

**Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages**

Dr. Klaus Reinhardt

zur Eröffnung des 127. Deutschen Ärztetages

16. Mai 2023

Sperrfrist:

Beginn der Rede

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede,

Über unsere demokratische Grundordnung und ihre tragenden Prinzipien lassen sich ganze Bände füllen.

Man kann das Wesen demokratischer Entscheidungsprozesse aber auch in einem einzigen Satz zusammenfassen:

„Demokratie besteht aus Debatte und anschließender Entscheidung auf Grund der Debatte.“

Mit diesem Ausspruch hat Helmut Schmidt treffsicher auf den Punkt gebracht, was eine lebendige und starke Demokratie, was politische Partizipation und politische Meinungsbildung ausmacht.

Der Deutsche Ärztetag steht seit jeher für eine gute und intensive Debattenkultur als Grundlage für ausgewogene und fundierte Entscheidungen.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle den Hinweis darauf, dass der Deutsche Ärztevereinsbund vor 150 Jahren, im Jahr 1873 in Wiesbaden, zu seiner konstituierenden Hauptversammlung, dem ersten Deutschen Ärztetag, zusammenkam.

Eine der Haupttriebfedern für die Gründung des Deutschen Ärztevereinsbunds und für die Ausrichtung des Deutschen Ärztetages war es, der innerärztlichen Debatte – wie es damals hieß – zwischen Allgemeinarzt und Spezialarzt, freiem Praktiker und Krankenhausarzt eine Plattform zu geben und nach außen geschlossen aufzutreten.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, damit sind wir im hier und heute.

Die Bundesärztekammer ist die Vertretung von mehr als 550.000 Ärztinnen und Ärzten in ganz Deutschland.

Für mich ist eine der wichtigsten Aufgaben der Bundesärztekammer, den unterschiedlichen Fachrichtungen innerhalb unserer Profession aus ganz unterschiedlichen Versorgungsbereichen in unseren Ausschüssen, Arbeitsgruppen und Akademien ein Forum für den kollegialen Austausch zu geben.

Denn es steht außer Frage: Die Vernetzung der Sektoren und Fachgebiete ist nicht nur etwas, was wir von der Politik fordern sollten.

Dieses Ansinnen müssen auch wir vor allem in unseren eigenen Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung fördern und vorleben.

Konkret heißt das: Integration der ärztlichen Verbände und Fachgesellschaften in die Arbeit der Bundesärztekammer.

Die ausgewogene Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche und Fachgebiete in unseren Gremien.

Und ganz wichtig: Beim Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen aus anderen Fachgebieten und Versorgungsbereichen muss man auch mal die Perspektive wechseln, um den anderen besser zu verstehen.

Lassen Sie mich das frei nach unserem österreichischen Kollegen und Psychotherapeuten Alfred Adler formulieren:

Man kommt schneller zu gemeinsamen Lösungen, wenn man versucht, mit den Augen des anderen zu sehen, mit den Ohren des anderen zu hören und auch mal mit dem Kopf des anderen zu denken!

So können wir uns besser darauf besinnen, was uns Ärztinnen und Ärzte trotz der enormen Bandbreite unterschiedlicher ärztlicher Tätigkeiten eint und miteinander verbindet.

Es ist, und das werden wir morgen Vormittag in einem eigenen Tagesordnungspunkt herausarbeiten, die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen – sowohl für unsere Patientinnen und Patienten als auch für die Gesellschaft als Ganzes.

Genau dafür bereiten wir in den Gremien der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern den Weg.

Wir analysieren den Handlungsbedarf, wir debattieren Lösungswege und wir entscheiden und positionieren uns auf Grundlage dieser Debatte.

Und das sind nicht irgendwelche verstaubten Ausschüsse, in denen Funktionäre ihre Sitzungsgelder absitzen.

Das sind kleine Denkfabriken, in denen engagierte Kolleginnen und Kollegen mit ihrem Erfahrungswissen aus der Versorgung kluge Vorschläge für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens entwickeln.

Aufgabe der Bundesärztekammer ist es, diese Ideen, Vorschläge und Konzepte zu kanalisieren, zu strukturieren und in die Politik einzuspeisen.

Erlauben Sie mir, Herr Minister, dass ich Sie an dieser Stelle direkt anspreche:

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach, ich halte es für einen schweren politischen Fehler, dass Sie dieses Engagement Ihrer eigenen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen als Lobbyismus diskreditieren, statt dieses wertvolle Erfahrungswissen für Ihre Arbeit zu nutzen.

Ich komme darauf später noch einmal ausführlicher zu sprechen.

Meine Damen und Herren,
die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, Verantwortung für andere zu übernehmen, kam insbesondere in den gut drei Jahren der Pandemie deutlich zum Ausdruck.

Als Ärzteschaft ging es uns wie fast allen Berufs- und Bevölkerungsgruppen: Die Pandemie hat kurzfristig Schwerpunkte verlagert und neue Ziele definiert.

