

Rede von Dr. Klaus Theo Schröder beim 112. Deutschen Ärztetag am 19.05.2009 in Mainz Schwerpunkt: Gesundheit - 19. Mai 2009

Anlass : 112. Deutscher Ärztetag

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

in vier Tagen feiern wir in Deutschland das 60jährige Bestehen unseres Grundgesetzes. Vor 60 Jahren wurde nach dem furchtbaren Terror der Nazis und dem Krieg, der von Deutschland ausging, unser Land neu begründet. Mit dem Grundgesetz haben wir eine demokratische Verfassung geschaffen, die ein belastbares Fundament unseres Zusammenlebens ist. Darin wurde auch die Sozialstaatlichkeit unserer Demokratie verfasst, die uns seit 60 Jahren Wohlstand, Prosperität und sozialen Frieden beschert.

Ärztliches Handeln und Sozialstaat

Warum erwähne ich diesen Jahrestag? Weil auch das ärztliche Handeln aufs Engste mit dem Sozialstaatsgebot im Grundgesetz verbunden ist.

Oberstes Ziel unseres Sozialstaates ist, den Menschen die gleichen Chancen auf Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben zu eröffnen. Eine medizinische Versorgung, die allen Menschen unabhängig vom Einkommen und vom Wohnort zugänglich ist, ist dafür eine unabdingbare Voraussetzung

Unser solidarisches, selbstverwaltetes Gesundheitswesen gewährleistet, dass jeder, der eine medizinische Behandlung braucht, sie auch bekommt. Das auf dem Niveau des medizinischen Fortschritts und in einem Umfang, um den uns viele in der Welt beneiden.

Ich möchte an dieser Stelle Ihnen und den vielen, vielen Ärztinnen und Ärzten danken, die sich Woche für Woche, Tag für Tag und auch in der Nacht in den Dienst der Gesundheit stellen und dafür sorgen, dass kranke Menschen in Deutschland verlässlich eine gute medizinische Versorgung erhalten.

Diskussion um Abschaffung der KVen

Ich vermisste bei der aktuellen, von einigen Politikern mit populistischen Hintergedanken angeheizten Diskussion um die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen, worum es im Kern geht: Um eben die Daseinsvorsorge – genauer gesagt, um den Rechtsanspruch der Versicherten in Deutschland auf einen uneingeschränkten und diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Das System der kassenärztlichen Vereinigungen hat die Aufgabe, die wohnortnahe ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Wenn das System nicht mehr optimal funktioniert – was offensichtlich der Fall ist - dann müssen wir uns fragen: Wer kann garantieren, dass der oben erwähnte Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung Tag und Nacht erfüllt wird?

Der Staat? Von einem rein staatlich regulierten System haben wir in Deutschland bewusst abgesehen, und ein Blick auf andere staatlich organisierte Gesundheitssysteme sagt mir, dass dies keine Option ist. Der Staat, also bei uns der Bund, hat meiner Auffassung nach weder genug Einsicht in die regionalen Gegebenheiten, noch verfügt er über das medizinische Fachwissen, um Fragen der Versorgungssicherung, Honorarverteilung oder Qualität der ärztliche Leistung zentral

oder gar autonom zu steuern.

Die Krankenkassen? Das gab es bereits und wurde aus gutem Grund abgeschafft. Ich halte es für ein positives Merkmal unseres Systems, dass die Mittelaufbringung auf der einen Seite und die Versorgung auf der anderen Seite prinzipiell getrennt sind.

Nein, für mich sind dies keine Alternativen. Ich bin der Überzeugung, dass die Feinsteuerung der ärztlichen Versorgung am besten möglichst nah vor Ort durch die gemeinsame Selbstverwaltung gewährleistet werden kann.

Hier haben die kassenärztlichen Vereinigungen auch in Zukunft eine zentrale Funktion!

Bedarfsplanung funktioniert nicht mehr

Es ist jedoch offensichtlich, dass das jetzige System der Bedarfsplanung an seine Grenzen gerät. Auch wenn es in der Gesamtschau genügend Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gibt, beobachten wir beginnende Unterversorgung in ländlichen Regionen und in Problembezirken im städtischen Raum sowie eine Überversorgung in Städten, dort vor allem in den prosperierenden Stadtteilen.

Trotz vielfältiger Gestaltungsmöglichkeiten – zum Beispiel flexiblere Anstellungsmöglichkeiten oder Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Regionen – haben wir hier den Königsweg noch nicht gefunden.

Ich halte es für sehr vernünftig, die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Regionen viel stärker als heute durch finanzielle Instrumente anzureizen. Dies ist auf gesetzlicher Basis bereits ab 2010 vorgesehen.

