

Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer

und des Deutschen Ärztetages,

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, zur

Eröffnung des 119. Deutschen Ärztetages

in der Laeishalle Hamburg

Sperrfrist: Beginn der Rede

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede

Vor 25 Jahren fand letztmalig ein Ärztetag in unserer schönen und freien Hansestadt Hamburg statt. 1991 war ein besonderes Jahr – und es war auch ein besonderer Ärztetag. Nach sechzig Jahren kam wieder ein gesamtdeutscher Ärztetag mit Delegierten aus 17 Landesärztekammern zusammen. Die Eröffnungsrede hielt Bundeskanzler Helmut Kohl. Die Themen seiner Rede waren natürlich von der deutschen Vereinigung geprägt – aber er stellte sie auch in den Kontext einer größeren Aufgabe: der europäischen Einigung. Und er sprach über den Erhalt eines gegliederten Krankenversicherungssystems, über die herausragenden Leistungen deutscher Ärztinnen und Ärzte bei den damals aus dem Irak und Afghanistan kommenden Kriegsflüchtlingen und über die auch damals diskutierte „ärztlich begleitete Sterbehilfe“. Sein Generalthema aber war: „Chance und Herausforderung“. Ihm ging es um die Balance, die in einem demokratischen Staatswesen zwischen den Wünschen und Ansprüchen der Beteiligten hergestellt werden muss. Und das gilt auch heute noch – und ganz besonders für demokratisch verfasste und vom Staat mit wichtigen Aufgaben beauftragte Körperschaften wie die Ärztekammern.

Die Balance, der gerechte Ausgleich, muss auch uns in den Körperschaften gelingen. Dabei kann es gerne mal argumentativ hoch hergehen. Auch Maximalforderungen dürfen, ja sollen sogar erhoben werden – am Ende aber müssen die Chancen und Herausforderungen jeder Frage abgewogen und Entscheidungen gefällt werden, die für alle akzeptabel sind.

Das ist übrigens auch das Wesen Hamburger Staatskunst. Olaf Scholz kann ein Lied davon singen. Es gilt, hier die Balance zu halten zwischen Blankenese und Billstedt, der Veddel und Winterhude. Zwischen Umweltschutz und Elbvertiefung. Zwischen den Herausforderungen von Welthandel und regionaler Metropolfunktion.

Hanseatische Debattenkultur erleichtert dabei, die Leitschnur politischen Handelns zu erkennen - die Balance zu finden, was nichts anderes bedeutet, als streitende Vorstellungen zu einem gemeinwohlorientierten Ergebnis

zusammenzuführen. Ich hoffe, dass uns dies auch auf diesem Ärztetag gelingt - Themen sind reichlich vorhanden.

Nach dem letzten Ärztetag in Frankfurt hat der Bundestag seine Debatte zur organisierten Sterbehilfe abgeschlossen. Mit unserer Hilfe und Unterstützung ist dem Bundestag ein richtungsweisender Beschluss gelungen. Klare Absage an organisierte Sterbehilfe ohne strafrechtlichen Eingriff in das Patient-Arzt-Verhältnis. Das ist eine wirklich ausbalancierte Zusammenfassung einer mit großem Ernst und großer Wahrhaftigkeit geführten Debatte. Die Überzeugungskraft unserer Argumente dokumentiert sich auch in der überraschend hohen Zustimmung zu dem von uns unterstützten Antrag. Aber es wäre voreilig zu glauben, die Debatte wäre damit beendet. Wie ich eingangs schon sagte, sie spielte 1991 auf dem Hamburger Ärztetag eine Rolle – sie wurde schon vor 2.400 Jahren bei Hippokrates geführt und ich bin sicher, diese Debatte wird uns auch in Zukunft noch beschäftigen.

