

Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer

und des Deutschen Ärztetages,

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, zur

Eröffnung des 122. Deutschen Ärztetages

im Messe und Congress Centrum (MCC) Halle Münsterland

in Münster

am 28. Mai 2019

Sperrfrist: Beginn der Rede

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede,

Europa hat gewählt.

Mit dem Ergebnis kann eigentlich niemand zufrieden sein.

Die Mitte löst sich zunehmend auf, die Ränder werden immer stärker.

Und dabei gibt es auch Verrückte, die zur Wahl antreten, obwohl sie die Wahl gar nicht wollen und den Gedanken „Europa“ ablehnen. Noch schlimmer aber ist, dass wir auch solche haben, die Europa von innen heraus zerstören wollen.

Dabei gibt es doch längst gar keine Alternative mehr zum Gedanken eines starken Europa. Gerade die wirtschaftlichen Auseinandersetzungen zum Beispiel zwischen China und den USA zeigen uns doch, wie groß wir wirklich sind. Und wieviel kleiner jeder ist, der den sicheren Hafen Europas verlässt.

An dem Verdruss über Europa ist aber die Kommission nicht unschuldig. Noch nie hat eine europäische Kommission mehr enttäuscht, als die von Jean-Claude Juncker.

Wirtschaftshörig auf der einen Seite, kleinkariert zentralistisch auf der anderen, haben wir gerade im Gesundheitswesen dauernde Verstöße gegen die Regeln der Subsidiarität und ein überbordendes europäisches Bürokratismus erlebt. Als Beispiel seien hier nur die Regeln zur Überprüfung von Arzneimittelzulassungsstudien durch Ethikkommissionen genannt. Sie stellen die Interessen der Industrie klar über einen hohen Patientenschutz. Oder aber die Proportionalitätsregeln, die kleinkariert in die Berufszulassungsregeln eingreifen.

Man könnte diese Liste problemlos fortsetzen!

Wir haben deswegen klare Erwartungen an die neue Kommission:

Es muss gelingen, europäische Institutionen wieder auf die Kernaufgaben Binnenmarkt, Mobilität der Menschen und Sicherung der Stabilität zu beschränken.

Die Subsidiarität der Mitgliedsstaaten muss wieder beachtet werden.

Wir haben bewusst keine europäische Regierung gewählt, sondern ein Parlament und eine Kommission, die sich auf diese im Vertrag von Lissabon festgelegten Kompeten-

zen beschränken muss. Nur so wird es gelingen, das Ausscheren weiterer Staaten aus der europäischen Solidarität zu verhindern.

Kandidaten hierfür gibt es ja bereits genug. Ihr Austrittswunsch wird lediglich durch die Subventionszahlungen der EU gedämpft.

Aber mit europäischem Geld und Subventionen kann man keine europäische Solidarität kaufen. Vielmehr müssen beide Seiten – Kommission und Mitgliedsstaaten – die Regeln einhalten.

Wie leicht es ist, Regelverstöße populistisch auszunützen, erleben wir ja gerade in Großbritannien. Eine unfähige Regierung, ein verantwortungsloses Parlament, selbstverliebte Politiker aus tradierten „Pseudoeliten“ treiben dieses Land in die größte Krise seiner Geschichte.

Man sehnt den Tag der definitiven Entscheidung inzwischen geradezu herbei, zumal ja ein Richtungswechsel in London trotz der quälenden Debatten nicht zu erkennen ist.

Wir haben jedenfalls zusammen mit der BMA, deren Generalsekretär ich hier an dieser Stelle besonders herzlich unter uns begrüßen möchte, alles erdenklich Mögliche getan, um aus dem Austritt des Vereinigten Königreiches möglichst wenig Schaden für Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten und für die gemeinsamen Bemühungen um eine globale Gesundheitsversorgung entstehen zu lassen.

