

Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer

und des Deutschen Ärztetages,

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, zur

Eröffnung des 120. Deutschen Ärztetages

im Konzerthaus Freiburg

Sperrfrist: Beginn der Rede

Es gilt das gesprochene Wort

Gerechtigkeit und Verantwortung

Anrede,

Ein Grundpfeiler unseres Staatswesens ist das Sozialstaatsprinzip. Dieses hat die soziale Gerechtigkeit und Sicherheit der Bürger zum Ziel. Oder, wie Roman Herzog, der im Januar dieses Jahres verstorbene ehemalige Bundespräsident, einmal formulierte: *„Zum heutigen Staatsbegriff gehört es auch, dass die notwendige Solidarität mit den Schwächeren sichergestellt ist. Solidarität bedeutet, dass der Staat die menschenwürdige Existenz aller Bürger sichert und dass er niemanden zugrunde gehen lässt.“*

Daraus leite ich ab, dass sich die Solidarität im Sozialstaat nicht auf das Almosenprinzip bezieht, sondern einen Anspruch darstellt. Die Schwächeren in unserer Gesellschaft empfangen keine milden Gaben, sondern haben Anspruch auf eine solidarische Unterstützung. Das ruft unweigerlich die Frage nach der Gerechtigkeit auf den Plan. Gerechtigkeit ist ein sehr hehrer Begriff im Wertekanon unserer Gesellschaft. Mit ihm gilt es, verantwortungsvoll umzugehen.

Auch wenn es im aufziehenden Bundestagswahlkampf manchmal so klingt: Gerechtigkeit ist kein freistehender Begriff an sich. Sie korreliert mit anderen Begriffen wie Leistung, Angemessenheit und Finanzierbarkeit. Wer also einen Mangel an Gerechtigkeit diagnostiziert, muss auch sagen, worin dieser Mangel besteht. Wie er angemessen beseitigt werden kann und welche Rolle auch die Leistung des Einzelnen dabei spielt. Und schließlich gilt es zu beachten, dass die Finanzierung des Sozialstaates Verfassungsrang hat. Der Vorwurf mangelnder Gerechtigkeit ist alles andere als trivial.

Haben wir ein Gerechtigkeitsdefizit in der Gesundheitsversorgung? Eines, das den kompletten Umbau unserer Krankenversicherung von einem funktionierenden System hin zu einer Einheitsversicherung rechtfertigt?

Lassen wir doch einmal die unter dem Prätext der Gerechtigkeitslücke geführten politischen Debatten der Vergangenheit vor unserem geistigen Auge Revue passieren. Da war die vermeintlich ungleiche Terminvergabe. Wir haben Terminservicestellen eingerichtet. Erwartungsgemäß wurden die nicht angenommen. Hatten wir vielleicht eher ein gefühltes, als ein echtes Gerechtigkeitsproblem?

Da war die medizinische Versorgung der Flüchtlinge. Sozialhilfe und Krankenversicherung haben diese Herausforderung mit dem tatkräftigen Engagement vieler tausend Ärztinnen und Ärzte weitgehend geräuschlos gestemmt – und vor allem ohne Einschnitte für die deutsche Bevölkerung. Wir haben das geschafft. Gemeinsam. Solidarisch!

Und vor allem – und darauf sind wir Ärztinnen und Ärzte ja zu Recht stolz – gibt es keine Qualitätsunterschiede in der medizinischen Behandlung abhängig vom Versichertenstatus. Komfortunterschiede gibt es, das stimmt. Die Gründe sind bekannt und liegen in der unzureichenden Honorierung des gesetzlichen Systems. Aber Qualitätsunterschiede, Unterschiede der Lebenserwartung aus dem Versichertenstatus heraus – das alles gibt es in unserem Lande nicht!

Was es allerdings gibt, ist das Problem, dass ein Kind, das in das unterste Perzentil der Gesellschaft hinein geboren wird, im Vergleich mit einem zur selben Zeit Geborenen aus dem obersten Perzentil eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung hat! Das ist eine Schande

für unseren Sozialstaat, meine Damen und Herren. Das ist in unserem Staat kaum erträglich. Das ist eine Ungerechtigkeit, der man sich unbedingt zuwenden sollte.