Dass es nicht immer ganz einfach ist, die Balance zu finden, zeigt die Diskussion um die Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht nach dem schrecklichen Germanwings-Absturz im März 2015. Abwägend zwischen dem Schutzinteresse der Gesellschaft insgesamt und einer auf dem individuellen Vertrauen basierenden Beziehung des Patienten zu seinem Arzt, hat sich der Bundestag gegen die Einschränkung der Freiheit patientenorientierter Berufsausübung und für den Erhalt der Schweigepflicht ausgesprochen. Hier ist jetzt nicht Zeit und Ort, über die Fehler und Versäumnisse der Lufthansa und des Luftfahrtbundesamtes zu reden. Aber der Versuch, der Ärzteschaft kollektiv Mitverantwortung am Tode von 150 Menschen aufzubürden, um vom eigenen Versagen abzulenken, konnte mit der Kraft der Argumente abgewehrt werden. Die Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht wäre kein Weg gewesen, Organisationsversagen zu kompensieren. Und welcher Pilot, welcher Berufskraftfahrer, welcher Kapitän würde sich einem Arzt noch anvertrauen wollen, wenn er als Konsequenz einer Verdachtsdiagnose seinen Lizenzentzug fürchten müsste?

Es ist nicht ganz einfach, jetzt die Brücke von den ethischen Themen hin zum „politischen Tagesgeschäft“ zu schlagen. Aber auch hier haben wir uns tatkräftig eingemischt.

In diesen Tagen hat ein neues „Antikorruptionsgesetz“ im Gesundheitswesen die letzten parlamentarischen Hürden genommen. Am schönsten wäre es natürlich gewesen, man hätte dieses Gesetz gar nicht gebraucht. Aber spätestens seit dem Spruch des Bundesgerichtshofes vom März 2012 war klar, hier würde es eine gesetzliche Regelung geben. Unser Ziel war es, dem Gesetzgeber zu helfen, bei aller Aufgeregtheit der Diskussion die Balance zum Notwendigen und Sinnvollen einzuhalten. Wir haben gefordert, es dürfe kein *lex specialis* für Ärzte geben. Wir haben gefordert, dass nicht nur die mutmaßlich Bestochenen, sondern auch die Bestecher die ganze Härte des Gesetzes spüren. Und wir wollten Bestimmungen, dass sozialrechtlich gewollte Kooperationen keinen Ermittlungsanlass für (hyper)aktive Staatsanwälte bieten können. Schließlich: wir wollten klare Regeln, die man auch nachvollziehen und ohne Jurastudium begreifen kann. Das alles haben wir bekommen. Es gab zwischenzeitlich auch den Versuch, Berufsrecht und Strafrecht zu vermischen. Das wäre sehr problematisch gewesen. Wir betrachten daher insbesondere die Streichung des Verweises auf die Verletzung berufsrechtlicher Unabhängigkeit als einen Erfolg. Dies wäre ein Gummiparagraph geworden, der ein Einfallstor für Verdächtigungen und Unterstellungen geöffnet hätte.

Das Arzneimittelgesetz soll ebenfalls in einigen Punkten angepasst werden. Ich will nur einen herausgreifen, den wir explizit begrüßen: Das Verbot der Verschreibung von Medikamenten ohne vorherigen Patientenkontakt.

Paragraf 48 des Arzneimittelgesetzes regelt, dass ein Rezept nur erstellt werden darf, wenn es zumindest einmal im Vorfeld einen persönlichen Kontakt zwischen Patient und Arzt gegeben hat. Schmuddelrezepte über das Internet ohne Arztkontakt sind damit verboten. Und das ist gut so. Wir haben uns in der Telematik ja intensiv mit der Frage des Fernbehandlungsverbots befasst. Wir sind gar keine grundsätzlichen Gegner von Telematik in der Medizin. Aber es kommt auch hier auf die Balance zwischen Patientenschutz und Wirtschaftsinteresse an. Deswegen verlangen wir, dass dem Einsatz von telematischen Behandlungsmethoden eine persönliche Konsultation vorangegangen sein muss. Arzt und Patient müssen einander kennen, um einander vertrauen zu können. Und deswegen ist es richtig, dass Diagnose

und Therapie im Grundsatz immer an das Gespräch, die Untersuchung und den persönlichen Kontakt geknüpft sind.

