit uns herumschleppen.

Ein Teilbeispiel ist das fachgebundene Röntgen. Das Röntgen wurde damals außerhalb der Fachweiterbildung in eine Extraweiterbildung verlagert. Das war schon damals umstritten. Es wird aber erst jetzt virulent, weil es in diesem Bereich keine Weiterbilder gibt. Weiterbilder kann nur derjenige werden, der in diesem Fach nach der Weiterbildungsordnung selbst bestallt ist. Alle, die früher diese Weiterbildungsbefugnis hatten, müssten jetzt eine Prüfung machen, um die neue Weiterbildungsbefugnis zu bekommen.

Das findet aber nicht statt und wird auch nicht stattfinden. In ganz Bayern haben wir einen einzigen Weiterbilder für Thoraxröntgen. Das bedeutet, dass ganze Fachgruppen wie Orthopäden, Gynäkologen, Unfallchirurgen und auch Pneumologen letztendlich das Röntgen verlieren werden.

Ich glaube, das müssen wir noch regeln, bevor wir eine neue Weiterbildung einführen.

Mein zweiter Punkt ist eine Bitte hinsichtlich der neuen Weiterbildungsordnung. Wir müssen uns vermehrt Gedanken darüber machen, wie wir die Weiterbildungsbefugnis in dieser neuen Weiterbildungsordnung regeln. Wenn wir eine neue Weiterbildungsordnung einführen und alle Befugnisse wieder neu verteilen müssen, müssten wir in Deutschland 12.000 neue Weiterbildungsbefugnisse reaktivieren. Ich glaube, das sollten wir uns nicht antun. Das können wir nicht leisten. Deswegen müssen wir das gleich mit bedenken.

Drittens möchte ich darauf hinweisen, dass es notwendig sein muss in der neuen Weiterbildungsordnung, neue Teile der Weiterbildung berufsbegleitend auch für niedergelassene Ärzte zu öffnen. Im Moment können wir das nicht. Wenn man niedergelassen ist, ist es aus. Man hat keine Chance mehr, irgendeinen Weiterbildungsinhalt zu erwerben, denn dazu muss man in Vollzeit tätig sein. Man muss die Vertragsarzttätigkeit ruhen lassen, um sich weiterzubilden. Das funktioniert nicht. Ich denke, damit werden wir als Niedergelassene von der Entwicklung der Medizin ausgeschlossen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Hellmann. – Nächster ist Professor Rüdiger Smektala.

Prof. Dr. Smektala, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich kann nicht zu den Inhalten sprechen, über die wir in den nächsten 12 bis 18 Monaten entscheiden müssen, ohne mich für die Art und Weise zu bedanken, in der Herr Bartmann und Frau Güntert die Ständige Konferenz Weiterbildung führen. Es hat hier eine grundsätzliche Veränderung der Atmosphäre gegeben. Das tut uns gut. Wir haben jetzt die Zeit und die Atmosphäre, die grundsätzlichen Dinge zu besprechen und zu bedenken, die wir benötigen, um wirklich etwas umfänglich Neues und Besseres zu schaffen als das, was wir bisher haben. Dafür vielen Dank.

Ich möchte drei inhaltliche Punkte ansprechen, Wenn man sich die Vorschläge der Fachgesellschaften und Berufsverbände auf der Wiki-BÄK-Plattform angesehen hat – das haben wir in der Arbeitsgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie sehr sorgfältig getan –, fragt man sich, ob alle, die an der Weiterbildung ein Interesse haben, wirklich wissen, worüber wir reden.

(Vereinzelt Beifall)

Wir haben weniger Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, in unseren Fächern als Fachärzte zu arbeiten, sei es stationär oder ambulant. Wir haben ein Demografieproblem. Wir haben viele ältere Kolleginnen und Kollegen, die demnächst aus dem Beruf ausscheiden. Wir erleben, dass neue Fachbezeichnungen beantragt werden, Weiterbildungsschritte verlängert werden sollen, Zwischenprüfungen werden beantragt, neue Hürden werden aufgebaut.

Ich frage mich: Wie will man mit solchen Vorgaben eine Weiterbildungsordnung schaffen, die für die nachwachsende Generation ist? Um diese geht es ja. Wir möchten, dass die neue Weiterbildungsordnung unseren Beruf attraktiver macht, dass

junge Kolleginnen und Kollegen sagen: Ja, diesen Weg kann ich gehen, er ist überschaubar, ich bekomme in überschaubaren Zeiten berufsqualifizierende Abschlüsse. Der Weg ist so für mich vorgegeben, dass in kürzer werdenden Blöcken, die anrechenbar sind, es gerade für Kolleginnen attraktiver wird, eine Weiterbildung zu beginnen und in einem überschaubaren Zeitraum abzuschließen.

Da bitte ich um etwas mehr Realitätssinn und ein Gefühl für die Wirklichkeit, die uns bestimmt, diese neue (Muster-)Weiterbildungsordnung auf die Beine zu stellen.

Abschließend zwei inhaltliche Bemerkungen. Wo ich selber an einer Universitätsklinik arbeite, habe ich große Probleme damit – das betrifft den Antrag V-08 –, patientennahe Forschungszeiten anrechenbar zu machen. Was ist „patientennah“? Natürlich ist ein Medikament, das in zehn Jahren entsteht, irgendwann etwas, was dem Patienten nutzt. Aber da bitte ich um Vorsicht.

Ja, die neuen Zeugnisse, die wir nach der Weiterbildungsordnung kompetenzorientiert ausstellen, werden schwieriger zu erstellen sein als diejenigen, die wir bisher hatten. Nicht mehr Zeiten werden attestiert, sondern Inhalte: Was kann er nach dem Ablauf der Weiterbildung? Welchen Block hat er hinter sich? Wie beherrscht er ihn? Wie kann er ihn?

Ich halte das für eine Verbesserung, weil da die Inhalte im Vordergrund stehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Smektala. – Nächste Rednerin ist Elke Bukisch-Urbanke aus Niedersachsen.

Dr. Bukisch-Urbanke MPH, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Thema Weiterbildungsévaluation sprechen. Der eine oder andere wird sich vielleicht an meinen Antrag vor einem Jahr zur Fortführung der Weiterbildungsévaluation erinnern. In Anbetracht der prekären Haushaltslage habe ich damals den Antrag abgeschwächt, und zwar bezüglich der Zeitläufe, nicht bezüglich des Inhalts, dass die Weiterbildungsévaluation etwas ist, was im Bereich der Weiterbildung einen wichtigen Stellenwert für uns haben muss.

Jetzt, ein Jahr später, muss ich sagen: Wir haben Parallelentwicklungen in einzelnen Landesärztekammern erlebt. Die Tatsache, dass einzelne Landesärztekammern ihre eigene Evaluation entwerfen und durchführen, ist aus meiner Sicht nicht nur unsinnig, sondern auch unsozial. Dieses Geld wäre bei einer zentralen Entwicklung und Weiterentwicklung einer gemeinschaftlichen Weiterbildungsévaluation deutlich besser aufgehoben. Gemeinschaftliche Aufgaben müssen gemeinschaftlich bewältigt werden und die Weiterbildungsévaluation gehört ganz zentral dazu.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Elke. – Im Antrag V-01 hat sich ein kleiner Tippfehler eingeschlichen. Das ist unsere Schuld, nicht die Schuld der Antragsteller. Diese haben es richtig eingereicht. Der Ärztetag in Nürnberg war 2012 und nicht 2013. Er ist also zwei Jahre her, nicht erst ein Jahr. – Herr Veelken, Sie sind der Nächste.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Zunächst auch mein Dank an Herrn Bartmann für seine Hartnäckigkeit, seine Gutwilligkeit und auch seine Moderationsfähigkeit, mit denen er seine Arbeit seit vielen Jahren macht.

Ich möchte einige Anmerkungen machen. Die wesentliche Anmerkung bezieht sich auf den Kompetenzbegriff an sich. Sie haben in einer Ihrer ersten Folien dargestellt, die Kompetenz sei am Ende der Weiterbildung gegeben, da gebe es die Prüfung. Wenn das stimmt, unterscheidet sich der Kompetenzbegriff nicht mehr von der Facharztreihe. Insofern wünsche ich mir, dass man da einen anderen Begriff sucht, wenn man sagt, dass die Inhalte kompetenzvermittelt sind. Ich denke, die Facharztreihe ist eine Summe aus verschiedenen Kompetenzen. Ich finde, wenn man sagt, Kompetenz sei am Ende vor der Prüfung praktisch ein Äquivalent zur Facharztreihe, verwischt dies, was wir unter einer kompetenzbasierten Weiterbildung haben wollen, nämlich den Erwerb unterschiedlicher Kompetenzen, die in ihrer Gesamtheit zu einer Facharztreihe führen. Ich wünsche mir, dass man da einen anderen Begriff findet.

Ich möchte natürlich für den Antrag V-08 sprechen. Ich möchte auch kurz sagen, warum. Wenn ich die verschiedenen Kompetenzen, die ich zum Facharzt brauche – in manchen Facharztgebieten brauche ich auch gleiche Kompetenzen; die unterscheiden sich ja nicht, sondern es sind teilweise gleiche Inhalte, die ich auf verschiedenen Gebieten benötige –, kompetenzbasiert vermitteln will, muss ich natürlich die Kompetenz in dem Moment bescheinigen, da sie erworben ist, und zwar auch deshalb, damit der Weiterbildungsassistent seine Stelle wechseln kann. Wenn ich eine Kompetenzbasierung haben möchte, muss ich sagen: Jetzt kann er etwas Bestimmtes, beispielsweise EKG-Befundungen, Wundverschluss, grundlegende Notfalldinge. Wenn man sich woanders bewerben will und wir eine gewisse Durchlässigkeit haben wollen, muss klar sein, mit welchen Kompetenzen jemand auf die neue Weiterbildungsstelle zugeht. Dieses wünsche ich mir dringend.

Ein anderer Punkt, wenn man das macht, ist folgender. In dem Moment, da Kompetenzen bescheinigt sind, hat man auch zwischen den Fachgebieten mehr Variationsmöglichkeiten, weil man nämlich manche Kompetenzen erworben hat, mit denen man auch in anderen Fachgebieten reüssieren kann.

„Kennen“, „können“ und „beherrschen“ heißt für mich immer noch – das findet sich in den meisten Wiki-BÄK-Einträgen nicht – die Idee eines Spiralcurriculums: Erst kenne ich es, dann kann ich es und irgendwann kann ich es so gut, dass ich es mit Meisterschaft beherrsche. Erst dann habe ich die Kompetenz erworben. Die Summe verschiedenen Beherrschens führt mich dann zur Facharztreihe. Das würde ich mir wünschen.

Wenn wir es so machen, kommen wir irgendwann von den Richtzahlen weg, was ich mir persönlich wünsche. Die Richtzahlen sind eine Krücke, die müssen weg. Wenn wir es wirklich kompetenzbasiert machen und evaluieren, wie viel Zeit man dann zum Erwerb einer Kompetenz benötigt, verlieren auch die Weiterbildungszeiten und -ab-

schnitte, die im Moment bei der Zulassung zur Prüfung häufig eine viel zu große Bedeutung gegenüber den Inhalten haben, an Gewicht.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Veelken. – Nächste Rednerin ist Susanne Johna aus Hessen.

Dr. Johna, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Bartmann hat uns erneut zur (Muster-)Weiterbildungsordnung berichtet. Auch wenn wir manchmal das Gefühl haben, es gehe nicht so recht voran, ist es, glaube ich, enorm wichtig, dass wir uns die Zeit nehmen, die wir brauchen, damit es am Ende so wird, wie wir es für richtig halten. Aber gerade weil wir wissen, dass wir diese Zeit brauchen, sollten wir nicht vergessen, dass wir eine geltende Weiterbildungsordnung haben. Es ist unsere Aufgabe, als Landesärztekammern die Einhaltung der Weiterbildungsordnung im Blick zu haben.

Es geht mir nicht um das Anprangern von Weiterbildungsermächtigten. Wir wissen alle, dass es einzelne schwarze Schafe gibt. Es geht mir vielmehr darum zu beachten, dass heute auch die leitenden Ärzte in den Kliniken oft nicht mehr Herr ihrer eigenen Zeit sind, dass sie von Verwaltungsdirektoren gezwungen werden, ihre Abteilungen mit immer weniger ärztlichen Kollegen und immer kürzerer Liegezeit und damit höherer Patientenzahl zu führen. Damit kommt die Weiterbildung zwangsläufig oft zu kurz.

Da kann es durchaus sinnvoll sein, dass die Ärztekammern hier einen Fokus haben. Das Vorladen eines Weiterbildungsermächtigten in eine Ärztekammer hat eine enorme Signalwirkung und kann insofern die Weiterbildungsermächtigten durchaus in ihrem Ziel unterstützen, sich mehr Zeit für die Weiterbildung zu nehmen.

Bei aller Energie, die wir in die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung fließen lassen, sollten wir bitte nicht vergessen: Wir haben eine geltende Weiterbildungsordnung. Wir haben eine Generation, die sich jetzt in Weiterbildung befindet. Auch für die sollten wir aktiv sein.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Johna. – Anne Kandler aus Hessen ist die nächste Rednerin.

Kandler, Hessen: Herr Präsident! Liebe Damen und Herren! Herr Bartmann, danke für diesen ausführlichen Vortrag. Als eine der wenigen Betroffenen hier im Raum – ich bin Ärztin in Weiterbildung im dritten Weiterbildungsjahr – möchte ich mich gern zu Wort melden. Wir haben gerade aus der Sicht der Weiterbildungsermächtigten die Probleme beleuchtet bekommen. Ich möchte dazu aufrufen, in dem Prozess, an dem

ja alle Landesärztekammern teilnehmen – wir in Hessen im Rahmen unseres Weiterbildungsausschusses ebenso –, auch Betroffene mit in diese Ausschüsse einzu beziehen, wie das bei uns der Fall ist, was wir als Weiterzubildende sehr schätzen.

Wir sollten – das haben wir gerade gehört – im Rahmen der Vorbereitung der neuen Weiterbildungsordnung nicht vergessen, dass wir bereits Weiterbildungsordnungen haben.

Unabhängig von dem, was wir eben gehört haben – Herr Bartmann hat auch von einer Anpassung der Richtzahlen gesprochen –, möchte ich dazu aufrufen, darauf hinzuwirken, dass wir im Rahmen der Richtlinienkompetenz Dinge an die Realität anpassen können.

Dazu möchte ich einen letzten Aspekt hinzufügen. Wir sollten auch die Qualität der Weiterbildung nicht vergessen. Ich bin selbst Betroffene. Ich habe ein wunderbares Weiterbildungscurriculum. Ich habe auch mein jährliches Weiterbildungsgespräch. Ich möchte hier eine Initiative „Jedem Weiterzubildenden sein Weiterbildungsgespräch“ starten. Es gibt einzelne Punkte, die in der Weiterbildungsordnung bereits vorhanden sind, die gut sind, die natürlich noch besser sind, wenn sie auch eingehalten werden. Dazu möchte ich gerne aufrufen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Anne Kandler. – Dieter Mitrenga aus Nordrhein ist der Nächste.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Weiterbildung hat eine enorme Bedeutung für die Versorgungsqualität. Mit diesem Satz verbinden wir gleich mehrere Themen des Ärztetages. Zugleich ist die Weiterbildung die Grundlage für den Beruf einer ganzen Ärztegeneration, vielleicht auch mehrerer Ärztegenerationen. Wir sind bei dieser Novellierung im Gegensatz zu vielen anderen viel besser dran. Das liegt an der Souveränität von Herrn Bartmann und Frau Güntert und an all dem, was wir an Gelassenheit bei der Beratung der Weiterbildungsordnung erleben. Es wird nicht um Spiegelstriche gekämpft, sondern es ist gut, dass wir mit Wiki-BÄK eine Plattform haben, wo die Fachgesellschaften, die Berufsverbände und, wenn man so wollte, fast jeder Einzelne zur Geltung kamen.

Jedes Wort von Herrn Smektala ist zu unterstreichen und muss nicht wiederholt werden. Was Frau Johna gesagt hat, ist mir ebenso wichtig. Wir haben eine geltende Weiterbildungsordnung. Diese schlechtzureden ist doppelt unklug, denn es gibt noch eine ganze Generation, die unter dieser Weiterbildungsordnung arbeiten muss. Für diese muss man den Weiterbildern und den Weiterbildungsstätten sagen: Nehmen Sie sich in Acht; so, wie Sie es bisher gemacht haben, ist noch Luft nach oben, Sie können sich verbessern.

Das muss man auch den Weiterbildern sagen. Sie sind gar nicht am Ende, sondern Sie sind eigentlich so in der Mitte. Sie können sich noch sehr gut nach oben bringen, denn es wird ja noch eine Weile dauern, bis die jetzt in Novellierung befindliche Weiterbildungsordnung Geltung erlangt.

Ich habe die Anträge sorgsam durchgesehen. Die Anträge sind, von ein oder zwei Anträgen abgesehen, die schon erwähnt wurden, alle bemerkenswert, weil sie Dinge zum Ausdruck bringen, die wir noch beachten müssen, die wir zum Teil auch schon beachtet haben. Nur: Die Antragsteller wissen es nicht. Sie wissen es nicht deshalb nicht, weil sie tumb wären, sondern weil sie nicht in den Gremien sind. Auf dem Weg hierher ist ihnen die Idee gekommen: Wir sollten vielleicht einen Antrag stellen.

Die gut gemeinten Anträge – andere gibt es hier ja gar nicht –, die inhaltliche Fehler aufweisen, sollten Sie bitte an den Vorstand und dadurch an die Gremien, die das ja schon behandeln, überweisen.

(Beifall)

Sie täten dem Ärztetag nichts Gutes, wenn Sie gleich sagten: Jetzt ist Schluss der Rednerliste, ich habe gesprochen. Wir wollen alle hören. Die Rednerliste dürfte für mich noch viel länger werden, weil aus jedem Wortbeitrag etwas abzuleiten ist, was wir noch brauchen können.

Deshalb mein Appell: Nehmen Sie die die Weiterbildung betreffenden Anträge heraus und überweisen Sie diese an den Vorstand. Dann braucht man vielleicht auch nicht zu jedem Antrag noch extra zu sprechen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich interpretiere das als einen Antrag, sämtliche Anträge an den Vorstand zu überweisen.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: „Sämtliche“ ist mir zu sämtlich.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dann musst du mir sagen, welche. Das kann ich hier nicht ad libitum entscheiden.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Ich liefere das sofort nach.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Aber nicht sofort, sondern du bleibst bitte noch auf dem Podium stehen.

Meine Damen und Herren, es kann sein, dass dies das letzte Mal war, dass Dieter Mitrenga hier oben am Rednerpult steht. Deshalb unterbreche ich unsere Sitzung für eine Minute, um darauf hinzuweisen, dass mit Dieter Mitrenga, der nicht wieder für die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein kandidiert hat und deshalb vielleicht zum letzten Mal hier auf dem Podium steht, sich jemand auf die Zuschauerbänke dieses Parlaments zurückzieht, der sicher seit 40 Jahren auf Deutschen Ärztetagen dabei war und ganz entscheidend an der Weiterbildungsordnung mitgewirkt hat.

Dieter, du hast große Arbeit geleistet: beim Marburger Bund, bei der Ärztekammer Nordrhein, bei der Bezirksstelle Köln, aber auch für uns alle. Dafür schulden wir dir ganz besonderen Dank. Vielen Dank für alles, was du getan hast!

(Anhaltender lebhafter Beifall – Die Delegierten erheben sich)

Für das, was du jetzt sagen möchtest, gelten die drei Minuten.

(Heiterkeit)

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Ich kann es kurz machen. Sie sehen mich relativ sprachlos. So möchte ich es jetzt auch bleiben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nächster Redner ist der Kollege Uwe Lange aus Niedersachsen.

Lange, Niedersachsen: Herr Präsident! Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auf jeden Fall habe ich jetzt eine Erklärung dafür, dass der Kollege Mitrenga sich traut, viel weiter gehende Anträge zu stellen als ich.

Ich spreche zum Antrag V-05, den ich gern an den Vorstand überweisen möchte. Ich möchte das folgendermaßen begründen. Der Antrag befasst sich mit der Thematik, dass am Ende der Weiterbildungszeit eine Prüfung stattfindet, die nur begrenzt wiederholbar ist, sodass es tatsächlich passieren könnte, dass nach einer sechsjährigen Ausbildung und einer sechsjährigen Weiterbildungszeit jemand das tragische Schicksal erleidet, den Beruf, den er sich ausgewählt hat, nicht ausüben zu dürfen. Das ist ein dramatisches individuelles Schicksal.

Auf der anderen Seite sind wir in der Kammer durchaus verantwortlich für die Einhaltung der Patientenrechte – wir haben uns auf dem Ärztetag 2010 in Mainz dezidiert mit den Patientenrechten auseinandergesetzt – und für die größtmögliche Gewähr dafür, dass wir als Ärztekammer Sorge getragen haben, dass die Kolleginnen und Kollegen, die ihren Beruf als Facharzt ausüben, das können, was sie können sollen. So gesehen möchte ich dieses sensible Thema mit einem solchen ausgeprägten Spannungsfeld an den Vorstand überwiesen haben, wenn es nicht sowieso in toto dort ankommt.

Ich möchte noch etwas zum Antrag V-03 sagen. Mit diesem Antrag werden nach meinem Verständnis die Landesärztekammern aufgefordert, die Weiterbilder dezidiert zu beaufsichtigen und zu kontrollieren. Wenn dies geleistet werden sollte, wäre das im hohen Maße haushaltsrelevant. Ich denke, es wäre regressierbar gegenüber den Kammern, die die Weiterbilder nicht beaufsichtigt haben, die ihrer Weiterbildungsverpflichtung gegenüber den Weiterzubildenden nicht nachgekommen sind. Auch dieses Spannungsfeld hätte ich gern im Vorstand diskutiert, hilfsweise abgelehnt.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Lange. – Nächste Rednerin ist Frau Dr. Claudia Borelli aus Bayern.

PD Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Dr. Bartmann, Sie erwähnten in Ihrem Vortrag den Paragrafenteil der Weiterbildungsordnung und sagten, dass Sie das den Juristen überlassen wollten. Ich nehme an, dass es nicht ganz so ist, weil ich ja schon mit vielen Anträgen auf den wichtigen Punkt der Weiterbildung in Teilzeittätigkeit hingewiesen habe. Ich nehme an, dass Sie Ihr Augenmerk doch auf diesen Bereich richten werden. Ich hoffe, dass das so ist.

Ich habe dazu zwei Gedanken, die ich gern weitergeben möchte. Der eine Gedanke ist: So, wie es jetzt formuliert ist, dass die Weiterbildung ganztätig sein soll, ist eine Ausnahme möglich. Aber die Weiterzubildenden verstehen das so nicht. Aber auch für sie muss es verständlich sein. Sie müssen klare Formulierungen vorfinden, ab welcher Menge an ärztlicher Tätigkeit Weiterbildung in Teilzeittätigkeit möglich ist und anerkannt wird. Ich wünsche mir von der neuen Weiterbildungsordnung, dass dort explizit steht: Weiterbildung in Teilzeit ist möglich. Die 50 Prozent müssen einfach fallen.

Ich nehme an, ich renne offene Türen ein. Ich glaube, da sind wir gedanklich auf einer Linie. Das möchte ich an dieser Stelle noch einmal anmerken, und hoffe, dass es so aufgenommen wird. Ich denke, die Zeit ist reif.

Vielen Dank

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Claudia. – Nächste Rednerin ist Frau Kollegin Christa Bartels aus Nordrhein.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Noch einmal vielen Dank an Herrn Mitrenga für sein Engagement. Ich bin Mitglied im Weiterbildungsausschuss in der Ärztekammer Nordrhein und kann mich nur herzlich für die Leitung und die Kompetenz bedanken.

Ich möchte zur Wichtigkeit der Arzt-Patient-Kommunikation sprechen. Das ist eine ganz wichtige und urärztliche Aufgabe. Ich danke Ihnen, dass Sie unseren Düsseldorfer Antrag so unterstützt haben.

Die Arzt-Patient-Kommunikation sollte ein wesentlicher Bestandteil nicht nur des Studiums, sondern auch der Weiterbildung sein. Es ist ganz wichtig, das dort zu verankern.

Ich möchte an einen Antrag vom vorjährigen Ärztetag in Hannover erinnern, in dem wir gefordert haben, dass die psychosomatische Kompetenz in die Weiterbildung der Fächer mit Patientenkontakt aufgenommen wird. Es ist wichtig, dass die Schulung von Ärzten durchgeführt wird, die diese spezielle Kommunikation kennen und können.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Bartels. – Nächste Rednerin ist Eva Müller-Dannecker aus Berlin.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Liebes Präsidium! Sehr verehrte Damen und Herren! Ich möchte mich ganz ausdrücklich dafür bedanken, dass der Prozess der Novellierung der Weiterbildungsordnung eine neue Qualität oder überhaupt eine Qualität im Sinne des Mitnehmens aller Beteiligten erhalten hat, bei der man sagen kann: Das ist einfach beispielhaft.

Bei der ärztlichen Ausbildung stellen wir fest, dass es ungefähr 20 Jahre gedauert hat, bis durchgesetzt wurde, dass wir in Richtung Kompetenz mit Lernzielen eine Ausbildung durchführen, die mehr curricular gegründet ist. Die Ausbildung wird jetzt mit dem nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin sozusagen einen neuen Schritt in die richtige Richtung tun. Wir haben zwar noch viele Universitäten, die klassisch ausbilden, aber das setzt sich zunehmend durch.

Die Weiterbildung ist eine Postgraduiertenqualifizierung, die darauf aufsetzen muss. Ich finde es ein bisschen schade, dass das Wort Kompetenz quasi weggefallen ist. Es geht ganz wesentlich um die Frage: Welche Kompetenzen sollen unsere Fachärzte haben, um fachärztliche Tätigkeit selbstverantwortlich ausüben zu können?

Wir müssen also Ziele benennen. Die große Frage ist: Wie kommen wir dorthin? Aus meiner Sicht machen wir uns viel zu wenig Gedanken darüber, wie wir dahinkommen, wie jemand am besten lernt, wie wir ihn anleiten müssen. Vor lauter Diskussionen darüber, dass das alles ein Nebenprodukt ist, überrennt uns die Ökonomie und sagt: Ja, das ist nur ein Nebenprodukt! So wird es dann auch behandelt. Aber mit einer Weiterbildung nur als Nebenprodukt werden wir keine guten Fachärzte bekommen.

Natürlich brauchen wir eine gute Bezahlung, aber darum geht es nicht. Wir müssen uns überlegen: Wie kann es gelingen, dass wir gute Fachärzte bekommen? Welche Strukturen brauchen wir? Wir brauchen feste Mentoringsysteme, wir brauchen mehr Verbindlichkeit.

Wir brauchen auch eine Vorstellung über Medizindidaktik. Professor Hahn war in Nordrhein zu Besuch. Darüber stand auch etwas im dortigen Ärzteblatt. Auch wir müssen uns mit den Kursformaten auseinandersetzen. Wir brauchen einfach eine Vorstellung davon, wie wir unsere jungen Ärztinnen und Ärzte dahinbringen. Die Menschen werden in der jetzigen Situation überfordert. Sie haben Angst vor der Notfallmedizin, dass ihnen irgendetwas passiert. Sie sind alleine gelassen, weil die Strukturen längst nicht mehr so sind, wie sie einmal waren. Damit sind wir wieder bei der Finanzierung.

Aus meiner Sicht ist wichtig, dass wir auch Kursformate mit anbieten, dass wir neue Lernmethoden einsetzen. Ich weiß, dass es ein langer Weg ist.

Ich danke Herrn Dr. Bartmann dafür, dass er auch auf den Change-Prozess hingewiesen hat. Aber wir müssen uns selbst damit befassen. Die Pflege hat natürlich Praxisanleiter für ihre Ausbildung. Dort ist man uns weit voraus. Es kann nicht sein, dass wir meinen, uns mit diesen wichtigen didaktischen und methodischen Fragen nicht auseinandersetzen zu müssen.

Ich bitte Sie deshalb, unsere diesbezüglichen Anträge unter diesen Aspekten zu betrachten, auch wenn Sie sie überweisen. Es geht darum, dass wir uns alle miteinander mehr Gedanken über das Wie machen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Ingrid Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg ist die nächste Rednerin.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Liebes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag von Frau Dannecker sprechen und aufgreifen, was Frau Bartels angesprochen hat, nämlich die Notwendigkeit der Fähigkeit aller Ärzte in der unmittelbaren Patientenversorgung, eine hilfreiche Arzt-Patient-Beziehung zu schaffen. Dazu gehört, dass – das ist aus meiner Sicht gestern viel zu sehr betont worden – nicht nur die kognitive Ebene der Patienten angesprochen wird. Wir sollten aus meiner Sicht von den Neurobiologen gelernt haben, dass sehr viele Persönlichkeitszüge sehr früh gebildet werden. Sie sind auf einer subkortikalen Ebene. Das heißt, wir reden vom limbischen System. Wenn eine hilfreiche Beziehung entwickelt werden soll, kann sie sich nicht darauf beschränken, dass man die kognitive Ebene betrachtet.

Ich möchte dafür sprechen, dass die Fähigkeit zur Entwicklung einer hilfreichen Beziehung auch diese Faktoren berücksichtigt. Dazu gehören eben auch solche Fähigkeiten, die man eigentlich nur in der Balintgruppe oder ähnlichen Veranstaltungen entwickeln kann, weil es tiefer gehend ist und andere Aspekte berücksichtigt als nur das rein Rationale.

Ich möchte mich sehr dafür einsetzen, dass diese Ebene nicht vergessen wird.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Rothe-Kirchberger. – Der nächste Redner ist Heiner Heister aus Nordrhein.

Dr. Heister, Nordrhein: Herr Präsident! Geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Den Redebeitrag habe ich unter dem Stichwort „Kunst- und Musiktherapie“ eingereicht. Ich nehme Bezug auf einen Antrag, den ich vor zwei Jahren gestellt habe, vielleicht ein bisschen zu kryptisch. Ich hatte gebeten, die Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung zu prüfen. Das ist im Aus-

schuss Gebührenordnung dann auch geschehen. Er hat festgestellt, es handele sich um eine rein ärztliche Gebührenordnung, deshalb sehe man da gar keinen weiteren Beratungsbedarf.

Kunst- und Musiktherapie kann man studieren. Das sind anerkannte Studiengänge. Diejenigen, die das studiert haben, sind in der Regel wohl eher keine Ärzte. Wie will man damit umgehen? Wie sind die Ärzte, die künftig Kunst- und Musiktherapie abrechnen, weitergebildet?

Wie gedenkt man weiterhin mit den Leuten umzugehen, die das studiert haben? Kundigen wird deutlich werden: Das ist ein ähnliches Thema wie im Aufkommen der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ja früher auch über abrechnungsbefugte Ärzte gearbeitet haben.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Heister. – Nächster Redner ist Detlef Lorenzen aus Baden-Württemberg.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte hier meine Zufriedenheit darüber ausdrücken, dass die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung neu durchdacht wird. Das bedeutet zwar im Moment mehr Arbeit, aber die langjährigen Erfahrungen und Beschwerden der Weiterzubildenden bezüglich der derzeitigen Weiterbildungsordnung werden hoffentlich mehr Eingang finden.

Ich finde es gut, dass die Fragen der Entwicklung von Kompetenz der Weiterzubildenden mehr ins Zentrum geraten. Dabei können wir auf viele Erfahrungen aus dem Ausland, beispielsweise Kanada oder Schottland, zurückgreifen, die in der Entwicklung von Systematiken der Kompetenz über die Schritte Wissen, Grundlagenwissen, Kennen, Können und Beherrschen bereits langjährige Erfahrungen haben.

Weiter muss eine enge Verknüpfung der Lernziele der Weiterzubildenden mit dem Lernzielkatalog der Medizinstudenten erfolgen. Es sollte daher zu einem möglichst frühen Zeitpunkt die inhaltliche Abstimmung mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung und dem Medizinischen Fakultätentag erfolgen. Nur über diesen Weg können wir es schaffen, die Problematik zu beseitigen, dass die Kataloge der geleisteten Operationen oder anderen Mengen an Ultraschalluntersuchungen oder Ähnlichem nicht mehr erfüllt werden können oder für die Facharztprüfung sogar nur bescheinigt werden.

Dann wird die Kompetenz eines Facharztes nicht durch die Anzahl der Untersuchungen, sondern durch Qualität der Ausbildung mit dem Ergebnis einer hohen Kompetenz beendet werden können.

Ich wünsche den Gremien viel Ausdauer bei den Diskussionen, aber auch die Bereitschaft, Blicke über die Landesgrenzen zu werfen, wo es bereits viele Erfahrungen mit der kompetenzorientierten Weiterbildung von Ärzten gibt.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lorenzen. – Klaus Thierse ist der nächste Redner.

Dr. Thierse, Berlin: Ich möchte ein paar Anmerkungen zu einigen Anträgen machen. Es wird beispielsweise vorgeschlagen, Kurse für bestimmte fachübergreifende Kompetenzen anzubieten. Wir haben das Problem, dass sich manches in der Weiterbildung nicht im Alltag abbildet. Deshalb gibt es ja auch den Antrag, die Weiterbilder zu schulen, um so etwas besser möglich zu machen.

Zum Begriff „Kurse“: Ich erinnere daran, dass wir immer angestrebt haben, Kurse aus der Weiterbildung herauszuhalten, um die Weiterbildung als Nebenprodukt der Tätigkeit aufrechtzuerhalten. Ich erinnere daran, dass wir bei den Psychotherapeuten bis heute noch nicht das Problem gelöst haben, dass die Supervisionskurse mit einem hohen fünfstelligen Betrag selbst finanziert werden müssen, dass man also seine Weiterbildung weitgehend selbst bezahlen muss. Dieses Problem möchte man nicht weiter ausdehnen.

Es wurde darüber diskutiert, ob bestimmte Zahlen und Zeiten erforderlich sind. Ich erinnere daran: In der Weiterbildungsordnung finden sich die Begriffe „Mindestzahlen“ und „Mindestzeiten“. Wenn wir sie völlig wegnehmen, wird wieder das passieren, was einige Antragsteller bei mir versucht haben, als ich Leiter des Weiterbildungsausschusses war, indem ein Antrag gestellt wurde, dass jemand nach dreieinhalb oder vier Jahren Facharzt für Chirurgie werden wollte, weil er so hoch qualifiziert war. Er hat auch ein Zeugnis seines Chefs mitgebracht. Ich behaupte: Man kann nicht in dreieinhalb Jahren ein eigenständig verantwortlich handelnder Chirurg werden. Man mag mir gern widersprechen, aber nach meiner Vorstellung geht das nicht.

Noch ein Wort zur Schulung der Weiterbilder. Hier möchte ich einen Änderungsantrag einbringen. Die Schulung der Weiterbilder halte ich für eine wichtige Sache. Ich denke, die Weiterbildungsgremien sollen durchaus überlegen, inwieweit sie das in den Paragrafenteil der Weiterbildungsordnung integrieren können. Es ist ein brennendes, ein akutes Problem. Deshalb sollte es nicht heißen, dass die mit der Novellierung der Weiterbildung vertrauten Gremien gebeten werden, sondern dass die Landesärztekammern dazu aufgefordert werden. Ich denke, das ist ein Problem, das wir jetzt angehen müssen und bei dem die Landesärztekammern tätig werden müssen.

Wenn Sie eine Blaupause dafür brauchen, wie man so etwas machen kann, schauen Sie sich die Ausbildung der Moderatoren und Tutoren für die Qualitätszirkel in den KVen an.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus. – Herr Professor Rüdiger Smektala aus Westfalen-Lippe ist der Nächste.

Prof. Dr. Smektala, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Erlauben Sie mir noch zwei Anmerkungen. In einem der vorliegenden Anträge geht es um die Häufigkeit der Evaluation. Ich glaube, dass wir gut beraten sind, eine Evaluation nicht am Ende eines Weiterbildungsgangs durchzuführen, sondern alle zwei bis drei Jahre diese Maßnahmen durchführen zu können, weil wir ja nur dann eine Verbesserung für diejenigen erzielen können, die sich in ihrem Weiterbildungs-gang befinden. Das dauert mindestens fünf bis sechs Jahre. In meinen Augen ist ein dreijähriger Zeitraum gut und richtig.

Wir kommen dann auch zu der Möglichkeit, dass die Landesärztekammern in die Häuser gehen können und mit den Assistenten, die gesagt haben, hier ist etwas nicht in Ordnung, sprechen können, um für die Kolleginnen und Kollegen eine Verbesserung ihrer Situation in der verbleibenden Weiterbildungszeit zu erreichen. Nur dann werden wir Akzeptanz bei den nachwachsenden Ärztinnen und Ärzten für das System der ärztlichen Selbstverwaltung unter dem Aspekt der Weiterbildung finden. Von daher bin ich eher für einen kürzeren Zeitraum.

Ich möchte Sie bitten, die vorliegenden Anträge V-01 bis V-15 – das sind die Anträge, die ich vorliegen habe und die ich kenne – an den Vorstand zu überweisen, damit wir in der verbleibenden Zeit in aller Ruhe die inhaltlichen Dinge aufgreifen, in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen und Ihnen wieder zurückspeiegeln können.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Smektala. – Ich möchte Sie kurz darüber informieren, dass wir uns am Ende dieses Tagesordnungspunkts, bevor wir in den nächsten Tagesordnungspunkt gehen, mit einem Antrag auf zweite Lesung zum Antrag II-13 aus dem Gebiet der Prävention befassen werden. – Der nächste Redner ist Klaus Reinhardt.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrtes Präsidium! Lieber Franz Bartmann! Meine verehrten Kolleginnen und Kollegen! Herr Bartmann, herzlichen Dank auch meinerseits für die bisher geleistete Arbeit. Ich habe das Gefühl, dass die Strukturen, die jetzt erkennbar werden, eine große Akzeptanz finden und wir insofern auf einem guten Weg sind, eine Generalrevision der Weiterbildungsordnung vorzunehmen, die dann auch hält. Ich erinnere an die Worte von Herrn Mitrenga: Wir sind hier Selbstverwaltung. Das Thema Weiterbildung ist ein Thema, das genuin und ausschließlich in unseren Händen liegt. Das ist eine Form von Verantwortung, die wir gegenüber der zukünftigen Generation haben, der wir gerecht werden sollten. Dazu bedarf es eines gewissen Maßes an Disziplin, auch im Rahmen der Debatte. Darum möchte ich Sie dringend bitten und dazu möchte ich Sie einladen.

Noch ein kleiner Hinweis an diejenigen, die es gestalten: Wir haben bisher nichts in Bezug auf die Kompatibilität dieser Weiterbildungsordnung mit dem SGB und mit der Schnittstelle zur KBV, was später die Niederlassung angeht, gehört.

Das sollte die Struktur der Weiterbildungsordnung in gar keiner Weise beeinflussen, aber es sollte am Schluss so sein, dass diese Weiterbildungsordnung so aussieht,

dass sie von den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung akzeptiert werden kann. Das führt verständlicherweise dazu, dass derjenige, der den Facharzt erworben hat, als solcher im Rahmen des Sozialgesetzbuchs abrechnen darf.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus Reinhardt. – Aus derselben Landesärztekammer kommt Hans-Albert Gehle. Er ist der nächste Redner.

Dr. Gehle, Westfalen-Lippe: Guten Morgen! Zunächst einmal möchte ich mich beim Präsidium, insbesondere bei Herrn Bartmann, aber auch beim Dezernat Weiterbildung aus den Arbeitsgruppen heraus für das Vertrauen bedanken, das sie in die Arbeitsgruppen setzen. Ich spüre dieses Vertrauen auch auf dem Deutschen Ärztetag. Ich glaube, im Namen aller, die in den Arbeitsgruppen aktiv sind, darf ich dafür ein herzliches Dankeschön sagen.

(Beifall)

Viele Vorredner haben dazu aufgefordert – das ist auch Inhalt einiger Anträge –, mit unserer Weiterbildungsordnung auf dem nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin aufzusetzen. Die Intention dieser Anträge kann man verstehen, allein der Weg dahin ist falsch.

Der nationale Lernzielkatalog hat eine lange Entwicklung hinter sich. Der gesetzliche Auftrag stammt aus dem Jahr 2008. Das steht auch in einem Antrag. Man hat aus den Arbeitsgruppen heraus den Eindruck, dass wir mit unserer Weiterbildungsordnung schon weiter sind als die Entwicklung dieses Katalogs. Vielleicht wäre es gar nicht verkehrt, wenn wir aus ärztlicher Sicht sagten, was in der Weiterbildung enthalten sein muss, damit die Ausbildung bei dem enden kann, was wir für den Beginn der Weiterbildung brauchen, und nicht umgekehrt. Von daher würde uns das Warten auf den nationalen Lernzielkatalog – da bin ich optimistischer als der eine oder andere Delegierte hier – blockieren. Wir würden den Beginn einer neuen Weiterbildungsordnung weit, weit hinausschieben. Das sollten wir nicht tun, sondern wir sollten uns auf unseren eigenen ärztlichen Sachverstand verlassen.

In diesem Sinne bitte ich, alle Anträge dieser Art entweder an den Vorstand zu überweisen oder sie abzulehnen.

Noch eine kurze Bemerkung zu meinem Vorredner. Natürlich hat er recht, dass wir dahinkommen müssen, dass am Ende der Weiterbildung die Anerkennung des Sozialrechts steht. Aber wir sollten natürlich nicht dahinkommen, dass wir einfach Zahlen aus dem Sozialrecht, die auch nicht belegt sind, in die Weiterbildungsordnung übernehmen. Es sollte vonseiten der KV einmal überprüft werden, ob die eigenen Zahlen wirklich sinnvoll sind. Es ist ja unser Ziel, Zahlen einzubringen, die echt hinterlegt sind, die nicht gegriffen sind. Dann sind sie einfach zu übernehmen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans. – Joachim Dehnst aus Westfalen-Lippe ist der Nächste.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich natürlich dem Dank an Herrn Bartmann anschließen, der durch seine chirurgische Standhaftigkeit für diese Aufgabe geradezu prädestiniert ist. Ich denke, da wird noch manches über ihn hereinbrechen.

Hier ist bereits viel Wichtiges und Gutes vorgetragen worden. Mit Freude und einer gewissen Genugtuung verfolge ich, dass die Qualität der Weiterbildung im Sinne der Weiterzubildenden durch Verfestigung der Strukturen, die wir schon kennen – Logbuch, Curricula, Zeugnisse, Evaluationen –, verbessert wird. In mir wächst aber auch die Sorge, wenn das Werk der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung steht, um die wachsenden Anforderungen an die Weiterbilder. Wenn wir mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung am Ziel sind, müssen wir uns erhebliche Gedanken machen, wie wir deren Rolle stärken können.

Eine kurze Bemerkung zum Antrag V-05, bei dem es um die Wiederholbarkeit von Facharztprüfungen geht. Eine Einschränkung der Wiederholbarkeit kenne ich aus Westfalen-Lippe nicht. Ich sehe dazu auch keinen Anlass.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das ist der Antrag V-07, wenn ich das kurz sagen darf.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Entschuldigung, ich korrigiere, Antrag V-07. Es ist mir wichtig, das Verfahren hervorzuheben, wie wir zu dieser neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung kommen. Dabei geht es mir um die Beteiligung der Landesärztekammern. Wir haben in der Vergangenheit bei der Durchführung des Konvergenzverfahrens immer wieder erhebliche Probleme und Verschleppungen insbesondere durch das Wiederholen der zahlreichen Schleifen erlebt. Möglicherweise wird das auch kommen. Ich sehe in der Einbindung der Kompetenzen aus den Landesärztekammern in den Arbeitsgruppen einen wirklichen Vorteil und das Heben von Ressourcen. Ich könnte mir vorstellen, dass dies, wenn wir am Ziel sind, durchaus als modellhaftes Projekt für die Zukunft gewertet werden kann. Es ist mir besonders wichtig, dies herauszustellen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Rudolf Kaiser.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche im Rahmen des Komplexes Weiterbildung im Grunde zu den Anträgen V-07, V-03 und V-14 und sehe sie als eine gewisse Einheit. Im Grunde muss die Weiterbil-

derung heutzutage in der Praxis und in der Klinik strukturiert verlaufen. Den Begriff der strukturierten Weiterbildung vermisste ich etwas in der bisherigen Diskussion und auch in den Anträgen. Genau das ist es, was die jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bemängeln, und zwar nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der Praxis der niedergelassenen Ärzte. Wir müssen dazu beitragen, dass diese Struktur hergestellt wird.

Dazu könnte man Mentoren hinzuziehen, wie sie in einem Antrag erwähnt werden. Ich denke da beispielsweise an niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte, die nicht mehr im täglichen Beruf eingespannt sind, zum Beispiel Ruheständler, Pensionäre oder Rentner. Sie können sich dort einbringen und die Weiterbildungsbefugten in Klinik und Praxis unterstützen.

Das wäre ein Weg, um Erfahrung und Kompetenz in die Weiterbildung einzubringen und die dort Tätigen zu entlasten.

Dazu gehört aber auch, dass die Krankenhausträger und die niedergelassenen Ärzte, soweit sie Weiterbildung betreiben, den Weiterzubildenden die Möglichkeit eröffnen, an Weiterbildungsveranstaltungen, Kursen etc. während der Arbeitszeit teilzunehmen. Daran hapert es heute oft, gerade in den Kliniken, dass es dort den jungen Ärztinnen und Ärzten nicht oder nur in geringem Umfang ermöglicht wird, während der Arbeitszeit für die Weiterbildung wichtige Inhalte zu erwerben. Das ist ein großer Mangel.

Insofern werden an mancher Stelle auch Krokodilstränen vergossen. In Stellenanzeigen von Kliniken sieht man oft, dass eine strukturierte Weiterbildung angeboten wird. Dann muss aber auch wirklich drin sein, was draufsteht. Dasselbe gilt für die niedergelassenen Ärzte, soweit sie Weiterbildung betreiben.

Eine Anmerkung zu Herrn Kollegen Reinhardt. Ich möchte mich meinem Vorredner anschließen: Das SGB V und die Sozialgesetzgebung haben sich in erster Linie nach der Weiterbildungsordnung zu richten und nicht umgekehrt. Die KV sollte sich überlegen, ob sie sich mit ihren eigenen Anforderungen nicht zum Teil unnütz von der Weiterbildungsordnung unterscheidet und hier Hürden aufbaut, die nicht erforderlich sind.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Rudolf Kaiser. – Julian Veelken aus Berlin ist der nächste Redner.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die (Muster-)Weiterbildungsordnung muss natürlich, damit sie gilt, von den Landesärztekammern umgesetzt werden. Insofern muss natürlich auch die Landesärztekammer am Ende dafür sorgen, dass es Angebote für die Weiterbilder gibt. Insofern bin ich, glaube ich, nicht weit von Klaus Thierse entfernt.

Ich denke jedoch, dass in der (Muster-)Weiterbildungsordnung, wenn man sagt, was man von den Weiterzubildenden erwartet, mehr als bisher stehen muss, was man

von den Weiterbildern erwartet und welche Kompetenzen sie bieten müssen, damit sie als Weiterbilder fundiert arbeiten können.

Mir ist auch folgender Punkt wichtig. In den meisten Weiterbildungsordnungen steht die Facharztprüfung als kollegiales Fachgespräch am Ende der Weiterbildung. Dieses Gespräch wird zumindest in Berlin auch geführt. Ich bin verblüfft über die Stellungnahme von Herrn Lange. Er hat gesagt, er glaube, dadurch, dass er jemanden nicht das dritte oder vierte Mal zur Facharztprüfung zulässt, tue er den Patienten im Hinblick auf das Patientenrechtegesetz etwas Gutes. Da ist er mit der Facharztprüfung mit Sicherheit völlig am falschen Ort, da bin ich mir ganz sicher. So etwas sollte während der Weiterbildung auffallen oder vielleicht auch schon während der Ausbildung. Ich denke, wenn wir das erst beim dritten Prüfungsversuch herausfinden, haben wir als Selbstverwaltung etwas falsch gemacht. Ich glaube – vielleicht bin ich zu optimistisch –, das wird bundesweit bestenfalls drei bis fünf Leute treffen, wahrscheinlich ist das schon eine zu hohe Zahl. Wenn man eine kompetenzbasierte Weiterbildung aufbaut, bei der am Schluss das kollegiale Fachgespräch nicht mehr das entscheidende Ergebnis sein wird, braucht man ein so repressives Signal nicht in eine neue Weiterbildungsordnung hineinzuschreiben.

Wenn Sie meine anderen Anträge an den Vorstand überweisen, dann weiß ich sie bei Herrn Bartmann in guten Händen. Ich bitte Sie, die Regelung mit der Prüfung gemeinsam herauszunehmen, das ist absolut nicht zeitgemäß.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Veelken. – Jörg Zimmermann aus Niedersachsen ist der nächste Redner.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Manchmal hat man den Eindruck, bestimmte Themen kommen in einem bestimmten Zyklus immer wieder. Eines dieser Themen ist die Weiterbildung in Kursen. Der Antrag 14 fordert den Erwerb von Kompetenzen in Ethik, Qualitäts- und Prozessmanagement, Kommunikation, Gesundheitsökonomie und Führung. Das ist ja alles schön und gut, aber ich frage mich: Wann ist die Zeit, diese Kurse zu besuchen? Während der Arbeitszeit wohl kaum, weder in der Praxis noch in der Klinik. Wer zahlt sie? Der Weiterzubildende. Hier wird ein grauer Markt, den wir schon in einigen Fächern haben, aufgemacht. Hier werden Flaschenhälse geschaffen. Hier werden Themen, die der eine oder andere ganz nützlich findet, die aber doch nicht ganz so nützlich sind, in den Vordergrund gespielt.

Ich glaube, das ist der falsche Weg. Viel besser wäre es, bestimmte Anteile in die Ausbildung zu verlagern.

(Vereinzelt Beifall)

Dorthin gehören sie. Dort müssen sie auch gelehrt werden. Wenn jemand tiefer beispielsweise ins Qualitätsmanagement einsteigen möchte, hat er durchaus die Möglichkeit, die entsprechende Zusatzbezeichnung zu erwerben. Wenn er tiefere Kompetenzen im Bereich des Prozessmanagements erwerben möchte, mag er das im

Rahmen seiner Arbeitsstelle mit seinem Arbeitgeber verhandeln. Dann wird er sicherlich für einen solchen Kurs freigestellt werden.

So, wie es hier gefordert wird, als Flaschenhals, kann man es nur ablehnen. Ich bitte Sie, so zu verfahren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jörg. – Wolf von Römer aus Bayern ist der nächste Redner.

Dr. von Römer, Bayern: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Wir haben den Antrag 03 aus Sorge um die Qualität unserer Weiterbildung heute gestellt. Wir wissen, dass durch die kurzen Liegezeiten und die damit verbundene Verdichtung der Arbeit immer weniger Zeit für die Weiterbildung bleibt. Hinzu kommen die Personaleinsparungen an den Kliniken, die dem Gewinn verpflichtet sind. Das führt zu einer untragbaren Situation.

Ich denke, deswegen ist es gut, wenn wir auf die Umsetzung der heutigen Weiterbildungsordnung drängen und die Weiterbilder dazu auffordern, dies zu tun – nicht in Schaffung einer neuen Behörde, denn die Weiterbildungsbefugten sind ja einer regelmäßigen Kontrolle unterworfen. Wir müssen sie unterstützen, auch gegenüber den Betreibern der Kliniken, dass das nötige Personal für diese Weiterbildung zur Verfügung steht.

Wir müssen uns weiterhin vergegenwärtigen, dass in der heutigen Zeit die Weiterzubildenden durch die Arbeitszeitgesetze circa 30 Prozent weniger Zeit für die Weiterbildung zur Verfügung haben. Das heißt, wir können die Inhalte unserer Fachgebiete nicht so weit reduzieren, wenn die Weiterzubildenden nicht bereit sind, sich auch in ihrer Freizeit der Weiterbildung zu widmen. Ich weiß, das hören viele nicht gern, aber wie wollen Sie es machen? Wir haben eine Mindestweiterbildungszeit. Wenn die Inhalte nicht erreicht werden, besteht die Gefahr, dass sich die Weiterbildungszeit verlängert.

Wir können viele neue Weiterbildungsordnungen erstellen, aber wir müssen sie auch umsetzen. Das ist das wesentliche Anliegen dieses Antrags.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr von Römer. – Michael Lachmund aus Nordrhein ist der nächste Redner.

Lachmund, Nordrhein: Herr Präsident Meine Damen und Herren! Ich freue mich über die Fortschritte, die die Vorbereitungen zur neuen Weiterbildungsordnung machen. Herr Bartmann hat das sehr schön vermittelt. Ich freue mich über die lebhaftige Diskussion. Ich denke, dass dieses Forum hier die Gelegenheit bietet, den Weiterbildungsgremien noch einmal Rückmeldungen zu geben. Ich meine – insofern unter-

stütze ich den Beitrag von Herrn Mitrenga –, es sollten von diesem Forum Anregungen kommen, weniger Anträge.

Ich möchte den Wunsch von Frau Borelli nach einer größtmöglichen Flexibilisierung der Teilzeitmöglichkeiten aufgreifen und ihn ausdrücklich unterstützen. Es wird nicht alles möglich sein, aber die jetzigen Regelungen sind zum Teil noch zu restriktiv. Das sollte erweitert werden. Ob es bestimmte Begrenzungen vom europäischen Recht her gibt, das muss man prüfen. Das kann hier nicht unsere Aufgabe sein. Der Gesichtspunkt der Liberalisierung an dieser Stelle ist mir sehr wichtig.

Eine neue Ordnung lebt von Begriffen, gerade für die Innovationen, für die neuen Aspekte, die sie enthält. In den Ausführungen von Herrn Bartmann ist mir sozusagen ein Ungetüm aufgefallen, bei dem ich die dringende Bitte habe, dies allenfalls als Arbeitstitel zu begreifen. Es wird davon geredet, dass es um einen Weiterbildungsmodus geht. Damit werden die verschiedenen Grade der Kompetenz beschrieben. Ich glaube, diesen Begriff Weiterbildungsmodus müssen wir den Weiterzubildenden und den Weiterbildern erklären. Was ist ein Modus, wenn es um Kennen und Beherrschen geht? Ich kann es kaum begreifen. Daran muss gearbeitet werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Lachmund. – Nächste Rednerin ist Birgit Löber-Kraemer aus Nordrhein.

Löber-Kraemer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst möchte ich ganz herzlich – das haben andere schon getan, aber mir ist es ein besonderes Anliegen – sowohl Herrn Mitrenga als auch Herrn Bartmann für die sinnvolle und langjährige Arbeit danken, die sie in die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung investiert haben. Insbesondere in Nordrhein haben wir es sehr begrüßt, dass wir die Möglichkeit hatten, dazu Stellung zu nehmen. Es herrschte große Transparenz. Manches – das muss man deutlich sagen –, was von den Fachgesellschaften kommt, ist ein bisschen überzogen. Das kann man in den Gremien, wo die Leute sitzen, die damit arbeiten, vielleicht ein bisschen korrigieren.

Die meisten Anträge, die dazu gestellt sind, finde ich sehr sinnvoll. Wir haben Schwierigkeiten, manches vor Ort umzusetzen.

Ich möchte noch zu folgendem Punkt sprechen. Herr Heister, der sonst sehr prägnant ist, hat den Zusammenhang zwischen (Muster-)Weiterbildungsordnung und GOÄ ein bisschen unverständlich dargestellt. Dieses Thema hat gestern für Aufregung gesorgt. Das war subkutan da. Ich fange ein bisschen zu zweifeln an, ob unsere Belange als Ärzte tatsächlich berücksichtigt werden, wenn Dinge, die nicht in unseren Weiterbildungsordnungen verankert sind, auf einmal in der GOÄ auftauchen.

Eine Überlegung, die ich schon vor drei Jahren hatte, als dieses Thema behandelt wurde: Wenn das so bleibt und wenn der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Weisheit daran festhält, sollte man sich doch überlegen, die GOÄ in GOG, Gebührenordnung für Gesundheitsberufe, umzubenennen. Dann wird deutlicher, dass wir

uns ganz für andere Berufsgruppen öffnen und dass wir nichts dagegenhaben, dass sie bei unserer Weiterbildung ein entscheidendes Wort mitzureden haben.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Löber-Kraemer. – Da wir uns dem Ende der Rednerliste nähern, schlage ich vor, dass wir Ihnen schon einmal die Reihung der Anträge für die Abstimmung projizieren, damit Sie sich die Anträge in der Reihenfolge sortieren können, wie wir nachher über sie abstimmen.

Gisbert Voigt aus Niedersachsen ist der Nächste.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich durfte in einer der Unterarbeitsgruppen mitwirken, deren Ergebnisse Ihnen Kollege Bartmann heute Morgen hier vorgestellt hat. Wir sind zurzeit dabei, in vier weiteren länderübergreifenden Arbeitsgruppen für die Gebiete Innere Medizin, Psychiatrie, Frauenheilkunde, HNO und Augenheilkunde zu überprüfen, ob wir das, was wir in den ersten Gruppen erarbeitet haben, tatsächlich in den anderen Gebieten umsetzen können. Danach werden wir uns natürlich den restlichen Gebieten und der gesamten Weiterbildungsordnung widmen müssen.

Wir haben heute Morgen hier wieder eine Reihe von Anträgen vorliegen, die zu einem großen Teil durchaus sehr sinnvoll sind und auch Teile der Diskussion widerspiegeln, die wir zurzeit in diesen Arbeitsgruppen führen und die auch während der Ständigen Konferenz stattfindet.

Vor diesem Hintergrund möchte ich sehr dafür werben, den Antrag, den der Kollege Mitrenga vorhin gestellt hat, aufzunehmen, dass wir die weiterbildungsbezogenen Anträge, die heute Morgen hier zur Abstimmung stehen, dorthin geben, wo wir sie brauchen, nämlich in der Ständigen Konferenz Weiterbildung. Ich kann mich aus über 15 Jahren Arbeit in der Ständigen Konferenz Weiterbildung nicht an eine so intensive und auch zwischen den Kammern stattfindende Diskussion erinnern. Das heißt, wir sind in einer hervorragenden Situation.

Bitte lassen Sie uns die Zeit und geben Sie uns die Möglichkeit, Ihnen einen guten Entwurf zu erarbeiten. Aber dafür brauchen wir im Moment auch ein bisschen freie Hand und keine unnötige Bindung durch Beschlüsse. Deswegen bitte ich um Vorstandsüberweisung dieser Anträge.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vorstandsüberweisung für welchen Antrag?

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Mitrenga gibt Ihnen gleich eine Liste der weiterbildungsbezogenen Anträge. Um diese geht es.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Mitrenga hat mir die Liste schon gegeben. Sie wollen es also unterstützen. – Der Nächste auf der Rednerliste ist Herr Dr. Lars Bodammer aus Hessen.

Dr. Bodammer, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Anne, ich danke dir für deinen Beitrag als Kollegin, die sich noch in Weiterbildung befindet. Ich bin es auch noch, allerdings nur noch kurz. Mich würde interessieren, wer von den Delegierten ebenfalls zu den „Leidensgenossen“ gehört. – Ich sehe niemanden. Anne, wir sind also immerhin zu zweit.

Ich möchte zur Novellierung der Weiterbildungsordnung sagen: Sie braucht natürlich Zeit. Das ist bei diesem Umfang auch richtig. Wenn wir 2017 in anderer Konstellation zusammenkommen, um das Ganze zu beschließen, werden 12 Jahre vergangen sein. Wahrscheinlich ist es auch inhaltlich erforderlich, sich über eine neue Novellierung Gedanken zu machen.

Diese Zyklen halte ich für sehr lang. Ich verstehe, dass die Forderung nach einer dynamischen Veränderung wichtig ist, weil es bei diesem sehr langsam fahrenden und sehr schwer zu steuernden Tanker wünschenswert ist, das eine oder andere zusätzlich aufzunehmen oder auch herauszunehmen.

Ich denke, in den Ärztekammern ist die Problematik klar. Man muss verlässliche Prüfungsinhalte gewährleisten, die bei der Prüfung abgefragt werden und nicht ständig nur erneuert werden, um den Prüfling vor Schwierigkeiten zu stellen. Daher kommen diese langen Überleitungszeiten.

Dieses Problems müssen wir uns annehmen, dass wir irgendwann dazu kommen müssen, eine dynamische Inhaltsveränderung zu haben, die dann aber auch eine Prüfung gewährleistet, die nicht mit so langen Überleitungszeiten einhergeht.

Ich glaube, das sollten wir tun, damit wir nicht diese wahrscheinlich Zwölfjahreszyklen haben, bis wir eine neue Novellierung durchführen können.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bodammer. – Nächste Rednerin ist Eva Müller-Dannecker.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Ich möchte gern zum Thema verpflichtende Kurse Stellung nehmen. Ich bin in einem großen Gesundheitskonzern zuständig für die Personal- und Organisationsentwicklung. Ich kann Ihnen nur sagen: Dinge, die wir im Rahmen der Weiterbildung für verpflichtend halten, und auch gesetzliche Regelungen für die Arbeitgeber sind sehr wohl ein Indiz dafür, dass sie sich da zu engagieren haben und nicht alles auf dem Rücken der Assistentinnen und Assistenten hängen bleiben darf.

Ich sehe das auch aus einem qualitativen Aspekt. Die Ausbildung heute beinhaltet in Bezug auf Gesprächsführung und Kommunikation in den klassischen Ausbildungs-

gängen sehr wenig. In den modernen Ausbildungsgängen beginnt es, aber es gibt sehr, sehr viele Assistenten, die damit wenig zu tun haben. Ich bin beispielsweise nur im Multiple-Choice-Verfahren geprüft worden. Hier haben wir wenig fundierte Kenntnisse zum Thema Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Patientenführung, Teamführung. Davon haben wir einfach keine Ahnung, wenn wir ehrlich sind. Da müssen wir Wissen nachholen.

Ich bin der Meinung, dass man mit kleinen Slots Basiskenntnisse vermitteln kann. Es ist ein Riesenunterschied, ob ich das in der Weiterbildung oder in der Ausbildung lerne. Es kommt darauf an, ob man das Wissen anwenden kann. Das theoretische Wissen von der Ausbildung hilft einem da relativ wenig bei Dingen, die man im Doing umsetzen muss.

Das sind Lernwerte. Deshalb bin ich unbedingt dafür, dass wir uns Gedanken machen, welche Impulse wir setzen. Es muss ja nicht alles auf einmal sein, aber wir müssen damit beginnen. Ähnliches gilt für Simulationskurse und andere neue Methoden, die wir einarbeiten sollten. Das sind für mich keine Flaschenhälse, sondern das ist unbedingt notwendig.

Ich möchte der Kollegin und den Kollegen, die sich noch in der Weiterbildung befinden, sagen: Als ich das erste Mal auf dem Deutschen Ärztetag gesprochen habe, war ich junge Ärztin in Weiterbildung. Es hat sich gezeigt: Die Beteiligung derjenigen, die unmittelbar betroffen sind, gibt wertvolle Hinweise. Wie ich Herrn Bartmann und Frau Güntert kenne, sind sie ohnehin Personen, die mit den Menschen reden. Aber eine systematische Beteiligung der Betroffenen auch in den Landesärztekammern sollten wir uns auf die Fahne schreiben und darauf mehr Rücksicht nehmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Der Kollege Guido Marx ist der Letzte auf der Rednerliste.

Dr. Marx, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will es kurz machen. Zunächst zur Facharztweiterbildung: Die Entscheidung, welche Weiterbildung ich einschlagen möchte, ist natürlich immer eine individuelle Entscheidung, die nach Neigung und Bedürfnissen zu treffen ist. Der Kollege Reinhardt hat zu Recht gefordert, dass die Weiterbildung zum Facharzt natürlich auch von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt werden sollte. Das wird sie ja auch. Aber wir dürfen uns da nichts vormachen. Ich hatte darauf hingewiesen: Wir bilden in Nordrhein 2.700 Spezialisten und 140 Hausärzte, also Kinderärzte und Allgemeinmediziner, aus. Wenn man in Nordrhein Kinderarzt werden will, wird man diesen Berufswunsch durch Niederlassung erfüllen können. Wenn man sich als Dermatologe niederlassen möchte, hat man Probleme, weil alle Bezirke gesperrt sind.

Der Rat sollte sein, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich eine Weiterbildung aussuchen, auch ein bisschen darauf schauen, wie der zukünftige Bedarf zumindest im ambulanten Bereich aussieht. Die Zahl der Humangenetiker und der anderen Spezialisten, die wir brauchen, ist natürlich begrenzt. Man muss zusehen, dass der Lebenswunsch nicht an der Realität vorbeigeht. Die Kassenärztliche Vereinigung hat als Kriterium die berühmten WANZ-Kriterien: wirtschaftlich, ausreichend,

notwendig, zweckmäßig. Wir leisten uns eine Weiterbildung, die nicht am Bedarf orientiert ist. Solange das so ist, wird es immer eine Inkongruenz geben.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Marx. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Jetzt kommen wir zum Schlusswort des Referenten. Franz, du hast das Wort.

Dr. Bartmann, Referent: Fast jeder, der hier ans Pult gegangen ist, hat sich bei mir bedankt. Ich möchte diesen Dank einfach zurückgeben. Ich habe in den vergangenen 75 Minuten nicht gehört, dass substantiell die Planung, wie ich sie Ihnen in der Vergangenheit und heute vorgestellt habe, angegriffen wurde. Das heißt, wir sind gemeinsam auf einem Weg. Wir werden diesen Weg weitergehen.

Zu den Anträgen: Sie können sie an den Vorstand überweisen, Sie können sie beschließen. Sie werden auf jeden Fall von uns berücksichtigt. Jede Wortmeldung ist wertvoll. Sie geht, auch wenn sie kritisch gewichtet ist, in unsere Überlegungen ein. Das geschieht auch mit Ihren Anträgen.

Ich habe einen einzigen Hinweis bekommen: dass es ein Problem mit dem Antrag 08 gibt, das aber durch Annahme des Antrags 08 a behoben werden könnte. Dann ist im Grunde genommen alles in Ordnung.

Ich bedanke mich ganz herzlich für diese konstruktive Sitzung. Monti, es kann losgehen!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Damit schließe ich die Aussprache und beginne mit der Abstimmung. Zuvor teile ich Ihnen die Nummern derjenigen Anträge mit, für die Dieter Mitrenga Vorstandsüberweisung beantragt hat. Es handelt sich um die Anträge 04, 09, 10, 11, 12, 14 und 15.

Wir kommen zunächst zum **Antrag V-10**. Hierzu ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Keine Enthaltungen. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag V-16**, der Ihnen noch nicht umgedruckt vorliegt. Er ist zeitgerecht eingereicht worden und trägt den Titel:

Sozialrecht soll dem Berufsrecht folgen

Der Antragstext lautet:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, das Sozialrecht soll dem Berufsrecht folgen. Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ soll bei der Neugestaltung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) dafür sorgen, dass die Inhal-

te mit den Grundlagen für die zulassungsrechtlichen Voraussetzungen für die ambulante Tätigkeit kompatibel sind.