Ich freue mich auch darüber, dass die BMA Mitglied im Ständigen Ausschuss der Ärzte der europäischen Union bleibt – wir werden weiterhin gemeinsam Schadensbegrenzung betreiben, Zukunftsmodelle entwickeln und den europäischen Gedanken fortentwickeln.

Der Brexit aber wird auch bei uns Folgen haben: Nicht nur für die Mobilität von Ärztinnen und Ärzten – das kann man noch relativ leicht lösen.

Viel schwerer wiegend sind zum Beispiel die Risiken verfallender Zulassungen – was in UK als Medizinprodukt zugelassen ist, wird nicht mehr automatisch eine Lizenz in Europa haben.

Welcher Arzt aber kann das Haftungsrisiko auf sich nehmen, ein nicht zugelassenes Medizinprodukt zu verwenden? Hier brauchen wir noch klare Regeln und Hinweise unserer Regierungen, damit wir und unsere Patienten nicht am Ende das politische Problem ausbaden müssen. Hier könnten die vielen Brüsseler Bürokraten übrigens

einmal richtig hilfreich sein, indem sie einmal tatsächlich praxistaugliche Lösungen entwickeln.

Meine Damen und Herren, ich habe natürlich bewusst den Einstieg in meine Rede über Europa gewählt.

Das ist in der Tat das aktuell brennendste Problem.

Es zeigt aber vor allem, wie schwer es ist, das rechte Maß und die rechte Mitte zu halten.

Vor dieser Herausforderung steht aber auch die nationale Gesetzgebung.

Lieber Herr Minister Spahn, Sie haben uns in der letzten Zeit mit einer Fülle von Gesetzentwürfen, Ideen und Vorschlägen konfrontiert, die in zum Teil atemberaubendem Tempo kamen.

Manch einer atmete schon ein wenig auf, als Sie bei der Vorlage Ihres e-Health-Gesetzes am 15. Mai verkündeten, dies sei aber nun auch wirklich der letzte Gesetzentwurf aus Ihrem Haus – vor der Sommerpause wohlgemerkt.

Ich will jetzt nicht alle einzeln aufzählen, will auch nicht verhehlen, dass in einigen – sogar in den von uns besonders kritisierten Gesetzen wie zum Beispiel dem TSVG – positive Elemente stecken.

Ja, die strukturübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung ist etwas Gutes. Ja, die bessere Vergütung vieler Leistungen macht Sinn.

Und im Bereich Organspende haben Sie mit Ihrem schon verabschiedeten Gesetz wahrscheinlich einen riesigen Fortschritt für die Menschen auf der Warteliste erreicht. Und Sie halten auch Kurs bei den schweren ethischen Dilemmata vor allem zu den Themen, die das Ende des Lebens betreffen.

Hier ziehen wir – die deutsche Ärzteschaft und Sie – gemeinsam an einem Strang – und das sogar in dieselbe Richtung!

Aber diese Rede zur Eröffnung eines Deutschen Ärztetages soll nicht der gegenseitigen Bescheinigung von Zustimmungen, Übereinstimmungen und Freundlichkeiten dienen.

Es ist nun mal auch die Bewertung der kritischen Bestandteile Ihrer Politik angesagt. Ich weiß, Sie werden mir nachher mit gleicher Münze heimzahlen. Darauf freue ich mich schon. Jetzt aber zur Sache.

In vier Punkten Ihrer Gesetzgebung sehen wir Angriffe auf oder Eingriffe in unsere Tätigkeit und sind deswegen nicht nur kritisch, sondern sogar ablehnend.

Beginnen möchte ich mit Ihrem Verständnis von Selbstverwaltung. Ihnen wird Ungeduld nachgesagt, das kann Schwäche und Stärke sein. Stärke, wenn Ungeduld produktiv den Druck erhöht und den vermeintlich gordischen Knoten platzen lässt. Schwäche aber dann, wenn es zu kontraproduktivem Überdruck kommt.

Es war stark, wie Sie beim Organspendegesetz Krankenkassen, Leistungserbringer und Politik zusammengebracht haben. Ich habe es schon gesagt: das ermöglicht einen riesigen Sprung nach vorne für die Patienten.