Bei diesen und vielen weiteren Themen hat sich gezeigt, dass es sich lohnt, wenn wir bei Gesetzgebungsvorhaben beharrlich bleiben und immer wieder unsere ärztliche Sichtweise in die parlamentarischen Beratungen einbringen. Dabei nimmt uns die Politik als gleichermaßen harten wie konstruktiven Verhandlungspartner wahr. Wir übernehmen – getreu dem Auftrag an die Selbstverwaltung – Verantwortung.

So war es auch bei der Aufarbeitung des Transplantationsskandals. Die von uns festgestellten Unregelmäßigkeiten erfolgten in den Jahren 2010 bis 2012 und damit zeitlich vor den gesetzlichen Neuregelungen. Dies wertet auch die Bundesregierung in ihrem aktuellen Bericht über die eingeleiteten Reformmaßnahmen als einen Beleg – ich zitiere – „für die effektive und professionelle Arbeitsweise der Prüfungs- und der Überwachungskommission“. Jedem dürfte mittlerweile klar sein: Wer gegen die Richtlinien bei der Organvergabe verstößt, muss davon ausgehen, dass diese Fälle öffentlich werden und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen nach sich ziehen. Die Transplantationsmedizin in Deutschland war deshalb noch nie sicherer als heute.

Sorge bereiten uns allerdings die noch immer nicht ausreichend zunehmenden Spenderzahlen. Es schmerzt gerade hier, wie lange es dauert, bis man verloren gegangenes Vertrauen wieder zurückgewinnt. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation braucht und verdient unsere Unterstützung. Wir müssen noch mehr Werbung und Aufklärung über Organspende betreiben, die Menschen auf der Warteliste sind darauf angewiesen.

Eine vertrauensbildende Maßnahme ganz anderer Art war die Zusammenkunft des Bundesärztekammer-Vorstandes mit den Spitzen des Israelischen Ärzteverbandes im Sommer letzten Jahres. Für uns war dieses Treffen 70 Jahre nach Ende des Holocausts eine ganz besondere Ehre – auch weil wir darum wussten, wie schwer vielen unserer israelischen Kollegen diese Reise nach Berlin gefallen ist. Von den Schrecken der Nazi-Tyrannie sind fast alle im familiären Umfeld betroffen. Dies vertrauten sie uns in dieser sehr

bewegenden Sitzung an. Die Berichte unserer Kollegen über ihre ganz persönlichen Familienschicksale machten mich – und ich denke alle meine Vorstandskollegen – sprachlos. Wir haben mit unseren israelischen Freunden getrauert, wir haben gemeinsam gebetet und dadurch unsere Sprachlosigkeit überwunden. Am Ende stand eine gemeinsame Erklärung beider Vorstände, die Erinnerung an das Geschehene als Grundlage für die zukünftige Arbeit zu nehmen.

Wir haben verdeutlicht, dass wir die Vergangenheit nicht vergessen werden. Und zu dieser Vergangenheit gehören auch die Verbrechen, die Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus an kranken und behinderten Menschen verübt haben. Deshalb ist es mir ein besonderes Anliegen, Sie auf die Wanderausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“ hinzuweisen. Sie ist von heute an bis zum 19. Juni im Hamburger Rathaus zu sehen. Die Ausstellung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde fasst das Geschehen von Ausgrenzung und Zwangssterilisation bis hin zur Massenvernichtung zusammen. Und sie fragt nach der Auseinandersetzung mit unserer Vergangenheit von 1945 bis heute. Auch wenn das beileibe kein einfaches Thema ist, möchte ich Ihnen den Besuch dieser Ausstellung doch dringend ans Herz legen.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wie sehr steht dieses dunkle Kapitel der deutschen Ärzteschaft im Kontrast zu dem außergewöhnlichen Engagement der vielen Tausend Ärztinnen und Ärzte, welches diese bei der Bewältigung des Flüchtlingszustroms gezeigt haben. Als die Lage in vielen Erstaufnahmeeinrichtungen bestenfalls angespannt, oftmals sogar chaotisch war, setzten sie sich in einer beispiellosen Welle der Hilfsbereitschaft für die schutzsuchenden Menschen ein. Deutschlandweit halfen sie, wo sie nur konnten. Niedergelassene und Klinikärzte schoben nach Dienstschluss unentgeltlich Überstunden in Erstaufnahmeeinrichtungen. Krankenhäuser stellten ärztliches und pflegerisches Personal ab. Und in mehreren Städten hat die Ärzteschaft Notfallpraxen eigens für Flüchtlinge aufgebaut. Was diese Kolleginnen und Kollegen geleistet haben, meine Damen und Herren, ist im besten Sinne ärztlich. Ihnen gebührt Dank,

Anerkennung und Respekt!