Niemand kann gezwungen werden, sich im ländlichen Raum niederzulassen. Doch es muss Wege geben, Nachwuchsmediziner für eine Niederlassung im ländlichen Raum zu begeistern. Stipendien, wie sie derzeit in den Ländern diskutiert werden, halte ich für einen erfolgversprechenden Weg.

Eine bessere Teamarbeit und Unterstützung der Ärzte durch nichtärztliches Personal ist ein weiterer Aspekt, der für viele Nachwuchsmediziner einen hohen Stellenwert hat.

Ich bin sehr froh, dass sich das auch Modellvorhaben der Schwester AGnES als sehr erfolgreich erweisen hat und nun in die Regelversorgung überführt wird.

Neue Versorgungsformen als Ergänzung

Zudem bin ich der festen Überzeugung, dass neue, auch sektorenübergreifende Versorgungsangebote das Kollektivvertragssystem ergänzen müssen und werden. Integrierte Versorgungsmodelle, hausarztzentrierte Angebote und Medizinische Versorgungszentren etc. werden ihren Beitrag an der Verbesserung der Versorgung erhöhen.

Einzelverträge können genutzt werden, um beispielsweise in der hausarztzentrierten Versorgung höhere Qualitätsanforderungen zu vereinbaren und besser zu vergüten, aber auch, um mehr Service für die Patientinnen und Patienten zu bewirken.

Eine vollständige Ablösung des kollektivvertraglichen Systems durch ein rein wettbewerbliches Modell halte ich jedoch für illusorisch.

Hier komme ich wieder zum Dreh- und Angelpunkt der Diskussion: Wer garantiert am besten die verlässliche und wohnortnahe ärztliche Versorgung? Einzelverträge alleine sind dafür nicht geeignet.

Niemand hat Interesse daran, "dass sich hochinnovative Inseln der Spitzenversorgung in einem Umfeld von Unterversorgung entwickeln" – wie es ein KV-Vorstand treffend beschrieben hat. Im Grunde genommen brauchen wir einen kollektivvertragliche Grundlage, die durch einzelvertragliche Lösungen ergänzt wird, so dass die Gesamtversorgung gewährleistet ist.

Stichwort Freiberuflichkeit

Bei allen gebotenen Änderungen: Die freiberufliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten steht nicht zur Debatte. Das Bundesgesundheitsministerium hat nie einen Zweifel daran gelassen, dass es ohne "wenn und aber" zu den Vereinbarungen in der Koalition und zur Gesundheitsreform von Mitte 2006 steht. Danach stützt sich die ambulante ärztliche Versorgung weiterhin auf freiberuflich tätige Hausärzte und Fachärzte sowie in besonderen Fällen auf die Behandlung am Krankenhaus.

Medizinische Versorgungszentren sind eine sinnvollen Ergänzung des traditionellen Angebots – von einer "feindlichen Übernahme" der ambulanten Versorgung durch diese Zentren sind wir meilenweit entfernt. So stehen heute rund 125.000 niedergelassenen Ärzten 1.200 Medizinische Versorgungszentren gegenüber.

Dennoch: Auch die neuen Versorgungsformen haben ihren Platz im Gesundheitswesen gefunden, und sie geben eine Antwort auf die Bedürfnisse nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern auch einer wachsenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich aus verschiedenen Gründen gegen die Einzelpraxis entscheiden.

- Weil sie Teamarbeit bevorzugen,
- weil eine Praxisgründung finanzielle Risiken mit sich bringt – aber vor allem,
- weil sie darin eine große Chance sehen, den Arztberuf mit ihren familiären Bedürfnissen zu vereinbaren.

Organisationsformen von gestern passen selten oder nie auf die Herausforderungen von morgen oder übermorgen. Ja, in den für die ärztlichen Tätigkeiten geltende Organisationsformen von heute sieht die Realität anders aus als von vielen wahrgenommen.

Zu dieser Realität gehört die Feminisierung des Arztberufs: Mittlerweile stellen die Frauen einen Anteil von 58 Prozent bei den Erstmeldungen bei den Landesärztekammern. Es würde niemand verstehen, wenn wir diese Talente nicht nutzen würden. Das Berufsverständnis der jungen Ärztegeneration hat sich gewandelt. Junge Mediziner – Männer wie Frauen - wollen Familie und Lebensvorstellungen nicht mehr hinter dem Beruf verschwinden sehen, sondern sie wollen beides verbinden. Das ist auch der Grund, warum viele junge Ärztinnen und Ärzte den Schritt ins Ausland wagen – und nicht in erster Linie die vermeintlich bessere Bezahlung.

