

Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer

und des Deutschen Ärztetages,

Dr. Klaus Reinhardt, zur

Eröffnung des 124. Deutschen Ärztetages

(online)

04. Mai 2021

Sperrfrist: Beginn der Rede

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede

Dass sich die Bundeskanzlerin in einem Grußwort direkt an die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages und die Ärzteschaft insgesamt wendet, verstehen wir als ein Zeichen der Wertschätzung für den enormen Einsatz von Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsberufen in den vergangenen 15 Monaten.

Mehr als 3,4 Millionen Menschen in Deutschland haben sich nachweislich mit dem Corona-Virus infiziert, mehr als 83 000 von ihnen sind an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben. Der Anteil der Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen unter den Infizierten lag bei mehr als 84 000.

Diese Zahlen sind bedrückend – und doch können sie nur ansatzweise einen Eindruck von dem körperlichen und seelischen Leid vermitteln, das die Pandemie und ihre Begleitumstände im Einzelnen verursacht haben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, durch Ihren Einsatz in den Kliniken, auf den Intensivstationen, in den Praxen, in den Gesundheitsämtern und in den Forschungslaboren tragen Sie tagtäglich dazu bei, dieses Leid zu lindern und diese Pandemie so schnell wie möglich zu beenden.

Ihre Arbeit verdient zu Recht großen Dank und Anerkennung!

Ich will es wie die Bundeskanzlerin halten und auch auf die positiven Entwicklungen der letzten Monate blicken.

Die Corona-Pandemie hat die Menschen, die Medizin und natürlich auch die medizinische Wissenschaft herausgefordert.

Schnell und umfangreich wurden staatliche Fördermittel mobilisiert und in die Forschung investiert.

In Deutschland beispielsweise hat das vom Bund geförderte Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin zum Ziel, Maßnahmenpläne, Diagnostik- und Behandlungsstrategien möglichst aller deutschen Universitätskliniken zusammenzuführen und auszuwerten.

Durch diese Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen sollen Strukturen und Prozesse in den Kliniken geschaffen werden, die eine möglichst optimale Versorgung der COVID-19-Erkrankten sicherstellen.

Aber auch weltweit vernetzen sich Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen und teilen ihr Wissen und ihre Daten zu Krankheitsverläufen, Therapiemöglichkeiten, Medikation und Impfstrategien.

Es ist eine großartige Leistung der Wissenschaft und der forschenden Impfstoffhersteller, gerade auch aus Deutschland, dass rund ein Jahr nach Beginn der Pandemie Impfstoffe unterschiedlicher Art verfügbar sind.

Meine Damen und Herren,

dies ist in der Geschichte der Medizin einzigartig.

Unser Gesundheitswesen ist gegenwärtig enorm belastet, gar keine Frage.

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern war es aber zu keinem Zeitpunkt überlastet.

Bilder überfüllter Intensivstationen, wie zum Beginn der Pandemie im italienischen Bergamo, in den USA, im benachbarten Elsass oder ganz aktuell in Indien und anderen Teilen der Welt sind uns erspart geblieben.

Das liegt auch an den vergleichsweise gut ausgestatteten Krankenhäusern und dem dichten Netzwerk und der guten Organisation der ambulanten Versorgung in Deutschland.

Eine der wichtigsten Lehren aus dieser Krise muss deshalb sein, leistungsstarke Strukturen zu erhalten und auszubauen, statt sie, wie von einigen immer wieder gefordert, auszudünnen und auf reine Kosteneffizienz zu trimmen.

Es geht hier um Menschen, meine Damen und Herren, nicht um Margen.

Bei allem, was erfolgreich gelaufen ist, die vergangenen Monate haben auch Defizite unseres Gesundheitswesens offengelegt.

Sei es bei der unzureichenden personellen und technischen Ausstattung der Gesundheitsämter, bei den Meldestrukturen, beim digitalen Ausbau oder bei der Finanzierung unserer Kliniken. Im Übrigen war dort der Arbeitsdruck für Ärzte und Pflegekräfte auch schon vor Corona enorm hoch – nur hat das vorher niemand ernsthaft zur Kenntnis nehmen wollen.

Wir werden diese Schwachstellen aufdecken, akute Handlungsfelder benennen und der Politik konkrete Reformvorschläge unterbreiten – auch und gerade mit Blick auf den kommenden Bundestagswahlkampf.