Das hat aber mit Krankenversicherung gar nichts zu tun, sondern mit Verhältnisprävention, mit der Vorbildrolle von Eltern und mit vernünftigen präventionsorientierten Bildungsangeboten in Kindergärten und Schulen.

Hier sollte eine Gerechtigkeitsdiskussion ansetzen. Hier ist Handlung gefragt, statt hehrer Worte.

Wer aber glaubt, in unserem Krankenversicherungssystem Gerechtigkeitslücken zu entdecken, der verschließt die Augen vor der Wirklichkeit. Wer meint, dass eine Einheitsversicherung gerechter sei, als unser heutiges System, der verwechselt Gleichheit auf niedrigem Niveau mit Gerechtigkeit.

Der will einfach übersehen, dass unser System die niedrigsten Zugangsschwellen für alle Leistungen hat. Und vor allem übersieht er, dass die Menschen in unserem System unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnie, Herkunft, Glauben oder eigener Vorschädigung die wohl beste Gesundheitsversorgung der Welt erfahren. Das ist Gerechtigkeit, meine Damen und Herren!

Wer angesichts dieser Tatsachen immer noch eine Bürgerversicherung fordert, missbraucht den Gerechtigkeitsbegriff allein wegen seines schönen Klangs. Die Bürgerversicherung ist in Wahrheit viel ungerechter als unser heutiges System. Käme sie, gäbe es sofort einen riesigen Markt für zusätzliche Gesundheitsleistungen und zusätzliche Versicherungen. Oder es müsste – in unserem Staat undenkbar – Leistungsverbote für medizinische Leistungen geben. Deshalb bleibe ich dabei: Die Bürgerversicherung ist der Turbolader einer echten Zweiklassen-Medizin. Sie bewirkt und fördert Ungerechtigkeit, statt ihr vorzubeugen.

Im Bundestagswahlkampf wird es aber noch um viel mehr gehen, als um den Umsturz der Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung. Deswegen hat der Vorstand der BÄK auch klare Positionen – so etwas wie Wahlprüfsteine – entwickelt und veröffentlicht. Ich will daraus nur kurz zitieren:

Wir wollen die ärztliche Freiberuflichkeit stärken

Die medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit des Arztes und die freie Arztwahl sind Patientenrechte und Ausdruck von Patientenautonomie.

Wir wollen den Handlungsspielraum der ärztlichen Selbstverwaltung sichern

Eine handlungsfähige ärztliche Selbstverwaltung ist ein entscheidender Faktor, um Qualität und Professionalität des Arztberufes zu sichern. Sie ist zugleich am besten geeignet, den ärztlichen Sachverstand in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einzubeziehen.

Die Politik ist deshalb aufgefordert, der ärztlichen Selbstverwaltung wieder die Gestaltungsspielräume zu geben, die sie für die Sicherung einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt.

Wir fordern: Masterplan Medizinstudium 2020 zügig umsetzen

Die Ärzteschaft begrüßt die Initiative von Bund und Ländern, dem Nachwuchsmangel im ärztlichen Bereich mithilfe eines „Masterplan Medizinstudium 2020“ entgegen zu treten. Diese Initiative darf sich aber nicht in Absichtserklärungen erschöpfen. Vielmehr sind die Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern aufgefordert, zügig konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Modernisierung der medizinischen Ausbildung zu ergreifen. Und die Finanzierung sicherzustellen!

Wir fordern: ärztlichen Nachwuchs fördern / ambulante Weiterbildung ausreichend finanzieren

Die für den Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte werden in vielen Fächern längst nicht mehr ausschließlich im stationären Bereich vermittelt. Für viele angehende Fachärzte ist eine sektorenübergreifende Weiterbildung sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Einrichtungen sinnvoll.

Dabei muss die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung der Tatsache gerecht werden, dass Weiterbildung vom ersten Tag an Berufsausübung und im Gegensatz zum Studium keine Ausbildung ist. Deshalb müssen für die ambulante Weiterbildung mindestens die gleichen tariflichen Konditionen gelten, wie in den Krankenhäusern und die Finanzierung der ambulanten ärztlichen Weiterbildung muss gesetzlich als Vergütung ärztlicher Leistungen geregelt werden.