Niemand sollte allerdings auf die Idee kommen, sich auf diesem ehrenamtlichen Engagement auszuruhen. Die wegen der Grenzsicherungen auf der Balkanroute sinkenden Flüchtlingszahlen verschaffen uns allenfalls eine Atempause, um über grundsätzliche Nachbesserungen in diesem Bereich nachzudenken. Handlungsbedarf besteht unter anderem bei der personellen Aufstockung des für die gesundheitliche Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen zuständigen öffentlichen Gesundheitsdienstes, bei der nur schleppend verlaufenden Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge sowie bei der viel zu bürokratischen Leistungsgewährung gemäß Asylbewerberleistungsgesetz. Deutsche Ärztetage haben immer wieder gefordert, diese Einschränkungen abzuschaffen. Für uns Ärzte – das gebietet unser Eid – sind alle Menschen gleich!

Meine Damen und Herren, Sie sehen, wir reden nicht nur über Geld. Aber unseren Anspruch auf ein angemessenes Honorar und eine rechtssichere Gebührenordnung müssen wir gleichwohl einfordern. Auch wenn wir seit über zwanzig Jahren von der Politik hier enttäuscht wurden.

Wir haben uns daher seit 2006 selbst dieser Aufgabe angenommen. Dabei ist der Prozess, eine neue Gebührenordnung für Ärzte auf den Weg zu bringen, alles andere als einfach. Das ist ein wirklich großes Projekt, mit vielen Beteiligten, nicht nur ärztlichen Gruppierungen, sondern auch der Privaten Krankenversicherung, der Beihilfe und natürlich als Verordnungsgeber dem Bundesgesundheitsministerium. Die Materie ist hochkomplex und die divergierenden Interessen werden zum Teil vehement vorgetragen. Zum Debattenstil möchte man einigen zurufen 'Habt Ihr's nicht auch 'ne Nummer kleiner?'.
'

Mit Kritik in der Sache aber müssen wir uns auseinandersetzen. Und es gibt durchaus Grund zur Kritik. Der Vorstand hat sich regelmäßig informieren lassen und den Berichten und Konzepten fast immer einstimmig zugestimmt. Aber wir alle – und da schließe ich mich selbst ausdrücklich mit ein – haben die Komplexität dieses Prozesses unterschätzt. Wir hätten uns früher und intensiver um die Details und ihre Wechselwirkungen zur grundlegenden

Struktur kümmern müssen. Ich muss mich persönlich mit dem Vorwurf auseinandersetzen, wir hätten den Prozess zu lange nur begleitet, statt einzugreifen.

Lassen Sie mich daher kurz auf unsere Vorstandssitzung im März eingehen. Wir haben dort nach einem mehrjährigen Diskussionsprozess und einem informativen Sonderärztetag festgestellt, dass es erhebliche – und zwar ganz erhebliche – Inkongruenzen zwischen dem vorgelegten Zwischenstand eines bewerteten Leistungsverzeichnisses und unseren Vorstellungen und Erwartungen gab. Kolleginnen und Kollegen, was hätten wir als Vorstand der Bundesärztekammer da anderes tun können, als diesen Zwischenstand wegen der ganz offensichtlichen Inkongruenzen einstimmig zurückzuweisen?

Nach dieser Entscheidung war aber auch klar: Wir mussten den „reset“-Knopf drücken, wir mussten uns neu aufstellen.

Ich selbst habe die politische Verhandlungsführung übernommen. Dr. Klaus Reinhardt, Vorstandsmitglied, hat sich dankenswerterweise bereit erklärt, den Vorsitz im Gebührenordnungsausschuss zu übernehmen und damit die technische Verhandlungsführung zu leiten. Gemeinsam werden wir jetzt den Abstimmungsprozess der Leistungslegenden mit den Berufs- und Fachverbänden unter Beteiligung von Vertretern der Kostenträger und des Bundesministeriums für Gesundheit durchführen.