Dabei ist das Berufsrecht vorrangig.

(Zurufe: Vorstand!)

– Überweisung an den Vorstand der KBV?

(Heiterkeit)

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand der Bundesärztekammer überweisen? – Klaus, ich könnte nun sagen: Jetzt ist Feierabend. Aber „Feyerabend“ ist der zweite Antragsteller. Klaus, du hast das Wort.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Ich habe meine Hand gehoben, als du gefragt hast, wer gegen die Vorstandsüberweisung sprechen möchte. Das hast du nicht gesehen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich kann das hier ganz schlecht sehen.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Eben. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Natürlich kann man es an den Vorstand überweisen, aber bitte nicht an den Vorstand der KBV. Man sollte das Thema aber auch nicht lächerlich machen. Ich finde, das ist eine der Grundvoraussetzungen für das Thema Entbürokratisierung.

(Vereinzelt Beifall)

Wenn Sie dafür sind, dass wir nach einer abgeschlossenen Weiterbildung demnächst immer noch weitere Prüfungen machen müssen, weil sich das Sozialrecht nicht am Berufsrecht orientiert, dann müssen Sie den Antrag an den Vorstand überweisen. Wenn Sie das nicht wollen, müssen Sie den Antrag positiv bescheiden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Jetzt wissen Sie alle, woran Sie sind. Nun können wir uns über die Vorstandsüberweisung eine Meinung bilden. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Der Vorstand wird sich dem Inhalt klug nähern, davon bin ich fest überzeugt.

Wir kommen zum **Antrag V-14:**

Kursangebote für fachübergreifende Kompetenzen

Auch hier ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstimmen. Wer möchte die Vorstandsüberweisung unterstützen? – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag V-15**. Hier ist ebenfalls Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen nunmehr zum Paragrafenteil. Dazu gibt es den **Antrag V-11**:

Anerkennung definierter Zeitkontingente für patientennahe klinische Forschung in der Facharztweiterbildung

Hier ist ebenfalls Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag V-12**:

Anerkennung 3-monatiger Weiterbildungsabschnitte

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegensprechen? – Dann ist der Antrag an den Vorstand überwiesen. Wenn keiner dagegenspricht und keiner „formal“ ruft, brauchen wir nicht darüber abzustimmen.

(Zuruf: Formal!)

– Ich wollte die Vigilanz prüfen. Wir bedürfen einer gewissen Vigilanzprüfung. Wer ist dagegen, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Einzelne. Wer ist dafür, ihn an den Vorstand zu überweisen? – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum Antrag 08. Dazu liegt der **Antrag V-08 a** vor. Hier besteht kein Antrag auf Vorstandsüberweisung. Der Antrag 08 a begehrt die Streichung des letzten Satzes im ersten Absatz des Antrags 08:

Entgegen der bisherigen Formulierung in § 2 a MWBO sollte ein Kompetenzblock durchaus eine in sich abgeschlossene Einheit darstellen.

Die Begründung soll ebenfalls gestrichen werden. Jetzt stelle ich die Frage: Wer möchte den Antrag 08 a positiv bescheiden? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen**.

Wir kommen damit zum **Antrag V-08** mit der Änderung. Wer für den geänderten Antrag 08 ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist gegen den geänderten Antrag 08? – Das ist die Minderheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag V-09**:

(Muster-)Weiterbildungsordnung – Longitudinale Prüfungsformate in der Weiterbildung

Dieter Mitrenga hat Vorstandsüberweisung vorgeschlagen. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? –

Die Gegenprobe bitte. – Nicht einmal die Antragsteller sind dafür. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag V-07**. Hier muss ich mich bei Herrn Dehnst entschuldigen: Er hat vorhin den Antrag richtigerweise mit „Antrag 07“ bezeichnet. Ich habe dazwischengeredet, es handele sich um den Antrag 05. Das war falsch. In diesem Antrag geht es darum, dass die (Muster-)Weiterbildungsordnung zur Unterstützung der Weiterbildungsbefugten geändert werden soll. Hierzu gibt es einen Änderungsantrag von Klaus Thierse, den er mündlich eingereicht hat. Er bittet den Adressaten um Änderung. Statt „Die mit der Novellierung der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung betrauten Gremien und Institutionen“ soll es „Die Landesärztekammern“ heißen. Die Landesärztekammern sind diejenigen, die es am Ende tun müssen. Sehen Sie sich in der Lage, darüber abzustimmen?

(Zuruf)

– Die Antragsteller übernehmen das.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Jetzt lese ich Ihnen vor, was Sie eventuell an den Vorstand überweisen:

Die Landesärztekammern werden gebeten, die Weiterbildungsbefugten in der Umsetzung einer derart ambitionierten Novelle der MWBO zu unterstützen. Dafür empfiehlt der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ...

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Der Antragsteller des Änderungsantrags, Klaus Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Wie ich vorhin schon gesagt habe: Es geht hier sekundär um eine Einflechtung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung. Es ist ein Problem, das wir jetzt aktuell dringend haben, dass wir unsere Weiterbilder qualifizieren und ihnen ein Angebot machen müssen. Das ist also nichts, was wir irgendwann haben müssen, wenn die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung da ist, sondern das sind Strukturen, die wir sobald wie möglich schaffen müssen.

Deshalb bitte ich darum, über diesen Antrag abzustimmen und ihn nicht einfach an den Vorstand zu überweisen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Dann können wir uns jetzt eine Meinung über die Vorstandsüberweisung bilden. Wer möchte das an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht tun? – Das müssen wir auszählen. Wer den Antrag an den Vorstand überweisen möchte, der möge jetzt die Karte erheben. – Dann bitte ich jetzt diejenigen, die gegen Vorstandsüberweisung sind, die Karte zu erheben. – Der Antrag auf Vorstandsüberweisung ist mit 104 : 128 Stimmen abgelehnt.

Wir können uns jetzt eine Meinung über den Antrag selbst bilden. Wer ist für den Antrag V-07 in der geänderten Form? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zu dem Konvolut mit der Überschrift „Laufendes Geschäft“. Wir beginnen mit dem **Antrag V-02**:

Maßnahmen zur Sicherstellung der Durchführung der Weiterbildung an anerkannten Weiterbildungsstätten

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag V-03**:

Bedingungen für eine sachgerechte Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO)

Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Bei einer großen Zahl von Enthaltungen ist dieser Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag V-04**:

Aktueller Reformbedarf an der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Von Dieter Mitrenga ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag V-05**, der sich auf die Wiederholbarkeit der Prüfungen bezieht. Diese gibt es allerdings nicht in der (Muster-)Weiterbildungsordnung, wohl aber in einigen Landesweiterbildungsordnungen. Deshalb ist der Adressat hier vielleicht nicht ganz der richtige, wenn ich das einmal so sagen darf.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann frage ich Sie: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag V-13**:

Finanzierung der Weiterbildung

Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Zwei. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Kapitel Evaluation. Dazu gibt es den **Antrag V-01**:

Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung nochmals überdenken

Ich hatte bereits darauf hingewiesen, dass der Ärztetag in Nürnberg nicht 2013 war, sondern 2012. Wer möchte dem Antrag zustimmen?

(Zuruf: Vorstand!)

– Ich bin jetzt in der Abstimmung. Das war eine Sekunde zu spät. Wenn ich Sie gebeten habe, die Karte zu erheben, kann keine Vorstandsüberweisung mehr beantragt werden. – Wer möchte dem zustimmen? – Die Gegenprobe! – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **angenommen**.

Weitere Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt sind mir nicht bekannt und liegen mir nicht vor. Ich beende diesen Tagesordnungspunkt mit einem Dank an Franz Bartmann und das gesamte Dezernat 2 der Bundesärztekammer, an deren Leiterin Frau Annette Güntert sowie an ihre Mitarbeiterinnen Kerstin Hoeft, Claire Roether und Frau Stingle und alle anderen.

(Beifall)

Ich hoffe, dass ich niemanden vergessen habe. Das ist ja immer die große Gefahr, wenn man einzelne Personen erwähnt. Das Dezernat 2 ist eines der Dezernate, die richtig gut etwas zu tun haben. Sie sorgen auch dafür, dass ihnen die Arbeit nie ausgeht.

Vor mir liegt ein Antrag auf zweite Lesung, gestellt von Frau Albrecht aus Sachsen. Er bezieht sich auf den **Antrag II-13** mit dem Titel:

Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

Diesen Antrag hatten Sie nach Auszählung mit 95 : 108 Stimmen abgelehnt. Das Wort hat jetzt Frau Albrecht, um zu begründen, warum sie eine zweite Lesung haben möchte.

Albrecht, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, mit der Ablehnung dieses Antrags senden wir als 117. Deutscher Ärztetag ein falsches Zeichen nach außen. Wir haben die Prävention für wichtig befunden und immer wieder befürwortet. Da, wo es ganz konkret wird, nämlich in der Kommune, wo vor allen Dingen auch der Öffentliche Gesundheitsdienst gesetzlich verpflichtet ist, diese Aufgaben zu erfüllen, lehnen wir es ab. Ich denke, das können wir nicht tun.

Es gibt schon in vielen Kommunen Gesundheitskonferenzen und Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung. Ich meine, wir sollten diese Entscheidung noch einmal überdenken.

Wenn Sie nicht zustimmen können, sollten wir den Antrag auf jeden Fall an den Vorstand überweisen. Schauen Sie sich den Antrag bitte noch einmal an. Er ist ziemlich lang und unübersichtlich. Vielleicht ist das der Grund dafür, dass der Inhalt nicht so ganz verstanden wurde.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Albrecht. – Nach der Geschäftsordnung ist ein Drittel der abgegebenen Stimmen erforderlich, um eine zweite Beratung und Beschlussfassung durchzuführen. Wir brauchen jetzt also die Zähler, es sei denn, die Abstimmung ist sonnenklar, sodass man optisch erkennen kann, dass ein Drittel erreicht wird oder nicht. Ich bitte jetzt diejenigen, die für eine zweite Lesung sind, die Karte zu erheben. – Das sind 90. Damit ist das Quorum für die zweite Lesung schon erreicht. Selbst wenn alle anderen Delegierten dagegenstimmten würden, wäre das Quorum erreicht, da wir insgesamt 250 Delegierte haben. Wir können uns also mit Ihrem Einverständnis die zweite Zählung der Stimmen ersparen. 90 Delegierte sind für die zweite Lesung. Damit ist ein Drittel mit Sicherheit erreicht.

Wir kommen also zur zweiten Lesung des Antrags II-13:

Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

Haben Sie diesen Antrag aus Ihren Unterlagen herausgesucht? Wir treten ein in die Diskussion zum Antrag II-13:

Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. – Rudolf Henke möchte zur Vorstandsüberweisung sprechen.

Henke, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich habe vorhin in meinem Schlusswort auch diesen Antrag kurz gestreift und gesagt: Er steht zu keinem anderen unserer Vorhaben in Widerspruch. Ich glaube, das Problem ist, dass es sich hier um eine Meinungsbildung der kommunalen Familie handelt. Nun machen wir nicht so oft die Erfahrung, dass die kommunale Familie – der Städtetag, der Gemeindetag, der Städte- und Gemeindebund – auf die Bundesärztekammer zukommt und sagt: Wenn wir mit unseren Kapazitäten darüber beraten, wie wir die kommunale Gesundheitsförderung betreiben, hätten wir euch gern gehört und würden euch vielleicht gern in einige Beschlüsse einbeziehen. Ich glaube nicht, dass man sich mit der Ablehnung dieser Beschlussfassung gegen die Inhalte wendet. Aber ich glaube, dass man damit ein Stück weit den Widerspruch deutlich macht, einerseits zu sagen, als kommunale Familie treten wir dafür ein, die Gesundheitsförderung im kommunalen Raum zu stärken, gleichzeitig aber den von Frau Teichert angemahnten Ausgleich bei der Vergütung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst zu verweigern. Das ist nämlich dieselbe kommunale Familie, die das macht.

(Beifall)

Insofern hat der eine oder andere das Gefühl einer sonderbaren Spannung. Ich habe einmal als Vorsitzender des Marburger Bundes gesagt: Das, was die Kommunen da machen, ist ein Torpedieren ihrer eigenen Aufgabe zur Gefahrenabwehr und zur Gesundheitsförderung, wenn sie ihre Ärztinnen und Ärzte in den öffentlichen Gesundheitsämtern so hängen lassen, wie es geschieht.

Von hier aus darf nicht das Signal gegeben werden, dass wir alle diese Inhalte für abstrus und abartig halten. Aber ein bisschen mehr Dialog von der kommunalen Familie mit uns wäre an dieser Stelle allerdings nicht so schlecht.

Vielleicht ist tatsächlich die Vorstandsüberweisung der Weg, auf dem wir auf die anderen zugehen und sagen: Lasst uns einmal von uns aus darüber reden, wie das umgesetzt werden kann.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Das war eigentlich eine Rede gegen die Vorstandsüberweisung. Macht aber nichts, wir haben alle verstanden.

(Heiterkeit)

Sie werden sich schon eine richtige Meinung bilden. Herr Holzborn, wir wollten jetzt eigentlich über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Er hat eigentlich dagegensprochen, auch wenn er dafür gesprochen hat.

(Heiterkeit)

Wir machen es formal richtig. Herr Holzborn darf gegen die Vorstandsüberweisung sprechen.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Als langjähriger Stadtverordneter in einem kommunalen Parlament habe ich die Erfahrung gemacht, dass eine Stadtverwaltung oder eine Behörde letzten Endes die Aufgaben so erledigt, wie sie personelle und finanzielle Ressourcen hat. Ich habe Bedenken, dass unser Anliegen, die Prävention zu fördern, in einem solchen Gremium sehr gut aufgehoben ist, denn das kann sehr beliebig werden.

Deshalb empfehle ich, den Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern über ihn abzustimmen und diese Beauftragung bestehen zu lassen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Holzborn. – Jetzt wissen wir alle, woran wir sind, und können uns jetzt eine Meinung über die Vorstandsüberweisung bilden. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Keine Enthaltungen. Dann ist der Antrag in zweiter Lesung ganz eindeutig **an den Vorstand überwiesen**.

Damit schließe ich die Aussprache zum Tagesordnungspunkt II zum zweiten Mal und jetzt hoffentlich erfolgreich.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt VI** auf:

Ergänzung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer

Ich bitte Frau Dr. Marlis Hübner, Leiterin der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, uns zu erklären, um was es dabei geht. Sie haben das Wort.

Dr. Hübner, Referentin: Sehr geehrter Herr Montgomery! Sehr geehrte Delegierte! Sehr geehrte Damen und Herren! Mit dem Ihnen vorliegenden Antrag VI-01 des Vorstands wird eine Ergänzung in § 5 der Satzung der Bundesärztekammer eingebracht. Nach Abs. 7 soll folgender Absatz ergänzt werden:

Der Präsident, die Vizepräsidenten und die weiteren Ärzte gemäß Absatz 1 c) erhalten eine angemessene Vergütung. Über die Höhe der Vergütung entscheidet der Vorstand im Einvernehmen mit der Finanzkommission.

Ich möchte Ihnen diesen Antrag erläutern. Anlass für die Satzungsänderung ist das sogenannte Ehrenamtsstärkungsgesetz, das unter anderem das Vereinsrecht betrifft. Der Gesetzgeber hat das Ehrenamt insoweit gestärkt, als es das bürgerschaftliche Engagement fördert. In dem Kontext wurde auch eine Klärung bisher umstrittener Fragen angestrebt. So ändert das Gesetz vor allem die zivilrechtlichen Rahmenbedingungen für Vereine im Bürgerlichen Gesetzbuch und damit auch für die Bundesärztekammer. Nach dem neuen § 27 Abs. 3 Satz 2 sind die Mitglieder des Vorstands unentgeltlich tätig. Wenn eine Vergütung weiterhin gezahlt werden soll, bedarf es dafür gemäß § 40 Satz 1 BGB einer satzungsrechtlichen Grundlage.

Diese Sicht war bisher juristisch umstritten, weshalb es in der Gesetzesbegründung zum Ehrenamtsstärkungsgesetz auch heißt, dass dies nunmehr klargestellt wird.

Geklärt wird durch das Gesetz die Frage nach den rechtlichen Voraussetzungen für Vorstandsvergütungen. Bisher war umstritten, ob sich aus dem zivilen Vereinsrecht ergibt, dass Vergütungen an Vorstandsmitglieder zwingend einer satzungsrechtlichen Grundlage bedürfen. Nach § 27 Abs. 3 BGB galt, dass auf die Geschäftsführung des Vorstands die für den Auftrag geltenden Vorschriften entsprechende Anwendung finden. Nach diesen Regelungen stand den Vorstandsmitgliedern zwar ein Aufwendungsersatz, aber kein Vergütungsersatz zu.

Da diese Auslegung strittig war, wird dies nunmehr in § 27 Abs. 3 Satz 2 ausdrücklich geregelt, dass Vorstandsmitglieder unentgeltlich tätig sind.

Dieses Vergütungsverbot ist aber nachgiebig. So können Vereine davon durch Satzung abweichen und eine Vergütung vorsehen. Das bedeutet, dass eine Aufhebung dieser Unentgeltlichkeitsklausel nur per Satzung möglich ist.

Mit anderen Worten: Wenn die Satzung bestimmt, dass ein Vorstandsmitglied eine Vergütung für seine Tätigkeit erhalten kann, dann darf dem Vorstandsmitglied diese auch gezahlt werden. Dabei ist zu betonen: Mit der vorgeschlagenen Satzungs Ergänzung wird die Satzung der Bundesärztekammer lediglich an diese Regelungen des Ehrenamtsstärkungsgesetz angepasst, die Höhe der Vergütung aber nicht verändert, sondern diesbezüglich die bisherige Praxis fortgeschrieben.

Bestimmte Mitglieder des Vorstands – so wie im Antrag aufgeführt: der Präsident, die Vizepräsidenten und die zwei weiteren von Ihnen gewählten Ärzte – erhalten auf der Grundlage entsprechend der Beschlüsse einen Aufwendungsersatz, also beispielsweise Fahrtkosten, sowie eine pauschale Vergütung.

Eine satzungsrechtliche Grundlage war bisher nicht notwendig und existierte daher nicht. In Anbetracht des genannten Gesetzes hat der Vorstand nach intensiven Beratungen beschlossen, die Satzung an die bisherige Praxis anzupassen, wonach die Vorstandsmitglieder eine angemessene pauschale Vergütung erhalten.

Wie bisher entscheidet nach der vorgeschlagenen Regelung über die Höhe der Vergütung der Vorstand. Neu ist das der Entscheidung vorausgehende Einvernehmen mit der Finanzkommission. Daher ist die Finanzkommission vor einem Vorstandsbeschluss oder einer Vorstandsentscheidung zu hören. Sie kann einen Vorschlag satzungsgemäß mehrheitlich befürworten oder ablehnen. Der Vorstand kann nur im Einvernehmen mit der Finanzkommission entscheiden. Einvernehmen bedeutet, dass vor dem Vorstandsbeschluss das Einverständnis der Finanzkommission vorliegen muss. Der Vorstand fasst sodann seinen Beschluss satzungsgemäß mit einfacher Stimmenmehrheit.

Ich fasse zusammen: Durch die Aufnahme der oben genannten Regelung in die Satzung ändert sich die bisherige Praxis nicht, wonach der Präsident, die Vizepräsidenten und die zwei weiteren Ärzte im Vorstand einen Aufwendungsersatz sowie eine bestimmte pauschale Vergütung erhalten. Vielmehr wird im Ergebnis die bisherige Höhe der Vergütung fortgeschrieben und wegen des Ehrenamtsstärkungsgesetzes auf eine satzungsrechtliche Grundlage gestellt; denn alle Vereine, die ihren Vorständen eine Vergütung der Arbeitszeit, insbesondere Pauschalzahlungen zukommen lassen, müssen spätestens zum 1. Januar 2015 – das ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Artikels des Ehrenamtsstärkungsgesetzes – entsprechende Satzungsgrundlagen schaffen.

Zudem sieht die Regelung vor, dass die Entscheidung über die Höhe der Vergütung nur im Einvernehmen mit der Finanzkommission getroffen werden kann.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat daher in seiner Sitzung am 13. Dezember beschlossen, Ihnen die genannte Satzungsänderung zu empfehlen. Der Inhalt der beantragten Änderung ist den Landesärztekammern rechtzeitig bekannt gegeben worden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Marlis Hübner. – Ich eröffne die Debatte zu diesem Punkt. Schriftliche Wortmeldungen sind nicht eingegangen. Dann kann ich die Debatte zu diesem Punkt schließen und rufe den einzigen Antrag, der zu diesem Tagesordnungspunkt vorliegt, nämlich den **Antrag VI-01**, auf. Ich frage: Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Vier. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Damit schließe ich die Debatte zum Tagesordnungspunkt VI.

Ich habe jetzt folgende Frage an Sie. Bis zur Mittagspause sind es noch etwa 18 Minuten. Wir haben vor, nach der Mittagspause in die Haushaltsberatungen einzutreten. Meine Frage ist, ob wir jetzt noch die Formalia erledigen sollen, dass Herr Rochell und ich Ihnen die Formalia erklären und die Karten abgeholt werden. Mit den eigentlichen Haushaltsberatungen fangen wir dann nach der Mittagspause an. Es würde mit dem Referat von Herrn Dr. Ensink beginnen.

Sind Sie damit einverstanden? – Gut.

Bevor wir mit den Tagesordnungspunkten zu den Finanzen beginnen, frage ich die Geschäftsführung, ob Anträge zum Tagesordnungspunkt VII – Tätigkeitsbericht – vorliegen, die so haushaltsrelevant sind, dass wir sie vor Eintritt in die Haushaltsberatungen besprechen müssten. Bernd, kennst du aus dem Tagesordnungspunkt VII Anträge, die haushaltsrelevant sind? – Nein. Für die Entlastung des Vorstands relevante Punkte aus dem Tagesordnungspunkt VII sind nicht vorliegend.

Dann können wir jetzt die Tagesordnungspunkte VIII – X zu den Finanzen behandeln. Dazu gebe ich folgende Hinweise. Die Finanzkommission hat durch einen Grundsatzbeschluss im Jahr 1987 für eine öffentliche Beratung der Tagesordnungspunkte „Finanzen“ plädiert. Der Vorstand und die Delegierten des 90. Deutschen Ärztetages, also vor 27 Jahren, 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 VIII – X Finanzen öffentlich zu verhandeln.

Ich bitte Sie, darüber abzustimmen. Sind Sie damit einverstanden, dass wir in öffentlicher Sitzung über die Finanzen verhandeln? – Die Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Niemand. Dann ist einstimmig beschlossen, in öffentlicher Sitzung zu verhandeln.

§ 4 Abs. 6 der Satzung der Bundesärztekammer besagt:

Über die Genehmigung des Haushaltsvoranschlages, die Festsetzung der Kostenanteile, die Entgegennahme der Jahresrechnung und die Erteilung der Entlastung an den Vorstand können die Delegierten einer Landesärztekammer nur einheitlich durch einen Stimmführer für ihre Kammer abstimmen. Der Stimmführer hat dabei soviel Stimmen wie die Zahl der seiner Ärztekammer nach § 4 Abs. 3 zustehenden Abgeordneten.

Beachten Sie bitte, dass nach der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (§ 10) Anträge zum Haushaltsvoranschlag nur mit der Maßgabe zur Abstimmung zugelassen werden, dass ein zustimmendes Abstimmungsergebnis lediglich einen Vorschlag für die Entscheidung zur Abstimmung durch die Stimmführer darstellt.

Wird ein Änderungsantrag durch diese Stimmführer angenommen, ist gegebenenfalls ein Nachtragshaushalt aufzustellen.

Die Stimmabgabe erfolgt mittels farbiger Stimmkarten. Die grüne Stimmkarte bedeutet „ja“, die rote Stimmkarte bedeutet „nein“.

Das Abstimmungsverfahren erfolgt durch Aufruf jeder Kammer in alphabetischer Reihenfolge. Der Stimmführer gibt durch Hochheben der entsprechenden farbigen

Karte das Votum seiner Kammer bekannt. Somit ist die schnellstmögliche Feststellung des Gesamtergebnisses gewährleistet.

Die Stimmkarten können jetzt vor der Bühne bei Herrn Zielesch abgeholt werden.

Ich schlage Ihnen vor, dass wir jetzt die Sitzung unterbrechen und pünktlich um 14 Uhr wieder anfangen, und zwar mit dem Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission, Herrn Ensink.

3. Tag, Donnerstag, 29. Mai 2014 **Nachmittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine Damen und Herren! Wir fahren mit der Sitzung fort. Bevor ich die Tagesordnungspunkte VIII – X aufrufe, würde ich gern ein lässliches Versehen von mir von eben korrigieren. Sie haben sicher bemerkt, dass im Tagesordnungspunkt VI Frau Hübner, die Leiterin unserer Rechtsabteilung, so brillant und gut vorgetragen hat, dass es ohne Diskussion eine Zustimmung zum Antrag VI-01 gab. Ich habe, weil dies so schnell ging, völlig vergessen, das zu tun, was natürlich getan werden muss, nämlich Frau Hübner ganz herzlich zu danken für die tolle Vorbereitung, die viele Arbeit, die sie für uns leistet, und den guten Vortrag, den sie hier gehalten hat.

(Beifall)

Das schützt uns aber nicht davor, meine Damen und Herren, dass ich jetzt den Tagesordnungspunkt VI noch einmal aufrufe, weil Herr Wulf Dietrich aus Bayern eine zweite Lesung zum Antrag VI-01, dem einzigen Antrag zu diesem Tagesordnungspunkt, beantragt hat. Ich bitte Herrn Dietrich, kurz den Wunsch nach einer zweiten Lesung zu begründen.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich entschuldige mich, dass ich Ihre Zeit in Anspruch nehme. Ich habe vorhin ein bisschen gepennt, als dieser Antrag zur Diskussion stand. Es ging so schnell und wir waren so einig, dass mir nicht einfiel, dass ich eigentlich eine Kritik anzubringen habe.

Ich möchte aus folgendem Grund eine zweite Lesung des Antrags VI-01 beantragen. Wir haben beschlossen, dass über die Höhe der Vergütung des Präsidenten, der Vizepräsidenten und der weiteren Ärzte der Vorstand im Einvernehmen mit der Finanzkommission entscheidet. Frau Hübner hat uns erklärt, dass das die bisherige Praxis war und dass es nur dem Gesetz angeglichen werden muss. Ich denke, auch wenn es bisherige Praxis war, muss es nicht unbedingt eine gute Praxis gewesen sein. Meine Vorstellung wäre, dass auch der Ärztetag in die Beschlussfassung über die Höhe der Vergütung einbezogen wird, und zwar aus zwei Gründen. Unsere Zwangsmitglieder, die in den Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind, haben schon immer eine gewisse Aversion gegen uns als Funktionäre gehabt und sagen immer: Die da oben machen eh, was sie wollen. Ich glaube, da sollte man ganz strikt auf demokratische Prinzipien achten.

Der zweite Grund ist folgender. Nicht zuletzt durch die KV Berlin ist die Ärzteschaft sehr in Verruf geraten, was Vorstandsgehälter, Übergangsgelder usw. angeht. Ich glaube, es macht ein ganz schlechtes Bild, selbst wenn es bisher so üblich war, wenn auf einmal in der Presse erscheint: Der Vorstand der Bundesärztekammer bestimmt, was der Präsident und die Vizepräsidenten erhalten, sie müssen sich nur mit der Finanzkommission, die letztlich vom Vorstand abhängig ist, einigen, ohne dass die Delegierten des Deutschen Ärztetages in irgendeiner Art und Weise eingebunden sind.

Auch die Tatsache, dass wir über den Finanzhaushalt bestimmen, ändert nichts daran. Wir können ja nicht jedes Jahr sagen: Der Montgomery kriegt einen Tausender

mehr oder weniger, deshalb wird dieser Haushaltsposten geändert. Nein, es muss ein Vertrag sein. Wir hier müssen zustimmen.

Deshalb ist meine Bitte an Sie, eine zweite Lesung durchzuführen, wonach es einen Zusatz zu dem jetzigen Beschluss gibt: Diese Regelung bedarf der Zustimmung des Deutschen Ärztetages. Das halte ich für demokratisch. Deswegen bitte ich Sie zu einer zweiten Lesung zu diesem Punkt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. Ich habe nur ein paar Dinge, die vielleicht doch korrigiert werden müssen. Die Finanzkommission ist nicht abhängig vom Vorstand, sondern es ist genau andersherum: Der Vorstand ist abhängig von der Finanzkommission. Das ist ja nicht nur, wie wir nachher vielleicht noch erleben werden, von reiner Freude geprägt. Es ist aber richtig so.

Natürlich bestimmen Sie durch Ihr Votum hier auf dem Ärztetag, nachdem Ihnen die Finanzkommission eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat, in einem Gesamtpaket mit. Das ist eine Regelung, die wir immer hatten und die nur auf das neue Gesetz umgesetzt wird.

Herr Dietrich hat eine zweite Lesung zu diesem Antrag beantragt. Ich bitte diejenigen, die abstimmungsberechtigt sind, ihre Plätze einzunehmen, damit wir darüber abstimmen können, ob wir eine zweite Lesung wollen. Dazu ist mindestens ein Drittel der Stimmen nötig. Ich frage Sie jetzt: Wer ist für eine zweite Lesung zu diesem Punkt? – Darf ich es vielleicht mit der Gegenprobe versuchen: Wer ist gegen eine zweite Lesung zu diesem Antrag? – Herr Dietrich, sind Sie damit einverstanden, dass wir das als nicht erfolgreichen Versuch betrachten? Oder wünschen Sie, dass gezählt wird?

(Zurufe: Zählen!)

– Gut. Dann bitte ich diejenigen, die für eine zweite Lesung sind, jetzt die Karte zu erheben. Ich bitte die Zähler um Auszählung. – Dann hätte ich jetzt gern die Gegenprobe: Wer ist gegen diesen Vorschlag? – Dann ist, ohne dass ich meine mathematischen Kenntnisse übermäßig bemühen müsste, dieser Antrag mit 46 : 143 Stimmen deutlich abgelehnt. Es wird also keine zweite Lesung zu diesem Antrag geben.

Ich habe die Pflicht, Ihnen mitzuteilen, wenn Anträge zurückgezogen worden sind. Zu Tagesordnungspunkt VII ist der Antrag 04 a von Frau Gitter zurückgezogen worden. Das wollte ich Ihnen schon an dieser Stelle mitteilen, damit Sie diesen Antrag aussortieren können.

(Beifall)

Ich rufe nun **Tagesordnungspunkt VIII** auf:

**Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013
(01.07.2012 - 30.06.2013)**

a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2012/2013

b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2012/2013

Wir kommen zunächst zum Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2012/2013. Referent ist Herr Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.

Dr. Rochell, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Monti! Sehr geehrte Damen und Herren! Im Auftrag des Vorstands lege ich Ihnen entsprechend § 9 Abs. 3 der Satzung die Rechnung für das Geschäftsjahr 2012/2013 vor. Als Beratungsunterlagen zu diesem Tagesordnungspunkt haben Sie mit der Einladung zu diesem Deutschen Ärztetag den schriftlichen Finanzbericht erhalten. Im ersten Teil, mit den weißen Blättern, ist der vollständige Prüfbericht der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touche abgedruckt. Über die Prüfungshandlung wird anschließend Herr Dr. Ensink berichten.

Die gute Nachricht vorweg: Die Jahresrechnung schließt mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 490.857,43 Euro ab.

Im Folgenden mache ich Sie auf die bedeutenderen Abweichungen einzelner Etatpositionen aufmerksam.

Unter der Gruppe Erträge wird bei Beteiligungserträgen nicht nur der eingeplante Betrag von gerundet 2,103 Millionen Euro ausgewiesen. Dies ist die Ausschüttung des Deutschen Ärzte-Verlags aus dem Geschäftsjahr 2011. Es werden weitere 2,104 Millionen Euro aufgeführt als „erste Rate“ der Auskehrung der bis dahin beim Verlag bestehenden Gewinnrücklage. Hieraus werden wir die nächsten drei Haushalte mit jeweils 500.000 Euro mit finanzieren.

Die Sonstigen Erträge fallen um 350.000 Euro höher aus als geplant. Die Weiterbelastungen von Aufwendungen für die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin an den GKV-Spitzenverband und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft machen mit rund 247.000 Euro den größten Teil aus. Ich darf erläutern: Aufwendungen, die der Bundesärztekammer für die Prüfungs- und Überwachungstätigkeiten nach dem Transplantationsgesetz entstehen, werden in dem heute zu bewertenden Haushalt 2012/2013 zu jeweils einem Drittel an den GKV-Spitzenverband und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft weiterbelastet. Ab dem 1. Januar 2014 werden diese Aufwendungen zu 100 Prozent aus dem DSO-Etat getragen und uns vom GKV-Spitzenverband vergütet.

Die Aufwendungen für Pensionen und Pensionsrückstellungen fielen um 231.000 Euro höher aus als geplant. Änderungen von Gehalts- und Rentenhöhen

und Bestandsveränderungen im Vergleich zur Prognose zum Zeitpunkt der Haushaltsplanung führten im Wesentlichen zu dieser Abweichung.

Die Position 9 Aufwands- und Assistentenvergütung fällt um knapp 18.000 Euro höher aus, da hier zeitanteilig höhere Beträge zum Ausgleich einer Umsatzsteuerpflicht bei den Empfängern gemäß Vorstandsbeschluss anfielen.

Unter Position 13 Wissenschaftliche Gremien sind in diesem Geschäftsjahr auch die erhöhten Aufwandsentschädigungen im Bereich Prüfungs- und Überwachungskommission enthalten, die – wie soeben erwähnt – zu zwei Dritteln an den GKV-Spitzenverband und die DKG weiterbelastet werden konnten.

Die Position 22 ÄZQ umfasst auch einen Mehrbetrag wegen Umsatzsteuerzahlung im Rahmen einer Personalgestellung. Diese Etatposition wird um rund 23.000 Euro überschritten.

Unter Position 25 Sonstige Aufwendungen werden auch die Projektaufwendungen für die GOÄ-Novellierung ausgewiesen, insgesamt rund 537.000 Euro. Diese sind durch eingeplante Projektkosten und die Verwendung einer befristeten, aber nicht besetzten Projektstelle und der nicht besetzten Dezernentenstelle im Dezernat 4 gegenfinanziert.

Unter Position 45 Außerordentliche Aufwendungen wird ein Mehrbetrag auf die Rückstellungen für Übergangsgeld ausgewiesen. Dies ist ebenfalls eine Folge des Vorstandsbeschlusses zur Umsatzsteuerpflicht dieses Empfängerkreises.

Aus den außerordentlichen Ausschüttungen aus der Gewinnrücklage beim Deutschen Ärzte-Verlag wurde eine Rücklage für künftige Haushalte der Bundesärztekammer gebildet. Hierzu wird noch beim Haushaltsvoranschlag ausgeführt.

Soweit die Details. Das Geschäftsjahr 2012/2013 schließt, wie anfangs gesagt, mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 490.857,43 Euro ab. Diese Restsumme soll mit 490.000 Euro als Ertrag in den Haushalt 2014/2015 eingestellt werden.

Sie werden gebeten, dem Jahresabschluss zuzustimmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernd Rochell. – Jetzt bitte ich den Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer, über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2012/2013 zu berichten.

Herr Dr. Ensink aus Göttingen, Sie haben das Wort.

Dr. Ensink MBA, Referent: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren Delegierte! Auch für das abgelaufene Wirtschaftsjahr hat die Finanzkommission der Bundesärztekammer wiederum gemäß § 9 Abs. 8 der Satzung die Deloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft beauftragt, den Jahresabschluss für das den

Zeitraum 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 umfassende Geschäftsjahr unter Einbeziehung der Buchführung entsprechend § 317 HGB zu prüfen. Gegenstand der erfolgten Prüfung waren folglich der Jahresbericht, bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anhang, wie er Ihnen vorliegt, der Lagebericht, wie er Ihnen vorliegt, und die bereits explizit benannte Buchführung.

Weiter war dieser Prüfauftrag noch gemäß § 6 Abs. 2 der Haushalts- und Kassenordnung hinsichtlich einer Beurteilung der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Haushaltsführung durch den Vorstand.

In der Sitzung der Finanzkommission im Januar 2014 und vorbereitend hierzu auch in einer vorausgehenden Sitzung der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung hat die zuständige Wirtschaftsprüferin unseren Gremien die Jahresrechnung, die Prüfungshandlung und die wirtschaftliche Situation erläutert.

Wie schon in früheren Jahren möchte ich an dieser Stelle einige wichtige Punkte aus diesem Prüfbericht für Sie wörtlich zitieren und beginne diesbezüglich mit den Feststellungen des Prüfers zur Ordnungsmäßigkeit der Rechnungslegung.

Erstens:

Die Buchführung entspricht den gesetzlichen Vorschriften einschließlich der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und den ergänzenden Bestimmungen der Haushalts- und Kassenordnung. Die aus den weiteren geprüften Unterlagen zu entnehmenden Informationen führen zu einer ordnungsgemäßen Abbildung in Buchführung und Jahresabschluss.

Zweitens:

Der Jahresabschluss wurde ordnungsgemäß aus der Buchführung und den weiteren geprüften Unterlagen abgeleitet. Die ergänzenden Bestimmungen der Haushalts- und Kassenordnung zur Rechnungslegung wurden befolgt. Die gesetzlichen Vorschriften zur Bilanzierung und Bewertung sowie zum Anhang wurden eingehalten.

Drittens:

Nach dem Ergebnis unserer Prüfung

– ich darf mir an dieser Stelle den klarstellenden Einschub in das wörtliche Zitat erlauben, gemeint ist hier also: der Prüfung des Wirtschaftsprüfers –

steht der Lagebericht in Einklang mit dem Jahresabschluss und den bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnissen und vermittelt insgesamt ein zutreffendes Bild von der Lage der Bundesärztekammer. Die wesentlichen Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung werden zutreffend dargestellt.

Auf dieser Basis hat der Wirtschaftsprüfer einen unter dem Datum vom 12. September 2013 unterzeichneten „uneingeschränkten Bestätigungsvermerk“ erteilt, der sich auf den Seiten 47/48 des besagten Prüfberichts befindet.

Auch daraus zitiere ich nachfolgend wörtlich drei wesentliche Passagen.

Erstens:

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

Zweitens:

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften und vermittelt unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Bundesärztekammer.

Und last not least drittens:

Es ergeben sich keine Besonderheiten, die nach unserer Auffassung

– gemeint ist hier wiederum natürlich die des Wirtschaftsprüfers –

für die Beurteilung der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Haushaltsführung der Bundesärztekammer (...) von Bedeutung sind.

Bei dieser letzten – nach etwas verschrobenem Deutsch klingenden – Prüfungsfeststellung handelt es sich übrigens um die Standardformulierung, mit der üblicherweise eine sparsame und wirtschaftliche Mittelverwendung testiert wird und die sich in gleicher Form so auch in früheren Prüfberichten zu den vorhergehenden Jahresabschlüssen der Bundesärztekammer gefunden hat.

Damit ist eigentlich schon das Wesentlichste gesagt. Ich erspare Ihnen und mir Wiederholungen und bestätige von daher an dieser Stelle nur, dass die Darstellung von Herrn Dr. Rochell umfassend und korrekt war, mit der er Ihnen die Details der relevanten Abweichungen einzelner Etatpositionen vom entsprechenden Haushaltsansatz soeben dargestellt und erläutert hat.

Allerdings möchte ich Ihnen noch gerne einige Übersichtsaussagen und Globalbewertungen zumuten.

Wenn Sie die Bilanz zum 30. Juni 2013 betrachten, werden Sie den Anstieg der Finanzanlagen und liquiden Mittel aus der von Herrn Dr. Rochell dargestellten Gewinnausschüttung des Verlags bzw. der erfolgten Auskehrung der zuvor beim Verlag gehaltenen Gewinnrücklage erkennen, die die Gesellschafter bislang beim Verlag belassen hatten, die aber der KBV und der Bundesärztekammer aus den Vorjahren bereits zustehen. Diese interimistische Anlage steht im Zusammenhang mit dem zwischenzeitlich vertraglich vorgenommenen Erwerb des Bauteils D von der Apo-Vermietungsgesellschaft. Dieser Bauteil wurde bisher von der KBV genutzt, bleibt im Wesentlichen zunächst vermietet und stellt gleichermaßen eine Arrondierung des Gebäudekomplexes der Bundesärztekammer als auch die Bildung einer höchst sinnvollen Raumreserve dar.

Ein kleiner Teil kann aber alsbald von der Bundesärztekammer selbst genutzt werden, um der mittlerweile evidenten Raumnot im Gebäude etwas abzuhelpen. Damit können dann auch endlich vorübergehend als Büro zwischengenutzte Räume wieder ihrer sinnvollen und notwendigen Ursprungsnutzung zugeführt werden.

Auf der Passivseite der Bilanz sehen Sie, dass unter Eigenkapital die Rücklage zur Finanzierung dieses Bauteils erhöht werden konnte. Die Begleichung des Kaufpreises kann somit aus dem Kapital erfolgen. Eine die Landesärztekammern zusätzlich

belastende Sonderumlage wie seinerzeit im Falle des Gebäudeerwerbs im Jahr 2004 ist also nicht erforderlich und dementsprechend auch nicht vorgesehen.

Bei der Übersicht der Aufwandsgruppen muss man nochmals auf die zusätzlichen Aufwendungen für die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin hinweisen, die sich im Wesentlichen bei den Personalaufwendungen und den Satzungsbedingten Aufwendungen niederschlagen. Dies und die weiteren Abweichungen hat Herr Dr. Rochell bereits erläutert.

Die folgende Übersicht dient anschaulicher der Aufteilung der Aufwendungen. Wie bei jeder Organisation, die keine Fabrikhalle unterhält und keine produktionstechnischen Anlagen besitzt, stellen die Personalaufwendungen den Schwerpunkt auf der Ausgabenseite dar. Prägen Sie sich bitte die Grundaussage dieser Darstellung gut ein. Sie dokumentiert quasi eine Langzeitkonstante, welche die finanzielle Reaktionsfähigkeit der Bundesärztekammer erheblich einschränkt, was bei der Diskussion unter dem übernächsten Tagesordnungspunkt eine nicht aus den Augen zu verlierende Rahmenbedingung ausmacht.

Auch die Erträge zeigen die Auswirkungen des deutlich höheren Prüfungsgeschehens im Bereich der Transplantationsmedizin. Die vorgenommenen Weiterbelastungen führen hier zu weitgehend entsprechend erhöhten sonstigen Erträgen.

Der „Kuchen“ zur Ertragssituation gibt ein etwas verzerrtes Bild wieder. Wie eben ausgeführt, fließt hier auch die Auskehrung der bislang beim Verlag gehaltenen Gewinnrücklage ein. Die Umlagezahlungen bilden den wesentlichen Finanzierungsteil ab. Bei einer Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern ist dies auch genau so zu erwarten.

Meine Damen und Herren, die Finanzkommission hat den Jahresabschluss und den Prüfbericht der Prüfungsgesellschaft zustimmend zur Kenntnis genommen. Bevor der Präsident Sie respektive die jeweiligen Stimmführer der Kammern um das Votum bittet, komme ich erst noch meiner zweiten Aufgabe nach, Ihnen über die Tätigkeit der Finanzkommission und über die vorbereitenden Zuarbeiten der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung zu berichten.

Den bedeutendsten Beratungskomplex in den Finanzgremien stellte die Frage der künftigen Finanzierung der Aufgaben der Bundesärztekammer dar. Wegen des sachlichen Zusammenhangs mit dem Haushaltsvoranschlag möchte ich mit Ihrem Einverständnis über diese Diskussionen und Maßnahmen aber erst unter Tagesordnungspunkt X berichten. Tatsächlich haben wir hier in den Gremien sehr intensiv diskutiert, sogar eine Sondersitzung der Arbeitsgruppe war dazu notwendig geworden.

Bis zur Darstellung der Ergebnisse dieser Beratungen bitte ich Sie aber noch um Geduld bis zum übernächsten Tagesordnungspunkt. In diesem Zusammenhang wird dann auch die wirtschaftliche Entwicklung des Deutschen Ärzte-Verlags kurz anzureißen sein.

Zu den finanziellen Entwicklungen der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin konnte Herr Dr. Rochell Ihnen bereits Anmerkungen geben. Es ist mehr als erfreulich, dass die Finanzierung dieser Aufgabe, die im hohen Maße eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, nicht bei der Ärzteschaft als Belastung verbleibt.

Meine Damen und Herren, die Finanzberatungen, insbesondere die damit einhergehenden Diskussionen über die Aufgabenfelder der Bundesärztekammer, sind schwierig, oftmals emotionsgeladen und meistens vielschichtig. Die zu führenden Diskussionen müssen aber, um zu sachgerechten und tragfähigen Ergebnissen zu kommen, von gegenseitigem Respekt und Kollegialität getragen sein.

Kollegialität bedeutet aber gerade nicht, Mängeln nicht sorgfältig und konsequent auf den Grund zu gehen; vielmehr sind wir den von uns vertretenen ärztlichen Kollegen zuliebe genau dazu verpflichtet! Allerdings helfen dabei allzu schlichte vordergründige Analysen und allzu vereinfachende Botschaften sowie insbesondere ein diffus ausgesätes Misstrauen nicht wirklich weiter!

Kollegialität geht für mich immer mit ernsthaftem Bemühen in der Sache einher, mit transparenter Zielorientierung, mit gegebenenfalls harter, stets aber ehrlicher und fairer Argumentation.

Diesem Anspruch kommen wir mit der meist ergebnisoffenen Form unserer Diskussionskultur innerhalb der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung schon recht nahe. Eine Person aus diesem Kreis möchte ich in diesem Jahr hier aus besonderem Anlass hervorheben.

Herr Horn konnte vor Kurzem seinen 65. Geburtstag feiern. Auch von dieser Stelle gratulieren wir ihm nochmals zu diesem Ereignis.

(Beifall)

Gleichzeitig bekunde ich meinen Dank und meine Freude, dass Sie, Herr Horn, uns auch über diesen Geburtstag hinaus noch für eine gewisse Übergangszeit mit Rat und Tat bei unseren Beratungen in der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung weiter zur Verfügung stehen. Sie sind schon wesentlich länger Mitglied dieser Arbeitsgruppe, als ich ihr vorstehen darf.

An dieser Stelle danke ich aber auch allen übrigen Damen und Herren der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung, allen Mitgliedern der Finanzkommission sowie den Mitgliedern des Vorstands, soweit sie sich lösungsorientiert in die mitunter doch sehr schwierigen und in letzter Zeit oft auch sehr langwierigen Finanzberatungen eingebracht haben. Jeder möge selbst entscheiden, ob er davon angesprochen ist oder nicht.

Gleichzeitig möchte ich an dieser Stelle – sicher doch im Namen aller Delegierten dieses Ärztetages – den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für ihre wiederum engagierte Tätigkeit im zurückliegenden Geschäftsjahr danken. Ausdrücklich anerkennen möchte ich hier auch das kostenbewusste Wirken der Geschäftsführung. Über die entsprechende Prüfbemerkung des Wirtschaftsprüfers habe ich Ihnen berichtet.

Ebenso möchte ich ganz persönlich Herrn Dr. Rochell als Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herrn Raabe als Leiter des für Finanzangelegenheiten zuständigen Dezernats sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den jederzeit offenen Gedankenaustausch sowie den stets sach- und zielorientierten Kommunikationsstil bei der Abarbeitung der vielfältigen Vorgänge in durchaus kritischem Umfeld und unter zum Teil belastenden Rahmenbedingungen und oft auch unter Zeitdruck danken.

Ich schließe, indem ich meiner Überzeugung Ausdruck verleihe, dass wir auf dem Weg, auf den wir uns begeben haben, noch sehr viel vor uns haben!

Bevor ich nun schließe, darf ich Ihnen hiermit schon jetzt die Zustimmung zu dem Ihnen vorgelegten Jahresabschluss empfehlen.

Außerdem bitte ich um Ihre Zustimmung zu dem Ihnen ebenfalls bereits vorliegenden Antrag auf Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung. Dieser Antrag wird gemeinschaftlich von zahlreichen Antragstellern – quer über die Kammerlandschaft hinweg – mitgetragen.

Somit bin ich nun wirklich am Ende meines Vortrags angekommen. Da bleibt es mir nur noch, Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, erstens für Ihr Interesse und zweitens für Ihre Aufmerksamkeit und drittens dafür zu danken, dass Sie so pünktlich und zahlreich aus der Mittagspause zurückgekommen sind. Das war in der Vergangenheit nicht so, dass der komplette Mittelblock beim Thema Finanzen so gefüllt ist wie heute.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Ensink. – Meine Damen und Herren, wir treten in die Beratung zum Tagesordnungspunkt VIII ein. Es liegen zwei Wortmeldungen vor. – Zunächst zur Geschäftsordnung Herr Lücke.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte erneut um eine Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten beantragt. Wünscht jemand dagegengesprochen? – Herr Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Es ist zwar höchst ehrbar, an unsere Zeit zu denken und alles abzukürzen. Aber bei einem so wichtigen Punkt wie den Finanzen und der „äußerst umfangreichen“ Rednerliste von vornherein drei Minuten zu fordern finde ich nicht sehr positiv im Sinne eines unserer wichtigsten Anliegen hier.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben einen dafür, einen dagegen gehört. Jetzt können wir abstimmen. Wer ist für Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Damit ist die

Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen. – Der erste Redner ist Klaus Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Sie werden nachher einen Antrag zu diesem Tagesordnungspunkt finden, der sich damit beschäftigt, dass wir einen Ausschuss beantragen, der einmal bestimmte Dinge durchleuchtet. Der erste Punkt ist der Auftrag, Kosten und Erträge des Deutschen Ärzte-Verlags zu durchleuchten. Uns wird immer wieder gesagt: Eines der großen Probleme im Haushalt ist für uns, dass wir sinkende Erträge aus dem Deutschen Ärzte-Verlag haben. Die Aussage dazu im Bericht umfasst eine halbe Seite oder noch weniger. Wir brauchen eine Analyse: Was passiert dort eigentlich? Welche Sparte ist defizitär oder rückläufig? Welche Sparte müssen wir gegebenenfalls stützen? Ich denke, das „Deutsche Ärzteblatt“ ist unstrittig. Man muss sich notfalls auch einmal von Sparten trennen oder muss sie umstrukturieren.

Der Antrag, der von etlichen Landesärztekammern unterstützt wird, lautet, dass das einmal von einem Ausschuss durchleuchtet werden soll.

(Vereinzelt Beifall)

Ich bin bei einer Durchsicht des Haushaltsberichts noch über ein paar andere Dinge gestolpert. Da wird jedes Wertpapier einzeln aufgelistet. Auch der zweitgrößte Block gleich nach den Personal- und sonstigen Kosten lautet: satzungsbedingte Aufwendungen. Er umfasst 5 Millionen Euro. Das wird uns auf einer Seite vorgestellt. Es ist keine nähere Analyse dabei.

Ich habe eben den Deutschen Ärzte-Verlag als Beteiligung erwähnt. Es stehen auch bei KTU, BQS, gematik sehr hohe Finanzbeträge. Nirgendwo ist weiter aufgelistet, was das eigentlich ist. Dort steht ganz lakonisch nur diese Summe.

Das sind wesentliche Teile unseres Haushalts. Ich denke, es ist unser Recht zu erfahren, was dort passiert. Ich meine, dass solche Dinge durchleuchtet werden müssen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Klaus. – Nächster Redner ist Burkhard Bratzke aus Berlin.

Bratzke, Berlin: Mir fiel beim Lesen des testierten Jahresabschlusses 2013 eine doch sehr auffällig hohe Liquidität der Bundesärztekammer auf. Wir haben einen Kassenbestand von 17,7 Millionen Euro, davon 17,5 Millionen Euro auf einem Festgeldkonto, verzinst mit 0,1 bis 0,2 Prozent. Das finden Sie auf Seite 14 des weißen Teils des Jahresabschlusses.

Wir haben darüber hinaus noch Anlagevermögen in Höhe von round about 2,5/2,9 Millionen Euro, auch teilweise mit 1 Prozent verzinst, zumindest die Hälfte dessen.

Alles in allem stellt sich also im Haushalt eine Rücklage dar, die fast eine gesamte Jahresausgabe der Bundesärztekammer deckt. Mir ist klar, dass es zum Jahresende ein bisschen unrunde Posten sind. Aber ich frage mich, ob wir bei der Bundesärztekammer wirklich ein solches Finanzvolumen vorhalten müssen, das eine ganze Jahresausgabe deckt, oder ob wir nicht dafür sorgen sollten, dass diese Gelder in Zukunft abgebaut werden, zum Beispiel durch eine Absenkung der Umlage.

Besondere Risiken, die ein derartiges Finanzpolster notwendig machen, ließen sich ja nicht entdecken. Sie haben selber gesagt: Der Kauf des Gebäudes ist sicher finanziert. Man kann das also auch nicht als Grund für eine derart hohe Rücklage anführen.

Ich würde mich freuen, wenn wir diese Finanzrücklage, diese Vermögensverwaltung zum Selbstzweck nicht mehr weiter betreiben, sondern das Geld an die finanzierenden Ärzte zurückfließen lassen.

Zum Schluss noch etwas zum Übergangsgeld. Damit meine ich nicht unsere Berliner Sachen, denen die Vertreterversammlung ja zugestimmt hatte. Die Regelung der Bundesärztekammer zum Übergangsgeld ist von 1991, revidiert 2008. Es ist dort festgehalten, dass beim Tod eines Vorstandsmitglied das Übergangsgeld an die Witwe ausgezahlt wird. Ich bitte Sie, dass irgendwann einmal dies an die tatsächlichen Gegebenheiten angepasst wird. Rechnen Sie damit, dass auch einmal eine Frau Vorstand wird und der Witwer die Zahlung erhält. Oder seien Sie ganz modern und führen Sie dort auch den eingetragenen Lebenspartner ein.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Herr Bratzke, wir waren aber noch moderner. Wir haben nämlich dieses Prinzip abgeschafft und haben heute keine Übergangsgelder mehr außer denen, die in der Vergangenheit einmal angefallen sind.

(Beifall)

Nachdem die Rednerliste erschöpft ist, hat der Vorsitzende der Finanzkommission die Möglichkeit der Antwort.

Dr. Ensink MBA, Referent: Natürlich möchte ich die Gelegenheit nutzen, darauf zu antworten. Allerdings möchte ich auch deutlich sagen: In der Finanzkommission hat es sich vor Jahren eingebürgert, dass jemand, der sachliche Fragen hat, diese stellt, bevor die Finanzkommission tagt, für alle gleichermaßen, und es in der Folge eine von der Geschäftsführung und dem Vorsitzenden der Finanzkommission bearbeitete Stellungnahme gibt, auch an alle Mitglieder, sodass man mit hoher Sachkenntnis diskutieren kann.

Viele dieser Punkte, über die wir jetzt hier reden, hätten sich im Endeffekt, wenn es nicht darum geht, hier rhetorisches Terrain zu machen, sondern wirklich der Aufklärung zu dienen, im Vorfeld klären lassen.

(Beifall)

Das gilt beispielsweise für das Übergangsgeld. Wer unsere eigene Beschlusslage aus diesem Gremium kennt, weiß, dass es mit genau diesem Argument abgeschafft wurde. Das ist jetzt in das hineingerechnet, was letztendlich Monat für Monat die drei Präsidiumsmitglieder bekommen. Das hat dieses Gremium, der Deutsche Ärztetag, beschlossen. Das, was dort aufgeführt ist, sind, wenn Sie so wollen, Altlasten aus Zeiten, die zumindest ich nicht zu vertreten habe. Das heißt, es ist für eine politische Stellungnahme eigentlich nicht tauglich.

Sie haben die satzungsbedingten Aufwendungen angesprochen. Sie haben recht: Die Formulierung gibt es auf einer Seite. Aber wenn Sie in dem Bericht, der Ihnen ja vorliegen müsste, die Seiten 26 bis 32 aufschlagen, sehen Sie, dass die satzungsbedingten Aufwendungen auf sieben Seiten detailliert aufgeführt sind. Wer das nachlesen und die Details haben will, findet das alles in diesem Bericht.

(Beifall)

Von daher muss ich wirklich sagen: Ich verstehe im Augenblick nicht so ganz die Zielrichtung, über die wir hier diskutieren.

Ich komme zu den Rücklagen. Auch da würde es helfen, das in einen Sachzusammenhang zu stellen. Wir haben klar und deutlich gesagt: Jetzt ist das Gebäude gekauft. Dort ging es um die Bereitstellung von Geldern für den Kauf des Gebäudeteils, der, wie gesagt, jetzt erworben wurde. Das hatte sich immer wieder verschoben. Bei der Position, bei der Sie zu Recht beklagen, dass sie so hoch ist, hat sich einfach der Vollzug des Kaufs verschoben. Dementsprechend stand Geld bereit. Das werden Sie im übernächsten Haushalt in dieser Form nicht mehr finden. Dafür gehört uns dann eben das Haus.

Über bestimmte Positionen können wir nicht reden. Wenn es zum Beispiel um die Rückstellungen für das Alter und ähnliche Ansprüche geht, müssen wir das so dotieren, wie es uns der Versicherungsmathematiker letztendlich vorgibt. Da haben wir kein Ermessen, irgendetwas abzuschmelzen.

Die Betriebsmittelrücklage schmelzen wir im Rahmen des Kaufs bis auf die absolute Untergrenze dessen, was uns die Haushalts- und Kassenordnung gestattet, ab. Auch darüber ist hier berichtet worden. Das müsste auch in Ihrem Sinne sein. Ob das langfristig sinnvoll ist, denn dann stehen die Gelder letztendlich auch nicht mehr zur Deckung von Risiken zur Verfügung, mag dahingestellt sein. Aber wir haben es damals beschlossen, dass wir genau über diese Abschmelzung den Gebäudeerwerb finanzieren, sodass die Landesärztekammern hier nicht belastet werden.

Für mich bleibt aus diesen vielen Fragen – nehmen Sie es mir nicht übel – nicht wirklich etwas übrig, was für eine sinnvolle Veränderung greifbar bleibt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Ensink. – Damit ist die Aussprache beendet. Wir treten in die Behandlung der vorliegenden Anträge ein. Ich habe drei Anträge vorliegen und weiß, dass Sie nur einen umgedruckt haben. Deswegen werde ich die beiden anderen Anträge vorlesen. Zuerst werden wir uns eine Meinung bilden über den Antrag VIII-01. Den kennen Sie. Es geht um den Bericht über die Jahresrechnung 2012/2013.

Anschließend werden wir über den Antrag VIII-02 abstimmen, der folgendermaßen lautet:

Es wird ein Ausschuss eingesetzt, der die Ertragslage des Deutschen Ärzte-Verlags näher analysiert. Insbesondere sollen dabei Kosten und Erlöse der verschiedenen Sparten – Ärzteblatt, Buch online – differenziert werden und die Analyse dem nächsten Finanzbericht der Bundesärztekammer beigelegt werden.

Soweit der Antrag VIII-02.

Dann gibt es noch den Antrag VIII-03 mit dem Titel:

Konnexitätsprinzip für zusätzliche Aufgaben der Bundesärztekammer

Der Antragstext lautet:

Vor der Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch die Bundesärztekammer muss die Bereitstellung der für die Aufgabenerfüllung notwendigen Mittel gesichert sein.

Das sind die drei Anträge, über die wir jetzt bei diesem Tagesordnungspunkt abstimmen. – Ich gebe dem Vorsitzenden der Finanzkommission das Wort.

Dr. Ensink MBA, Referent: Diese Anträge sind zum Teil zu einem Zeitpunkt verteilt worden, als ich hier vorgetragen habe. Deshalb habe ich sie vorher leider nicht gesehen.

Ich bitte Sie, den Antrag VIII-03, da er sich nicht auf den Jahresabschluss und nicht auf rückwirkende Zeiträume bezieht, sondern auf zukünftige, unter Tagesordnungspunkt X im Zusammenhang mit dem Haushalt zu diskutieren. Ich finde, dahin gehört der Antrag inhaltlich.

Zu dem anderen Antrag bezüglich der Bilanzanalyse des Deutschen Ärzte-Verlags kann ich nur sagen: Das mag sehr interessant sein, blendet aber, wenn Sie einen solchen Ausschuss fordern, die Besitzverhältnisse aus. Ein solcher Ausschuss kann ja nur dann sinnvoll arbeiten, wenn er auch Zahlen bekommt. Zahlen gehören den beiden Gesellschaftern. Sie vergessen hier, dass die KBV zu 50 Prozent Gesellschafter ist. Wenn Sie ein solches Zahlenwerk einfach ausstülpen und nicht nur das Ergebnis mitteilen, wäre dazu die Bereitschaft der KBV notwendig. Ob sie aufgrund eines solchen Antrags zu erwirken ist, mag dahingestellt sein. Sie sollen nur wissen, dass dieser Antrag in meinen Augen, wie er jetzt formuliert ist, keine großen Aussichten hat, nachhaltige Wirkung zu zeigen, um es einmal vorsichtig zu sagen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben also jetzt bei diesem Tagesordnungspunkt zwei Anträge zu behandeln, und zwar zunächst den Antrag VIII-01, über den wir mit qualifizierter Mehrheit über die Karten abstimmen müssen, und den Antrag VIII-02, über dessen Auswirkungen Herr Ensink eben berichtet hat, über den wir mit einfacher Mehrheit abstimmen können.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag VIII-01**. Ich werde die Landesärztekammern in alphabetischer Reihenfolge aufrufen und habe die Bitte, dass mir der Stimmführer die Karte – entweder die rote oder die grüne – zeigt, und zwar so, dass ich sie auch sehen kann. Es gibt den berühmten Trick, sie wie ein Schiffchen seitlich hochzuhalten. Dann kann ich mir aussuchen, welche Seite ich sehe.

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: Alle 17 Landesärztekammern haben mit Grün gestimmt, sodass wir 250 Jastimmen für den Jahresabschluss 2012/2013 haben.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag VIII-02**.

(Zurufe)

– Nichtbefassung können Sie beantragen, aber die Debatte ist geschlossen. Es ist Nichtbefassung beantragt. – Der Antragsteller möchte dagegensprechen.

Dr. Thierse, Berlin: Ich denke, dass es durchaus eine Chance gibt, sich mit der KBV darüber zu einigen,

(Beifall)

denn die KBV hat dasselbe Interesse wie wir, die Ertragslage ihrer Investitionen zu kontrollieren. Deshalb halte ich es für falsch, nur mit diesem Argument den Antrag abzulehnen. Das ist natürlich auch ein Plädoyer dafür, nicht für Nichtbefassung zu stimmen, sondern dem Antrag im Endeffekt zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich will mich selber daran halten, jetzt nichts mehr zu sagen. Ich sage Ihnen nur als Ihr Vertreter in den Gremien zusammen mit Herrn Köhler: Es waren endlose Sitzungen. Ich bezweifle, dass die KBV zustimmt.

Es ist Nichtbefassung beantragt. Dazu müssen Sie sich eine Meinung bilden. Wer ist für Nichtbefassung mit diesem Antrag? – Wer ist für Befassung mit dem Antrag? – Das ist die Mehrheit. Sie wünschen also, sich damit zu befassen. Dann treten wir jetzt in die Abstimmung über diesen Antrag ein. Wer ist für den Antrag VIII-02? – Wer ist dagegen? – Das lassen wir lieber zählen. Das kann man von hier oben ganz schwer entscheiden.

Wer für den Antrag VIII-02 ist, den bitte ich, jetzt die gelbe Karte zu erheben. – Ich bitte diejenigen, die den Antrag ablehnen wollen, um die gelbe Karte. – Enthaltungen? – 10 Enthaltungen. Dann haben Sie diesen Antrag mit 104 : 108 Stimmen bei 10 Enthaltungen **abgelehnt**.

Auf den Antrag VIII-03 werden wir unter dem Tagesordnungspunkt X zurückkommen.

Ich komme zum **Tagesordnungspunkt IX:**

**Entlastung des Vorstands der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013
(01.07.2012 - 30.06.2013)**

Dazu gibt es keine Wortmeldungen. Ihnen liegt der **Antrag IX-01** umgedruckt vor und lautet:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013) Entlastung erteilt.

Ich bitte um das qualifizierte Abstimmungsverfahren mit den Stimmkarten. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Der Antrag ist einstimmig angenommen. Es gab 250 Stimmen für die Entlastung des Vorstands. Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum **Tagesordnungspunkt X:**

**Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015
(01.07.2014 - 30.06.2015)**

a) Bericht der Geschäftsführung

b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission

Ich bitte zunächst Herrn Rochell um seinen Bericht.

Dr. Rochell, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Monti! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Den Entwurf unseres Haushaltsvoranschlags für das Geschäftsjahr 2014/2015 finden Sie ebenfalls in der Broschüre „Finanzbericht“ auf den blauen Blättern.

Für den Vorstand stelle ich Ihnen gemäß § 9 Abs. 1 der Satzung diesen Haushaltsvoranschlag vor. Alle Beteiligten waren bei der Aufstellung von dem Bemühen getragen, den mancherorts und insbesondere mit der Beschlussfassung des 116. Deutschen Ärztetages 2013 in Hannover zur Konsolidierung des Haushalts der Bundesärztekammer ab 2014/2015 formulierten Einsparzielen Rechnung zu tragen.

Vorstand und Geschäftsführung haben seit der Evidenz des Gewinnrückgangs unserer Verlagsbeteiligung in einer Vielzahl von Sitzungen zunächst Einsparpotenziale unter anderem durch Aufgabenpriorisierung und Rationalisierungsmaßnahmen wie

der Vorgabe einer neuen Reisekostenordnung und einem wirtschaftlicheren Sitzungsmanagement identifiziert und im Haushaltsvoranschlag 2014/2015 umgesetzt.

Der Vorstand hat in der letzten Phase der Beratungen als ergänzende Vorgabe eine Steigerung von maximal 5 Prozent der Kostenumlage für die Landesärztekammern festgelegt. Diesen Richtwert hat der Vorstand mit großer Mehrheit beschlossen. Die Aufstellung des Haushaltsvoranschlags unter diesen Vorgaben führt zu erheblichen Abstrichen an diversen Aufwandspositionen.

Zunächst wurden Positionen, die in Vorberatungen als bedeutend beurteilt wurden, aus Haushaltsgründen zurückgestellt, beispielsweise die Einrichtung einer weiteren Referentenstelle in der Rechtsabteilung, der Aufbau einer Instandhaltungsrücklage für das Gebäude der Bundesärztekammer oder die eigentlich seit Jahren überfällige Erhöhung der Entschädigung für Zeitversäumnis für Gremienmitglieder.

Wichtig ist auch festzuhalten, dass die Belastung der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin insbesondere durch die mittlerweile aufgenommene deutschlandweite Überprüfung der Transplantationsprogramme deutlich zugenommen hat.