Wir wollen eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser

Mittlerweile beläuft sich der Investitionsstau in den Krankenhäusern auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden in den Kliniken gleichermaßen Patienten und Personal. Die Länder müssen endlich ihren Investitionsverpflichtungen vollumfänglich nachkommen.

Vor dem Hintergrund des wachsenden Behandlungsbedarfs der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts sind außerdem verbindliche Regelungen zum Personalbedarf nicht nur der Pflegenden, sondern auch der Ärzten nötig. Und die volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und Personalentwicklungskosten ist unabdingbar.

Zudem fordern wir die Politik auf, eine verbindliche und gerechte Lösung für die Notfallversorgung im SGB V zu treffen. Wir brauchen eine deutliche Steigerung der für die Notfallversorgung in den ambulanten und stationären Vergütungssystemen zur Verfügung stehenden Finanzmittel, auch durch sektorenübergreifende Finanzierung und Versorgung.

Zu dieser Frage gibt es gerade heftige Auseinandersetzungen. Einen innerärztlichen Streit um diese wichtige Strukturfrage kann niemand von uns wollen. Das nutzt nur anderen, löst aber in Wirklichkeit keine Probleme. Wir bieten daher an, bei der Bundesärztekammer einen „Runden Tisch“ einzuberufen, an dem Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis, die Krankenhausgesellschaft und die Kostenträger einen gemeinsamen Lösungsvorschlag unter unserer Moderation erarbeiten können.

Wir wollen eine moderne und transparente GOÄ

Ziel der Ärzteschaft ist es, eine moderne und kontinuierlich auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Kostenentwicklung gehaltene ärztliche Gebührenordnung zu schaffen. Die neue GOÄ muss verständlicher, transparenter und in ihrer Anwendung besser nachvollziehbar werden. Und sie muss ihre „doppelte Schutzfunktion“ bewahren. Sie soll den Patienten vor finanzieller Überforderung, den Arzt vor einem ruinösen „Unterbietungswettbewerb“ schützen.

Die Bundesärztekammer fordert die künftige Bundesregierung auf, die fast fertiggestellte neue GOÄ auf Grundlage des gemeinsamen Vorschlages von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfeträgern umzusetzen. Damit wird mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte geschaffen.

Meine Damen und Herren,

in der ablaufenden Legislaturperiode hat es eine Fülle von Gesetzen im Gesundheitswesen gegeben. Fast geräuschlos hat Hermann Gröhe als einer der fleißigsten Minister dieser Koalition gewirkt. Ich will mich an dieser Stelle, lieber Herr Gröhe, für eine immer faire, kommunikative und gute Zusammenarbeit bedanken. Sie werden sicher im Rahmen Ihrer Ausführungen nachher auch auf die Frage eingehen, ob wir Sie im nächsten Jahr in Erfurt wieder begrüßen dürfen – wenn die Wahlergebnisse zum Deutschen Bundestag das hergeben. Ich bin gespannt auf Ihre Worte. Jetzt aber will ich der Versuchung widerstehen, nun noch einmal alle Gesetze, die unter Ihrer Ägide verabschiedet wurden, einzeln aufzurufen und zu kommentieren.

Nur zu zwei Gesetzen will ich mich kurz äußern – und bei beiden hatte Hermann Gröhe gar nicht die Federführung.

Da ist zum einen das Gesetz zur Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften. Es regelt die Strafbarkeit derjenigen, die die Eingriffskräfte oder Retter von Polizei, Feuerwehr oder Sanitätsdiensten behindern. Der Bundesjustizminister hatte hier die Ressortverantwortung. Wir haben darauf hingewiesen, hier fehlen die Ärzte – im Notdienst, in Notfallambulanzen. Wir dachten, dass sei ein „Übersehen, ein Vergessen“. Nein, meine Damen und Herren, der Bundesminister der Justiz wollte die Ärztinnen und Ärzte, die alltäglich ihren aufopfernden Dienst am Menschen vollbringen, nicht in diesem Paragraphen dabei haben. Ob da wohl ideologischer Dünkel dahinter steckt?

Egal – es ist uns gelungen in einem anderen Paragraphen, nämlich dem § 323c des StGB, eine korrespondierende Lösung auch für Ärztinnen und Ärzte einzubringen. Der Effekt ist derselbe, aber es stimmt schon nachdenklich, was für gesellschaftliche Überlegungen manchmal hinter Gesetzen stecken.