Dankenswerterweise haben sich auch die Vizepräsidenten und der stellvertretende Vorsitzende des GOÄ-Ausschusses, Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, bereit erklärt, uns bei der Fülle von Terminen tatkräftig zu unterstützen.

Wir haben eine Lenkungsgruppe GOÄ gegründet, die den Steuerungsprozess der Fortentwicklung koordiniert und prüft. Sie wird ebenfalls von mir geleitet.

Darüber hinaus haben wir die Personalstärke des Dezernats erhöht. Mit mehr eigenen Mitarbeitern allein aber wird man die Probleme nicht lösen können, es geht immer auch um die Grunddaten. Wir haben uns deswegen externen Sachverständigen versichert. Und die Finanzkommission hat das Finanzierungskonzept für diese Aufgaben bereits genehmigt.

Wir haben seit dem 16. April nunmehr einen abgestimmten Text der Leistungslegenden. Die Diskussionen auf der Sachebene mit den Berufs- und Fachverbänden haben bereits begonnen. Ich konnte mich selbst von einem sehr erfolgreichen, konstruktiven Verlauf der ersten Anhörung überzeugen.

Über die Details und den Zeitplan wird Ihnen Klaus Reinhardt später im Diskussionsteil unseres Ärztetages noch Genaueres berichten.

Lassen Sie mich an dieser Stelle nur noch einmal klarstellen: Einfach nur einen Inflationsausgleich ohne Anpassung der GOÄ-Legendierungen von 30, ja bis zu 70 Prozent zu fordern, ist zwar schnell gesagt und findet auch schnell Anhänger. Übersehen wir aber bitte nicht: Etwa 40 Prozent der GOÄ-Rechnungen sind Beihilfen des Bundes und der Länder, werden also direkt aus deren Haushalten erstattet. Ohne eine Zustimmung des Bundesrates, ohne Berücksichtigung der Länderhaushalte und der Finanzierungsreserven unter der ab 2020 greifenden Schuldenbremse geht es deshalb nicht. Was geht, ist deswegen eine modernisierte, rechtssichere, anpassungsfähige und zukunftsorientierte neue GOÄ, der auch der Bundesrat zustimmen kann. Und für die – und nur für die – steht ein Angebot von 5,8% mehr im Raum. Alle anderen Optionen würden auf dieses Plus verzichten – das muss man wissen, und dann auch verantworten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, über die konkrete Ausgestaltung der neuen GOÄ kann man diskutieren. Wenn aber, wie von der Europäischen Union erwogen, die Gebührenordnungen der Freien Berufe als „Hemmnisse der Handels- und Dienstleistungsfreiheit“ in Gänze in Frage gestellt werden sollen, dann ist die Rote Linie überschritten. Auch wenn die Brüsseler Planspiele zunächst nur Steuerberater, Architekten und Tierärzte betreffen, können wir schon die nächsten sein. Die Damen und Herren Kommissare sollten wissen, dass ein solcher Angriff auf die Freien Berufe und damit auch auf unser System der Selbstverwaltung mit der deutschen Ärzteschaft nicht zu machen ist. Ich bin zuversichtlich, dass wir die Bundesregierung bei diesem wichtigen Thema an unserer Seite haben.

Und es ist ja auch nicht so, dass es Brüssel an anderen, viel dringlicheren Aufgaben mangelt. Gut ist, dass sich die niederländische Ratspräsidentschaft

mit der Verfügbarkeit von innovativen und erschwinglichen Arzneimitteln befassen will. Die Niederländische Gesundheitsministerin Edith Schippers hatte bereits die Regierungen der EU und die Kostenträger aufgerufen, mehr Einfluss auf die Gestaltung von Arzneimittelpreisen zu nehmen. Dabei dürfte sie vor allem Deutschland im Blick gehabt haben, denn wir sind das Referenzland für die Preisgestaltung in anderen Staaten.

