

Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages,
Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zur

Eröffnung des 114. Deutschen Ärztetages im Kieler Schloss

Sperrfrist: Beginn der Rede

Es gilt das geschriebene und gesprochene Wort

Ansprache

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Auch wenn die Stimme etwas brüchig klingt, meine Damen und Herren, es sind nur die Stimmbänder. Meine Stimmung ist gut, und glauben Sie mir, auch und gerade nach zwölf Jahren Präsidentschaft der Bundesärztekammer bin ich zuversichtlich.

Ich habe gelernt, dass man sehr beharrlich die großen Probleme angehen muss. Umso mehr wertschätze ich die Erfolge. Über einen Erfolg bin ich auf diesem, meinem letzten Ärztetag als Präsident der Bundesärztekammer, besonders froh, die neue Dialogkultur mit dem Bundesministerium für Gesundheit, die Offenheit, mit der wir jetzt endlich über die Probleme reden können. Meine Damen und Herren, das war nicht immer so. Jahrelang haben wir unter dem Vorwurf der Über-, Unter- und Fehlversorgung gelitten. Immer wieder wurde Programmmedizin als Lösung proklamiert. Es wurde budgetiert, durchökonomisiert und administriert, weit über die Schmerzgrenzen auch von uns Ärzten hinaus. Es gab per Regierungsdekret keinen Ärztemangel, keine Überstunden und keine Ressourcenbegrenzung. Der freiberufliche Arzt war erklärtes Feindbild staatsmedizinischer Doktrin. Wir sollten nur noch als Ärzte der Krankenkassen arbeiten dürfen. Stellen Sie sich das mal vor - Kassenarzt der City-BKK.

Aber wir haben uns gewehrt. Zehntausende von Ärztinnen und Ärzte haben demonstriert, protestiert und gestreikt – von den Niedergelassenen bis hin zu den Krankenhausärzten. Das hatte die Republik bis dahin nicht erlebt. Die Menschen fingen an zu fragen, was passiert war, dass ihre Ärzte auf die Straße gehen. Das gesundheitspolitische Versprechen, jeder bekommt zu jeder Zeit alles, verlor genauso an Glaubwürdigkeit wie seinerzeit das Versprechen, die Rente ist sicher. Langsam aber stetig wurden die politischen Versprechungen und Leerformeln hinterfragt. Und es gab auch kein zurück mehr. Die unsäglichen Arbeitszeiten in den Kliniken wurden nun genauso thematisiert wie der Bürokratiewahn in den Praxen. Aber auch etwas anderes, ganz wesentliches, vollzog sich mit dieser Zeitenwende. Wir Ärzte waren aufgestanden und hatten der Politik die gelbe Karte gezeigt: „Ein weiter so, nicht mit uns!“ Mit dieser ärztlichen Solidarität über alle Sektorengrenzen hinweg haben wir uns gesellschaftspolitisch neu positioniert. Wir haben den Sprung vom Einzelkämpfer zum Teamplayer geschafft. Liebe Kolleginnen und Kollegen, bei allem, was uns jetzt noch bevorsteht, sollten wir diese Erfahrung nicht vergessen: Nur wenn wir einig sind, erstreiten wir uns das Recht auf Freiheit und damit Freiberuflichkeit für unsere Patientenbetreuung.

Wir haben einiges, aber bei weitem noch nicht alles erreicht. Die Arbeitsbedingungen haben sich verbessert, aber nicht so, dass alle jungen Kolleginnen und Kollegen eine Perspektive in der kurativen Medizin sehen. Zu oft noch sind Familie und Beruf nicht miteinander vereinbar. Und immer noch treibt der Bürokratiewahn selbst hartgesottene Ärzte frühzeitig aus der Niederlassung. Während selbsternannte Ärztekritiker über zu hohe Arzteinkommen schwadronieren, gehen dem Gesundheitswesen die Ärzte aus. Und da hilft es auch nichts, wenn die Vertreter der Kostenträger immer wieder auf die absolute Zahl der Ärztinnen und Ärzte hinweisen. Fakt ist, die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Arztstunden sinkt. Fakt ist, die Deutsche Krankenhausgesellschaft verzeichnet 5500 offene Stellen und Fakt ist auch, dass bis 2020 mehr als 50.000 Ärztinnen und Ärzten ersetzt werden müssen ohne dass ausreichend Nachwuchs in Sicht ist. Es geht um nicht weniger als die Zukunftssicherung moderner medizinischer Versorgung in einer alternden Gesellschaft. Und deshalb muss das Motto lauten: „Die Wahrheit, und zwar die ganze Wahrheit“ und nicht wie in einer gesundheitspolitischen Castingshow, „Lügen aber richtig.“