Nehmen wir zunächst das konkrete Pandemiemanagement in den Blick.

Die Erfahrungen der letzten 15 Monate haben gezeigt, dass die Krisenreaktionsfähigkeit in diesem Land im Falle einer pandemischen Lage dringend optimiert werden muss.

Natürlich ist zu konstatieren, dass man sich wohl nie bis ins letzte Detail auf eine Krise solchen Ausmaßes vorbereiten kann.

Völlig unvorhersehbar war die Pandemie aber nicht.

Ich erinnere an die Bundestagsdrucksache 17/12051 „Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz“. Eine Unterrichtung des Bundestages durch die Bundesregierung.

Das Papier aus dem Jahr 2012, in dem eine Pandemie durch das fiktive Virus „Modi-Sars“ skizziert wurde, liest sich wie das Drehbuch für das Infektionsgeschehen der letzten 15 Monate.

Ein neues Virus verbreitet sich weltweit von einem Markt in Asien.

Als Symptome werden trockener Husten, Fieber, Schüttelfrost und Atemnot genannt.

Die besondere Risikogruppe sind ältere Menschen.

Gegenmaßnahmen sollten Schulschließungen, Absage von Großveranstaltungen, Isolierung Kranker, Quarantäne von Kontaktpersonen und die Verlangsamung des öffentlichen Lebens sein.

Es entstehen Engpässe bei Arzneimitteln, Medizinprodukten, persönlichen Schutzausrüstungen und Desinfektionsmitteln.

Man schaut noch einmal ungläubig auf das Datum dieses Papiers. Und, meine Damen und Herren, tatsächlich: Es liegt mittlerweile fast zehn Jahre zurück.

Wir können und wir sollten also beim nächsten Mal besser vorbereitet sein.

Für den Ernstfall müssen Reserven für relevante Medizinprodukte, wichtige Arzneimittel sowie unentbehrliche Grundsubstanzen zum Beispiel für die Impfstoffproduktion angelegt werden.

Wir brauchen gesetzlich verankert feste Krisenstäbe der Bundesländer – natürlich unter Einbezug der (Landes-)Ärzttekammern – mit klar definierten Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten.

Notwendig sind gesetzlich vorgegebene regelmäßige Übungen für alle an der Umsetzung der Pläne Beteiligten.

Und wir müssen die Meldestrukturen europaweit abstimmen und miteinander grenzüberschreitend kompatibel machen.

Das alles ist wichtig, aber es reicht nicht.

Wir müssen auch Strukturreformen in unserem Gesundheitswesen angehen.

Stichwort Öffentlicher Gesundheitsdienst:

Die personellen und strukturellen Defizite des ÖGD sind seit Langem bekannt. Der 117. Deutsche Ärztetag hatte den Reformbedarf im Öffentlichen Gesundheitsdienst bereits im Jahr 2014 – notabene – zu einem Schwerpunktthema gemacht.

Gehört wurden wir mit unseren Forderungen damals allerdings wiederum nicht.

Es ist dem großen persönlichen Engagement der Beschäftigten im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu verdanken, dass die Gesundheitsämter trotz unzureichender personeller und

technischer Ausstattung ihren vielfältigen Aufgaben in dieser Krise weitgehend nachkommen konnten.

Und es ist gut, dass Bund und Länder mit ihrem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, der vom Bund immerhin vier Milliarden Euro für Personal und Technik vorsieht, nun endlich umsteuern wollen.

Darüber hinaus brauchen wir eine grundsätzliche Strukturreform des ÖGD – auch um die Koordination der Gesundheitsämter untereinander und vor allem mit den Ärzten in Kliniken und Praxen zu verbessern.

Und wenn wir mehr Ärztinnen und Ärzte für den ÖGD gewinnen wollen, dann brauchen wir auch die entsprechenden finanziellen Anreize.

Wir fordern deshalb, eine tariflich gesicherte, arzt spezifische Vergütung der Amtsärztinnen und Amtsärzte.

Die Pandemie hat auch gezeigt, dass wir über das Thema Krankenhaus neu nachdenken müssen.

Wir brauchen eine bundesweit abgestimmte Klinikplanung und mehr länderübergreifende Kooperationen.

In den vergangenen Monaten ist in dieser Hinsicht schon einiges entstanden, was vorher undenkbar war. Denken Sie an das DIVI-Intensivregister und die große Bereitschaft der Kliniken, sich untereinander auszuhelfen.