Unter anderem vor diesem Hintergrund wollen wir uns auf diesem Ärztetag intensiv mit der Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierten Unternehmenszielen beschäftigen. Auch hier gilt es, die Balance zu wahren. Die Balance zwischen dem, was Forschung und Entwicklung an Mitteln brauchen, was der Markt bereit ist zu zahlen, aber auch dem, was in einem solidarisch finanzierten System ethisch vertretbar ist. Es kann nicht sein, dass nur die Leistungsträger im Gesundheitswesen wie wir Ärzte zu sozialgebundenen Tarifen verpflichtet sind, die Pharmaindustrie aber ausschließlich marktorientiert agiert. Ich erwarte sehr spannende Diskussionen morgen Vormittag.

Auf dem letztjährigen Ärztetag in Frankfurt hatten wir, verehrter Herr Minister Gröhe, einige kritische Gedanken zur Krankenhausfinanzierung angemerkt. Leider ist es immer noch nicht gelungen, die Investitionslage der Krankenhäuser durch eine nachhaltige Verpflichtung der Länder zu stabilisieren. Hier, lieber Olaf Scholz, haben wir noch dringenden Nachbesserungsbedarf – und der richtet sich an die Länder. Hamburg ist, wegen seiner weit über die Stadtgrenzen hinaus reichenden Metropolfunktion, hier zwar ein löbliches Beispiel guter, vorausschauender Investitionen, aber in anderen Bundesländern sieht es düster aus. Dieses Thema muss im Bundesrat und auf der Länderebene weiter diskutiert werden. Meine Damen und Herren, wir dürfen es nicht zulassen, dass unsere Krankenhäuser kaputtgespart werden.

Privatisierung allein ist kein Heilsweg – das erleben auch die Mitarbeiter Hamburger Krankenhäuser gerade am eigenen Leibe. Schnelle Managerwechsel, Personalentscheidungen nach Gutsherrenart, „hire and fire“-Prinzipien auch in den Chefetagen der Krankenhäuser, Medizin nach Ebidta – das alles sind Auswüchse einer gewinn- und marktorientierten

Privatisierung, die wir in Hamburg deutlich spüren. Es gärt in den Hamburger Krankenhäusern, aber nicht nur da. Meine Damen und Herren, man kann das Thema Patientensicherheit nicht wie ein Mantra vor sich hertragen, und dann zugleich billigend in Kauf nehmen, dass Ärzte dermaßen unter Druck gesetzt werden. Das ist nicht redlich meine Damen und Herren, das muss sich ändern!

Auch deswegen haben wir das Thema „Medizin und Ökonomie im Krankenhaus“ auf die Tagesordnung gesetzt. Aus der Sicht Leitender Ärztinnen und Ärzte wollen wir die Grenzen ökonomischer Zumutbarkeiten beschreiben und den Vorrang medizinischer Entscheidungen für den einzelnen Patienten herausarbeiten. Wertschöpfung in unserem Gesundheitswesen muss immer einhergehen mit der Wertschätzung von Patienten und Ärzten. Die Prioritäten müssen klar sein: Erst der Patient, dann der Profit. Prof. Weiser, Vorsitzender des Chefarztverbandes, wird uns dazu vortragen.

Und noch ein Thema liegt uns sehr auf der Seele. Das Tarifeinheitengesetz ist verabschiedet worden. Die Klagen auf einstweilige Anordnungen, die auch der Marburger Bund eingereicht hatte, sind vom Bundesverfassungsgericht abgelehnt worden. Nun muss in der Hauptsache entschieden werden.

Ich kann nur dringlich dazu raten, dieses Gesetz schnellstmöglich wieder zu kassieren. In Verbindung mit den beiden eben von mir zuvor angesprochenen Themen „Ökonomisierung“ und „Privatisierung“ braut das Tarifeinheitengesetz einen gefährlichen Cocktail des Unmuts und der Demotivation zusammen. Beides sind Stimmungen, die alles andere als förderlich sind, für eine gute, qualitativ hochwertige, für eine empathische und humane Patientenversorgung – und die sollte doch immer bei unseren Zielen ganz oben stehen!