Aber musste beim TSVG die Anhebung der Pflichtstundenzahl der Vertragsärzte von 20 auf 25 wirklich sein?

Dient das wirklich der Versorgung oder werden damit nicht Scheinprobleme adressiert, die dann natürlich aus dem Dunstkreis Ihres Koalitionspartners mit völlig inadäquaten Assoziationen zu faulen, nur noch golfspielenden Ärzten konnotiert wurden?

Und tat der enteignungsgleiche Eingriff in die Besitzverhältnisse der gematik wirklich Not?

Es wird natürlich spannend sein zu sehen, wie Sie als Mehrheitsbesitzer dieses Unternehmens jetzt erfolgreicher sein werden als die Selbstverwaltungspartner.

Schließlich hatte das BMG über Jahre, und zwar von 2005 bis 2010, per Rechtsverordnung direkt in die Entscheidungen der gematik eingegriffen.

Und ich glaube wir sind uns einig, dass in dieser Zeit viele Probleme eher gewachsen sind.

Ich denke an das Rumgeeiere mit den Testregionen, das am Ende sowohl bei den Ärzten wie auch bei Industrie zu einem erheblichen Vertrauensverlust geführt hat.

Das Kernproblem ist doch nicht die Gesellschaftsstruktur der gematik; vielmehr liegt es in den von Ulla Schmidt 2004 gemachten Vorgaben der §§ 68, 291, 291 a-g, 292 und 293 SGB V, in denen die Quadratur des Kreises verlangt wird.

Hier muss man ansetzen und wieder Maß und Mitte finden, damit Lösungen entwickelt werden können, die auch Sinn machen, die von der Industrie verarbeitet werden können, die Patienten, Ärzten Krankenhäusern und Krankenkassen auch nützen.

Und erlauben Sie mir den Hinweis. Als wir darum stritten, ob es wirklich sinnvoll sei, dass das BMG Mehrheitsgesellschafter an der gematik würde, haben Sie mich entwaffnend gefragt: „...*wollen Sie wirklich gegen einen mehrheitlich gefassten Beschluss des Deutschen Bundestages vorgehen?*“

Nein, Herr Minister, mir ist klar, das kann ich nicht; aber genauso klar ist auch, wenn ich könnte, würde ich!

Denn ich bin von der Sinnhaftigkeit, der Vernunft und der Umsetzbarkeit mancher Beschlüsse des Deutschen Bundestages zu dieser Thematik nicht überzeugt.

Und daran können Sie sehen, wir haben ein unterschiedliches Verhältnis zur Selbstverwaltung. Ich bin – trotz mancher Probleme – von ihr zutiefst überzeugt.

Ich weiß, was sie kann, ich weiß, was sie alles leistet. Und ich weiß auch, dass ihr scheinbares Nichtleisten sehr oft nicht ein Problem der Selbstverwaltung an sich ist.

Sondern es liegt an den nicht erfüllbaren, politisch gemachten Vorgaben!

Um in einem Bild zu bleiben: Erst stellt man den Hamster ins Rad und dann, wenn er so richtig rennt, zieht man die Bremsen an, damit er noch ordentlich ins Schwitzen kommt. Und wenn er dann erlahmt, wirft man ihm Versagen vor.

Der zweite Punkt, an dem wir wohl nicht ohne Weiteres einer Meinung sind, befasst sich mit der Professionalität des Arztberufes.

Ja, wir Ärzte klagen über zu viel Arbeit, zu wenig Kolleginnen und Kollegen, dauernde zeitliche Überforderung, Burnout und mehr. Mit diesen Phänomenen wird sich dieser Ärztetag übrigens in einem eigenen Tagesordnungspunkt zur Resilienz, zur Gesundheit des Arztes selbst, befassen.