Wir müssen diese Erfahrungen für eine moderne und zukunftsfeste Krankenhausplanung nutzen.

Eine moderne Krankenhausplanung muss mehr kooperative Versorgungskonzepte, die Möglichkeiten der belegärztlichen, beziehungsweise der sektorenübergreifenden Versorgung berücksichtigen.

Wir brauchen nicht überall alles. Nicht jedes Krankenhaus muss jede Behandlung anbieten.

Wir benötigen vielmehr ein funktional und nach einheitlichen Kriterien abgestuftes, subsidiär strukturiertes Netz einander ergänzender Kliniken – also spezialisierte größere Zentren in Ballungsräumen und eine gesicherte Grundversorgung in der Fläche.

Sinn und Zweck von Zusammenlegungen muss es immer sein, Synergien zu nutzen, die Wettbewerbssituation zwischen den Kliniken zu reduzieren und den Produktivitätsdruck, der seit Jahren auf ärztlichem und pflegerischem Personal lastet, abzubauen.

Insofern darf es Personalabbau angesichts des stetig steigenden Behandlungsbedarfs definitiv nicht geben. Wie wichtig leistungsstarke stationäre Versorgungsstrukturen sind, hat uns die Pandemie doch nun allen – so meine ich – deutlich vor Augen geführt.

Wir müssen deshalb den Personalbedarf sowie Reservekapazitäten für Notfälle viel stärker als bisher in der Krankenhausplanung und -finanzierung berücksichtigen.

Eine moderne Krankenhausplanung muss außerdem durch eine Neustrukturierung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung und der Krankenhausvergütung flankiert werden.

Einer der wesentlichen Fehler im System ist der durch die Länder verursachte Investitionsstau. Im Jahr 2019 belief sich der Investitionsbedarf laut DKG auf 6,2 Milliarden Euro. Stellt man die

2019 tatsächlich geleisteten Förderungen gegenüber, ergibt sich eine Differenz von mehr als 50 Prozent.

Diese Missstände haben maßgeblich die Bundesländer zu verantworten. Sie kommen ihrer Pflicht zur Finanzierung von Investitionen nicht nur sehr unterschiedlich, sondern meist auch völlig unzureichend nach. Das beklagen wir übrigens ebenfalls schon seit über zwanzig Jahren.

Das ist nicht die weltfremde Forderung, völlig frei von ökonomischen Gesetzmäßigkeiten ärztlich handeln zu dürfen, sondern der Einsatz für Strukturen, die eine humane, fürsorgliche und sorgfältige Medizin ermöglichen.

Weitere zwanzig Jahre, meine Damen und Herren, können wir diesen Verhältnissen nicht mehr tatenlos zuschauen.

Der bloße Appell an die Bundesländer reicht offensichtlich nicht aus. Wenn wir wirklich den Investitionsstau auflösen wollen, dann ist eine dauerhafte additive Kofinanzierung durch den Bund unerlässlich.

Ich sagte es schon: Unser Gesundheitswesen ist durch die Pandemie enorm belastet. Es war aber zu keinem Zeitpunkt überlastet.

Das liegt auch daran, dass der weit überwiegende Teil der Covid-19-Patienten von den niedergelassenen Haus- und Fachärzten betreut wird. Sie entlasten die Kliniken, die ihre Kapazitäten für die Versorgung schwerer Verläufe nutzen können.

Dabei hat die Pandemie die Abläufe in Haus- und Facharztpraxen in sehr unterschiedlicher Weise, zumeist aber sehr einschneidend verändert.

Viele Kolleginnen und Kollegen waren und sind von rückläufigen Patientenzahlen betroffen.

Welche gesundheitlichen Folgen unterlassene Arztkonsultationen unter anderem aus Angst vor Ansteckung für die Patienten haben, ist nochmal ein ganz eigenes Thema.

Für viele Praxen wären die wirtschaftlichen Folgen verheerend gewesen, wenn der Bund nicht gleich zu Beginn der Pandemie durch entsprechende Verpflichtungen der Krankenkassen einen finanziellen Schutzschirm gespannt hätte.

Sehr geehrter Herr Minister Spahn, dabei haben Sie durch Ihren ganz persönlichen Einsatz dafür gesorgt, dass die Praxen im vergangenen Jahr finanziell stabilisiert und in ihrer Existenz gesichert wurden. Das erkennen wir ausdrücklich an und sind auch dankbar.