Das betraf natürlich auch die gesundheitspolitische Agenda, auf die sich der Vorstand der Bundesärztekammer zu Beginn dieser Wahlperiode verständigt hatte.

Mit dem Beginn der Pandemie haben wir unsere Ressourcen auf die Pandemieeindämmung konzentrieren müssen.

Wir haben uns pragmatisch eingebracht, täglich, verlässlich, ohne Alarmismus und ohne Panikmache.

Wir waren von Anfang an eng eingebunden in die Ad-hoc-Maßnahmen zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes.

Da mussten teilweise in Stundenfrist Gesetzes- und Verordnungsentwürfe gegengelesen, ergänzt und korrigiert werden.

Interessanterweise funktionierte die Einbindung der Ärzteschaft damals sehr gut.

Unsere Arbeit ging aber weit über die Mitwirkung an Gesetzgebungsverfahren hinaus.

Wir haben mit den Ärztekammern und dem Bundesverband der Medizinstudierenden freiwillige Helfer für die Testzentren geworben.

Wir haben gemeinsam mit Bund, Ländern und Verbänden am Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gearbeitet.

Wir waren in komplexe medizinisch-ethische Entscheidungen eingebunden, zum Beispiel bei den Beratungen des Bundesverfassungsgerichts über die Triage oder im Zuge der Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen im Rahmen der Impfkampagne.

Wir haben einen ärztlichen Pandemierat eingerichtet, in dem Intensivmediziner, Epidemiologen, Amtsärzte, Geriater, Hausärzte und viele weitere Experten Empfehlungen und Stellungnahmen zu zentralen Themen des Pandemiemanagements ausgearbeitet haben.

Wir haben uns mit unserem Wissenschaftlichen Beirat in einem von Politik und Medien viel beachteten Papier mit dem Post-COVID-Syndrom und dessen weiterer Erforschung befasst.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ohne eine voll arbeitsfähige Geschäftsstelle der Bundesärztekammer – und die haben wir in der Pandemie technisch ganz erheblich optimiert – vor allem aber ohne den wirklich großen Einsatz der Mitarbeitenden wäre dieses Engagement in der Pandemiebekämpfung nicht möglich gewesen.

Auch der Deutsche Ärztetag konnte trotz Pandemie tagen und wichtige Beschlüsse fassen.

Es wurde schon aufmerksam registriert, dass wir im Mai 2021 zu den ersten großen Organisationen gehörten, die eine Hauptversammlung rein online abhalten konnten.

Wir haben in der Pandemie gezeigt, dass wir in der Lage sind, neue, unbekannte Wege zu gehen, pragmatische und auch mal unkonventionelle Lösungen zu finden und vor allem flexibel auf neue Herausforderungen zu reagieren.

Vor allem haben wir bewiesen, dass es einen echten Mehrwert hat, wenn die Ärzteschaft eng in die wichtigen, die Gesundheit der Menschen betreffenden Entscheidungen einbezogen wird.

Dies ist auch notwendig, um die humanitären Folgen des menschenverachtenden und alle zivilisatorischen Normen brechenden Angriffskriegs Russlands gegen die Ukraine zu lindern.

Dass wir hier in Essen zahlreiche Gäste aus der Ukraine zu Gast haben, freut mich außerordentlich.

Es ist wahrlich keine Selbstverständlichkeit, dass Abgeordnete der Werchowna Rada – des ukrainischen Parlaments – und weitere wichtige Vertreter ihres Landes in diesen schwierigen Zeiten zu uns auf den Deutschen Ärztetag kommen, um sich über unser selbstverwaltetes Gesundheitssystem zu informieren.

Das zeigt doch sehr eindrucksvoll, dass im Ausland sehr genau wahrgenommen wird, welchen Mehrwert ein selbstverwaltetes System für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat.

Sehr geehrter Herr Radutsky, sehr geehrter Herr Dubnov, sehr verehrte Gäste, seien Sie sich der Solidarität der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland für Ihr Land bewusst!

Auch ich darf Sie herzlich willkommen heißen!

Was Ihrem Land widerfährt, erschüttert, empört und bedrückt uns alle.

Es relativiert viele Themen und Probleme, mit denen wir uns in unserem Alltag befassen.

Und es macht uns ganz plastisch deutlich und klar, welchen unschätzbaren Wert der Frieden hat.

Wir sollten uns dabei vor Augen halten, dass wir glücklicherweise in einem Land leben, in dem es für den weit überwiegenden Teil der Bürgerinnen und Bürger selbstverständlich ist, Menschen in Not zu helfen.

Ärztinnen und Ärzte tun dies an ganz entscheidender Stelle.

Sie leisten medizinische Hilfe für die Menschen, die aus der Ukraine in unser Land geflüchtet sind.