Ihre Antwort darauf ist eine Fülle von Gesetzentwürfen, mit denen Sie am Rande ärztlicher Tätigkeit neue Berufe kreieren, bekannte Berufe verselbstständigen, durch Verlagerung von zentralen Berufsinhalten auf Andere an die Professionalität des Arztberufes herangehen. Wir aber meinen: Es braucht mehr Ärzte – mehr Studienplätze, mehr Möglichkeiten zur Weiterbildung! Patienten haben in einem hochentwickelten Gesundheitswesen vor allem ein Anrecht auf Ärztinnen und Ärzte!

Ein Beispiel dieser Deprofessionalisierung ist das völlig überflüssige Gesetz zur Installation einer eigenen, grundständigen Psychotherapeutenausbildung.

Angeblich geht es dabei nur um Ausbildung, in Wahrheit aber soll die gesamte Psychotherapie – also ein kleines Verfahren innerhalb des weiten Spektrums ärztlicher Leistungen – aus der Medizin herausgelöst werden und zu einem eigenen Beruf erhoben werden.

Bedenken wir dabei: die Psychotherapie ist eine ärztliche Technik; noch heute üben sehr viel mehr Ärzte die Psychotherapie aus als Andere.

Allein schon die Namensgebung erweckt falsche Vorstellungen. In Zukunft soll ein im fünfjährigen Bachelor- und Masterverfahren ohne größere praktische Anteile ausgebildeter sogenannter „Psychotherapeut“ auf einem Niveau mit einem etwa zwölfjährig aus- und weitergebildeten „ärztlichen Psychotherapeuten“ stehen?

Das Danaergeschenk, dass sich der Arzt ärztlicher Psychotherapeut oder auch nur einfach Psychotherapeut nennen dürfte, ändert überhaupt nichts an diesem grandiosen Etikettenschwindel gegenüber den Bürgern.

Ein wesentlich qualifizierterer Beruf bekommt Par Ordre du Mufti den gleichen Namen.

Und dass das natürlich längst zu Allmachtansprüchen der psychologischen Psychotherapeuten führt, kann man bereits trefflich am Gerangel um die Struktur des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie erkennen. Da glauben einige doch tatsächlich, dass die aus sich selbst geschöpften Psychotherapeuten nun auch noch die alleinige Deutungshoheit über „IHR“ Fach bekommen sollen?

Es ist nicht „IHR“ Fach, meine Damen und Herren.

Psychotherapie ist etwas zutiefst Ärztliches.

Der Arzt Sigmund Freud würde sich im Grabe herumdrehen, wenn er diese Entwicklungen mitbekäme.

Und deswegen fordern wir zuallererst eine klare Namensgebung. Der Patient hat ein Anrecht darauf zu wissen, ob er von einem lange aus- und weitergebildeten „ärztlichen“ oder einem kurz ausgebildeten „psychologischen“ Psychotherapeuten behandelt wird.

Und lassen Sie bitte auch die Kirche im Dorf bei der Beurteilung der Wissenschaftlichkeit der Verfahren. Da gehört eine Mehrheit kompetent diese Verfahren anwendender Ärzte hin, nicht ausschließlich psychologisch – und nicht somatisch – ausgebildete Verfahrensanwender.

Hierhin spielt auch die Thematik des Impfens. Wir sind völlig einer Meinung mit Ihnen, dass wir die sogenannte Herdenimmunität durch Impfprogramme verstärken müssen. Auch wenn ich weiß, dass es einige andere, nicht wissenschaftlich begründete Meinungen in der Ärzteschaft gibt, sage ich ein klares Ja zu Ihrem Vorstoß zur Masernimpfung. Dabei dürfen wir allerdings nicht die Erwachsenen ohne positiven Impfstatus außer Acht lassen – aber das kriegen wir noch hin.

Auf gar keinen Fall aber kann die Verantwortung für das Impfen auf andere Berufsgruppen – namentlich die Apotheker – übertragen werden.

Impfen ist nicht einfach nur ein Pieks in den Arm!