Und die Fortschreibung des Schutzschirms, wenn auch in reduzierter Form, ist weiterhin hilfreich. Warum nun aber – und diese Anmerkung erlauben Sie mir – Umsatzverluste aus extrabudgetären Leistungen – dazu zählen im Übrigen Vorsorgeleistungen für Kinder und ambulante Operationen – letztlich durch die KVen, also durch die Ärztinnen und Ärzte selbst ausgeglichen werden sollen, erschließt sich mir nicht.

Meine Damen und Herren,

diese Beispiele zeigen, dass trotz der vielen in den letzten Jahren angestoßenen Gesetzesinitiativen wesentliche Reformen in der nächsten Legislaturperiode noch ausstehen.

Dazu zählt nach 30 Jahren Stillstand zweifelsohne auch die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte.

Zum Vergleich: Die Vergütung der Rechtsanwälte ist zum 1. Januar 2021 neu aufgelegt worden, nachdem sie zuvor im Jahr 2013 novelliert wurde. Die Novelle bewirkt eine lineare Erhöhung der Gebühren des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes um 10 Prozent, in sozialrechtlichen Angelegenheiten um 20 Prozent.

Es ist ein kleiner Skandal, dass der freie Beruf Arzt nach 30 Jahren immer noch keine reformierte, moderne Gebührenordnung erhalten hat.

Herr Minister, wir hätten uns gewünscht, dass wir die Reform der ärztlichen Gebührenordnung ebenfalls in dieser Legislaturperiode gemeinsam umgesetzt hätten.

Nach dem Bericht der von der Regierung eingesetzten Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem Anfang des letzten Jahres hätte es so weit sein können.

Die KOMV hat sich klar zu dem Erhalt der Vergütungssystematiken in der vertragsärztlichen sowie der privatärztlichen Versorgung und damit zu dem Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland bekannt. Gleichzeitig hat sie Reformbedarf bei EBM und GOÄ angemahnt.

Unmittelbar nach Vorlage des KOMV-Berichts kam Corona. Aus nachvollziehbaren Gründen wurden dann zunächst andere politische Prioritäten gesetzt.

Wir haben aber die Zeit genutzt und im Konsens der beteiligten 165 ärztlichen Berufsverbände und medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Arbeiten an einer neuen GOÄ fortgeführt.

Die neue GOÄ soll 5595 Leistungspositionen enthalten statt bisher 2916. Alle Leistungsinhalte sind zwischen der Bundesärztekammer, den Fachverbänden und dem PKV-Verband

konsentiert. Diese Leistungen wurden jetzt zunächst ärztlicherseits betriebswirtschaftlich bewertet und stellen die fertige sogenannte „ärzteeigene“ Version einer neuen GOÄ dar.

Viele, auch von der KOMV, genannten Ziele für ein modernes Vergütungssystem sind in dem Entwurf abgebildet.

So wird die von der KOMV geforderte Förderung der Arzt-Patienten-Kommunikation durch zeitgetaktete Gesprächsleistungen umgesetzt, ebenso wie die bessere Koordination komplexer Behandlungen, intersektorale und interprofessionelle Teamleistungen.

Damit hat die Bundesärztekammer eine nach betriebswirtschaftlichen Kriterien entwickelte ärzteeigene GOÄ mit einer rationalen Systematik und medizinisch-wissenschaftlich erarbeiteten Leistungslegenden vorgelegt.

Parallel laufen die finalen Verhandlungen mit dem PKV-Verband an einem gemeinsamen GOÄ-Vorschlag im Hinblick auf die Leistungsbewertungen weiter.

Von unserer Seite steht einer schnellen Umsetzung der Novelle nach der Bundestagswahl nun wirklich nichts mehr entgegen.

Jetzt ist die Politik tatsächlich am Zug. Und Ausreden gibt es keine mehr.

Wir müssen die leistungsstarken Strukturen unseres Gesundheitswesens sichern und zukunftsfähig machen.

Dazu gehört auch, die konsequente Förderung sinnvoller digitaler Anwendungen und der Ausbau der digitalen Infrastruktur.

Wir haben in den letzten Monaten gesehen, dass Telemedizin und Videosprechstunden eine sinnvolle Ergänzung zu herkömmlichen Versorgungsformen sein können.