Sie haben von Beginn an – oft ehrenamtlich – in Auffangeinrichtungen geholfen, zusätzliche Sprechzeiten für Geflüchtete organisiert und die vielen, schwer an Körper und Seele verwundeten Menschen ärztlich versorgt.

Die Bundesärztekammer hat unmittelbar nach Kriegsbeginn ein Portal eingerichtet, in dem sich Ärztinnen und Ärzte für ehrenamtliche Hilfe in der Ukraine oder in ihren Anrainerstaaten registrieren lassen konnten.

Innerhalb weniger Wochen umfasste unsere Liste mehr als 1000 Einträge.

Da Bedarfsanzeigen aus der Ukraine und den Nachbarstaaten zunächst nicht vorlagen, haben wir die bei uns registrierten Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit ärztlichen Hilfsorganisationen in Onlineveranstaltungen über die komplexen Herausforderungen und formalen Voraussetzungen für Auslandseinsätze informiert.

Aktuell hat sich die Botschaft der Ukraine angeboten, die Freiwilligenliste an das ukrainische Gesundheitsministerium weiterzuleiten. Dem kommen wir natürlich umgehend nach.

Wir arbeiten auch eng mit der Koordinierungsstelle Ukraine im Bundesgesundheitsministerium sowie mit dem Auswärtigen Amt zusammen, zum Beispiel um Kontakte für Hilfstransporte unterschiedlicher Initiativen aus Deutschland für die Ukraine zu vermitteln.

Wir haben uns außerdem erfolgreich dafür eingesetzt, dass die aus der Ukraine Geflüchteten beim Arztbesuch über eine elektronische Gesundheitskarte verfügen.

Eine echte Erleichterung von unnötiger Bürokratie.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, das uneigennützig Engagement vieler Ärztinnen und Ärzte, diese Art von freiberuflicher Verantwortungsübernahme für Menschen in Not, ist sichtbarer Ausdruck einer Haltung, die unsere Gesellschaft in ihrem Innersten mit zusammenhält!

Die großen Krisen und Herausforderungen unserer Zeit zeigen deutlich, dass Gesundheitspolitik weit über die eigentlichen Regelungsinhalte der Sozialgesetzgebung hinausgehen muss.

Die Herausforderungen sind so komplex, dass wir nur im vernetzten Denken umfassend analysieren und darauf aufbauend tragfähige Konzepte entwickeln können.

Lassen Sie mich einige Herausforderungen benennen:

Wir leben in einer älter werdenden Gesellschaft, deren steigender und kostenintensiver medizinischer Versorgungsbedarf dauerhaft organisiert und auch finanziert werden muss.

Die zurückgehende Einbindung in Gemeinschaftsstrukturen, z. B. in Sportvereine und andere soziale Einrichtungen, aber auch die Erosion gängiger Familienstrukturen können gerade bei älteren Menschen zu krankmachender Vereinsamung führen, der wir entgegenwirken müssen.

Die Versorgung der zunehmenden Zahl Geflüchteter aus verschiedensten Krisengebieten dieser Welt mit ihren ganz speziellen, oft psychischen Belastungen muss stabil und pragmatisch organisiert werden.

Und die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels, insbesondere von Hitzewellen, auf ältere Bevölkerungsgruppen oder Menschen mit Vorerkrankungen erfordern entsprechende Aktionspläne, bauliche Veränderungen und Aufklärung.

Und nicht zuletzt dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen muss mit innovativen Ideen und Konzepten für die Nachwuchsförderung begegnet werden

Diese Aufgaben können wir nur mit einer gemeinsamen Kraftanstrengung aller Beteiligten bewältigen.

Neben der klassischen Gesundheitspolitik können und müssen sich viele weitere Politikbereiche im Sinne von Health in all Policies für die Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger einbringen, darunter z. B. die Stadtplanung, die Landwirtschaftspolitik, der Verbraucherschutz sowie die Arbeits- und Sozialpolitik.

Einen ganz wesentlichen Beitrag für die Gesunderhaltung der Bevölkerung kann und sollte auch die Bildungspolitik leisten.

Dies werden wir morgen in einem weiteren Schwerpunktthema dieses Ärztetages herausarbeiten.

Der Ansatz von Health in all Policies ist nicht neu.

Rudolf Virchow kannte zwar den Begriff von Health in all Policies noch nicht, aber sein ganzes Wirken war genau darauf ausgerichtet.

Es war übrigens ebenfalls im Jahr 1873, dem Gründungsjahr des Deutschen Ärztevereinsbunds, als auf Betreiben Rudolf Virchows in Berlin der Beschluss gefasst wurde, eine zeitgemäße Kanalisation zu bauen.

Diese Einrichtung sollte sich als eines der nachhaltigsten Vermächtnisse Virchows erweisen.

Eine saubere Stadt galt im Zeitalter der Hygiene als Grundvoraussetzung für ein gesundes Leben.

Heute müssen wir diesen Weg weiter gehen und uns weiteren Themen stellen, die in unserer Zeit für die Gesundheit der Bevölkerung relevant sind.