Dazu gehören Impfanamnese, orientierende körperliche Untersuchung und Interventionsmöglichkeit beim Zwischenfall.

Ich bin deswegen unseren Freunden von den Apothekern sehr dankbar, dass sie sich deutlich gegen eine Übernahme dieser Verantwortung ausgesprochen haben.

Impfen gehört in ärztliche Hand!

Und als letzter Punkt: Das Hebammengesetz. Ob wir dem Beruf der Hebamme wirklich nutzen, wenn wir ihn vollakademisieren, wage ich zu bezweifeln. Die Probleme, die wir heute im Beruf haben, lösen wir nicht durch Akademisierung, sondern nur durch mehr praktische Ausbildung, klare Haftungsregelungen und klare Verantwortungen.

Frauen in Schwangerschaft und Stillzeit brauchen praktische Hilfe, nicht theoretische Unterweisung.

Und schließlich sollte auch der Passus, dass ein Arzt IMMER eine Hebamme bei der Geburt hinzuziehen habe, noch einmal kritisch geprüft werden. Dieses Vieraugenprinzip wurde schließlich in einer Zeit eingeführt, als man den Ärzten nicht zutraute, alleine die Bestimmungen der Rassengesetze anzuwenden.

Aus der Verantwortungssituation heraus schiene es mir sinnvoller, dafür Sorge zu tragen, dass eine Hebamme IMMER einen Arzt bei der Entbindung hinzuziehen muss.

Nur so kann man verhindern, dass auch hier wieder der Eindruck entsteht, dass urärztliche Handlungsfelder an andere Berufsgruppen abgetreten werden sollen – damit aber schreitet die Deprofessionalisierung unseres Berufes voran.

Mein dritter Punkt ist die staatliche Daseinsvorsorge. Hier liegt vieles im Argen – mir ist aber auch bewusst, dass vieles davon nicht in der Hand des Bundesministers liegt.

Ich adressiere deswegen hier Sie, verehrter Herr Minister Laumann, sozusagen stellvertretend für die Länderebene.

Wir haben in Deutschland gute und auch gut ausgestattete Krankenhäuser. Aber es gibt auch viele Krankenhäuser, deren Bausubstanz marode ist, deren Geräte zu veralten drohen, deren elektronische Infrastruktur diesen Namen eigentlich nicht verdient. Die Investitionslücke wird von seriösen Quellen auf 3,7 Milliarden Euro jährlich beziffert. Und da sind die Kosten für den digitalen Ausbau noch nicht einmal mit eingerechnet.

Hier sind die Länder in der Pflicht – aber sie kommen ihr nur sehr unterschiedlich und meist nicht ausreichend nach. Das beklagen wir übrigens schon seit mindestens zwanzig Jahren.

Es wäre jetzt wirklich einmal an der Zeit, dass das Schwarze-Peter-Spiel zwischen der Bundes- und Landesebene aufhört und die Länder sich vom Bund auf ein tragfähiges Investitionsmodell verpflichten lassen.

Und genauso nutzt es nichts, wenn wir uns mit der Bundesebene einig sind, dass es mehr Studienplätze braucht, wenn die dann in den Ländern nicht kommen.

Stattdessen schießt man wohl auf Fernuniversitäten, deren Server in anderen Staaten der EU stehen und wo man in einer Art „Volkshochschulstudium“ Medizin lernen können soll.

Man braucht das Land, in dem man „studiert“, überhaupt nie zu betreten!

Bedauerlicherweise beteiligt sich auch noch ein deutscher Krankenhauskonzern an diesem Modell. Vielleicht steigern die hohen Studiengebühren die Appetenz der Krankenhausmanager – dabei verrechnen sie sich aber, wenn sie glauben, sich auf diesem Weg später einmal billige Mitarbeiter heranzüchten zu können.

Wer viel fürs Studium bezahlt hat, erwartet hinterher natürlich auch viel Gehalt!

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund wird das sicher bei ihren Tarifverhandlungen berücksichtigen.