Dies gilt auch für das zweite Gesetz, das uns große Probleme bereitet. Ich meine das Gesetz zur Neuordnung des Bundeskriminalamtes (BKA-Gesetz). Sie werden fragen, was haben wir damit zu tun?

Eine Menge. In diesem Gesetz ist unter anderem der Grad geregelt, in dem Ärzte von den Ermittlern des BKA abgehört werden dürfen. Vor über zehn Jahren galt noch ein sehr weitgehender Schutz des Patient-Arzt-Gesprächs. Der wurde damals im Rahmen der Neuordnung des Telekommunikationsgesetzes aufgeweicht; nur noch Abgeordnete, Priester und Strafverteidiger genossen den höchsten Abhörschutz. Wir haben dagegen protestiert, viele von uns haben sich einer Sammelklage vor dem Bundesverfassungsgericht angeschlossen.

Das Bundesverfassungsgericht hat nun im vergangenen Jahr entschieden, dass in der Tat diese gesetzlichen Bestimmungen das Grundrecht auf persönliche Integrität verletzen. Es hat Gesetzesänderungen bei den „Berufsgeheimnisträgern“ verlangt.

Warum der Bundesinnenminister nun in der Neuregelung des BKA-Gesetzes diese Änderungen nur für Rechtsanwälte und nicht auch für Ärzte durchgeführt hat, bleibt sein Geheimnis. Da hat Thomas de Maizière eine wichtige Chance verpasst. Wir fordern daher, auch Ärzte in Krankenhäusern und Praxen bei ihren Gesprächen mit Patienten in den Schutz vor Abhörmaßnahmen mit aufzunehmen. Die Schlapphüte des BKA haben in der Praxis und der Klinik nichts verloren...

Die Politik forciert seit Anfang der neunziger Jahre eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens. Dabei handelt es sich jedoch – allen Gelöbnissen zum Qualitätswettbewerb zum Trotz – um eine Form des Wettbewerbs, die fast ausschließlich auf den Preis bezogen ist.

Die Folgen bekommen Patienten und Ärzte hautnah zu spüren. In den Kliniken hat die wirtschaftliche Ergebnisfähigkeit einen höheren Stellenwert bekommen, als die medizinische Leistungsfähigkeit. Ärzte werden auf Konzernziele verpflichtet. Es gibt gewinn- und verlustbringende Fallpauschalen. In der Folge werden nicht rentable Abteilungen aufgelöst, Leitende Ärzte entlassen. Es besteht die Gefahr, dass die medizinische Indikationsstellung aus wirtschaftlichen Gründen „optimiert“ wird. Wir haben deswegen ein lesenswertes Papier über den „Wert der Indikation“ verabschiedet und publiziert. Wir stellen uns dieser Problematik!

Up-Coding von Diagnosen und Anreize durch Bonus-Verträge sind die Folgen, wenn Ärzte als Co-Unternehmer in die Gesamtverantwortung des Konzerns genommen werden. Giovanni Maio hat uns schon vor einigen Jahren auf dem Ärztetag vor diesem Prozess gewarnt. Der Arzt als Co-Unternehmer macht sich unwillkürlich und oftmals unbemerkt Prinzipien zu eigen, die die Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidung gefährden. Das schadet Patienten!

Wir haben uns deswegen auf dem letztjährigen Ärztetag in Hamburg intensiv mit der Ökonomisierung in Krankenhäusern beschäftigt. Dabei standen für uns die Auswirkungen einer übertriebenen Kommerzialisierung zu Lasten der Patienten und der Ärzte im Vordergrund. Vor allem die Arbeitsbedingungen und Vertragssituationen Leitender Ärzte haben wir beleuchtet.

Gestatten Sie mir in dem Zusammenhang nur eine kleine Anmerkung: Es ist schon erstaunlich, wie manche Krankenhausträger – die namentlich gar nicht erwähnt wurden – darauf reagiert haben. Aber: Wie sagt ein deutsches Sprichwort so schön: „*Nur der getroffene Hund jault*“.

Um nicht missverstanden zu werden: Unter den Bedingungen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems ist eine möglichst wirtschaftliche Verwendung der nur begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein berufsethisches Gebot.