Wo wir schon bei unbequemen Themen sind, meine sehr verehrten Damen und Herren, aber auch liebe Kolleginnen und Kollegen, kommen wir noch einmal zum Thema Prioritätensetzung. Ich darf vorweg noch einmal eine Kennziffer in Erinnerung rufen. Wir geben in Deutschland für die gesetzliche Krankenversicherung - also ohne PKV und Reha - nur sechs Prozent unseres Bruttoinlandsproduktes aus. Wir liegen damit weit hinter den Niederlanden, Frankreich oder Skandinavien. Für meine Forderung, Priorisierung vor dem Hintergrund der Ressourcenbegrenzung und steigender Behandlungsbedürftigkeit der Menschen offen zu diskutieren, bin ich hart geprügelt worden – nicht nur von meinen Feinden. Viele haben mir dringend geraten, dass Thema fallen zu lassen, zu heiß, zu viel Dissonanz. Aber meine lieben Kolleginnen und Kollegen, auch eine schwierige Symphonie will bis zum Ende gespielt werden. Und dafür ist doch der Dirigent da, oder? Ich bleibe also dabei, und wiederhole hier und jetzt noch einmal: Bei begrenzten Ressourcen und steigender Morbidität ist die Diskussion um Priorisierung als Instrument der transparenten Verteilungsgerechtigkeit unabdingbar. Übrigens haben die Schweden, die neun Prozent des BIPs für die Gesundheitsversorgung ausgeben, sich schon für die Priorisierung entschieden. Ich bin zuversichtlich, dass diese, in Deutschland schon seit Jahren auf wissenschaftlicher Ebene geführte Diskussion auch auf der politischen Ebene Platz greifen wird. Erst vor zwei Wochen hat die Partei „Bündnis90/Die Grünen“ auf einem Grünen-Ärztetag genau dieses Thema ebenso sachlich wie eingehend mit Ärzten diskutiert. Meine Damen und Herren, ist da etwa Grün die Farbe der Hoffnung?

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

Und eine weitere ganz wesentliche Sache fehlt noch: Es kann keine wirkliche Modernisierung der Bedarfsplanung geben, wenn die Landesärztekammern bei den sektorübergreifenden Koordinierungsstellen nicht beteiligt werden. Nur die Ärztekammern bringen die notwendige sektorübergreifende Perspektive zur Bedarfsplanung ein. Nur sie verfügen über die übergeordnete Definitionskompetenz zu ärztlichen Weiterbildungsinhalten und nur sie verfügen über die Kompetenzen der Qualitätssicherung, mit denen das Versorgungsangebot maßgeblich gesteuert werden kann. Nur die Ärztekammern also können das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung bilden. Deshalb gilt hier in der Tat: Ohne Ärztekammer ist alles nichts.

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

Sie haben Zweifel an dieser Aussage, dann fragen sie die Vertreter der PKV. Nach eigenem Bekunden befinden sich die PKV-Unternehmen auf einem stabilen Wachstumskurs. Und das meine Damen und Herren, obwohl die PKV allein für Maklerprovisionen über 50 Prozent (2,6 Milliarden Euro) dessen ausgibt, was sie für die ärztlichen Leistungen (5 Milliarden Euro) insgesamt aufwenden. Der Wildwuchs und die Gier in dieser Branche sind mittlerweile so groß, dass die Unternehmen selbst das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde um Hilfe gebeten haben. Gleichwohl besitzen dieselben Leute die Unverfrorenheit, uns Ärzte täglich mit infamen Unterstellungen über Mehrausgaben an den Pranger zu stellen. Damit muss Schluss sein. Wir müssen endlich klar machen, dass die PKV die Ärzte mehr braucht, als die Ärzte die PKV.