Es ist uns gelungen, dass ab 1. Januar 2014 sämtliche Kosten für diese Geschäftsstelle und für die Prüfungs- und Überwachungskommission über einen Zuschlag zu den DSO-Pauschalen aus Mitteln der Krankenversicherung finanziert werden. Die Abrechnungen erfolgen über den GKV-Spitzenverband. Die Aufwendungen sind in den Einzelpositionen im Haushaltsentwurf enthalten. Die Weiterbelastung an die gesetzliche Krankenversicherung führt zu einer Entlastung auf der Ertragsseite in Höhe von 929.500 Euro. Diese durchlaufenden Beträge erweitern aber das Volumen des Haushalts.

Ich stelle Ihnen im Folgenden die Entwicklung des Haushaltsvoranschlags dar. Zunächst zu Etatpositionen, bei denen Einsparungen zu verzeichnen sind.

Personalaufwendungen: Aufhebung der Dotierung von sechs aktuellen Stellenvakanzen, vom Dezernenten bis zu Ausbildungsstellen, und somit Ausspruch einer Besetzungssperre. Dies führt, obwohl die Personalaufwendungen für Löhne und Gehälter in der Gesamtbetrachtung mit den Personalstellen der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin im Vergleich zum Haushaltsvoranschlag 2013/2014 um 127.000 Euro zulegen, unter Berücksichtigung der Gegenfinanzierung des Personals der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin durch Mittel der Krankenversicherungen zu einer Entlastung des Haushalts der Bundesärztekammer um 253.000 Euro.

Fortbildungsveranstaltungen: 70.000 Euro wegen der Einstellung aller Fortbildungsveranstaltungen auf Bundesebene. Allerdings entfallen auch Erträge in Form von Teilnahmegebühren in Höhe von 20.000 Euro. Dies ist ein gravierender Einschnitt in ein jahrzehntelang etabliertes Dienstleistungsangebot der Bundesärztekammer.

Kostenoptimierungen beim Deutschen Ärztetag führen zu Einsparungen von 27.000 Euro. Der Wegfall des Stenografischen Wortberichts spart – wenn Sie der Empfehlung des Vorstands folgen – rund 40.000 Euro.

Die sich mit dem Veranstaltungsort des Deutschen Ärztetages 2015 ergebende Kostensituation führt leider zu einer Relativierung der Einsparungen, welche sonst noch höher ausfallen würden.

Der Beitrag zum ÄZQ wurde vom Verwaltungsrat auf 900.000 Euro für jeden der beiden Gesellschafter festgelegt. Dies führt zu Einsparungen von 42.000 Euro für die Bundesärztekammer. Ferner wurde vom Vorstand beschlossen, dass die Aufwendungen für das ÄZQ mittelfristig auf 500.000 Euro für jeden der beiden Gesellschafter festgeschrieben werden.

Die vorgenommenen Änderungen der Reisekostenrichtlinien werden sich bei den Positionen Vorstand und Gremien mit minus 40.000 Euro, bei Reisekosten Geschäftsführung mit minus 30.000 Euro niederschlagen. Dass sich diese Einsparungen auf dem ersten Blick auch hier nicht in den Etatpositionen widerspiegeln, liegt ebenfalls an den zusätzlichen, aber refinanzierten Aufwendungen durch die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin.

Bei den Sitzungskosten sind Einsparungen von 30.000 Euro vorgesehen.

Bitte entnehmen Sie die Details zu weiteren Einsparungen den Erläuterungen zu den Etatpositionen im ausgearbeiteten Haushaltsentwurf.

Dieser Entwurf enthält aber auch Änderungen, die durch besondere Beschlüsse, Verträge oder gesetzliche Änderungen hervorgerufen werden. Auch hier seien die wesentlichen genannt. Der Austritt aus dem BFB führt im Vergleich zum laufenden Haushaltsjahr zu einer Einsparung von 100.000 Euro. Für eine Nachfolgeorganisation oder andere Ersatzaktivitäten sind keine Mittel in diesem Haushalt eingeplant. Die Übertragbarkeit dieser Einsparung auf Folgehaushalte steht bei gegebener Option, einem nach den Vorstellungen der Bundesärztekammer reformierten BFB wieder beizutreten oder eine alternative Interessenvertretung zu begründen, infrage.

Aufwendungen für externe IT-Dienstleister wurden im Plan um 165.000 Euro reduziert. Dies wird spürbare Auswirkungen auf die Abarbeitung von IT-Projekten, auch gemeinsamer Projekte von Landesärztekammern und Bundesärztekammer, haben.

Die Etatposition Pensionen wurde entsprechend Heubeck-Gutachten angepasst sowie aufgrund einer Beitragserhöhung der Beihilfeversicherung. Sowohl Gehaltsanpassungen bei Berechtigten als auch Änderungen der technischen Größen führen bei der kleinen Gruppe Berechtigter zu einem relativ deutlichen Anpassungsbedarf. Hierzu ein Hinweis: Seit 1998 werden keine Anstellungsverträge mit Pensions- und Beihilfeberechtigung mehr abgeschlossen.

Die Etatposition 25, Kurztitel: Projekte, wird um 53.000 Euro niedriger ausgewiesen. Die Einzelprojekte finden Sie dort aufgeführt. Ein hier vorgesehenes Projekt „Rolle der ärztlichen Psychotherapie“ mit 30.000 Euro wurde als Beitrag zur Haushaltskonsolidierung im Laufe der Beratungen ebenfalls gestrichen.

An mehreren Aufwandspositionen, aber auch unter Mieterträge sehen Sie die Folge des nunmehr notariell abgeschlossenen Kaufvertrags über das Bauteil D.

An dieser Stelle ist ferner anzumerken, dass entsprechend den Festlegungen des Vorstands Aufwendungen für eine Evaluation der Weiterbildung auf Bundesebene vollständig gestrichen wurden.

Mit den auf Grundlage eines mit großer Mehrheit beschlossenen Votums des Vorstands getroffenen Einsparmaßnahmen gelingt ein erster wesentlicher Schritt in Richtung des vom Deutschen Ärztetag 2013 vorgegebenen Ziels der Haushaltskonsolidierung.

solidierung hinsichtlich der weggefallenen Gewinnausschüttungen des Deutschen Ärzte-Verlags.

Von den Beschlüssen des Vorstands zum Haushaltsvoranschlag 2014/2015 abweichende und zwischenzeitlich auch aus den Medien bekannte Vorstellungen sind in den Gremien der Bundesärztekammer ebenfalls diskutiert worden, erreichten aber nicht die erforderliche Stimmenmehrheit.

Ich komme nun zur Ertragsseite. Zur kostenmäßigen Entlastung des Haushalts konnten wiederum nicht verbrauchte Mittel aus dem Vorjahr, diesmal in Höhe von 490.000 Euro, herangezogen werden.

Ferner dient auch eine Entnahme aus der Rücklage für künftige Haushalte in Höhe von 500.000 Euro der Finanzierung dieses Haushalts.

Insgesamt beläuft sich diese Rücklage auf gerundet 2,274 Millionen Euro. Für noch zwei weitere Haushaltsjahre kann eine gleich hohe Teilsumme von 500.000 Euro entnommen werden. Der Restbetrag von 774.000 Euro aus dieser Rücklage ist bewusst noch nicht in Planungen berücksichtigt worden.

Meine Damen und Herren, abschließend nochmals die Globalwerte des Haushaltsvoranschlags für das Geschäftsjahr 2014/2015:

Das Haushaltsvolumen beträgt 18.606.000,00 Euro.

Das Volumen steigt im Vergleich zum laufenden Geschäftsjahr um 17.000 Euro oder 0,092 Prozent.

Unter Berücksichtigung der durchlaufenden Posten der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin sinkt das Haushaltsvolumen um 5,16 Prozent.

Die Umlagen der Landesärztekammern steigen um 706.000 Euro oder 4,98 Prozent.

Damit wurden die Vorgaben des Vorstands für die Aufstellung des Haushaltsvoranschlags 2014/2015 erfüllt.

Alle Beteiligten, insbesondere aus der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung, haben sich zur Gewinnung einer größeren Planungssicherheit auch in Bezug auf die weiter umzusetzende Haushaltskonsolidierung Gedanken gemacht, dass künftig bereits mehrere Folgejahre kontinuierlich mit in die Haushaltsplanung einbezogen werden können. Zu dem hierfür in finaler Entwicklung befindlichen Instrumentarium der mittelfristigen Finanzplanung wird Herr Dr. Ensink noch ausführen.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und bitte Sie für den Vorstand – obwohl es sich bei diesem Haushaltsvoranschlag um eine nach intensiver Diskussion nicht allen Wünschen aller gerecht werdende Kompromisslösung handelt – um Ihre Zustimmung.

Ich möchte in diesem Zusammenhang Herrn Ensink, den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung, aber insbesondere auch Herrn Raabe und seinem Team und allen Kolleginnen und Kollegen in der Bundesärztekammer, die in der vergangenen Zeit buchstäblich jeden Cent umgedreht haben, ganz herzlich für ihren Einsatz und ihr Engagement danken.

Das Ganze hat auch erhebliche Verunsicherung in der Geschäftsstelle, zum Teil bis zu Ängsten um den eigenen Arbeitsplatz, ausgelöst, sodass wir froh sind, dass wir mit diesem Haushaltsvoranschlag 2014/2015 Ihnen eine Lösung vorlegen können, die den Bestand der derzeit in der Bundesärztekammer besetzten Stellen nicht infrage stellt. Es sind – das hatte ich schon angedeutet – nicht alle Wünsche aller erfüllt worden. Winston Churchill hat in seiner Rede vor dem britischen Unterhaus am 11. November 1947 ausgeführt, dass die Demokratie die schlechteste aller Regierungsformen ist, abgesehen von allen anderen Formen, die von Zeit zu Zeit ausprobiert worden sind.

Wir befinden uns hier in einem demokratischen Verfahren und sind daran gebunden, Mehrheitslösungen zu finden. Dieser Haushaltsvoranschlag 2014/2015 stellt eine solche Lösung dar. Sie wurde letztendlich mit großer Mehrheit im Vorstand beschlossen. Sie wurde in der Finanzkommission bei zwei Enthaltungen einstimmig befürwortet.

Dementsprechend bitte ich Sie um Zustimmung zu diesem Haushaltsvoranschlag 2014/2015.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernd. – Das Wort hat jetzt der Vorsitzende der Finanzkommission, Herr Ensink.

Dr. Ensink MBA, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Sie haben es den Ausführungen von Herrn Dr. Rochell bereits entnehmen können: Die Haushaltsberatungen waren dieses Mal besonders kompliziert. Euphemistisch könnte man sagen, sie seien sehr intensiv gewesen. Diese Bewertung, dass sie kompliziert waren, das bekunde ich gleich vorweg, liegt allerdings nur partiell daran, dass die Situation per se schwierig ist. Tatsächlich wurde die Situation aber noch dadurch kompliziert, dass die Beratungen der Finanzen mit gewissen Nebenzielen verwoben wurden, in manchen Fällen vielleicht sogar zur Erreichung persönlicher Ziele instrumentalisiert wurden.

Um gleichwohl in den Finanzgremien und schließlich auch im Vorstand selbst für das Ihnen heute zur Beschlussfassung vorliegende Beratungsergebnis überhaupt eine ausreichend breite Akzeptanz zu finden, waren sehr zeitaufwendige Bemühungen erforderlich. Es war auch nötig, dass von allen Seiten gewisse Kompromisse eingegangen wurden. Das heißt, Dinge, die eigentlich gefordert wurden, konnten nicht umgesetzt werden. Grenzen, die, was die Belastungen anging, nicht überschritten werden sollten, sind überschritten worden. Das heißt, es ist von vielen Seiten Entgegenkommen notwendig geworden, um das Ganze überhaupt in einen konsensfähigen, zumindest mehrheitsfähigen Vorschlag zu bringen.

Letztlich haben diesem Haushaltsvoranschlag – das haben Sie gerade von Herrn Dr. Rochell gehört – nach intensivem Diskussionsprozess zunächst im Januar 2014 die Finanzkommission – bei zwei Enthaltungen – und später dann im Februar 2014 der Vorstand der Bundesärztekammer – mit einer Gegenstimme – der jeweils gleichen

Vorlage mit einer dann doch deutlichen Mehrheit zugestimmt. Dieses Ergebnis sollten Sie bei allen ansonsten öffentlich laufenden Diskussionen im Hinterkopf haben.

Über dieses Ergebnis möchte ich Ihnen heute berichten und hoffe, dass diese Präsentation für Sie gleichwohl noch interessant ist, auch wenn Sie wesentliche Beratungsergebnisse, Individualpositionierungen und die Ankündigung abweichender Voten ja in den letzten Tagen schon zur Genüge der Presse entnehmen konnten.

Nun weiß ich, dass Ärzte in aller Regel gebildete und höfliche Menschen sind. Von daher können manche unter uns einer Anfrage der Medien ja vielleicht schon aus lauter Höflichkeit nicht widerstehen. Gleichwohl wundere ich mich, dass nicht nur die Standespresse – das wäre ja vielleicht noch nachzuvollziehen –, sondern in den letzten Tagen auch überregionale Printmedien wie beispielsweise die FAZ sich – vermeintlich von sich aus – für den Haushalt der Bundesärztekammer interessieren. Die Bewertung dieses durchaus interessanten Sachverhalts überlasse ich gerne Ihrer kritischen Analyse und Fantasie.

Nach dieser allgemeinen Eingangsbemerkung, die Sie mir bitte als persönliche Meinungsäußerung nachsehen, komme ich wieder zurück auf die hier von mir vorzustellende Konkretisierung des Haushaltsvoranschlags.

Das Haushaltsvolumen, also der hellblaue Balken, steigt, wie Sie auf der Abbildung sehen, im kommenden Geschäftsjahr gemäß Planungsansatz nur ganz minimal an, nämlich um 0,09 Prozent.

Rechnet man – das ist jetzt nicht willkürlich, sondern der Hintergrund ist, dass unterjährig etwas passiert ist – einer besseren Vergleichbarkeit zuliebe die seitens der Bundesärztekammer durchlaufenden Aufwendungen der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin quasi virtuell aus dem Zahlenansatz wieder heraus, stellt sich das Haushaltsvolumen gegenüber dem Vorjahr sogar rückläufig dar, und zwar nennenswert.

Anders sieht das Bild aus, wenn man die zur Deckung des Haushalts von den Landesärztekammern zu tragende Umlage betrachtet. Achten Sie in diesem Zusammenhang bitte auf den dunkelblauen Balken auf der präsentierten Abbildung. Der entsprechende Steigerungssatz beträgt hier für das kommende Geschäftsjahr 4,89 Prozent und bleibt von daher wirklich nur ganz marginal unter dem vom Vorstand vorgegebenen Maximalsatz von 5 Prozent. Allerdings ist der Maximalsatz völlig willkürlich gewählt.

Aufgrund der Ihnen bekannten rückläufigen Ertragssituation des Deutschen Ärzte-Verlags werden in absehbarer Zeit keine relevanten Ausschüttungen erwartet. Das Kreisdiagramm zeigt dies deutlich.

Ich habe das vorhin nicht in dieser Deutlichkeit gesagt: Natürlich gibt es erhebliche Untersuchungen, wie letztendlich die Ertragssituation des Deutschen Ärzte-Verlags zu stabilisieren ist. Das geschieht schon im eigenen Interesse. Das geschieht selbstverständlich immer in Kooperation mit dem Geschäftspartner. Viele dieser Dinge, beispielsweise wenn es um die Veräußerung von Betriebsvermögen geht, sind nicht öffentlich zu machen, weil anderenfalls, nachdem scheinbar jede Zahl in die Printmedien getragen wird, auch die potenziellen Verhandlungspartner und möglicher-

weise auch Betroffene durch die Presse informiert werden, bevor geschäftstechnisch etwas umgesetzt werden kann.

Weiterhin können Sie erkennen, dass zur kostenmäßigen Entlastung der Landesärztekammern wiederum nicht verbrauchte Mittel aus dem Vorjahr herangezogen werden. Dies erscheint in unserer Situation auch durchaus naheliegend. Es sei aber darauf hingewiesen, dass dies keinesfalls selbstverständlich ist und in der Vergangenheit auch keineswegs so von uns regelhaft praktiziert wurde. Es gab in der Vergangenheit – das habe ich nachgelesen – durchaus die Praxis, dass das, was übrig geblieben war, in eine Rücklage gelegt wurde. Das wäre jetzt nicht angemessen. Aber ich möchte nur darauf hinweisen: Das, was wir hier tun, ist nicht selbstverständlich.

Außerdem – auch darauf mache ich hier und heute bereits mit Blick auf künftige Geschäftsjahre aufmerksam – ist es so, dass, je knapper wir einen Haushalt aufstellen, naturgemäß die Aussicht umso geringer ist, dass es in zukünftigen Haushaltsjahren noch vergleichbare „Überschüsse“ gibt. Insofern ist auch diese Maßnahme, zur „Mitfinanzierung“ des nächsten Geschäftsjahres den Überschuss des Vorjahres heranzuziehen, keineswegs Ausdruck einer nachhaltigen Position. Im Gegenteil, vielmehr dürfte uns auch dadurch die keineswegs unwahrscheinliche Gefahr drohen, in absehbarer Zeit, eventuell vielleicht im kommenden Haushaltsjahr, auch den bei dem aktuellen Haushaltsansatz durch Einbeziehung der Überschüsse gedeckten Kostenanteil durch eine weitere überproportionale Erhöhung der Landesärztekammerumlage finanzieren zu müssen.

Nicht zuletzt auch vor diesem Hintergrund wurde in der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung und konsekutiv in der Finanzkommission sehr ausführlich besprochen, wie die an die Bundesärztekammer ausgeschüttete und in eine Rückstellung für künftige Haushalte eingestellte Gewinnrücklage des Deutschen Ärzte-Verlags zur Deckung des Haushaltsansatzes für das kommende Geschäftsjahr einfließen soll. Insgesamt beläuft sich diese Rücklage auf gerundet 2,274 Millionen Euro.

Die Finanzgremien haben vorgeschlagen – und der Vorstand ist dem dankenswerterweise auch so gefolgt –, im Sinne einer gebotenen kaufmännischen Vorsicht eine Teilsumme in Höhe von gerundet 774.000 Euro aus dieser Rücklage gedanklich auszugliedern. Insoweit, Herr Rochell, haben wir nicht nur keinen Verwendungsvorschlag, sondern wir haben sie erst einmal ganz bewusst ausgegliedert, bis wir die weitere Entwicklung der Restrukturierungsbemühungen aufseiten des Deutschen Ärzte-Verlags und eventuell daraus resultierender Finanzbedarfe kennen. Eine unternehmerische Beteiligung bedeutet auch, dass man sich möglicherweise an Kosten, die aus dieser unternehmerischen Beteiligung entstehen, beteiligt.

Von dem Restbetrag in Höhe von 1,5 Millionen Euro können dann der heute zu beschließende Haushalt für das Geschäftsjahr 2014/2015 und gegebenenfalls auch zwei nachfolgende Haushaltsjahre eine „Alimentierung“ von jeweils 500.000 Euro erfahren, um so den weiteren Anstieg der Umlage für die Ärztekammern zumindest etwas „abzufedern“. Mehr ist es definitiv nicht.

Wie schon auf der vorherigen Abbildung ist auch auf dieser Grafik unschwer zu erkennen, dass der Anteil der von den Landesärztekammern getragenen Umlage an der Gesamtfinanzierung des Haushalts relativ steigt, absolut auch. Umgekehrt kann man feststellen, dass bislang erhebliche Teile der Ausgaben der Bundesärztekammer durch außerordentliche Erträge kofinanziert wurden.

Auf diesen eher ungesunden Zustand einer Haushaltsfinanzierung hatte ich in der Vergangenheit zur Genüge hingewiesen. Die exorbitanten Gewinnausschüttungen des Verlags – ich erinnere hier nur daran, dass wir weit über dem lagen, was Herr Ackermann einmal für die Deutsche Bank als Unternehmensziel vorgegeben hat – gehören nun leider vergangenen Zeiten an. Sie haben uns hier alle von der Ausgabefreude her zu sinnlich werden lassen – und die nunmehr erforderlichen Korrekturen sind dementsprechend schmerzlich. Diese Schmerzen tun allen Beteiligten umso mehr weh, als das „süße Gift“ des leicht verdienten Geldes in den letzten Jahren – allen Warnungen der Finanzgremien zum Trotz – sein Verführungspotenzial leider voll entfaltet hatte.

(Beifall)

– Ich freue mich über das Zeichen der Zustimmung. Allerdings hätten Sie einen Augenblick warten sollen, da natürlich ein Teil der Verantwortung letztendlich auf Sie delegiert wird.

Auf allen Entscheidungsebenen – das gilt auch und nicht zuletzt für dieses Plenum; selbst einige Ihrer diesjährigen Beschlüsse und zumindest einige der Vorlagen, über die Sie heute und morgen noch beraten wollen, gehen schon wieder in diese Richtung – sah man sich legitimiert und in der Lage, inhaltlich auch Aufgaben anzugehen, die zu schultern man zumindest nicht zwangsläufig verpflichtet war. In der Vergangenheit hat beispielsweise Herr Calles immer wieder darauf verwiesen: Das Thema Versorgungsforschung ist keine originäre Pflichtaufgabe des Deutschen Ärztetages oder der Bundesärztekammer. Gleichwohl gab es hier einen breiten Beschluss, der dann selbstverständlich auch umgesetzt wurde. Aber man kann natürlich im Nachhinein nicht sagen: Jetzt ist das Geld weg, das tut uns leid; hätten wir das gewusst! In der Vergangenheit wurde immer und immer wieder darauf hingewiesen.

Mit dieser Feststellung, dass wir Aufgaben übernommen haben, zu deren Übernahme wir nicht verpflichtet waren, verbinde ich – das füge ich an dieser Stelle ausdrücklich ein – keine Bewertung per se über die Sinnhaftigkeit solcher Aufgaben und Tätigkeiten. Ich habe zwar zu dem einen oder anderen Punkt eine eigene Meinung als Delegierter, aber ich stehe hier als Vorsitzender der Finanzkommission. Ich weise Sie nur darauf hin. Der einzige Tenor meiner diesbezüglichen Bewertung ist, dass es sich bei manchen Wünschen und Beschlüssen eben um ein zweifelsohne schönes „nice to have“, keineswegs aber um ein unabweisbares „must“ handelte. In diesem Zusammenhang mache ich auch keinen Hehl aus meiner Überzeugung, dass vermutlich manche dieser Ausgabenentscheidungen in der Vergangenheit zurückhaltender gefällt worden wäre, hätte der Haushalt der Bundesärztekammer in der Vergangenheit eben nicht diese quantitativ relevante Alimentierung oder Querfinanzierung erfahren, oder anders ausgedrückt, hätten damals schon die Landesärztekammern die durch eigene Beschlusslagen mit verursachten Mehrausgaben seitens der Bundesärztekammer jeweils aus ihrem eigenen Kammerhaushalt bezahlen müssen.

Denn Fakt ist, auch wenn meine jetzt folgende Aussage vielleicht nicht gut ankommt: Die aufseiten der Bundesärztekammer vereinnahmten Verlagsgewinne hatten über viele Jahre einen beitragsentlastenden Effekt auf die Landesärztekammern bei der Umsetzung der von ihnen selbst oder ihren Gremienmitgliedern, zumindest aber von ihren Vorgängern, mit zu verantwortenden Beschlusslagen.

Der bereits angesprochene und nunmehr eingeleitete Anpassungsprozess stellt sich in jeder Hinsicht schwierig dar. Allerorten erhalte ich gute und oft zutiefst ernst gemeinte Ratschläge, wo man keinesfalls sparen könne.

Vornehme Zurückhaltung allerorten erlebe ich aber immer dann, wenn ich im Gegenzug nach Empfehlungen für Kosteneinsparungen frage, die mehrheitsfähig sind und sich nach Möglichkeit auch nachhaltig auswirken.

So kann ich Ihnen heute die keineswegs beruhigende Mitteilung machen, dass wir uns noch ganz am Anfang eines vermutlich langwierigen Prozesses befinden, der uns mutmaßlich über mehrere Jahre begleiten und beschweren wird.

Im Rahmen dieses Prozesses hat mich der Vorstand auch im vergangenen Jahr zu seinen finanzrelevanten Beratungen eingeladen. An dieser Stelle danke ich für diese Transparenz gegenüber den Finanzgremien. Allerdings – das sei in aller Deutlichkeit gesagt – schafft Transparenz keine Finanzmittel und spart per se auch noch nichts ein; vielmehr ist dazu eine ernsthafte Bereitschaft erforderlich, wirklich etwas ändern zu wollen, auch wenn es schwierig ist.

(Vereinzelt Beifall)

– Sie dürfen an einem solchen Punkt durchaus nachhaltiger klatschen, wenn Sie nicht schon eingeschlafen sind.

(Heiterkeit – Beifall)

– Es klappt doch!

Ich bin fest davon überzeugt, dass die eben angesprochenen schmerzlichen Korrekturen überhaupt nur dann zu einem Erfolg führen können, wenn die entsprechenden Diskussionen ohne Tabu geführt werden. Und – mit Verlaub – zumindest gelegentlich habe ich eine solche Diskussion dann doch vermisst.

Vielmehr habe ich immer wieder erlebt, dass von vielen, stets mit guten Gründen, sofort Aufwendungen als unantastbar markiert werden. Insofern es sich hier gerade um Aufwendungen für Aufgaben handelt, die der Protagonist selbst bearbeitet und verfolgt, handelt es sich bestimmt regelhaft um Zufälle.

Noch seltsamer wird es, wenn die Aussagen über die Unabweisbarkeit bestimmter Ausgaben mit der parallelen Forderung nach gleichzeitiger Reduktion der Gesamtausgaben verbunden werden. Dieses Kunststück hat das Plenum beispielsweise letztes Jahr vollbracht. Könnte ich diesen Spagat leisten, sollte ich mich nicht um den Haushalt der Bundesärztekammer kümmern müssen, sondern vielleicht um unseren Bundeshaushalt in Berlin oder um den der EU in Brüssel.

Leider bin ich aber nur Arzt und nicht Magier und deswegen kann ich den besagten Spagat eben auch nicht leisten. Daher ist es mein handwerkliches Bestreben, den erforderlichen schmerzhaften Anpassungsprozess gemeinsam mit Ihnen zu gestalten und Ihnen eine größtmögliche, für Ihre qualifizierten Entscheidungen förderliche Transparenz zu vermitteln.

(Beifall)

Auf diesem Diagramm können Sie unschwer erkennen, dass Korrekturen ohnehin nicht von heute auf morgen stattfinden können, wobei jeder Finanzplanung eine Aufgabenplanung vorausgehen muss.

Um den Vorstand bei diesem Prozess zu unterstützen, entwickeln wir in der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung zurzeit ein Instrument, das als strategische Finanzplanung – im internen Jargon als „StraFiP“ bezeichnet – über die Kurzfristigkeit eines einzelnen Haushaltsjahrs hinaus aufzeigen wird, wie sich die Finanzen in Ausgaben und Einnahmen entwickeln werden.

Basierend auf dem heute von Ihnen zu beschließenden Haushaltsentwurf 2014/2015 als „Aufsatzjahr“ und für die vier nachfolgenden Haushaltsjahre wird also diese Planung über einen fünf Jahre umfassenden Zeithorizont – ich vermeide mit Absicht den Begriff Fünfjahresplanung – entwickelt, die durchaus in ihrer „Tiefe“ nahezu der eines üblichen Haushaltsplans entspricht. Dass dabei, je weiter sich die Betrachtung in die Zukunft richtet, die Ungenauigkeit über die Zeit etwas zunimmt, sollte auf der Hand liegen und von Ihnen toleriert werden.

Bei dieser strategischen Finanzplanung soll es sich nicht um einen einmaligen Planungsschritt handeln, sondern um einen Einstieg in einen kontinuierlichen Prozess. Im Rahmen dieses Prozesses soll dann auch der Betrachtungszeitraum jährlich rollierend immer wieder weiter in die Zukunft verschoben werden. Dabei sollte dann auch die Zahlenschärfe ehemals fernerer Zeiträume immer weiter zunehmen.

Das vielfeldrige detaillierte Tableau wird ergänzt werden von einer Anlage, einer Art „Fußnotensammlung“, mit Anmerkungen zu Kalkulationsgrundlagen, Entwicklungen und sonstigen Fakten.

Da in einen solchen prospektiven Ansatz notwendigerweise eben viele Annahmen und nicht nur Zahlen einfließen, über die man gelegentlich auch anderer Meinung sein kann, soll eben diese „Fußnotensammlung“ durch die damit bezweckte Offenlegung der angewandten Kalkulationsgrundlagen wiederum einer größtmöglichen Transparenz dienen.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Gefahr angesprochen, die Planungsunterlagen zu überfrachten. Daher wurde nochmals das Ziel dieser Planungsunterlage dahin gehend präzisiert, dass für die jeweils Verantwortlichen in den unterschiedlichen relevanten Gremien eine verlässliche Erkenntnisgrundlage über den aktuellen Status quo und die Tendenz der Finanzen über den Verlauf der Folgejahre aufseiten der Bundesärztekammer geschaffen werden soll. Es soll sowohl den eher finanzwirtschaftlich, besonders aber auch den berufspolitisch Verantwortlichen ein Instrument an die Hand gegeben werden, das Fakten darlegt und mit dessen Hilfe fundiert Entscheidungen getroffen werden können.

Diese Entscheidungen müssen dann aber auch getroffen und danach gemeinschaftlich getragen werden. Einen solchen positiven „Korpsgeist“ habe ich in den vergangenen Monaten gelegentlich schmerzlich vermisst!

Nochmals zurück zu unserem neuen Instrument. Für die Kürze der bisher zur Verfügung stehenden Zeit sind die Arbeiten gut vorangeschritten. Allerdings sei auch angemerkt, dass diese Aktivitäten im relevanten Umfang qualifiziertes Personal binden; ein solches Vorhaben ist nun einmal nicht im Vorbeigehen entwickelt.

Erste Ergebnisse unserer einschlägigen Bemühungen sollen dem Vorstand in seiner Klausurtagung erstmals im Juni 2014 und dann im Herbst dieses Jahres in einer Sondersitzung auch der Finanzkommission vorgestellt werden. Bis dahin müssen noch viele Zahlen in erheblichem Umfang konsolidiert und eine Zuordnung von Aufwendungen auf folgende Geschäftsjahre festgelegt werden. Dort würden dann auch Dinge, die auf der Agenda stehen, ohne etatisiert zu sein – zum Beispiel Bildung einer Position für ein BFB-Nachfolgeinstrument –, eingestellt.

Heute haben die Einzelwerte unserer Tabellen noch keinerlei Aussagekraft und stellen somit auch noch keine solide Diskussionsgrundlage dar, die wir Ihnen hier und heute schon präsentieren könnten.

Aber – und auch darauf habe ich in den Gremien deutlich hingewiesen und das möchte ich hier an dieser Stelle vor dem Plenum des Deutschen Ärztetages ebenfalls tun – das Instrument schafft, indem es Aufwendungen, Finanzierungsbedarfe und Erträge im mehrjährigen Verlauf einander gegenüberstellt, vermehrte Transparenz, aber eben keine zusätzlichen Finanzmittel. Es markiert Entscheidungsbedarfe, aber ersetzt keine zu treffenden und dann auch tatsächlich umzusetzenden Entscheidungen.

Mit unseren Bemühungen – darüber sind sich die Finanzgremien im Klaren – befinden wir uns noch ganz am Beginn einer grundsätzlichen Finanzierungsneuordnung der Bundesärztekammer.

Im Rahmen dieses Neuordnungsprozesses müssen vorhersehbar zahlreiche Entscheidungen getroffen werden – zeitnah und konsequent, sowohl zu der einen als auch zu der anderen Seite –, sicher aber eben nicht durch die Finanzkommission oder gar nur durch deren Vorsitzenden.

Gelegentlich werde ich als der „Finanzminister“ der Bundesärztekammer tituliert. Das ehrt mich, gleichwohl möchte ich hier deutlich machen: Das bin ich aber weder nach der Satzung noch in meinem Selbstverständnis, sonst gehörte ich der Exekutive an. Gewählt bin ich aber von der Finanzkommission, einem mit Vertretern der Landesärztekammern besetzten Gremium.

In dieser Funktion moderiere ich finanzrelevante Beratungsprozesse, berate den Vorstand bei finanzwirksamen Tagesordnungspunkten und berichte dem Deutschen Ärztetag über die einschlägigen Beratungsergebnisse bzw. die entsprechenden Beschlussempfehlungen der Finanzkommission. Zu beschließen sind die finanzwirksamen Punkte dann aber durch den Vorstand der Bundesärztekammer sowie in letzter Konsequenz durch Sie, die Delegierten des Deutschen Ärztetages. Ihnen muss bewusst sein, dass viele Ihrer Beschlüsse, so gut meinent sie auch sein mögen, finanzwirksam sind. Deswegen müssen Sie diesen Aspekt als gleichbedeutend neben der eigentlichen Inhaltsebene auch stets im Fokus Ihrer Betrachtung haben.

Wir als Ärzte, speziell diejenigen im Krankenhaus und anderen großen Einrichtungen Tätigen, fordern berechtigterweise eine ordentliche Personalpolitik ein. Dazu gehört die Vermeidung längerfristiger Überlastungsphasen auf der einen Seite sowie fortgesetzter Unsicherheit über die Unternehmensperspektive im Allgemeinen und über die weitere persönliche Mitarbeiterperspektive auf der Individualebene auf der anderen Seite.

Angesichts eines Personalkostenanteils der Bundesärztekammer am Gesamthaushalt in Höhe von mittlerweile knapp 57 Prozent im kommenden Haushaltsjahr ist auch das Potenzial kurzfristig greifender Sparmaßnahmen als eher beschränkt anzusehen.

Zugleich haben die überwiegend hoch engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bundesärztekammer ein in meinen Augen gleichermaßen moralisches Anrecht, wie wir es für uns im Krankenhaus in Anspruch nehmen, auf transparente, nachvollziehbare und mit ausreichend zeitlichem Vorlauf zu kommunizierende Entscheidungen, da sie potenziell Betroffene finanzwirksamer Entscheidungen durch die verfasste Ärzteschaft sind oder zumindest sein könnten.

(Beifall)

In diesem Kontext lassen Sie mich mit einer Binsenweisheit schließen, denn diese einfachen Sprüche formulieren meistens sehr präzise eine eigentlich ganz offensichtliche, im Alltag aber oftmals verdrängte Wahrheit: Eine Decke kann man nicht nach zwei Seiten ziehen.

In diesem Sinne kommt es auf jeden Delegierten an, an der Konsensbildung auf diesem und den kommenden Deutschen Ärztetagen mitzuwirken, was man inhaltlich will und worauf man gegebenenfalls zu verzichten bereit ist. Ist dieser Konsens hergestellt, ist die finanzielle Resultante dann auch gemeinschaftlich zu schultern.

Zweckdienlich wäre es, diesen Prozess tatsächlich tabulos anzugehen in offener und ehrlicher Kommunikation. Gänzlich untauglich erscheint mir dieser Prozess als geeigneter Rahmen für Profilierungsbestrebungen oder gar für wahltaktische Manöver.

(Beifall)

Dummerweise haben wir – das wissen Sie ja – fast in jedem Jahr Wahlen. Von daher handelt es sich um ein wiederkehrendes Problem.

Damit verlasse ich wieder die Mehrjahresbetrachtung und komme zurück auf den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015. Das korrespondierende Zahlenwerk des Haushaltsvoranschlags hat Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, unser Hauptgeschäftsführer bereits umfassend und korrekt erläutert. Ich erspare Ihnen Wiederholungen.

Wie bereits zu Beginn meiner Ausführungen erwähnt, haben dem Ihnen zur heutigen Beschlussfassung vorliegenden Haushaltsvoranschlag sowohl die Finanzkommission als auch der Vorstand der Bundesärztekammer jeweils mit deutlicher Mehrheit zugestimmt.

Bereits vor der sich jetzt sicher anschließenden Diskussion darf ich Sie schon jetzt bitten, anschließend ebenfalls überwiegend für diesen Haushalt mit Ja zu votieren. Dafür werbe ich aus eigener Überzeugung. Gleichwohl habe ich grundsätzlich auch für eine anderslautende Position Verständnis. Ich akzeptiere ein hartes Ringen für die eigene, für richtig erachtete Überzeugung bis zum Zeitpunkt einer finalen Abstimmung und ich bringe aus Prinzip auch jedem abweichenden Votum den gebührenden Respekt entgegen.

Ich würde mir aber wünschen, dass eine nach Abschluss eines langwierigen intensiven Diskussionsprozesses mehrheitlich gefällte Entscheidung konsekutiv dann auch

von der Mehrheit der Verfechter einer abweichenden Meinung akzeptiert wird und – im Sinne einer nach außen geschlossen auftretenden Ärzteschaft – letztlich dann auch mitgetragen wird.

(Beifall)

Auch das halte ich für guten demokratischen Stil.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Ensink, für dieses engagierte Plädoyer und den engagierten Bericht über die wirklich immense Arbeit, die Vorstand, die Finanzkommission und andere geleistet haben. – Ich eröffne jetzt die Debatte zum Tagesordnungspunkt X. Zur Geschäftsordnung hat sich der Kollege Lücke zu Wort gemeldet. Ich ahne, was ihn nach vorn treibt.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Ich bitte um Nachsicht. Ich stehe selbst auf der Rednerliste und möchte mich selbst disziplinieren. Ich beantrage eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Drei Minuten Redezeit sind beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für drei Minuten Redezeit? – Wer ist dagegen? – Weniger. Enthaltungen? – Einige. Dann ist mit großer Mehrheit die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen. – Der erste Redner, den es trifft, ist der Kollege Holzborn.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Vielen Dank, Herr Präsident. – Meine Damen und Herren! Ich betrachte Herrn Kollegen Lücke als Running Gag, der uns immer begleitet. Ich kann mich auch kurzfassen.

Ich darf zwei Vorbemerkungen machen. Erstens kann ich mitteilen, dass die Delegierten der Kammer Nordrhein durchaus meinen, auch noch in Zukunft einen Stenografischen Wortbericht zu bekommen. Sollte das nicht so beschieden werden, gibt es von mir folgenden redaktionellen Vorschlag. In diesem Antrag ist die Rede von einem Tonbandmitschnitt. Das ist Technik von gestern. Man sollte „Tonträgermitschnitt“ schreiben, damit das klar ist und wir nicht noch in 20 Jahren ein Tonband aufstellen müssen, das es dann längst nicht mehr gibt.

Meine zweite Bemerkung. Herrn Ensink habe ich vorhin eine gewisse Kritik an den Medien entnommen. Ich möchte darauf hinweisen, dass es bei einer großen gelben Organisation dadurch zu erheblichen Verwerfungen gekommen ist. Ich finde das nicht gut. Lassen Sie die Medien ihre Arbeit machen und wir machen unsere.

Ich habe den Delegierten unserer Kammer vorgeschlagen, mit Grün zu stimmen. Sie haben mir den Auftrag erteilt, das zu tun. Das heißt aber nicht, dass wir einhellig der Meinung gewesen sind, mit voller Überzeugung zuzustimmen. Die Sparbemühungen, die hier vorgestellt wurden, um den Haushalt nicht über die 5-Prozent-Grenze

zu heben, schienen uns im Endeffekt doch sehr bescheiden ausgefallen zu sein und strukturmäßig nicht so durchschlagend. Darüber muss man natürlich reden. Das kann man nicht innerhalb von wenigen Wochen oder Monaten erreichen, aber ein Anfang sollte schon gemacht werden. Ich denke, einige Anträge und Redebeiträge, die noch kommen, werden sicherlich richtungsweisend sein.

Zum „Deutschen Ärzteblatt“ möchte ich Folgendes sagen: Ich bedauere an sich, dass vorhin der Antrag nicht durchgegangen ist. Wir haben in Nordrhein auf unserer Kammerversammlung das Referat eines Medienwissenschaftlers hören können, der für die Printmedien gesprochen hat. Ich kann nur sagen: Man muss das sehr kritisch beobachten. Die Geschäftsführung des Deutschen Ärzte-Verlags muss man schon mit einbinden. Es darf nicht passieren, dass wir ein schon totes Pferd sozusagen noch toter reiten, als es ohnehin schon ist. Das sollte nicht passieren. Sonst müssen wir gutes Geld schlechtem Geld hinterherwerfen. Das sollte nicht geschehen. Da müssen wir uns etwas einfallen lassen. Der Dukatenesel „Deutsches Ärzteblatt“ ist schon seit langer Zeit nicht mehr das, was er früher einmal war. Das hätte man wissen und sich darauf einstellen können.

Ich sehe, ich bin mit den drei Minuten Redezeit ausgekommen und freue mich auf die anderen Diskutanten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Holzborn. Gestatten Sie mir zu dem Begriff „totes Pferd“ folgende Anmerkung, damit kein Irrtum entsteht: Der Deutsche Ärzte-Verlag ist kein totes Pferd, aber er braucht dringend Geld für seine eigene Reorganisation und kann deswegen keine Gewinne abführen. Das ist in einem Wirtschaftsunternehmen so. Er muss von Grund auf reorganisiert werden und braucht dafür das Geld selber. Das ist leider das Dilemma, unter dem die KBV und wir in wechselnder Intensität leiden. Wenn draußen der Eindruck entsteht, hier handle es sich um ein totes Pferd, könnte das eine weitere Blutentfernung, ein Schröpfkopf für dieses Pferd sein.

Herr Czeschinski, Sie haben jetzt das Wort.

Dr. Czeschinski, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich insbesondere bei Ihnen, Herr Ensink, für Ihre Darstellung der Finanzsituation der Bundesärztekammer bedanken. Diese Darstellung – ich glaube, jeder von uns hat das jetzt wirklich verinnerlicht – zeigt ein erhebliches strukturelles Defizit, und zwar bereits seit der gerade entgegengenommenen Jahresrechnung 2012/2013. Dieses Defizit konnte nur zeitweise aufgefangen werden und kann in den nächsten Haushalten nur durch Sonder- und Einmaleffekte aufgefangen werden.

Damit haben wir dringenden Handlungsbedarf. In dieser Situation – da möchte ich Herrn Ensink nachhaltig unterstützen – können wir alles tun, nur keine Augen-zu-und-durch-Strategie fahren, schon gar nicht unter der falschen Grundannahme, die Landesärztekammern hätten ja genug Geld und müssten nur die notwendigen Zah-

lungen an die Bundesärztekammer leisten. Eine Einschränkung der finanziellen Spielräume für die Aufgaben und Projekte der Landesärztekammern zugunsten einer intransparenten Finanzierung der Bundesärztekammer ist ebenso wenig vermittelbar wie eine Erhöhung der Kammerbeiträge zu diesem Zweck.

Der Unmut über die schon jetzt erfolgte und noch in Aussicht stehende Finanzierungsforderung ist bereits hoch. Nur so ist meines Erachtens der Vorstoß der Landesärztekammer Berlin in der Finanzkommission zu verstehen gewesen, die Steigerung der Umlage der Landesärztekammern gegenüber dem Vorjahr auf 3 Prozent zu begrenzen. Auch das gehört zur Wahrheit der Einmütigkeit dort. Die Tatsache, dass dieser Antrag in der Finanzkommission keine Mehrheit fand, darf nicht dahin gehend interpretiert werden, dass die Landesärztekammern bereit und in der Lage wären, ohne Weiteres die Haushalte der Bundesärztekammer durch Umlageerhöhung auszugleichen. Im Gegenteil war die Zustimmung zur Umlageerhöhung um 5 Prozent des Haushalts 2014/2015 mit der dringenden Erwartung verbunden, zukünftig stärker und nachvollziehbarer in die Finanzierung der Bundesärztekammer eingebunden zu werden.

Die Transparenz der Finanzierung – Herr Ensink hat gerade darüber gesprochen –, aber auch – und das fehlt mir ein wenig – die kritische Betrachtung der Aufgaben der Bundesärztekammer und deren Notwendigkeit wird zukünftig verstärkt eingefordert werden müssen. Lassen Sie mich offen sagen, dass das Aufgabenportfolio der Bundesärztekammer, das im Februar 2013 präsentiert wurde, keine wesentliche Grundlage für eine solche Aufgabenkritik sein kann.

Ich will Ihnen einige Hinweise darauf geben, wie wir uns vorstellen können, wie Tätigkeiten zukünftig verändert werden können. Wir brauchen eine Aufgabenkritik, die mögliche Veränderungen der Schwerpunkte und strukturelle Veränderungen in der Bundesärztekammer mit einbezieht. So muss aus meiner Sicht geprüft werden, welche Aufgaben zukünftig besser und kostengünstiger in Kooperation mit einer oder mehreren Ärztekammern oder allein durch diese Ärztekammern ausgeführt werden.

Auch beim Personaleinsatz muss die Frage nach flexiblerem Einsatz erlaubt werden. Wir haben in der Bundesärztekammer hoch qualifizierte Mitarbeiter. Sie können sich der Sicherheit ihrer Arbeitsplätze und der Wertschätzung auch durch die Landesärztekammern gewiss sein. Ein flexibler Einsatz in wechselnden Projekten sollte aber in einer solchen Position selbstverständlich sein und eher als Bereicherung denn als Erschwernis der Tätigkeit gesehen werden.

Ich bin Opfer der Drei-Minuten-Regelung. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Czeschinski. – Nächster Redner ist Herr Dr. Grundmann aus Bremen.

Dr. Grundmann, Bremen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Als Mitglied der Finanzkommission der Bundesärztekammer habe ich in Berlin an der Sitzung am 18. Januar teilgenommen. Daher weiß ich auch, wie intensiv die einzelnen Haus-

haltsposten gemeinsam mit Herrn Ensink diskutiert und beraten wurden. Dafür danke ich nochmals ganz herzlich.

Wie Ihnen ja bereits bekannt ist, war ursprünglich der Steigerungssatz für die Umlage der Landesärztekammern viel höher. Damit waren die Landesärztekammern nicht einverstanden, sondern man hat sich zum Schluss auf 4,98 Prozent verständigt. Eine Kostenreduzierung sollte erreicht werden durch Stellenreduzierungen, Fortbildungsveranstaltungen, die nicht mehr von der Bundesärztekammer finanziert werden sollten, Strukturveränderungen beim Deutschen Ärztetag, Beitrag ÄZQ, Veränderung der Sitzungskosten usw.

Ich weiß nicht, wie die einzelnen Landesärztekammern stimmen werden. Es wurde schon angesprochen: Es lag ein Antrag der Ärztekammer Berlin vor, die Steigerung der Umlage der Ärztekammern gegenüber dem Vorjahr auf 3 Prozent zu begrenzen. Dies, meine Damen und Herren, war ein einstimmiger Beschluss der Delegiertenversammlung Berlin. Dann möchte ich aber auch einmal wissen, wie in Zukunft die ganzen Aufgaben finanziert werden sollen, zumal an die Bundesärztekammer zunehmend erhöhte Ansprüche gestellt werden. Wir haben das gestern bei der Diskussion über das Qualitätsinstitut gehört.

Meines Erachtens – darauf lege ich Wert – müssen in Zukunft alle neuen Aufgaben der Bundesärztekammer – Funktion, Institute, Veranstaltungen –, die ihr übertragen werden sollen, daraufhin geprüft werden, ob und welche buchhalterischen Auswirkungen sie auf den Haushalt haben. In der Sitzung am 18. Januar wurden die einzelnen Aufwandsblöcke – Personal, satzungsbedingte Aufwendungen, Verwaltungskosten usw. – einzeln abgestimmt und insgesamt positiv bewertet.

Mir liegt auch noch grundsätzlich Folgendes am Herzen. Ich verstehe Gremienarbeit seit Jahren so, dass man bei diesen Sitzungen – sei es die Finanzkommission, sei es die Gruppe Mittelfristige Finanzplanung oder andere – Verbesserungs- oder Alternativvorschläge dort einbringt, bevor man an die Öffentlichkeit geht. Bei allem Respekt: Das Plenum des Deutschen Ärztetages ist doch gar nicht in der Lage, die einzelnen Haushaltsposten exakt aufzusplitten. Dafür braucht man Hintergrundinformationen. Dafür sind auch die zuarbeitenden Gremien da.

Natürlich werden auch die Landesärztekammern darauf achten, dass es nicht zu einer Verlagerung im haushalterischen Bereich kommt, das heißt zu einer Umschichtung der Kosten von der Bundesärztekammer auf die Landesärztekammern bei primär bundesärztlichen Aufgaben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Grundmann. – Nächster Redner ist Helmut Peters aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrtes Präsidium! Verehrte Delegierte! Mit großer Sorge verfolgen wir Delegierte seit Jahren die Entwicklung des Haushalts der Bundesärztekammer, da wir den für unsere Mitglieder recht erheblichen Beitrag und die

Steigerungsraten ihnen gegenüber rechtfertigen müssen. Um es vorwegzunehmen: Wir haben ein großes Interesse an einer arbeitsfähigen Bundesärztekammer und sind gerne bereit, unseren Beitrag zu leisten. Allerdings können wir Steigerungen nur mittragen, wenn erkennbar Bemühungen erfolgen, eine zukunftsichere Finanzplanung zu gewährleisten. Das beinhaltet ausdrücklich auch strukturelle Überlegungen. Dazu verweisen wir auch auf den Antrag IX-03 des 116. Deutschen Ärztetages.

Durch den Gewinneinbruch und die hieraus resultierenden finanziellen Probleme des Deutschen Ärzte-Verlags stehen zur Stützung des Haushalts der Bundesärztekammer diese Mittel nun, wie wir wissen, nicht mehr zur Verfügung. Die komplette Kompensation der bisherigen Gewinnausschüttung des Deutschen Ärzte-Verlags durch die Landesärztekammern bedeutet letztendlich eine Erhöhung der Beiträge der einzelnen Landesärztekammern zum Haushalt um rund 20 Prozent. Hierin sind die laufenden Steigerungsraten beispielsweise im Personalbereich im Rahmen von Tarifverhandlungen noch nicht enthalten.

Die ursprünglich von der Bundesärztekammer vorgelegte Haushaltsentwurfssituation sah eine Beitragssteigerung um 8,72 Prozent vor und wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer auf maximal 5 Prozent gedeckelt. Die letztendlich erreichte Umlagesteigerung für die Landesärztekammern um 4,98 Prozent wurde nur dadurch erreicht, dass eine Wiederbesetzungssperre für sechs Stellen bei der Bundesärztekammer vorgenommen wurde. Darüber hinaus wurden im neuen Haushaltsvoranschlag 500.000 Euro aus der Rücklage für künftige Haushalte verwendet sowie zusätzlich 490.000 Euro aus nicht verbrauchten Mitteln vom letzten Haushalt.

Dies macht deutlich, dass bisher bei der Bundesärztekammer keine durchgreifenden strukturellen Maßnahmen erarbeitet wurden, um das Defizit zu beseitigen. Herr Ensink hat dies dankenswerterweise schon ausgeführt. Deshalb sieht sich die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz nicht in der Lage, dem vorgelegten Haushaltsvoranschlag zuzustimmen. Schließlich geht es um den verantwortungsvollen Umgang mit dem Geld anderer, nämlich dem unserer Kollegen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nächster Redner ist Joachim Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst, Herr Kollege Ensink, vielen Dank. Ihre Rhetorik ist brillant, erfrischend. Sie sagen alles, was gesagt werden muss, in einer Art und Weise, dass ich merke, dass Sie das Florett lieben, auch bei möglichem Einsatz von Degen und Säbel. Dafür bin ich Ihnen sehr dankbar.

Zu den Beschlussanträgen X-03 und X-04 möchte ich sagen: Der Antrag X-03 wurde von mir zurückgezogen. Er wurde leider verteilt. Es gilt nur X-04.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Haushalt muss man die Argumente des Kollegen Peters aus Rheinland-Pfalz ernsthaft betrachten und kann sie nicht unter den Tisch fallen lassen. Das haben wir auch in Bayern bemerkt. Wir fragen uns

natürlich: Wie gehen wir damit um? Im Gegensatz zu Rheinland-Pfalz war die Begründung, den Haushalt abzulehnen, bei uns nicht erkennbar, weil man im Augenblick versucht, mit den Möglichkeiten, die vorhanden sind, vernünftig umzugehen. Aber wir sehen: Die Ressourcen sind innerhalb der nächsten drei, vier, fünf Jahre weg. Das heißt, wir müssen jetzt versuchen, Möglichkeiten zu finden, um gegenzusteuern.

In diesem Zusammenhang – das wurde vorhin schon von Herrn Ensink angesprochen – sind Dinge in die Öffentlichkeit gekommen, worüber ich zuerst irritiert und dann verärgert war. Ich muss Sie damit befassen, weil sie im Rahmen der Haushaltsbefassung aufgekommen sind.

Ich habe gedacht, ich sehe nicht richtig, als ich am Dienstagvormittag im Wirtschaftsteil der FAZ einen halbseitigen Bericht mit der Überschrift „Streit um den Haushalt der Bundesärztekammer“ gelesen habe. Da war ich schon ziemlich angesäuert.

Ich darf Ihnen ein paar Textzeilen aus diesem Artikel vorlesen und auch aus Teilen, die in der „Ärzte Zeitung“ und offensichtlich auch im „Facharzt“ veröffentlicht wurden:

Das Präsidium hat kein Konzept vorgelegt. Es zeigt sich auch am Thema Finanzen, dass weder eine inhaltliche noch eine politische Führung vorhanden ist.

Wir reden hier vom Präsidium der Bundesärztekammer, dem es offensichtlich an politischer Weitsicht fehlen soll.

Ich fühle mich persönlich mit angegriffen, denn wir hier haben das Präsidium gewählt. Ist es so inkompetent, dass man diese Dinge in dieser Form sagen kann? Ich empfinde den Stil der Auseinandersetzung als unerträglich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Herr Calles, Ihre Redezeit ist abgelaufen.

Dr. Calles, Bayern: Dann muss ich mich noch einmal zu Wort melden, denn so einfach können wir das nicht stehen lassen, auch wenn die Öffentlichkeit dabei ist.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke, lieber Herr Calles. – Der nächste Redner ist Dr. Lothar Rütz aus Nordrhein.

Dr. Rütz, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Frage, ob man für oder gegen ein Wortprotokoll ist, ist erstens eine Frage des Selbstverständnisses und zweitens eine Frage der Finanzen, und zwar in genau dieser Reihenfolge. Die Gewählten aus Nordrhein haben auf dem vorjährigen Ärztetag sehr eindringlich dargestellt, welche Nachteile eine reine Tonträgerprotokollierung hat. Wir sind in der KV Nordrhein trotz der erhöhten Kosten reumütig zum Wortprotokoll zurückgekehrt.

Herr Ensink, ich glaube, jeder im Saal hat Ihre ernsten und mahnenden Worte verstanden. Wir sind aber noch nicht auf der Titanic, wie uns Herr Jonitz das Glauben machen will.

(Vereinzelt Beifall)

Deshalb plädieren die Antragsteller des Antrags X-05 dafür, dass wir in Zukunft eine Protokollierung in Form eines aufbereiteten Audiogramms bekommen. Das kostet 30 Prozent des bisherigen Betrags. Damit hätten wir deutlich mehr als nur ein Tonträgerprotokoll.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Rütz. – Christiane Friedländer aus Nordrhein ist die Nächste.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Dankenswerterweise ist das Wort Transparenz heute sehr häufig gefallen. Meine Frage dient dieser Transparenz. Ist es so, dass der Deutsche Ärzte-Verlag als Gesellschafter die Bundesärztekammer und die KBV zu gleichen Teilen hat? Wenn dem so ist, trifft es dann zu, dass die Bundesärztekammer als Gesellschafter nicht Einblick in die gesamten Finanzunterlagen des Verlags hat? Sollte das der Fall sein, bitte ich Sie, den Gesellschaftervertrag umgehend zu ändern.

Sollte die Bundesärztekammer allerdings Einblick in die ganzen Finanzunterlagen haben, bestünde die Möglichkeit, dass ein Ausschuss, wenn er denn gewählt würde, diese Finanzunterlagen zur Verfügung gestellt bekommt.

Ich wollte Sie bitten, das hier noch einmal zu erklären.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Friedländer. – Jetzt Dr. Axel Brunngraber aus Niedersachsen.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident, ich melde mich an Bord der Debatte. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf die Frage der Wortprotokollierung zurückkommen. Die deutsche Ärzteschaft erlebt ja momentan epochal eine genauso tief einschneidende Belastung, die sie nicht selber zu verantworten hat, wie die Printmedien. Das heißt, der Wegbruch der Umsätze der Printmedien ist vergleichbar mit dem, was wir in der Ärzteschaft erleben. Statt des gediegenen sorgfältigen Printjournalismus werden jetzt digitalisierte Häppchen zum Teil kostenlos geschnappt und es kommt einfach zu einer Verramschung dieser Leistung.

Diese Dinge kommentieren und diskutieren wir hier auf den Ärztetagen als Ehrenamtliche unter Ausfall unserer Praxis. Ich denke, die Ernte dieser Debatten, die wir hier führen, auf ein Entscheidungsprotokoll zu verkürzen, halte ich für einen ganz

gefährlichen Fehler, den wir vermeiden sollten. Die nach uns kommenden Ärztegenerationen sollen doch noch rekonstruieren können, was in den 2010er-Jahren passiert ist und warum wir uns zum Beispiel auch finanziell von der Selbstverwaltung her so schlecht ausgestattet gefühlt haben.

Ich möchte Herrn Montgomery hier jetzt nicht noch einmal mit unnötigen veterinärmedizinischen Metaphern belasten, aber es fällt mir doch schon ein: Wenn der Bauer eine Kuh im Stall hat, die statt mit Milch mit radioaktiver Tschernobyl-Molke gefüttert worden ist, dann ist die Milch dieser Kuh natürlich schwer verkäuflich. Wenn sich auch noch herausstellt, dass man die Kuh nicht einmal mehr zum Abdecker bringen kann, sondern sie sehr teuer entsorgen muss, dann sollte man stattdessen doch nicht den Kanarienvogel der Tochter opfern.

Deswegen sage ich: Die Finanznot unserer Körperschaft und das Wortprotokoll sollte man bitte nicht in einen Topf werfen. Ich denke, das ist das Letzte, was man opfern sollte. Die Hinterlassenschaft unserer Sorgen und unserer Debatten, das Für und Wider können wir hier nicht sozusagen verkürzt ablaufen lassen.

Ein Wort zu Herrn Ensinks doch fast calvinistisch strengen Mahnungen an uns, dass, nachdem ein Votum stattgefunden hat, dieses Votum beinhart von allen diszipliniert durchgehalten werden soll: Ich kann mich an mehrere Ärztetage erinnern, wo wir sehr große überwiegende Vota etwa zur Frage von Schweigepflicht und Telematik hatten und diese Vota nicht erkennbar nach außen dargestellt worden sind. Deswegen sage ich: Das müssen wir uns hier doch nicht erzählen lassen.

(Vereinzelt Beifall)

Es ist Politik, es hat etwas mit Meinungen zu tun, es hat etwas mit Macht zu tun. Deswegen möchte ich es mir nicht sozusagen ex cathedra sagen lassen.

Bitte stimmen Sie dafür, dass wir den Wortbericht weiter in einer bezahlbaren Form behalten. Das wäre das Letzte, woran man sparen sollte. Die Kultur sollte nicht im Kern ausgesetzt werden. Jeder, der im Vereinswesen Bescheid weiß, weiß, dass Mitgliederversammlungen eigentlich nur der Entlastung des Vorstands und dem Finanzplan dienen. Den Rest könnte man sich sparen. Das ist aber nicht unsere Auffassung von Ärztetagen. Dieser Inhalt muss bewahrt werden.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank, Herr Brunngraber. – Als Nächste Frau Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu der Freude über die Ersparnisse hinsichtlich des Beitrags zum BFB sprechen. Ich habe in den letzten Jahren, besonders aber in den letzten Monaten und Wochen und ganz besonders bei unserer Eröffnungsveranstaltung selten so oft das Wort Freiberuflichkeit des Arztes gehört. Ich habe mich darüber sehr gefreut, wie Sie sich denken können. Das äußere Erscheinungsbild, dass die Bundesärztekammer und leider Gottes auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung aus dem Bundesver-

band Freier Berufe, der alle freien Berufe umfasst, denen wir uns an sich, wie wir immer wieder bekannt haben, sehr zugehörig fühlen, ausgeschieden sind, hatte Gründe, die ich nachträglich verstanden und akzeptiert habe.

Aber ich habe gehofft – einige Verlautbarungen sowohl aus der Bundesärztekammer als auch aus dem BFB ließen mich dies glauben –, dass Lösungen gefunden werden könnten, dass auch die Heilberufe, also die Ärzte, als größte Freiberuflergruppe in diesen Verband zurückkehren könnten, sodass die Ersparnisse, Herr Ensink, eventuell nicht ganz aufgebraucht würden, wenn ein Beitritt erfolgen sollte, dass eventuell deutlich andere Konditionen verhandelbar wären, wir aber wieder ein Teil des Bundesverbands Freier Berufe wären und unserem Bekenntnis auch nach außen hin Ausdruck verleihen könnten.

Ich hoffe sehr – deshalb habe ich vorher keinen Antrag gestellt –, dass diese Gespräche noch laufen, dass die Bundesärztekammer eine Chance sieht, in den gemeinsamen Bundesverband Freier Berufe zurückzukehren. Es mag ein Zeugnis der Armut sein, dass wir diesen Beitrag eigentlich sparen möchten, aber ich fände es ein ungemein großes Armutszeugnis hinsichtlich des Selbstverständnisses unserer Profession, wenn wir uns nicht wieder zu den freien Berufen zählen würden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Haus. – Nächste Rednerin ist die Kollegin Susanne Blessing aus Baden-Württemberg.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auch zum Protokoll reden. Ich sehe es nicht nur als Kanarienvogel, sondern als etwas für unser Selbstverständnis sehr Wichtiges. Da sich Herr Ensink so intensiv mit den Zahlen beschäftigt hat, kann er sicher auch klarstellen, woher diese Zahlen 40.000 Euro, 25.000 Euro, 15.000 Euro kommen. Ich könnte nicht nachvollziehen, wie 40.000 Euro zustande kommen, aber das können Sie uns vielleicht erklären.

Andererseits sage ich mir: Diese Summe ist im Vergleich zu den anderen Summen, die genannt wurden, im Rahmen von Peanuts. Ich fände es schade, wenn das aufgegeben würde.

Ich komme aus dem Schwabenland und vertrete hier sozusagen die schwäbische Hausfrau. Darum mache ich auch einen Einsparvorschlag, den Sie ja sicher gern hören. Mir ist Folgendes aufgefallen. Ich wohne zufällig in demselben Hotel wie die internationalen Gäste, die jetzt gar nicht mehr hier sind. Ich habe mir das angeschaut und frage mich, ob man nicht da ein bisschen Spesen sparen könnte. Gastfreundschaft hin oder her, Gastfreundschaft ist wichtig, aber einen gewissen Umfang an Spesen könnte man da sicherlich einsparen. Dies nur als Vorschlag. Das wäre sicher kompensierbar mit dem Wortprotokoll.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Blessing. – Dr. Bernd Lücke aus Niedersachsen ist der Nächste.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich war bei der Sitzung des Finanzausschusses am 18. Januar anwesend. Es war eine ausgesprochen schwierige Situation, aber ich kann hier erklären, dass die Ärztekammer Niedersachsen diesem Haushalt zustimmen wird. Das heißt aber nicht, dass wir in Niedersachsen nicht die gleiche Notwendigkeit einer Reorganisation der Bundesärztekammer und einer Überprüfung aller Prozesse sehen, wie es hier andere schon ausgeführt haben. Ich bitte Sie alle, die Sie hier Delegierte sind, in Ihren Überlegungen bestimmte Dinge zu bedenken.

Erstens. Bedenken Sie bitte, dass wir eine Bundesärztekammer brauchen, um auf Bundesebene die entsprechende Vertretung und Repräsentanz zu haben.

(Beifall)

Zweitens. Bedenken Sie bitte, dass Sie als Landesärztekammer in den letzten acht bis zehn Jahren eine deutliche Steigerung Ihrer Einnahmen dadurch hatten, dass mittlerweile alle Mitglieder ihren Steuerbescheid vorlegen müssen, und dass an dieser Beitragssteigerung die Bundesärztekammer mit maximal 50 Prozent profitiert hat. Das heißt, Sie haben doppelt so viele Mittel zur Verfügung, die Bundesärztekammer maximal 50 Prozent mehr. Auch das muss man bei dieser Überlegung bedenken. Sie alle haben auch zugestimmt, dass die Bundesärztekammer eine eigene Rechtsabteilung aufbaut, was sicherlich unverzichtbar ist.

Ich darf Sie mit einer dritten Überlegung bekannt machen. Das habe ich schon vor zwei oder drei Jahren in der Finanzkommission gesagt. Sie können das auf der weißen Seite 29 und der blauen Seite 3 nachlesen. Wir haben ein hochspannendes Finanzkonstrukt. Mit der Anschaffung des Bauteils C bzw. D haben wir eine Rücklage gebildet, um die Landesärztekammern nicht mit der Gebäudeabschreibung zu belasten, aus der wir jedes Jahr round about 700.000 Euro entnehmen. Das finanziert zusätzlich den Haushalt der Bundesärztekammer, und zwar in derselben Höhe, wie jetzt die Landesärztekammern zu einem Mehrbetrag von 700.000 Euro herangezogen werden.

Aber, meine Damen und Herren, wir machen das auf Kosten der nachrückenden Generationen, denn wir bilden keine Rücklage für das Gebäude. Wenn Reparaturkosten anfallen, haben wir dafür keine Rücklage. Aus niedersächsischer Erfahrung darf ich Ihnen zum Abschluss berichten: Als wir in Niedersachsen unser Ärztehaus gebaut haben, war dies billiger als die Renovierung 1993, die uns 9 Millionen Euro gekostet hat.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lücke. – Christoph von Ascheraden vom Vorstand ist der Nächste.

Dr. von Ascheraden, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe drei Punkte. Der erste Punkt: Die Diskussion und auch der engagierte Bericht des Kollegen Ensink zeigen, dass wir bei der Bundesärztekammer auch ein strukturelles Problem haben. Wir kriegen laufend neue Aufgaben – er hat einige genannt –: vom Gesetzgeber, von außen, von den Landesärztekammern und wir nehmen auch selber welche an. Wir sind von der rechtlichen Struktur her gesehen noch nicht einmal ein rechtsfähiger Verein. Das ist ein Anachronismus. Sie wissen, wie das zustande gekommen ist. Ich denke, wir werden die Finanzprobleme auf Dauer nicht lösen können, ohne auch Strukturprobleme anzugehen.