Der vierte Punkt, der uns viel Sorge bereitet, ist die zunehmende Kommerzialisierung unserer Tätigkeit. Damit wir uns nicht falsch verstehen, Ökonomie im Gesundheitswesen ist nichts Schlechtes. In einem knapp finanzierten und budgetierten Bereich wäre Verschwendung fatal.

Aber die zunehmende Kommerzialisierung erfasst immer mehr Bereiche. Wenn in gedeckelten und budgetierten Bereichen Fremdinvestoren auftauchen, vermehrt sich dadurch ja nicht das Geld.

Die wundersame Speisung der 5.000 bleibt aus.

Vielmehr ziehen die Investoren lediglich aus dem Budget auch noch ihren Gewinnanteil.

Sie sind also eigentlich klassische „Mitesser“ und nicht, wie ihr Auftreten oftmals suggeriert, Nahrungsbringer.

Hier brauchen wir konsequentere Regeln, die dies verhindern; übrigens nicht nur bei Ärztinnen und Ärzten, sondern genauso bei Zahnärzten, Apothekern und Krankenhäusern.

Es muss einen klaren Schutz der medizinischen Entscheidung für den Patienten vor überzogenen Gewinnerwartungen und knebelnden Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen geben.

Meine Damen und Herren, die Digitalisierung ist in aller Munde. Ich habe sie vorhin schon kurz bei der Frage der Selbstverwaltung in der Gematik und der Telematikinfrastruktur gestreift. Digitalisierung ist nicht nur hipp – sie kann auch viel Gutes bewirken.

Deutschland ist nachgerade ein Entwicklungsland auf diesem Gebiet. Das liegt nicht nur an dem Versagen der Bundesregierung, ein flächendeckendes Internet oder LTE-Netz zur Verfügung zu stellen. Das liegt auch an der Geschwindigkeit, in der sich moderne Entrepreneurs der Thematik zuwenden und im Wochentakt neue Apps, Programme und Gadgets auf den Markt werfen.

Diese Dynamik steht natürlich in heftigem Kontrast zu den Anforderungen an die Prüfung der Datensicherheit, Datentransparenz, Durchschaubarkeit der Algorithmen und der Funktionalität. Von den Fragen der Erstattungsfähigkeit in einem überregulierten Kassensystem ganz zu schweigen.

Das E-Health-Gesetz macht hier im Wesentlichen den richtigen Aufschlag. Die Vergleichbarkeit zum Verfahren des AMNOG ist evident, auch Elemente des amerikanischen „Pre-Cert-Verfahrens“ sind erkennbar.

Fest steht, dass sich diese Herausforderungen mit der bisherigen Geschwindigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht bewältigen lassen. Ich halte den Ansatz also für richtig, bin aber gespannt auf das Ergebnis.

Mal sehen, ob mein Nachfolger hier nächstes Jahr steht und auch „von der Quadratur des Kreises“ berichtet.

Was aber auf keinen Fall sein darf, ist der Missbrauch digitalisierter Verfahren zur Substitution ärztlicher Tätigkeit. Deswegen wird die Ärzteschaft auch mit Argusaugen, und vor allem im Interesse der Patienten, diese Verfahren begleiten.

Übrigens – und hier schließt sich der Bogen zu meinen Eingangsbemerkungen über Europa – ist hier auch die europäische Kommission bereits aktiv geworden.

So hat sie eine Kommission eingesetzt, die sich mit den ethischen Prinzipien der Erstellung von Algorithmen – auch in der Medizin – befassen wird.

Da müssen wir Deutsche, da müssen wir Ärzte unbedingt dabei sein, damit hier nicht den Googles und Amazons, Facebooks und Instagrams wichtige ethische Grundsätze geopfert werden.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich zum Schluss noch etwas über die laufende Debatte zur sogenannten „Widerspruchslösung“ in der Organspende sagen.

Der Deutsche Ärztetag hat sich mit klarer Mehrheit dafür ausgesprochen. Auch ich stehe voll hinter diesem Modell.