Die Pandemie hat aber auch gezeigt, wie weit einzelne Bereiche des Gesundheitswesens von einem sinnvollen, bedarfsgerechten und standardisierten Informationsfluss in den medizinischen Versorgungsprozessen entfernt sind.

Ich weiß, Herr Minister, dass Sie nach den vielen Jahren des Stillstands bei der eGK nun endlich Tempo machen wollen. Und ich unterstütze Sie dabei ausdrücklich.

Bereits erprobte Anwendungen der Telematikinfrastuktur, wie der Notfalldatensatz und der elektronische Medikationsplan, sollten zügig in den Versorgungsalltag eingeführt werden. Das würde den konkreten Nutzen der Telematik endlich für alle Patienten und Ärzte erfahrbar machen.

Ich warne aber zugleich vor einer zu engen Taktung bei der Digitalisierung, die keine Zeit mehr dafür lässt, neue Anwendungen mit der dafür notwendigen Gründlichkeit auf ihre Praxistauglichkeit hin zu erproben.

Die vom Gesetzgeber beschlossenen Fristen für die nächsten Digitalisierungsschritte wären schon ohne Pandemie nicht zu halten. Zumal wir nicht davon ausgehen können, dass das Ausrollen neuer digitaler Anwendungen friktionsfrei verläuft.

Nur ein Beispiel: In einem Feldtest hat die gematik die Anwendung Notfalldaten getestet. Während fast alle beteiligten Ärzte die Anwendung Notfalldaten des Patienten auf der eGK für sinnvoll hielten, bemängelten allerdings sechs von zehn Ärzten die Praktikabilität im Praxisalltag.

Und bei einem Drittel der teilnehmenden Praxen traten technische Probleme beim Aufspielen der notwendigen Software auf.

Eine 30-prozentige Fehlerquote ist definitiv inakzeptabel. An dieser Stelle muss von der Industrie nachgebessert werden.

Ich bleibe deshalb dabei: Die Anwendungen, die nicht primär die Patientenbehandlung unterstützen, sollten verschoben werden.

Das betrifft das eRezept und auch die eAU.

Stattdessen sollten die medizinischen Anwendungen wie Notfalldaten, eMP und ePA endlich von der Industrie praxistauglich umgesetzt werden. Und, Herr Minister, natürlich müssen auch die Sanktionen gestrichen werden.

Das gilt vor allem für Sanktionen, die an die Verfügbarkeit notwendiger Ausstattungen anknüpfen, aber bereits heute erkennbar ohne Verschulden der Ärzteschaft nicht zu den gesetzlich vorgesehenen Terminen zur Verfügung stehen werden.

Durch die verspätete Verfügbarkeit zugelassener ePA-Konnektoren wird der ebenfalls mit Sanktionen behaftete Termin zum 30. Juni 2021 zur Ausstattung der Arztpraxen mit ePA-Komponenten wohl kaum eingehalten werden können.

Weiterhin gibt es nach Auskunft der Vertrauensdiensteanbieter derzeit mehrere Tausend Bestellungen für den eHBA, welche nur mit deutlichem Verzug von mindestens vier bis sechs Wochen produziert und ausgeliefert werden können.

Dieser Bearbeitungsstau macht eine Vollaussattung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und damit eine Betriebsbereitschaft zum 30.06.2021 schlichtweg unmöglich.

Für all diese Verzögerungen, Herr Minister, sind nicht die Ärzte verantwortlich. Gleichwohl hängt nach wie vor das Damoklesschwert der Sanktionen über den Praxen.

Das bringt weder Vertrauen noch Motivation in den Prozess der Digitalisierung.

Wir appellieren deshalb dringend an Sie, sehr geehrter Herr Bundesminister, die aktuellen Gesetzgebungsverfahren zu nutzen,

um bestehende Sanktionsmechanismen vollständig zu streichen beziehungsweise zumindest auszusetzen.

Wenn wir es gut machen, hat die Digitalisierung das Potenzial, sowohl die Prozesse als auch grundsätzliche Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung positiv zu verändern. Aber wir müssen es eben auch wirklich gut machen!

Digitalisierung ist allerdings kein Selbstzweck. Sie muss sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren und nicht an den Marktinteressen.

Das gilt auch für alle anderen Bereiche unseres Gesundheitswesens.