Was aber für Betriebswirte effizient ist, muss es für Patienten noch lange nicht sein. Wenn die Indikationsstellung für Diagnostik und Therapie aus ökonomischen Gründen optimiert wird, kommt es zu fundamentalen Störungen im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Standardisierung, das „alles über einen Leisten schlagen“, führt zu Entpersönlichung und Gefühlsferne. Das ist das Gegenteil der so oft beschworenen patientenorientierten Medizin.

Auch mit der Berechenbarkeit ist es so eine Sache: Die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes lässt sich nicht so leicht vorausberechnen wie die Laufzeiten eines Montagebandes. Und die Debatte über Qualitätsindikatoren für die Klinikvergütung und -planung zeigt, wie schwierig es ist, aus der zahlengetriebenen Erfassung der Qualität Vernünftiges für die Vergütung abzuleiten.

Bleibt die Kontrolle: Davon haben wir in unseren Kliniken und Praxen mehr als genug. Dass aber Kontrollbürokratien und Verrechtlichung bisher Nennenswertes zu einer besseren Patientenversorgung beigetragen haben, ist mir nicht bekannt. Wie sagt Günther Jonitz immer: *„Vom Wiegen allein wird die Sau nicht fett“*. Vielmehr nimmt uns die Kontrollbürokratie die Zeit für unsere ureigenen Aufgaben, den Dienst am Patienten.

Das alles zeigt: Man darf Ärzte nicht zu Erfüllungsgehilfen ökonomischer Optimierungsstrategien machen. Wir haben nichts gegen vernünftig regulierten Wettbewerb, aber wir haben sehr wohl etwas gegen die Merkantilisierung unseres Gesundheitswesens. Karl Kardinal Lehmann hat Recht wenn er sagt: *„Ökonomische Einschränkungen dürfen ein humanes Maß nicht überschreiten und Entgeltsysteme wie Fallpauschalen oder Einheitliche Bewertungsmaßstäbe dürfen das Antlitz des einzelnen Menschen nicht hinter seine ökonomischen Kern-daten zurücktreten lassen.“*

Den Wettbewerb als Prinzip werden wir wohl – aller Kritik zum Trotz – nicht wieder zurückdrängen können. Aber wir brauchen eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen mit einer belastbaren, rechtzeitigen Evaluierung von möglichen Kollateralwirkungen auf die Versicherten und aller an der Versorgung Beteiligten.

Zu wenig Personal, viel zu lange Arbeitszeiten, schlechte Organisation, überfüllte Notfallambulanzen und zu viel Bürokratie - das ist die Kehrseite unserer auf wirtschaftlichen Erfolg getrimmten Medizinbetriebe. Es ist schon ein Wunder, dass wir immer noch eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben. Das verdanken wir vor allem den Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten. Dieser Befund sollte uns schon deshalb nicht kalt lassen, weil sich die Situation wegen des grassierenden Fachkräftemangels bei einem gleichzeitigen Anstieg des Behandlungsbedarfs weiter verschärfen wird.

Es ist deswegen gut, dass die Bundesregierung gegensteuert und Personaluntergrenzen für die Pflege plant. Durch die Sanktionen, die drohen, wenn die Untergrenzen nicht eingehalten

werden, wird es zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Personalsituation kommen. In der Folge wird die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in der Pflege steigen.

Diese Maßnahmen reichen jedoch nicht aus. Notwendig sind Untergrenzen für das gesamte Personal, das dem Patienten zugewandt ist - also auch für den ärztlichen Dienst. So steht es auch in unseren politischen Forderungen für die Bundestagswahl.

Im Weiteren wird sich auch der Gemeinsame Bundesausschuss mit diesen Fragen zu befassen haben. Meine Damen und Herren, dort erleben wir gerade eine Posse der ganz besonderen Art.

Das oberste Beschlussgremium der Krankenversicherung, das über Leistungsausschlüsse und die Aufnahme neuer Verfahren in den Leistungskatalog beschließt, wird neu besetzt. Dass hochmögende Juristen und Politiker natürlich auch wichtig sind in der Entscheidungsfindung dieses Gremiums, ist unbestritten. Dass aber der ärztliche Sachverstand auch unter den Unparteiischen den Machtinteressen einzelner Gruppierungen geopfert werden soll, spricht den Aufgaben dieses Gremiums Hohn. Es belegt unsere These, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eben nicht nur Fach- und Sachentscheidungen treffen soll. Das lehnen wir ab!