Sicher im Sinne von Rudolf Virchow zählen heute der gesundheitsbezogene Klima- und Hitzeschutz, der Einsatz für saubere Luft und gegen gesundheitsgefährdende Chemikalien in Alltagsprodukten zu den ärztlichen Aufgaben.

Die Bundesärztekammer hat sich in den letzten Jahren zu einem echten Taktgeber für den gesundheitlichen Klima-, Umwelt- und Verbraucherschutz entwickelt.

Und die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels sind im Übrigen keine Bedrohung in einer fernen Zukunft.

Der Klimawandel ist da – heute – auch in Deutschland.

Am eindrucklichsten sehen wir das an der Zunahme von Extremwetterereignissen wie Hitzewellen oder Dürreperioden.

Und natürlich muss auch das Gesundheitswesen selbst einen Beitrag zum Klimaschutz leisten.

Es ist verantwortlich für rund fünf Prozent der deutschlandweiten CO₂-Emissionen.

Wir alle müssen prüfen, wie und wo diese Emissionen in den Praxen und in den Kliniken vermeidbar sind.

Dafür gibt es Handlungsleitfäden, die eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer erarbeitet und veröffentlicht hat.

Es sind pragmatische Hinweise und Anregungen – vom Ersatz für klimafeindliche Narkosegase bis hin zur Verwendung wiederverwertbarer Produkte oder auch abbaubarer Einmalprodukte.

Unser ehrgeiziges gemeinsames Ziel ist ein klimaneutrales Gesundheitswesen bis zum Jahr 2030.

Wir arbeiten im Übrigen auch daran, bis dahin die Geschäftsstelle der Bundesärztekammer klimaneutral auszurichten.

Diese und viele weitere Aktivitäten, Forderungen und Lösungskonzepte hat die Bundesärztekammer in den letzten Jahren intensiv in Politik und Medien hineingetragen.

Und zwar nicht in irgendwelchen Sonntagsreden, sondern mit viel beachteten Kooperationen unter anderem mit The Lancet, mit dem Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung, mit der Charité, der Allianz für Klimawandel und Gesundheit sowie – Herr Minister Lauterbach – mit den Partnern im Klimapakt der Bundesregierung.

Sehr geehrter Herr Minister, wir sind zu vielen aktuellen Themen im persönlichen Austausch.

Auch die Zusammenarbeit zwischen der Bundesärztekammer und der Fachebene des Bundesgesundheitsministeriums ist in vielen Bereichen eng.

Und manches Mal konnten wir uns auch auf dem kurzen Dienstweg über wichtige Kurskorrekturen verständigen.

Zum Beispiel bei dem Neustart der digitalen Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte.

Sie haben in Abstimmung mit uns eine Kursänderung bei der Digitalisierung vorgenommen: weg von reinen Verwaltungsanwendungen, hin zu Anwendungen mit einem echten medizinischen Mehrwert.

Von einem Paradigmenwechsel möchte ich noch nicht sprechen, aber es ändert sich etwas.

Ärztinnen und Ärzte sind guten Willens und offen für digitale Anwendungen.

Viele Kolleginnen und Kollegen sind aber nach wie vor frustriert, weil die Technik nicht stabil funktioniert und die Medienbrüche noch zahlreich sind.

Die Folge sind unnötige Mehrarbeit und spürbar längere Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten

Es fehlt – wie so oft – der frühe Check auf Praxistauglichkeit.

Politik und Industrie sollte klar sein, dass Arztpraxen und Kliniken keine Versuchslabore für unausgereifte Technik sind.

Qualitätssicherung ist für Ärztinnen und Ärzte eine Selbstverständlichkeit.

Von der Industrie erwarten wir allerdings ebenso hohe Standards!

Für unzureichende technische Lösungen haben wir einfach keine Zeit!

Am Anfang aller Überlegungen digitaler Prozesse muss immer die Frage stehen: Was brauchen wir für die Patientenversorgung?

Wo sind die Versorgungsdefizite, bei denen digitale Anwendungen die Versorgung tatsächlich unterstützen und verbessern können?

Diese Fragen, Herr Minister, hätten Sie uns bei der Konzeption Ihrer vor wenigen Wochen vorgestellten Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen durchaus stellen können.

So ist für uns Ärztinnen und Ärzte vor allem die geplante Opt-out-Regelung für die elektronische Patientenakte relevant.

Der Deutsche Ärztetag hatte sich bereits im letzten Jahr für eine Opt-out-Regelung für die ePA ausgesprochen.

Dabei möchte ich noch einmal betonen: Vertrauen ist für eine intakte Arzt-Patienten-Beziehung essenziell.

Wir brauchen deshalb durchdachte Konzepte und Regelungen für die inhaltliche Befüllung der ePA, für die Zugriffssteuerung durch Patientinnen und Patienten und für die Freigabe der Daten der ePA für Forschungszwecke.

Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten auf einen verantwortungsvollen Umgang mit ihren Daten setzt Transparenz sowie praktikable und einfache Möglichkeiten zum Widerspruch, z. B. gegen die Nutzung der Daten durch bestimmte Gruppen oder zu bestimmten Forschungsvorhaben voraus.

Das, Herr Minister, muss sichergestellt sein.

Und darauf werden wir bei den zwei angekündigten Gesetzgebungsvorhaben – dem Digitalgesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz – sehr genau achten.

Und meine Damen und Herren, dass das Bundesgesundheitsministerium nun in diesem Zusammenhang gerade diejenigen Akteure aus der gematik drängen will, die tagtäglich mit den digitalen Anwendungen arbeiten müssen, ist für mich und alle weiteren gematik-Gesellschafter absolut unverständlich.

Aber das passt leider ins Bild dieser Bundesregierung.

Punktuelle politische Partizipation ja, aber im großen Ganzen wird doch der Einbezug derer, die in der Gesundheitsversorgung Verantwortung tragen, als unnötig oder gar störend empfunden.

Beispiel Krankenhausreform: Wir fordern seit langem, dass die Bundesregierung die Krankenhausplanung und insbesondere auch die Krankenhausvergütung neu aufstellt.

Die Fallpauschalen heutiger Prägung führen zu ökonomischen Fehlanreizen und extremer Arbeitsverdichtung auf den Stationen.

Das kann so nicht bleiben!

Aber wenn diese Reform auch nur im Ansatz erfolgreich sein soll, müssen die in der Versorgung praktisch Tätigen von Beginn an mit einbezogen werden.

Einige Bundesländer sind dabei bereits wesentlich weiter. Die Bayerische Staatsregierung hat ein Beratungsgremium zur Krankenhausreform mit Praktikern vor Ort eingerichtet.

Mit dabei sind neben Vertretern der Krankenhäuser auch die Landesärztekammer, die niedergelassene Ärzteschaft und die Kommunalen Spitzenverbände.

In Nordrhein–Westfalen, Herr Minister Laumann, wurde die Selbstverwaltung bei den bereits eingeleiteten Reformen im Bereich der Krankenhausplanung frühzeitig und intensiv einbezogen.

Aus meiner Sicht könnte sich der Bund inhaltlich-fachlich wie auch prozedural ein Vorbild an Nordrhein-Westfalen nehmen.

Die Hoffnung stirbt bekanntlich zuletzt, dennoch werden wir als Bundesärztekammer lieber selbst tätig, anstatt darauf zu warten, gefragt zu werden.

Konkret heißt das: Wir warten nicht, bis uns die Regierungskommission oder die Politik um eine Stellungnahme bittet.

Wir laden Vertreter der Kommission, Bundes- und Landespolitiker zum Dialog und Veranstaltungen.

Wir entwickeln unter anderem in Werkstattgesprächen unsere Positionen, die wir dann weiter in die Politik tragen.

So haben wir es bei den Beratungen zur Reform der Akut- und Notfallversorgung gehalten, bei unseren Positionierungen zu investorengestützten Medizinischen Versorgungszentren und auch bei der Debatte um die Krankenhausreform.

Natürlich ist der Einbezug der Selbstverwaltung für die Politik manchmal unbequem.

Aber er ist notwendig, weil weder ein Ministerium allein noch eine von der Regierung eingesetzte Kommission alle möglichen Auswirkungen einer Reform antizipieren kann.

Ich will Ihnen gar nicht unterstellen, Herr Lauterbach, dass Ihnen die Folgen der von Ihnen mit der Krankenhausreform geplanten Versorgungsstufen auf die ärztliche Weiterbildung egal sind.

Aber Sie müssen sich der Tatsache stellen, dass die geplante neue, feingliedrigere Planungssystematik mit Leistungsgruppen dazu führen wird, dass manche Weiterbildungsstätten nicht mehr die volle Weiterbildungszeit anbieten können.

Deswegen müssen die Leistungsgruppen medizinisch sinnvoll zugeschnitten und an der Systematik der ärztlichen Weiterbildungsordnung ausgerichtet werden. Wir werden künftig in viel größerem Umfang Kooperationen zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen und Weiterbildungsverbände benötigen, die auch den ambulanten Sektor einbeziehen. Die Anerkennung der Weiterbildung im Rahmen dieser Verbände ist Sache der Landesärztekammern. So geben es die Landesgesetze richtigerweise vor. Und das ist natürlich ein weiterer Grund für die frühzeitige Einbeziehung der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern in diesen Reformprozess. Aber auch der Staat hat hier eine wichtige Rolle: Er muss die Beteiligung der Kliniken an der klinik- und sektorenübergreifenden Weiterbildung im Rahmen der Krankenhausplanung verbindlich vorgeben.

Bleibt dies außer Acht, droht die Reform die ohnehin bestehenden Nachwuchsprobleme im ärztlichen Bereich weiter zu verschärfen.