Sorgen müssen wir uns auch um unseren Nachwuchs machen. Seit bald zehn Jahren reden wir nun über Landarztmangel, Förderung der Allgemeinmedizin, Verbesserung der Studienbedingungen. Im Koalitionsvertrag wird ein Masterplan Medizinstudium 2020 angesprochen, der noch immer aussteht. Die deutsche Ärzteschaft hat eine ganze Reihe von Punkten benannt, die geändert werden müssen. Bei den Auswahlverfahren fordern wir eine stärkere

Gewichtung psychosozialer Kompetenzen. Wir brauchen nicht nur Ärzte, die Herzen transplantieren können, sondern auch Menschen, die mit vollem Herzen dabei sind. Wir müssen die Methodik der Kapazitätsberechnung ändern und diese ausreichend finanziell flankieren. Wir müssen junge Studierende während des Studiums früh genug an die Hausarztmedizin heranführen und dafür an allen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin einrichten. Die Zeit drängt, Herr Minister, denn wer die Ausbildung ändert, muss etwa 15 Jahre warten, bis die Ergebnisse in der Versorgung der Patienten ankommen. Der Masterplan 2020 ist also in Wirklichkeit ein „Versorgungsplan 2035“. So lange aber kann niemand warten. Deswegen brauchen wir eigentlich jetzt einen „Masterplan 2016“! Das sind wir unserem Nachwuchs schuldig!

Schauen wir zum Schluss noch einmal nach Europa:

Ein wenig aus der Balance geraten zu sein scheinen die Verhandlungen der Europäischen Kommission mit den USA über ein gemeinsames Freihandelsabkommen. Wir wollen uns nicht an der grundsätzlichen Diskussion über die Sinnhaftigkeit eines solchen Abkommens beteiligen. Deutschland wäre wohl nicht **die** Exportnation, wenn wir nicht schon viele Handelsabkommen hätten. Aber bei den TTIP-Verhandlungen geht es um mehr. Es geht um den langfristigen Erhalt der Qualität unseres Gesundheitswesens. Wir müssen deshalb sehr darauf achten, dass in den Verhandlungen unsere bewährten Standards nicht verhandelbar werden.

Völlig inakzeptabel finde ich den Verhandlungsansatz der sogenannten „trade offs“. Das heißt etwa: Gibst Du mir etwas für die Autoindustrie, bekommst Du etwas für den Agrarhandel. Dabei geht es nicht nur um Zölle, sondern auch um Standards, die als „Handelshemmnisse“ eingestuft werden.

Es graust mich vor der Vorstellung, wenn Standards der Berufsausübung, der Ausbildung zum Arzt oder des in Deutschland weitreichenden Verbraucher- und Patientenschutzes zum Gegenstand solcher „trade offs“ gemacht werden. Das, meine Damen und Herren, darf niemals passieren!

Zumal der Verhandlungspartner auf europäischer Seite – die europäische Kommission – alles andere als ein vertrauenswürdiger Partner in dieser Sache ist. Ich erinnere an die immer wiederkehrenden Versuche der europäischen Institutionen, über die Normierung von ärztlichen Dienstleistungen in das Berufsrecht einzelner Staaten einzugreifen – trotz eines klaren Verbots im Lissabonner Vertrag! Dieselben Leute verhandeln jetzt über Normen, Standards und Dienstleistungen im transatlantischen Verkehr.

Meine Damen und Herren, da ist maximale Vorsicht besser, als verspätete Nachsicht! Gesundheit ist keine Handelsware! Und deshalb fordern wir, die Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, von der Europäischen Kommission verbindliche Zusagen, dass Gesundheitsdienstleistungen aus dem Abkommen herausgehalten werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie haben es gemerkt: die Laeiszhalle ist ein sehr würdiger Ort, um einen Deutschen Ärztetag zu eröffnen. Die Hamburger Symphoniker sind ein wunderbares Orchester, das nicht nur diesen Raum, sondern auch unsere Herzen mit herrlichen Klängen füllt. Bevor wir aber die Ungarischen Tänze von Johannes Brahms, dem Hamburger Hauskomponisten und Ehrenbürger hören, hat jetzt der Bundesgesundheitsminister das Wort.

Ihnen danke ich für Ihre Aufmerksamkeit