Was wir daher dringend brauchen, ist endlich die lange angekündigte Reform der amtlichen Gebührenordnung. Zu lange schon müssen wir auf der Grundlage einer völlig überalterten Gebührenordnung arbeiten. Zu lange schon bietet die GOÄ keine wirkliche Rechtssicherheit mehr und zu lange schon werden wir wegen der notwendigen Interpretationen und Analogbestimmungen in eine kriminelle Ecke gestellt. Aufgabe der GOÄ aber ist es, die Möglichkeiten moderner Medizin in einer amtlichen Referenzordnung abzubilden und damit den Patienten vor überhöhten Honoraranforderungen und zugleich den Arzt vor Dumpingpreisen zu schützen. Die Bundesärztekammer – und hier möchte ich mich noch einmal ausdrücklich bei der stellvertretenden Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, Fr. Dr. Klakow-Franck, bedanken – hat nach jahrelanger Vorarbeit einen betriebswirtschaftlich sauber durchkalkulierten Vorschlag gemacht. Es ist dies eine komplette Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums mit über 4000 Positionen sowie ein methodisch ausdifferenziertes und empirisch abgestütztes Bewertungskonzept. Das ist und das kann nur der Maßstab für den Novellierungsprozess der GOÄ sein. Und deshalb sind wir nur dankbar, dass Gesundheitsminister a.D. Philipp Rösler nach einer gemeinsam Sitzung mit der Bundesärztekammer im August 2010 erklärt hat, dass der Vorschlag der Bundesärztekammer Grundlage der GOÄ-Novellierung bilden soll. Jetzt erwarten wir allerdings auch Taten. Was wir nicht hinnehmen können, ist die Verschiebung über die Legislaturperiode hinaus auf den Sankt Nimmerleinstag. Sehr geehrter Herr Bundesminister Bahr, wir brauchen die Reform der Gebührenordnung jetzt, in dieser Legislaturperiode, auf der Basis des von der BÄK vorgelegten Vorschlags und ohne Öffnungsklausel.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, so fordernd wir an die Politik herantreten, so müssen wir uns auch den eigenen Herausforderungen stellen. Und da nenne ich ganz bewusst nach dem Thema GOÄ das Thema IGeL, individuelle Gesundheitsleistungen. Denn auch hier geht

es um den Anspruch, die Möglichkeiten der modernen Medizin medizinisch sinnvoll und nach dem individuellen Bedarf des Patienten einzusetzen. Ich weiß um die Not einiger Kollegen bei den sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen, weil es nicht immer so einfach ist, eine genaue Grenze zu ziehen, zwischen dem, was medizinisch notwendig ist, und dem, was von den Patienten als Wunschleistung gefordert und auch noch ärztlich empfehlenswert und vertretbar ist. Was bei aller Schwierigkeit, der Differenzierung aber auf gar keinen Fall passieren darf, werte Kolleginnen und Kollegen, ist, dass der Eindruck entsteht, bei IGeL-Leistungen gehe es nur um zusätzliche Einnahmen. Und deshalb kann und darf es nicht sein, dass Patienten solche Leistungen mit Nachdruck angeboten werden. Wir sind keine Kaufleute und die Patienten keine Kunden. Patienten müssen bedingungslos auf ärztliche Professionalität und Fürsorge vertrauen können. Das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis prägt immer auch das Vertrauen in den ganzen Berufsstand. Und deshalb müssen wir merkantilen Irritationen in der Arztpraxis mit allem Nachdruck begegnen. Und ich fordere alle meine Kollegen in den Ärztekammern auf, dies auf der Grundlage der 2006 vom Deutschen Ärztetag verabschiedeten Regeln für das Erbringen von individuellen Gesundheitsleistungen mit aller Konsequenz zu verfolgen. Die Einhaltung dieser zehn Punkte – und das gebe ich Ihnen als kleines Vermächtnis mit – wird maßgeblich das Vertrauen der Patienten in uns Ärzte bestimmen. Also: Ziehen Sie den IgeL die Stacheln.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, „Tempora mutantur et nos mutamur in illis.“ Das gilt auch für uns Ärzte. Und dennoch und gerade deshalb müssen wir dafür kämpfen, dass der ärztliche Ethos als unverbrüchlicher ethischer Wert unseres Berufsstandes sich wider dem Zeitgeist behauptet. Wie schwierig das selbst unter Kollegen ist, haben wir alle bei der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid gesehen. Umfragen, nicht zuletzt eine von der Bundesärztekammer initiierte, haben gezeigt, dass eine erhebliche Anzahl von Ärzten sich zwar nicht von dem ärztlichen Imperativ, wohl aber von der Nomenklatur als solche entfernt haben. Wir haben uns deshalb im Ausschuss für medizin-juristische ethische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer redlich bemüht, zu den notwendigen inhaltlichen Anpassungen der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung auf Grund der aktuelle Rechtsprechung auch eine Formulierung zu finden, die es allen Ärzten ermöglicht, dem ärztlich ethischen Imperativ zu folgen. Es gab Irritationen, und zwar ganz erhebliche. Manch einer meinte sogar, wir würden uns von den ärztlichen Grundwerten entfernen. Das Gegenteil aber ist der Fall. Wir haben zwar sprachlich modernisiert, aber die ethischen Grundwerte erhalten. Und deshalb betone ich noch einmal aus den Grundsätzen: Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Die Grundaussage zur ärztlichen Aufgabe, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode beistand zu leisten, bleibt ebenso