Honorarreform

Es war ein langer Weg bis zur Honorarreform – ich erinnere daran, dass die Regelleistungsvolumina erstmals im 2. GKV-Neuordnungsgesetz im Jahr 1997 auf Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Ausschussverfahren aufgenommen wurden. Mit der Gesundheitsreform 2004 hat der Gesetzgeber auf der Basis von Vorlagen aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Fahrplan für eine Neuordnung der ambulanten Vergütung konkretisiert. Auch die einschlägigen Vorschriften im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz basieren auf Vorschlägen der KBV.

Seitdem ringt die Selbstverwaltung um dieses Thema. Ich bin sehr froh, dass die Honorarreform jetzt endlich in Kraft getreten ist. Im Kern der Reform steht die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen mit den festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des Honorars für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte erheblich.

Mit der Reform werden die bisherigen Budgets abgelöst und das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen. Die Krankenkassen werden mehr Geld bereit stellen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten ansteigt.

Die erforderlichen Honorarsteigerungen werden dabei nicht mehr durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekappt. Damit sind zentrale Forderungen der Ärzteschaft erfüllt.

Ein weiteres Ziel der Reform war es, die großen regionalen Unterschiede, ja Verwerfungen, bei der Ärztevergütung zu beseitigen. Nur ein Beispiel: Die Vergütung pro Leistung in Thüringen lag im

Jahr 2008 bei rund 78 Prozent der Vergütung in Baden-Württemberg,

Zum 1. Januar 2009 wurden die Vergütungen nun stärker aneinander angeglichen und auch die Regelungen zur Mengensteuerung weitgehend vereinheitlicht.

Eines ist mir dabei ganz besonders wichtig: 20 Jahre nach dem Fall von Mauer und Stacheldraht wird die Vergütung in den neuen Ländern endlich an das Westniveau angeglichen. Dieser Schritt war längst überfällig. Es ist gut, dass wir ihn getan haben.

Die Honorarreform macht das System transparenter – und legt dadurch so manche Schiefelage und Ungerechtigkeit offen, die im System vorhanden waren. Diese Transparenz ist eine gute Voraussetzung, um an der Optimierung des Systems zu arbeiten.

Wir stehen nicht am Ende, sondern am Anfang eines neuen Honorarsystems. Im laufenden Jahr stehen wichtige weitere Schritte zur Umsetzung der Honorarreform an, zum Beispiel die Einführung von differenzierten Punktwerten bei Über- und Unterversorgung.

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Darüber hinaus ist es eine kontinuierliche Aufgabe der zuständigen Selbstverwaltungsgremien, die bislang getroffenen Beschlüsse auf den bestehenden Anpassungsbedarf hin zu überprüfen. Unsere Auflage war schon im letzten Jahr: Verschaffen Sie sich und allen Ärztinnen und Ärzten mehr Transparenz über die Umsetzung der Honorarreform.

Wie Sie wissen, hat sich der Bewertungsausschuss bereits darauf geeinigt, dass einige Leistungen, zum Beispiel Gesprächsleistungen bei Psychiatern, außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden. Kurzum, die jetzige Honorarverteilung ist nicht in Stein gemeißelt, sondern muss weiterentwickelt und optimiert werden.

Mengensteuerung bleibt notwendig

Allerdings kann in einem System mit begrenzten Ressourcen auf eine Mengensteuerung nicht verzichtet werden. Das sage ich ganz deutlich, auch wenn das nicht populär ist. Wenn wir nichts dagegen unternehmen, dass medizinische nicht notwendige Leistungen erbracht und abgerechnet werden, würden wir das deutsche Gesundheitssystem binnen kürzester Zeit gegen die Wand fahren. Das bringt mich zu dem Thema der vermeintlichen Rationierung, das auch schon auf den letzten Ärztetagen traktiert wurde. Um diese Diskussion zu versachlichen, möchte ich Ihnen einige Eckdaten nennen:

In diesem Jahr stehen der GKV knapp 11 Mrd. Euro mehr zur Verfügung. Die Schwerpunkte sind die ambulante und stationäre Versorgung.

Bei den Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt steht Deutschland im internationalen Vergleich mit fast 11 Prozent an vierter Stelle.

Mit 8,4 Tagen durchschnittlicher Verweildauer im Krankenhaus stehen wir an der Spitze in Europa. Zweiter sind wir nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei den Klinikbetten. Auf 10 000 Einwohner kommen hierzulande 83 Klinikbetten. Von den EU-Ländern hat nur Tschechien mit 84 eine größere Zahl.

Die Versorgungsdichte in der ambulanten Versorgung ist ebenfalls sehr hoch. Im EU-Durchschnitt gab 2006 insgesamt 326 praktizierende Ärzte pro 100.000 Einwohner, in Deutschland sind es 357.