Und wir bitten Sie eindringlich, lieber Herr Minister Gröhe und verehrte Bundestagsabgeordnete, Ihren ganzen Einfluss und Sachverstand bei der gesetzlich vorgeschriebenen Bestätigung der noch zu benennenden Personen einzubringen, damit hier kein Schaden zu Lasten der ganzen Krankenversicherung durch den Verzicht auf ärztlichen Sachverstand angerichtet wird!

Meine Damen und Herren, nicht nur Ausschüsse wie der GBA, auch Gerichte bekommen zunehmend mehr Macht und Einfluss auf unsere Handlungen. Inhaltliche Fragen sollen zunehmend juristisch gelöst werden. Auch bei ethischen Fragen ist das so. Ob das gut ist, wage ich zu bezweifeln. So hat das Bundesverwaltungsgericht in einer Aufsehen erregenden Entscheidung im März verkündet, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel BfArM einer selbsttötungswilligen Patientin, nach Prüfung eines ganzen Kanons von Voraussetzungen, ein Medikament zur Selbsttötung auszuhändigen habe.

Das BfArM habe dabei zu prüfen, ob es sich um einen schwer und unheilbar kranken Patienten handelt, eine unerträgliche Leidenssituation vorliegt, die Entscheidung zur Selbsttötung frei und ernsthaft ist und keine zumutbare Alternative zur Verfügung steht.

Meine Damen und Herren, dieser knapp zusammengefasste Katalog von Kriterien bildet den Entscheidungshintergrund aller palliativmedizinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen ab, die Sterbebegleitung mit Würde und Achtung vor der Patientenautonomie betreiben.

Wer aber will diese schwierigen Fragen im BfArM prüfen? Ein Beamter? Eine Kommission? Der Präsident des BfArM selber? Will man den Antragsteller untersuchen? Verlässt man sich auf die Papierform? Wo soll denn der Sachverstand überhaupt herkommen?

Hier wird doch klar erkennbar, dass ärztliche und mitmenschliche Empathie abhanden kommen. Die Selbsttötung wird zu einem schnöden Verwaltungsakt. Das BfArM degradiert zu einer Ausgabestelle für Tötungsmittel.

Das Urteil hat natürlich eine Welle von weiteren Anträgen auf Überlassung tödlicher Medikamente beim BfArM ausgelöst. Das Gericht hat bisher nicht zu erkennen gegeben, wie es sich die Einzelfallprüfung vorstellt. Bisher gibt es keine Verfahrensordnung, geschweige denn eine Rechtsgrundlage hierfür.

Man hat den Eindruck, an dem Gericht ist die langjährige Debatte um die Palliativmedizin und ein Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vollständig vorbeigegangen. Diese hat ja 2015 in einem neuen Gesetz zum § 217 des StGB ihren Abschluss gefunden. Mit großen Mehrheiten hat der Deutsche Bundestag der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung eine Absage erteilt. Und zuvor ein beeindruckendes Hospiz- und Palliativmedizinengesetz verabschiedet.

Und nun verlangt ein Gericht von einer staatlichen Behörde genau das zu tun, was die großen gesellschaftlichen und politischen Mehrheiten nicht wollten. Hier sind die Politik und der Gesetzgeber aufgefordert, klare Verhältnisse zu schaffen. Wir müssen uns dagegen wehren, dass ethische Grundüberzeugungen zu bloßen Verwaltungsakten degenerieren.

Ich hoffe deswegen, verehrter Herr Minister Gröhe, dass Sie als oberster Dienstherr des BfArM dafür Sorge tragen, dass bei fehlender Gesetzesgrundlage das BfArM nicht einfach zur „Tötungsmittelausgabestelle“ wird. Wir brauchen Gesetzesänderungen, die solche Gerichtsentscheidungen wieder obsolet machen.