Preiswettbewerb, Kosteneffizienz und Renditestreben aber bestimmen mehr und mehr unseren ärztlichen Alltag.

Ärztinnen und Ärzte werden von Klinik- und Kostenträgern und vor allem auch von kapitalgetriebenen Fremdinvestoren im ambulanten Bereich zunehmend angehalten, in rein betriebswirtschaftlichen Dimensionen zu denken und nach kommerziellen Vorgaben zu handeln.

Zugleich sehen sich die Kolleginnen und Kollegen aber in der Pflicht, ihr ärztliches Handeln an den Prinzipien der ärztlichen Ethik, auf der Grundlage des Genfer Gelöbnisses auszurichten.

Immer mehr Kolleginnen und Kollegen geraten dadurch in schwer auflösbare Zielkonflikte.

Lassen Sie mich deshalb an dieser Stelle in aller Deutlichkeit darauf hinweisen: Alle Ärztinnen und Ärzte sind Freiberufler,

unabhängig davon, ob sie in eigener Praxis tätig sind oder in einem Angestelltenverhältnis.

Das Spezifische des Arztberufes als freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Dies gibt unsere Berufsordnung klar und eindeutig vor. Diese professionelle Autonomie dient einzig und allein dem Interesse der Patientinnen und Patienten.

Sie ist die Grundvoraussetzung für ein individuelles Patienten-Arzt-Verhältnis – und damit im weitesten Sinne ein Patientenrecht.

Freiberuflichkeit ist somit keine überkommene Folklore aus längst vergangenen Zeiten – auch wenn das Teile der Politik und manche Kostenträger nur allzu gerne glauben machen wollen.

Nein. Freiberuflichkeit ist das Fundament, auf dem die Gesellschaft ihr Vertrauen in die Ärzteschaft stützen kann.

Meine Damen und Herren,

Wir haben uns deshalb immer gegen die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen gestemmt.

Wir sehen Kliniken und Praxen als Einrichtungen der Daseinsvorsorge und nicht als Industriebetriebe oder lukrative Renditeobjekte finanzstarker Fremdinvestoren.

Wir haben öffentlich und mit Nachdruck vor den negativen Folgen des Kostendrucks und des Shareholder Value auf die Patientenversorgung gewarnt.

Und wir haben mittlerweile, zumindest in Teilen der Politik, ein Bewusstsein dafür geschaffen, das Mantra von mehr Markt und Wettbewerb kritisch zu hinterfragen.

Das ist ein Anfang, ja. Aber dem müssen jetzt konkrete gesetzliche Maßnahmen folgen.

In den Krankenhäusern sind Fehlanreize des DRG-Fallpauschalensystems zu beheben. Die Vergütungssystematik muss an die tatsächlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden.

Und wir brauchen eine grundlegende Reform der Krankenhausbetriebsmittelfinanzierung. Diese muss sich prioritär an den Kriterien Personalbedarf, und zwar des tatsächlichen Personalbedarfs, an der Personalentwicklung, der Flächendeckung und – das hat uns die Corona-Pandemie vor Augen geführt – an notwendigen Vorhalteleistungen ausrichten.

Im ambulanten Bereich brauchen wir endlich eine Begrenzung der Beteiligungsmöglichkeiten von Fremdinvestoren.

Insbesondere sind die Größe und der Versorgungsumfang von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu begrenzen.

MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser sind an einen fachlichen und räumlichen Bezug zum Versorgungsauftrag zu koppeln.

Anträge auf Zulassung sowie auf Anstellung eines Arztes sind dann abzulehnen, wenn das MVZ eine marktbeherrschende Stellung erlangt.

Und schließlich sollten Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge mit externen Kapitalgebern unterbunden werden.

Darüber hinaus sollten in einem Register alle MVZ und deren Trägerschaft aufgeführt werden. Nur so schafft man mehr Transparenz für Patienten und Ärzte über die im Bereich des im SGB V agierenden Finanzinvestoren.

Verstehen Sie mich nicht falsch, ökonomisches Handeln ist auch im Gesundheitswesen eine Selbstverständlichkeit. Das ist überhaupt keine Frage. Aber die Ökonomie muss den Zielen der Medizin dienen – und nicht umgekehrt.

Erst kommt der Patient, dann der Profit – das muss sich endlich in das kollektive Gedächtnis einbrennen.