Zweitens. Wir sollten bei allem, was wir an Sparen leisten müssen, uns darauf besinnen, welches die Kernaufgaben sind. Ich habe es kritisiert – das tue ich auch hier –, dass wir zum Beispiel in Fragen der Fortbildung, die ich für eine der Kernaufgaben halte, in einer nicht inhaltlich ausreichend diskutierten Form Dinge eingestampft haben. Ich glaube, da haben wir in der Zukunft noch Diskussionsbedarf. Sie werden als Delegierte Ihrer Landesärztekammern mit in die Verantwortung kommen. Ich halte es für richtig, was Herr Ensink zu diesem Punkt gesagt hat. Wir haben die Versorgungsforschung beschlossen. Ich bin dafür. Viele haben es bedauert, dass wir sie jetzt erst einmal auf Eis gelegt haben; sie ist noch nicht wirklich abgeschafft. Ich glaube, da müssen wir auch inhaltlich noch einmal diskutieren.

Drittens. Lieber Herr Ensink, ich schätze Ihre Rhetorik außerordentlich. Sie sind ein geschliffener Redner und ein analytischer Kopf. Aber Sie haben selber gesagt, Sie sind Delegierter und Vorsitzender der Finanzkommission. Ich bin mir nicht sicher, ob Sie in der Bewertung und bei den politischen Ratschlägen und den Noten, die Sie hier verteilt haben, diese beiden Rollen immer ganz scharf haben trennen können.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nächster Redner ist Henrik Herrmann aus Schleswig-Holstein.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Hohes Präsidium! Kolleginnen und Kollegen! Vorweg: Ich kann keine Interessenskonflikte angeben. Ich bin kein Mitglied einer kurz-, mittel- oder langfristigen Finanzplanungskommission. Wir sind als Kammer föderal aufgebaut. Wir brauchen aber auch eine starke Arbeitsgemeinschaft aller Landesärztekammern auf Bundesebene. Wir brauchen diese, um übergreifend unsere Kernkompetenzen Fortbildung, Weiterbildung, Berufsordnung, Berufsausübung und Qualitätsmanagement mit allen Facetten abgleichen zu können. Wir brauchen sie als bundesweit wahrnehmbare Plattform bei allen unseren Anliegen, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern zunehmend auch im europäischen Raum.

Dabei ist es, wie Kollege Ensink richtig dargestellt hat, wichtig, Prioritäten zu setzen, Prozessabläufe zu hinterfragen, Effektivität und Effizienz zu erhöhen und Transparenz zu schaffen.

Nun ist die Bundesärztekammer lange mit auf nicht primär von den Landesärztekammern gestellten Mitteln ausgekommen. Diese stehen nun nicht mehr zur Verfü-

gung. So stehen wir am Scheideweg: Beginnen wir eine nervende Surrogatdiskussion über Kaffee und Kekse, über Streichungen, welche auch die Mitarbeiter verunsichern und Arbeitsabläufe erschweren? Selbst so wichtige Foren wie das Interdisziplinäre Forum werden gestrichen, die noch nicht einmal 1 Promille unseres Haushalts ausmachen.

Darüber hinaus kennen wir aus unserer realen Arbeitswelt auch das Phänomen des Kaputtsparens. Oder unterstützen die Landesärztekammern die Bundesärztekammer, damit diese ihre Aufgaben in unserem Sinne wahrnehmen kann? Es ist ja nicht so, dass die Landesärztekammern kurz vor der Insolvenz stehen. Wir kennen alle die Zahlen aus unseren Bereichen und deren Entwicklungen.

Außerdem würden Aufgaben, die bislang die Bundesärztekammer übernommen hat, dann auf die Landesärztekammern übertragen werden, nicht ohne Kosten.

Unser Ärztetag hat viel über Politik gesprochen. In unseren Anträgen kam das Wort Qualität bestimmt genauso häufig vor wie im Koalitionsvertrag. In allen Punkten, die die Qualität betreffen, haben wir immer wieder darauf hingewiesen, dass egal ob für Qualität, für Weiterbildung, für die erste, zweite oder dritte oder alle weiteren Säulen des Gesundheitswesens die entsprechenden Mittel zur Verfügung gestellt werden müssen – vollkommen zu Recht.

Auch die Bundesärztekammer soll und muss Qualität liefern. Dafür werden auch Mittel benötigt, GOÄ-mäßig, genauso oder ähnlich: mit robustem Einfachsatz mit eventuellen Steigerungsfaktoren, ohne feste Grenzen, damit eventuell auch neue Aufgaben übernommen werden können.

Auch ich möchte ein für mich überraschendes Zitat von dem heute schon häufig zitierten Kollegen Rudolf Virchow vortragen:

Immer wenn einer von Ethik spricht, weiß ich, dass er nicht zahlen will.

(Beifall)

Ich möchte, dass wir noch auf vielen Ärztetagen und dazwischen über Ethik sprechen und dafür auch zahlen, also Mittel zur Verfügung stellen. Ich möchte nicht, dass wir irgendwann eine Zeitressource für Redebeiträge von nur noch ökonomischen 42 Sekunden hier haben, nur damit der Ärztetag in zwei Tagen beendet ist, was natürlich billiger ist.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Henrik Herrmann. – Nächster Redner ist Jörg Zimmermann aus Niedersachsen.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Föderalismus ist ja eine ganz feine Sache. Das habe ich heute wieder gelernt. Alle kostenträchtigen Aufgaben zentralisieren wir, die schicken wir zur Bundesärztekammer. Aber dann, wenn es ans Bezahlen geht – nein, aus unserem Säckel nur das Nötigste, 3 Prozent. Das passt doch nicht zusammen. Das ist auch nicht der richtige

Weg. Es geht hier nicht um ein Problem des Vorstands – das muss ich hier in aller Deutlichkeit wiederholen –, der Vorstand hängt zwar mit drin, aber es ist unser aller Problem. Dieser Diskussion sind wir alle ausgewichen. Wir haben Aufgaben ohne Ende definiert. Warnende Stimmen gab es schon vor Herrn Ensink. Das wollen wir einmal ganz klar festhalten. Das ist ja auch kein Problem der letzten drei Jahre. Es war ja abzusehen, dass wir mit unserem Haushalt sehr von zusätzlichen Einnahmen abhängig werden, nicht von den Beiträgen der Landesärztekammern. Die warnende Stimme von Herrn Ensink ist im Raum verhallt. Die Aufgaben haben zugenommen. Die Versorgungsforschung ist nur ein Beispiel dafür.

Wenn wir also bestimmte Aufgaben zentral erledigt haben wollen, dann müssen wir das Geld für diese zentrale Erledigung aus den Landesärztekammern zur Verfügung stellen. Anders geht es halt nicht. Wir können nicht sagen: Wir müssen auf irgendwelche anderen Erträge ausweichen.

(Beifall)

Wozu führt die Situation im Moment? Wir haben – ich sitze bei der Bundesärztekammer in einigen Gremien – eine große Verunsicherung bei den Mitarbeitern. Wir blockieren uns dadurch in einer Phase der politischen Auseinandersetzung, wo es gerade wichtig wäre, mit einer Stimme nach außen zu gehen und zu sagen: Das ist unsere Richtung, dahin wollen wir. Das tun wir nicht, wir blockieren uns. Das ist nicht gut für uns.

Ja, wir müssen über Strukturen nachdenken, und zwar nicht nur im Vorstand der Bundesärztekammer – da auch –, sondern auch in diesem Plenum. Ich glaube, wir müssen ein Verfahren finden – Herr Ensink hat es angedeutet –, wie wir in Zukunft mit zusätzlichen Aufgaben umgehen wollen. Es kann durchaus sein, dass einzelne Landesärztekammern, die zum Teil sehr gut aufgestellt sind, sagen: Das übernehmen wir für euch gegen Kostenerstattung. Aber machen Sie sich da nichts vor: Sie in den Landesärztekammern müssen dann dafür bezahlen. Glauben Sie doch nicht, dass einzelne Landesärztekammern aus Altruismus sagen, das machen wir kostenlos. Das kann man auf Landesebene gegenüber den Mitgliedern auch nicht verantworten.

Sorgen Sie jetzt dafür, dass wir in ein sicheres Fahrwasser kommen. Sorgen Sie dafür, dass die Mitarbeiter bei der Bundesärztekammer nicht weiter durch solche Diskussionen verunsichert werden.

Stellen Sie – das geht an Günther Jonitz ganz direkt – eine Diskussion in der Öffentlichkeit in dieser Art und Weise ein. Es geht um eine innerärztliche Diskussion. Sie gehört hierher und nicht draußen in die Zeitung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jörg. – Nächster Redner ist Andreas Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als Finanzverantwortlicher vom Vorstand stehe ich ja jedes Jahr hier. Ich möchte ganz besonders Herrn Ensink

danken. Er hat die Situation in aller Transparenz und Deutlichkeit mit scharfen, zum Teil ziemlich scharfen Worten dargestellt. Das ist aber nötig. Es muss ja auch ankommen. Es ist in den letzten Jahren offenbar häufig nicht so angekommen, wie es gesagt wurde.

Wir haben es ja im letzten Jahr bei den Finanzverhandlungen gesehen. Ich möchte Ihnen ein paar Beispiele nennen. Herr Czeschinski hat gesagt – Herr Zimmermann ist eben darauf eingegangen –: Aufgaben nach peripher verlagern. Das MERS-Verfahren sollte nach Berlin verlegt werden, wir haben es in Niedersachsen belassen. Natürlich müssen alle Kammern bezahlen. Wir bringen sogar ein Schild an, dass es eine Einrichtung der Bundesärztekammer ist, damit die Bayern entsprechend beitreten können.

Max hat zugesichert: Wir machen eine Evaluation der Weiterbildung peripher, damit die Kosten nicht in der Bundesärztekammer lagern und sie belasten.

Herr Grundmann hat vorhin zu Recht gesagt: Prüfung neuer Aufwendungen. Sie können mir glauben: Sowohl Herr Ensink als auch ich sagen im Vorstand, wenn ein finanzrelevanter Antrag kommt: Bitte sagt uns, woher das Geld kommt und wie viel notwendig ist. Das passiert in jeder Vorstandssitzung.

Claudia Borelli möchte ich zu ihrem Antrag bereits heute sagen – er wird auch morgen von mir kommentiert werden –: Es soll eine Internetplattform für Karrierejobs auf Teilzeitbasis geschaffen werden. Das ist alles schön und gut, aber Sie haben unten geschrieben: keine Mehrkosten. Das haben Sie in der Begründung nicht offengelegt: Sagen Sie, woher Sie das Geld haben wollen.

Frau Haus hat etwas zum Bundesverband Freier Berufe gesagt. Da gab es eine lange Diskussion. Herr Ensink war dort in den Finanzgremien. Martina Wenker hat sogar ihr Amt im dortigen Vorstand niedergelegt. Darüber können wir stundenlang diskutieren.

Herr Brunngraber hat zum Wortbericht gesprochen. Ich finde ihn auch gut, weil man alles auch noch in zehn Jahren nachlesen kann. Ich selbst bin dafür. Ich gebe auch, wenn meine Delegierten dem zustimmen, ein bisschen Geld dazu. Das werden wir heute Abend bereden.

Die Kosten für die ausländischen Gäste haben wir schon reduziert. Wir haben nämlich die, wenn man das so sagen darf, Aufenthaltsdauer der ausländischen Gäste schon reduziert.

Das sind alles Punkte, die wir angesprochen haben. Deswegen bitte ich Sie um eine sachliche Diskussion.

Meine Redezeit ist abgelaufen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Nächster Redner ist Svanthe Gehring aus Schleswig-Holstein.

Dr. Gehring, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Liebe Delegierte! Ich stehe nun das erste Mal hier oben; ich bin zum ersten Mal auf einem Ärztetag. Ich bin auch ganz neu in der Finanzkommission. Herr Präsident, Sie haben gesagt, dass wir fast mächtiger sind als der Vorstand. Dann müssten wir ja bald da oben sitzen. Aber ich glaube nicht, dass das auf dem nächsten Ärztetag so kommen wird.

Sie könnten uns ein bisschen Unterstützung geben. Wir haben nämlich den Antrag X-04 vorliegen. Da geht es um die Ausgabenseite. Mir ist aufgefallen, dass es mir, als ich in der Finanzkommission saß und es darum ging, welche Projekte wir streichen sollen und wo wir einsparen können, ganz schwergefallen ist, die Oberziele der Ärztekammer zu erkennen bzw. zu sagen: Welches sind die Kernkompetenzen, die abgesichert werden sollen? Wie kann man einzelne Projekte unter diesen Kernkompetenzen priorisieren? Das konnte ich gar nicht wiederfinden. In Schleswig-Holstein haben wir – recht erfolgreich, wie ich finde – eine Strukturveränderung vorgenommen. Ich muss sagen: Es tat gar nicht weh. Deswegen möchte ich um Zustimmung zum Antrag X-04 bitten. Ich denke, dann bekommen wir bei dieser Bestrebung ein bisschen Rückenwind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Gehring. – Kollege Calles aus Bayern ist jetzt an der Reihe.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Kollege von Ascheraden, bei dem, was der Kollege Ensink gesagt hat, mag es schwierig sein zu unterscheiden, ob er es in seiner Funktion als Delegierter oder als Vorsitzender der Finanzkommission gesagt hat. Ich bin Delegierter auf diesem Deutschen Ärztetag und bin auch Mitglied der Finanzkommission. Ich muss Ihnen ehrlich sagen: Ich bin Herrn Kollegen Ensink für jedes einzelne Wort, das er heute gesagt hat, dankbar.

(Beifall)

Herr Kollege Herrmann, Sie haben gesagt, die Landesärztekammern müssten eben für die ganzen Beträge aufkommen und es sei Ihnen keine Landesärztekammer bekannt, die kurz vor der Insolvenz steht. Ich sage Ihnen ganz ehrlich: Ich möchte auch dafür sorgen, dass keine Landesärztekammer in eine solche Situation kommt, nur weil wir möglicherweise nicht in der Lage sind, hier mit den Strukturen und den Problemen in der Bundesärztekammer umzugehen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte noch zu zwei Dingen Stellung nehmen. Herr Kollege Jonitz: Den Rotstift nicht an der falschen Stelle ansetzen – wer hier im Hause würde Ihnen nicht recht geben? Aber wir erwarten von Ihnen zuerst einmal – nicht nur vom Präsidium oder auch nicht primär aus dem Hause –: Wo bitte sind denn die richtigen Stellen, an denen der Rotstift angesetzt werden kann? Dann können wir hier darüber entscheiden und das Präsidium kann mit solchen Dingen entsprechend umgehen.

Es wurde gesagt: Wir wissen seit fast fünf Jahren, dass der Deutsche Ärzte-Verlag keine Gewinne abwirft, da muss man doch eine Haushaltskonsolidierung anstreben, aber da sei bisher keine klare Richtung erkennbar gewesen; man wolle wissen, wohin es gehen soll. Wir auch! Aus diesem Grunde bitte ich noch einmal, für den Antrag X-04 zu stimmen.

Noch ein Allerletztes. Wenn der Antrag von Nordrhein hinsichtlich des Stenografischen Wortberichts heute durchgeht, muss ich leider in der jetzigen Situation den Haushalt ablehnen, weil ich kein Mandat dafür habe. Ich habe letztes Jahr an dieser Stelle gesagt, dass ich nur ein ganz bestimmtes Mandat habe. Ich habe es letztes Jahr auf meine Schultern genommen, dies zu tun. Dieses Jahr mache ich es nicht mehr. Entweder gibt es eine Auszeit und ich bekomme dieses Mandat, dann stimme ich dafür, oder ich bin diesmal konsequent. Es reicht!

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Calles. – Jetzt gibt es, um unsere etwas erregten Gemüter kurz zu kühlen, einen Antrag zur Geschäftsordnung. Herr Kollege Ramm beantragt Ende der Rednerliste. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Herr Dewitz.

Dr. Dewitz, Berlin: Die Debatte über den Haushalt ist das Königsrecht eines jeden Parlaments. Wir sind das Parlament, wir müssen reden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Jetzt die Rede dafür von Hans Ramm.

Dr. Ramm, Hamburg: Natürlich ist es das Königsrecht, darüber zu reden. Ich finde, wir sind ein bisschen redundant und sollten Wiederholungen meiden. Ich meine, es ist alles gesagt, sodass wir uns eine Meinung bilden können, vielleicht dann, wenn die anderen Kollegen sich noch geäußert haben.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Einer dafür, einer dagegen. Wer ist für Ende der Rednerliste? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Dann fahren wir in der Rednerliste fort. Der nächste Redner ist Hans-Detlef Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Die Debatte über den Haushalt ist – ich sagte es bereits – das Königsrecht eines jeden Parlaments, das wir uns nicht nehmen lassen sollten. Ich fand es vorhin nicht günstig von Herrn Ensink, dass er bei Nachfragen sagte, man hätte wochenlang vorher schriftliche Anfragen stellen sollen. Bei uns in Berlin ist es sowohl in der Kammer als auch in der KV so: Ein hauptamtlicher Mitarbeiter ist im Saal und kann kurzfristig

Antworten geben, wenn Fragen auftreten. Ich denke, das sollten wir auch hier so handhaben.

Wir sind als Parlament nicht in der Finanzkommission. Die Finanzkommission ist im Prinzip kein Ausschuss unseres Parlaments, sondern dorthin werden einzelne Mitglieder entsandt. Es können durchaus andere Mitglieder Delegierte sein, die nicht alle Informationen haben. Hier muss man nachfragen können.

Ich denke, wir brauchen dringend eine offene Debatte hier im Parlament über strukturelles Sparen. Wir müssen entscheiden, was geleistet werden muss. Im Haushaltsvoranschlag sind 25 Prozent ein Muss, über den Rest muss man reden, was getan werden kann und soll. Ich denke, man sollte hier die einzelnen Punkte aufführen: Was wollen und was können wir leisten? Was kostet das? Dann können wir entscheiden, welche Aufgaben erfüllt werden müssen. Ich finde die Versorgungsforschung und ähnliche Dinge wichtig, damit wir auf Bundesebene in Augenhöhe mit den Krankenkassen und anderen Verbänden sowie mit der Politik bestehen können. Aber das muss hier klar dargelegt werden, was es kostet. Dann muss man entscheiden, ob man es finanzieren möchte.

Ich habe auch eine Menge Fragen zum Haushalt. Ich denke, das sollten wir auf dem nächsten Ärztetag machen, wenn dort ein umfassendes Konzept vorgestellt wird: Was wollen wir haben? Was kostet es?

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dewitz. – Birgit Löber-Kraemer aus Nordrhein ist die Nächste.

Löber-Kraemer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das mit den Zahlen überlasse ich anderen. Ich bin jemand, der mehr auf Worte achtet. Herr Rochell, wenn Sie sagen, die Sparbemühungen hätten bei den Mitarbeitern zu Verängstigungen geführt, dann ist das, meine ich, eine Sache der Führungsebene, das so zu vermitteln, dass keine Ängste auftreten. Dass man sparen muss, gehört ab und zu mit zum Leben.

(Vereinzelt Beifall)

Bei Herrn Ensink habe ich mir mehrere Punkte notiert. Es wundert mich, die Kompliziertheit von Diskussionen damit zu begründen, dass manche persönliche Motive oder Ähnliches gehabt haben könnten. Glauben Sie von sich selbst, dass keiner von uns hier persönliche Motive hat? Das jemand anderem so zu unterstellen ist, denke ich, ein bisschen fragwürdig.

Für mich kam ein bisschen ein drohender Unterton durch: Wenn ihr uns in den Finanzen beschränkt, dann wird sich die berufspolitische Präsenz leider reduzieren müssen. Jetzt werde ich einmal salopp: Was ist denn Ihr Job? Ihr Job ist unter anderem die berufspolitische Präsenz in Berlin. Deshalb ist die Bundesärztekammer von Köln nach Berlin verlegt worden, weil sie als Lobbyorganisation einfach in der Nähe der Regierenden sein muss. Als Letztes – das hat mir eine der Kolleginnen unserer

Fraktion mit auf den Weg gegeben –: Berufspolitische Präsenz ist nicht eine Frage des Geldes, sondern der Persönlichkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Eva Müller-Dannecker aus Berlin ist die Nächste.

Dr. Müller-Dannecker, Berlin: Liebes Präsidium! Ich habe seit der roten Karte von Berlin im letzten Jahr gemerkt, wie viel persönliche Betroffenheit ausgelöst wurde. Zu allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer möchte ich sagen, dass ich ihre Arbeit, die sie leisten, für hervorragend halte.

(Beifall)

Ich fühle mich als Mitglied der Berliner Ärztekammer auf dem Deutschen Ärztetag gut durchorganisiert. Alles, was wir uns gewünscht haben, wurde erfüllt. Ich habe mir die Bücher der Versorgungsforschung fast alle besorgt und sie fast alle gelesen. Ich kann Ihnen sagen: Es ist hervorragend. Was dort geleistet wurde, ist hoch spannend. Ich kann Ihnen sagen, dass ich die Stellungnahmen, die die Bundesärztekammer zu vielen Gesetzesvorhaben abgegeben hat, hoch professionell finde. Die Vorarbeiten zur Novellierung der Weiterbildungsordnung wurden hervorragend gemacht.

(Beifall)

Es gibt an dieser Stelle daher nicht viel an der Präsidiumsarbeit zu bemängeln. Aber wenn es ums Geld geht, über das wir doch eigentlich weniger reden wollten, tun sich Abgründe auf. Ich finde, wir sollten die Diskussion einfach versachlichen. Es geht darum – das gilt für die Landesärztekammern genauso wie für die Bundesärztekammer –, dass wir, wenn sich irgendwo eine Lücke auftut, nicht sagen: zur Kasse bitte. Das können wir nicht tun. Wir sind zwar kein Unternehmen, aber auch wir müssen unternehmerisch denken, weil wir mit den Geldern unserer Mitglieder vernünftig umgehen müssen. Da ist es für mich völlig normal – das soll keine persönliche Betroffenheit auslösen –, dass geschaut wird: Wo haben wir Mittel und Wege?

Oft geht es um Totschlagargumente. Das ist bei uns in der Bundesärztekammer nicht anders. Wenn man solche Themen anspricht, hört man gleich: Das kostet doch auch Geld. So ist es mit dem Stenografischen Wortbericht und den anderen Dingen genauso, dass es gleich zurückgespielt wird, damit man spürt: Achtung, auch deine Interessen sind hier berührt.

Lassen Sie uns die Debatte versachlichen. Wir haben miteinander den Auftrag, mit den uns anvertrauten Mitteln wirtschaftlich umzugehen. Lassen Sie uns schauen, was unbedingt notwendig ist, was „nice to have“ ist, was berufspolitisch unbedingt notwendig ist.

Zum Teil werden hier persönliche Kämpfe, persönliche Differenzen ausgetragen. Eigentlich wird die Debatte missbraucht. Wir müssen wieder zur sachlichen Diskussion zurückkehren.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Eva. – Meine Damen und Herren, gestatten Sie mir wegen der Arbeitsplatzsicherheit bei der Bundesärztekammer eine ganz kurze Bemerkung. Wir haben auf einer zweitägigen Klausurtagung in Kühlungsborn, auf der wir uns fast ausschließlich über Strukturfragen und die daraus abgeleiteten Haushaltskonsequenzen unterhalten haben, als Erstes unseren Mitarbeitern gegenüber eine Beschäftigungsgarantie ausgesprochen. Das wurde im Vorstand einstimmig beschlossen.

(Beifall)

Wir wollten auf jeden Fall nicht, dass unsere Mitarbeiter in der Phase der durchaus schwierigen Situation und Verunsicherung mitleiden. Das Thema ist über alle politischen Differenzen hinweg, von denen Sie hier etwas bemerkt haben, gemeinsam behandelt worden. Das möchte ich hier noch einmal bekräftigen, damit kein falscher Eindruck entsteht.

Die nächste Rednerin ist Anke Müller aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin keine Hausfrau, sondern Ärztin. Anderenfalls könnte ich hier keine Delegierte sein, worüber ich froh bin. Ich komme aus Mecklenburg-Vorpommern. Ich gebe zu, dass mir das Sparen sehr schwer fällt. Ich shoppe gern. Manchmal komme ich mir vor wie eine Lebenskünstlerin. Das sind Menschen, die auf Notwendiges verzichten, um sich Überflüssiges zu leisten. Ich wohne im Hotel „Indigo“. Das ist jetzt keine Aufforderung zum Tanz, falls ich mich heute Abend beim Gesellschaftsabend vielleicht etwas inadäquat für eine Ärztin benehme.

Warum sage ich das alles? Sie meinen jetzt vielleicht: Hier kommt ein Klassenclown. Wenn ich mir Gäste einlade, wohnen sie bei mir so gut wie ich, manchmal auch noch ein bisschen besser. Wenn ich sie eingeladen habe, bin ich froh, dass sie da sind. Anderenfalls würde ich sie zu Hause lassen. Ich mag keine Diskussionen, die Vergleiche anstellen zwischen Hotels, in denen ich wohne, und denen, in denen meine Gäste wohnen. Ich denke, wir können darüber diskutieren, wo wir Geld einsparen sollen und wie viele Gäste wir uns einladen. Aber wenn sie da sind, dann sollen wir ihnen das Gefühl vermitteln, dass sie hier sehr, sehr willkommen sind. Ich teile gern mit ihnen.

(Beifall)

Ich finde, dass es uns in diesem Land nicht so schlecht geht. Ich sage das nicht, weil ich aus dem Osten komme. Ich habe gestern beim Hausärzteverband einem Kollegen gesagt, der mich fragte, wie wir denn früher in der DDR Medizin gemacht haben: Wir haben das Feuer nicht mit zwei Steinen entzündet und wir hatten auch richtige Häuser.

(Beifall)

Die Medizin ließ manchmal zu wünschen übrig. Trotzdem hatte ich eine sehr gute Kindheit. Das liegt vielleicht auch daran, dass ich gern teile.

Wenn wir sparen müssen, sollten wir dies tun. Wir sollten ein bisschen mehr Vertrauen in die Finanzkommission der Bundesärztekammer setzen, dass man es richten wird. Das entmündigt mich nicht. Wäre ich entmündigt, stünde ich heute nicht hier. Aber ein bisschen mehr Vertrauen in Leute, die Ahnung davon haben – ich glaube, davon haben wir eine ganze Menge –, würde ich uns wünschen.

Wir sehen uns heute Abend!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Unverkennbar Anke Müller. Vielen Dank. – Der Nächste ist Rainer Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es fällt immer schwer, ausgetretene Pfade zu verlassen oder liebe Gewohnheiten aufzugeben. Vielleicht erinnert sich der eine oder andere im Plenum daran, wie mühsam es vor Jahren war, die hoch subventionierten Internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer, die in touristisch schönen Gegenden stattfanden, irgendwann zu beenden, weil sie nicht mehr finanzierbar waren oder zumindest immer wieder ein großes Loch in die Kasse gerissen haben. Mittlerweile redet niemand mehr darüber. Man hat es aufgegeben, andere haben es übernommen.

Ich denke, die eine oder andere Aufgabe kann man in der Tat auf den Prüfstand stellen und kann sagen: Das wollen wir weitermachen, das wollen wir eingeschränkt weitermachen, das brauchen wir nicht mehr.

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat die Verwaltung beauftragt, den nächsten Haushalt so aufzustellen, dass die Umlage der Mitglieder gesenkt werden kann. Das ist nun eine Aufgabe, die die Verwaltung erfüllen muss. Man wird in der Haushaltsdebatte sicherlich mit Vorschlägen kommen, wie das zu bewerkstelligen ist. Eine Zielvorgabe zu machen, in welcher Größenordnung man sich vorstellen kann, wie es weitergeht, ist sicherlich sinnvoll. Das ist ja auch von einigen meiner Vorredner so vorgeschlagen worden.

Ganz bestimmt wird es in Nordrhein nicht passieren, dass wir, wenn auf Bundesebene ein größerer Finanzbedarf besteht, von unserem Vorhaben, diese Konsolidierung der Beiträge und des Haushalts zu erreichen, abrücken. Ich habe dem einen oder anderen Redebeitrag entnommen, dass man Ähnliches genauso durchführen will.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Holzborn. – Nächster Redner ist Gisbert Voigt aus Niedersachsen, Vizepräsident der dortigen Ärztekammer.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, es ist gut so, dass wir heute Nachmittag diese sehr konträre Diskussion führen. Ich bin sowohl dem Kollegen Ensink als auch dem Kollegen Calles ausgesprochen dankbar dafür, dass sie es heute so verbalisieren, sodass wir uns einfach einmal an den Kopf fassen und fragen: Geht es so weiter? Es ist doch eigentlich ein Trauerspiel, dass wir ein Thema wie den Stenografischen Wortbericht, der maximal 25.000 Euro umfasst, zu einer Art Grundsatzfrage machen. Ist das der Punkt, an dem wir festmachen können, ob die Bundesärztekammer wirtschaftlicher wird oder nicht?

Ich denke, es ist berechtigt, sich Gedanken über die Frage zu machen: Kann man sinnvoll sparen? Ich bekomme sehr viele Signale, die zeigen, dass sich alle sehr offensichtlich darum bemühen, noch wirtschaftlicher zu werden. Man hat eher das Gefühl, dass hier eine Zitrone bis zum Letzten ausgepresst wird. Die Situation der Mitarbeiter ist hier schon mehrfach angesprochen worden. Ich glaube, so kommen wir bei dieser Thematik nicht weiter.

Ich halte daher den Antrag X-04 für absolut sinnvoll, ein kritisches Revirement vorzunehmen und sich Gedanken darüber zu machen, was Aufgaben sind, die die Bundesärztekammer weiterhin erfüllen sollte, und welche nicht. Ich möchte ein klares Plädoyer äußern: Wir brauchen diese Bundesärztekammer. Es gibt zu ihr keine Alternative. Wir werden sie auch in einem größeren Umfang als früher über die Landesärztekammern finanzieren müssen, weil Einnahmen, die früher über den Deutschen Ärzte-Verlag kamen, nicht mehr vorhanden sind.

Jetzt hier das Kind mit dem Bade auszuschütten und es an einem einzigen Punkt wie beispielsweise dem Stenografischen Wortbericht festzumachen halte ich für unsinnig und auch unwürdig. Wir sollten diese Diskussion perspektivisch nach vorn gerichtet führen. Wir sollten mit solchen Kleinigkeiten aufhören. Wir sollten vor allen Dingen auch mit unnötigen Indiskretionen in die Presse hinein aufhören. Darüber ist heute Nachmittag genug gesprochen worden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gisbert Voigt. – Jetzt hat Heidrun Gitter als Letzte auf der Rednerliste das Wort.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Gisbert, ich bin dir für deine Äußerungen außerordentlich dankbar. Wir arbeiten an diesem Thema. Ich kann mit dem Antrag X-04 gut leben, weil das zumindest meinen Vorstandskollegen, glaube ich, genauso am Herzen liegt wie Ihnen als Delegierter.

Man kann schon an der Diskussion und den vorliegenden Anträgen sehen, wie schwierig die Situation ist. Für das Wiedererstehen des Interdisziplinären Forums gibt es bestimmt gute Gründe; das will ich jetzt gar nicht werten. ÄZQ – zu diesem Antrag habe ich mich hier schon geäußert –, Stenografischer Wortbericht, Evaluation der Weiterbildung und, und, und. Ich könnte die Liste beliebig verlängern. Für alle

diese Dinge gibt es gute Gründe dafür und dagegen. Alle diese Dinge kosten Geld. Darüber muss man nachdenken. Die Antragsteller sagen: Wir haben ein gutes Recht darauf, das ist toll, das muss unbedingt sein. Deswegen ist es so schwierig, wie es ist. Es hilft eigentlich nur ein sachliches Herangehen und ein bisschen Information für die Delegierten.

Transparenz geschieht ja nicht hier auf dem Deutschen Ärztetag. Das geht aus verschiedenen Gründen gar nicht. Transparenz geschieht vielmehr am laufenden Meter während des ganzen Haushaltsjahres über den Vorstand, über die Finanzgremien. Das Problem ist manchmal der Transport der Informationen von diesen Gremien zu Ihnen in den Kammern.

Das lässt sich, bitte schön, sehr einfach regeln. Ich bin ein Fan von Good-Practice-Beispielen. In Bremen wird regelmäßig aus dem Vorstand berichtet. Das mache ich als Präsidentin selber an meinen Vorstand und das mache ich regelmäßig auch an die Delegiertenversammlung. Wir haben beispielsweise zum Haushaltsthema eine extra Delegiertenversammlung mit diesem Themenschwerpunkt durchgeführt, damit unsere Delegierten hier genau wissen, dass sie mit Rückendeckung durch die Delegiertenversammlung abstimmen werden.

Ich möchte deswegen dazu auffordern, dass Sie als Delegierte und Sie in Ihren Kammern Ihre Repräsentanten nach diesen Informationen schon vorher und auch das ganze Jahr über fragen. Dann sind alle gut vorbereitet und wir können hier prima diskutieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Heidrun. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Ich gebe jetzt den beiden Referenten die Gelegenheit zu einem Schlusswort. Es beginnt der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Bernhard Rochell.

Dr. Rochell, Referent: Vielen Dank. – Es tauchte hier die Frage nach dem BFB auf. Ich habe in meinem Referat angesprochen, Frau Haus, dass wir jetzt 100.000 Euro einsparen, dass aber natürlich sehr wohl Überlegungen vorhanden sind, dass die Repräsentanz in einer Vertretung der freien Berufe, die berufsübergreifend und machtvoll die Interessen der Freiberuflichkeit vertreten kann, natürlich weiter auf der Agenda steht. Wir schauen selbstverständlich mit Interesse, wie die neue BFB-Führung die weitere Richtung dort gestaltet. Wenn das unsere Forderungen, die auch die von Ihnen angesprochene Mitgliedsbeitragssenkung beinhalten, erfüllt, sind wir sicherlich von der Option begeistert, wieder einzutreten. Eine Alternative wäre die Gründung einer anderen Organisation. Das verläuft genau im Sinne Ihrer Forderung.

Ein Wort noch zum Deutschen Ärzte-Verlag. Es wird regelmäßig im Vorstand bzw. auch in der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung über die Restrukturierung des Deutschen Ärzte-Verlags und die Entwicklung der wirtschaftlichen Kennzahlen berichtet, sodass diese Arbeitsgruppe eigentlich schon vorhanden ist. Ich bitte um Verständnis, dass ich große Schwierigkeiten sehe, möglicherweise auch rechtlicher Na-

tur, die Zahlen im Rahmen eines Deutschen Ärztetages zu veröffentlichen. Ich glaube, darauf wartet die Konkurrenz nur. Ich glaube, insofern sollte man es dabei belassen, dass wir versuchen, maximale Transparenz gegenüber unseren internen Gremien zu schaffen, sodass das durchaus auch auf Kammerebene nachvollzogen werden kann. Aber ich glaube, es wäre keine so gute Idee, das ganz öffentlich zu machen.

Herr Peters, Sie hatten einen Mangel an Bemühungen zum Abbau des strukturellen Defizits dargestellt. Darauf muss ich doch noch einmal antworten. Die Situation ist ja nicht dadurch entstanden, dass wir über unsere Verhältnisse leben. Es ist schon verschiedentlich dargelegt worden, aber ich muss es noch einmal aus unserer Sicht wiederholen: Nach den sieben fetten Jahren, in denen die Gewinnausschüttungen des Deutschen Ärzte-Verlags sehr wohl dazu genutzt wurden, um strukturelle Aufgaben inklusive Personalakquise durchzuführen, sind diese Zeiten durch die Gewinneinbrüche leider nicht mehr so. Jetzt folgen eben die sieben etwas dünnen Jahre.

In einer Situation, da wir nach dem Transplantationsskandal plötzlich vor der Aufgabe standen, die Arbeit der Prüfungs- und Überwachungskommission deutlich auszuweiten, und zwar mit der Konsequenz des Aufbaus einer Geschäftsstelle mit einem Umsatz von 930.000 Euro, ist es uns gelungen, im ersten Jahr eine drittelparitätische Kostenübernahme zu erreichen, indem die Deutsche Krankenhausgesellschaft einerseits und der GKV-Spitzenverband andererseits jeweils ein Drittel übernommen haben. Seit 1. Januar 2014 wird das Ganze durch eine Systemzuschlagslösung vollfinanziert.

Da bitte ich um Verständnis, dass wir manchmal vielleicht nicht ganz so doof sind, wie wir aussehen.

In zehn Jahren hat sich die Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte um 14,7 Prozent erhöht. Die Belastung je Arzt über den Kammerbeitrag hat sich in demselben Zeitraum bis zu diesem Haushaltsvoranschlag um 4,2 Prozent verringert. Die Kosten als Bundesärztekammer sind für die berufstätige Ärztin/den berufstätigen Arzt 42,71 Euro nach der Umlagebelastung. Wenn Sie Mitglied des AvD oder des ACE sind – den ADAC will ich jetzt nicht zum Vergleich heranziehen –, zahlen Sie ab 62,50 Euro Jahresbeitrag. Vielleicht sind wir also doch nicht ganz so verschwenderisch.

Ich habe bereits darauf hingewiesen, Herr Peters: Wir sind gern bereit, jeden Euro noch dreimal umzudrehen und sämtliche Aufgaben ohne Vorbehalte auf den Prüfstand zu stellen. Aber wir benötigen eine Mehrheit, damit eine entsprechende Priorisierung erfolgen kann.

Noch ein Wort zu Frau Löber-Kraemer. Ich nehme das sehr gern an. Sie haben gesagt: Dass bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer keine Ängste um die Stellen auftreten, ist Sache der Geschäftsführung. Deshalb habe ich gemeinsam mit unserem Präsidenten und dem Präsidium diesen Beschluss in die Klausursitzung unseres Vorstands in Kühlungsborn eingebracht, der diese Bestandsgarantie ausgesprochen hat. Monti, du hast leider die Geschichte nicht ganz zu Ende erzählt. Kaum drei Monate später haben zwei Vorstandsmitglieder das fundamental infrage gestellt. Dann kommen natürlich Fragen auf wie: Wie lange hat denn eine solche Aussage Bestand? Kommt jetzt scheibchenweise die Wahrheit näher?

Frau Löber-Kraemer, ich nehme Ihre Aufforderung gern sehr persönlich an und fordere Sie hiermit als Gremium des Deutschen Ärztetages auf, dass dieselben Arbeitsbedingungen, die Sie für Ärztinnen und Ärzte und Medizinische Fachangestellte einfordern, was in vielen Entschlüssen und Beschlüssen niedergelegt ist, auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bundesärztekammer gelten. Mehr möchte ich hier gar nicht einfordern.

(Beifall)

Wenn allgemein im System der Ärztekammern finanziell das Wasser bis zum Halse steht, dann sind wir die Ersten, die mit kürzen, weil wir dann solidarisch alle kürzen müssen.

Ich habe aber so einen gewissen Verdacht, dass es noch nicht so weit gekommen ist. Gleichwohl müssen wir sicherlich ernsthaft unsere Einsparbemühungen umsetzen. Ich plädiere aber sehr dafür, dass wir keine Stellenbestandsnöte unter unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wecken. Dann können wir, glaube ich, wie der Kollege aus Schleswig-Holstein sagte, diese Situation des Wandels vollziehen, auch ohne dass es wehtut.

Wir nehmen jede Idee, die Sie haben, die uns dazu führt, Einsparungen vornehmen zu können und unsere Effizienz zu verbessern, ganz dankend und ganz herzlich an.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernd Rochell, für diese Ausführungen. – Jetzt erteile ich das Wort Herrn Kollegen Ensink.

Dr. Ensink MBA, Referent: Meine Damen und Herren! Ich bin heute mehrfach auch kritisiert, auch mehrfach gelobt worden, angeblich wegen geschliffener Rede. Wenn ich genau hingehört habe, habe ich daran doch gewisse Zweifel, denn mehrfach scheine ich missverstanden worden zu sein. Offensichtlich habe ich nicht deutlich genug gesprochen, sodass man manchmal nur einen Halbsatz wahrgenommen hat, aber nicht die andere Hälfte des Satzes, der ohne Komma dazugehörte.

Nein, ich habe nicht die Presse und die Medien kritisiert. Ich habe etwas über Gerüchte in der Presse gesagt und habe unseren Umgang mit der Presse und den Medien kritisiert, nicht die Medien. Das steht mir nicht zu. Da hat man mich grob missverstanden. Ich möchte das gerne richtigstellen.

(Beifall)

Herr Dewitz, natürlich kann hier jeder nachfragen. Ich wäre grob missverstanden worden, wenn gemeint wird, ich wollte dieses Plenum als höchsten Souverän der deutschen Ärzteschaft in irgendeiner Form begrenzen. Ich habe Ihnen gesagt, wie wir es früher in der Finanzkommission gemacht haben oder wie es früher dort gemacht wurde, als ich dort noch nicht einmal Mitglied war, wie ich etwas als tauglich empfunden habe, als ich den Vorsitz übernommen habe, wie man Sachaufklärung betreiben könne, wenn es denn darum geht. Ich habe das nur als Beispiel gebracht und gesagt: Man könnte auf diese Art und Weise vermeiden, dass man sich vielleicht

sehr schnell auf eine Frage hin etwas sagen lassen muss, was man sehr gut irgendwo im Bericht nachlesen kann, indem ich auf die Seite XY verweise, weil sehr schnell eine vermeintliche Sachfrage irgendwo als politische Äußerung wirkt. Das habe ich gesagt.

Das Letzte, was mich wirklich trifft, ist der Vorwurf, dass ich keine saubere Rollentrennung zwischen meinem Delegiertenstatus und meiner Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission vornähme. Das trifft mich wirklich, denn ich habe nicht ein einziges Mal heute für etwas Spezifisches, was eingespart werden soll, was ich zur Disposition stelle oder gegen etwas gesprochen, sondern ich habe mehrfach genau nur darauf aufmerksam gemacht, dass bestimmte Beschlüsse, die Sie entweder bereits gefällt haben oder die per Antrag auf der Tagesordnung stehen, also erkennbar, die Sie demnächst akzeptieren oder auch ablehnen, finanzwirksam sind. Sie befinden darüber. Meine Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission ist, auch wenn es unbequem ist: Ich werde Sie immer darauf hinweisen, dass bestimmte Dinge, über die Sie befinden, dann auch bestimmte Konsequenzen haben. Man kann nicht die Musik bestellen, ohne anschließend für die Kapelle bezahlen zu wollen.

(Beifall)

Dafür, wie schwierig Sparbemühungen sind, möchte ich Ihnen ein Beispiel nennen, ohne die Kritik an einer in der Presse geführten Diskussion aufwärmen zu wollen, und auch ein Beispiel dafür, wie unterschiedlich scheinbar die Wahrnehmungen sind. In einer der Presseverlautbarungen wird kritisiert, dass wir per Rasenmäher sparen würden. Für mich ist per Rasenmäher, wenn wir jede Sache um 3 Prozent begrenzen. Dann tut es vielleicht allen weh, dann redet man vielleicht nicht so darüber – mag sein, aber ich halte das nicht wirklich für eine Priorisierung, die hier eingefordert wird, die Sie vielleicht auch zu Recht einfordern.

Was wir beim Aufstellen dieses Haushalts getan haben, war, bestimmte Punkte zu benennen. Wohlgemerkt: Gemacht hat das der Vorstand. Ich habe es Ihnen vorgelesen. Aber dann kommt ganz schnell: Sie können bei allem sparen, aber nicht bei A, B, C, D. Im Endeffekt ist alles, was zum Sparen vorgeschlagen wurde, heute hier im Rahmen der Diskussion wieder zur Disposition gestellt worden. Das können Sie gerne tun. Aber dann sagen Sie hier bitte auch, wo gespart werden soll, vielleicht über den einen Beitrag hinsichtlich der Spesen unserer Gäste hinaus – insofern war ich für die Entgegnung sehr dankbar – berechtigt, aber vielleicht vom Volumen her nicht wirklich so, dass es all die anderen Dinge ausgleichen würde. Ich will nur ein paar Beispiele nennen. Sie haben über die Weiterbildungsévaluation geredet, Sie haben über den Wortbericht, über das Interdisziplinäre Forum, über neue Ausschüsse, über die Intensivierung der Arbeit bestimmter Gremien, über den BFB gesprochen. Ich habe versucht, das als Summe zu kalkulieren. Sie haben irgendwo zwischen 300.000 und 500.000 Euro als Add-on zum jetzigen Haushalt gesprochen, und zwar als Add-on – es soll nicht belehrend klingen, aber bei manchen geht es ein wenig durcheinander – zum Haushaltsvolumen, aber nicht als Add-on zur Umlagesteigerung. Diese, meine Damen und Herren, wird deutlich höher sein – das sage ich in aller Deutlichkeit –, und zwar wegen wegbrechender, in Zukunft nicht mehr vorhandener Erträge. Das müssen Sie trennen.

Ich erinnere Sie nur: Wir als Ärzte haben vor wenigen Jahren, als es Schwierigkeiten im Bereich der Sozialversicherung, speziell im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, gab, gesagt: Wir als Ärzte können das doch nicht schultern, wenn die

Einnahmebasis wegbricht; wir bitten darum, dass wir weiterhin adäquat vergütet werden.

Es ist ganz viel gelobt worden, was die Bundesärztekammer alles Tolles macht. Das hat natürlich nichts mit Einzelpersonen zu tun. Es werden strukturelle Änderungen angemahnt. Haben Sie gehört, dass der Hauptgeschäftsführer gesagt hat, dass sechs Stellen weggefallen sind? Das mag ja die falsche strukturelle Entscheidung sein, aber es ist eine. Es wird gespart. Das heißt im Endeffekt: Das wird sich notwendigerweise in der Arbeit auswirken. Die eingeforderte Flexibilität, dass man andere Aufgaben erledigt, ist die zwingende Konsequenz daraus. Natürlich wird das seitens der Geschäftsführung sichergestellt.

Es hat sich also etwas geändert. Aber neue Dinge, das Add-on dessen, was gerade gestrichen wurde, wieder aufzunehmen, bedeutet zusätzliches Geld. Aber die Einnahmebasis wird geringer sein als in den Vorjahren. Ich habe Ihnen vorhin deutlich zu machen versucht: Für die jetzige Haushaltsdeckung haben wir, was das Stichwort BFB angeht, einen Einmaleffekt. Wir haben einen Effekt durch die Kofinanzierung von übrig gebliebenen Mitteln des letzten Jahres von ungefähr 400.000 Euro.

Wenn wir einen ganz knappen Haushalt haben, wird es das in der Zukunft nicht mehr geben, dann muss auch das noch ausgeglichen werden, bis zu dem Zeitpunkt, bis irgendwann ein vielleicht knapper Haushalt zu 100 Prozent letztendlich durch die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft gedeckt ist.

Von daher sollten Sie bitte bei allen Betrachtungen auseinanderhalten: Was ist Steigerung der Haushaltsmittel? Was ist Steigerung der Umlage? Das sind zwei getrennte Dinge. Sie haben etwas miteinander zu tun, Sie können sie aber nicht gleichbedeutend nehmen. Wenn Sie einmal von dem einen und anschließend von dem anderen sprechen, dann ist das eine Nebelkerze. Ich würde mich freuen, wenn Sie das bei der Betrachtung auseinanderhielten.

Ich würde mich riesig freuen, wenn mir nur die Hälfte der Delegierten ein Zettelchen zusteckten, was denn für die Zukunft ihrer Ansicht nach konsensfähig gestrichen werden könnte.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Bernhard Ensink, Vorsitzender unserer Finanzkommission, Delegierter der Landesärztekammer Niedersachsen. – Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir treten jetzt in die Abstimmung ein. Wir stimmen zunächst über den Antrag X-05 ab. Der würde den Antrag X-01 in der gegenwärtigen Fassung obsolet machen. Herr Calles hat gesagt, in diesem Fall würde er eine Auszeit beantragen wollen, um seine Mandatierung für das Votum über den Haushalt zu überdenken. Wenn die Auszeit beendet ist, die natürlich für alle gilt, würden wir über den Haushalt abstimmen und dann über die Anträge X-02, X-04 und X-06. Der Antrag X-03 ist ja zurückgezogen und durch den Antrag X-04 ersetzt worden.

Wir kommen zunächst zum **Antrag X-05**. – Herr Ensink meint, ich sollte die Nordrheinener fragen, ob sie die Kosten vielleicht kompensieren wollten. Ich habe noch einen anderen Vorschlag, wie man das vielleicht machen könnte. Könnte man das

nicht als Prüfauftrag formulieren? Man könnte auch sagen: Im Hinblick auf die Finanzsituation bitten Sie den Vorstand der Bundesärztekammer, anstelle des bisherigen Wortprotokolls ein Audiogramm zu erstellen. Dann können wir prüfen. Wenn wir irgendwo das Geld auftreiben, dann werden wir versuchen, das zu machen. Sonst müssen wir jetzt darüber abstimmen.

(Zuruf)

– Die Antragsteller wollen nichts an Änderung. Dann müssen wir über den Antrag X-05 abstimmen. Wenn Sie diesen Antrag annehmen, ist der Antrag X-01 obsolet. Wer dem Antrag X-05 zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Ich bitte um die Gegenprobe. – Das ist eindeutig die Mehrheit. Jetzt bitte die Enthaltungen. – Einzelne Enthaltungen. Damit ist der Antrag X-05 mit Mehrheit **abgelehnt**.

Wir kommen zum **Antrag X-01**:

Entfall des stenografischen Wortberichts des Deutschen Ärztetages

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe bitte. – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Damit ist dieser Antrag des Vorstands **angenommen**.

Herr Calles, damit entfällt Ihr Wunsch nach einer Auszeit? – Jawohl.

Dann können wir uns jetzt dem **Antrag X-02** zuwenden:

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)

Hier gilt wieder die Regelung mit den Karten. Ich bitte jetzt die Stimmführer der einzelnen Landesärztekammern, mir ihre Karte zu zeigen. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Rot. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Rot. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Ich stelle fest, dass wir mit 224 : 26 Stimmen den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 mit überwältigender Mehrheit angenommen haben. Ich danke Ihnen für diesen Beschluss.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum **Antrag X-04** der Kollegen Calles und Lücke:

Haushaltsplanung Bundesärztekammer

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Mit großer Mehrheit bei einigen Enthaltungen **angenommen**.

Wir fahren fort mit dem **Antrag X-06**:

Konnexitätsprinzip für zusätzliche Aufgaben der Bundesärztekammer

Der Antrag ist verteilt. Wer ist für den Antrag X-06? – Bitte die Gegenprobe. – Einige Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Damit sind wir meiner Wahrnehmung nach am Ende der Behandlung des Tagesordnungspunkts X. Bevor wir in die Behandlung des Tagesordnungspunkts XI eintreten können, liegt mir ein Antrag auf zweite Lesung des Antrags VIII-02 vor. Sie erinnern sich, das ist der Antrag, bei dem wir vorhin haben zählen müssen:

Finanzanalyse Deutscher Ärzte-Verlag

Der Kollege Christian Köhne beantragt eine zweite Lesung zu diesem von Ihnen abgelehnten Antrag. Wünscht Herr Köhne, das zu begründen?

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Wie Sie gerade sagten, beantrage ich die zweite Lesung zum Antrag VIII-02 hinsichtlich des Deutschen Ärzte-Verlags, der eben mit sehr knappem Ergebnis abgestimmt wurde. Im Vorfeld der Abstimmung haben Sie, Herr Ensink, uns allen deutlich gemacht, dass das Geforderte rechtlich nicht möglich ist. In der weiteren Debatte hat Frau Friedländer Rückfragen gestellt, die Sie in Ihrem Abschlussplädoyer nicht beantwortet haben. Sie haben während der Fragestellung durch Ihre Gestik, Kopfschütteln und Kopfnicken, aus meiner Sicht die Frage in der Richtung beantwortet, dass es doch möglich ist, an diese Daten zu kommen.

Im weiteren Verlauf hat Herr Dr. Rochell weitere Argumente gebracht, die meines Erachtens nicht ganz stimmig waren. Er hat gesagt, dass könne man alles nicht in die Öffentlichkeit bringen. Das ist in dem Antrag aber auch gar nicht gewünscht, sondern in dem Antrag ist die Rede von einer Kommission.

Ich denke, es ist demokratischer Usus, dass man erst die Argumente vernünftig austauscht und danach in die Abstimmung geht. Deswegen beantrage ich, dass wir jetzt noch einmal darüber diskutieren und danach alle gut informiert über den Antrag abstimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Gegen die zweite Lesung wünscht Heidrun Gitter zu argumentieren.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe vorhin in meinem Hinweis auf Information schon dargelegt, dass es durchaus möglich wäre zu wissen, dass das von den Gesellschaftern aus passiert. Es ist auch völlig klar: Wenn man eine Gesellschaft hat, bei der man ein bisschen schauen muss, wie die Finanzlage ist, muss man das prüfen und muss auch die Strukturen prüfen. Tut man das nicht, passiert das, was einer Gesellschaft nicht passieren sollte: sie ist von der Insolvenz bedroht.

Das sind Dinge, die man durchaus machen muss. Wenn man einen Ausschuss einsetzt, muss man überlegen: Ist das doppelt gemoppelt? Sind das Kosten, die nötig

sind? Ich sage aus meiner Warte: Derzeit sehe ich diese Notwendigkeit nicht. Ich meine, deswegen können Sie sich die zweite Lesung auch sparen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Einer hat dafür, eine dagegensprochen. Jetzt bilden wir uns eine Meinung. Es gilt wieder die Drittelregelung. Wer ist für eine zweite Lesung zu diesem Antrag? – Wer ist dagegen? – Glauben Sie mir, dass das mehr als das Doppelte mehr war? – Ja. Damit ist die zweite Lesung mit Ihrer Genehmigung abgelehnt.

Ich rufe jetzt den **Tagesordnungspunkt XI** auf:

Wahl des Tagungsortes für den 119. Deutschen Ärztetag 2016

Gestatten Sie mir bitte, dass ich jetzt die Rolle des Präsidenten der Bundesärztekammer verlasse und in die Rolle des Präsidenten der Ärztekammer Hamburg schlüpfe. Es ist mir eine ganz besondere Freude, Ihnen zu berichten, wo und wann der Deutsche Ärztetag 2016 stattfinden soll, wenn Sie das so beschließen. Aber sehen Sie bitte selbst.

(Filmeinspielung)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Hamburg präsentierte sich als Stadt des Wassers. Aber ich verspreche Ihnen: Es gibt auch spannendere Flüssigkeiten in Hamburg als nur Wasser.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 14. Februar 2014 nach erfolgter Prüfung durch die Geschäftsführung beschlossen, dass der 119. Deutsche Ärztetag 2016 in Hamburg stattfinden kann. Wir schlagen Ihnen daher vor, Hamburg als Tagungsort für den 119. Deutschen Ärztetag vom 24. bis 27. Mai 2016 zu bestimmen. Dazu liegt Ihnen der **Antrag XI-01** vor.

Ich frage: Wünschen Sie, dazu zu diskutieren?

(Zuruf)

Die Elbphilharmonie steht leider nicht sicher zur Verfügung. Das kurzfristige Angebot von Berlin, auf den Flughafen Berlin Brandenburg auszuweichen, mussten wir leider ablehnen.

(Heiterkeit)

Ich bin der Meinung, dass der HSV dann noch erstklassig ist.

(Erneute Heiterkeit)

Wer möchte, dass Hamburg Tagungsort für den 119. Deutschen Ärztetag wird? – Ich drehe mich jetzt um, wenn ich Sie frage: Wer möchte das nicht? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Hamburg ist Tagungsort für den 119. Deutschen Ärztetag 2016. Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Damit haben wir die Formalia von VIII - XI behandelt und können zum Tagesordnungspunkt VII zurückkehren. In Anbetracht der Tatsache, dass wir jetzt nur noch eine Dreiviertel- bis eine Stunde Tagungszeit haben und dass wir heute pünktlich aufhören wollen, damit wir uns rechtzeitig mit dem Gesellschaftsabend auseinandersetzen können, haben wir beschlossen, die Reihenfolge ein wenig zu ändern. Ich rufe **Tagesordnungspunkt VII c** auf:

Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“

Referent dazu ist Professor Dr. Jan Schulze aus Dresden. Jan, du hast das Wort.

Prof. Dr. habil. Schulze, Referent: Herr Präsident, lieber Monti! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Die ärztliche Berufsausübung hat sich stürmisch entwickelt. Der technische Fortschritt in der Medizin ist mit großen Schritten vorangegangen. Bei Krankheiten, die vor einigen Jahren nicht ausreichend behandelt werden konnten, stehen mittlerweile mehr Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung. Auch ist die Krankenbehandlung effizienter geworden. Krankenhausaufenthalte von Patienten haben sich reduziert. Viele Operationen werden mittlerweile ambulant durchgeführt.

Dies sind nur einige wenige Beispiele aus der täglichen Praxis. Ich denke, Sie können aus Ihrem jeweiligen Fachgebiet viele weitere benennen. Diesen Entwicklungen ist es zu verdanken, dass das deutsche Gesundheitswesen einen weltweiten Spitzenplatz in der Versorgung von Patientinnen und Patienten einnimmt.

Auf der anderen Seite hat gerade die im April veröffentlichte MLP-Umfrage unter Bürgern und Ärzten gezeigt, dass viele der Befragten die zukünftigen Entwicklungen skeptisch sehen. So befürchten die Versicherten vor allem steigende Beitragssätze, mehr Zweiklassenmedizin und nur noch Erstattung von Kosten der medizinischen Grundversorgung durch die Krankenkassen. Auch hatten die befragten Bürger das Gefühl, dass ihnen Leistungen aus Kostengründen vorenthalten wurden.

Ärzte bewerteten die Zukunftsaussichten noch skeptischer als die Bevölkerung. Schon jetzt sehen niedergelassene Ärzte wie Krankenhausärzte ihre Therapiefreiheit infrage gestellt. Über 80 Prozent der Ärzte meinen sogar, dass wirtschaftliche Aspekte vor dem medizinisch Sinnvollen bei Entscheidungen zur Patientenbehandlung überwiegen.

Professor Beske aus Kiel hat in den letzten Jahren immer wieder angemahnt, dass das Gesundheitswesen unbedingt zukunftsfest gemacht werden muss. Er fasst dies in seinem Buch „Gesundheitsversorgung von morgen“ in sechs Thesen zusammen, die er eigens für diesen Ärztetag vorgelegt hat.

Die erste These ist vielfach diskutiert: Der demografische Wandel hat sowohl in Bezug auf die zu versorgenden Patienten als auch in Bezug auf die Versicherten und die Leistungserbringer erhebliche Folgen für die Gesundheitsversorgung.

Die zweite These ist ebenfalls ein immerwährendes Thema: die rasante Weiterentwicklung der Medizin mit den daraus entstehenden, nur schwer vorhersehbaren Kosten.

Professor Beske fasst beides in einer dritten und vierten These zusammen, denn Demografie und Innovation haben einen direkten Einfluss auf die Finanzsituation der Krankenkassen und damit auch auf ihre Finanzierung.

In einer fünften These beschreibt Professor Beske die möglichen Konsequenzen einer unterfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung, aus der unweigerlich Leistungseinschränkungen resultieren müssen. Wenn diese nicht systematisch gesteuert werden, ist eine ungerechte und intransparente Zuteilung vorprogrammiert.

Professor Beske postuliert daher in seiner sechsten These, dass die Politik einen Leistungskatalog definieren muss, für den die deutsche Ärzteschaft gerne unterstützend zur Verfügung steht.

Hier möchte die Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer ein wenig modifizieren und, wie ich glaube, sogar ein starkes Stück weitergehen: Wir sollten nicht warten, bis die Politik der Ärzteschaft ein Mandat für einen Leistungskatalog gibt, sondern wir sollten proaktiv die Werte und Regeln vorschlagen, nach denen eine humane und soziale Zuteilung von Gesundheitsleistungen möglich ist. Erst mit diesen Werten und Prioritäten kann innerhalb eines Leistungskatalogs eine Entscheidungshilfe für jeden einzelnen Arzt zur Behandlung eines individuellen Patienten gegeben werden.

Auch vor dem Hintergrund der Ergebnisse der aktuellen MLP-Befragung wird deutlich, dass wir uns mit den Fragen der zukünftigen Versorgung auseinandersetzen müssen. Es reicht nicht nur, die Politik aufzufordern, Lösungen zu präsentieren. Es ist sehr wichtig, eigene Vorschläge zu entwickeln, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nachhaltig zu sichern.

Befragungen von Bürgern zeigen, dass die Ärzteschaft eine aktive Rolle übernehmen soll. So gaben sowohl bei einem regionalen als auch bei einem nationalen Survey die Befragten an, dass die Ärzteschaft generell über die GKV-Leistungen mitbestimmen soll.

Erfahrungen aus anderen Ländern, so zum Beispiel Schweden und Norwegen, zeigen, dass eine Implementierung eines transparenten, gesellschaftlich konsentierten Verfahrens der Leistungsbereitstellung im Gesundheitssystem unabhängig von der jeweiligen „Kassenlage“ des Sozialsystems sinnvoll ist.

So sagte einer der Protagonisten aus Schweden, Professor Carlsson, zum Ziel der Priorisierung in seinem Lande:

... ein Mehr des Sinnvollen auf Kosten des weniger Sinnvollen zu erreichen und dies möglichst zur Gewährleistung einer hinreichenden Verteilungsgerechtigkeit für alle Patienten, unabhängig vom Alter, sozialer Schicht oder Einkommen.

Daher beschäftigen wir uns in der Bundesärztekammer und in den Ärztekammern zunehmend intensiv mit dem Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“, um Vorschläge zu entwickeln, wie Priorisierung in Deutschland umgesetzt werden kann. Parallel suchen wir den Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

In meinem Bericht auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag habe ich auf die bereits geleisteten Beiträge der Ärzteschaft hingewiesen, beispielsweise auf die Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer aus 2000 und 2007 und die Positionen im „Ulmer Papier“ des Deutschen Ärztetages von 2008.

Anknüpfend an die Bemühungen unseres geschätzten ehemaligen Präsidenten Professor Hoppe, der auf diese Problematik öffentlich immer wieder hingewiesen und die politische Diskussion über eine gerechte und transparente gesundheitliche Versorgung eingefordert hat, hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Frühjahr 2012 eine Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“ eingesetzt. Er folgte damit auch einer Bitte des Deutschen Ärztetages. Das Thema Priorisierung soll und muss aus Sicht der Ärzteschaft weiterentwickelt werden, um den gesellschaftlichen Diskurs voranzutreiben.

Ein Arbeitspapier der Arbeitsgruppe, das auch im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht wurde, konnten wir Ihnen auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover vorlegen.

Die bisherigen Bemühungen haben einige Früchte getragen. So hat die Hauptversammlung des Marburger Bundes im Herbst letzten Jahres den Bundesgesundheitsminister aufgefordert,

... in Deutschland einen systematischen Priorisierungsprozess im Gesundheitswesen in Gang zu setzen. Die Erarbeitung einer entsprechenden vertikalen und horizontalen Priorisierungsmatrix (z. B. auf Basis nationaler Versorgungsleitlinien) wäre Sache der Ärzteschaft (z. B. über die medizinischen Fachgesellschaften, koordiniert durch die Ärztekammern) und per se noch mit keinerlei Aussagen über eventuelle Mittelbegrenzungen (Rationierungen) verbunden. Sollten solche Mittelbegrenzungen gesellschaftlich erwünscht sein, wäre die Festlegung über deren Umfang Aufgabe der Gesamtgesellschaft (Politik, öffentliche Gruppierungen etc.).

Darüber hinaus führt zurzeit der Deutsche Ärztinnenbund gemeinsam mit einer Expertin der Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer, Frau Professor Diederich, eine an das DFG-Projekt zur Priorisierung angelehnte Online-Umfrage zum Thema „Präferenzen bei der Verteilung medizinischer Leistungen“ durch. Basis ist ein Fragebogen, der bereits für eine Bevölkerungsbefragung verwendet wurde. Kollegin Frau Dr. du Bois aus Baden-Württemberg hat mich gebeten, Sie alle – auch die männlichen Kollegen – einzuladen, an der Online-Befragung teilzunehmen. Dieser Bitte komme ich an dieser Stelle gern nach und würde mich freuen, wenn Sie zahlreich teilnehmen und auch andere Kolleginnen und Kollegen auf die Umfrage aufmerksam machen.

Wie auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag berichtet, hat die Arbeitsgruppe jetzt auf Basis des von mir bereits erwähnten Arbeitspapiers verschiedene Aktivitäten im letzten Jahr durchgeführt. So haben wir uns intensiver mit den methodischen Möglichkeiten der Priorisierung bei der Leitlinienentwicklung beschäftigt. Anfang des Monats fand ein Treffen mit Vertretern verschiedener Organisationen statt, die sich in Deutschland mit Leitlinienentwicklung auseinandersetzen. Die eingeladenen Experten sehen einen Bedarf, Priorisierungsverfahren verstärkt in die Leitlinienentwicklung einzubeziehen. Sie begrüßen sehr die Aktivitäten der Bundesärztekammer, sich mit dem Thema intensiv auseinanderzusetzen. Wir werden daher die Arbeit an diesem Thema fortsetzen und uns intensiver mit der Integration der Priorisierungsmethodik in der Leitlinienentwicklung auseinandersetzen.

Parallel haben wir einen Workshop zum Thema Priorisierung konzipiert. Eine erste Veranstaltung wurde bereits in meiner Kammer in Dresden am 30. Januar 2014 erfolgreich durchgeführt. Die Veranstaltung strebt einen innerärztlichen Diskurs zum

Verständnis und zur Bedeutung des Themas „ärztlich unterstützte Priorisierung“ an. Anhand mehrerer Praxisbeispiele soll aufgezeigt werden, was unter Priorisierung zu verstehen ist, welchen Werten und Kriterien sie folgen kann und sollte und wie Priorisierung ablaufen kann. Wir, die AG-Mitglieder, würden uns freuen, wenn Sie Interesse an einer Teilnahme haben und wir Sie in einem in naher Zukunft geplanten Workshop begrüßen können. Die derzeit geplanten Veranstaltungen sehen Sie auf der aktuellen Folie. Bringen Sie nach Möglichkeit interessierte Kolleginnen und Kollegen mit zu diesen sehr spannenden Veranstaltungen.

Um Ihnen einen Vorgeschmack zum Workshop und der dort zu erwartenden Diskussion zu geben, haben wir Ihnen einen Kurzfragebogen „Priorisierung im Gesundheitswesen“ verteilt. Wir wollen einen innerärztlichen Diskurs zu Werten und Kriterien bzw. Grundprinzipien, wie Gesundheitsversorgung in Deutschland künftig erfolgen sollte, mit Ihnen führen. Die Ergebnisse der Befragung dienen der Arbeitsgruppe dazu, das Verständnis und die Meinung der Ärzteschaft zum wichtigen Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ näher zu erfassen. Diese Informationen sind aus unserer Sicht äußerst hilfreich und notwendig, um den innerärztlichen Austausch zielgerichteter führen zu können. Auch sollen die Informationen dazu genutzt werden, den Austausch mit weiteren Akteuren und vor allem mit der Gesundheitspolitik zu intensivieren.

Zunächst möchte ich mich sehr bedanken, dass Sie so zahlreich teilgenommen haben. Es haben rund 58 Prozent der Delegierten den Fragebogen ausgefüllt.