Und was die Planungskompetenzen der Länder angeht, kann ich nur sagen, es ist gut, dass der Bund angekündigt hat, seinen Konfrontationskurs zu beenden.

Ich glaube, dass die Reformpläne des Bundes und die weit fortgeschrittenen Reformen der Krankenhausplanung in NRW mit etwas gutem Willen kompatibel sind.

Und, sehr geehrter Herr Minister, es fehlt bei dieser Reform-Diskussion noch ein weiterer ganz erheblicher Aspekt;

Die Auswirkungen der Reform müssen auch auf den vertragsärztlichen Bereich unter Einbindung der Akteure aus der Versorgung mitgedacht werden.

Und hier, Herr Minister, besteht zumindest ein erster Anfangsverdacht, dass das Methode hat, dass dies nicht geschieht.

Denn ich hatte auf diesen Umstand im letzten Sommer, als ich der Reform-Kommission als Einzelsachverständiger zur Verfügung stand, ausdrücklich hingewiesen.

Denn das letzte, was wir brauchen, meine Damen und Herren, ist ein Verdrängungswettbewerb zwischen den Sektoren.

Darauf werden wir bei der weiteren Ausgestaltung der Reform sehr genau achten.

Grundsätzlich habe ich den Eindruck, dass die Ampel wenig Interesse an der Sicherung und Förderung der wirtschaftlich selbstständigen vertragsärztlichen Praxis hat.

Hier scheint aus dem Blick geraten zu sein, dass die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen und ihre Teams einen ganz wesentlichen Teil der Patientenversorgung in Deutschland sicherstellen.

Und wenn dann die Politik den ambulanten Sektor in den Blick nimmt, dann um zu kürzen und zu streichen.

Der Wegfall der Neupatientenregelung war versorgungspolitisch völlig unsinnig und eine Verunsicherung derer, die mit dem Gedanken spielten, sich selbstständig zu machen.

Vor allem aber ist er ein Affront gegenüber den Kolleginnen und Kollegen, die in der Pandemie wirklich Herausragendes geleistet haben.

Sie sind bei der Versorgung der Corona-Patienten und auch bei der nationalen Impfkampagne tagtäglich an ihre Belastungsgrenze gegangen.

Anstatt diesen Einsatz zu würdigen, zum Beispiel durch einen Bonus für Medizinische Fachangestellte, wie ihn auch Pflegekräfte erhalten haben, wird der Rotstift angesetzt.

Und während man es den Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung immer schwerer macht, plant man den Aufbau von teuren Parallelstrukturen – seien es nun Kioske, Lotsen oder Nurses, die nur neue Schnittstellen und Abstimmungsprobleme verursachen werden.

Herr Minister, stellen Sie die Weichen neu. Stärken Sie die Praxen. Erleichtern Sie es den Praxen, mit qualifizierten Mitarbeitern aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen eine koordinierte Versorgung zu leisten.

Und machen Sie endlich Schluss mit der Budgetierung – nicht nur für einzelne Arztgruppen, sondern für alle!

Natürlich müssen die Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung konsolidiert werden, das steht außer Frage, aber nicht zu Lasten der niedergelassenen Haus- und Fachärzte und ihrer Mitarbeiter.

Hier schnell einige kurze Vorschläge, wie man es besser machen kann:

Anhebung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds zur vollständigen Refinanzierung aller versicherungsfremden Leistungen in der GKV.

Regelmäßige Dynamisierung des Bundeszuschusses.

Ausfinanzierung der Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld aus Steuermitteln.

Verwendung von Teilen der Genusststeuer, z. B. auf Tabak und Alkohol, als zweckgebundene Gesundheitsabgabe für die GKV.

Und die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 % auf 7 %.

Das wäre das Gegenteil von Flickschusterei, das wären wirklich nachhaltige Maßnahmen zur Konsolidierung unserer Krankenkassen!

Ich würde Sie zu Herrn Lindner begleiten!

Herr Minister Lauterbach, Sie legen großen Wert darauf, dass wir Sie nicht nur als Minister, sondern auch als ärztlichen Kollegen wahrnehmen.

Deshalb appelliere ich hier und heute an den Arzt Professor Lauterbach, Ihren Kolleginnen und Kollegen endlich zu Rechtssicherheit in der privatärztlichen Abrechnung zu verhelfen.

Beenden Sie die unwürdige Blockadehaltung in Sachen GOÄ und bringen Sie endlich diese Reform auf den Weg!

Ich weiß, was Sie dem entgegen werden: BÄK und PKV sollen sich erst einmal einigen und dann werden Sie den Vorschlag ergebnisoffen prüfen.

Im Fußball nennt man so etwas Zeitspiel, Herr Minister!

Die GOÄ ist eine staatliche Verordnung.

Es steht nicht im Belieben des Ministers, die Reform aus ideologischen Gründen zu verweigern.