Ärzte sind keine Erfüllungsgehilfen kommerzieller Interessen im Gesundheitswesen und sie sind auch keine Glieder einer Wertschöpfungskette.

Unsere Aufgabe ist es vielmehr, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und – das wird uns auf diesem Ärztetag ganz besonders beschäftigen – Sterbenden Beistand zu leisten.

Sie alle kennen das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar des letzten Jahres zum assistierten Suizid.

Das Bundesverfassungsgericht hat zum Ausdruck gebracht, dass das Verbot der organisierten, regelhaften Beihilfe zum Suizid nicht zulässig ist, weil es die Autonomie des Einzelnen unangemessen einschränkt.

Das ist die Kernbotschaft des Urteils.

Aber erlauben Sie mir zugleich an dieser Stelle kurz innezuhalten und zur Nachdenklichkeit darüber anzuregen, was

Bundestagspräsidenten Wolfgang Schäuble in dem Zusammenhang sagte:

„Dieses Gesetz ist von den Verfassungsrichtern überraschend auf der Grundlage einer Interpretation des Grundgesetzes verworfen worden, die man so vornehmen kann, aber nicht so vornehmen muss.“

Auf diesem Ärztetag werden wir die berufsrechtlichen Implikationen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts eingehend erörtern und darüber diskutieren, ob und wenn ja wie wir unsere Berufsordnung an dieser Stelle anpassen müssen.

Für mich persönlich ist die Hilfe zur Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe.

Das Bundesverfassungsgericht hat nun zwar das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe gekippt, gleichzeitig aber auf Schutzkonzepte und Sicherungsmechanismen hingewiesen, um Sterbehilfeorganisationen Grenzen zu setzen.

Es ist gut, dass der Bundestag in die Debatte über entsprechende gesetzliche Neuregelungen eingestiegen ist.

Wir brauchen hier klare gesetzliche Vorgaben. So lange wir diese nicht haben, können selbsternannte Sterbehelfer machen, was sie wollen. Das kann und das darf so nicht bleiben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die letzten 15 Monate der Corona-Pandemie haben uns drastisch vor Augen geführt, welche wichtigen Aufgaben Ärztinnen und Ärzten als Vertrauensperson, als Trostspender und viel zu oft auch als Trauerbegleiter erfüllen müssen.

Besonders im Fokus der Öffentlichkeit steht die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals auf den Intensivstationen. Sie leisten unter schwersten Bedingungen Herausragendes, nicht nur medizinisch, sondern auch in der menschlichen Begleitung der Patienten und Angehörigen.

Die Pandemie hinterlässt aber in vielen Bereichen ihre Spuren – bei den Menschen in den Heimen, die oft monatelang keinen Besuch empfangen durften, bei verunsicherten Patienten in unseren Haus- und Facharztpraxen und bei den vielen Menschen, die unter sogenannten Kollateraleffekten der Pandemie leiden.

Diese Kollateraleffekte sind lange unterschätzt worden, seien es dringend notwendige Behandlungen, die nicht begonnen wurden, Früherkennungsuntersuchungen, die ausgesetzt wurden, oder die erheblichen psychosozialen Folgen der Eindämmungsmaßnahmen für Kinder und Ältere.

Wenn wir aus dieser Pandemie nachhaltig lernen wollen, müssen wir auch hier ansetzen und die umfassenden gesundheitlichen Auswirkungen der Corona-Eindämmungsmaßnahmen eingehend wissenschaftlich evaluieren – ehrlich, unvoreingenommen und konstruktiv in die Zukunft gerichtet.

Vor allem die Auswirkungen auf die Kinder bedürfen aus meiner Sicht dabei einer ganz besonderen Erwähnung. Es geht dabei nicht nur um entstandene schulische Bildungsdefizite, sondern mehr noch darum, dass viele Kinder wichtige Entwicklungsphasen in sozialer Isolation erlebt haben.

Es steht uns Ärzten gut an, den gesamten Bogen rund um das Pandemiegeschehen im Auge zu behalten.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, die Bundeskanzlerin hat zu Recht auf das große Engagement der Ärztinnen und Ärzte hingewiesen.

Diese Anerkennung macht Mut.

Gemeinsam werden wir diese Pandemie weiter überwinden und unser Gesundheitswesen krisen- und zukunftsfest ausgestalten.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.