Die Schnellauswertung der Ergebnisse hat auch ein hochehrfreuliches Ergebnis gebracht. Bei der ersten Frage „Nach welchen allgemeinen Werten bzw. Grundprinzipien sollte Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung in Deutschland gestaltet werden?“ hat sich ein erfreuliches Ergebnis ergeben. So finden Sie mit über 95 Prozent den objektiven medizinischen Bedarf, das Solidaritätsprinzip und die Dringlichkeit wichtig oder eher wichtig.

Das Einkommen, das Gesetz des freien Markts, der Sozialstatus, die Zahlungsbereitschaft und das Alter sollten Ihrer Meinung nach bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland kein wichtiges Kriterium sein.

Die Priorisierung als Methode sehen Sie vor allem für die Festlegung von Versorgungszielen und für die Streichung obsoleter Diagnose- und Therapiemethoden als geeignet an.

Erfreulich ist auch, dass 77 Prozent der befragten Delegierten an einer Informations- bzw. Fortbildungsveranstaltung zum Thema Priorisierung teilnehmen würden.

Am meisten aber freut mich, dass Sie die Auseinandersetzung mit dem Thema so wichtig finden, dass 94 Prozent der befragten Delegierten dieses Deutschen Ärztetages der Meinung sind, dass sich die Ärzteschaft weiter diesem aus unserer Sicht wichtigen Thema widmen soll. Das empfinde ich zugleich als Auftrag für uns, die Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer, am Ball zu bleiben und weiterzumachen.

Und wir sind auf dem Weg. Wie bereits vorher gesagt, suchen wir den innerärztlichen Austausch mit Ihnen, denn wir brauchen den Diskurs mit der Basis. Parallel suchen wir den Austausch natürlich auch mit anderen Gesundheitsberufen, Vertretern von Krankenkassen und Patientenverbänden.

Daher würden wir uns wünschen, dass Sie zahlreich bei den geplanten Veranstaltungen in verschiedenen Ärztekammern erscheinen und Ihre Kolleginnen und Kollegen aus Klinik, Praxis und Öffentlichem Gesundheitsdienst mitbringen.

Hier sehen Sie die bisher fixierten Termine.

Mit dem Rückhalt der ärztlichen Basis und der anderen Akteure des Gesundheitssystems wird sich die Politik dem Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ nicht verschließen können. Nicht nochmals sollte es uns passieren, dass eine Gesundheitsministerin bzw. ein Gesundheitsminister unsere Forderungen als „menschenverachtend“ beschimpft!

(Beifall)

Das ist meines Erachtens ein völliges Fehlverstehen dieses Ansatzes, der das vorhandene Budget optimiert einsetzen will.

Unser Ansatz, der jetzt Platz greifen sollte, umfasst die Workshops in den Kammern und die Aktivitäten, den Priorisierungsgedanken verstärkt in das Leitliniensystem in der Bundesrepublik Deutschland einzubringen. Da sind uns die Türen geöffnet worden. Insofern ist schwerpunktmäßig zunächst einmal etwas angedacht und in der Initiierung schon auf dem Weg, das uns hilft, dieses dicke Brett der Methodologie der Priorisierung zu bohren. Die Ansprechpartner, die wir brauchen, ist natürlich zunächst die Ärzteschaft, die sagen muss: Das sind nicht irgendwelche Diskussionen im Elfenbeinturm, sondern es gibt klare Vorstellungen über Prioritäten in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, natürlich nicht zuletzt in der Prävention, wie wir das hier sehr ausführlich und sehr kompetent gehört haben.

Meine Damen und Herren, wir Ärzte als professionelle Träger und Gestalter der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nehmen die Verpflichtung und Verantwortung wahr, durch gewissenhaften Umgang mit den verfügbaren Ressourcen dem Einzelnen und der Bevölkerung zu dienen, so wie es in unseren Ordnungen verbrieft ist.

Ich möchte nicht versäumen, meinem Co-Chairman Professor Raspe aus Lübeck, der sich tief wissenschaftlichen mit diesen Fragen beschäftigt hat, und natürlich auch der Prio-Gruppe, die mit uns zusammen streitet und arbeitet, zu danken. Ein besonderer Dank gilt Frau Dr. Freese, die wesentliche Arbeit bei den Interaktionen mit den Gruppen, die nicht immer ganz einfach sind, geleistet hat.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Jan, für diesen Bericht. – Ich eröffne jetzt die Debatte. Als erste Rednerin steht Frau Christiane Groß aus Nordrhein auf der Rednerliste.

Dr. Groß M.A., Nordrhein: Lieber Herr Professor Schulze, ich bedanke mich ganz herzlich für die Einführung in das Thema, und auch dafür, dass Sie den Ärztinnenbund mit seiner angelaufenen Fragebogenaktion erwähnt haben. Ich möchte kein

Koreferat halten, sondern nur auf den Antrag 91 aufmerksam machen. Wir Ärztinnen haben festgestellt, dass bei dem ganzen Thema der Genderaspekt etwas zu kurz kommt. Wir bitten darum, den Antrag 91 zu unterstützen, der Wert darauf legt, dass der Genderaspekt mit eingeführt wird.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. Die Anträge 91 und 96, die Sie noch nicht umgedruckt vorliegen haben, sowie Antrag 72 sind die drei Anträge, die wir nachher in der Abstimmung behandeln. – Nächster Redner ist Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Lieber Professor Schulze, lieber Jan! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich kannte die Ergebnisse nicht und habe mir kurzzeitig überlegt, ob ich meine Wortmeldung zurückziehe, weil ich ein Stück weit an Sie appellieren wollte. Aber nun danke ich Ihnen für die hervorragende Zustimmung zu dem großen Projekt.

Ich habe ein kleines Problem. Es besteht ganz einfach darin: Wir sind der Meinung, die Politik haben wir noch nicht auf unserer Seite. Ich glaube, wir müssen auch jetzt schon ein ganzes Stück mehr Öffentlichkeitsarbeit betreiben. Wir müssen nicht die Politik auf unsere Seite bringen, sondern die Patienten. Das ist das Problem. Dann muss die Politik einfach folgen.

Ich bin nach wie vor Hausarzt. Wir als Hausärzte sind diejenigen, die den Patienten mitteilen müssen: Ein hochwertiges Gesundheitswesen macht sich nicht daran fest, dass man alles bekommen kann, was irgendwo steht und was in irgendeiner Zeitung angepriesen wird, sondern ein hochwertiges Gesundheitswesen macht sich daran fest, den Patienten das zur Verfügung zu stellen, was ihnen am meisten nützt. Nichts anderes ist Priorisierung. Das hat nichts mit Rationierung zu tun, sondern mit der Frage: Was nützt den Menschen am meisten?

Die Verbindung zur Transplantationsdebatte ist unzweifelhaft vorhanden. Auch dort haben wir ja die Diskussion beginnen müssen: Wem nützt denn das Transplantat am meisten? Die Frage lautet nicht, wer am schwersten krank ist, sondern wer den besten Outcome aufweist. Ein Best-Practice-Beispiel für Priorisierung ist derzeit die Debatte um die Transplantation und die Vergabe von Organen.

Ich bitte darum, dass wir ganz breit aufgestellt bereits jetzt, auch in einem so frühen Stadium – ich denke, die Schweden haben es ähnlich gemacht –, die breite Bevölkerung so gut es geht mitnehmen und eine Informationsoffensive starten. Dann kann uns nämlich auch keiner in unser Thema hineingrätschen und wir selber müssen nicht in ein paar Jahren feststellen: Wir haben das versäumt und damit viele Jahre nicht genutzt.

Es wird ohnehin für uns alle, die wir hier sitzen, nicht so kommen – sehen Sie es mir bitte nach –, dass wir die Priorisierungsdebatte abgeschlossen haben. Die Schweden sind nach vielen Jahren auch noch nicht am Ende damit. Aber wir müssen es in ei-

nem breiten gesellschaftlichen Konsens beginnen. Dafür möchte ich werben. Dann bekommen wir nämlich unsere Patienten wieder etwas besser auf die Bahn im Sinne ihrer eigenen Vorsorge und im Sinne ihrer Fürsorge und im Sinne des Solidarprinzips.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bodendieck. – Nächster Redner ist Herr Professor Dr. Dr. Wulf Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Herr Schulze, ich habe im vorigen Jahr in Ihrer Darstellung ein wenig die Differenzierung vermisst. Es gibt nämlich zwei verschiedene Vorstellungen von Priorisierung. Sie haben Ihr Referat begonnen mit Herrn Beske und seinen sechs Punkten und haben dann davon gesprochen, dass eine Neubewertung des Leistungskatalogs notwendig sei. Wir wissen alle, dass Herr Beske schon seit 30 Jahren den Untergang des Abendlands oder zumindest den Untergang des Gesundheitswesens predigt und predigt und predigt. Ich weiß nicht, wie viel wir auf diese Hypothesen und diese Prognosen von Herrn Beske noch geben sollen. Wir kennen sie.

Das ist die eine Sache, was man unter Priorisierung versteht: Wir haben nicht mehr genug Geld, wir müssen den Leistungskatalog ausdünnen. Was können wir machen? Es gibt sogar Verbände, die weitergehen und fragen: Was kann ich vielleicht privat liquidieren oder als IGeL-Leistung bringen? Auch das wird bei manchen unserer Kollegen unter Priorisierung verstanden. Ich denke, das ist etwas völlig Falsches.

Die Schweden verstehen unter Priorisierung etwas ganz anderes. Wir waren im vergangenen Jahr vom Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte in Schweden und haben uns auch das Priorisierungszentrum angeschaut. Da sieht Priorisierung völlig anders aus als das, was Herr Beske mit seinen sechs Punkten aussagt. In Schweden ist es eine Leitliniendiskussion. Dabei geht es darum: Was mache ich als Erstes nach einem Herzinfarkt oder einem Drug-eluting Stent? Eine Double-Antiplatelet-Therapie, wenn das nicht geht, ADP-Hemmer, wenn das nicht geht, Aspirin? Marcumar mache ich gar nicht. Diese Reihenfolge verstehen die Schweden unter Priorisierung.

Es gibt Priorisierungshandbücher. In Schweden käme kein Mensch auf die Idee zu sagen: Diese Leistung ist nicht mehr bezahlbar, wir erbringen sie nicht mehr. Umfragen wie die des Ärztinnenbundes, welche Leistungen man als Erste haben möchte und welche ausgegliedert werden sollten, sind meiner Ansicht nach der falsche Ansatz. Man muss sich erst einmal klar werden: Was ist Priorisierung? Was wollen wir? Wenn wir Priorisierung als Anwendung von evidenzbasierter Medizin wollen, bin ich völlig auf Ihrer Seite. Wir müssen das, was notwendig, nützlich und ökonomisch sinnvoll ist, tun. So steht es im SGB V. Wir haben auf der anderen Seite einen Gesundheitsfonds, der noch über 30 Milliarden Euro verfügt. Im Moment gibt es also keine akute Notwendigkeit, da etwas zu tun. Es gibt keinerlei Notwendigkeit, den Leistungskatalog einzuschränken.

Die ethische Diskussion – Wie mache ich die Allokation von Transplantaten? – ist eine ganz andere Diskussion. Herr Beske, mit dem ich schon einige Male über Kreuz gekommen bin, versteht darunter etwas völlig anderes. Er versteht darunter eine Leitliniendiskussion. Wenn ich sage, andere Leute wollen einfach etwas aus dem gesetzlichen Katalog herausschmeißen und den Patienten nicht mehr geben oder privat liquidieren, antwortet er: Das meine ich gar nicht. Andere meinen das aber.

Von daher meine Bitte an Sie, diese Diskussion über den Begriff Priorisierung erst einmal zu präzisieren, bevor man in die Öffentlichkeit geht und sagt: Wir müssen die Diskussion eröffnen. Erst einmal müssen wir wissen, worüber wir reden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dietrich. – Zur Geschäftsordnung hat sich jetzt Herr Lücke gemeldet. Ich ahne, was Herr Lücke vorhat.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte wieder, die Redezeit auf drei Minuten zu beschränken. Ich glaube, in dieser Zeit kann man alle Argumente austauschen. Dann kommen mehr Kolleginnen und Kollegen zu Wort.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lücke. – Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir ab. Wer ist für Redezeitbegrenzung auf drei Minuten? – Die Gegenprobe! – Weniger. Damit ist Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen. – Herr Stagge, Sie sind der Erste, den es trifft.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident, vielen Dank. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn wir die Demografie betrachten – da hat Herr Beske keinen Unsinn geredet –, kommen wir nicht daran vorbei, dass die finanziellen Mittel und das, was geleistet werden muss, irgendwann nicht mehr zusammenpassen. Im Moment sind wir in einer sehr komfortablen Situation: Wir haben gute finanzielle Verhältnisse und wir könnten eine sinnvolle Diskussion führen. Wir haben aber eine Regierung, die nicht weiter als die nächsten vier Jahre guckt und sich dem verschließt, und zwar der ganze Bundestag. Das ist erschreckend.

Wenn wir in dieser guten Situation die Debatte führen, dass wir Kranke versorgen wollen und nicht Leute, denen es irgendwo ein bisschen wehtut, und wie wir das machen wollen, dann kommen wir irgendwann in die Situation, dass es Druck gibt, dass wir das in einer Situation leisten müssen, in der wir nicht mehr wählen können. Das wird dann dazu führen, dass die Pressure-Groups natürlich gut behandelt werden und die Schwachen und Kranken nicht mehr versorgt werden. Deswegen brauchen wir das jetzt.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Stagge. – Thomas Lipp aus Sachsen ist der Nächste.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Dietrich, Sie sind ein guter Redner. Ich hoffe, Sie sind auch ein guter Rechner. Es ist doch eine Sache von Grundschulrechnung, dass man Ausgaben und Einnahmen in irgendeiner Weise zur Deckung bringen muss. Wir merken doch alle, dass die Medizin erst jetzt beginnt, richtig teuer zu werden. Schauen Sie sich doch einmal die Entwicklung der Kosten an. Hier geht es um ganz moderne Kosten, nicht um das, was wir in den letzten Jahrzehnten gemacht haben. Ich halte es für äußerst demokratisch und verantwortungsvoll für die nächste Generation, aber auch für die jetzige Generation, dass wir dieses in ein vernünftiges Verhältnis bringen.

Ich gebe Ihnen recht: Die Priorisierung ist an Kosten festzumachen. Da bin ich sehr nahe bei Ihnen. Ich denke, wir müssen die Priorisierung an Qualität festmachen, dass wir diese – je nach Fachgesellschaft unterschiedlich – 30 Prozent unsinniger oder nicht geklärter Leistungen ausmenden können, sodass wir mit dem Geld, das wir haben, diejenigen Leistungen bringen, die den Patienten wirklich helfen, keine unsinnigen Leistungen. Priorisierung muss also vom Geld weg hin zur Qualität geschoben werden.

Ich spreche jetzt zu meinem eigenen Antrag 72. Die Priorisierung muss im SGB V zumindest erwähnend festgestellt werden, damit wir eine Legitimation haben, uns damit zu befassen. Das Ergebnis ist völlig offen. Insofern bitte ich Sie, diesen Antrag zu unterstützen.

Damit komme ich zum Antrag 96. Ich bin mir jetzt nicht ganz sicher, ob dieser Antrag ein Scherz ist, dass neue kostenrelevante Leistungen nicht mehr in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollen. Wollen wir denn in 15 Jahren unsere Patienten, die schwer krank sind, alle nach Namibia fliegen, damit sie dort behandelt werden? Wir können uns im Gesundheitswesen doch nicht von der entsprechenden Entwicklung abkoppeln. Ich finde, dieser Antrag sollte mit Nichtbefassung abgewählt werden.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Lipp. Über Nichtbefassung soll man sofort abstimmen, damit nicht die Gefahr besteht, dass man sich doch noch damit befasst. Haben Sie alle den Antrag VII-96 vorliegen?

(Zuruf: Nein!)

– Gut. Dann machen wir mit Genehmigung von Herrn Lipp eine kleine Ausnahme und stimmen über die Nichtbefassung erst ab, wenn Sie alle den Antrag vorliegen haben. Anderenfalls würden wir uns mit etwas nicht befassen, was Sie gar nicht kennen.

Der nächste Redner ist Herr Joas, der Antragsteller dieses Antrags. Er wird uns sicherlich etwas dazu sagen wollen. Herr Joas.

Dr. Joas, Bayern: Der Antrag mag eine Provokation sein, sicherlich. Wir haben bei der Finanzdiskussion gesehen: Wir tun uns schon jetzt schwer, auf Jahre hinaus festzustellen, wie viel Geld wir ausgeben können oder nicht. Wenn wir die Zahlen von 2060 mitnehmen sollen – Herr Beske hat es sehr wissenschaftlich und gut gemacht –, dann tun wir uns natürlich noch viel, viel schwerer. Der Hinweis, dass Herr Beske seit 30 Jahren dasselbe sagt, besagt ja nicht, dass er seit 30 Jahren etwas Falsches sagt. Wir haben Herrn Beske schon oft gehört und haben ihn geehrt. Da wurde er nicht als Traumwandler dargestellt, sondern als jemand, der konkrete Wissenschaft betreibt.

Der Club of Rome hat 1976 – die Themen Klimawandel und Gesundheitskosten haben unglaublich viel miteinander zu tun – ziemlich genau vorhergesagt, was jetzt eintritt. Das Abschmelzen der Pole hat nicht genauso stattgefunden. Deshalb kann man aber nicht sagen, die Pole schmelzen nicht ab, weil die Prognose nicht so genau war.

Wenn Herr Geißler 1976 eine falsche Aussage gemacht hat, heißt das noch längst nicht, dass alle Hochrechnungen falsch sein müssen.

Sie haben sich mit großem Interesse dem Thema der Priorisierung zugewandt. Es ist sicherlich so, dass bei Einschränkung der Finanzmittel so etwas stattfinden muss. Beim Leistungskatalog tue ich mich in der Tat schwer zu sagen, was wir die nächsten 40 Jahre noch leisten können. Tendenziell muss es so sein – das können Sie bei Herrn Beske nachlesen –, dass wir uns schon jetzt festlegen, dass der Leistungskatalog zunehmend nur Basisleistungen enthält. Bei allem anderen müssen wir uns sehr wohl überlegen, ob wir es mit aufnehmen.

Das Ziel meines Antrags ist, dass wir uns klar darüber werden: Es muss eine Einschränkung geben. Deshalb meine ich, dass wir uns mit diesem Thema sehr wohl befassen müssen und es nicht wegschieben dürfen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Gleichwohl ist der völlige Verzicht auf Innovationen schon riskant. – Nächster Redner auf der Rednerliste ist Martin Grauduszus.

Grauduszus, Nordrhein: Sehr geehrte Damen und Herren! Wenn wir uns mit der Priorisierung beschäftigen, halte ich es für sehr wichtig, dass wir das nicht nur im Sinne der Prioritätensetzung betrachten, sondern dass wir auch einmal betrachten, was heute geschieht. Wir können feststellen, dass heute eigentlich das Gegenteil dessen geschieht, was wir wollen. Wir stehen nämlich unter einem ständigen Leistungsdruck und einem wirtschaftlichen Druck. Indikationen, die wir stellen, sind durch ökonomische Belange geprägt. In weiten Bereichen geht es inzwischen auch nicht darum, einen Patienten nur gut zu behandeln, sondern es geht auch darum, ihn so zu behandeln, dass viel Geld umgesetzt wird.

Ich denke, das dürfen wir im Rahmen der Priorisierungsdebatte nicht außer Acht lassen. Wir müssen diesen ökonomischen Druck abschütteln. Das ist aber sehr schwer, weil sich inzwischen so viele Institutionen oder fachfremde Personen in die Indikation einmischen. Ich habe eben von Kollegen gehört, dass nicht die Frage gestellt wird

„Wie viel können Sie mit Ihrer Abteilung im nächsten Jahr leisten und wie viele Patienten stehen zur Verfügung?“, sondern es wird gesagt: Wir erwarten 10 Prozent mehr Eingriffe.

Bei dieser Ausgangslage bekommt die Prioritätensetzung natürlich einen ganz anderen Geschmack. Auf einmal geht es nicht mehr um die Frage, was der Patient braucht, sondern es geht um die Frage: Was können wir bei dem Patienten machen? Wir müssen uns wieder darauf besinnen, nicht nur als Ärzte, sondern auch im Gesamtsystem, dass die Einzelleistung eben nicht preiswerter wird, damit man noch schneller und noch mehr arbeitet und vielleicht nicht mehr darüber nachdenkt, ob man den Patienten nicht mit einer weniger aufwendigen Maßnahme helfen kann, vielleicht sogar besser. Da das, glaube ich jedenfalls, manchmal nicht mehr ausreichend stattfindet, müssen wir uns nicht nur überlegen, Zahlen zu reduzieren, weil es zu viel kostet, sondern wir müssen auch überlegen: Können wir nicht preisgünstig Alternativen anbieten, die dem Menschen am Ende vielleicht sogar viel mehr helfen?

Vielen herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

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

Dr. Hellmann, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Auch ich spreche zum Antrag 96, weil er ja noch nicht abgesetzt ist. Ich würde gern den Antrag unterstützen, dass wir uns damit nicht befassen, weil das die größtmögliche Art der Zurückweisung ist. Wir sollten den Antrag nicht nur ablehnen. Wenn wir diesen Antrag annähmen, könnten wir die Priorisierungsdebatte eigentlich beenden, denn dann hätten wir das Problem bereits gelöst. Wenn wir wegen zukünftiger Finanzierungsnot die ganzen Innovationen ausschließen, ist die Sache gegessen.

Ich glaube, wenn wir das täten, machten wir doch mehrere riesige Fehler. Einen Leistungskatalog der gesetzlichen Versicherung gibt es nur im ambulanten Bereich, nämlich im EBM. Dort gilt der Erlaubnisvorbehalt. Im stationären Bereich gilt der Verbotsvorbehalt, sodass es dort gar keinen Leistungskatalog gibt. Ich würde gern nachfragen, wo denn die richtigen Kostensteigerungen zu verzeichnen sind: stationär oder ambulant? Diese Frage stellt sich. Dieser Antrag hätte also nicht einmal den erwünschten Erfolg, weil die Leistungen dann halt stationär erbracht würden. Der Anstieg wäre genauso wie dann, wenn man keinen Leistungskatalog beschränkt hätte.

Deshalb bitte ich darum, sich mit diesem Antrag gar nicht erst zu befassen, weil er völlig in die falsche Richtung geht und auch ein völlig falsches Bild nach außen vermittelt.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke, Herr Hellmann. – Heidrun Gitter.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Dietrich, Priorisierung hat primär nichts mit Kosteneinsparung zu tun. Ich denke, das haben sowohl Herr Professor Schulze als auch Herr Professor Beske immer wieder betont. Dennoch gebietet natürlich auch – auch! – der sinnvolle Umgang mit begrenzten Ressourcen – da denke ich im Moment mehr an das begrenzt zur Verfügung stehende Fachpersonal – das weitere Nachdenken über Priorisierung. Wenn man das vernünftig täte, bräuchte es, Herr Kollege Joas, auch keinerlei Provokationen. Im Gegenteil, dann bräuchte es eigentlich unseren ärztlichen Sachverstand, damit die Kranken solidarisch bekommen, was sie brauchen. Dazu gehören natürlich auch Innovationen, und zwar unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Heidrun. – Der Letzte auf der Rednerliste ist der Kollege Hans-Detlef Dewitz.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir werden sicherlich immer wieder neue Leistungen bekommen. Wir müssen dann darüber diskutieren, ob sie genommen werden sollen oder nicht. Eine sinnvolle Maßnahme ist, dass neue Leistungen nur dann in den Leistungskatalog aufgenommen werden, wenn dafür von den Krankenkassen on top extrabudgetär Geld zur Verfügung gestellt wird.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Dewitz. – Damit ist die Rednerliste zum Thema Priorisierung erschöpft. Wir haben dazu drei Anträge vorliegen. Ich komme zuerst zum **Antrag VII-96**, für den Nichtbefassung beantragt worden war. – Haben Sie alle den Antrag in der Hand? Haben Sie ihn gelesen? – Dann brauche ich ihn nicht zu verlesen. Ich frage Sie: Wer möchte sich nicht mit diesem Antrag befassen? – Wer möchte sich damit befassen? – Wenige. Wer enthält sich? – Einige. Dann ist mit großer Mehrheit zu diesem Antrag **Nichtbefassung** beschlossen.

Ich komme zum **Antrag VII-72:**

Vor- und Nachrangigkeit in der medizinischen Versorgung als notwendiges Gegengewicht einer verstärkt von ökonomischen Faktoren gesteuerten Medizin anerkennen

Der Antrag liegt Ihnen vor. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-91:**

Konsequente und differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema Priorisierung in der Medizin

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Damit haben wir die Anträge zum Tagesordnungspunkt VII c „Priorisierung“ behandelt und können in der Tagesordnung fortfahren. Dazu übergebe ich die Sitzungsleitung an Max Kaplan, weil ich Referent für unseren nächsten Tagesordnungspunkt bin. Ich brauche maximal zehn Minuten für ein paar Ausführungen. Es könnte sein, dass wir das noch erledigen, bevor wir die Sitzung für heute schließen.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich rufe **Tagesordnungspunkt VII a** auf:

Krisenbedingte Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen

Referent ist Professor Dr. Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Bitte, Monti.

Prof. Dr. Montgomery, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben uns auf dem vorjährigen Ärztetag und auf den Ärztetagen davor auf der Höhe der Eurokrise mehrfach in einzelnen Diskussionsbeiträgen mit der Frage beschäftigt, welche Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme in den Krisenstaaten festzustellen sind. Sie haben darum gebeten, dies durch Rücksprache auch mit unseren europäischen Partnern im Ständigen Ausschuss der Ärzte der Europäischen Union und durch unsere Kontakte in Brüssel in Erfahrung zu bringen. Wir haben seitens der Geschäftsführung der Bundesärztekammer eine Fragebogenaktion gestartet und in den entsprechenden Krisenländern nachgefragt.

Ich weiß nicht, wie Sie die Tatsache interpretieren, dass das Ergebnis dieser Umfrage nicht ausgesprochen ergiebig war. Vielleicht hängt dies auch schon mit der sich etwas konsolidierenden Situation in diesen Ländern zusammen.

Eines war uns völlig klar – das ist uns auch überall gesagt worden –: Ökonomie und Medizin sind untrennbar miteinander verbunden. Das ist eines der Probleme, das wir hier spüren, denn auch wir müssen immer wieder die Grenzen zwischen Ökonomie und Medizin ausloten und austarieren. Gerät die Ökonomie ins Rutschen, kommt die Medizin ins Trudeln. Nirgendwo konnte man das besser sehen als in den Krisenstaaten der sich hoffentlich am Ende befindlichen Eurokrise.

Um die gute Botschaft vorwegzunehmen: Nach Ausbruch der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise vor sieben Jahren scheinen die Krisenstaaten in Europa am Ende eines langen Tunnels ein zartes Licht erkennen zu können. Spanien, Portugal und Irland haben den Rettungsschirm wieder verlassen, den die internationalen Geldgeber gespannt hatten. Griechenland ist inzwischen erfolgreich an die Kapitalmärkte zurückgekehrt. Offenkundig besteht Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Die Protes-

te der Bevölkerung in den sogenannten Krisenstaaten im Mittelmeerraum, in Südosteuropa oder in Irland gegen die im Zuge der Krise erfolgten Einsparungen gehen gleichwohl weiter – und zwar zu Recht!

Die Medizin ist der Ökonomie schnell in den Abgrund gefolgt. Jetzt kommt es darauf an, dass die Versorgung der Bevölkerung beim Weg aus dem Abgrund heraus nicht aus dem Fokus der ökonomischen Konsolidierung gerät.

Ich will versuchen, Ihnen einen kurzen Überblick über die Sparbemühungen im Gesundheitsbereich zu geben, die in den Krisenstaaten zur finanzpolitischen Konsolidierung unternommen wurden. Der Anteil der Gesundheits- und Sozialausgaben am Bruttoinlandsprodukt hatte in der Mehrzahl der betroffenen Staaten vor Ausbruch der Krise einen vergleichsweise hohen Wert erreicht. Es kann daher nicht überraschen, dass der Gesundheitsbereich von den Sparbemühungen in besonderer Weise betroffen ist.

Das spezifische Kennzeichen der Sparbemühungen in den sogenannten Krisenstaaten ist jedoch der externe Impuls. Zwar haben letzten Endes die Parlamente der Länder die Sparpakete in nationale Gesetzgebung umgesetzt; die Vorgaben dazu gehen aber auf Vereinbarungen zurück, die zwischen den Krisenstaaten und den internationalen Geldgebern geschlossen wurden.

War es anfangs noch der Internationale Währungsfonds, sind es im weiteren Verlauf der Krise zunehmend die Eurostaaten gewesen, die konkrete Sparziele vorgeschrieben haben.

Externe Eingriffe insbesondere in komplexe Strukturen im sensiblen Gesundheitsbereich müssen zwangsläufig Anpassungsprobleme hervorrufen. Nehmen wir das Beispiel Griechenland: Die Zusammenlegung verschiedener Krankenversicherungsträger in eine einheitliche Struktur geht auf den Impuls der Troika zurück. Stellen Sie sich einmal vor, externe Geldgeber würden die deutsche Bundesregierung und den Bundestag zwingen, die nationale Krankenversicherung einem vergleichbaren Eingriff zu unterziehen, sozusagen die Bürgerversicherung auf Draghis und Barrosos Geheiß. Ich bin sicher: Auf dem anschließenden Ärztetag bekämen wir einige hitzige Debatten zu dieser Thematik.

Anhand konkreter Beispiele möchte ich Ihnen die Auswirkungen bestimmter in den Vereinbarungen formulierter Sparziele auf die jeweiligen Gesundheitssysteme skizzieren. Dabei müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass vor Ausbruch der Krise in einigen der jetzt durch Sparmaßnahmen betroffenen Gesundheitssysteme ein ökonomisch nicht gedecktes hohes Ausgangsniveau und eine entsprechende Anspruchshaltung vorgeherrscht haben.

Eine Stellschraube, an der aufgrund der Vereinbarungen mit den internationalen Geldgebern die politischen Entscheidungsträger nahezu aller Krisenstaaten gedreht haben, sind die Arzneimittelausgaben. Einsparungen sollen insbesondere durch die verstärkte Abgabe von Generika, die Zentralisierung des Arzneimittelankaufs und Zwangsrabatte für die Pharmaindustrie erreicht werden. Dabei ist es zu grotesken Fehlentwicklungen gekommen. Teilweise hat die Pharmaindustrie sich geweigert, angesichts von Zahlungsrückständen dringend benötigte Medikamente auszuliefern, und hat auf Vorkasse bestanden. Auch deutsche und westeuropäische Firmen haben sich an diesen Vorgängen beteiligt.

Auch haben Apotheken die Medizin nur gegen Barzahlung abgegeben, selbst bei versicherten Patienten, weil die Krankenkassen im Zahlungsrückstand waren.

Das, meine Damen und Herren, ist natürlich nicht tolerabel.

Neben den Arzneimittelausgaben ist der Krankenhausbereich in besonderer Form betroffen gewesen. In diesem Zusammenhang steht zum Beispiel die Umstellung auf Fallpauschalen zur Abrechnung erbrachter Leistungen in den Kliniken. Durch Fusionen und Schließungen von Kliniken sollten die Ausgaben gesenkt und vermeintliche Synergien gehoben werden.

Die Folge war ein deutlicher Abbau von Krankenhausbetten.

Von diesem Abbau ist übrigens in besonderer Weise nicht nur Griechenland betroffen, sondern auch Irland, wo sich ein ohnehin schon beispiellos umfangreicher Abbau von Krankenhausbetten noch einmal beschleunigt hat.

Ein weiterer Ansatz für Kostensenkungen in den Kliniken ist der Personalbereich. In den Krisenstaaten wurde ein Einstellungsstopp verhängt. Gleichzeitig wurden die Gehälter der Beschäftigten in den Kliniken entweder eingefroren oder gekürzt. Das Resultat dieser Politik ist für die Beschäftigten in den Kliniken eine Verdichtung der Arbeit bei wenigem Gehalt.

Für die Patientinnen und Patienten sind verdichtete Arbeitszeiten und fehlende Motivation bei den Ärztinnen und Ärzten, bei den Pflegenden und anderen Mitarbeitern in den Krankenhäusern aber ein Grund zur Sorge, weil überarbeitete und gestresste Angestellte negative Folgen für die Patientensicherheit haben können.

Meine Damen und Herren, schauen wir uns Griechenland einmal etwas genauer an. Das dortige Krankenversicherungssystem stand schon vor der Krise unter starkem Druck. Ich zitiere aus einer im „Lancet“ im Februar dieses Jahres erschienenen Arbeit:

Es herrschte breiter Konsens, dass der soziale Sektor Griechenlands dringend reformiert werden musste, da dort Korruption weit verbreitet und Durchstechereien an der Tagesordnung waren und Ineffizienzen vorherrschten.

Diese Probleme hat man nun – sozusagen in einem Aufwasch – durch Verlagerung der Finanzierung auf die Bevölkerung zu lösen versucht.

In Griechenland ist die Krankenversicherung an die Arbeit gebunden. Nach zwei Jahren Arbeitslosigkeit erlischt der Krankenversicherungsschutz. Die Arbeitslosigkeit ist in der Krise von 7,5 Prozent auf knapp 30 Prozent gestiegen. Heute gibt es viele Griechen ohne jeden Krankenversicherungsschutz. Gleichzeitig hatte der Staat seine Ausgaben für die Gesundheit drastisch reduziert, und zwar um zweistellige Prozentsätze per anno.

So etwas kann nicht ohne Folge bleiben. Da hilft dann zum Erreichen einer gesunden Versorgung nur noch Barzahlung – wer Geld hat. In einem System, das Korruption kannte – wie im griechischen Gesundheitswesen –, ist diese Beteiligung der Patienten zur Konsolidierung der Staatsfinanzen deletär für eine soziale Differenzierung zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen.

Ein weiterer Schwerpunkt waren Zuzahlungen für Arzneimittel. Zusätzlich wurden die Patienten im Sinne einer Praxisgebühr durch Gebühren für die Nutzung der ambulanten und stationären Versorgung beteiligt. Es gibt Berichte von Diabetikern, dass sie auf ihre Diabetesmedikamente verzichten mussten und stattdessen ausschließlich mit diätetischen Maßnahmen behandelt werden konnten.

Nun ist es sicher unstrittig, dass die Lasten bei der Überwindung der Schuldenkrise gerecht verteilt werden müssen. Gerade bei den Schwächsten, bei Kindern oder Alten, aber eben auch bei den Kranken muss bei allen berechtigten Sparbemühungen ein besonderes Augenmaß gelten. Es ist ein Zeichen kurzfristigen Denkens, wenn aufgrund von Sparmaßnahmen keine Praxis oder Klinik in erreichbarer Nähe ist und medizinisch indizierte Therapien durch den Patienten deswegen entweder gar nicht erst begonnen oder abgebrochen werden. Auch dürfen Medikamente angesichts von Kürzungen bei den Einkommen und Renten kein unerschwingliches Luxusgut werden.

Die Folgen sind in der von mir eben schon zitierten Arbeit im „Lancet“ hervorragend dokumentiert. In Griechenland gibt es einen deutlichen Anstieg der HIV-Neuinfektionen durch die fehlende Prophylaxe und Betreuung von Drogensüchtigen. Es gibt einen erheblichen Anstieg von Totgeburten bei nachlassender Schwangerschaftsversorgung. Die Zahl untergewichtiger Kinder steigt. Die in Griechenland traditionell sehr gering gewesene Anzahl von Suiziden steigt erheblich.

So notwendig also wirtschaftliche Reformen sein mögen, so unerträglich ist ihre Auswirkung auf die Bevölkerung. Als ob die Menschen nicht schon genug an den Sparmaßnahmen zu leiden hätten!

An dieser Stelle möchte ich auf den Beitrag der Kolleginnen und Kollegen in den betroffenen Staaten an der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung hinweisen. In erster Linie meine ich damit die unzähligen geleisteten Überstunden. Ich meine damit aber auch in Griechenland die Einrichtung von Straßenambulanzen für die medizinische Versorgung Mittelloser.

Nutzer dieser Ambulanzen sind übrigens keinesfalls vornehmlich Obdachlose. Vielmehr kann sich ein stetig wachsender Teil der griechischen Bevölkerung die medizinische Versorgung nicht mehr leisten. Angesichts konstant hoher Arbeitslosigkeit und dem damit einhergehenden Verlust des Krankenversicherungsschutzes sind auch große Teile der griechischen Mittelschicht nicht mehr in der Lage, sich auch nur eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu leisten.

Mit der ehrenamtlichen Arbeit in den Straßenambulanzen leisten die Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit anderen Heilberufen einen konkreten Beitrag zur Gesundheitsversorgung und setzen ein Zeichen der gesellschaftlichen Solidarität.

Auch deutsche Kolleginnen und Kollegen haben versucht zu helfen, oft gemeinsam mit in Deutschland lebenden und arbeitenden Kolleginnen und Kollegen griechischen Ursprungs. Wir haben Geld, Medikamente und medizinisches Gerät gesammelt, viele haben auch versucht, direkt zu helfen. Ich weiß, dass auch einige von Ihnen, die hier in diesem Raum sind, hingefahren sind und versucht haben, selber aktiv zu werden.

Meine Damen und Herren, das alles kann nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein. Der Schlüssel für die Zukunft der griechischen Patienten, ja des Patienten Griechen-

land, kann nicht in Wohltätigkeit und Almosen, Spende und Anteilnahme allein liegen. Der Schlüssel liegt im ökonomischen Fortschritt.

Und da liegt dann unsere Aufgabe, nämlich dafür Sorge zu tragen, dass dieser Fortschritt bei den Menschen ankommt, und nicht bei den Banken, den Reedern, den reichen Griechen im Ausland.

(Beifall)

Wir haben einen Antrag formuliert, der Ihnen vorliegt. Angesichts der teilweise dramatischen Entwicklungen in den betroffenen Staaten und als Zeichen der Solidarität mit den Kolleginnen und Kollegen vor Ort halte ich es für gleichermaßen geboten wie erfreulich, dass sich die deutsche Ärzteschaft dieses Themas im Rahmen ihres Ärztetages annimmt.

Lassen Sie uns von diesem Ärztetag ein Signal der Solidarität mit den Kolleginnen und Kollegen in den betroffenen Ländern aussenden.

Die Lasten der Krise müssen von allen geschultert werden. Die Ärztinnen und Ärzte in Griechenland, in Portugal, in Spanien und in Irland sowie in allen anderen Staaten, die aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise zu Sparanstrengungen im Gesundheitsbereich gezwungen waren, tragen ihren Teil durch signifikante Mehrarbeit ohne entsprechenden Lohnausgleich bei.

Zugleich darf die Krise nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Die politischen Entscheidungsträger aufseiten der Geldgeber wie auch in den nationalen Regierungen und Parlamenten der Krisenstaaten fordern wir daher auf, die Bewältigung der Krise mit Augenmaß anzugehen. Sparbemühungen sind kein Selbstzweck und Einsparungen dürfen nicht allein an kurzfristigen haushalterischen Zielen ausgerichtet sein.

Im Namen des Vorstands bitte ich Sie daher um breite Zustimmung für die vorliegende EntschlieÙung.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Lieber Monti, vielen Dank für deine Ausführungen und diesen eindeutigen Appell. – Es stehen bereits drei Redner auf der Rednerliste. Der erste Redner ist Professor Dietrich aus Bayern. Herr Professor Dietrich, bitte schön.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Ich glaube, der Rede von Herrn Montgomery ist gar nicht so viel hinzuzufügen.

(Beifall)

Ich möchte nur drei Aspekte erwähnen. Es gibt einen weiteren Antrag, der in einigen Teilen fast wörtlich mit dem Antrag des Vorstands übereinstimmt.

Der erste Aspekt ist: Diese Krise kommt ja nicht von ungefähr. Auch die Sparmaßnahmen, die den Griechen und den anderen Staaten aufgezwungen werden, kom-

men nicht von ungefähr, sondern die deutsche Regierung ist maßgeblich an den massiven Sparmaßnahmen in diesen Ländern beteiligt. Ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt. Wir sollten unsere Politiker einmal darauf hinweisen, welche konkreten Auswirkungen die Sparmaßnahmen in den Ländern zur Folge haben.

In dem erwähnten „Lancet“-Artikel ist die Rede davon, dass gerade in Zeiten der Krise die Gesundheitsausgaben nicht reduziert, sondern erhöht werden sollten. Das ist eine These, die die Sozialwissenschaftler aufgestellt haben. Das griechische Gesundheitswesen hat vor der Krise etwa 10 Prozent des Bruttosozialprodukts gefressen. Die Troika hat aufoktroziert, dass nur noch 6 Prozent ausgegeben werden dürfen. Wir wissen: Gerade in Zeiten, in denen Reformen notwendig sind, ist Geld erforderlich, keine Kürzung der Gelder.

Das griechische Gesundheitswesen war vor der Krise schlecht. Das wissen wir alle; das hat Herr Montgomery gerade gesagt. Aber wenn man das System ändern will, dann muss man erst einmal Geld hineinstecken, bevor man Geld herauszieht.

Deswegen lautet meine zweite These, dass man in solchen Zeiten mehr Geld für Gesundheitsausgaben fordern muss, denn – das haben wir schon auf dem vorherigen Ärztetag gehört – Armut macht krank. Die Griechen sind im Moment teufelsarm. 30 Prozent der Bevölkerung haben keinen Versicherungsschutz mehr. Es muss also mehr Geld dort hineinfließen. Das Geld muss auch über die Troika hineingesteckt werden, anstatt noch weitere Kürzungen vorzunehmen.

Ich möchte einen letzten Aspekt erwähnen, der ganz wichtig ist. Wir vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte haben inzwischen zwei Reisen nach Griechenland durchgeführt. Eine Bevölkerungsgruppe ist in einer ganz schlechten Situation, nämlich die Asylsuchenden. Griechenland hat etwa 1 Million Asylsuchende, die unter fürchterlichsten Umständen leben, in Gefängnissen, auf der Straße. Sie werden geschlagen und geprügelt, sie kommen nicht weiter. Es ist unglaublich, was dort mit den Flüchtlingen passiert. Die Griechen sind total überfordert, genauso wie inzwischen auch die Spanier. Dort ist ganz, ganz dringend Hilfe nötig.

Wir müssen bei uns darauf drängen, dass wir mehr dieser Flüchtlinge bei uns aufnehmen, so ungern unsere Politiker das auch tun. Das ist ein ganz wichtiges Problem. Das ist die Folge der Krise. Die Griechen sind nicht schuld an der Krise. Sie sind einfach überfordert, wenn man mit 8 Millionen Einwohnern 1 Million Flüchtlinge versorgen muss. Das geht einfach nicht.

Es ist unmenschlich, was dort geschieht. In diese Wunde müssen wir unsere Finger legen und schauen, dass wir von uns aus mehr Mittel zur Verfügung stellen, damit diese Flüchtlinge versorgt werden. Wir müssen mehr Druck ausüben, dass mehr von diesen armen Flüchtlingen bei uns unterkommen können.

Deshalb der von mir gestellte Antrag. Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Danke sehr.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Professor Dietrich, vielen Dank. Es geht um den Antrag 70. – Meine sehr geehrten Damen und Herren, darf ich darauf hinweisen: Wir

befinden uns im Tagesordnungspunkt VII, deshalb gilt die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten. – Der nächste Redner ist Herr Wieland Dietrich.

Dietrich, Nordrhein: Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann es relativ kurz machen. Wir haben vom Präsidenten gehört, wie prekär die Situation in südeuropäischen Ländern ist, insbesondere in Griechenland. Ich finde es allerdings problematisch – die Ehrlichkeit gebietet es, das zu sagen –, dass wir seit Jahren deutsche Ärzte ins Ausland gehen lassen, weil sich die Tätigkeitsvoraussetzungen in Deutschland verschlechtern. Es handelt sich seit 2007 um 21.000 Ärzte. Dadurch entsteht ein Ärztemangel. Wir wissen, dass er im stationären und auch im ambulanten Bereich vorhanden ist. Er nimmt zu.

Dann die Ärzte aus dem Ausland wegzuholen und dort die Ressourcen personeller Art auszudünnen, das sollte eine Überlegung wert sein, ob dies aus berufspolitischer oder ärztlicher Sicht der richtige Weg ist.

Das war es zu diesem Thema. Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Dietrich, vielen Dank. – Herr Stagge hat seine Wortmeldung zurückgezogen. Dann kommen wir jetzt zur Abstimmung über die Entschließungsanträge. Wir kommen zunächst zur Abstimmung über den **Antrag VII-01 a** zum Entschließungsantrag 01. Es wird gewünscht, am Ende des ersten Absatzes des Antrags 01 folgende Ergänzung vorzunehmen:

Bei Kürzungen im Gesundheits- und Sozialbereich ist von Beginn an eine Politikfolgenabschätzung durchzuführen und transparent zu machen.

Wer stimmt diesem Änderungsantrag zu? – Wer stimmt dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Mehrere Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit einigen Gegenstimmen und mehreren Enthaltungen **angenommen**.

Wir kommen zur Abstimmung über den so ergänzten **Antrag VII-01** des Vorstands der Bundesärztekammer. Wer stimmt dem so geänderten Antrag zu? – Wer stimmt dagegen? – Keine Gegenstimmen. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist der Antrag bei einer Enthaltung **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-70:**

Krise und Gesundheitswesen

Wer stimmt dem Antrag VII-70 zu? – Wer stimmt dagegen? – Drei Gegenstimmen. Enthaltungen? – Mehrere Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit drei Gegenstimmen und mehreren Enthaltungen **angenommen**.

Ich übergebe die Sitzungsleitung jetzt wieder an den Präsidenten.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine Damen und Herren, ich glaube, wir sollten die Sitzung jetzt beenden. Wir treffen uns morgen um 9 Uhr wieder. Wir beginnen

dann mit einem kurzen Bericht des Vorsitzenden des bvmd. Anschließend beginnt der herbeigesehnte Marathon der Abstimmungen. Es gibt zum Tätigkeitsbericht über 100 Anträge.

Ich hoffe, dass ich nachher möglichst viele von Ihnen bei der Ärztekammer Nordrhein unter dem Motto „Rheine Freude“ wiedersehe. Dort wird uns Piet Klocke einiges auch über die Auswüchse in unserem Sozialwesen erzählen.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend. Wir sehen uns morgen früh wieder.

4. Tag, Freitag, 30. Mai 2014 **Nur Vormittagssitzung**

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir setzen unsere Beratungen fort. Ich begrüße heute ebenso wie an den vorangegangenen Tagen den Ehrenpräsidenten des 117. Deutschen Ärztetages, Herrn Kollegen Jan Leidl, und den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Karsten Vilmar. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich glaube, dass ich in Ihrer aller Namen der Ärztekammer Nordrhein ganz herzlich für die Durchführung des gestrigen Gesellschaftsabends danken kann.

(Beifall)

Besonders beim Auftritt von Piet Klocke fühlte man sich lebhaft in die Arbeitssitzungen des Deutschen Ärztetages zurückversetzt. Für diejenigen, die ihn nicht gehört haben: Er ist ein Meister der unvollendeten Sätze.

Es war ein sehr schöner Abend. Ich glaube, wir alle haben viel Spaß gehabt. Herzlichen Dank den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztekammer Nordrhein, vor allem Frau Maurer, die den Abend so toll organisiert hat.

(Beifall)

Wir treten jetzt in die Debatte zum Tagesordnungspunkt VII ein. Ich habe wegen der Organisation eine ganz dringliche Bitte an Sie. Wer sich noch immer mit dem Gedanken trägt, Anträge zu stellen, möge uns die Anträge möglichst bald zur Verfügung stellen. Wir haben bereits eine Vorsortierung vorgenommen. In dem Moment, wenn wir einen einzelnen Abschnitt aus einem Themenblock aufgerufen haben, ist eine Abgabe von Anträgen zu diesem Themenblock nicht mehr möglich. Sie machen uns und sich selber das Leben leichter, wenn Sie sich eine Deadline setzen. Was Sie bis jetzt noch nicht abgegeben haben, kann vielleicht auch noch ein Jahr warten. Es ist vielleicht nicht so schädlich, wenn wir uns im nächsten Jahr in Frankfurt damit befassen.

Wir beginnen unsere heutige Diskussion zum Tagesordnungspunkt VII damit, dass uns der Präsident der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Christian Kraef, der geladener Gast mit Rederecht ist, begrüßt. Ich freue mich, Herr Kraef, wenn Sie uns jetzt Ihre Mitteilungen machen.

Kraef, geladener Gast: Vielen Dank. Es ist mir eine Ehre, heute den ersten Redebeitrag liefern zu dürfen. – Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich werde heute zum Medizinstudium sprechen – einem Thema, bei dem sich einige berufen fühlen mitzureden, nicht zuletzt die Politik. Schließlich fließen ja auch eine Menge Steuergelder an die Fakultäten. Die Gesellschaft fordert eine gesicherte Versorgung. Schnell ist das Studium als gesundheitspolitisches Instrument ausgemacht. Das Medizinstudium 2020 – eine Schlagzeile im Koalitionsvertrag: Auswahl der Studienplatzbewerber, mehr Allgemeinmedizin im Studium, Praxisnähe. Diesen

Herbst soll es losgehen. Das ist ein Prozess, der nicht ohne die unmittelbar Beteiligten, also uns als Medizinstudierende, ablaufen darf.

Die Auswahl der Bewerber für das Medizinstudium wird insbesondere in der Ärzteschaft immer wieder als eine der wichtigsten Baustellen, von einigen gar als Allheilmittel gesehen. Mit Sicherheit gibt es hier Verbesserungspotenzial. Soziale Kompetenz, Motivation, Eignung für den Beruf, bestimmte kognitive Fähigkeiten, um nur einige Punkte zu nennen, sollten viel stärker mit einbezogen werden.

Aber auch die Abiturnote hat ihren Stellenwert, ist sie doch der wichtigste Indikator und Prädiktor für den Studienerfolg. Ziel sollte sein, ein möglichst vielseitiges Spektrum an Studierenden auszuwählen. Keinesfalls kann und sollte ein Auswahlverfahren den perfekten Chirurgen, den idealen Forscher oder den einfühlsamen Hausarzt vorhersagen wollen. Studium muss Raum lassen für Persönlichkeitsentwicklung.

(Beifall)

Aber wie bildet man einen guten Arzt aus? Wie sieht ein solches Medizinstudium aus? Entscheidend ist der Umgang mit dem exponentiell wachsenden Fachwissen. Die Ausbildung muss erfolgen für Technologien, die heute noch nicht erfunden sind, und Probleme, von denen wir noch nicht einmal ahnen, dass es sie geben wird.

Der Schlüssel für eine solche Ausbildung heißt Kompetenzorientierung, denn Wissen allein macht den Patienten nicht gesund.

Die berühmten CanMeds Arztrollen fassen tiefgründig andere wichtige Kompetenzen eines Arztes zusammen. Er soll Kommunikator, Teamworker, Manager und Fürsprecher sein, er soll eine hochstehende ärztliche Haltung haben. Eine tolle Möglichkeit, die Schlüsselthemen Kompetenzorientierung, Praxisbezug und Allgemeinmedizin auf ansprechende Weise zu verknüpfen, bietet ein Längsschnittcurriculum Allgemeinmedizin, weil man vom Beginn des Studiums an hausärztliche Patienten mit betreut und Krankheiten in ihrem Verlauf erlebt. Auch Freiräume für individuelle Schwerpunktsetzungen und außercurriculäre Beschäftigungen müssen im Studium vorhanden sein, denn sie sind wichtig für die Persönlichkeitsbildung, die das Studium neben all den fachspezifischen Aspekten leisten muss.

Der richtungsweisende Werkzeugkasten für die Reform des Medizinstudiums ist der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Bei dessen Erstellung und Umsetzung hat sich die Ärzteschaft leider nicht mit Ruhm bekleckert. Viele Fachverbände, allen voran der Berufsverband Deutscher Internisten, blockieren den Prozess aus Gründen kleinlicher Besitzstandswahrung.

(Beifall – Widerspruch)

Aber noch ist es zum Glück nicht zu spät. Wir gehen von einer Verabschiedung im kommenden Jahr aus.

Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Gründung privater Fakultäten aus dem Ausland, dem sogenannten Franchisingmodell, zuletzt die Red-Bull-Uni in Nürnberg, die alle ihr eigenes Curriculumsüppchen köcheln, gilt es nun, über Inhalte und Qualität des Medizinstudiums in Deutschland zu sprechen.

Verstehen Sie mich nicht falsch: Das deutsche Medizinstudium ist sicher nicht der Nabel der Welt, aber Medizinstudium ist staatliche Daseinsvorsorge und darf nicht

sozialer Selektion oder monetären Gesichtspunkten unterliegen oder das Hobby eines Salzburger Süßgetränkemilliardärs werden.

(Beifall)

Lassen Sie uns die aktuellen Entwicklungen als Chance begreifen, gemeinsam zum Thema Medizinstudium 2020 zu arbeiten, Positivkriterien für das Studium zu erstellen und die ärztliche Ausbildung fit für die Zukunft zu machen.

Warnen möchte ich an dieser Stelle allerdings alle diejenigen, die glauben, dass man durch Herumdoktern am Medizinstudium grundsätzliche gesundheitspolitische Verfehlungen heilen kann.

(Beifall)

Unser gemeinsames Ziel und oberste Prämisse kann einzig und allein die gute Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses sein.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Christian Kraef. Eine Reihe von Ideen, die Sie angesprochen haben, werden wir sicher auch bei der Diskussion über den Tätigkeitsbericht behandeln. Vielen herzlichen Dank.

Wir fahren in der Tagesordnung fort. Ich rufe **Tagesordnungspunkt VII b** auf:

Sachstandsbericht über Zusammenarbeit mit der gematik

Referent ist Herr Kollege Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses „Telematik“ der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Es sind in der Person von Professor Elmer und Professor Winter Vertreter der gematik unter uns. Sie können Ihre Fragen sachkundig beantworten. Beide Herren sind vom Präsidenten geladene Gäste und deswegen mit Rederecht ausgestattet.

Franz, du hast das Wort.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst möchte ich mich bedanken, und zwar bei denen, die auf dem vorjährigen Ärztetag in Hannover die Fleißarbeit, die wir Ihnen vor 14 Tagen zugesandt haben, in Auftrag gegeben haben. Mit einer solchen Zusage verbindet man immer die Vorstellung: Die Post kommt an, man öffnet sie, man sieht „Sachstandsbericht über Zusammenarbeit mit der gematik“, man taucht in die Lektüre ein. Ich habe leider feststellen müssen, dass dies längst nicht bei allen der Fall gewesen ist. Anscheinend ist das bei dem riesenhaften Postversand, den man vor einem Ärztetag bekommt, nicht als besonderes Exponat aufgefallen. Wir haben es noch einmal ausgelegt, weil ich in Einzelgesprächen gemerkt habe, dass man gar nicht weiß, dass einem der Sachstandsbericht zur Verfügung gestellt wurde.

Die breite Zustimmung, die Sie damals dem entsprechenden Antrag gegeben haben, habe ich als Indiz dafür gedeutet, dass Sie ein Verlangen danach haben, dass die Debatte über gematik, Gesundheitskarte, Telematikinfrastruktur, Telemedizin, die jedes Jahr mehr oder weniger intensiv und mehr oder weniger emotional geführt wird, auf faktische Füße gestellt wird.

Wenn ich von Fakten spreche, dann meine ich nicht allein die 48 Seiten des Sachstandsberichts, sondern die Tatsache, dass die Arbeit des Dezernats 8 „Telemedizin und Telematik“ der Bundesärztekammer, das diesen Sachstandsbericht in Zusammenarbeit mit mir erstellt hat, auf einem intensiven Eintauchen in ein paar tausend Seiten papiergestützter und elektronischer Unterlagen beruht. Alles, was Sie dort lesen, ist mit Textstellen aus dem Schriftverkehr und der Kommunikation belegbar. Jeder Mitarbeiter, vom Dezernatsleiter Herrn Butz über die Referenten bis zu den Mitarbeiterinnen im Sekretariat, Frau Stüdemann, die auf Ärztetagen traditionell in der Supervision der Antragsannahme sitzt, und Frau Niedenführ, die zu Hause Mutterfreuden entgegenseht, hat seinen Beitrag aus dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich geleistet. Dafür bedanke ich mich, Norbert, bei dir und den anderen, die ich angesprochen habe, besonders auch deshalb, weil ich weiß, was ihr an täglicher Arbeit zu bewältigen habt. Bei dieser Arbeit bilden die gematik und die Telematikinfrastruktur nur einen Teilausschnitt.

Letztlich geht es im Kern unserer Arbeit um den permanenten Konflikt zwischen einer bereits fortgeschrittenen Digitalisierung unseres Gesundheitswesens und einer traditionell und kulturell gewachsenen Arzt-Patient-Beziehung, die in weiten Bereichen natürlich auf einer vertrauensvollen und vertraulichen Gesprächsführung basiert. Das ist eine zutiefst analoge Funktionalität.

Aber selbst in diesem Bereich hat die Informationstechnologie längst Einzug gehalten. Ich bin sicher – das habe ich auf den Ärztetagen aus vielen Wortbeiträgen herausgehört –, dass nur noch eine Minderheit der Kolleginnen und Kollegen in eigener Praxis eine ausschließlich papiergebundene Dokumentation ihrer Unterlagen benutzen. Ein Krankenhaus ohne IT kann heute nicht mehr überleben und geht – oder ist es bereits - pleite.

Dieser Zug der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist ohne Rückfahroption längst abgefahren. Das gilt natürlich erst recht für die mittlerweile fest etablierte digitalisierte Medizintechnik in Diagnostik und Therapie, ohne dass damit die Bedeutung traditioneller Untersuchungsverfahren mithilfe der Körpersinne oder heute einfach erscheinender, bei ihrer Einführung aber revolutionärer Hilfsmittel, wie zum Beispiel das Stethoskop, gemindert werden soll.

Die IT hat auch Einzug gehalten in den höchst differenzierten Datenstrom zwischen Arztpraxen und KVen, zwischen KVen und Krankenkassen und zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, die allesamt mit der Patientenversorgung an sich überhaupt nichts zu tun haben, sondern hauptsächlich der möglichst gerechten Verteilung begrenzter Ressourcen dienen. Begrenzte Ressourcen sind die Keimzelle von Bürokratie. Das muss man ganz klar so sehen. Es geht im Einzelnen um Abrechnung, Qualitätssicherung, Plausibilitätsprüfungen usw. Es würde mich wundern, wenn hier jemand im Saal wäre, der sich nicht schon mindestens einmal – ob er im Krankenhaus oder in der niedergelassenen Praxis tätig ist – dadurch gefrustet gefühlt hätte.

Ein kurzes Zwischenfazit: Unser Gesundheitswesen ist längst digitaler, als es uns häufig bewusst ist. Und zwar bei Diagnostik und Therapie genauso wie in der Administration. Deshalb ist es völlig absurd, wenn man in der Presse gelegentlich liest: Ärzte sind technikfeindlich, deshalb lehnen sie die Telematikinfrastruktur und die Gesundheitskarte ab. Woher sollte das kommen? Wir arbeiten doch täglich mit dieser Technologie.

Damit stehen wir keineswegs am Ende, sondern am Anfang einer Entwicklung, die in anderen gesellschaftlichen Bereichen, die man sich manchmal auch vor Augen führen muss, längst viel weiter fortgeschritten ist.

Wir erleben zunehmend Patienten, die bei der Bewältigung von Gesundheitskonflikten primär auf Informationen aus dem Internet, auf Zehntausende von Gesundheits-Apps oder soziale Medien wie Facebook und Co zugreifen.

Wir sehen eine zunehmende Nutzung von Big Data, was – als Begrifflichkeit im ersten Moment abfällig konnotiert – bei der Entwicklung zur sogenannten individualisierten oder personalisierten Medizin aber unverzichtbar ist.

Wir sehen letztendlich auch, dass die Kommunikation der mittlerweile riesigen Datenmengen in komplexen Krankheitsfällen zu neuen Formen der Datenübertragung mittels sicherer Vernetzung zwingt. Auf diesen Punkt möchte ich zunächst einmal näher eingehen, weil er ganz dicht bei unserem heutigen Thema ist.

Ich möchte den Ihnen vorliegenden schriftlichen Bericht hier nicht rezitieren – ich rechne damit, dass Sie die Lektüre vorgezogen haben –, möchte dennoch die wichtigsten Aussagen kurz zusammenfassen.

Die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers, die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankenhäusern auf der einen Seite und den gesetzlichen Krankenkassen auf der anderen Seite mit dem Aufbau einer Telematikinfrastruktur zu betrauen, war und ist richtig. Übrigens zahlen nur Letztere in die gematik ein. Ich habe einen Antrag gesehen, der suggeriert, auch wir würden, weil wir Gesellschafter sind, in die gematik einzahlen. Das stimmt nicht. § 291 a sieht ausdrücklich nur die Kostenträger als Einzahler vor.

Dass die Intention des Gesetzgebers, Ärzte und andere, die außerhalb der Kostenträger beteiligt sind, in diesen Prozess der Implementierung einzubeziehen, nicht selbstverständlich ist, zeigt ein Blick über die Landesgrenzen. In Österreich oder Großbritannien wird eine ähnliche Infrastruktur ohne die Ärzteschaft etabliert, die dabei keine Chance hatte und hat, dort eigene Vorstellungen einzubringen.

Das andere Extrem zeigt sich, wie immer, auf der anderen Seite des Atlantiks. Dort ist der Aufbau einer Telematikinfrastruktur Teil eines zweistelligen milliardenschweren Konjunkturprogramms, initiiert noch von George W. Bush. Die zentralen Entwicklungsstäbe in Washington und in den einzelnen Bundesstaaten werden ausnahmslos von Ärzten geleitet. In Washington – da kenne ich mich ein wenig aus – sind es Professoren von renommierten Eliteuniversitäten, die extra für diese Aufgaben freigestellt werden. Über den Bereich hinaus, den die Regierung natürlich primär im Auge hatte, nämlich Medicaid und Medicare, haben sich mittlerweile alle anderen Institutionen, die im Einzugsbereich eines solchen Projekts liegen, diesem Projekt freiwillig angeschlossen.

Aber, Kolleginnen und Kollegen, Neid bezüglich dieser Situation in den USA ist dennoch nicht angebracht. Denn trotz Obamacare ist unser Gesundheitswesen bei aller Heterogenität der Interessenlagen zwischen den sogenannten Kostenträgern und denen, die medizinische Leistungen an Frau und Mann bringen, deutlich konsistenter und effizienter im Sinne der flächendeckenden Patientenversorgung auf hohem Niveau.

Die Heterogenität der Interessen spiegelt sich – oh Wunder – natürlich auch in der Gesellschafterversammlung der gematik wider. Während die Kostenträger primär das Ziel der IT in der Senkung von Kosten für ihr Verwaltungshandeln sehen, erhoffen sich Ärztinnen und Ärzte und die anderen Teilnehmer eine bessere Verfügbarkeit behandlungsrelevanter Informationen ihrer Patienten. Sie versprechen sich eine Plattform, auf der sie vertrauliche Patientendaten, beispielsweise Arztbriefe oder digital erhobene Originalbefunde, elektronisch sicher versenden können.

Ich hoffe, Sie haben bei der Lektüre unseres Berichts das Kapitel zur sogenannten NSA-Affäre nicht überschlagen; das würde mich allerdings auch wundern. Bei dem heutigen Wissen über die Aktivitäten amerikanischer und britischer Geheimdienste – von ihnen wissen wir es, von anderen nicht – überwiegen Entsetzen und Empörung bei Weitem den Respekt vor der Professionalität, die man bei derartigen Institutionen allgemein erwartet und voraussetzt. Dass flächendeckend unsere Kommunikation per E-Mail und Fax millionenfach auf eigene Server kopiert wird und unsere Telefonate mitgeschnitten werden, bedeutet eine gravierende Verletzung unserer Grundrechte. Darum kann man nicht herumreden.

(Beifall)

Aber was ist die Konsequenz? Welche Schlussfolgerungen ziehen wir daraus als Bürger im Allgemeinen und als Ärzte im Speziellen? Denn als Ärzte haben wir tatsächlich etwas zu verbergen – wir sind zum Verbergen verpflichtet –, nämlich das, was unsere Patienten uns tagtäglich anvertrauen, und die weitreichenden Informationen über ihre gesundheitliche Situation.

Nur: Der Slogan „Zurück zum Papier“ ist aus den vorhin erwähnten Gründen keine wirklich zielführende Devise und Alternative.

Edward Snowden selbst hat hier eine Antwort gegeben: Wir müssen unsere elektronische Kommunikation so verschlüsseln, dass eine Entschlüsselung durch Dritte technisch nicht möglich ist. Er selbst nutzte und nutzt Verschlüsselung und vertraut ihr sein Leben an. Kolleginnen und Kollegen, diese Art der Verschlüsselung ist nicht banal. Die kauft man nicht von der Stange und man lädt sie sich auch nicht aus dem Netz herunter. Der mit Abstand größte Batzen an zeitlichen und finanziellen Ressourcen bei der basalen Entwicklung der Kartentechnologie ist genau in diesen Bereich geflossen, und zwar lange bevor die Praktiken der Geheimdienste durch die Enthüllung eines NSA-Agenten zum Thema wurden.

Es ist nicht so, dass diese Form der Verschlüsselung Teil einer globalen Verschlüsselungssystematik wäre, sondern diese Verschlüsselung setzt bei 70 Millionen Versicherten an. Diese Verschlüsselung ist sehr individuell auf die einzelne Versichertenkarte produziert, ist also nicht eine globale Systematik, sondern betrifft jede einzelne der ausgegebenen elektronischen Versichertenkarten und übrigens auch des elektronischen Heilberufsausweises.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, unsere Arbeit in der gematik hat Ergebnisse gezeigt, positive Ergebnisse im Sinne der Ärzteschaft und im Sinne des Erhalts eines vertrauensvollen Patient-Arzt-Verhältnisses. Im Kapitel 2 wird auf über 12 Seiten das Erreichte aufgeführt.

Auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm haben wir über sechs Stunden – ich glaube, es waren sogar mehr als sechs Stunden – den Tagesordnungspunkt „Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis“ behandelt. Der eine oder die andere von Ihnen wird sich eventuell noch daran erinnern – ich mit Sicherheit. Wer dabei gewesen ist, weiß, warum das so ist. Damals war der Hauptreferent Thilo Weichert, damals noch relativ unbekannt, Landesdatenschützer in Schleswig-Holstein, mittlerweile europaweit in aller Munde. Er ist berühmt-berüchtigt wegen seiner heftigen, auch gerichtlichen Attacken gegen Facebook, Google und Co.

2008 in Ulm haben wir in 20 Beschlüssen und Entschliefungen – auch diese sind nachlesbar – unsere Positionen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur erarbeitet. Diese flossen dann in einen Forderungskatalog ein, der seitdem – neben zusätzlichen Beschlüssen der darauf folgenden Ärzte-tage – Grundlage unseres Handelns als Gesellschafter der gematik ist.