ungeschmälert erhalten, wie die eindeutige Abgrenzung der ärztlichen Aufgaben bei der Sterbebegleitung von der Tötung auf Verlangen und von der Beihilfe zum Suizid. Ein Positionswandel der deutschen Ärzteschaft oder gar eine Revolution des ärztlichen Selbstverständnisses sind damit nicht verbunden – auch wenn manche derartiges erhofft oder befürchtet haben.

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

Eine ebenso intensive Diskussion haben wir über den Anfang des Lebens geführt, insbesondere über die sogenannte Präimplantationsdiagnostik. Ich habe immer wieder gesagt, dass es mir am liebsten wäre, es gebe weder die Pränataldiagnostik, noch die PID. Aber das eine bedingt das andere. Und so hat dann folgerichtig der Bundesgerichtshof die unlogische Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der PND und denen der PID aufgehoben – auch wenn er die geschlechtsspezifische Auswahl wie auch die unbegrenzte Selektion von Embryonen strikt untersagt hat. Der BGH hat zwar damit klargestellt, dass mittels PID keine Designer-Babys gezeugt werden dürfen, aber die PID wird nun rechtlich zulässig in Deutschland. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, das Embryonenschutzgesetz entsprechend nachzubessern, tut sich aber schwer. In intensiven Diskussionen, jenseits von Fraktionszwang, müht sich der Gesetzgeber um eine Lösung. Auch die Bundesärztekammer hat sich intensiv mit der bevorstehenden Gesetzesentscheidung befasst. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Vorstand und Wissenschaftlichem Beirat der Bundesärztekammer hat in einem Memorandum Vorschläge zur Ausgestaltung einer möglichen gesetzlichen Regelung erarbeitet. Das Papier wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Februar-Sitzung verabschiedet.

Im Kern zeigt das Memorandum medizinische, ethische sowie rechtliche Argumente für eine begrenzte Zulassung der PID auf. Demnach sollte es Ziel des Indikationsmodells sein, Paaren mit hohem genetischem Risiko zu einer Schwangerschaft mit einem von dieser genetischen Erkrankung unbelasteten Embryo zu verhelfen. Die ethische Abwägung spricht für eine Zulassung der PID in bestimmten Grenzen und unter kontrollierten Voraussetzungen. Wir wollen mit diesem Papier der gesetzlichen Regelung nicht vorgreifen,

aber wir wollen Verantwortung übernehmen. Denn nur wer Verantwortung übernimmt, liebe Kolleginnen und Kollegen, hat auch die Freiheit zu gestalten.

Unsere Aufgabe ist es zu heilen und Schmerzen zu lindern. Wir sind Ärzte und Freiberufler, Anwälte unserer Patienten. Daraus erwächst das Recht, aber auch die Pflicht, die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung so zu gestalten, dass wir auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen können, dass Ärzte ihren Beruf als Berufung sehen, kurz: das wir Therapiefreiheit und Freiberuflichkeit des Arztes bewahren. Diese Aufgabe können wir nur organisiert stemmen. Würde es die Bundesärztekammer nicht geben, man müsste sie erfinden. Aber Selbstverwaltung will gelebt sein. Wir brauchen die Akzeptanz und das Engagement unserer Kolleginnen und Kollegen. Und deshalb ist so wichtig, wenn wir zukunftsfähig bleiben wollen, dass wir als gewählte Repräsentanten nicht nur sagen wo es lang gehen soll, sondern gerade bei den jungen Ärztinnen und Ärzten fragen, wo sie denn eigentlich hin wollen und was ihre persönlichen und beruflichen Perspektiven sind. Wir brauchen eine viel stärkere Integration, gerade dieser Generation. Wir müssen sie mehr interessieren, mehr motivieren, nur dann auch werden sie sich engagieren. Auch für uns gilt, die Jugend ist unsere Zukunft.

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

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

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