Als Verordnungsgeber ist es Ihre Pflicht, auch gegenüber Patientinnen und Patienten und der Ärzteschaft sowie der Kostenträger, eine transparente und rechtssichere Abrechnung privatärztlicher Leistungen auf Grundlage einer stets aktuellen Gebührenordnung sicherzustellen.

Die Ärzteschaft hat geliefert und Ihnen eine komplett fertige GOÄ mit arztseitig betriebswirtschaftlich konsentierten Preisen übergeben.

Die Preisverhandlungen mit der PKV laufen weiter.

Das aber ist kein Grund, die Novelle jetzt nicht sofort einzuleiten.

Die für eine Reform notwendigen Vorarbeiten haben wir zusammen mit PKV und Beihilfe für den Verordnungsgeber erledigt.

Dieses Konzept kann sofort als Grundlage für eine Reform genutzt werden.

Bis es soweit ist, haben wir zur Sicherung gerade von zuwendungsintensiven Gesprächs- und Untersuchungsleistungen allen Ärztinnen und Ärzten Hinweise zu rechtskonformen Möglichkeiten von höheren Steigerungsfaktoren und individuellen Honorarvereinbarungen zur Verfügung gestellt.

Nur auf diese Weise lassen sich die gravierenden Unterbewertungen gerade in diesen zuwendungsintensiven Bereichen zumindest teilweise ausgleichen.

Die Ärztinnen und Ärzte werden ihre Patientinnen und Patienten über diese Maßnahmen informieren und klarstellen, dass es in der Hand des Bundesgesundheitsministers liegt, diese belastende Notlösung schnellstmöglich unnötig zu machen.

Die Geduld der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist zu Ende!

Manche von ihnen sehen nur noch den Weg, die lange überfällige Novelle der GOÄ vor dem Verwaltungsgericht durchzusetzen.

Große ärztliche Verbände unterstützen dieses Vorgehen engagiert.

Die Bundesärztekammer kann als Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Landesärztekammern hier nicht selbst klagen.

Aber natürlich stehen wir mit den klagenden Ärztinnen und Ärzten und den Verbänden im engen Austausch.

Ich glaube, ich spreche im Namen aller Ärztinnen und Ärzte, wenn ich diesen Kolleginnen und Kollegen zurufe: You'll Never Walk alone!

Die Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag stehen voll hinter Ihnen!

Meine Damen und Herren,

so wie wir bei der GOÄ in Vorleistung gegangen sind, so haben wir auch die Debatte über den Umgang mit investorengestützten Medizinischen Versorgungszentren vorangetrieben.

Ich erinnere mich noch gut an den Deutschen Ärztetag im Jahr 2017 in Freiburg, als wir uns in einem Antrag mit dem damals schon erkennbaren Einfluss fachfremder Finanzinvestoren auf die ambulante Versorgung beschäftigt haben.

Damals standen wir noch am Anfang dieser Entwicklung.

Wir haben dann in der Bundesärztekammer eine hochkarätig besetzte Arbeitsgruppe zu diesem Thema gebildet und Bundestagsabgeordnete, Gesundheitspolitiker der Länder und ausgewiesene Experten zur Diskussion geladen.

Im Januar dieses Jahres haben wir dann konkrete Gesetzesvorschläge zur Regulierung von iMVZ vorgelegt und im parlamentarischen Raum diskutiert.

Aus der Politik kam eine durchweg positive Resonanz, von den Betreibern großer investorenbetriebener MVZ erwartungsgemäß scharfe Kritik.

Wir werten das als Bestätigung der Wirksamkeit unserer Vorschläge.

Medizinische Versorgungszentren, meine Damen und Herren, sind grundsätzlich eine sehr sinnvolle Ergänzung der ambulanten Versorgungsstrukturen.

Und deshalb ist es uns so wichtig, Medizinische Versorgungszentren als sinnvolle Versorgungsoption vor einer investorengesteuerten Kommerzialisierung zu bewahren.

Insbesondere muss die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen abgesichert werden.

Eine Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer zuwendungsorientierten Versorgung auswirken würde, muss verhindert werden.

Und natürlich müssen die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte geschützt werden.

Ich freue mich sehr, dass die Gesundheitsministerkonferenz unsere Forderungen aufgegriffen hat und den Freistaat Bayern sowie die Länder Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz mit der Ausarbeitung eines entsprechenden Bundesratsantrages beauftragt hat.

Dieser Antrag wurde am vergangenen Freitag in den Bundesrat eingebracht und ich kann Ihnen sagen, er geht genau in die richtige Richtung.

Nun warten wir alle auf die vom Bund angekündigte gesetzliche Regelung, die mit dem Versorgungsgesetz II kommen soll.

Aus unserer Sicht spricht übrigens nichts dagegen, die Regulierung der iMVZ noch vor der Sommerpause bereits im Versorgungsgesetz I anzugehen.