Lassen Sie mich die wichtigsten Ergebnisse zusammenfassen.

Zur Freiwilligkeit: Alle medizinischen Anwendungen sind für den Patienten freiwillig. Auch kann kein Arzt gezwungen werden, mit seinem Praxisverwaltungssystem online zu gehen. Der Gesetzgeber hat den Vorschlag des Deutschen Ärztetages aufgenommen und die sogenannte Stand-alone-Lösung, also einen vom Praxiscomputer unabhängigen Internetzugang, in § 291 SGB V aufgenommen.

Zur Vermeidung zentraler Speicherstrukturen: Kein Patient muss, wenn er medizinische Anwendungen nutzen will, also etwa Notfalldaten auf der eGK oder Daten für die Arzneimitteltherapiesicherheit, auf Servern in der Telematikinfrastruktur abspeichern. Dezentrale Speicher sind Kernbestandteil der Telematikinfrastruktur.

Zur Beibehaltung des Papierrezepts: Dies haben wir auch erreicht. Es gibt derzeit keinerlei Planungen, das eRezept weiterzuentwickeln.

Zum Thema keine Pseudotests der eGK: Der jetzige Testansatz wird umfangreicher sein als der in 2008. 2008 hatten die Tests belegt, dass die Anwendungen damals noch völlig unausgereift waren. Insofern waren diese Tests von enormer Wichtigkeit. Sie haben nämlich verhindert, dass wir mit dem Ausrollen in dieselbe Situation gebracht wurden, in der damals die Testärzte waren.

Anfang 2015 werden die Anwendungen Versichertenstammdatenmanagement, sichere Kommunikation zwischen Ärzten und der sichere Internetanschluss für Arztpraxen getestet. Testregionen sind Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sowie Bayern und Sachsen. In diesen Testregionen werden jeweils mindestens 500 Kolleginnen und Kollegen an den Tests teilnehmen, ebenso Krankenhäuser der verschiedenen Versorgungsstufen.

Im Fokus dieser Tests stehen die Akzeptanz bei Ärzten und Patienten sowie – ich bitte Sie, dies besonders wahrzunehmen – die Praxistauglichkeit dieser Anwendungen.

Bitte lassen Sie mich hier eine Anmerkung machen. Ich finde es zutiefst unkollegial, dass die Ärzte, die für uns an den Tests teilnehmen, die sich damit auch potenziell Ärger und Aufwand in die Praxis holen, der ihnen und uns möglicherweise erspart bleibt, nun beschimpft werden. Man solle sich nicht zum Büttel der Krankenkassen machen und nicht für Judassilberlinge die Kollegen verraten – das sind Aussagen, die in den letzten Wochen gefallen sind. Das kann so nicht stehen bleiben.

(Beifall)

Kolleginnen und Kollegen, wir brauchen doch den ärztlichen Sachverstand, um Tests durchzuführen, damit sie zu den Aussagen kommen, die für uns relevant sind. Genau das haben wir doch immer gefordert! Und jetzt die Kollegen zu attackieren, die bereit sind, sich genau in diesem Sinne zu engagieren – da fehlen mir die Worte, was selten vorkommt.

Wir gehen in unserem Sachstandsbericht im Kapitel Faktencheck ab Seite 24 auf eine Reihe von Szenarien ein, die seit Jahren immer wieder hochkochen, die auch nicht dadurch wahrer werden, dass sie ständig wiederholt werden, die bisher aber auch nicht durch noch so häufige Wiederholung wahrer werden, die auch nicht durch noch so häufige Klarstellung dauerhaft aus der Welt geschafft wurden. Nun ist es für heute und auch die zukünftige Zeit nachlesbar. Insgesamt schadet man der eigenen Sache, der berechtigten Kritik an der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur durch die Verbreitung solcher Nachrichten eher, als dass man ihnen nutzt.

Ich möchte festhalten, dass das Engagement der Bundesärztekammer in der gematik vieles erreicht hat. Der Vorstand der Bundesärztekammer – das sind die Damen und Herren hier in der ersten Reihe, das sind die drei mittleren Personen aus dem Präsidium in der zweiten Reihe und das bin unter anderem auch ich – vertritt die Position, dass eine Weiterarbeit in der gematik notwendig und richtig ist. Ich bedanke mich bei allen Diskussionsbeiträgen und Anträgen der letzten Ärztetage, die konstruktiv kritische Forderungen gestellt haben. Mit rein ablehnenden Positionen fehlt uns das Rüstzeug für eine politische Diskussion.

(Beifall)

Wie eingangs gesagt, sollten wir die Entwicklung der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens nicht auf die elektronische Gesundheitskarte und die Telematikinfrastruktur reduzieren. Keinesfalls sollten wir unsere Meinungsbildung allein prägen lassen von durchaus strittigen Punkten wie der Frage, ob das Versichertenstammdatenmanagement in eine Arztpraxis gehört oder ob die Kassen das Foto des Versicherten auf seiner elektronischen Gesundheitskarte für deren Nutzung als Sichtausweis zu prüfen haben. Solche Fragen sind berechtigt und zulässig – da möchte ich gar nicht missverstanden werden –, aber eine Diskussion, die sich im Wesentlichen auf solche Einzelpunkte reduziert, läuft Gefahr, wesentlich wichtigere und grundsätzlichere Aspekte auszuklammern.

Mit denen sollten wir uns kritisch-konstruktiv befassen. Wir haben diese auch im Antrag des Vorstands zusammengefasst. Ich plädiere bereits an dieser Stelle dafür, diesen Antrag ohne Änderungen anzunehmen. Ich werde später eventuell aus anderem Anlass nochmals darauf zurückkommen und diesen Appell präzisieren.

Unser Präsident hat es angekündigt: Falls Sie zu diesem Komplex gematik Fragen haben: Die gematik hat im Foyer einen Stand und Professor Elmer ist hier im Saal und steht zur Beantwortung Ihrer Fragen zur Verfügung. Ebenfalls anwesend ist der Schlichter, Herr Professor Winter. Ich bin sicher, dass viele von Ihnen Herrn Professor Winter noch kennen. Er war früher Leiter des Dezernats „Wissenschaft und Forschung“ der Bundesärztekammer und hat – herzlichen Glückwunsch! – zwischenzeitlich Karriere in der Politik gemacht. Er ist jetzt Schlichter bei der gematik als Nachfolger des sehr früh verstorbenen Klaus Theo Schröder. Aber die Digitalisierung unseres Gesundheitswesens läuft natürlich und viel dynamischer außerhalb der gematik ab. Zehntausende von Apps, die sich mit Fragen der Gesundheit beschäftigen, Vitalparameter erfassen und diese dem behandelnden Arzt zur Verfügung stellen, stellen eine Entwicklung dar, deren Ende noch nicht absehbar ist. Schon gibt es die erste App auf Rezept: für Kinder, die an Amblyopie leiden. Mit dieser Entwicklung rückt der Patient, also der kranke Mensch, viel stärker in den Mittelpunkt des Geschehens.

Zum Teil kennen wir noch nicht einmal die konkreten Fragen, die damit verbunden sind, wenn diese Apps bei der Krankheitsbewältigung tatsächlich von großer Relevanz werden. Aber ich bin mir sicher: Aspekte wie Datenschutz und Datensicherheit, Haftung und Honorierung und Fernbehandlungsverbot werden auch hier eine große Rolle spielen.

Auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 haben Sie über Empfehlungen zum Umgang von Ärzten mit sozialen Medien beraten. Natürlich sind auch Ärzte bei Facebook und Co privat oder auch mit einem dienstlichen Account. Auch hier sind wir wieder mit ähnlichen Stichworten konfrontiert: Datenschutz und Datensicherheit, Haftung, Fernbehandlungsverbot, Honorierung, aber auch unlautere Werbung und die Gefahr der Selbstoffenbarung des anfragenden Patienten. Wir haben daher die von Ihnen in Nürnberg verabschiedeten Empfehlungen als Grundlage für eine Handreichung herangezogen. Diese Handreichung „Ärzte in sozialen Medien – Worauf Ärzte und Medizinstudenten bei der Nutzung sozialer Medien achten sollten“ ist heute an Sie verteilt worden. Sie werden uns sozusagen aus der Hand gerissen, und zwar nicht nur bei denen, die man üblicherweise als Adressaten ansieht, also bei jungen Leuten und Medizinstudenten, sondern durchaus auch bei gestandenen Kollegen, die sich in diesem Bereich engagieren oder engagieren möchten.

Auch die Entwicklung telemedizinischer Verfahren stellt eine Herausforderung dar, und zwar, wie immer bei neuen Verfahren, mit Chancen, aber auch Unsicherheiten und Risiken. Zu den bereits aufgeführten Aspekten kommt hier noch die Befürchtung hinzu, dass die Etablierung telemedizinischer Verfahren dazu führen könnte, dass die herkömmliche Versorgung verdrängt wird und dass neue Anbieter auftreten. Denn häufig sind es Krankenkassen gemeinsam mit IT-Unternehmen, die hier die Versorgung übernehmen und steuern wollen.

Es gibt auch Kombinationen dieser Entwicklungen. So bietet ein Berliner Unternehmen seit einigen Monaten eine App an, mit der Nutzer einen Leberfleck oder andere Hautläsionen mithilfe der Kamera ihres Smartphones aufnehmen und einem Hautarzt zusenden können. Gegen eine Gebühr von 29 Euro erhält man binnen 48 Stunden eine Einschätzung, ich betone: Einschätzung. Der Anbieter vermeidet hier bewusst den Begriff der Diagnose.

Dies alles sind Entwicklungen, die nichts mit der elektronischen Gesundheitskarte zu tun haben, sehr wohl aber möglicherweise mit der Telematikinfrastruktur. Dann wä-

ren wir zumindest sicherheitstechnisch auf einem weitaus besseren Stand als bei den Übertragungswegen, die heute genutzt werden.

Lassen Sie mich abschließend noch kurz auf den dritten großen Trend hinsichtlich der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens eingehen, mit dem wir uns intensiv auseinandersetzen müssen: Big Data.

Big Data meint das Sammeln, Verknüpfen und Auswerten unvorstellbar großer Datenmengen. Auf den Bereich der Medizin bezogen verbirgt sich dahinter der Ansatz, dass man aus einer riesenhaften Datenmenge Rückschlüsse auf die Behandlung des Einzelnen zieht. Eine personalisierte, individualisierte Medizin geht nicht ohne Big Data. Wer das befürwortet, muss auch Big Data akzeptieren. Wenn wir das näher beleuchten wollten, wäre das ein Schwerpunktthema für einen Ärztetag. Das sollten und müssen wir wahrscheinlich in der nächsten Zeit auch tun.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet weiter voran, in der gematik und erst recht außerhalb – mit oder ohne uns. Die Digitalisierung wird das Gesundheitswesen verändern, sie wird unser Arbeiten verändern. Aber Veränderungen sind für uns Ärzte nichts Neues. Sie gehören letztendlich mit zum Wesen unserer Profession.

Wir sollten jedoch Wert darauf legen, dass wir überall da, wo die Möglichkeit besteht, uns intensiv im Interesse unserer Patienten einbringen, deren Interessen sonst weniger Berücksichtigung fänden, als wenn wir es tun.

Dazu gibt es aus meiner Sicht keine Alternative, auch und nicht zuletzt im Interesse der nachwachsenden Ärztegeneration, deren Vertreter Sie eben hier gehört haben.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Franz Bartmann, für diesen Bericht. – Es gibt jetzt einen Antrag zur Geschäftsordnung. Diesmal ist es nicht Herr Lücke, sondern Henrik Herrmann aus Schleswig-Holstein. Ich ahne, was er will.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben heute noch ein großes Tagesprogramm vor uns. Deswegen sollten wir zu diesem wichtigen Punkt der gematik von vornherein eine Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschließen. Es wird viele Diskutanten geben. Es sollen alle gern zu Wort kommen. Wenn wir die Redezeitbegrenzung nicht beschließen, beschränken wir uns selber. Weniger kann mehr sein. Ich stelle den Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten, damit alle dieselben Möglichkeiten haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es gibt bereits eine Redezeitbegrenzung. Sie haben gestern für den Tagesordnungspunkt VII – das gilt immer für den ganzen Tagesordnungspunkt – auf Antrag von Herrn Lücke die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten beschlossen. Ich glaube, darüber braucht man gar nicht abzustimmen. Trotzdem vie-

len Dank, Henrik, dass du uns daran erinnert hast. – Als nächster Redner Herr Brunngraber.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich danke zunächst Herrn Bartmann für seinen Vortrag. Es hat eine gewisse Tradition, dass wir hier in einem Dialog stehen. Ich verstehe mich hier als Parlamentarier. Herr Bartmann ist eben Exekutive, von uns beauftragt. Es gibt ja einen Kontrollauftrag des Parlaments. Das gilt für uns alle. Ich versuche, diesen Kontrollauftrag wahrzunehmen.

Die Gemeinsamkeit von Telematik und Telemedizin, die immer wieder subkutan erwähnt wird, entspricht etwa der Gemeinsamkeit von Knochenmark und Rückenmark. Wir Ärzte haben anlässlich der BSE-Affäre festgestellt, dass Journalisten nicht in der Lage sind, das auseinanderzuhalten. Aber die Telemedizin zur Überwachung von Patienten mit hochgradigen Rhythmusstörungen per Funk ist etwas völlig anderes als die Überantwortung unserer Daten in ein System, das wir nicht kontrollieren können.

(Beifall)

Ich darf kurz fragen: Wer von Ihnen hat diese 48 Seiten durchgelesen und einigermaßen gut verarbeitet? – Das ist eine kleine Menge, weil es wirklich aufwendig ist.

Kulinarisch formuliert: Herr Bartmann, Sie haben uns als Meisterkoch aus dieser monströsen Datenkrake Telematikinfrastruktur leckere kleine Kalamarisringe frittiert, die aber überhaupt keine Rückschlüsse auf das Original ermöglichen.

Das Verhältnis dieser 48 Seiten zur Realität ist sehr verstümmelt. Man wundert sich: Wo sind die Server geblieben? Wenn Sie dieses Heft durchlesen, gibt es praktisch nur noch auf der Karte gespeicherte Daten. Ich weiß nicht, wie man Big Data oder Versorgungsforschung durchführen will, wenn nichts mehr auf Server geht. Das Einzige, was nach diesem Heft auf Servern läuft, sind das Arzneimittelsicherheitsmanagement und natürlich das Versichertenstammdatenmanagement. Im Text ist an 29 Stellen die Vokabel „fordern“ zu finden. Die Position, die wir haben, lautet nicht: Wir haben etwas erreicht, sondern: Wir fordern etwas. Wenn man etwas fordert, muss man auch fragen: Wie sind die machtpolitischen Umstände?

Sie wissen vielleicht, dass innerhalb der gematik die Bundesärztekammer 5 Prozent Stimmrecht hat, die Kassen 50 Prozent. Das heißt, viele dieser Forderungen sind reine Science-Fiction-Beschwörungen, die nicht tragen.

Ein letzter Punkt. Die Freiheit der Ärzte ist überhaupt nicht realisiert worden. Die Patienten sollen freiwillig dürfen. Ich bitte Sie als Kliniker: Denken Sie daran, der Zwangsanschluss unserer Praxen an das Telematikinfrastruktursystem über das Versichertenstammdatenmanagement, das eine Kassenaufgabe ist, trifft uns Niedergelassene ins Mark so wie für Sie die Vertragseinheit.

Wir versichern Ihnen als Niedergelassene, dass wir an Ihrer Seite sind, die Vertragseinheit mit Ihnen solidarisch zu bekämpfen, um der Ärzteschaft Gestaltung in den beiden Sektoren Klinik und Praxis zu erlauben. Aber wir erwarten von Ihnen auch, dass Sie uns an dieser zentralen Stelle der Forderung „Raus aus dem Gesetz mit

dem VSDM“ den Rücken stärken. Dann geht ein starker Impuls von diesem Ärztetag aus.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Brunngraber, Sie haben das Plenum gefragt: Wer hat es gelesen und verstanden? Sie haben aber überhaupt nicht abgewartet, bis die Hände oben waren. Deswegen wollen wir das jetzt wiederholen, damit wir Sie überzeugen können, ob vor allem diejenigen, die so vehement dagegen sind, die 48 Seiten wirklich gelesen und verstanden haben.

Ich frage Sie also: Wer hat die 48 Seiten gelesen? – Sehen Sie, das ist doch gut, Herr Brunngraber.

(Zurufe)

– Ich habe es akustisch nicht verstanden.

(Erneute Zurufe)

– Wer es verstanden hat? Das ist eine Frage, die ich mit meiner Höflichkeit nie im Leben zu stellen wagte.

(Heiterkeit)

Ich gehe immer davon aus, dass Sie alles verstehen, was Sie lesen.

Herr Brunngraber, vielen herzlichen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Dietrich aus Nordrhein.

Dietrich, Nordrhein: Guten Morgen, Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Es haben doch viele den Sachstandsbericht gelesen. Der Sachstandsbericht stellt die Behauptung auf, dass keine zentrale Datenspeicherung stattfindet. In einer Telematikinfrastuktur, wie sie vorgesehen ist, ist eine zentrale Datenspeicherung vorgesehen. Ich zitiere aus einer Veröffentlichung von arvato Systems mit dem Titel „Vernetzung optimiert Gesundheitswesen“:

Der Aufbau und Betrieb des zentralen Netzes liegen in der Hand von arvato Systems.

Das ist die jetzige Konzeption der Telematikinfrastuktur, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich komme zu einem anderen Aspekt der Telematikinfrastuktur. Es wird ja immer gesagt: Das ist alternativlos. Die Kritiker sind technikfeindlich. Nein, ich habe fünf Lasergeräte in meiner Praxis. Wir arbeiten mit Technik. Wir haben eine Praxis-EDV. Wir machen auch elektronische Kommunikation. Wir sind nicht gegen eine Punkt-zu-Punkt-Kommunikation. Wir sind für eine elektronische Kommunikation für Ärzte untereinander. Aber wir sind gegen die zentrale Datenspeicherung, und zwar deshalb, weil wir wissen, dass die Kostenträger die Vernetzung des Gesundheitssystems haben wollen, um über unsere Daten zu verfügen und Versorgungsmanagement und Versorgungssteuerung mit den Patientendaten machen zu können. Das ist

doch der Kern des Problems. Darauf will man hinaus, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Ich darf Herrn Hartge zitieren, den Fachkoordinator Telematik beim BKK-Bundesverband in Berlin:

Aus diesen Gründen ist die TI ein mächtiges Werkzeug für breit gelebtes Versorgungsmanagement ... Es steht die Technik bereit, Patienten ... sektorenübergreifend zu steuern ... Die TI kann dem Gesundheitswesen die Möglichkeit zur vollständigen Veränderung bieten.

Da sollen nicht mehr Arzt und Patient im Mittelpunkt stehen, liebe Kolleginnen und Kollegen, da wollen andere, nämlich die Kassen, steuern. Südhessische Kollegen haben einen Antrag gestellt, die entsprechende Verwendung von Patientendaten und deren Verkauf kritisch zu betrachten. Wir können uns nicht auf die Politik verlassen.

Wir haben vor 14 Tagen mit Herrn Gröhe in Dormagen gesprochen. Ich habe ihn gefragt: Wie sieht es denn mit der Freiwilligkeit des Patienten, über seine Daten zu verfügen entsprechend seinem informationellen Selbstbestimmungsrecht, aus? Wir wissen, dass dies nicht nur in Deutschland, sondern auch auf EU-Ebene fast ein Grundrecht ist.

Der Gesundheitsminister hat in keiner Weise vertreten, dass die Patienten künftig selbstbestimmt entscheiden können. Da sollen Versorgungsforschung und Versorgungssteuerung gemacht werden. Das hat er auch gesagt. Das müssen wir berücksichtigen, wenn es bei dieser Sache weitergeht. Wir müssen uns dagegen aussprechen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke, Herr Dietrich. – Nächster Redner ist Hans Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es mag ja sein, dass wir Gegner die Ewiggestrigen sind. Da wir eben schon eine Umfrage hatten, möchte ich Sie fragen: Haben Sie eigentlich Ihr Ebay-Passwort und Ihr Paypal-Passwort verändert? Allein die Tatsache, dass Sie es verändern mussten, ist doch eigentlich ein Zeichen dafür, dass so etwas gar nicht funktionieren kann mit empfindlichen Patientendaten. Natürlich sind auch Ihre Kontodaten empfindlich, aber ich finde, Patientendaten sind noch viel empfindlicher.

(Beifall)

Natürlich erfolgt die Kommunikation in unserer Praxis nicht über Rauch und Trommeln, sondern wir haben auch die Digitalisierung und wir haben ein Intranet.

Aber ich denke gar nicht daran, damit ins Internet zu gehen. Sie sehen, wie unsicher es ist. Da lasse ich mich auch nicht von irgendwelchen Stellen überzeugen. Bei mir gibt es so etwas nicht. Ich hoffe, bei Ihnen auch nicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Hans. – Christa Bartels aus Nordrhein ist die Nächste.

Bartels, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte als Nervenärztin und Psychotherapeutin zu Ihnen darüber sprechen, was das für mich in meiner Arzt-Patient-Beziehung und für das Vertrauensverhältnis zum Patienten bedeutet, auch als Ärztin, die vielleicht einen Notfalldatensatz aufschreiben muss. Ich werde relativ häufig von meinen Patienten gefragt: Welche Diagnose schreiben Sie denn da auf meine Krankenakte? Ich bespreche es mit ihnen. Viele wollen gar keine elektronische Karte eingelesen haben. Viele GOÄ-Patienten verzichten auf eine Rechnung und bezahlen lieber selbst, weil es um hochsensible Daten geht.

Ich könnte den Patienten sagen: Die Daten sind sicher. Das tue ich aber nicht. Glauben Sie denn, nach dem NSA-Skandal glaubt das jemand? Es gibt eine kognitive Ebene und es gibt eine emotionale Ebene. Jeder von uns kennt die Situation, dass man zwar weiß, dass etwas angeblich sicher ist, aber man vertraut dem nicht.

(Vereinzelt Beifall)

Die Schreibung der Notfalldaten ist für den Patienten freiwillig und für den Arzt verpflichtend. Ein großer Teil meiner Patienten möchte nicht, dass ihre Psychopharmaka, ihre Antiepileptika oder sonstige „stigmatisierende“ Medikamente dokumentiert werden. Wenn mir jemand sagt, auf meine elektronische Karte oder in den Notfalldatensatz kommt das nicht hinein, hätte ich als Ärztin das Recht zu sagen: Das mache ich nicht. Wir bekommen dann Notfalldaten, die gar nicht praktikabel sind. Stellen Sie sich vor, der Patient nimmt Psychopharmaka, Lithium oder Ähnliches, aber man weiß das in der Notfallsituation nicht. Das könnte ich mit meinem Arztverständnis nicht unterschreiben. Das sind unsichere Notfalldaten, die zu unsicher sind.

Ich danke Ihnen ganz herzlich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Bartels. – Die nächste Rednerin ist Frau Blessing aus Baden-Württemberg.

Dr. Blessing, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Antrag 73 sprechen: kein Versichertenstammdatenmanagement in den Arztpraxen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat es schon

einstimmig abgelehnt. Ich möchte den nicht niedergelassenen Kollegen erläutern, warum wir das nicht bei uns in der Praxis haben wollen.

Das Versichertenstammdatenmanagement bedeutet zusätzliche Bürokratie, die unsere Arbeit behindert. Wenn wir ständig von Arztzentrierung sprechen, dass alles in ärztlicher Hand bleiben soll, dürfen wir uns so etwas nicht zusätzlich aufhalsen. Jährlich finden mehrere 100 Millionen Arzt-Patient-Kontakte in den Praxen statt. Es ist geplant, dass die Stammdaten abgeglichen werden sollen. Das ist ein rein administrativer Vorgang. Es geht um eine Namensänderung nach der Heirat, um eine Adressenänderung. Das hat mit unserer Behandlung überhaupt nichts zu tun. Das ist eine rein verwaltungstechnische Aufgabe.

(Beifall)

Es wurde berechnet, dass das nur in 2 Prozent aller Fälle relevant sein wird.

Abgesehen davon haben viele Patienten sowieso zwei Wohnsitze. Meine Pflegeheimbewohner haben meistens die Adresse ihres Betreuers auf der Karte. Das kann man gar nicht abgleichen. Dann muss ich in meinem Computersystem immer wieder die Adresse des Altersheims eingeben, damit es stimmt. Das ist völlig an der Praxis vorbei und hat mit unserer originären Tätigkeit überhaupt nichts zu tun.

(Beifall)

Es löst unheimlich viel Bürokratie aus. Das hat letztendlich auch nichts mit Big Data zu tun.

Wie man gehört hat, sollen für diese Tests 30 Sekunden zugestanden werden. Würde diese Zeit überschritten, würde die Karte akzeptiert. Es ist aber davon auszugehen, dass gerade diejenigen Karten, die problematisch sind, eine längere Prüfungszeit benötigen. Wenn man berücksichtigt, dass die Karten, die eigentlich problematisch sind, doch akzeptiert werden, führt sich das Ganze ad absurdum.

Die Kollegen aus der Klinik sollten verstehen, dass wir unsere Praxen von diesen unnötigen Belastungen freihalten wollen. Natürlich benutzen wir die moderne Infrastruktur. Wir hoffen, dass es zwischen den Ärzten eine Punkt-zu-Punkt-Vermittlung mit Arztbriefen gibt. Das wünschen wir uns. Das wünschen wir uns als Signal des Ärztetages und nicht zusätzliche Bürokratie in unseren Praxen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Nächste Rednerin ist Frau Kollegin Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ja, wir haben Erfahrungen mit den Tests zur Einführung der Telematikinfrastruktur in den Praxen seit vielen, vielen Jahren, natürlich auch mit vielen Fragezeichen, an manchen Stellen mit guten Ergebnissen, aber auch mit ungünstigen Ergebnissen. Ja, wir haben diese Erfahrungen auch in den Körperschaften. Neue Testphasen stehen an.

Deshalb fordern wir im Antrag 88, unsere Erfahrungen in den Körperschaften mit einbringen zu können. Gegenwärtig können wir das nicht in vollem Umfang. Es würde aber am Ende allen nutzen und so könnten sich Fehler aus der Vergangenheit vermeiden lassen.

Warum können wir es nicht? Die gematik hat die Industrie mit der Umsetzung der Projekte in den neuen Testregionen in Alleinverantwortung betraut. Mit den Körperschaften ist lediglich ein Benehmen herzustellen. Das heißt, wir sind zu informieren. Dieser Informationsfluss war in jüngster Vergangenheit nicht zufriedenstellend.

Wir fordern ein Einvernehmen. Einvernehmen heißt, juristisch gesprochen: Es muss eine Einigkeit mit den Körperschaften über den Weg in den Testregionen hergestellt werden. Das halten wir für sehr wichtig, um nicht die Chance zu vergeben, von Anfang an die Erfahrungen, die wir haben, positive und negative, effektiv einbringen zu können und damit von Anfang an mehr Praxisnähe in die neuen Testphasen hineinzubringen. Deshalb bitte ich Sie, dem Antrag 88 zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Taube. – Zur Geschäftsordnung hat sich Angelika Koßmann aus Hamburg gemeldet.

Dr. Koßmann, Hamburg: Lieber Präsident! Meine Kolleginnen und Kollegen! Es stehen noch 16 Redner auf der Rednerliste. Das macht rechnerisch 50 Minuten aus. Hinzu kommt die Zeit für eine qualifizierte Verabschiedung der Anträge. Angesichts unserer noch langen Tagesordnung stelle ich den Antrag auf Schluss der Rednerliste.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Schluss der Rednerliste ist beantragt. – Dazu gibt es in Hamburg intern ein Duell. Das Wort hat Hans Ramm aus Hamburg. Ich bezweifle, dass auch er für Schluss der Rednerliste ist.

Dr. Ramm, Hamburg: Auch wenn ich aus Hamburg komme, möchte ich, liebe Angelika, gegen deinen Antrag sprechen, weil ich diese Thematik sehr wichtig finde. Für uns niedergelassene Kollegen ist das eine existenzielle Situation. Wir wissen mittlerweile durch die KBV, dass wir Niedergelassenen hier mit 138 Delegierten doch relativ gut vertreten sind. Ich meine, dass die Existenz unserer Praxen gefährdet ist, wenn wir mit dieser Bürokratie überladen werden. Im Krankenhaus ist das nicht so. Deswegen die Gegenrede.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wer möchte dem Antrag auf Schluss der Rednerliste zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist Schluss der Rednerliste beschlossen. Damit ist Herr Lipp der letzte Redner. Er kann sich schon auf das krönende Schlusswort einstellen.

Der nächste Redner ist Herr Gehring aus Schleswig-Holstein.

Dr. Gehring, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Lieber Franz! Meine Damen und Herren! Ich möchte aus dem Sachstandsbericht einen Punkt herausgreifen, nämlich die Arzneimitteltherapiesicherheit. Das ist ein endlos langes Wort; deshalb wird es inzwischen mit AMTS abgekürzt. Vielleicht ist es die Länge des Namens, dass wir dazu ein bisschen Abstand haben. Vielleicht vermuten wir auch, dass aus Qualitätssicherungsgründen ein neues Instrument entsteht, mit dem man uns quälen wird. Aber eigentlich kommt „Qualität“ nicht von „Qual“, sondern leitet sich von „qualitas“ ab, was „Beschaffenheit“ heißt. Beschaffenheit meint in diesem Sinne die Summe aller Ereignisse und Merkmale eines Prozesses, in diesem Fall des Medikationsprozesses. Dieser Medikationsprozess ist natürlich nicht zu reduzieren auf eine Tätigkeit beim Apotheker, der einen Interaktionscheck macht, zumal diese ganzen Interaktionschecks klinisch nicht haltbar sind und die Klinik nicht widerspiegeln.

(Vereinzelt Beifall)

Der Medikationsprozess ist auch nicht zu reduzieren auf einen Abgleich mit Negativlisten wie der Priscus-Liste. Auch das hilft uns im Alltag nicht weiter, sondern der Medikationsprozess beginnt natürlich in unseren Praxen mit der Verordnung, einem sehr komplexen Moment mit zahlreichen klinischen Faktoren, die darauf Einfluss nehmen, nicht nur Labordaten, sondern natürlich auch Ereignisse im Vorfeld.

Dieses Thema gehört ganz sicher in unsere Hände. Die Arzneimitteltherapiesicherheit muss federführend von den Ärzten durchgeführt werden, nicht von den Apothekern. Daher bitte ich Sie, Antrag 74 zu unterstützen, der genau darauf abzielt. Ich glaube, das ist nichts, was gegen dich arbeitet, Franz Bartmann, sondern das stärkt dir in der gematik den Rücken, diese Position zu vertreten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Gehring. – Fritz Stagge aus Nordrhein ist der Nächste.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Bartmann, das Ganze ist eine Sache von Vertrauen. Durch die NSA-Affäre ist das Vertrauen in Datensammlungen allgemein sicherlich nicht gewachsen. Frau Flach war Staatssekretärin für die FDP und hat im gesundheitspolitischen Arbeitskreis in Nordrhein-Westfalen berichtet, sie sei für die moderne Technik und deswegen für die elektronische Gesundheitskarte. Außerdem habe Herr Bartmann gesagt, die Ärzte stünden dahinter.

Damit habe ich ein Problem. Herr Weichert, der hier als Experte vorgeladen war, macht sich hinterher quasi lustig über das, was hier diskutiert wird. Das ist schon Jahre her.

Dann haben wir es hinbekommen – das finde ich ganz toll –: Es gibt einen Vertrag mit einer Firma, die tatsächlich elektronische Patientenakten in der Hand des Patienten herstellen will. Dieser Vertrag wird aber nicht mit Leben erfüllt.

Ich bin Mitglied des ärztlichen Beirats in Nordrhein-Westfalen. Dort habe ich Folgendes erlebt: Da kommt ein Mitarbeiter der KV, der immer wieder auf den Bildern – ich glaube, von der Techniker Krankenkasse – für die elektronische Gesundheitskarte auftaucht, und erzählt etwas über die Beschlusslage in Nordrhein. Er erzielte einen Lacherfolg mit der Aussage, dass alles nicht umgesetzt wird, was in der Vertreterversammlung der KV beschlossen wird. Das macht einen nicht sehr glücklich im Umgang mit diesen Dingen.

Wenn man den Sachstandsbericht als jemand durchliest, der möglicherweise übertrieben kritisch ist – das werden Sie sicherlich so sehen; ich fühle das nicht so –, kommt man zu dem Ergebnis, dass das vierseitige Papier, das wir gestern Morgen bekommen haben, zu völlig anderen Ergebnissen bei möglicherweise nicht ganz demselben Kenntnisstand – wir sind keine Profis, aber wir verbringen sehr viel Freizeit damit – kommt, nämlich uns gegen diesen Unsinn zu wehren.

Ich habe versucht, den Vorstandsantrag durch die Anträge 06 d und 06 a zu verändern, für die ich um Ihre Zustimmung bitte. 06 b und 06 c können Sie von mir aus auch annehmen. Das wäre mir auch wichtig. Noch besser wäre es, wenn Sie den Vorstandsantrag insgesamt ablehnten. Ich möchte Sie bitten, den Anträgen 75 und 76 zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Stagge. – Nächster Redner ist Herr Kollege Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir haben heute erklärt bekommen, dass der Digitalisierungsstand im Gesundheitswesen weit fortgeschritten ist und dass wir trotzdem das Arzt-Patient-Verhältnis, das uns am Herzen liegt, schützen wollen. Als wir begonnen haben, über dieses Thema zu reden, hat Herr Bartmann vorgetragen, dass es wichtig ist, das am elektronischen Rezept zu testen. Es wurde mehrheitlich abgelehnt, dies zu tun, und zwar mit der Idee: Wenn man ein System, das man nicht will, mit einer kleinen Einheit testen will, braucht man natürlich erst einmal das System.

So geht es heute weiter. Wir reden weiter über eine Infrastruktur, die nötig wäre. Dann testen wir sie an Notfalldaten oder an Arzneimitteldaten. Wir müssen immer im Hinterkopf haben, dass wir damit das System bejahen. Wir bejahen, dass es zentrale Wege gibt, auf denen man Daten speichern und abrufen kann.

Wenn es darum geht, der modernen Digitalisierung im Gesundheitswesen nachzukommen: Es gibt heute eine elektronische Gesundheitskarte. Die Patienten waren

nicht freiwillig daran beteiligt, sondern sie mussten dafür ein Passbild hergeben. Mit dieser Karte und dem Chip kann man viele Informationen beim Patienten speichern und in seiner Hoheit belassen. Es gibt in der IT die Punkt-zu-Punkt-Kommunikation. Sie ist sicher, da brauchen wir nichts Neues.

Das, was wir wollen, nämlich miteinander zu kommunizieren und bestimmte Daten beim Patienten schnell zugänglich zu haben, gibt es alles. Von daher meine ich, dass der Antrag abzulehnen ist, weil er die Struktur fördert. Ich habe dieses Telematikheft gelesen. Da steht unter der Überschrift „Bilanz der Mitarbeit der Bundesärztekammer“, dass es grundsätzlich zu einer Benachteiligung von Projekten kommt, die medizinische Inhalte haben, weil die Krankenkassen als Mehrheitsanteilseigner bei der gematik – 50 Prozent sind eine ganze Menge – das verhindern und weil sie dafür sorgen, dass Gelder in ihre Projekte gesteckt werden.

Es gibt viele Probleme. Die Struktur, die dahintersteckt, wird von uns nicht gewünscht. Die Möglichkeiten zu kommunizieren sind in unserem Gesundheitswesen auch auf anderem Wege gegeben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Steininger. – Martin Grauduszus ist der nächste Redner.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vorhin wurde gesagt, die Debatte über die elektronische Gesundheitskarte, die gematik usw. werde emotional geführt. Das ist auch nicht weiter tragisch, denke ich. Wir müssen uns einmal anschauen, wie die Entwicklung von Jahr zu Jahr weitergeht und wie sie absolut unsachlich geführt wird – aber nicht von den Kritikern, sondern von den Befürwortern.

(Beifall)

Da spricht man von sicherer Vernetzung. Brauche ich noch mehr zu sagen: sichere Vernetzung? Bei „unabhängigen Instituten“ frage ich mich immer: Warum müssen sie eigentlich „unabhängig“ heißen? Wahrscheinlich deshalb, weil sie nicht unabhängig sind.

Wir wissen, dass die Netze nicht sicher sind. Was die bisherigen Tests betrifft, so wissen wir, dass dadurch die Versorgung nicht verbessert, unsere Arbeit nicht erleichtert, sondern nur erschwert wird. In diesem Zusammenhang möchte ich behaupten: Wenn wir die Probleme gelöst haben, die wir mit dem neuen System bekommen, müssen wir eigentlich zufrieden sein. Aber es geht um Benefit. Es gibt die Beschlusslage des Deutschen Ärztetages, dass das Versichertenstammdatenmanagement nicht in den Praxen stattzufinden hat. Wenn ich die Diskussionen in den Kreisen der Befürworter bei uns höre, muss ich sagen: Sie haben nicht die Legitimation für das, was sie im Moment tun, denn sie machen mit, was die gematik und die Kostenträger wollen. Das ist die Einführung des Versichertenstammdatenmanagements in unseren Praxen.

Ich glaube, es ist der Zeitpunkt gekommen, da wir energisch sagen müssen: Mit uns geht das so nicht.

(Beifall)

Für Herrn Professor Elmer ist das seit einigen Jahren eine neue Betätigung. Ich habe ihn einmal in Essen bei den Piraten gehört. Ich glaube, das war vor zwei Jahren. Ich kann nicht behaupten, dass das, was dort erzählt wurde, aus unserer Sicht sachlich war. Das war Akzeptanzmarketing. Für die Industrie ist es ein lukratives Projekt. Für Politiker und Kostenträger ist es ein Prestigeprojekt.

Ich glaube, wir müssen fragen: Bringt es uns weiter? Hilft es uns und unseren Patienten? Da kommen wir zumindest im Moment zu dem Ergebnis, dass wir auch unter Sicherheitsaspekten feststellen müssen: Es gibt nicht ein bisschen Asepsis, sondern es gibt die Sepsis und die Hygiene. So gibt es auch nur Datenschutz und nicht nur ein bisschen Datenschutz.

Vielen Dank, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Eben ist Herr Elmer von der gematik in mehreren Punkten sehr konkret angegriffen worden. Herr Elmer, sollten Sie das Bedürfnis haben, hier zur tatsächlichen Berichtigung zu sprechen, haben Sie als geladener Gast das Recht, kurz das Wort zu ergreifen. Sie müssen es mir nur signalisieren. – Herr Rühmkorf ist der Nächste.

Dr. Rühmkorf, Berlin: Herr Präsident! Liebes Präsidium! Geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich hätte nicht gedacht, dass ich als gefühlter 15. Redner auf der Liste der Erste bin, der sagt: Vielen Dank an Herrn Bartmann und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, mit denen er über Jahre hinweg in einer sehr schwierigen Position ist.

(Beifall)

Wir dürfen eines nicht vergessen: Dass wir eine elektronische Gesundheitskarte bekommen, ist ein politischer Auftrag, der 2002 begann. Wir haben lange Zeit nicht erkannt, dass es Arzneimittel gab, die auch von uns guten Gewissens verschrieben worden sind, bei denen sich aber herausstellte, dass darunter etliche Menschen umgekommen sind.

Daraufhin hat man gesagt: Wir möchten eine Versichertenkarte, die gleichzeitig der Arzneimittelsicherheit dient. Das war das Grundgerüst, mit dem die Politik dann auf die Selbstverwaltung zuging und gesagt hat: Jetzt entwickelt einmal was.

Der Ärztetag war von vornherein mit eingebunden. Wenn wir uns anschauen, wo wir heute stehen – ich bin sehr dankbar für den Sachstandsbericht –, dann müssen wir sagen: Wow, es gibt keinen zentralen Server mehr, sondern wir haben eine Punkt-zu-Punkt-Lösung, um eine möglichst hohe Datensicherheit zu erreichen. Die meisten Praxen arbeiten heute mit einer Praxis-EDV. Dafür gibt es die unterschiedlichsten Anbieter. Wenn es darum geht, dass ich eine Vernetzung herstellen möchte, stelle ich fest: Das ist gar nicht so einfach möglich.

Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird überhaupt erst einmal eine Infrastruktur geschaffen, die das ermöglicht, aber nicht erzwingt. Wer mit seiner Praxis und seiner Praxis-EDV nicht eingebunden sein möchte, muss es nicht. Aber wer als Einweiser beim Kreiskrankenhaus die Patientenakten und die Befunde einsehen will, erhält dazu später viel einfachere Möglichkeiten.

Gleichzeitig hat der Patient die Möglichkeit – das ist die nächste Freiwilligkeit; auch das haben wir hier erstritten –, dass er genau bestimmen darf, was auf seine Karte kommt und was nicht. In dem Sachstandsbericht gibt es lange Ausführungen darüber, was diskriminierende Erkrankungen sind. Dass versucht werden muss, diskriminierende Erkrankungen nicht in die Öffentlichkeit kommen zu lassen, ist doch gar keine Frage. Das ist kein Problem der elektronischen Gesundheitskarte, sondern des Vertrauens überhaupt.

Es gibt heute mittlerweile Anbieter, die elektronische Patientenkarten für Mobiltelefone anbieten. Wenn wir die Möglichkeit der Wahl zwischen smart und safe haben, ist das, was im Moment von der Selbstverwaltung dort entwickelt wird, das Sicherste, was wir uns dazu vorstellen können. Wer das nicht glaubt, hat die Möglichkeit, das auch in anderer Art und Weise für sich nicht in Anspruch zu nehmen. Ich glaube, dass wir immer mehr auf die Smartphones und die Smart-Lösung angewiesen sind und dass sich die Patienten immer mehr über das Netz informieren. Wir brauchen ein Arzt-Patient-Verhältnis 2.0. Ich glaube, dazu gehört auch, dass wir uns Gedanken machen, wie wir weiter in der gematik mitarbeiten können. Das, was wir mit unseren 5 Prozent haben erreichen können, ist, finde ich, grandios. Dafür noch einmal vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Daniel Rühmkorf. – Der Nächste ist Christian Köhne aus Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Lieber Herr Dietrich, lieber Herr Brunngraber, vorweg möchte ich sagen, dass Sie sich mit Ihrer Kritik gegen die elektronische Gesundheitskarte um die Ärzteschaft verdient gemacht haben. Durch die Kritik ist die Ärzteschaft in der Lage gewesen, die elektronische Gesundheitskarte in wesentlichen Punkten voranzutreiben, und zwar in die richtige Richtung. An dieser Stelle muss man auch Herrn Bartmann ganz kräftig danken, dass er die Kritik aufgenommen und die eine oder andere gelbe Karte, die ihm gezeigt worden ist, eingesteckt und das ganze System konstruktiv weiterentwickelt hat.

Im Antrag 76 gibt es mehrere Punkte, wo Sie ganz konkret Kritik an dem Projekt elektronische Gesundheitskarte und Telematik äußern. In fast allen Punkten gebe ich Ihnen völlig recht und schließe mich der Kritik an. Es gibt aber auch Unterschiede zwischen Ihnen und mir. Sie schreiben: moderne Technik – ja, aber nicht im eGK-Projekt. Was ist denn die Alternative? Die Alternative ist, dass es keine Regelung gibt, dass jeder seine Datenübertragung so macht, wie er gerade meint, dass es praktikabel ist.

Eine andere Alternative wären viele individuelle Regelungen: Wenn man mit der Praxis Müller kooperiert, muss man es nach dem einen Protokoll machen, wenn man mit

dem Kreiskrankenhaus XY kooperiert, muss man die Daten nach einem anderen Protokoll übermitteln. Das ist relativ wenig praktikabel.

Man kann es auch irgendwelchen Instituten überlassen. Wir haben im Einführungsreferat gehört, dass sich das Deutsche Institut für Normung mehr und mehr integriert. Aber was, glauben Sie, passiert, wenn sich das Deutsche Institut für Normung überlegt, wie man das alles machen kann? Meinen Sie wirklich, dass da der Deutsche Ärztetag gefragt wird? Das glaube ich nicht.

Die einzige Lösung ist – das haben wir in den letzten Jahren sehr erfolgreich durchgeführt –, dass man die Selbstverwaltung damit beauftragt.

Ich habe die sehr gerechtfertigten Punkte aus dem Antrag 76 im Antrag 101 zusammengefasst. Ich habe das eine oder andere polemische Wort und auch die Begründung weggelassen, die die Ablehnung der Mitarbeit beim eGK-Projekt zum Ausdruck bringt. Ich möchte Sie bitten, dass wir mit ganz großer Mehrheit über den Antrag 101 Ihre berechtigte Kritik in die Öffentlichkeit bringen und den Antrag 76 ablehnen, weil er nicht an jeder Stelle konstruktiv ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christian Köhne. – Die Nächste ist Christiane Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich muss sagen: Der Antrag 76 von Herrn Dietrich und Herrn Brunngraber hat recht. Ich weiß nicht, warum ich immer in eine Ecke gestellt werde, als behauptete ich das Gegenteil. Christian Köhne und ich haben uns gestern Abend zusammengesetzt und darüber nachgedacht, wie wir einen Antrag formulieren können, der sachlich, kurz und prägnant ist. Wir haben zu etwa 97 Prozent die Formulierungen aus dem Antrag Dietrich und Brunngraber übernommen. Ich sehe den Antrag 101 als Alternative zum Antrag 76. Sie müssten den Antrag 76, der eine unendlich lange Begründung beinhaltet – die Begründung wird ja inzwischen auch veröffentlicht –, ablehnen und dafür unseren kurzen und prägnanten Antrag 101 annehmen. Ich könnte sogar mit dem Antrag 76 leben, wenn die Begründung entfielen. Aber ich denke, es ist klarer, Sie stimmen für den Antrag 101 und gegen den Antrag 76.

Herr Professor Elmer, Sie kennen mich als eckig, kantig und nicht einfach zu überzeugen. Sie haben hier in unserem Plenum die Kritik gehört. Mich würde Ihre Stellungnahme sehr interessieren. Vielleicht gibt es noch die Möglichkeit dazu.

Auch ich möchte eine dezentrale Speicherung. Ich möchte meinen Computer, der nicht angeschlossen ist, nicht anschließen müssen. Ich möchte, wenn ich verpflichtet werde, ein VSDM zu machen, dieses an irgendeinem besonderen Computer machen, was nichts mit meinen Patientendaten zu tun hat. Ich möchte nicht Identitätsprüfungen durchführen, wenn es nicht notwendig ist.

Ich habe einen Antrag gestellt, in dem klar steht: Es gibt ärztliche Bereiche, in denen es notwendig ist, Identitätsprüfungen durchzuführen. Da müssen wir sie durchführen,

gleichgültig ob es um Papierdokumente oder elektronische Dokumente geht. Das muss dort geschehen, wo es ärztlich notwendig ist. Es muss aber nicht dort geschehen, wo wir Krankenkassenarbeit verrichten. Da bin ich mit Ihnen komplett einer Meinung.

(Beifall)

Ich will keine zentrale Speicherung eines Medikationsplans in den Händen von Apothekern. Ich will das bei den Ärzten belassen. Ich will das, was vernünftig ist. Ich bitte Sie, meinen Antrag 101 anzunehmen und den Antrag 76 abzulehnen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, liebe Frau Groß. – Jetzt hat mir Herr Elmer signalisiert, dass er dazu ein paar Dinge sagen möchte. Vorhin wollte er noch nicht, aber nach der zarten Aufforderung von Frau Groß konnte er nicht widerstehen. Ich erteile Herrn Elmer als geladenem Gast das Wort.

Prof. Dr. Elmer, geladener Gast: Herzlichen Dank. – Herr Präsident! Liebe Frau Dr. Groß! Sehr geehrter Herr Dr. Bartmann, besonders herzlichen Dank an Sie! Liebe Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Gelegenheit, ganz kurz ein paar Sätze sagen zu können. Es wurden sehr viele Punkte angesprochen. Ich habe versucht, die Punkte zu sammeln, um vielleicht mit dem einen oder anderen Mythos aufzuräumen, relativ einfach und auch plakativ. Das ist keine Akzeptanzmarketingveranstaltung, sondern das, was ich sage, ist sachlich. Das möchte ich vorwegschicken.

Es gibt keinen zentralen Server. Niemand baut einen zentralen Server. Wir tun es nicht. Auch wenn es seit zehn Jahren erzählt wird, wir tun es einfach nicht. Es ist ein Vernetzungsprojekt. Es geht um eine direkte Vernetzung zwischen Ärzten. Das ist das Ziel dieses Projekts. Das Ziel dieses Projekts ist nicht der Versichertenstammdatenabgleich. Ziel dieses Projekts – Lipobay-Skandal etc. – ist tatsächlich, moderne Technik einzusetzen, damit diese eine Unterstützungsleistung für die Ärzteschaft ist, für alle Heilberufler, zum Wohle des Patienten.

Es gibt keinen zentralen Server. Es ist ein reines Vernetzungsprojekt. Die Daten bleiben genau da, wo sie heute sind: beim Arzt, beim Zahnarzt, im Krankenhaus usw. Es gibt keine zentrale Speicherung.

Die gematik baut aber ein Netz auf. Wenn ich mich hier umschaue: Zwei Drittel von Ihnen verwenden Smartphones, iPads usw. Sie nutzen es heute schon längst, und zwar ganz selbstverständlich und ohne über Datensicherheit nachzudenken. Sie machen Online-Banking usw. Das ist ganz natürlich.

Wir wollen Technik, die es seit vielen Jahren in vielen Branchen gibt, auch dem Gesundheitswesen nutzbar machen, und zwar auf dem höchsten Datenschutzniveau, das es je gab, das es in Europa gibt. Vergessen Sie Österreich. Da gibt es einen zentralen Server. Da muss der Patient widersprechen, anderenfalls werden seine Daten gespeichert. Vergessen Sie Frankreich. Dort gibt es ein reines Krankenkassenversicherungsprojekt.

In Deutschland ist es sozusagen völlig unique, dass die Ärzte von Anfang an eingebunden sind, und zwar mit 50 Prozent der Stimmen. 50 Prozent der Stimmen in der gematik gehören den Leistungserbringerorganisationen: der Zahnärzte, der Ärzte, der Krankenkassen und übrigens auch der Apotheker. Das ist tatsächlich so. Diese Entscheidungen sind gemeinsame Entscheidungen.

Uns, der Geschäftsführung der gematik, liegt am Herzen, wofür dieses Projekt ans Laufen gebracht wurde: die Qualität der Versorgung der Patienten durch Nutzung moderner Technik zu verbessern, und zwar auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie wegen NSA Angst haben – völlig berechtigt; konstruktive Kritik ist wichtig –: Wir bauen das nicht gegen den Datenschutz, wir machen das für den Datenschutz. Wir erhöhen den Datenschutz, und zwar freiwillig. Sie können das nutzen oder nicht. Wir haben für VSDM eine Stand-alone-Lösung. Kein Mensch, Frau Dr. Groß, verbindet Ihren Praxisnutzungsrechner mit einem anderen Netz. Es gibt keine riesigen Datenkraken oder sonst etwas. Die gibt es nicht. Wir wiederholen das immer wieder und gern. Es gibt mittlerweile Ärztenetze ohne Ende. Herr Jäger, Herr Wambach und andere können davon berichten. Die Ärzteschaft vernetzt sich heute doch schon längst. Man versucht das auf einem hohen Sicherheitsniveau. Es gibt ein einziges Netz in Deutschland, das vom BSI zertifiziert und vom BSDI abgenommen ist. Herr Peter Schaar, ehemals Bundesdatenschutzbeauftragter, hat gesagt, für die Sicherheit der TI legt er seine Hand ins Feuer. Das muss er aber nicht tun.

Herr Weichert hat gesagt, die Sicherheitsleistung der TI ist vorbildlich.

Die Österreicher, die Franzosen, die Dänen, die Esten, die Amerikaner gucken auf uns und finden es prima, was wir hier machen. Wir haben von Anfang an die Ärzteschaft dabei. Gratulation, Herr Dr. Bartmann, an die Bundesärztekammer. Es sind mittlerweile ganz viele Punkte realisiert worden, die „nur“ von den Krankenkassen so wahrscheinlich nicht realisiert worden wären. Sie haben die Riesenchance. Das findet tagtäglich statt. Die Ärzteschaft hat jetzt die Chance, das einzubringen, was passiert.

Frau Taube, Sie sind in die Erprobung eingebunden. Wir reden seitens der gematik. Wir machen die Benehmensherstellung. Wir wollen keine Benehmensherstellung nur de jure. Wir wollen Sie dabei haben, damit Sie fachlich-inhaltlich die Expertise und das Know-how der Ärzteschaft einbringen. Lassen Sie uns das zusammen tun, dann wird das etwas, was das Ziel dieses Projekts war, nämlich etwas zu schaffen, was den Patienten und der Ärzteschaft dient. Das wollen wir. Über eine gute, konstruktive und kritische Zusammenarbeit würde ich mich sehr freuen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Elmer. – Nächster Redner ist Detlef Merchel aus Westfalen-Lippe.

Merkel, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Jetzt muss ich mein Skript umschreiben, weil Professor Elmer schon alles gesagt hat. Ich bin in

Nordrhein-Westfalen im Ärztlichen Beirat, der sich darum kümmert, dass die ärztlichen Belange bei allen Umsetzungen eingebracht werden. Einige Mitglieder des Beirats haben hier bereits gesprochen. Im Beirat halten sich Akzeptanz und Ablehnung ungefähr die Waage. Ich bin jemand, der das Ganze für eine gute Chance hält. Ich bin nicht Angestellter der gematik. Die Telematikinfrastruktur ist für mich eine sehr sichere Autobahn, auf der wir unsere Daten verschicken, wenn wir es denn wollen. Es müssen erst einmal Daten vorhanden sein, um die Autobahn testen zu können. Dazu dienen die Versichertenstammdaten auf der Karte. Der erste Test dient dazu, um festzustellen, ob die Daten schnell, sicher und gut transportiert werden. Die Stammdaten sind ja jetzt auch schon in den Computern der Krankenkassen vorhanden.

Was passiert im ersten Test? Der Patient steckt die Karte in das Kartenlesegerät; ob Stand-alone oder nicht, ist mir persönlich egal. Es wird ganz schnell geprüft, ob es eine Änderung gibt oder nicht. Wenn es eine Änderung gibt, wird sie gleich auf die Karte geschrieben.

Für solche Probleme wie das der Adresse – Altersheim, Betreuer, Privatwohnung – ist der Beirat da, gibt es die Ärzte, die das begleiten, um zu sehen, was denn sinnvoll ist. Genau das wird jetzt getestet.

Wir sollten die Ärzte, die sich da einbringen, nicht diskriminieren. Sie helfen uns, entweder das System gängig zu machen, damit es hinterher gut und schnell funktioniert, oder festzustellen, dass das nicht funktioniert. Mit dem Rezept war es damals auch so.

Es gibt keinen Server. Die Daten bleiben dort, wo sie sind. Wir haben eine Autobahn, die nachher jeder für die Interessen, die er hat, nutzen kann, ob er nun Daten mit dem Krankenhaus oder mit dem Kollegen austauschen will, ob er für seinen Qualitätszirkel Daten schickt – all das funktioniert auf einer sicheren Transportebene, viel sicherer als der Transport der Daten heute.

Ich bin dafür, dass wir das testen, und zwar mit ärztlicher Begleitung. Ich bin dafür, es erst im Regelbetrieb einzusetzen, wenn auch die beteiligten Ärzte sagen: Es fluppt. Ich glaube, es wird fluppen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Merchel. – Nächster Redner ist der Kollege Rolshoven aus dem Saarland.

San.-Rat Dr. Rolshoven, Saarland: Lieber Herr Bartmann! Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal zu der allgemeinen Akzeptanz des IT-Systems: In meiner Praxis empfinde ich das System immer noch nur bedingt als eine Erleichterung. Ich empfinde es eindeutig als eine Ablenkung von dem, was ich mit dem Patienten eigentlich machen will.

(Beifall)

Meine Kommunikation wird durch diese Technik sehr gestört. Aber selbstverständlich habe ich ein solches System und ich pflege es auch.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der die erotische Ausstrahlung bremst, ist die Tatsache, dass das System zu einem immer größer werdenden Faktor wird. Gerade diejenigen, die im Moment XP umstellen müssen, merken, was von den IT-Firmen von ihnen verlangt wird.

(Beifall)

Anschließend muss ich zu höheren Kosten dieselbe Arbeit wie vorher unter vielleicht schlechteren Bedingungen machen.

Herr Bartmann, noch eine konkrete Frage. Ich habe in der Presse gelesen, dass es doch irgendwelche Überlegungen zu Zentralservern geben soll. Ich glaube, dass das nicht gemacht werden sollte. Aber ich habe auch gehört, dass die Krankenkassen bei den Karten einen besonders günstigen Chip einsetzen, der eine relativ geringe Speicherkapazität hat, und dass in einem zweiten Schritt gesagt werden wird: Wenn nicht alles auf diesen Chip passt, müssen wir halt doch irgendwo einen größeren Server hinstellen. Dann haben wir den Zentralserver. Das können Sie leicht ausräumen, wenn das falsch ist.

Ich komme zu einem für mich persönlich wichtigen Punkt. Auch wenn ich dieses System akzeptiere, so ist doch völlig ungeklärt, wer die Pflege der Daten vornehmen soll. Wir haben eine immer höhere Patientendichte, wir haben immer höhere Inanspruchnahmen. Ich weiß wirklich nicht, wann ich dieses Ding noch pflegen soll. Ich sehe, dass es am ehesten auf die Hausärzte zukommen wird, diese Dinge zu tun, so nebenbei. Der Patient wird sagen: Können Sie mal kurz gucken, ob auch stimmt, was draufsteht? Das passt in meinen Arbeitsalltag nicht hinein.

(Beifall)

Ein weiterer für mich sehr wichtiger Punkt: Überall dort, wo das in Institutionen stattfindet, beispielsweise im Krankenhaus, wird ein Bürokratiebeauftragter eingestellt, der das macht. Die Kasse hat selbstverständlich auch eine IT-Abteilung, die das alles macht. Im niedergelassenen Bereich bleibt das alles am Chef oder jemandem sonst hängen, der das zusätzlich machen soll. Das fördert ganz eindeutig die von uns allen beklagte Lust auf Angestelltenverhältnisse. Selbstständigkeit wird unter diesen Bedingungen immer schwieriger. Auch darüber müssen wir nachdenken, wenn wir an diesem System herumziselieren, bis wir es nicht mehr beherrschen können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Rolshoven. – Der Nächste ist Kollege Hartwig Kohl aus Bayern.

Dr. Kohl, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gibt keinen zentralen Server, es gibt keine zentralen Netze, es gibt keine Datenkrake – und niemand will eine Mauer bauen.

(Beifall)

Bei allem Respekt: Ich bin seit 25 Jahren niedergelassen. Das ist ein Projekt, das vom Staat, von den Krankenkassen und von der Gesundheitsindustrie promotet wird. Mir helfen wollen, einen Service für den Arzt darstellen wollen, die Patientenversorgung verbessern wollen, für andere da sein wollen – das wäre das allererste Mal, dass dies der Fall wäre.

(Beifall)

Mir geht es um die Praktikabilität. Seit dem ersten Quartal 1991 gibt es bei mir keine Karteikarte mehr. Man kann mir also sicher nicht vorwerfen, dass ich der modernen IT-Technologie gegenüber abgeneigt sei. Aber wenn diese elektronische Gesundheitskarte kommt, dann ist das so, als würde man Ihnen an Ihrem Fahrzeug alle vier Reifen auf einmal aufstechen. Das setzt Ihre Praxis platt.

Ich will Ihnen das am Beispiel des Notfalldatensatzes verdeutlichen. Das Konzept ist völlig praxisfern, hypertroph und außerdem nicht finanzierbar. Es sollen dort bis zu 20 Diagnosen mit dem ICD-Code, mit Diagnosesicherheit, mit Seitenlokalisation eingetragen werden. Es sollen alle eingenommenen Medikamente notiert werden, mit Anwendungszeitraum, Startdatum, Enddatum, Dauer, Einheit, Zeitraster der Einnahme, Zeitpunkt, in welchem Monat, an welchem Wochentag, zu welcher Tageszeit, zu welcher Uhrzeit. Die Periode soll mit Wert und Einheit notiert werden. Wir sollen die Akutmedikation kennzeichnen, die Bedarfsmedikation, die Dauermedikationen.

Es soll die Patientenverfügung notiert werden, und zwar mit Ablageort in der Wohnung des Patienten, die Organspendeerklärung mit Ablageort in der Wohnung des Patienten. Diese Notfalldatensätze können nur erstellt werden, wenn Arzt und Patient gemeinsam vor dem Kartenleser sitzen und ihre PIN eingeben. In Tests hat das bis zu 20 Minuten gedauert.

Sehr verehrte Damen und Herren, man könnte diese Beschreibung unendlich fortsetzen. Es ist für den niedergelassenen Haus- und Facharzt völlig impraktikabel und wird uns, wie vorhin gesagt, plattsetzen. Deshalb bitte ich Sie, den Antrag 76 zu unterstützen und den Antrag des Vorstands abzulehnen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kohl. – Andreas Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen! Sehr geehrte Kollegen! Bevor ich meinen Redebeitrag beginne, werde ich, wie Sie das normalerweise von einem Arzneimittelvertreter oder einem Kollegen, der dort Kontakt hat, verlangen, die Frage beantworten: Hat er einen Disclaimer zu machen? Ich kann Ihnen versichern, dass ich Beratungsgelder weder von irgendwelchen gematik- noch von anderen Lösungsteilnehmern bekommen habe und deswegen hoffentlich unabhängig vor Ihnen sprechen kann.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie haben, wie ich finde – ich komme ursprünglich mehr aus dem Klinikbereich –, treffliche Dinge darüber gehört, was die Kollegen in der Praxis alles erleiden müssen. Das brauche ich nicht zu wiederholen. Erkundigen Sie sich bitte dort über die Details.

Ich habe die 38 Seiten gelesen. Ich gebe zu: Ich habe nicht alles verstanden, denn mir fehlten bestimmte Dinge. Diese möchte ich hier nachgeliefert bekommen. Wenn es sich um ein solch großes Projekt handelt, erwarte ich, dass ich einen Projektplan zu sehen bekomme. Den habe ich auf den 38 Seiten nicht dargestellt bekommen. Großprojekte haben – ich glaube, die Berliner und auch die Hamburger Kollegen können Ihnen einiges darüber berichten – immer die Tücke der Kostensteigerungen. In dem Bericht ist von geplanten Kosten von 14 Milliarden Euro die Rede. Für den Berliner Flughafen sind 5,4 Milliarden Euro geplant. Nun könnte man denken, ich hätte sicherlich einen Antrag in der Tasche, wie man die Weiterbildung im ambulanten Bereich finanzieren könnte. Aber den werden Sie heute von mir nicht sehen.

Wir haben das eine oder andere über die Sicherheit gehört. Sie haben die Situation jenseits des Großen Teiches kritisiert. Ich möchte als Zeuge das FBI anrufen. Das FBI hat Anfang April eine Warnung bezüglich elektronischer Gesundheitsakten, zu deren Umgang usw. ausgesprochen. Das FBI hat der Gesundheitsindustrie unterstellt

is poorly protected and ill-equipped to handle new cyber threats exposing patient records, billing and payment organizations, and intellectual property.

Das heißt, alles, was Sie dort im Gesundheitswesen sehen können, kann kompromittiert werden, ob man einen zentralen Server oder eine Vernetzung hat.

Der Antrag 103 ist sicherlich gut gedacht, springt aber viel zu kurz. Zu den Änderungen, die der Antrag 101 vorbringt, könnte ich die Antragsteller auffordern: Gehen Sie doch zum Kollegen Brunngraber. Er ist nicht immer so ein Betonkopf, als der er dargestellt wird. Er ist Sachargumenten gegenüber offen und nimmt vielleicht Ihre Anregung auf, dass Sie nur einen Antrag brauchen, nämlich den Antrag 76.

Ganz herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas. – Sebastian Roy, Vizepräsident der Ärztekammer Thüringen, hat als Nächster das Wort.

Dr. Roy, Thüringen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Und immer grüßt das Murmeltier. Wenn man Ärztetage Revue passieren lässt, sieht man: Es gibt immer wieder dieselben Rituale und Themen. Manche finde ich gut, aber manche finde ich absolut nicht gut. Der Antrag 76 ist ein Antrag, der mit Halbwahrheiten gespickt ist. Ein Beispiel ist das Bild auf der Karte. Dieses Bild wird als Gefahr gesehen, aber dass es auch ein Sicherheitsaspekt ist, wird vollkommen außer Acht gelassen. Dieselben Medien zu nutzen, um etwas zu verhindern, diesen Spiegel müssen sich die Antragsteller vorhalten lassen.

Deshalb kann man nur zu dem einen Schluss kommen: Der Antrag 76 ist abzulehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke, Sebastian. – Wulf Dietrich aus Bayern ist der nächste Redner.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag 68 zur Datensicherheit, den wir eingebracht haben. Ich glaube, das ist ein ganz entscheidender Punkt in der Diskussion. Das ist auch ein Punkt in dem Sachstandsbericht, der immer wieder angesprochen wurde. Auf der einen Seite muss man, denke ich, Herrn Bartmann und seinen Mitarbeitern für diese Arbeit danken. Es war viel Arbeit und dieser Bericht hat auch für mich einiges geklärt. Auf der anderen Seite hat er einige Fragen, die ich schon immer hatte, weiter verstärkt und verhärtet. Eine dieser Fragen ist die Frage nach der Datensicherheit.

Herr Elmer, Sie haben uns gerade gesagt: Alle Welt guckt auf uns, auch die USA gucken auf uns. Genau das ist das Problem,

(Beifall)

denn die Perspektive, aus der die USA auf uns geguckt haben, ist mir äußerst unsympathisch. Ich denke, das Problem der Datensicherheit ist ein ganz extremes. So wie die USA auf uns geguckt haben, so möchte ich nicht, dass irgendjemand auf unsere Patientendaten guckt.

(Beifall)

Ich glaube, dass es keine absolute Sicherheit in der Datenverarbeitung gibt.

(Vereinzelt Beifall)

Vor zehn Jahren hätte es jeder für unmöglich gehalten, dass das Handy der Kanzlerin abgehört wird.

Deshalb habe ich den Antrag gestellt, dass wir uns einmal prinzipiell darüber unterhalten, wie es mit der Datensicherheit in der Medizin eigentlich aussieht, und zwar nicht nur im Hinblick auf die E-Card, sondern generell: Was machen wir eigentlich mit unseren Praxisnetzen? Was machen wir in den Kliniken mit der EDV?