Recherchiert man den zur Grundlage des Gerichtsurteils gewordenen Fall aber weiter, so stößt man auf erstaunliche Fakten. Der Fall geht auf Vorgänge der Jahre 2004 bis 2005 zurück. Die betroffene Patientin ist seit 2005 verstorben. Da alle deutschen Gerichte dem Antrag ihres Ehemannes auf Aushändigung einer tödlichen Dosis widersprachen, suchte der Ehemann die Unterstützung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte. Und der fällt ein in der Tat erschreckendes Urteil. Darin heißt es: *„Der langjährige Ehemann einer Frau, die an einer kompletten sensorischen Querschnittslähmung litt, künstlich beatmet wurde und auf ständige Aufsicht und medizinische Pflege angewiesen war,... ist in seinem Recht auf Achtung seines Privatlebens verletzt, wenn das BfArM den Antrag der Ehefrau...ablehnt und deutsche Verwaltungsgerichte sich weigern, die nach dem Suizid der Ehefrau in der Schweiz erhobene Klage des Ehemanns... der Sache nach zu prüfen..... Dem Ehemann ist wegen der durch diese Entscheidungen erlittenen immateriellen Nachteile ein Schadensersatzanspruch von 2.500 € zuzubilligen.“*

Meine Damen und Herren, man mag es nicht glauben! Es stellt eine mit 2.500 € abzugeltdete Störung des Privatlebens des Ehemanns und Witwers dar, wenn das BfArM sich wegen fehlender Rechtsgrundlage weigert, das tödliche Medikament herauszugeben und wenn Gerichte sich weigern, den ja offensichtlich wegen des Todes der Frau hinfällig gewordenen Sachverhalt zu prüfen.

Ich meine, Richter müssen nicht nur die Verhältnismäßigkeit von Gesetzen prüfen. Sie sollten auch die Verhältnismäßigkeit ihrer Gerichtsurteile beachten!

Bleiben wir noch einen Moment bei „Europa“. Trotz schwieriger Zeiten mit Brexit und europafeindlichem Populismus allerorten fährt die Europäische Kommission unverändert ihren nivellierenden und gleichmachenden Kurs weiter. Als hätte man die Kanonenschüsse von der Themse nicht gehört, plant die Kommission den Aufbau einer gewaltigen Kontrollbürokratie zur Überprüfung und Genehmigung der Berufszugangsregelungen und der Regeln zur Be-

rufsausübung. So sollen in Zukunft alle Regeln des Berufszugangs und der Berufsausübung in den reglementierten Berufen – dazu gehören auch grundsätzliche Änderungen z. B. am Weiterbildungsrecht der Landesärztekammern – einer Proportionalitätsprüfung durch die Europäische Kommission unterzogen werden. Was für ein Wahnsinn ist es, diese Behörde, die da entsteht, dieses Bürokratiemonster, mit dem Begriff der Verhältnismäßigkeit zu adeln!

Als Begründung wird wieder einmal „Gerechtigkeit“ im Berufszugang im Europa der 28 Mitgliedsstaaten herangezogen. Dabei dient das Ganze ausschließlich dem Merkantilismus eines freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs. Wir haben heftig für eine Ausnahmeregelung für die Gesundheitsberufe gekämpft. Wir bestreiten das Recht der Europäischen Kommission, nach den Lissabonner Verträgen hier überhaupt tätig werden zu dürfen. Ja, schlimmer noch – die EU-Kommission infiziert die Bürger durch ihren Übermachtanspruch mit gefährlichen Spaltpilzen!

Erschwerend kommt hinzu: Es gibt überhaupt kein Problem bei den Berufen im Gesundheitswesen. Mobilität und Fluktuation finden problemlos statt – manchmal ja schon eher zu viel. Vergessen wir nicht, dass einige EU-Länder heute einen durch die neugewonnene Mobilität bedenklich gewordenen Abstrom qualifizierter Ärztinnen und Ärzte beklagen. Wir fordern deswegen von Kommission, Ministerrat und Europäischem Parlament, die „Kirche im Dorf“ zu lassen und wie bei der Dienstleistungsrichtlinie eine Ausnahmeregelung für die Gesundheitsberufe vorzusehen.

Lassen Sie uns also nur die Dinge regeln, die auch wirklich geregelt werden müssen und lassen Sie es uns da regeln, wo die Kompetenz ist. Das ist nicht die Brüsseler Monsterbürokratie. In Deutschland ist das das hochbewährte System der Ärztekammern.