Die nötigen Vorarbeiten für eine schnelle Umsetzung hat die Bundesärztekammer ja bereits erledigt.

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach, lieber Kollege, wir tauschen uns zu sehr unterschiedlichen Themen bei Bedarf immer auch kurzfristig persönlich aus.

Natürlich ist die Bundesärztekammer, genauso wie die anderen Organisationen und Verbände aus dem Gesundheitswesen, formal in die parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren eingebunden.

Nur um Ihnen einen Eindruck zu vermitteln: Allein in den letzten vier Jahren hat die Bundesärztekammer 264 Stellungnahmen und 19 umfangreiche Positionspapiere erstellt und in die Politik eingebracht.

Was aber fehlt – und jetzt komme ich auf das zu Beginn erwähnte Zitat unseres Alt-Kanzlers zurück – der strukturierte Austausch und die Debatte zwischen Regierung, Parlament und Zivilgesellschaft zu wichtigen politischen Vorhaben.

Ich muss das hier in aller Deutlichkeit sagen: Die nach wie vor engen Fristsetzungen für Stellungnahmen der Organisationen aus dem Gesundheitswesen können und werden wir nicht weiter hinnehmen!

Wie absurd diese Verfahren vermeintlicher Beteiligung laufen, darf ich Ihnen, Herr Minister Lauterbach, noch einmal anhand einige Beispiele vor Augen führen:

- Die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Ausgleich für Steigerungen der Kosten für den Bezug von Erdgas und Strom: Eingang des Entwurfs: 21.11.2022, 11.00 Uhr, Stellungnahmefrist: 21.11.2022, 19.00 Uhr
- Die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus: Eingang des Entwurfs: 24.06.2022, 13.45 Uhr, Stellungnahmefrist: 24.06.2022, 18.00 Uhr
- Der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes: Eingang des Entwurfs: 09.03.2023, 01.08 Uhr (!), Stellungnahmefrist: 09.03.2023, 10.00 Uhr

Ich könnte Ihnen zig weitere dieser Beispiele nennen.

Meine Damen und Herren, es handelt sich hier um umfangreiche und komplexe Gesetzentwürfe und Verordnungen, die zu prüfen und zu bewerten mindestens Tage, wenn nicht Wochen in Anspruch nehmen würde.

Bis vor wenigen Jahren hatte man den am Stimmnahmeverfahren beteiligten Organisationen diese Zeit auch zugebilligt.

Mit Corona hat sich das geändert.

Und ich habe durchaus ein gewisses Maß an Verständnis, dass gerade zu Beginn der Pandemie Entscheidungen sehr schnell getroffen werden mussten.

Die Bundestagspräsidentin Bärbel Bas weist aber zurecht darauf hin, dass diese Notlösung mittlerweile zum Normalfall geworden ist, von der neben uns natürlich auch die Abgeordneten des Bundestages selbst betroffen sind.

Auch sie haben kaum Zeit, die vielen umfangreichen Gesetzentwürfe und komplexen Änderungsanträge, die fünf vor zwölf bei ihnen eingehen, zu lesen und zu durchdringen.

Ich halte eine solche pro forma Beteiligung des Parlaments und der organisierten Zivilgesellschaft unter dem Gesichtspunkt der Akzeptanz politischer Entscheidungen für demokratiegefährdend.

Für mich ist das eine nicht mehr länger hinnehmbare Dehnung unseres Rechtsstaates.

Denn Expertenanhörungen und Stellungnahmeverfahren sind aus gutem Grund feste Bestandteile von Verordnungs- und Gesetzgebungsprozessen.

Nur wir können den Praxischeck machen, ohne den jede Reform zu Verwerfungen in der Versorgung führt oder ins Leere läuft.

Herr Minister, Sie stellen fest, Sie wüssten im Vorhinein, was Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pflegerat und viele weitere Organisationen zu Ihren Reformplänen sagen würden – und deshalb beteiligen Sie uns erst gar nicht an Ihren Reformkommissionen.

Mit Verlaub, das ist billig, aber nicht Recht!

Wir sind keine Lobbyorganisationen!

Ärztekammern sind als Körperschaften öffentlichen Rechts für die Einhaltung des Berufsrechts zuständig und übernehmen wichtige Aufgaben im staatlichen Auftrag.

Als ärztliche Selbstverwaltung ist uns der Gemeinwohlbezug immanent.

Nachhaltig gut für die Patientenversorgung können Reformen nur sein, wenn wir, die Ärztinnen und Ärzte, zuvor den Praxischeck durchgeführt haben.

Partizipation vor Planung sollte deshalb am Anfang einer jeden Reformidee stehen.

Herr Minister, Sie haben zweifellos eine Vision von der Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens.

Altkanzler Helmut Schmidt hat dazu einmal gesagt: Wer Visionen hat, sollte zum Arzt gehen.

In diesem Sinne, heiße ich Sie herzlich willkommen auf dem Deutschen Ärztetag.