Dabei möchte ich nicht nur die technische Seite betrachten, sondern ich möchte dabei auch die menschliche Seite sehen. Bei meinem iPad, das ich habe – ich benutze seit 20 Jahren Computer –, lautet das Passwort 1234. Das kann ich mir am einfachsten merken. Viele von Ihnen werden das genauso machen. Man geht einfach mit den Daten schlampig um. Sie wissen, dass in den Kliniken häufig die Terminals offen da stehen und jeder Zugriff hat, dass andere Passwörter benutzt werden usw.

Ich möchte wissen, wie sicher VPN in der Datenübertragung ist. Viele unserer niedergelassenen Kollegen benutzen von zu Hause aus den Zugang zu ihrer Praxissoftware in der Meinung, dass es vollständig sicher ist und niemand sonst das auch

schaffen könnte. Ich denke, Herr Snowden wäre auch in der Lage, auf diese Netzwerke zuzugreifen.

Daher mein Antrag, dass wir prinzipiell von einem Experten einen Bericht darüber bekommen – vielleicht bin ich da insgesamt etwas hysterisch –, wie sicher die Datenkommunikation in der Medizin ist, und zwar nicht nur bezogen auf die E-Card, sondern auch auf das, was wir tagtäglich mit der EDV bei uns in der Praxis und in den Kliniken machen.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Wulf Dietrich. – Axel Brunngraber, zweite Runde.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Vorhin hat ein Kollege davon gesprochen, das Ganze sei überhaupt nicht so kompliziert, es handele sich nur um eine Autobahn. Ich denke, wir Ärzte sind eine ganz humorvolle Gruppe. Man kann diese Arbeit auch gar nicht ohne Humor schaffen. Deswegen erlauben Sie mir bitte, Herr Präsident, dass ich sage: Wenn man sich die Vita und die Vorarbeiten von Herrn Professor Elmer ansieht, bekommen wir wahrscheinlich gar keine Autobahn, sondern einen zweiten Daten-Nürburgring hingestellt. Ich weiß nicht, wie es dann weitergehen soll. Ich weiß nicht, ob das der richtige Koch am Herd ist. Sie wissen, was damit gemeint ist: Herr Elmer war damals Hauptgeschäftsführer der Nürburgring AG. Das ist eigentlich kein Leuchtturmprojekt mehr.

Kurzer Hinweis: Badeunfall, Epileptiker wird im Schwimmbad aus dem Wasser gezogen und mit dem Notfallfahrzeug weggebracht. Wo ist die Karte? Sie ist nicht da. Oder: Die alte Dame geht zum Bäcker und fällt dort um. Sie hat ihre Handtasche nicht dabei, weil man nicht immer eine Handtasche dabei haben muss. Die Karte ist nicht da. Wir haben diese Leute in der Praxis, die ohne Karte, ohne Portemonnaie kommen, die sich bei uns Geld leihen müssen, damit sie mit dem Taxi nach Hause fahren können, wenn wir den Fuß verbunden haben. Sie setzen am grünen Tisch ein ubiquitäres Vorhandensein dieser Elemente voraus, obwohl es in der Praxis überhaupt nicht so ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich sage es noch einmal: Ich bitte die Kollegen aus der Klinik, sich diesen Vorstellungen anzuschließen. Würden Sie beispielsweise sagen, man sollte den Vorschlag zur Vertragseinheit doch einmal ausprobieren? Machen wir doch einmal für zwei Jahre den Versuch. Dann können wir evaluieren, ob Sie zufrieden sind oder nicht. Das geht doch gar nicht. Das sind rote Linien, die wir nicht überschreiten dürfen.

(Beifall)

Es wird gesagt: Das Ganze kommt doch sowieso, ob mit oder ohne Ärzte. Ohne Akzeptanz der Ärzte ist das ganze Ding wertlos.

(Beifall)

Man will unsere Unterschrift. Man hat von außen für uns etwas vorbereitet, das wir nie selber initiiert haben. Das hat sich Roland Berger mit seiner Beratungsfirma ausgedacht und man hat es uns untergeschoben: Na, Marianne, möchtest du nicht so langsam das grüne Kostüm von Oma anziehen? Das hat nichts mit uns zu tun. Das ist Resteverwertung von IT, die irgendwo an Kapazitätsgrenzen gestoßen ist.

(Beifall)

Legitimieren und adeln Sie dieses arztfremde und – das ist es ja auch – patientenfremde Projekt nicht mit unserer Akzeptanz.

(Beifall)

Wir haben das jahrelang stolz und würdig durchgehalten. Wir haben unsere Aufträge als mandatierte Ärzte erfüllt. Wir sollten das am heutigen Tage nicht beerdigen. Ich denke, dafür gibt es gar keinen Grund. Es gibt eher einen Grund dafür, noch stärker im Votum zu werden. Dass Snowden in diesem Papier erwähnt wird, ist ein Witz. Das ist wirklich eine absolute Collage.

Im Zeitalter von Vroniplag usw. muss ich sagen: Liebe Frau Groß, der Antrag 101 ist wirklich das billigste Plagiat, das ich bisher unter Akademikern gesehen habe. Bitte gehen Sie nicht darauf ein, dass man die Anträge 101 oder 76 ausweidet und Ihnen dieses Ding ohne Patent- und Lizenzgebühren als den neuen Superklassenwagen darstellt. Geben Sie dem Antrag 101 keine Chance. Wir treten mit dem Antrag 76 mit einer großen Vorarbeit an. Diese Tausende von Seiten, die Herr Bartmann mit seinen Mitarbeitern durchgearbeitet hat, haben auch wir durchgearbeitet. Die Quellen sind allgemein zugänglich.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Die Redezeit!

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Entschuldigung.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Die Entschuldigung ist akzeptiert. Aber eine Bitte habe ich: Unsere parlamentarischen Regeln beinhalten nicht, dass wir Gäste, die wir geladen haben, beleidigen, und sei es auch nur indirekt.

(Beifall)

Deswegen weise ich das zurück. Ihre Ausführungen zum Nürburgring waren bedeutungslos. Sie können sich dafür entschuldigen, wenn Sie das wollen.

(Beifall)

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Professor Elmer, liebe Kolleginnen und Kollegen, sollte das als Beleidigung aufgefasst worden sein, darf ich mich entschuldigen. Nur: Ihre Ausführungen haben durchaus den Tatbestand der Herabsetzung unserer ärztlichen Kompetenz und unserer ärztlichen Sorgen erfüllt.

(Beifall – Widerspruch)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Brunngraber. Die Entschuldigung ist angenommen. – Nächster Redner ist Herr Dietrich.

Dietrich, Nordrhein: Vielen Dank. – Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf ein paar Argumente der Kritiker unseres Antrags 76 eingehen. Ich versuche, das ganz sachlich zu tun. Wir haben in diesem Antrag Forderungen aufgestellt und möchten Sie bitten, den Antrag 76 anzunehmen.

Herr Kollege Roy, Sie haben auf das Bild auf der Karte hingewiesen. Das Bild ist nicht identitätsgeprüft. Es sollte ein Sicherheitsmerkmal werden, aber durch die fehlende Authentifizierung durch die Kassen im Identverfahren ist es eben kein Sicherheitsmerkmal mehr. Der Angelschein ist in Bezug auf die Bildprüfung sicherer als die elektronische Gesundheitskarte.

(Beifall)

Herr Professor Elmer hat gesagt – er ist aber auch Stakeholder, er spricht auch pro domo, was wir im Hinterkopf behalten müssen –: Es gibt keine zentrale Speicherung, keine Speicherung in Servern. Hier sehen Sie das Bild des Konzepts – es ist sicherlich ein bisschen klein, aber vielleicht sieht man doch ein wenig –: Alles ist vernetzt. Hier ist der Server für die elektronische Patientenakte, hier ist der Server für das Rezept. In dieser vernetzten Struktur sind also zentrale Datenspeicher vorgesehen. Die Protagonisten der Telematikinfrastruktur sprechen seit Jahren vom weltgrößten EDV-Projekt, von der weltgrößten Telematikinfrastruktur, die in Deutschland entstehen soll. So viel zu diesem Punkt, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Zu Herrn Merchel und Herrn Rühmkorf: Herr Merchel, Sie haben angesprochen, dass diskriminierende Daten, Daten, die genetische Informationen zu Diagnosen enthalten, von der Speicherung ausgeschlossen werden sollen. Das Problem ist – das haben wir in der Ärztekammer Nordrhein diskutiert –: Bis jetzt ist, obwohl vor zweieinhalb Jahren beschlossen wurde, dass eine Liste mit solchen Diagnosen erstellt wird, die keinesfalls gespeichert werden dürfen, eine solche Liste von der Ärztekammer Nordrhein nicht erstellt worden. Das möchte ich hier ausdrücklich sagen. Der Telematikbeirat hat auch nicht darauf hingewirkt, dass das geschieht. Herr Henke, Sie wissen, dass das so ist.

Frau Groß, Ihr Antrag 101 lehnt eben nicht die zentrale Telematikinfrastruktur ab. Das ist unser Hauptkritikpunkt. Sie haben viele unserer Kritikpunkte im Antrag 101 aufgegriffen, auch viele, die im Antrag 76 stehen. Wir freuen uns darüber, dass Sie erkannt haben, dass wir mit vielen Kritikpunkten recht haben, und dass Sie auf uns zugekommen sind. Trotzdem lehnt der Antrag 101 die TI nicht ab. Deswegen können wir uns diesem Antrag nicht anschließen.

Ich möchte noch etwas zur Alternativlosigkeit sagen, auch gegenüber den Klinikkollegen, die meinen, wir müssten das hier alles haben. In Frankreich gibt es seit zehn Jahren eine elektronische Patientenakte. Sie ist praktisch nicht genutzt worden, liebe Kolleginnen und Kollegen. In England rebellieren die Hausärzte gegen jegliche Verpflichtung, sich in ein solches System zu begeben und ihre Patientendaten einzugeben. In den USA, bei Medicare, braucht der Arzt ein bis zwei Stunden täglich, und zwar auch der Klinikarzt, um Patientendaten in die dortigen Systeme einzugeben. Das ist die Realität und das wird kritisiert. In der „New York Times“ und im „Wall

Street Journal“ wurde publiziert, dass das so ist. Es sind bisher keine Einsparungen erzielt worden, auch nicht in den USA.

Die Patientenakten, die es in Deutschland bisher auf freiwilliger Basis von der BEK, von Microsoft, von Google Health gab, wurden praktisch nicht genutzt, weil die Patienten keinen Bedarf sehen, ihre Daten zentral zu speichern.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Thomas Lipp hat quasi das Schlusswort.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Ich kann jetzt nicht ganz so karnevalesk wie Herr Brunngraber meinen letzten Redebeitrag abliefern.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Versuchen Sie es doch mal!

(Heiterkeit)

Dr. Lipp, Sachsen: Ich will die Leute ja nicht zum Lachen bringen, sondern zum Nachdenken.

Es ist schon vieles gesagt worden, das ich nicht wiederholen will. Ich versuche, ein paar neue abschließende Aspekte einzubringen. Die Diskussion, die wir jetzt führen, erinnert mich sehr an die Zeit vor 15, 20 Jahren: Chipkarte – ja oder nein? Wir haben massiv gegen diese Chipkarte opponiert. Wir haben geradezu Zentner an Resolutionen in den Verbänden und hier auf dem Deutschen Ärztetag verfasst. Heute möchte keiner mehr die Chipkarte missen wollen, weil sie tatsächlich eine Vereinfachung der Dokumentation darstellt.

Die Diskussion erinnert mich auch ein bisschen an die Zeit, als der C 64 aufkam und wir alle glaubten, dass so ein Computer zukünftig keine große Bedeutung haben wird. Wir rufen nach Evaluierung, nach Versorgungsforschung, wir wollen iatrogene Schäden verhindern. Schauen Sie sich doch einmal die letzten 20, 30 Jahre an, was wir heute wissen, mit wie viel Medikamenten, mit wie viel Prozeduren wir den Patienten am Ende mehr geschadet als genutzt haben. Dazu brauchen wir Daten. Diese Daten müssen wir zusammenfügen.

Sie kennen das Bonmot: Wenn ein Arzt einem Sarg hinterherläuft, dann läuft manchmal tatsächlich die Ursache der Wirkung hinterher. Damit dieses nicht geschieht, brauchen wir Daten, um das in irgendeiner Weise steuern zu können. Ich sehe eine Entkoppelung der Diskussion zwischen uns und den Patienten, auch zwischen uns und denen, die uns das Mandat gegeben haben, hier über solche Themen zu reden.

Es gibt viele Ärzte, es gibt viele Patienten, die nichts gegen die Sache haben. Es fällt mir auf, dass wir dem gesunden Kranken mit Datenschutz kommen können – er ist

ganz auf unserer Seite –, während das dem kranken Kranken völlig egal ist, denn er will, dass die Daten so zusammengeführt werden, dass ihm am Ende in seinem Elend geholfen wird. Das sollte bei uns mit bedacht werden.

(Beifall)

Wir können hier dagegen sein, wie wir wollen: Der Zug läuft doch. Wenn wir es nicht gestalten, werden wir gestaltet. Beim ARMIN-Projekt, das in Sachsen gar nicht läuft, während es in Thüringen sehr gut laufen soll, führen Patienten und Ärzte diese Daten zusammen und meinen, das sei eine Fortentwicklung. Was am Ende herauskommt, wissen wir nicht. Auch bei der E-Card und Ähnlichem wissen wir nicht genau, was am Ende das Ergebnis sein wird.

Aber wenn Sie eine Entwicklung ablehnen wollen, weil Sie die Ergebnisse nicht komplett beurteilen können, dürften Sie nie kochen, weil Sie da am Ende auch nicht wissen, was herauskommt und wie es schmeckt.

(Beifall – Heiterkeit)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Lipp, die Zeit!

Dr. Lipp, Sachsen: Geben Sie mir noch zwei Minuten.

(Heiterkeit)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich täte es ja gern, aber die Geschäftsordnung gibt es leider nicht her.

Dr. Lipp, Sachsen: Letzter Satz: Pro Monat entstehen tausend Gesundheits-Apps, die den Markt überschwemmen, die von den Menschen benutzt werden. Es gibt In-sellösungen, es gibt Computerprogramme, die an uns vorbei genau die E-Card herstellen wollen, wo wir keinen Einfluss haben. Wir haben nur noch eine Alternative, Herr Montgomery: Entweder werden wir gestaltet oder wir gestalten mit. Ich bin fürs Mitgestalten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Danke. – Damit haben wir die Rednerliste abgearbeitet. Wir haben Schluss der Rednerliste beschlossen. Jetzt erteile ich dem Referenten das Wort zu einem Schlusswort.

Dr. Bartmann, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gibt einen Stand der Anträge und es gibt einen Sachstandsbericht. Erlauben Sie mir, dass ich als Replik auf einen großen Teil der Anträge genau auf diesen Sachstandsbericht verweise, denn in ihm steht im Grunde genommen alles. Für das, was dort steht, verbürge ich mich. Was in manchen Anträgen an Ahnung, Behauptung usw. steckt, kann ich nicht beurteilen.

Deshalb habe ich nur zwei Anmerkungen zu den Redebeiträgen, weil ich direkt angesprochen worden bin. Zu Herrn Scholz: Herr Scholz, ich glaube, Sie hatten das falsche Papier. Unser Papier hat nicht 38, sondern 48 Seiten. Auf Seite 23 steht, dass 800 Millionen Euro und nicht 14 Milliarden Euro verbraten worden sind. Vor vielen Jahren wurde – von der gematik ein bisschen mitverschuldet – eine solche Summe genannt, aber nicht in unserem Papier.

Herr Rolshoven, auch Sie haben mich direkt angesprochen. Ja, Sie haben recht, zumindest im Kern: Die Kassen favorisieren die Lösung mit zentralen Servern. Wir haben uns sehr vehement dagegen zur Wehr setzen müssen. Herr Elmer ist mein Zeuge. Und wir haben es geschafft. Was Ihnen Herr Elmer gesagt hat, ist Tatsache: Es gibt keinen zentralen Server. Wir brauchen Potenzial, um weiterhin gegen solche Tendenzen in dem weiterlaufenden Projekt aktiv vorgehen zu können. Dafür brauchen wir den Antrag 06 des Vorstands.

Mit den Änderungsanträgen wird jeder Satz des Vorstandspapiers genau in sein Gegenteil verkehrt. Wenn Sie die Änderungsanträge 06 a bis 06 d annehmen, sagen wir genau das Gegenteil dessen, was im Ursprungsantrag steht. Wir können uns nicht dagegen wehren; ich habe das juristisch prüfen lassen. Wir können nicht nachträglich unseren Antrag zurückziehen, weil wir meinen: Das ist nicht mehr unser Antrag, sondern er besagt nun genau das Gegenteil dessen, was wir eigentlich sagen wollten. Deswegen meine dringende Bitte: Lehnen Sie diese Änderungsanträge ab.

Zu den übrigen Anträgen habe ich Ihnen schon die Empfehlung gegeben: Legen Sie den Sachstandsbericht neben die Anträge und dann entscheiden Sie, wie es aus Ihrer Sicht richtig ist.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank für dieses Schlusswort. – Damit beende ich die Aussprache zum Tagesordnungspunkt VII c. Wir treten in die Abstimmungen ein. Es wird ein Tableau der Abstimmungsreihenfolge publiziert. Wir beginnen mit dem Antrag 06, dem Antrag des Vorstands. Dazu gibt es Änderungsanträge; mir sind vier Änderungsanträge bekannt.

Ich rufe als ersten den **Antrag VII-06 d** auf, der den ersten Absatz des Vorstandsantrags dadurch in sein Gegenteil verkehren möchte, dass er ihn durch die vorgeschlagene Formulierung ersetzt. Sind Sie sich im Klaren darüber, worüber abgestimmt wird? – Wer dem Antrag 06 d zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist der Antrag 06 d **abgelehnt**.

Wir kommen zum **Antrag VII-06 c**, der die ersten fünf Spiegelstriche durch andere Spiegelstriche ersetzen möchte, die ebenfalls eine Inversion des gedanklichen Ansatzes bedeuten. Wer ist für den Antrag 06 c? – Wer ist dagegen? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist auch dieser Antrag **abgelehnt**.

Wir treten in die Abstimmung über den **Antrag VII-06 b** ein, der den letzten Absatz auf der ersten Seite durch die gewählten Formulierungen in sein Gegenteil verkehren

möchte. Ich frage Sie: Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Mit überwältigender Mehrheit **abgelehnt**.

Wir kommen zum **Antrag VII-06 a**, der den letzten Abschnitt durch einen neuen Passus ersetzen möchte. Ich frage Sie: Wer möchte dem Antrag 06 a zustimmen? – Wer möchte den Antrag 06 a ablehnen? – Wer möchte sich enthalten? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **abgelehnt**.

Damit kommen wir zu dem in seiner Textierung vollkommen unverändert erhaltenen **Antrag VII-06**. Ich stelle hiermit den Antrag VII-06 zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Vorstandsantrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

(Beifall)

Wir kommen zu den Anträgen VII-76, VII-101 und VII-73, die in einem inneren Kontext stehen. Wenn Sie die Anträge genau lesen, stellen Sie fest: Die Anträge 76 und 101 sind trotz sich am Rande der zumindest wissenschaftlichen Plagiatsvermutung bewegendem gleichen Formulierungen unterschiedliche Anträge. Eigentlich schließen sie sich aus. Sie können nicht 76 und 101 positiv bescheiden, sondern wenn Sie den einen Antrag positiv bescheiden, müssten Sie den anderen Antrag ablehnen. Es entfällt der Antrag 73 mehr oder weniger, wenn Sie den Antrag 76 annehmen, weil er in die gegenteilige Richtung geht.

(Zuruf)

– Sie können es ja anders entscheiden. Ich will nur verhindern, dass wir hinterher im Protokoll Ja, Nein und Enthaltung stehen haben. Das sieht nach außen hin nicht so gut aus.

Herr Dietrich zur Geschäftsordnung.

Dietrich, Nordrhein: Herr Präsident, ich muss Sie an dieser Stelle leider korrigieren. Wir haben das mit Ihrer Rechtsabteilung und Ihren Referenten geklärt und es wurde festgestellt, dass der Antrag 06 des Vorstands und der Antrag 76, weil sie unterschiedliche Inhalte und Aspekte beleuchten und Kritik anderer Art und grundsätzlicher Art beinhalten, kompatibel sind. Das wurde uns mitgeteilt. Das ist bitte die Grundlage. Vor diesem Hintergrund möchte ich um Zustimmung zum Antrag 76 bitten.

Ich danke.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Dietrich, ich habe den Antrag 06 gar nicht erwähnt. Da bin ich mit Ihnen einer Meinung. Mir geht es um die Anträge 76, 101 und 73, die von uns jetzt zu bescheiden sind. Da müssen wir uns für „Vollbart“ oder „glatt rasiert“ entscheiden. Das ist die Frage. Das hat mit dem Antrag 06 nichts zu tun; damit wir uns da bitte einig sind. Das ist offensichtlich ein akustischer Irrtum bei Ihnen gewesen. Die Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und unsere hochkompetenten Mitarbeiter haben uns, glaube ich, zu Recht so beraten.

Jetzt wissen wir alle, woran wir sind. Ich rufe den **Antrag VII-76** auf und frage Sie: Wer möchte diesem Antrag zustimmen?

(Zuruf: Vorstand!)

– Zu spät. Wer dafür ist, möge jetzt seine Karte erheben. – Wer ist dagegen? – Das Zweite ist eindeutig die Mehrheit.

(Zurufe: Zählen!)

– Wir zählen aus. Ich bitte diejenigen, die diesem Antrag zustimmen möchten, ihre Karte zu erheben. – Ich bitte diejenigen, die diesen Antrag ablehnen möchten, ihre Karte zu erheben. – Herr Brunngraber, Sie hatten recht, dass es sich lohnt zu zählen. Der Antrag 76 ist mit 104 : 106 Stimmen **abgelehnt**. Enthaltungen? – Wir brauchen die Enthaltungen nicht zu zählen, weil sie nach der Geschäftsordnung nicht mitzählen.

Wir kommen jetzt zum **Antrag VII-101**. Wer für die Annahme des Antrags 101 ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Jetzt bitte die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine große Anzahl von Enthaltungen. Der Antrag 101 ist mit Mehrheit **angenommen**.

Müssen wir dann noch über den Antrag VII-73 abstimmen? Eigentlich nicht, denn mit dem Antrag 101 ist das Thema erledigt. Sind Sie damit einverstanden? – Dann können wir den Antrag 73 einfach beiseitelegen.

Ich komme jetzt zum **Antrag VII-74**:

Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung ist genuin ärztliche Aufgabe

Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einigen Enthaltungen mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-88**:

Ärztlichen Sachverstand bei der Gestaltung der medizinischen Telematikinfrastruktur in den Testregionen einbeziehen

Wer für diesen Antrag ist, der möge die Karte erheben. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen.

Frau Hübner weist mich darauf hin: Nur bei Annahme des Antrags 76 wäre der Antrag 73 obsolet. Da Sie aber den Antrag 76 abgelehnt haben, sollten wir uns über den Antrag 73 doch eine Meinung bilden. Dies dient sicherlich auch der Vermeidung von Legendenbildungen.

Ich rufe jetzt also noch einmal den **Antrag VII-73** auf und frage Sie: Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Viele. Dann ist der Antrag **angenommen**.

(Beifall)

Wir können uns jetzt dem **Antrag VII-75** zuwenden:

Transparenz über die bisherigen Ausgaben der Bundesärztekammer für die Mitarbeit in der gematik und das Telematik-Dezernat (Dezernat 8) herstellen

Es wird gefordert, dass über die Ausgaben der Bundesärztekammer als Gesellschafter seit Gründung der gematik und über die bisherigen Kosten für das Dezernat 8 Auskunft gegeben werden soll. Das wird mit Sicherheit mit Kosten verbunden sein, weil wir da mit Wirtschaftsprüfern usw. reden müssen. Ich glaube nicht, dass wir die ganzen alten Unterlagen haben.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Herr Schimanke beantragt Vorstandsüberweisung. – Herr Dietrich möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen.

Dietrich, Nordrhein: Wir haben über die Finanzen der Bundesärztekammer ausführlich diskutiert. Man kann dem Finanzbericht aber nicht die Ausgaben für die einzelnen Dezernate entnehmen. Es bedarf auch keiner Wirtschaftsprüfung, sondern man kann intern über Personalkosten oder über Stellenkosten, über entsprechende Kosten kalkulieren, wie hoch die Ausgaben für das Dezernat 8 sind. Insofern bitte ich Sie, den Antrag positiv zu bescheiden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben leider keine Kostenstellenrechnung für die einzelnen Dezernate, weil – Ihrem Wunsche folgend – viele Dezernate übergreifende Arbeiten machen. Deswegen rate ich Ihnen, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen.

Es ist für und gegen Vorstandsüberweisung gesprochen worden. Jetzt kommen wir zur Abstimmung. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Das müssen wir zählen. Wer für die Vorstandsüberweisung ist, der möge jetzt bitte die gelbe Karte erheben. – Ich bitte diejenigen, die gegen die Vorstandsüberweisung sind, um ihr Kartenzeichen. – Dieser Antrag ist mit 109 : 115 Stimmen abgelehnt.

Wir bilden uns nun eine Meinung über den Antrag selbst. Wer für den Antrag VII-75 ist, der möge seine Karte erheben. – Wer ist dagegen? – Wer möchte sich enthalten? – Es geht nicht, dass einige bei allen drei Fragen abstimmen. Noch einmal: Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Dann ist der Antrag **angenommen**.

(Vereinzelt Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VII-48:**

Sorgfältige Prüfung der Zugehörigkeit von Gesundheitsdaten zu behandelten Personen ist bei jeder ärztlichen Dokumentation erforderlich, unabhängig vom genutzten Medium

Wer ist für den Antrag VII-48? – Wer ist dagegen? – Einzelne Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-68:**

Datensicherheit in Kliniken und Praxen

(Zuruf)

– Herr Andrae beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Herr Dietrich.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Ich halte es für unsinnig, dass wir dem Vorstand den Auftrag geben, dass der Vorstand sich selber etwas überlegen soll. Wir können doch dem Vorstand von hier aus sagen: Überlegt einmal, was ihr dazu sagt. Es ist irgendwie unsinnig, das an den Vorstand zu überweisen. Wir können das doch hier entscheiden. Von daher bin ich gegen eine Vorstandsüberweisung.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dann können wir uns jetzt eine Meinung darüber bilden, in welcher Intensität der Vorstand sich eine Meinung bilden soll. Ich frage Sie: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? – Das ist eindeutig die Mehrheit. Wer möchte den Antrag positiv bescheiden? – Wer ist dagegen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-103:**

Hackerangriffe auf das Gesundheitswesen

Mir ist gesagt worden, dass Ihnen der Antrag vorliegt.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer ist für die Überweisung des Antrags VII-103 an den Vorstand? – Wer ist gegen die Vorstandsüberweisung? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-17:**

Chancen und Potenziale der Telemedizin erkennen und nutzen

Zur Geschäftsordnung Herr Brunngraber. Geht es um die zweite Lesung? Über diesen Antrag befinden wir, wenn über alle anderen Anträge abgestimmt ist.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Ich hätte es ökonomischer gefunden, anders vorzugehen. Aber Sie sind hier Herr des Verfahrens.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es geht hier nicht um die Ökonomie, sondern um die Geschäftsordnung.

(Heiterkeit)

Wir haben nur noch einen Antrag zu behandeln, lieber Herr Brunngraber. Wir hätten uns unser Geplänkel auch sparen können.

Wir stimmen jetzt über den Antrag VII-17 ab. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist dieser Antrag **angenommen**.

Damit haben wir die Anträge zum Tagesordnungspunkt VII b erledigt. Jetzt liegt mir der Antrag von Herrn Dietrich vor, zum **Antrag VII-76** eine zweite Lesung durchzuführen. Wünschen Sie, das zu begründen, Herr Dietrich?

Dietrich, Nordrhein: Ich plädiere unbedingt für eine zweite Lesung. Ein Ergebnis von 106 : 104 bedeutet eine einzige Stimme. Es waren eben einige Kollegen auch nicht im Saal.

(Zurufe)

Auch das kann ein Argument für eine zweite Lesung sein; da bitte ich um Verständnis.

Ich beantrage eine zweite Lesung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Sonst pflegt man in der Regel den sogenannten Regierenden vorzuwerfen, dass sie so lange abstimmen lassen, bis das Ergebnis stimmt. Aber es kann auch einmal andersherum sein.

Wer möchte eine zweite Lesung zu diesem Antrag haben? – Wer möchte das nicht? – Das Zweite war mehr als das Doppelte zuvor.

(Zurufe)

– Sie möchten zählen lassen; keine Legendenbildung. Wer möchte eine zweite Lesung? – Jetzt bitte diejenigen, die gegen eine zweite Lesung sind. – Sie haben mit 86 : 144 Stimmen bei einer sehr hohen Beteiligung das Quorum für die zweite Lesung erreicht.

(Beifall)

Wir treten in die zweite Lesung zum Antrag VII-76 ein. Da wir Schluss der Rednerliste beschlossen hatten, gibt es dazu keine Debatte mehr, sondern wir treten direkt in die Abstimmung ein.

(Zurufe)

– Herr Brunngraber, es gilt noch immer die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, die Parisituation ist kein Signal, das eine der beiden Seiten mit Gestaltungskraft ausstattet. Sie stellt auch ein Indiz für eine gewisse Auffassungsunsicherheit des Plenums dar. Das kann ich auch gut verstehen. Wir sind hier mit vielen Informationen bom-

bardiert worden, die aber kein zusammenhängendes Bild liefern. Ich sage noch einmal: Krake und die kleinen Kalamarisscheiben.

Ich möchte noch ein Argument vortragen, bei dem Sie schon erkennen können, dass die Dinge nicht so sind, wie sie dargestellt werden.

Wenn der Patient freiwillig sagt, er möchte, dass der Arzt den Notfalldatensatz für ihn speichert, dann gibt es für den Arzt dafür keine Abwahloption. Entscheidend ist, ob der Notfalldatensatz offline auf der Karte gespeichert werden soll oder online auf zentralen Datenstrukturen. Wir reden hier nicht von einem Bunker im Taunus. Das kann auf acht Förderparks verteilt sein. Es geht nur um zentral erreichbare Daten.

Wenn ich Daten abfragen will, muss ich sie erreichen können. Deswegen müssen sie zentral erschlossen sein. Lassen Sie sich bitte nicht von Begriffen wie zentral und dezentral verwirren. Es gibt einen guten Grund, dieses Projekt abzuwählen, weil es für die Ärzte keine Freiwilligkeit gibt. Das ist hierbei das zentrale Argument.

Wenn überall freiwillige Optionen folgenlos für die Ärzte bestünden, diese Neuigkeit zu nutzen oder nicht zu nutzen, gäbe es keine solche Debatte.

Hier sind implizite Zwänge verborgen. Deswegen fordern wir Sie auf, diesem zweiten Antrag von uns zuzustimmen, der genau auf diese Schwachstelle hinweist.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Zur Geschäftsordnung Herr Roy.

Dr. Roy, Thüringen: Ich sehe nicht, dass irgendwie neue Erkenntnisse kommen, sondern die Argumente sind dieselben. Man sollte es schaffen können, Neues auch in zwei Minuten zu sagen. Deshalb beantrage ich eine Redezeitbegrenzung auf zwei Minuten.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist der Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten gestellt. – Herr Lücke.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Um die dauerhafte Wiederholung der Argumente zu vermeiden, beantrage ich Ende der Rednerliste.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist Ende der Rednerliste beantragt. Darüber können wir uns jetzt eine Meinung bilden. Wer für Ende der Rednerliste ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Das ist eine riesige Mehrheit. Gegenprobe! – Wenige Enthaltungen? – Einige. Dann ist Ende der Rednerliste beschlossen.

Wer möchte zwei Minuten Redezeit statt drei Minuten? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Damit sind zwei Minuten beschlossen.

Ich gehe davon aus, dass Sie das ausschließlich für den Tagesordnungspunkt VII b meinen und nicht für die gesamte weitere Debatte.

Der nächste Geschäftsordnungsantrag kommt von Herrn Schimanke.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Ich greife das Argument von Herrn Roy auf: Es ist alles gesagt und von verschiedenen Seiten beleuchtet worden. Ich beantrage Schluss der Debatte.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist Schluss der Debatte beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann stimmen wir ab. Wer die Debatte an diesem Punkt beenden möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit.

(Zuruf: Zählen!)

– Bei allem Respekt, das muss man nicht zählen.

Es ist Schluss der Debatte beschlossen. Wir können damit in die Abstimmung über den Antrag VII-76 eintreten. Wer für den Antrag VII-76 ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Diejenigen, die gegen den Antrag 76 sind, bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Jetzt hat es sich verdeutlicht. In der zweiten Lesung ist der Antrag mit 112 : 118 Stimmen, also 6 Gegenstimmen mehr, **abgelehnt**. Damit ändert sich nichts.

(Beifall)

Wir haben damit das Konvolut zum Tagesordnungspunkt VII b bearbeitet. Ich danke Herrn Bartmann und Norbert Butz und seinen Mitarbeitern für die Arbeit und die Vorbereitung.

(Beifall)

Wir treten jetzt in die Debatte zu den einzelnen Themenblöcken ein. Wir kommen zunächst zu den Arbeitsbedingungen. Die erste Rednerin dazu ist die Kollegin Angelika Haus aus Nordrhein. Jetzt gilt wieder die Dreiminutenregelung.

Haus, Nordrhein: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich inhaltlich zwar zu den Arbeitsbedingungen gemeldet, aber ich erinnere mich an viele recht zügig abgelaufene Abstimmungen, bei denen wir nach dem Prinzip verfahren sind: Der Antrag wurde aufgerufen und wenn es jemanden gab, der gegen den Antrag sprach, konnte der Antragsteller dafür sprechen. Anschließend wurde abgestimmt. Ich möchte das Plenum fragen, ob es damit einverstanden ist, dass wir wiederum so verfahren, damit wir einigermaßen zügig durchkommen. Das ist mein Anliegen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Haus. Frau Haus hat den Geschäftsordnungsantrag gestellt, so zu verfahren, wie wir das in der Vergangenheit öfter gemacht haben. Ich rufe den einzelnen Antrag auf. Wenn sich niemand meldet, der für oder gegen den Antrag sprechen will, wird direkt abgestimmt. Wenn sich jemand meldet, der dafürsprechen will, frage ich, ob noch jemand dagegensprechen will. Wenn jemand gegen einen Antrag spricht, frage ich, ob noch jemand dafürsprechen möchte. Sie haben in der Vergangenheit beschlossen, so zu verfahren, um den Ablauf zu beschleunigen.

(Beifall)

Ist Ihnen klar, worüber Sie abstimmen werden? – Dann frage ich Sie: Wünschen Sie, so zu verfahren wie in der Vergangenheit? – Andreas Scholz möchte gegen dieses Verfahren sprechen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es klingt sicherlich sehr verlockend, so zu verfahren. Ich möchte Sie nur darauf aufmerksam machen: Zu dem Themenblock Arbeitsbedingungen gibt es acht Anträge. Das bedeutet, dass es 16 Redner gibt. Wenn ich es richtig sehe, stehen vier Redner auf der Rednerliste. Ich glaube nicht, dass dann das beantragte Verfahren das ökonomischste ist. Deshalb bitte ich Sie um Ablehnung.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es muss ja nicht zu jedem Antrag einer dafür- und einer dagegenreden. Das ist nur eine Möglichkeit. – Wir haben die Gegenrede gehört. Wer so verfahren möchte wie von mir eben skizziert, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann haben wir jetzt beschlossen, bei Tagesordnungspunkt VII – nur dafür gilt die Regelung – das alternative Abstimmungsverfahren anzuwenden, dass einer dafür- und einer dagegenspricht, wenn das gewünscht wird.

Ich rufe den **Antrag VII-13** auf:

Keine Aufweichung der Arbeitszeitregelungen

Ich sehe niemanden, der dafür- oder dagegenreden möchte. Daher frage ich Sie: Wünschen Sie, diesem Antrag zuzustimmen? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-14**:

Flexible Arbeitszeitmodelle auch für Führungskräfte

Ich sehe niemanden, der dafür- oder dagegensprechen möchte.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist

gegen die Vorstandsüberweisung? – Das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt. Wir bilden uns ein Urteil über den Antrag. Wer ist für den Antrag VII-14? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-57**:

Alle ärztlichen Tätigkeiten müssen in der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit leistbar sein!

Wünscht jemand, gegen den Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer ist für den Antrag? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-81**:

Ärztemangel in der ambulanten Versorgung ist auch Folge von Unterfinanzierung und fehlender Planungssicherheit

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer ist für den Antrag? – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei vielen Enthaltungen und wenigen Gegenstimmen **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-60**:

Berufliche Chancengleichheit zwischen Ärztinnen und Ärzten herstellen

Wünscht jemand, zu dem Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-38**:

Umsetzung Website – Bereich „Karriere trotz Teilzeit“

Ich weise Sie darauf hin, dass die Einrichtung einer Website haushaltsrelevant ist.

(Zuruf)

– Frau Mieke aus Hessen beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Andreas Botzlar möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen.

Dr. Botzlar, Bayern: Ich möchte natürlich deswegen gegen die Vorstandsüberweisung sprechen, damit ich Ihnen meine Argumente vortragen kann. Der Antrag beschreibt nur, was Sie bereits letztes Jahr beschlossen haben. Wir sind ja darauf hingewiesen worden, dass wir auch die Rechenschaftsberichte lesen sollen. Das hat Frau Borelli, für die ich hier spreche und die heute leider nicht mehr hier sein kann, getan. Dabei ist ihr aufgefallen, dass die beschlossene Einstellung in die Website mit dem Hinweis abgehandelt wurde, man habe vor vier respektive acht Jahren eine

Broschüre erstellt. Eigentlich wünscht sich die Antragstellerin nur, dass der Beschluss, den Sie bereits letztes Jahr gefasst haben, auch umgesetzt wird. Da scheint mir die Vorstandsüberweisung nicht der richtige Weg zu sein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Da muss ich leider, wie mir von der Geschäftsführung mitgeteilt wird, einen kleinen Irrtum korrigieren: Wir haben den Geschäftsbericht ja nicht nur gelesen, sondern auch geschrieben. Deswegen können wir darauf verweisen, dass ausweislich des Geschäftsberichts dieser Antrag auch letztes Jahr nur an den Vorstand überwiesen worden ist, aber nicht positiv beschieden wurde. Das ist ärgerlich, Andreas, aber es ist so.

(Heiterkeit)

Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit.

(Zurufe: Nein!)

– Wir zählen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Ich bitte jetzt um die Gegenprobe: Wer möchte sich selber eine Meinung über den Antrag bilden? – Dann ist der Antrag mit 93 : 91 Stimmen **an den Vorstand überwiesen**.

Ich bin sicher: In dem einen oder anderen gärt jetzt der Gedanke an eine zweite Lesung.

(Heiterkeit)

Herr Grauduszus sagt mir, ein Kollege habe mit zwei Karten abgestimmt. Das ist nicht zulässig. Es gibt keine Übertragung des Mandats. Da ich das von hier aus überhaupt nicht sehen kann und wir ansonsten, wenn das von Herrn Grauduszus konsequent durchgesetzt würde, zu einem schriftlichen Abstimmungsverfahren und damit zu einem Ärztetag bis Montagabend kämen, frage ich Sie: Bekennt sich jemand schuldig und erklärt, dass er das nicht wieder machen wird?

(Heiterkeit)

– Danke. Es hat sich niemand für schuldig erklärt. Deswegen braucht auch niemand zu erklären, dass er das nicht wieder macht.

Man darf nur eine Karte erheben. Die Mandate bei uns sind persönlich.

(Zurufe)

– Sie beantragen eine neue Zählung? Das machen wir gerne; wir wollen keine Legendenbildung. Ich bitte diejenigen, die für Vorstandsüberweisung sind, die Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Es waren 105 für Vorstandsüberweisung, 93 gegen Vorstandsüberweisung.

Ich muss Ihnen ein Geständnis machen und mich entschuldigen: Die Verwaltung hat mich falsch informiert. Dieser Antrag ist letztes Mal positiv beschieden worden. Er ist dann bei uns liegen geblieben. Ich werde mich persönlich dafür einsetzen, dass dieses Votum für Vorstandsüberweisung wie ein positiver Beschluss betrachtet wird. Wir

versuchen, das bis zum nächsten Jahr hinzubekommen. Ich bitte für die Verwaltung um Entschuldigung.

(Beifall)

Wir haben also diesen Antrag sozusagen an den Vorstand positiv überwiesen. So müsste man es betrachten.

Wir kommen zum **Antrag VII-97**. Hier werde ich darauf hingewiesen, dass Punkt 3 über den eigenen ärztlichen Vorschlag an das Bundesgesundheitsministerium natürlich nur ein Vorratsvorschlag sein kann. Das ist eine Drohung. Wir haben bisher immer gesagt, solange die Verhandlungen positiv laufen, werden wir das nicht machen. Wir haben im Punkt GOÄ anders beschlossen, dass wir momentan ein Verhandlungsmandat mit der PKV haben. Ich sage das nur, damit hier niemand glaubt, das sei gleich der Marsch zum Ministerium mit der eigenen GOÄ.

Wünscht jemand, zum Antrag VII-97 zu sprechen? – Herr Kollege Kohl. Es gilt die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten.

Dr. Kohl, Bayern: Vielen Dank, Herr Präsident. – Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Es geht in diesem Antrag um die niedergelassenen Haus- und Fachärzte in Deutschland. Diese jammern auf hohem Niveau, hört man immer wieder. Das mag für eine gewisse Gruppe richtig sein. Für eine immer größer werdende Gruppe von niedergelassenen Haus- und Fachärzten ist aber zumindest der zweite Halbsatz nicht richtig. Diese Kolleginnen und Kollegen jammern, aber nicht auf hohem Niveau, sondern es geht ihnen wirklich schlecht und schlechter.

Niedergelassene Ärzte benötigen ein angemessenes Honorar. Hierfür ist zwingend erforderlich, dass es angemessene, feste und zuverlässige Preise gibt, und zwar sowohl in der GOÄ als auch im EBM. Diese Budgetierung können wir nicht morgen und auch nicht übermorgen abschaffen; gar keine Frage. Aber ich halte es für außerordentlich wichtig und für diese Kolleginnen und Kollegen, denen es weniger gut geht, wäre es von großem Vorteil, wenn dieser Ärztetag ein positives Signal sendet und mit diesem Antrag beschließt, dass die deutsche Ärzteschaft diese Budgetierung langfristig abschaffen möchte. Deswegen bitte ich Sie in dieser Beziehung um Zustimmung.

Die Budgetierung hat dazu geführt, dass es zu einer zunehmenden Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Praxen gekommen ist. Die Budgets sind leistungsfeindlich, sie heben die Therapiefreiheit der Ärzte auf und bedingen eine Verschlechterung der Versorgung.

Zum anderen geht es mir auch um europäische Regelungen, um die Konsequenzen aus dem Lissabon-Vertrag. Diese europäische Regelungswut sollte nicht auf Deutschland übertragen werden. Auch hierfür sollte sich der Deutsche Ärztetag starkmachen.

Wenn es in der Abstimmung ein Problem mit dem dritten Absatz gibt, würde ich mich damit einverstanden erklären, selbigen zu streichen.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ist nicht so dramatisch, brauchen wir nicht zu streichen. Damit kann man leben. – Wünscht jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer ist für den Antrag VII-97? – Wer möchte ihn ablehnen? – Wenige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Damit haben wir alle Anträge zum Themenblock Arbeitsbedingungen erledigt und können mit dem Themenblock Arzneimittel/Medizinprodukte/Betäubungsmittel fortfahren. Dazu liegen mir drei Anträge vor. Wir kommen zunächst zum **Antrag VII-42:**

Bekämpfung multiresistenter Keime

Wünscht jemand, gegen diesen Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir ihn abstimmen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Herr Lücke ist dagegen. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit einer Gegenstimme **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-98:**

Sicherheits- und Wirksamkeitsnachweis bei Medizinprodukten

Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir den Antrag abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-62.**

Störende „Beratung“ durch Apotheker beenden

Wünscht jemand, dazu zu sprechen?

(Zuruf)

– Frau Kandler aus Hessen beantragt Vorstandsüberweisung.

(Zuruf)

– Es wird Nichtbefassung beantragt. – Herr Kajdi möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen.

Dr. Kajdi, Saarland: Kolleginnen und Kollegen! Die Nichtbefassung oder die Überweisung an den Vorstand hielte ich für fatal, weil es sich um ein großes Problem bei den Niedergelassenen und vielleicht auch im Krankenhausbereich handelt. Es geht darum, dass Apotheker eine „Beratung“ durchführen, die sich zwar so nennt, aber im Wesentlichen nichts anderes ist als ein einfacher Datenabgleich, wie wir ihn im Praxissystem sowieso haben und machen. Die Beratung greift für meine Begriffe schwer in die Therapie und in die Therapiefreiheit des Arztes ein und macht uns bei bestimmten Patientengruppen richtig Probleme. Ich möchte hier beispielsweise Depressive, Suizidale und Multimorbide nennen. Ich bin sicher, Sie kennen noch viele andere Beispiele aus Ihrem Bereich, wo das belegt ist.

Ich finde, es ist sehr wichtig, dass wir das Signal an die Basis geben, dass der Ärztetag dieses Problem ernst nimmt und anpackt und der Politik und den Apothekenver-

tretern gegenüber vertritt. Ich glaube, es ist auch wichtig, nach außen hin dem Vorstand Rückenwind zu geben, dass er das gut vertreten kann.

Deshalb bitte ich unbedingt, dass wir hier selbst darüber abstimmen und dass Sie diesen Vorschlag unterstützen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kajdi. Das war die Gegenrede sowohl zur Vorstandsüberweisung als auch zur Nichtbefassung. – Jetzt hat Herr Lipp darum gebeten, den Antrag auf Nichtbefassung zu begründen.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Ich habe keine narzisstische Störung, dass ich jetzt wieder hier oben stehe.

(Zuruf)

Man kann zu den Apothekern stehen, wie man will, aber es ist ein ehrenwerter Beruf. Es ist im Ranking der freien Berufe ein ehrenwerter Job. Ich bin dankbar, wenn mich die Apotheker gelegentlich anrufen und sagen: Was hast du hier verschrieben? Das passt nicht usw.

Die KBV implementiert zusammen mit den Apothekerverbänden das ARMIN-Projekt, bei dem genau die Apotheker ihrem Job gerecht werden sollen, uns und den Patienten mit zu beraten. Ich halte es ein bisschen für vermessen zu glauben, dass wir auf den Sachverstand der Apotheker verzichten können. Wenn einige Probleme mit dieser Art haben, könnte ich mir vorstellen, dass es sich um ein lokales Problem handelt, mit Sicherheit nicht um ein Bundesproblem.

Damit wir diese Kollegen nicht zu sehr an der Nase kitzeln, stelle ich den Antrag auf Nichtbefassung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben jetzt Pro und Kontra zur Nichtbefassung gehört. Dieser Antrag geht allen anderen Anträgen vor. Wer sich mit diesem Antrag nicht befassen möchte, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Wer möchte sich mit dem Antrag befassen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Enthaltungen?

(Zurufe)

– Das war eindeutig die Mehrheit. Sind Sie damit einverstanden?

(Zurufe)

– Dann zählen wir; keine Legendenbildung. Wer für die Nichtbefassung ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Dann bitte ich diejenigen, ihre Karte zu erheben, die die Nichtbefassung ablehnen. – Dann ist **Nichtbefassung** mit 108 : 82 Stimmen beschlossen.

Wir kommen jetzt zum Themenblock Ausbildung. Dazu liegen Ihnen eine ganze Reihe von Anträgen vor. Es beginnt mit dem Antrag 02 vom Vorstand und den beiden Änderungsanträgen 02 a und 02 b. Wir beginnen mit dem **Antrag VII-02 b**, der das Petikum enthält, den zweiten Absatz der Begründung als zweiten Absatz in den Antragstext einzufügen und folgenden Satz hinzuzufügen:

Die Verfahren müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, um Objektivität, Reliabilität und Validität zu gewährleisten.

Wünscht jemand dagegensprechen? – Dafür? – Das ist nicht der Fall. Wenn Sie diese Veränderungen annehmen möchten, dann bitte ich Sie jetzt um das Kartenzeichen. – Wenn Sie das nicht möchten, bitte ich jetzt um Ihr Kartenzeichen. – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen**.

Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Ich möchte gegen 02 a sprechen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Das kommt jetzt. – Ich möchte noch sagen: Die Abstimmung zu 02 b war nicht übermäßig intensiv.

Wir kommen zum **Antrag VII-02 a**, der möchte, dass der dritte Absatz der Begründung als dritter Absatz in den Antragstext eingefügt wird. An diesen neuen dritten Absatz soll folgender Text angefügt werden:

Bei der Teilnahme von Studieninteressierten soll aufgrund des sozialen Status keine Benachteiligung entstehen ...

Dazu möchte sich Herr Thierse äußern. Dazu hat er jetzt das Wort.

Dr. Thierse, Berlin: Ich kann nachvollziehen, dass man fordert, dass es keine Gebühren für die Teilnahme an einem solchen Test oder an einem Auswahlverfahren gibt. Aber dass auch für die Vorbereitung und die Anreise keine Kosten anfallen sollen, kann ich nicht nachvollziehen. Man sollte erst einmal klären, wer Reisekosten, irgendwelche Vorbereitungskosten usw. finanzieren soll.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Brock möchte dagegensprechen.

Brock, Nordrhein: Dieser Punkt ist ein Kriterium; so haben es mir die Studenten gesagt. Es liegt ihnen am Herzen. Es soll nicht an sozialen Kriterien scheitern, dass jemand zum Auswahlverfahren nach München fährt und später vielleicht nach Hamburg. Die Medizinstudenten sagen mir, das sei für sie ein wichtiges Kriterium. Deshalb habe ich angefügt: Es sollen keine sozialen Kriterien ausschlaggebend dafür sein, ob jemand einen Medizinstudienplatz bekommt oder nicht.

Ich weiß natürlich, dass es jetzt noch keine Lösung für eine solche Situation gibt. Trotzdem sollten wir sagen: Nicht soziale Auswahlkriterien dürfen darüber bestimmen, ob jemand zum Test geht oder nicht. Das sollte ergänzt werden.

Es ist auch im Sinne der Medizinstudenten, dass die Söhne von Ärzten keinen Vorteil gegenüber anderen haben, die keinen solchen sozialen Stand haben und es sich vielleicht nicht leisten können, an mehreren Orten in Deutschland Teste zu absolvieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Herr Brock, ich habe es so verstanden, dass es hier um Gebühren geht, also nicht um die Bezahlung der Bahnfahrkarte, sondern dass man Gebühren quasi als öffentlichen Gebührentatbestand nimmt. Ich glaube, es ist eine Selbstverständlichkeit, dass man seine Anreise selber bezahlen muss.

(Zuruf)

– Herr Thalacker aus Niedersachsen hat Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über Vorstandsüberweisung abstimmen. Ist jemand für Vorstandsüberweisung des Antrags 02 a? – Das ist eine große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Eine kleinere Minderheit. Wer enthält sich? – Ganz wenige. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Wir werden das betrachten.

Wir haben den **Antrag VII-02** an einer einzigen Stelle entsprechend dem Änderungsantrag 02 b geändert. Den so veränderten Antrag stelle ich jetzt zur Abstimmung. Wünscht noch jemand, dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, möge die Karte erheben. – Wer ist dagegen? – Zwei. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit zwei Gegenstimmen **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-93:**

Wartezeit ist verlorene Zeit – Wartezeitquote abschaffen!

Wird das Wort gewünscht? – Herr Stagge.

(Dr. Thalacker, Niedersachsen: Vorstandsüberweisung!)

– Herr Thalacker beantragt Vorstandsüberweisung. Aber jetzt möchte erst Herr Stagge etwas dazu sagen.

Stagge, Nordrhein: Ich denke, wenn Sie es an den Vorstand überweisen, kann man es richtigstellen. Wir können den Leuten mit schlechten Abiturnoten doch nicht die Chance nehmen, überhaupt zu studieren. Das ist der Weg, der dann gegangen wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Allerdings muss man sagen: Das wird auch durch die Vorstandsüberweisung nicht besser, wenn die Aussage richtig ist. – Zur Gegenrede Herr Seibert-Alves aus Hessen.

Seibert-Alves, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Auswahlverfahren ist ein komplexes Verfahren und kann mit Sicherheit hier nicht in drei Minuten besprochen werden. Es geht mir auch nicht darum, irgendjemanden vom Studium abzuhalten. Ich bin völlig dafür, dass jeder, der dafür geeignet ist, die Möglichkeit hat, Medizin zu studieren. Allerdings müssen wir uns klarmachen, dass die Wartezeitquote die denkbar schlechteste Quote ist, die es gibt. Die einzige Qualifikation, die jemand aufweist, der in die Wartezeitquote aufgenommen wird, besteht darin, dass er mindestens sechs Jahre nach dem Erhalt der Hochschulzugangsberechtigung gewartet hat. Das ist keinerlei Qualifikation für den Arztberuf und führt auch nicht dazu, dass die Versorgung der Patienten besser wird.

Wir haben momentan eine Wartezeitquote von 20 Prozent. Bei circa 10.000 Medizinstudierenden in Deutschland sind das 2.000 Studierende, die wir jedes Jahr mit einer Verzögerung von sechs Jahren zum Medizinstudium zulassen. Das sind auf die Lebenszeit dieser 2.000 Ärzte bei sechs Jahren pro Jahr 12.000 Arztstellen, die wir sinnloserweise verschwenden, indem wir diese Wartezeitquote haben.

Wir brauchen intelligente Verfahren zur Auswahl. Deshalb bin ich sehr dafür, dass, wie es im Koalitionsvertrag steht, das Auswahlverfahren überdacht werden muss im Zusammenhang mit dem Masterplan Medizinstudium 2020. Ich würde mich als Vorsitzender der AG Studierendenauswahl der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung dafür bewerben, in diese Überarbeitung mit aufgenommen zu werden. Ich habe im Zusammenhang mit der GOÄ von Gräfin Vitzthum gelernt, dass man sich hier selbst bewerben kann, um in einen Arbeitsausschuss zu kommen. Das möchte ich, sehr geehrter Herr Präsident, als Erstteilnehmer an einem Ärztetag tun.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir haben einen dafür und einen dagegen gehört, und zwar sowohl im Hinblick auf die Vorstandsüberweisung als auch im Hinblick auf den Inhalt. – Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass dort hinten unsere Studenten vom bvmd sitzen. Ich glaube, es sind inzwischen 12 an der Zahl. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Jetzt gibt es eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung.

Dr. Stelzer, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich beantrage, dass wir uns mit diesem Antrag inhaltlich nicht befassen. Es handelt sich offiziell um die Bewerbung eines Kollegen, der ein Institut gründen will. Ich denke, wir sollten uns

deshalb mit dem Antrag inhaltlich nicht befassen. Deshalb mein Antrag, diesen Antrag einfach zu ignorieren.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist der Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Wünscht jemand, gegen den Antrag auf Nichtbefassung zu sprechen? – Formal. Wer möchte sich mit diesem Antrag, nachdem wir uns intensiv damit befasst haben, nicht mehr befassen? – Wer möchte in der Befassung fortfahren? – Das Erste war die Mehrheit. Damit haben wir **Nichtbefassung** zu diesem Antrag beschlossen.

Wir fahren fort mit dem **Antrag VII-32:**

Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin

Wird das Wort gewünscht? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir abstimmen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag VII-22. Als Änderungsantrag liegt der **Antrag VII-22 a** vor. Danach soll im letzten Satz des ersten Absatzes des Antrags 22 das Wort „sollen“ durch „müssen“ ersetzt werden. Ferner soll der erste Absatz der Begründung gestrichen werden. Im ersten Satz des letzten Absatzes soll das Wort „sollten“ durch „müssen“ ersetzt werden.

Ich stelle zunächst den Antrag 22 a zur Abstimmung. Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für 22 a? – Wer ist dagegen? – Letzteres ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Reihe von Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **abgelehnt**.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den unveränderten **Antrag VII-22**. Wer möchte dazu sprechen? – Niemand. Wir können darüber abstimmen. Wer ist für den Antrag 22? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Mit wenigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-07:**

Keine Qualitätsminderung der medizinischen Lehre in Deutschland durch „academic franchising“

Der Antrag befasst sich mit der Frage der Einrichtung von Red-Bull-Universitäten und Ähnlichem. Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-99:**

Unterstützung für Modellstudiengänge zur Stärkung der ländlichen Versorgung

Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Herr Schwantes.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mit diesem Antrag Ihr Augenmerk auf die Besonderheiten der ländlichen Versorgung lenken. Das ist ein Thema, das uns auf künftigen Ärztetagen wahrscheinlich noch sehr viel häufiger beschäftigen wird, hier im Zusammenhang mit Modellstudiengängen. Die ländliche Versorgung kann verbessert werden. So sind Untersuchungen und Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation erarbeitet worden, die unter anderem auch etwas mit der Ausbildung zu tun haben. Die Ausbildung zielt dann darauf ab, dass mehr medizinische Ausbildungsinhalte außerhalb der größeren Universitätsstädte durchgeführt werden, dass klinische Rotationen in ländlichen Gegenden während des Studiums durchgeführt werden und Curricula erstellt werden, die den Bedarf der ländlichen Bevölkerung widerspiegeln.

So etwas kann – es wird in anderen Ländern weltweit bereits durchgeführt und ist evaluiert – besonders gut gemacht werden, indem man kleinere Modellstudiengänge schafft. Ich bitte Sie um Zustimmung zu diesem Antrag.

Gleichzeitig bitte ich um eine positive Kenntnisnahme, dass in Brandenburg, dem einzigen Bundesland, das bisher keine medizinische Fakultät und gleichzeitig die geringste Arztdichte hat, ein solcher Modellstudiengang gerade in Arbeit ist. Wir möchten – da gehen wir einen steinigere Weg als alle anderen – die staatliche Anerkennung für diese Hochschule haben. Das ist in Deutschland nicht ganz einfach.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schwantes. – Herr Grauduszus möchte dagegensprechen.

Grauduszus, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich halte diesen Antrag für ziemlich problematisch. Er kann dazu führen, dass nachher getrennte Studiengänge entstehen: zum einen zum Allgemeinmediziner und zum anderen zum spezialisierten Kollegen. Wir erleben schon jetzt, dass es Ausbildungs- und Studiengänge über Bachelor und Master in so einem Ersatz von Hausärzten gibt. Es entstünde die Möglichkeit, sich verschiedene Studiengänge auszudenken.

Wir brauchen eine Stärkung der allgemeinmedizinischen Interessen auch schon während des Studiums. Das bedeutet nicht, dass wir Modellstudiengänge brauchen. Das Studium muss für alle Ärzte gleich bleiben. Erst dann kann es zu einer Aufweichung kommen. Die Risiken, die wir momentan haben, bestehen darin, dass es den Arzt erster und zweiter Klasse gibt. Solche Entwicklungen müssen wir alle bremsen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Grauduszus. – Wir haben eine Meinung dafür, eine dagegen gehört.

(Zuruf)

– Herr Fink aus Rheinland-Pfalz beantragt Vorstandsüberweisung. – Dagegen möchte jetzt Herr Schwantes sprechen.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vorstandsüberweisung macht deswegen überhaupt keinen Sinn, weil fünf Vorstandsmitglieder diesen Antrag mit unterschrieben haben. Herr Grauduszus, es ist ein ganz normaler Studiengang. Wir bilden keine Hausärzte aus, sondern wir legen ein Staatsexamen nach allen Kriterien ab. Am Ende sind die Studierenden in der Lage, in jede Facharztweiterbildung einzutreten, die sie wollen.

Bitte entscheiden Sie sich hier dafür. Es ist Ihre Stellungnahme. Das können Sie selbst tun. Sie müssen nicht dem Vorstand sagen, was Sie denken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es hat einer dafür-, einer dagegengesprochen. Wer möchte den Antrag VII-99 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht tun? – Das ist die Mehrheit. Wir bilden uns also eine Meinung über den Antrag an sich. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Wer gegen den Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Kartenzeichen. – Der Antrag ist mit 61 : 138 Stimmen **abgelehnt**.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VII-31:**

Finanzierung für qualitative und exzellente Lehre sicherstellen

Wird dazu das Wort gewünscht? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir abstimmen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe! – Keiner. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwiegender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-26:**

Referendargehalt im Praktischen Jahr

Der Antragstext lautet:

Studenten im Praktischen Jahr (PJ) sind mit einer Entschädigung in der Höhe eines Referendargehalts für ihre Arbeit zu entlohnen.

Wünscht jemand das Wort zu dem Antrag? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich Sie: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer möchte sich enthalten? – Dann ist das bei vielen Enthaltungen mit Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-52**. Er möchte eine Aufwandsentschädigung von 597 Euro monatlich für alle Medizinstudierenden. Möchte jemand dazu sprechen? – Herr Kollege Köhne möchte gern dazu sprechen.

Dr. Köhne, Nordrhein: Wenn wir den PJ-Studenten ein Referendargehalt zahlen, können wir nicht gleichzeitig beschließen, ihnen weniger zu bezahlen in Höhe des BAföG-Satzes. Das wäre ein Widerspruch. Wir haben vorhin dem weiter gehenden Antrag zugestimmt. Ich denke, damit hat sich der jetzige Antrag erledigt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Für den Antrag spricht der Kollege Reinhardt.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Es ist nicht ganz falsch, dass wir etwas beschlossen haben, das weiter gehend ist. Aber ich würde sagen: Der Deutsche Ärztetag hat schon sehr viele Dinge beschlossen, die sich ergänzt oder übertrumpft haben. Ich glaube, da befinden wir uns in bester Tradition.

Ich fand den Antrag von Herrn Stagge nicht dramatisch. Aber ich habe gar keine Ahnung, wie hoch ein Referendargehalt ist. Ich glaube nicht, dass das realistisch ist. Wir haben auch schon vieles beschlossen, was nicht realisierbar ist. Aber die 597 Euro als BAföG-Höchstsatz sind sehr konkret und, wie ich glaube, realistisch. Somit sollten wir dem ruhig zustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Lieber Klaus, es ist eine seltene Gelegenheit, dass der Hartmannbund etwas weniger fordert.

(Heiterkeit)

Der Antrag, den Herr Reinhardt gestellt hat, ist viel präziser, der Antrag von Herrn Stagge ist globaler. Einmal ist der Gesetzgeber direkt aufgefordert, einmal nur alle, die damit befasst sind. Ich glaube, wir können hervorragend mit beiden Anträgen leben, ohne dass wir deswegen irgendein Problem hätten. – Eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung.

Dr. Stelzer, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich wollte fragen, ob wir überhaupt berechtigt sind und ob es überhaupt justiziabel ist, wenn wir Festgehälter per Abstimmung festlegen. Wenn dies möglich wäre, würde ich sagen, dass jeder von uns durchschnittlich 240.000 Euro Jahresgehalt bekommt.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Ich kann Sie in Ihrer Auffassung nur unterstützen, dass wir das einmal prüfen sollten, wie justiziabel es ist, wenn wir hier Festgehälter festlegen. Ich glaube aber, dass wir uns diese Prüfung ersparen können. Wir legen hier keine Gehälter fest, sondern wir fordern. – Wir können uns jetzt eine Meinung über den Antrag VII-52 bilden. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – So gut wie niemand. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**. Wir werden das weiter verfolgen.

Jetzt kommen wir zum **Antrag VII-18:**

Kein PJ-Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin

Dazu wird das Wort gewünscht.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Ich weiß ja, dass diejenigen, die das Pflichtquartal Allgemeinmedizin im PJ fordern, ein gutes Ansinnen haben, nämlich die Förderung der Allgemeinmedizin. Sie leben in der Vorstellung, dass sich die Studierenden, wenn sie zwangsläufig eine Station beim Allgemeinmediziner einlegen müssen, später eher dafür entscheiden, Hausarzt zu werden. Dafür gibt es keine Hinweise. Ich persönlich glaube das nicht. Wir wissen von den Studierenden, dass sie das komplett ablehnen, und zwar über alle Verbände, die Studierende repräsentieren, hinweg. Ich glaube, das sollten wir berücksichtigen. Wir sollten hier nicht Dinge beschließen, die sich gegen den ausdrücklichen Wunsch unseres Nachwuchses richten.

(Beifall)

Mein Spruch dazu ist: Zwang macht keine Lust.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Möchte jemand dagegensprechen, aber nicht gegen die Verhältnisse von Zwang und Lust, sondern zum Antrag?

Prof. Dr. Bergmann, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebes Auditorium! Gegenrede deshalb, weil man hier in diesem Plenum etwas ganz Wichtiges beschließen könnte. Das Signal gegen das Pflichtquartal Allgemeinmedizin sollte hier nicht gesetzt werden. Es geht nicht nur darum, dass man aus dem allgemeinmedizinischen Nachwuchs einen hausärztlichen Nachwuchs generiert, sondern es geht darum, dass man mit dem Pflichtquartal Allgemeinmedizin das gegenwärtige Verständnis für die Zukunft unterhalb der Profession verbessert.

Ich denke, das ist etwas ganz Wichtiges. Das ist unser Anliegen. Den Perspektivenwechsel von der Supramaximalversorgung in der Hochschule zur Primärversorgung schafft man nur in diesem Pflichtquartal. Niemand redet über ein Pflichtquartal Chirurgie. Ich weiß: Pflicht ist bei Studierenden nicht wirklich das, was Lust macht. Es ist aber ein richtiges Zeichen. Deswegen erbitte ich auch die Zustimmung zum Antrag 102, dass man das letzte Studienjahr in Quartale einteilt und eines davon für die Primärversorgung vorsieht, um gegenseitiges Verständnis zu generieren.

Im Unterschied zur Famulatur, die für das Pflichtquartal geopfert werden müsste, kann die Durchführung des Pflichtquartals bei strukturierten, gut ausgebildeten und didaktisch guten Lehrärzten dazu führen – das belegen Studien in der Evaluierung –, für die Allgemeinmedizin zu begeistern. Die Famulatur kann prinzipiell bei jedem Arzt

durchgeführt werden und unterliegt keinerlei hochschuldidaktischer Ausbildung und kann manchmal nicht zielführend sein.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir haben einen dafür und einen dagegen gehört. Wir sind nicht mehr in einer inhaltlichen Debatte. Jetzt kommt von jemandem, der die Geschäftsordnung kennt, eine neue Variante: Herr Grauduszus beantragt Nichtbefassung. Er hat das Recht, dazu zu sprechen.

Grauduszus, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist ein ganz brisantes Thema, bei dem ein Keil durch die Ärzteschaft geht. Auch die öffentliche Wirkung könnte völlig falsch verstanden werden. Ich denke, wir alle wollen keine Verpflichtung, aber wenn man einen solchen Beschluss fasst, dann lehnt man im Grunde genommen zum Teil die Allgemeinmedizin ab. Das wird so wahrgenommen. Das wollen wir auch nicht. Aus diesem Grunde stelle ich den Antrag auf Nichtbefassung.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Dagegen wehrt sich jetzt der Kollege Andor aus Hessen.