Ich begrüße es auch sehr, Herr Minister, dass Sie die Punkte Organisation und Struktur bereits gesetzlich gelöst haben – durch das Organspendegesetz – und erst danach die ethische Debatte zur Widerspruchslösung eingeleitet haben.

Ich wünsche jetzt nur nichts sehnlicher, als dass es gelingen möge, in der parlamentarischen Debatte des Bundestages, parteipolitische Kleinlichkeiten zurückzustellen und dass stattdessen die ethische und moralische Grundhaltung klar zum Ausdruck kommt. Ich erkenne erste Ansätze aus dem Parteienspektrum, hier das übliche, parteipolitische Gezänk zu einem so fundamental wichtigen Punkt zu starten.

Meine Damen und Herren Abgeordnete, ich bitte Sie inständig, verunsichern Sie nicht die Menschen durch kleinkarierte pseudoethische Debatten.

So etwas hinterlässt in der breiten Bevölkerung nur den Eindruck, die Fachleute seien sich uneins, da gäbe es Streit. So kann man Menschen nicht überzeugen. Das schafft nur Verunsicherung und erweist der Organspende in Deutschland einen Bärendienst.

Ein nicht weniger sensibles Thema ist die politische Debatte über den assistierten Suizid. Der Deutsche Bundestag hat sich vor vier Jahren mit den Regelungen zum Verbot der gewerbsmäßig angebotenen Assistenz zum Suizid befasst und mit dem § 217 StGB eine ausgewogene und vernünftige Regelung geschaffen. Sie ist mit den Vorgaben der ärztlichen Berufsordnung, die wir 2011 in Kiel beschlossen haben, kongruent.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich in einer Anhörung vor einigen Wochen mit Klagen gegen diese Regelung beschäftigt. Dabei haben die Richter – das war aus ihren Fragen ersichtlich – großes Gewicht auf die Umsetzung des Selbstbestimmungsrechts gelegt. Das ist ja im Kern auch richtig.

Aber das Selbstbestimmungsrecht des Einen darf nicht die Professionalität eines Anderen beschädigen.

Würde der ärztlich assistierte Suizid unter der Flagge Selbstbestimmungsrecht zu einem individuell einklagbaren Recht gemacht, würde man sehr schnell uns Ärzte als Handlanger zur Umsetzung dieser Taten verpflichten wollen.

Es ist nicht weit von der oralen Tablettengabe zur qualitätsgesicherten, intravenösen, sicheren Gabe tödlich wirkender Medikamente.

Und von dort ist es dann nur noch ein sehr kleiner Schritt zur Euthanasie.

Ich hoffe, dass sich die Richter des BVerfG dieser Tatsache bewusst sind.

Ihnen, lieber Herr Minister Spahn, möchte ich an dieser Stelle dafür Dank sagen, dass Sie in dieser Frage Kurs gehalten haben.

Wie auch an der Nichtumsetzung des unsäglichen Urteils des BVerwG, das bestimmen wollte, dass das BfArm nicht zugelassene, tödlich wirkende Medikamente an Antragsteller abzugeben habe, die nach Erfüllung einiger Kriterien ihren Todeswunsch mit Hilfe dieser Medikamente umsetzen wollten.

Hier haben Sie uns an Ihrer Seite.

Lieber Herr Minister, beim letzten Deutschen Ärztetag in Erfurt waren Sie noch ganz neu – wenn ich das mal so flapsig sagen darf – jetzt sind nicht nur die 100 Tage Schonfrist vorbei; ein ganzes Jahr ist verstrichen.

Sie waren sehr fleißig, ich sprach davon; persönlich habe ich mit Ihnen gut zusammengearbeitet, auch wenn wir, das bringt unsere Funktion mit sich, beileibe nicht immer einer Meinung waren.

Nun bin ich gespannt, wie sich das heute darstellt. Herr Minister, Sie haben das Wort.