Andor, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich meine, man sollte sich sehr wohl mit diesem Thema positiv befassen. Es kam noch nicht zur Sprache, dass diese Gelegenheit für die meisten von uns die einzige, die letzte Chance ist, mit unselektiertem Patientengut im Alltag in Kontakt zu geraten. Es ist eine Blamage, wenn man die Argumente hört, mit denen sich manche Kollegen vor der Notdienstbereitschaft drücken. Dies ist die letzte Chance für viele, mit dem Alltag in Kontakt zu kommen. Deshalb bitte ich darum, sich mit dem Thema positiv zu befassen.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Was sagen denn die Studenten dazu?

Andor, Hessen: Es ist eine verkehrte Welt: Wir kommen aus der Grundschule und der Schüler bestimmt, was der Lehrer vortragen soll!

(Widerspruch)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wir kommen zuerst zur Beschlussfassung über den Antrag auf Nichtbefassung. Wer ist für Nichtbefassung? – Bitte die Gegenprobe. – Das ist deutlich die Mehrheit. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist Nichtbefassung abgelehnt. Dann befassen wir uns mit dem Antrag. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Ich bitte diejenigen, die für den Antrag sind,

jetzt die Karte zu erheben. – Angesichts der Tatsache, dass sich 133 Delegierte für die Annahme dieses Antrags entschieden haben und wir damit bei 250 Delegierten mehr als die Hälfte erreicht haben, können wir, glaube ich, auf die zweite Auszählung verzichten.

(Beifall)

Damit Sie verstehen, warum wir heute so viele Diskrepanzen zwischen der optischen und der zählerischen Wahrnehmung haben: Dahinten sitzen einige von Ihnen im Sonnenschein, andere nicht. Das ist für uns ganz schwer zu erkennen. Sie helfen uns, wenn Sie sehr klar die Karten sehr hoch erheben. Die Lichtbedingungen in dieser Halle sind problematisch.

Damit ist der Antrag VII-18 **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-102**, der sich dieser Frage von einer etwas anderen Variante her nähert. Ich frage: Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Herr Niebuhr. Der Antragsteller möchte dazu sprechen.

Dr. Niebuhr, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Der Antrag hat folgenden Hintergrund. Wir haben schon antizipiert, dass es zu diesem Abstimmungsergebnis kommt. Aber die Diskussion darüber greift zu kurz. Es geht in der Allgemeinmedizin – ich bin seit vielen Jahren in Lübeck in der allgemeinmedizinischen Lehre tätig – überhaupt nicht um Verpflichtung. Das haben wir den Studenten auch immer wieder klarzumachen versucht.

Leider gibt es sehr viele Organisationen, die Meinungsbildung betrieben haben. Das waren 30 Fachgesellschaften. Ich füge hinzu: Es waren nicht unbedingt diejenigen Fachgesellschaften, die sich immer automatisch für eine gute Ausbildung eingesetzt haben. Sie haben ein großes Interesse daran, dass es so bleibt.

Es geht bei der Förderung der Allgemeinmedizin überhaupt nicht um die Verpflichtung, sondern es geht gerade um die Lust und eine gute Ausbildung.

Wir haben hier auf diesem Ärztetag davon gesprochen, dass wir die Patientenkomunikation fördern wollen. Wir haben darüber gesprochen, dass wir die Qualität der Weiterbildung und auch der Ausbildung im Medizinstudium fördern wollen. Wir haben auch darüber gesprochen, dass die ambulante Medizin in der Weiterbildung gefördert werden muss. Genau darum geht es. Über 90 Prozent der Patienten betreffen den ambulanten Bereich. Es geht hier darum, dass in sechs Jahren Studium es für drei Monate genau um diese Patienten geht, mit Krankheitsbildern, die im stationären Bereich nicht vorkommen. Von Menschen, die im stationären Bereich sehr gute Arbeit leisten, werden Krankheitsbilder zum Teil gar nicht erkannt und können gar nicht vermittelt werden. Das wollen wir ein bisschen ausgleichen.

Von daher stellen wir einen weiter gehenden Antrag. Es ist nicht mehrheitsfähig, ein Pflichtquartal vorzusehen. Dem kann ich folgen. Aber wir können ja eine Quartalslösung mit bis zu zwei Wahlfächern vorsehen. Diese zwei Wahlfächer sollen so ausgestaltet sein, dass ein Wahlfach im ambulanten Bereich absolviert werden soll. Damit können die Studenten sehr wohl wählen. Wenn sie sich entschieden haben, beispielsweise Chirurgie zu machen, können sie den ambulanten Teil der Chirurgie absolvieren. Sie haben die absolute Wahl, das zu tun. Das entspricht der Forderung in

den Gesprächen, die ich geführt habe, dass eine vernünftige Lösung gefunden wird. Es ist dann eine Frage der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre, die Studenten so zu motivieren, dass sie dieses Angebot annehmen.

Die Quartalslösung hat noch einen zweiten Vorteil, nämlich den, dass wir nicht mal zu viele und mal zu wenige PJ-Studenten haben, was bei der Quartalslösung systemimmanent ist, sondern es sind quartalsweise immer gleich viele da, sodass auch kleine Einrichtungen, auch kleine Krankenhäuser in der Lage sind, PJ-Studenten sehr viel besser auszubilden und zu führen.

Ich glaube, das ist für die Krankenhäuser, für die niedergelassenen Fachärzte und für die ambulante Medizin eine gute Möglichkeit. Es geht hier bewusst darum, dass wir das als Vorstandsprüfung formuliert haben und nicht von vornherein darüber abstimmen lassen wollen. Der Vorstand soll sich damit befassen und soll prüfen, ob man es so machen kann. Es ist eine gute Alternative, damit wir mit diesem Thema weiterkommen und nicht immer nur eine neue Qualitätsverbesserung negieren und gegen etwas abstimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Niebuhr. – Gegen den Antrag möchte der Kollege Botzlar sprechen.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Antrag verlangt zunächst nur zu prüfen, wie das möglich gemacht werden kann, dass es Quartale gibt. Ohne dem Apparat der Bundesärztekammer vorgreifen zu wollen, die Antwort ist relativ einfach: durch Änderung der Approbationsordnung. Damit wäre der Antrag zunächst abgearbeitet.

Aber der Antrag greift natürlich weiter. Er will ja die Quartale einführen. Wir haben jetzt Tertiale und machen in vier Fächern Prüfungen. Wenn wir Quartale haben, machen wir in fünf Fächern Prüfungen. Wann kommt das nächste Fach, das sagt: Wir brauchen ein Quintal? Zum Schluss landen wir vielleicht beim Duodezimal.

Man braucht eine gewisse Zeit, bis man sich in dem einzelnen Fach zurechtgefunden hat. Die jetzt schon verpflichtenden großen Fächer Chirurgie und Innere Medizin – wenn es nicht vielleicht aus anderen Gründen nötig wäre, könnte man eventuell sogar darüber diskutieren, ob man das wirklich braucht –, die zwar in der Regel in Krankenhäusern abgeleistet werden, haben trotzdem einen starken Kontakt auch zu ambulanten Patienten. Notaufnahmen und Ambulanzen sind bei den Studenten die beliebtesten Tätigkeitsfelder.

Wir haben gerade dem Pflichtquartal widersprochen. Ich bitte Sie sehr, auch hier der Quartalisierung entgegenzuwirken. Ich darf Herrn Gassen zitieren, der gesagt hat, Interesse könne man nicht verordnen. Das sollten wir beherzigen und berücksichtigen und den Antrag bitte ablehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Jetzt hat sich zur Geschäftsordnung Herr Lücke gemeldet.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich beantrage Nichtbefassung mit diesem Antrag. Ich möchte dafür zwei Gründe anführen. Erstens. Der Antrag widerspricht konträr dem vorher beschlossenen Antrag. Zweitens. Die Begründung für den Antrag widerspricht der Schriftform des Antrags.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Es ist Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Wünscht jemand dagegengzusprechen? – Frau Kollegin Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir hatten es auf diesem Ärztetag an anderer Stelle schon einmal. Mein Argument, gegen den Antrag auf Nichtbefassung zu stimmen, lautet: Das sind ureigene originäre Fragen, bei denen unser ärztlicher Sachverstand in der Verantwortung für Aus- und Weiterbildung der nachfolgenden Kolleginnen und Kollegen wichtig ist. Ich bitte darum, dass wir uns die Meinung hier bilden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Nichtbefassung ist beantragt. Einer hat dafür-, eine dagegengesprochen. Wer möchte sich mit dem Antrag nicht befassen? – Wenige. Wer möchte sich damit befassen? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist Nichtbefassung abgelehnt.

(Zuruf)

– Wir sind in der Abstimmung. – Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Aber versuchen wir es zunächst noch einmal: Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Ich ahne, dass das Erste die Mehrheit ist, aber das zählen wir. Diejenigen, die dafür sind, bitte ich, jetzt die Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Dann haben Sie diesen Antrag mit 120 : 195 Stimmen **angenommen**.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VII-30:**

Auslandsförderung im Praktischen Jahr

Ich sehe dazu keine Wortmeldung. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist gegen den Antrag? – Wer ist für den Antrag? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

(Vereinzelt Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VII-28:**

Fehlzeitenregelungen im Praktischen Jahr nicht weiter einschränken

Keine Wortmeldungen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Die Gegenprobe bitte. – Keine Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen**.

Damit ist der Themenblock Ausbildung durch Abstimmung erledigt. – Zur Geschäftsordnung Herr Schwantes.

(Zuruf)

– Herr Schwantes beantragt eine zweite Lesung zum Antrag 99, den Sie mit 61 : 133 abgelehnt hatten.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich beantrage die zweite Lesung deswegen, weil sowohl aus der Gegenrede von Herrn Grauduszus als auch von vielen umliegenden Stimmen klar geworden ist, dass sie nicht richtig verstanden haben, was beantragt ist.

(Widerspruch)

– Das liegt nicht an Ihnen, sondern das liegt an dem Versäumnis, dass im Titel „Unterstützung für Modellstudiengänge“ steht. Es geht um einen Modellstudiengang Humanmedizin. Dieser Modellstudiengang ist in Brandenburg entwickelt worden. Er befindet sich seit drei Jahren in der Entwicklung und soll jetzt zum Abschluss kommen. Er lehnt sich an den Reformstudiengang der Charité an. Es ist das Curriculum, das in der Charité gelehrt worden ist, mit der Besonderheit, dass dieses auf das Land Brandenburg, in die ländliche Region hinein, übertragen wird.

Es sind ehemalige Hochschullehrer der Charité, die sich daran beteiligen. Es ist genauso ein Abschluss zu erzielen. Es sind zwei Studienabschnitte, die am Ende ein sechstes Jahr im PJ erfordern. Danach kommt das Staatsexamen. Darum geht es.

Das möchte ich noch einmal deutlich machen und Sie bitten, diese Art von Studiengängen positiv zur Kenntnis zu nehmen, die in die ländliche Region hineingehen und deutlich machen, dass wir die Versorgung in den ländlichen Regionen stärken und dafür sorgen wollen, dass Studierende hinterher häufiger in der ländlichen Region bleiben.

Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wünscht jemand, gegen die zweite Lesung zu sprechen? – Heidemarie, bitte.

Dr. Lux, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sind auf diesem Ärztetag mit der Zeit zwar schon etwas fortgeschritten, aber ich lasse mir nicht unterstellen, dass ich nicht verstanden habe, worum es bei diesem Antrag geht.

(Beifall)

Ich habe es durchaus verstanden. Wir haben uns eine Meinung gebildet. Ich bin nach wie vor dafür, dass man die zweite Lesung ablehnen sollte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Wir haben einen dafür, eine dagegen gehört. Wir bilden uns jetzt eine Meinung über die Notwendigkeit einer zweiten Lesung. Wer ist für eine zweite Lesung? – Wer ist gegen die zweite Lesung? – Herr Schwantes, sind Sie mit mir einig, dass das Zweite eine sehr deutliche Mehrheit war? – Danke. Damit ersparen wir uns die zweite Lesung.

Ich stelle jetzt eine kurze Frage an Sie. Eigentlich wollen wir bis 16 Uhr durchkommen. Brauchen Sie eine Pause?

(Widerspruch)

– Nein. Aber ich.

(Heiterkeit)

Deswegen übergebe ich jetzt die Sitzungsleitung kurz an Frau Wenker.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Ich denke, das ist akzeptiert. – Wir kommen nun zum Themenkomplex Berufsrecht. Dazu liegen drei Anträge vor. Wir kommen zunächst zum Antrag VII-56. Dazu liegt als Änderungsantrag der **Antrag VII-56 a** vor. Danach soll in den Absätzen 1 und 3 jeweils das Wort „Psychotherapeuten“ gestrichen werden. Möchte jemand zu diesem Antrag sprechen? – Udo Wolter, bitte.

Dr. Wolter, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie, den Antrag 56 an den Vorstand zu überweisen. Ich möchte das kurz begründen. Über den Inhalt gibt es gar keine Diskussion. Wir alle kennen das Patientenrechtegesetz. Aber hier soll eine Aufforderung an die Bundesregierung gerichtet werden. Die Bundesregierung gibt es an das Bundesjustizministerium weiter. Wenn wir dann vom Justizministerium eine Durchführungsbestimmung schriftlich erhalten, kann das für uns fatal werden.

Wir haben uns im Berufsordnungsausschuss und in der Rechtsabteilung überlegt, dass wir diese Problematik mit in unsere Berufsordnung einbauen wollen. Dort können wir bestimmte Dinge exakter formulieren. Lassen Sie uns bitte die Zeit. Wir arbeiten daran. Deshalb bitte ich Sie um Vorstandsüberweisung.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Jetzt möchte ich korrigieren: Dr. Wolter hat zum Antrag 56 gesprochen, und zwar mit der Maßgabe, ihn an den Vorstand zu überweisen. Aber zunächst geht es um die Frage, ob wir durch den Antrag 56 a den Antrag 56 ändern wollen.

Dr. Wolter, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich denke, das ist ein rechtliches Problem. Im Patientenrechtegesetz sind die Psychotherapeuten mit erwähnt. Ich denke, deshalb steht das auch so im Antrag. Dass wir über die Psychotherapeuten nicht bestimmen können, ist, denke ich, selbstverständlich.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Frau Groß, bitte.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ganz egal, ob wir diesen Antrag an den Vorstand überweisen oder nicht: Wir sollten den Begriff Psychotherapeuten streichen, denn wir sind hier für die Ärzte zuständig. Die Psychologen und die Psychotherapeuten haben eine eigene Kammer. Ich finde, dieser Begriff gehört nicht auf diesen Ärztetag. Deshalb bitte ich auf jeden Fall um Streichung.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Gegen den Antrag 56 a jetzt Herr Dr. RechI.

Dr. RechI, Bayern: Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wollte eigentlich zum Antrag 56 sprechen, aber nachdem darüber getrennt abgestimmt wird, spreche ich zum Antrag 56 a. Ich bin sehr wohl bekannt als Vertreter ureigentlicher ärztlicher Interessen. Aber im Patientenrechtegesetz sind nun einmal Ärzte und Psychotherapeuten gleichermaßen erwähnt. Wir mussten in den letzten Jahren in Bayern immer wieder die Psychotherapeuten mit aufnehmen. Es geht auch um die Rechte der Patienten bei den Psychotherapeuten. Es geht auch um den Schutz der Psychotherapeuten, deshalb habe ich sie mit aufgenommen. Ich glaube, das ist nicht schädlich.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Wir haben jetzt zum Antrag 56 a einen dafür und einen dagegen gehört. Wir stimmen zunächst über den Antrag 56 a ab. Wer möchte den Begriff Psychotherapeuten in den Absätzen 1 und 3 streichen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag 56 a **angenommen**.

Damit kommen wir zum **Antrag VII-56**. Es wurde die Vorstandsüberweisung mit der Begründung beantragt, dass das in den Berufsordnungsgremien überarbeitet werden sollte. Wer ist für den Antrag auf Vorstandsüberweisung? – Die Gegenstimmen! – Ganz wenige. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Ich rufe den **Antrag VII-15** auf. Der Titel lautet:

Novellierungsprozess der §§ 30 ff. der (Muster-)Berufsordnung (MBO) nach den Grundsätzen von Trennungs-, Transparenz- und Äquivalenzprinzip einleiten!

Möchte jemand zu diesem Antrag sprechen? – Dr. Wolter.

Dr. Wolter, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch wenn ich mich jetzt unbeliebt mache: Auch hier möchte ich Vorstandsüberweisung beantragen. Wir sind an der Arbeit. Wenn Sie die Protokolle des Berufsausschusses und der Ständigen Konferenz Berufsordnung lesen, sehen Sie, dass wir mit dieser Problematik schon zu Hause sind. Die nächste Sitzung ist am 1. Juli. Wir beraten dann die entsprechenden weiteren Schritte.

Ich bin ausgesprochen froh darüber, dass der Berufsausschuss jetzt mit sehr vielen Kolleginnen und Kollegen besetzt ist und nicht so sehr mit Anwälten, Justiziarern und Mitarbeitern aus der Rechtsabteilung. Das heißt aber auch, dass wir ein gewisses Zeitfenster haben und uns nicht drängen lassen können. Vielleicht können die Antragsteller den Zeitdruck herausnehmen. Ansonsten bin ich mit dem Antrag einverstanden. Er ist ja richtig. Aber uns zu schieben, dass wir das bis zum nächsten Ärztetag hinbekommen sollen mit Konvergenzverfahren usw., das sollte in Ruhe überdacht werden. Ich bin also für Vorstandsüberweisung.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Eigentlich war es eine Gegenrede zum Antrag. – Für den Antrag möchte jetzt Herr Dr. Lücke als einer der Antragsteller sprechen.

Dr. Lücke, Niedersachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Unsere (Muster-)Berufsordnung ist gerade in diesen entscheidenden Bereichen 10, 15 Jahre alt und muss dringend an die Realitäten des Lebens angepasst werden, insbesondere auch deshalb, um die niedergelassenen und die klinischen Kollegen zu schützen. Wir hören von Staatsanwälten immer wieder: Ihr müsst in eurer Berufsordnung das regeln, was wichtig ist, anderenfalls besteht das Problem, dass wir einen Anfangsverdacht bei allen Dingen haben, die in der (Muster-)Berufsordnung nicht geregelt sind.

Deshalb sollte vom Deutschen Ärztetag, von Ihnen allen, das Signal an den Vorstand ausgehen: Hier muss jetzt zügig überarbeitet werden. Ich gestehe zu: Der 118. Deutsche Ärztetag mag als Frist etwas eng gesetzt sein. Ich bin gern bereit, das auf den 119. Deutschen Ärztetag zu verschieben. Aber bitte bedenken Sie: Wenn Sie es an den Vorstand überweisen, dann soll sich der Vorstand am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen. Sie müssen den Auftrag geben, dass das gemacht wird. Das sage ich auch als Mitglied der Berufsausschusskommission der Bundesärztekammer.

Vielen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank. – Dr. Wolter möchte noch etwas sagen.

Dr. Wolter, Vorstand der Bundesärztekammer: Eine ganz kurze Korrektur. Ich weiß nicht, ob Sie sich erinnern: Die Novellierung der Berufsordnung erfolgte in Kiel. Es sind also nicht 10 oder 15 Jahre.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Wir haben einen Redebeitrag für den Antrag 15 gehört und einen Antrag von Dr. Wolter auf Vorstandsüberweisung. Ich möchte zunächst

fragen: Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? Das ist der weiter gehende Antrag. – Dann stimmen wir zunächst über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist dafür, den Antrag 15 an den Vorstand zu überweisen? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen bitte. – Ganz wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen.**

Ich rufe als Nächstes den **Antrag VII-71** auf:

Überarbeitung Berufsordnung § 32 Abs. 2

Möchte jemand zu diesem Antrag sprechen? – Wiederum Dr. Wolter vom Vorstand.

Dr. Wolter, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte auch hier um Vorstandsüberweisung. Das ist in Arbeit. Die Ständige Konferenz hat es beschlossen; wir arbeiten daran. Die nächste Sitzung ist am 1. Juli, wie ich bereits sagte. Ich habe Herrn Kaplan einen Brief geschrieben, dass wir die Ideen und die Vorstellungen der Fortbildungsgremien mit einarbeiten müssen. Wir sind also an der Arbeit. Deshalb der Antrag auf Vorstandsüberweisung. Wir müssen alles im Kontext mit der gesamten Berufsordnung beachten. Die Vorschläge sind vom Inhalt her okay. Das ist gar keine Frage, Herr Dietrich. Das ist akzeptiert. Aber wir wollen das im Gesamtkontext behandeln. Deshalb bitte ich um Vorstandsüberweisung.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Das ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung. – Es hat sich jetzt Herr Dietrich zu Wort gemeldet, der wahrscheinlich gegen die Vorstandsüberweisung und für seinen Antrag sprechen will.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Eigentlich stehen mir jetzt sechs Minuten Redezeit zu, weil ich sowohl gegen die Vorstandsüberweisung als auch für meinen Antrag sprechen möchte.

Damit Sie wissen, um was es geht – vielleicht kennen Sie die entsprechenden Paragraphen gar nicht –: Es dreht sich hier um unerlaubte Zuwendungen. Zuwendungen sollen nicht berufswidrig sein, wenn sie zur Fortbildung genutzt werden. Das ist in einigen Landesärztekammern gestrichen worden. Diese Regelung steht zur Diskussion. Sie würde bedeuten, dass die passive Teilnahme an Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen durch die Pharmaindustrie nicht berufswidrig ist. Es gibt Stimmen, die sagen, dass es sich um eine berufsordnungswidrige Beeinflussung handelt. Darum geht es.

Ich möchte kurz erläutern, weshalb ich gegen die Überweisung an den Vorstand bin. Es heißt ja: Der Vorstand wird bei dem unterstützt, was er eh schon macht. Im Rechenschaftsbericht des Vorstands steht, dass das zweistufige Konvergenzverfahren angewendet werden soll und der zweite Abschnitt soll gestrichen werden. Das ist schon die Intention des Vorstands. Von daher macht es für mich keinen Sinn, etwas an den Vorstand zu überweisen, bei dem wir den Vorstand unterstützen. Dann soll sich der Vorstand selber unterstützen.

Wir möchten dem Vorstand noch einen Schwung geben, noch einen Tritt in den Hintern geben, damit es vorwärtsgeht und das zweistufige Verfahren angewendet wird.

Daher macht die Überweisung keinen Sinn. Wenn wir den Antrag annehmen, wird der Vorstand bei dem, was er eh schon vorhat, gestärkt. Das ist nur eine Unterstützung. Ich weiß, dass einige Ärztekammern dagegen sind, diesen Abschnitt zu streichen.

Jetzt wurde dankenswerterweise gesagt, dass Sie dafür sind. Das möchte ich durch das Plenum des Ärztetages unterstützt haben.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herzlichen Dank. Indem Sie gegen die Vorstandsüberweisung waren, haben Sie quasi für Ihren Antrag geworben. Ich denke, der weitergehende Antrag ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung. Wer ist dafür, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen? – Wer ist dagegen? – Das sind deutlich weniger. Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist auch dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum Themenblock Deutsche Ärztetage. Dazu liegen Ihnen die Anträge 43, 64 und 94 vor. Wir kommen zunächst zum **Antrag VII-43:**

Antragseinreichung und Antragsversand im Vorfeld

Möchte jemand dazu sprechen? – Dr. Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Viele Anträge sind bereits im Vorfeld ausgedacht, entwickelt und untereinander abgestimmt worden. Es wäre für uns einfacher, wenn wir uns bereits im Vorfeld damit beschäftigen könnten. Jeder, der mehr als einmal auf einem Deutschen Ärztetag war, kennt die Problematik. Diejenigen, die heute zum ersten Mal an einem Deutschen Ärztetag teilnehmen, kennen es auch. Man sitzt hier und kämpft sich durch die Papierberge.

Die Frage an die Juristen lautet, ob dieser Antrag so einfach zu beschließen geht. Er impliziert nicht nur, dass zehn Delegierte im Vorfeld einen Antrag stellen können, sondern auch Landesärztekammern. Das heißt, Kammerversammlungen könnten Anträge beschließen, wie es in Berlin kürzlich geschehen ist, und könnten das als Landesärztekammer einreichen, was wiederum bei den kleineren Landesärztekammern bedeuten würde, dass das Quorum von zehn Delegierten erst einmal entfällt. Ich glaube, das Saarland, Bremen und Hamburg haben weniger als zehn Delegierte. Diese Landesärztekammern könnten dann auch Anträge einreichen. Ich denke, es wäre im Sinne des Föderalismus durchaus angemessen, dass die Kammerversammlungen dies tun dürfen.

Ich möchte eine Stellungnahme der Juristen hören, ob wir das hier beschließen können. Wenn nicht, bitte ich darum, das an den Vorstand zu übergeben mit der Bitte, bis zum nächsten Deutschen Ärztetag zu klären, wie das satzungsgemäß umzusetzen ist, damit wir es dann auf dem nächsten Deutschen Ärztetag beschließen können.

Danke.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Vielen Dank. Die Vorstandsanträge liegen uns, sobald sie verabschiedet sind, im Internet vor. Aber hier wird ja auf alle Anträge fokussiert. Die kleinen Kammern können auch mit weniger als zehn Unterschriften Anträge einreichen, wenn der Präsident es unterstützt. Das haben wir so festgelegt. – Jetzt eine Gegenrede zu Herrn Thierse.

Dr. Stelzer, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Ich habe es immer als eine spannende Herausforderung gerade eines Parlaments angesehen, wenn ein klein bisschen Spontaneität erhalten bleibt, auch wenn man die Gelegenheit hat, sich mit Kollegen vor Ort über bestimmte Entwicklungen, Tendenzen und Meinungsbilder zu unterhalten und zu beraten. Wenn das alles schon fertig in der Schublade liegt, könnten wir auch gleich die Listen vorlesen, wie sich die einzelnen Konferenzen und Hinterzimmer geeinigt haben. Dann brauchen wir gar kein Parlament mehr.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Wir haben eine Rede für den Antrag gehört, eine gegen den Antrag. – Ich bitte jetzt Frau Hübner, uns Rechtsaufklärung zu geben.

Dr. Hübner, Leiterin der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer: Herr Thierse, Sie haben schon darauf hingewiesen, dass der Antrag insofern nicht korrekt ist, als er einen Extrapunkt hinsichtlich der Anträge von Kammerversammlungen enthält. Nach unserer Satzung sind nur die Delegierten und praktisch der Vorstand antragsberechtigt, aber nicht die Kammerversammlungen selber. Ich glaube, das ist nur eine unkorrekte Formulierung. Sollte es zur Abstimmung über den Antrag kommen, bitte ich Sie, Herr Thierse, sich noch dazu zu äußern, ob man die Formulierung „Anträge von Kammerversammlungen“ streichen kann.

Danke.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Jetzt haben wir eine Rede für und eine Rede gegen den Antrag gehört und auch eine rechtliche Aufklärung erhalten. Damit kommen wir zum Abstimmungsverfahren. Dazu hat sich Frau Gitter gemeldet, die das Abstimmungsverfahren im Sinne einer Vorstandsüberweisung geregelt haben möchte.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Danke, Martina. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es kann ja sein, dass Sie sich mit der Ablehnung dieses Antrags nicht so ganz anfreunden können. Dann möchte ich zumindest Vorstandsüberweisung beantragen. Dafür gibt es zwei Gründe. Der eine Grund ist, dass es ja satzungsgemäß geregelt ist. Wenn Sie die Anträge schicken, kann man sie ins Netz einstellen. Ich finde es nicht so schwierig, im Netz die Anträge zu lesen.

Zweitens ist die Zusendung per Mail nicht möglich, weil wir die Mailadressen nicht haben. Nicht alle geben sie bekannt, Stichworte: Datenschutz und NSA. Die Zusen-

derung per Post ist relativ kostenrelevant. Ich finde es nicht so wichtig, dafür Geld auszugeben, wenn Sie einfach ins Netz schauen können.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Das war das Plädoyer für die Vorstandsüberweisung. – Herr Thierse hat die Gelegenheit, die Hinweise von Frau Dr. Hübner aufzunehmen.

Dr. Thierse, Berlin: Manchmal ist es dienlich, den Antrag richtig zu lesen. Dort steht, dass die bereits vorliegenden Anträge versandt werden sollen. Nirgendwo steht, dass hier nicht spontan weitere Anträge gestellt werden können.

Ich habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es möglicherweise rechtliche Probleme gibt. Ich habe bewusst mit hineingeschrieben, dass die Kammerversammlungen das Recht bekommen, von sich aus Anträge zu empfehlen und zu beschließen. Ich denke, dass wir dies durchaus akzeptieren könnten. Es war ein einstimmiger Beschluss der Delegiertenversammlung in Berlin, diesen Antrag einzureichen. Er ist mit knapper Mehrheit abgelehnt worden. Ich denke, dass wir unseren Vertreterversammlungen in den Ländern so viel Souveränität zugestehen sollten. Wir sollten hier darüber beschließen. Dort steht „bittet den Vorstand“. Wenn der Vorstand erst einmal rechtlich klären muss, wie es um das Recht der Vertreterversammlungen bestellt ist, hier etwas zu beantragen, widerspricht das diesem Antrag nicht. Ich denke, wir können ihn durchaus abstimmen. Dann muss der Passus hinsichtlich der Vertreterversammlung geklärt werden.

Danke.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Wir haben einen dafür, einen dagegen gehört. Der weiter gehende Antrag ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung. Ich frage Sie jetzt: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Eine große Zahl. Wer ist dagegen? – Ganz wenige. Wer Enthalt sich? – Wenige. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Ich rufe **Antrag VII-64** auf:

Berufliche Situation leitender Ärzte, Chefärzte und ärztlicher Direktoren

Wünscht jemand, für den Antrag zu sprechen? – Bitte sehr.

Dr. Roder, Baden-Württemberg: Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin entgegen der Meinung der Juristen der Auffassung: Der Antrag ist hier falsch platziert, denn es geht um die berufliche Situation leitender Ärzte, Chefärzte und ärztlicher Direktoren. Unabhängig davon haben Sie diesem Antrag schon zweimal zugestimmt. Dieses Plenum hat – das ersehen Sie aus Ihren Unterlagen – auf dem 109. Deutschen Ärztetag diesen Antrag positiv beschieden und hat gesagt: Er soll behandelt werden. Dann wurde er vertagt. Er wurde auf dem vorhergehenden Ärztetag noch einmal positiv beschieden. Er versank wieder im Nirwana.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben 15.000 Chefärzte, die unsere Interessen mit vertreten, die im Rahmen der Aus- und Weiterbildung für uns tätig sind. Am Mitt-

woch haben wir den 9.000 Ärztinnen und Ärzten im öffentlichen Gesundheitswesen einen eigenen Tagesordnungspunkt gewidmet. Ich bitte Sie dringend, diesen Antrag durchzuwinken. Er ist bisher über sieben Ärtztetage hinweg im Vorstand versenkt worden. Es ist nichts, aber auch gar nichts passiert. Man hat sich mit diesem Thema nicht beschäftigt. Leider sind unsere Chefärzte in diesem Gremium nur unterzählig vertreten.

Man kann vieles aussitzen, Frau Wenker. Es löst sich auch vieles auf biologischem Wege. Aber Chefärzte sind auch Menschen. Auf Einzelschicksale sollte man Rücksicht nehmen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herr Roder, herzlichen Dank. – Spricht jemand gegen den Antrag? – Nein. Wir werden es definitiv 2015 machen. Das ist bereits vorge-merkt. Wir hatten auf diesem Ärtztetag viele Themen. Vielleicht ist es auch ganz gut, den Antrag so zu positionieren, dass er die entsprechende Schlagkraft bekommt. Das wird in 2015 geschehen.

Wir stimmen über den Antrag ab. Eine Gegenposition haben wir nicht gehört. Wer ist für diesen Antrag? – Das sind ziemlich viele. Wer ist dagegen? – Gar keiner. Wer enthält sich? – Ganz wenige. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**. Herr Roder, dieses Thema wird auf dem Ärtztetag 2015 behandelt werden.

Nun gibt es noch den **Antrag VII-94:**

Erweiterung der Sitz-, Bein- und Bewegungsfreiheit am Sitzplatz eines Delegierten bei einem Deutschen Ärtztetag

Emotional kann man gar nicht dagegen sein. Das ist immer auch ein bisschen abhängig von dem Saal, der uns zur Verfügung steht. Außerdem wird zunehmend auf elektronisches Arbeiten umgestiegen. Ich habe hier ganz konkrete Housekeeping Notes von Frankfurt und Hamburg, bei denen in Zentimetern genau ausgerechnet worden ist, wie wir das hinbekommen können. Wir werden das Ansinnen auf jeden Fall übernehmen. Wir müssen das aber noch hinsichtlich der Räumlichkeiten klären. Ich bitte Sie, keine weiteren Beschränkungen zu beschließen. Es wäre schlecht, wenn Sie hier etwas beschließen, was in Frankfurt nicht realisierbar ist.

Das Anliegen an sich ist sehr nachvollziehbar. Wir bitten Sie, dass Sie uns, nach lokaler Gegebenheit, eine flexible Raumplanung gestatten.

(Zurufe)

– Herr Schuss und andere beantragen Vorstandsüberweisung. Möchte jemand dagegensprechen?

N. N.: Wir sitzen wie Ölsardinen in der Dose. Das können wir in Hamburg vielleicht auch wieder üben. Ich glaube, das Anliegen ist angekommen: Wenn es Möglichkeiten gibt, ein bisschen mehr Platz zu schaffen, sollte man dies tun. Ich habe bei meinen Recherchen mitbekommen, dass 75 Zentimeter betriebs- und arbeitsrechtlich die richtige Breite sind. Wir haben hier nur 60 Zentimeter. Das ist nun einmal sehr wenig.

Vielen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Das stimmt. – Herr Bolay möchte gegen den Antrag sprechen.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben uns hier auf dem Ärztetag gegen Normierung aus der EU gewandt. Wir beklagen uns ständig über Gängelungen und Regelungen, die uns das Leben erschweren. Sollen wir dem Vorstand und der Geschäftsführung das Leben dadurch erschweren, dass sie Tische aussuchen müssen, die 1,50 m breit sind statt 1,20 m? Nein, das sollten wir nicht tun. Das ist auch finanzrelevant. Wir sollten diesen Antrag ablehnen. Ich glaube, wir sitzen hier alle ganz gut.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Ganz herzlichen Dank. – Wir haben einen dafür, einen dagegen gehört. Der weiter gehende Antrag ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Das sind eine ganze Reihe. Wer ist dagegen? – Einige wenige. Enthaltungen? – Bei einer Enthaltung mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**. Versprochen: Wir geben uns ganz viel Mühe, dass es immer besser wird.

Damit ist der Themenblock Deutsche Ärztetage abgehandelt.

Wir kommen zum Themenblock Delegation/Substitution. Dazu liegen die Anträge 16 und 24 vor. Ich rufe zunächst den **Antrag VII-16** auf:

Delegation ärztlicher Leistungen im vertragsärztlichen Bereich – mehr Zeit für originär ärztliche Aufgaben

Möchte jemand etwas dazu sagen?

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. – Herr Lipp möchte gegen Vorstandsüberweisung sprechen.

Dr. Lipp, Sachsen: Ich kann nicht nachvollziehen, dass man eine solche Forderung – es ist eine Urforderung von uns, dass nicht durch irgendwelche anderen Dinge Zeit für die Arbeit am Patienten abgeknappt wird – an den Vorstand überweisen will. Das sind doch Dinge, die wir hier entscheiden können. Eine andere Möglichkeit wäre, dass wir den Paken Anträge, die noch vor uns liegen, allesamt an den Vorstand überweisen und heimfahren.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Herr Grundmann möchte für die Vorstandsüberweisung sprechen.

Dr. Grundmann, Bremen: Herr Lipp, man kann das natürlich sehr engagiert vortragen. Aber über manche Dinge muss man doch ein bisschen nachdenken. Es geht um die neuen Berufe im Gesundheitswesen. Das sind unter anderem der Physician Assistant, der chirurgische Operationsassistent, der operationstechnische Assistent, der medizinische Assistent für die Anästhesie. Wie Sie alle wissen, können sich seit dem Sommersemester 2011 Fachkräfte in nicht ärztlichen Gesundheitsberufen nach abgeschlossener Berufsausbildung an verschiedenen Hochschulen einschreiben.

Wie ist es zu dieser Berufsbildung gekommen? Die Ärzte waren auch noch vor Jahren völlig dagegen, aber diese neuen Berufsgruppen sollen die Ärzte bei delegierbaren Leistungen unterstützen. Früher hat man befürchtet, dass es eine Unterwanderung der ärztlichen Aufgabenbereiche geben könnte. Der Ärztemangel führte jedoch zu einem Umdenken bezüglich der grundsätzlichen Ablehnung der Kompetenzerweiterung nicht ärztlicher Berufsgruppen. Das Berufsfeld ist vielfältig: Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegenden, Schnittstelle mit anderen an der Versorgung beteiligten Partnern. Vorstellbar ist – das meinen Sie vielleicht – die Tätigkeit eines PA für Arztpraxen auf dem Lande.

Sie haben natürlich recht, dass sich der Arzt dann auf seine eigentlichen Kernkompetenzen konzentrieren könnte, beispielsweise Hausbesuche bei chronisch Kranken. Er könnte auch administrative Aufgaben delegieren.

Aber meines Erachtens muss noch geklärt werden: Welches sind die zentralen Fragestellungen bei diesen delegierbaren Leistungen? Wie steht es um die juristische Verantwortung? Das ist auch eine Frage an den Vorstand der Kammer. Vor allen Dingen: Inwieweit kann man die ärztliche Tätigkeit abgrenzen?

Das sind meines Erachtens so zentrale Fragen, dass ich eine Überweisung an den Vorstand für gerechtfertigt halte.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Ich fasse zusammen: Herr Lipp hat für seinen Antrag gesprochen. Herr Grundmann hat für Vorstandsüberweisung gesprochen, weil er den Antrag zwar nachvollziehen kann, aber noch Nachbesserungsbedarf sieht. Der weiter gehende Antrag ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist ziemlich hälftig. Das zählen wir aus. Ich frage also noch einmal: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Es waren 103 für Vorstandsüberweisung und 75 dagegen. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-24:**

Keine Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliche akademische Gesundheitsberufe

Herr Windau möchte etwas zu dem Antrag sagen.

Dr. Windau, Sachsen: Meine Damen und Herren! Ich mache es ganz kurz. Wir hatten im Vorfeld des Deutschen Ärztetages eine Vertreterversammlung, die sich einstimmig dafür ausgesprochen hat, dass wir ein Zeichen setzen. Professor Montgomery hat sich, obwohl formalrechtlich nicht möglich, als Unterstützer auf diesen Antrag setzen lassen. Auch Herr Windhorst hat ausdrücklich gesagt: Diese Intention müssen wir verfolgen.

Wir wissen natürlich ganz genau, dass Substitution zum Teil bereits geschieht. Das, was die Vorredner sagten, ist wichtig: Wir müssen klären: Was ist Delegation? Was ist Substitution? Wir müssen uns gegen den Wildwuchs wehren.

(Beifall)

Wir werden einen Bachelorstudiengang mit acht Semestern an einer privaten Hochschule bekommen. Der Absolvent soll – das ist eben nicht mehr Delegation, obwohl es unter diesem Begriff steht, sondern Substitution – Erstanamnese mit körperlicher Untersuchung machen, Verdachtsdiagnosen herausarbeiten, Behandlungspläne aufstellen. Er hat auch Möglichkeiten zur Weiterqualifikation: Gefäß- und Herzchirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, Unfallchirurgie. Das kann nicht sein. Ich bitte Sie um Zustimmung, dass wir eine gemeinsame Kommission von Bundesärztekammer und KBV schaffen, damit eine Situationsanalyse erstellt wird und wir das zu korrigieren versuchen, was wir als Körperschaften – entschuldigen Sie die Selbstkritik – in den vergangenen Jahren vielleicht ein bisschen verschlafen haben. Bitte stimmen Sie in der Sache zu, keine Vorstandsüberweisung.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Wenker: Das war ein Plädoyer für den Antrag. – Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Nein. Dann stimmen wir über den Antrag ab. Wer ist für den Antrag? – Das ist eine große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Ganz wenige. Wer Enthalt sich? – Auch einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit ganz großer Mehrheit **angenommen**.

Da unser Präsident noch nicht zurückgekehrt ist, übernimmt jetzt Dr. Kaplan die Sitzungsleitung.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Wir kommen zum Themenblock Fortbildung. Ich rufe zunächst den **Antrag VII-51** auf:

Anerkennung von Fort- und Weiterbildungen außerhalb Deutschlands

Möchte jemand zu diesem Antrag sprechen? – Herr Thierse, bitte schön.

Dr. Thierse, Berlin: Ich möchte appellieren, diesen Antrag anzunehmen. Wir hatten diesen Inhalt früher sowohl in der Weiterbildungsordnung als auch in der Fortbildungsordnung. Ich weiß noch den Text in der Weiterbildungsordnung: Kurse werden zertifiziert durch die für den Ort oder die Person des Leiters zuständige Landesärztekammer. Da ging es um Kurse in der Weiterbildung. Auch Kurse in der Weiterbildung finden teilweise nicht in Deutschland statt. Sie haben, wenn Sie Kurse für Sportmedizin machen wollen, relativ eingeschränkte Möglichkeiten, das in Deutschland zu ma-

chen. Das Problem ist: Jeder muss anschließend zusehen, ob er das bei seiner Landesärztekammer anerkannt bekommt. Ich denke, bei einem deutschen Veranstalter, deutschen Teilnehmern und einem Ort innerhalb der EU müsste das machbar sein. Es ist nicht genau herausgearbeitet, dass es auch für Kurse in der Weiterbildung gelten soll. Für die Weiterbildung selber kann es nicht gelten. Dafür haben wir viel zu wenig Kontrollmöglichkeiten. Wir haben auch keinen deutschen Leiter bei der Weiterbildung in irgendwelchen ausländischen Kliniken.

Ich plädiere dafür: Bitte nehmt das an.

Vizepräsident Dr. Kaplan: Herr Thierse, vielen Dank. – Gibt es hier eine Gegenrede? – Keine Gegenrede. Als Vorsitzender der Fortbildungsgremien darf ich darauf hinweisen, dass dieser Antrag sinnvollerweise zunächst in den Deutschen Senat kommt, um die Landesärztekammern entsprechend mitnehmen zu können. Unter diesem Gesichtspunkt könnten wir diesen Antrag natürlich annehmen.

Nun kommen wir zur Abstimmung. Wer stimmt dem Antrag VII-51 zu? – Wer stimmt dagegen? – Einige Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag **angenommen**.

Frau Haus zur Geschäftsordnung.

Haus, Nordrhein: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, wenn wir das so weitermachen, ist tatsächlich die Befürchtung, dass es eher länger als kürzer wird, wenn wir nach diesem Verfahren vorgehen, nicht unberechtigt. Wir haben es eigentlich immer so gemacht, dass der Antrag aufgerufen und dann gefragt wurde, ob es eine Gegenrede gibt. Wenn es keine Gegenrede gab, wurde sogleich abgestimmt. Anderenfalls einer dagegen und einer dafür. Sonst fühlt sich jeder bemüht, zu seinem Antrag zu sprechen. Dann dauert es tatsächlich sehr lange.

Ich bitte darum, nach diesem Prinzip zu verfahren: Wenn es keine Gegenrede gibt, wird abgestimmt.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Frau Haus, vielen Dank. Aus Gründen des Zeitmanagements ist es sicherlich ein erwägenswerter Antrag. – Wir kommen zur Abstimmung. Wer stimmt dem Antrag von Frau Haus zu? – Wer stimmt dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann haben wir beschlossen: Wenn ich einen Antrag aufrufe, besteht die Chance zur Gegenrede. Wenn es eine Gegenrede gibt, kann auch noch jemand für den Antrag sprechen.

Wir fahren mit den Anträgen fort. Ich rufe **Antrag VII-59** auf:

Begutachtung in der forensischen Psychiatrie – Erarbeitung einer Handreichung durch die Bundesärztekammer

(Zuruf)

– Herr Wagenknecht aus Niedersachsen beantragt Vorstandsüberweisung. Will jemand dagegensprechen? – Formal. Dann kommen wir zur Abstimmung. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Ich rufe den **Antrag VII-80** auf. Hier geht es um das Interdisziplinäre Forum der Bundesärztekammer. Will jemand gegen diesen Antrag sprechen? – Andreas Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn Sie sich eine Meinung bilden wollen, können Sie Vorstandsüberweisung beschließen. Ansonsten müssten Sie das Geld für das Interdisziplinäre Forum gleich mit drauflegen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Andreas, vielen Dank. – Es gibt einen Geschäftsordnungsantrag.

(Zuruf)

– Frau Kandler beantragt Vorstandsüberweisung. Wer für Vorstandsüberweisung ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Einzelne. Wer enthält sich? – Keine Enthaltung. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Ich rufe jetzt den Themenblock Förderung des ärztlichen Nachwuchses auf. Wir kommen zunächst zum **Antrag VII-04** des Vorstands der Bundesärztekammer. Will jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir gleich in die Abstimmung gehen. Wer dem Antrag VII-04 zustimmt, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer stimmt dagegen? – Zwei Gegenstimmen. Enthaltungen? – Keine Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag VII-05. Es geht darum, die ärztliche Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherzustellen. Dazu liegt als Änderungsantrag der **Antrag VII-05 a** vor. Auf Seite 2 soll im Anschluss an den Text folgender Passus ergänzt werden:

Entscheidend aber für die Sicherung der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung ist eine grundlegende Veränderung des Vergütungssystems für die ambulante Medizin in Deutschland.

Die Ergänzung ist noch umfangreicher, aber das möchte ich Ihnen jetzt ersparen. Ich gehe davon aus, dass Sie den Antrag vorliegen haben.

Will jemand gegen den Ergänzungsantrag sprechen? – Formal. Dann können wir gleich in die Abstimmung gehen. Wer stimmt dem Änderungsantrag VII-05 a zu? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Wir stimmen noch einmal ab, da es hier nicht einwandfrei zu sehen war. Wer stimmt für diesen Änderungsantrag 05 a? – Ich bitte um Auszählung. Wer ist gegen diesen Änderungsantrag? – Dann ist dieser Änderungsantrag mit 94 : 73 Stimmen **angenommen**.

Wir kommen zur Abstimmung über den so geänderten **Antrag VII-05.** – Eine Gegenrede.

Dr. Veelken, Berlin: Der Antrag 05 propagiert durch die Änderung über den Antrag 05 a die Abweichung vom Sachleistungsprinzip und im Endeffekt die Einführung des Erstattungsprinzips durch die Hintertür. Dafür können wir uns nicht aussprechen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Vielen Dank. Das war die Gegenrede. – Jetzt gebe ich noch die Möglichkeit einer Rede dafür. – Bitte schön, Herr Dietrich.

Dietrich, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben bereits Beschlüsse genau zu den Themen gefasst, die hier ergänzt werden sollen. Das sind die Anträge VII-81 und VII-90. Sie beinhalten im Grunde die Änderungen, die hier implementiert werden sollen. Wir machen eine Kongruenz zu den vorhin gefassten Beschlüssen, durch die die bisherigen Finanzierungsbedingungen kritisiert werden und wir eine grundlegende Reformierung fordern. Damit wir hier die Kongruenz beibehalten, bitte ich Sie, dem Antrag zuzustimmen.

Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Kaplan: Wir haben jetzt eine Rede dagegen und eine dafür gehört. Wir können in die Abstimmung gehen. Wer für den geänderten Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer stimmt dagegen? – Das Erste war die Mehrheit.

(Zurufe: Zählen!)

– Wenn auch nur die geringste Unsicherheit besteht, sollten wir auszählen, um – wie der Präsident immer sagt – jeder Legendenbildung vorzubeugen.

Wer für den geänderten Antrag stimmen möchte, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer stimmt dagegen? – Dann ist der Antrag mit 111 : 67 Stimmen **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum **Antrag VII-95:**

Zeitgemäße strukturierte Weiterbildung

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Sehe ich nicht. Dann können wir in die Abstimmung gehen. Wer stimmt für den Antrag VII-95? – Wer stimmt dagegen? – Zwei Gegenstimmen. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Mit zwei Gegenstimmen und einer Enthaltung ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VII-29:**

Bedingungen verbessern statt falsche Anreize setzen – Landärztinnen- und Landarztmangel wirksam bekämpfen!

Gibt es den Wunsch nach Gegenrede? – Sehe ich nicht. Dann können wir gleich in die Abstimmung gehen. Wer dem Antrag VII-29 zustimmt, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer stimmt dagegen? – Mehrere Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum letzten Antrag aus diesem Themenblock, dem **Antrag VII-41**:

Förderung von Mentoringprogrammen durch die Landesärztekammern

Will hier jemand dagegensprechen? – Sehe ich nicht. Dann können wir in die Abstimmung gehen. Wer dem Antrag VII-41 zustimmt, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer stimmt dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Mehrere Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag bei mehreren Gegenstimmen und Enthaltungen **angenommen**.

Damit sind wir mit diesem Themenblock durch und ich übergebe die Sitzungsleitung wieder an unseren Präsidenten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Martina und Max, für die Sitzungsleitung.

Wir fahren mit dem Themenkomplex Gesundheitsberufe fort. Dazu liegen Ihnen die Anträge 44 und 47 vor. Der **Antrag VII-39** ist **zurückgezogen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-44**. Ich stelle die Frage, ob Sie dazu zu diskutieren wünschen. – Das ist nicht der Fall. Dann können wir in die Abstimmung eintreten. Wer ist für den Antrag 44? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Damit ist der Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-47**:

Fortbildung zur medizinischen Fremdsprachenassistentin

Wünschen Sie, dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Bei einer Reihe von Enthaltungen ist der Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum Themenblock Internationales. Dazu liegen eine Reihe von Anträgen vor. Wir beginnen mit dem **Antrag VII-08** des Vorstands, der sich mit den TTIP-Verhandlungen befasst. Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Ist etwa jemand gegen den Antrag? – Wer ist dafür? – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-69**, ebenfalls zum TTIP-Abkommen. Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Bei vielen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-25**:

Einrichtung eines internationalen Health Impact Fund

Wir haben als Vorstand herauszufinden versucht, was das ist.

(Zuruf)

– Herr Bratzke aus Berlin beantragt Vorstandsüberweisung. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-40**:

Änderung § 34 der Neuformulierung der Deklaration von Helsinki zur Vermeidung von Problemen mit dem Arzneimittelgesetz

Das ist eine ausgesprochen komplexe Frage. Die Deklaration von Helsinki ist gerade erst überarbeitet worden. Damit war die Bundesärztekammer beauftragt, was wir als sehr ehrenvoll betrachtet haben. Die neue Deklaration von Helsinki wird im November in Helsinki zum 50. Jahrestag der Deklaration vorgestellt werden. Das ist work in progress für lange Zeit.

(Zuruf)

– Sie haben Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Dann können wir uns über Vorstandsüberweisung eine Meinung bilden. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit wenigen Enthaltungen einstimmig **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-85**:

European Medicine Agency – Nutzungsbedingungen für klinische Studien

Wünscht jemand, dazu zu sprechen? – Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-86**:

Transparenz von Studiendaten

Hier geht es darum, dass die European Medicine Agency ihre Daten veröffentlicht. Wird dazu das Wort gewünscht? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für den Antrag? – Gegenstimmen? – Enthaltungen? – Einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-77**:

Keine ärztliche Beteiligung an Designerbabys

Ist jemand gegen den Antrag? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einigen Enthaltungen einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum Komplex Menschenrechte. Hierzu liegen eine Reihe von Anträgen vor. Als ersten behandeln wir den **Antrag VII-11 (neu)**. Ich bitte Sie, auf das „neu“ zu achten. Der Antrag hat, nachdem er an Sie versandt wurde, nach Rücksprache mit entsprechenden Organisationen, aber auch Kollegen, eine Wandlung erfahren, zwar nicht im Inhalt, aber in der Formulierung. Wir würden Ihnen heute lieber den Antrag 11 (neu) als den alten Antrag 11 zur Annahme empfehlen.

Möchte jemand gegen den Antrag 11 (neu) sprechen? – Es möchte niemand gegen den Antrag sprechen.

(Zuruf)

– Hans Ramm möchte für den Antrag sprechen.

(Zurufe)

– Ich weiß, das ist geändert worden, deswegen frage ich ja so. Es möchte niemand gegen den Antrag 11 (neu) sprechen, Hans. Dann gibt es auch keinen Grund, dafür zu sprechen. Oder du möchtest gegen den Antrag sprechen, was ich mir nicht vorstellen kann.

Dr. Ramm, Hamburg: Ich wollte als schwuler Delegierter nur ein paar Äußerungen machen. Aber das geht wohl nicht. Ich hoffe, dass gut abgestimmt wird.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Wenn keiner dagegensprechen will, dann kann eigentlich auch keiner dagegen sein. So einfach ist das. – Der Antrag 11 (neu) steht zur Abstimmung. Wer möchte dem Antrag 11 (neu) zustimmen? – Wer ist dagegen? – Keine einzige Gegenstimme. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen damit zum **Antrag VII-45:**

Altersfeststellungen bei Flüchtlingen

Wünscht jemand, gegen den Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer ist für den Antrag? – Dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-65:**

Besonders schutzbedürftige Personen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Ist etwa jemand gegen den Antrag? – Wer dafür ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-66:**

Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellter Ausländer

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen jetzt zum **Antrag VII-89**:

Vereinfachung des Zugangs zur medizinischen Versorgung durch Ausgabe einer Krankenversichertenkarte für Asylsuchende

Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Dann können wir ihn abstimmen. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu erheben. – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen damit zum **Antrag VII-67**:

Notfallbehandlung und Kostenerstattung für Migranten durch das Sozialamt unabhängig vom Aufenthaltsstatus

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, das zu zeigen. – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Einstimmig **angenommen**.

Damit kommen wir zu dem Konvolut Qualitätssicherung/Patientensicherheit. Da kommen wir zunächst zum **Antrag VII-03** vom Vorstand der Bundesärztekammer:

Bundeseinheitliche Fachsprachenprüfungen bei den Landesärztekammern ansiedeln

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann haben Sie das einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-21**:

Zuständigkeit für Sprachprüfungen an die Landesärztekammern

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Damit kommen wir zum **Antrag VII-92**:

Bundeseinheitlich strukturierte Durchführung der Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte durch die Landesärztekammern

Möchte jemand dagegensprechen? – Möchte jemand dagegenstimmen? – Ich bitte diejenigen, die dafür sind, um das Kartenzeichen. – Einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-50**:

Überarbeitung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK)

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-53**:

Umsetzung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

Möchte jemand dagegensprechen? – Niemand. Wer dafür ist, der möge das zeigen. – Wer dagegen ist, hat jetzt die Chance. – Einige. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen**.

Damit kommen wir zum **Antrag VII-63**. Wünscht jemand, gegen den Antrag zu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **angenommen**.

Damit kommen wir zum Themenbereich Reproduktionsmedizin/Pränataldiagnostik/Präimplantationsdiagnostik. Dazu gibt es nur zwei Anträge, nämlich die Anträge 36 und 83. Als Erstes rufe ich den **Antrag VII-36** auf:

Nichtinvasive Pränatalteste

Möchte jemand gegen diesen Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, der erhebe die Karte. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Mit einigen Enthaltungen und einigen Gegenstimmen **angenommen**.

Damit kommen wir zum **Antrag VII-83**:

Umsetzung PID-Gesetz und PID-Verordnung – Gebührenproblem

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich Sie, wer für den Antrag ist. – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Gegenstimmen. Dennoch ist der Antrag damit **angenommen**.

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex SGB V/GKV. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat Ihnen den **Antrag VII-10** vorgelegt:

Versorgungsbedarfsgerechte Flexibilisierung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)

Wünscht jemand dagegenzusprechen?

(Zuruf)

– Dem Vorstand einen Vorstandsantrag zu überweisen ist von echt freitagsnachmittäglicher Logik. War das ein ernst gemeinter Hinweis?

(Zuruf)

– Herr Bratzke hat ernst gemeint Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Dann können wir über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Möchte jemand Vorstandsüberweisung für diesen Antrag? – Einzelne. Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Die große Mehr-

heit. Wer möchte den Antrag positiv bescheiden? – Wer ist dagegen? – Die große Mehrheit ist dafür. Der Antrag ist also **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-23**, der den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ersatzlos abschaffen möchte. – Uli Clever beantragt Vorstandsüberweisung. – Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Das heißt aber noch nicht, dass wir den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ersatzlos abschaffen können. Wir wollen uns dafür einsetzen und das prüfen. Aber wir können es nicht selber machen.

Wir kommen zum **Antrag VII-33**:

Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen niedergelassenen Ärzten und medizinischen Versorgungszentren, die unter der Leitung von Krankenhäusern geführt werden, herstellen

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Themenbereich Sucht und Drogen. Wir behandeln zunächst den **Antrag VII-09** des Vorstands. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Wer für den Antrag ist, der möge die Karte erheben. – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei einer Gegenstimme und einigen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-100**:

Werbeverbot für Alkohol

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir uns eine Meinung bilden. Wer ist für ein Werbeverbot für Alkohol? – Wer möchte gern für Alkohol werben? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Eine Vielzahl Enthaltungen. Dennoch ist der Antrag **angenommen**. Bier ist ja kein Alkohol, wie wir wissen.

Wir kommen zum **Antrag VII-46**:

Amphetaminsucht (Crystal Meth) in den Grenzgebieten zu Tschechien wirksam bekämpfen

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Nein. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, das durch Erheben der Karte zu zeigen. – Gegenprobe! – Niemand. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-35**:

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – sichere Rechtslage in der Substitution notwendig

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Dann können wir abstimmen. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Eine. Dann ist das einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-55**:

Substitutionspraxis auf dem Prüfstand

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung von Herrn von Ascheraden erbeten. Wünscht jemand, gegen Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Nein. Dann können wir darüber abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das Erste war die deutliche Mehrheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen damit zum **Antrag VII-49**:

Verbot der Abgabe und Nutzung von E-Zigaretten an/durch Minderjährige

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer gegen den Antrag ist, der möge das zeigen. – Wer dafür ist, kann das jetzt tun. – Enthaltungen? – Wenige Enthaltungen. Einstimmig **angenommen**.

Damit hätten wir die Substitutionsproblematik zumindest für uns erledigt. Wir kommen zu dem spannenden Themenblock Vergütung. Wir kommen zunächst zum **Antrag VII-12**:

Keine EBM-Korrekturen durch Umverteilung

Müsste es nicht andersherum sein: keine Umverteilung durch EBM-Korrekturen? Ich finde, was daruntersteht, ist andersherum. – Keiner möchte dagegensprechen. Dann frage ich jetzt: Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-84**:

Abschaffung der Regelleistungsvergütung und Wiedereinführung der Einzelleistungsvergütung

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Frau Kollegin Pfannenstiel.

Dr. Pfannenstiel, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es kann eigentlich nur derjenige dagegen sein, der davon profitiert. Man muss nur einmal sehen, wie groß die Differenz bei den Regelleistungsvolumina ist. Es gibt Gruppen, die keinen Tag mit den Einkünften aus den gesetzlichen Versicherungen leben können. Damit wird das Angebot an IGeL-Leistungen immer stärker.

Ich nehme das Beispiel Allergologie. Bei den Asthmatikern möchte keiner mehr testen, keiner mehr hypersensibilisieren, denn das macht man mit großem Zeitaufwand, kostenfrei. Ich bin eine Dermatologin, die sich nicht dem Schönheitswahn und der

Kosmetik verfallen sieht. Ich mache noch eine Dermatologie. Die Psoriasis ist heute eine Erkrankung mit Komorbiditäten. Unbehandelt landen diese Patienten in der Zuckerkrankheit, Herzinfarkt, Uveitis, Psoriasis arthritis. Kaum einer nutzt die neuen Biologicals, um ihnen ein neues Leben zu schaffen. Es wird nichts bezahlt, man hat Verantwortung, es kostet Geld.

Die Medizin geht den Bach runter, wenn die Verteilung so ist, dass es große Gewinner und Verlierer gibt.

(Beifall)

Die Einzelleistungsvergütung schafft uns die Möglichkeit, wieder eine gescheite Medizin zu machen. Es wird immer schlimmer. Man muss sich nur einmal ansehen, wie in München das IGeLn zugenommen hat. Dazu fällt einem nichts mehr ein. Deshalb sage ich: Nehmen Sie bitte den Antrag an.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Pfannenstiel. Sie wollten eigentlich gegen die Annahme des Antrags auf Vorstandsüberweisung sprechen, verbanden das aber mit einem engagierten Plädoyer, den Antrag insgesamt anzunehmen. – Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einige. Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die Mehrheit. Wer Enthält sich? – Einzelne.

Wer möchte den Antrag annehmen? – Wer möchte ihn ablehnen? – Wenige. Wer Enthält sich? – Einige. Der Antrag ist **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-19:**

Abschaffung der Fallzahlabstaffelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich Sie: Wer möchte gegen den Antrag stimmen? – Wer ist für den Antrag? – Enthaltungen? – Einstimmig **angenommen**.

Wir kommen zu dem spannenden Themenblock Versorgungsforschung. Hier gibt es nur einen Antrag, nämlich den **Antrag VII-34:**

Wiederaufnahme der Aktivitäten in der Versorgungsforschung

Der Antrag ist ausgesprochen haushaltsrelevant.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Bitte die Gegenprobe. – Einzelne. Enthaltungen? – Keine. Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen nun zu den weiteren Themen und nähern uns damit dem Finale. Als Erstes rufe ich den **Antrag VII-82** auf:

Keine Nutzung von Patientendaten durch Marktforschungsunternehmen ohne persönliches Einverständnis

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Niemand. Dann können wir über den Antrag abstimmen. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Niemand. Enthaltungen? – Auch niemand. Dann ist der Antrag **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-54**:

Schnittstelle für Terminkalender in Arztpraxen

(Zuruf)

– Herr Bertram beantragt Vorstandsüberweisung. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Dann können wir abstimmen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Sie haben den Antrag erfolgreich **an den Vorstand überwiesen**.

Damit kommen wir zum **Antrag VII-20**:

Notfallversorgung flächendeckend sichern

Gegenrede? – Wer dafür ist, der möge die Karte erheben. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Einstimmig **angenommen**.

Ich rufe den **Antrag VII-37** auf:

Löschung einer schlechten Bewertung nach dem Schulnotenprinzip auf einem Internet-Bewertungsportal

Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-58**:

Verkehrsmedizinische Kompetenz ist ein wesentliches Element der Patientenberatung

Gibt es eine Gegenrede? – Dann können wir darüber abstimmen. Ist jemand dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Wer ist dafür? – Die überwiegende Mehrheit. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-78**:

Soziale Probleme durch fehlende Kostenübernahme von Transportkosten zur ambulanten Behandlung

Gibt es eine Gegenrede? – Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu zeigen. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum **Antrag VII-79**:

Lärminduzierte Gesundheitsschäden

Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit überwältigender Mehrheit **angenommen**.

Antrag VII-87 ist der letzte Antrag im Tagesordnungspunkt VII, der mir vorliegt. Er stellt – wie ich finde: richtigerweise – fest, dass die Feminisierung der Medizin keine Krankheit ist. Wünscht etwa jemand dagegenzusprechen? – Herr Bolay. Es kann sich nur um einen Lesefehler handeln.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Nein. Natürlich ist das keine Krankheit. Liebe Kolleginnen und Kollegen, man schafft aber etwas nicht dadurch aus der Welt, dass man nicht mehr darüber redet. Irgendwo ist das ein Maulkorberlass und erinnert mich an des Kaisers neue Kleider. Wir müssen doch weiterhin als eine der Folgen der Strukturprobleme im Gesundheitsbereich darüber reden können, dass es viele weibliche Kolleginnen gibt, und müssen das benennen können.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Bolay. – Frau Gitter möchte für den Antrag sprechen.

Dr. Gitter, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nicht, dass die Feminisierung ein Problem darstellt. Ich persönlich bin ja der Meinung, dass sie sogar eine gute Chance ist.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Montgomery: Man kann es auch als Wohltat bezeichnen.

(Heiterkeit)

Wir können jetzt über den Antrag abstimmen. Seien Sie sich der Bedeutung des Themas und der Tatsache bewusst, dass es der letzte Antrag ist. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Kartenzeichen. – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen**.

Damit haben Sie erfolgreich die Tagesordnung dieses Ärztetages bewältigt. Mir bleibt zum Schluss der Plenarsitzungen nur noch, Dank zu sagen: Dank an die Ärztekammer Nordrhein, ganz besonders an Präsident Rudolf Henke, den ehemaligen Geschäftsführer Wolfgang Klitzsch und sein Team, insbesondere Frau Veronika Maurer, die das maßgeblich organisiert hat.

(Beifall)

Unser Dank gilt auch den Studentinnen und Studenten, die bei der Verteilung der Drucksachen aktiv waren. Ich war eben in der Druckerei und habe mich erkundigt, wie viel Blatt Papier wir verbraucht haben. Obwohl so viele von uns elektronisch arbeiten, haben wir 1.500.000 Blatt Papier in diesen vier Tagen vernichtet. Das sind drei große Europaletten Papier.

Wir danken der Stadt Düsseldorf und der Düsseldorf Marketing & Tourismus GmbH für ihr Engagement rund um die Organisation des Deutschen Ärztetages.

Wir danken dem Congress Center Düsseldorf mit seinem Team, das gemeinsam mit uns die vielen kleinen und großen Probleme bewältigt hat.

Natürlich danke ich Ihnen, den Delegierten, für die Mitarbeit.

Ich bitte jetzt unseren Stenografen, zu mir zu kommen. Herr Rüdiger Weber, der heute zum letzten Mal das Wortprotokoll des Deutschen Ärztetages erstellt hat, hat dies seit 40 Jahren kontinuierlich getan. 44 Ärztetage tragen seine Handschrift.

(Anhaltender lebhafter Beifall – Die Delegierten erheben sich)

Da Sie sich eben für ein Werbeverbot für Alkohol ausgesprochen haben, darf ich Ihnen nicht sagen, was sich in dieser Geschenkpäckung für Herrn Weber befindet. Zu dem weiteren Geschenk: Was ist würdiger für einen Stenografen, als ihm einen Papierbeschwerer von KPM zu schenken, damit er auch auf seinem weiteren Lebensweg die Papiere in der richtigen Weise bearbeitet. Vielen Dank für alles, was Sie getan haben, Herr Weber!

(Beifall)

Wir danken ganz besonders auch der Geschäftsführung, unseren vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Hintergrund zum Gelingen des Ärztetages beigetragen haben.

Dank an die Technik der Firmen evenco und Helliwood.

Ich freue mich, Sie hoffentlich alle gesund und munter auf dem 118. Deutschen Ärztetag vom 12. bis zum 15. Mai 2015 in Frankfurt am Main wiederzusehen.

Ich schließe den 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf und wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt.

(Beifall)