Noch immer gehen die Deutschen überproportional häufig zum Arzt, wie in der vergangenen Woche ein KV-Vertreter richtig konstatiert hat. Auch wenn ich dessen Schlussfolgerung - eine Erhöhung der Praxisgebühr - strikt ablehne: Von einer "Unterfinanzierung" oder einer "Mangelverwaltung" sind wir meilenweit entfernt.

Es gibt in unserem Gesundheitssystem keine Form von Rationierung, wie glauben gemacht werden soll, aber noch sehr viel Potenzial für Effizienzverbesserungen.

Die Ärzteschaft muss akzeptieren, dass die ihre Arbeit auch eine ökonomische Dimension hat. Sonst verlieren wir unseren Anspruch auf eine dem Wohl aller Patienten verpflichtete Steuerung

des Gesundheitswesens. Therapiefreiheit, die Sie zu Recht beanspruchen, hat eine Kehrseite, und das ist die Effizienz.

Nur wenn wir mit den vorhandenen Ressourcen verantwortungsvoll umgehen, können auch in Zukunft – so wie heute und in der Vergangenheit -noch innovative und oft sehr teure Behandlungen schwerer Erkrankungen bezahlt werden.

- Das System hat in der Vergangenheit immer wieder bewiesen, dass es in der Lage ist, medizinischen Fortschritt systematisch und für alle, die ihn nötig haben, zu gewährleisten.
- Medizinischer Fortschritt in der GKV1967 fand die erste Herztransplantation durch Christiaan Barnard statt – heute gehört dies zur Regelversorgung in der GKV.
- In den 60er Jahren gab es im Ruhrgebiet nur eine einzige Dialysestation – heute bekommen Patienten selbstverständlich überall in Deutschland die notwendige Dialyse.
- Aufwendige und sehr teure onkologische Behandlungen werden selbstverständlich von der GKV übernommen.

Es ist ganz klar: Wir alle wollen am medizinischen Fortschritt teilhaben, und nicht nur diejenigen, die eine ergänzende Privatversicherung abgeschlossen haben.

Immer stellt sich aber auch die Frage: Was ist therapeutischer Fortschritt, was ist nur eine Scheininnovation? Ist das Neue wirklich besser als das Bewährte und rechtfertigt damit ein höheres Honorar?

Wir brauchen eine konsequente Bewertung des Nutzens und der Kosten von Therapien sowie eine stärker Leitlinienorientierung. Mit Rationierung – wie das ihre Agenda impliziert - hat das nichts zu tun. Ich möchte in diesem Zusammenhang einen Satz eines renommierten Onkologen und Hämatologen zitieren, der eine Zeit lang in den USA geforscht und praktiziert hat. „Ich bin deshalb aus Amerika nach Deutschland zurückgekommen, weil ich hier alle meine Patienten nach den neuesten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft behandeln kann.“

Patientenrechte

Ich sage ganz offen, dass ich die thematische Verquickung von einer vermeintlichen Rationierung mit Patientenrechten für unangemessen halte. Patientenrechte sind eine unverzichtbare Grundlage auch für die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient. Die Ausweitung der Patientenrechte steht für neues Verständnis vom Patienten. Der gut informierte Patient ist der bessere Patient – für Sie!

Die Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren dienen und dienen dazu, die Patientenorientierung zu stärken und den Patienten zu einem neuen Selbstverständnis gegenüber der behandelnden Ärztin oder dem Arzt zu verhelfen. Bei dieser Entwicklung - insbesondere auf dem Gebiet der Patientensicherheit – haben viele Akteure aus der Ärzteschaft Erhebliches geleistet. Gemeinsam haben wir im Aktionsbündnis Patientensicherheit in den letzten Jahren kontinuierlich an der Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland gearbeitet. Dafür möchte ich Ihnen danken.

- Die Einrichtung von anonymen Fehlermeldesystemen,
- die bundesweite Statistik der Gutachter- und Schlichtungsstellen,
- Fortbildungsangebote zum Fehler- und Risikomanagement,
- Versorgungsforschung auf dem Gebiet der Patientensicherheit sowie
- eine kritische Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Obduktionspraxis sind wichtige Schritte zu mehr Patientensicherheit.

Auch Patientensicherheit ist ein Patientenrecht. Häufig fehlt es aber an der Einbeziehung derer, die es angeht, also der Patientinnen und Patienten. Sie sind in erster Linie betroffen, wenn unerwünschte Ereignisse und Fehler geschehen. Ihre Erfahrungen und Erwartungen sollten auch von der Ärzteschaft in einem umfassenden und nachhaltigen Prozess der Qualitätssicherung einbezogen werden. Nur dann kann Patientensicherheit verwirklicht werden.

Patientenrechte mit einer angeblichen Rationierung von Gesundheitsleistungen in einem Atemzug

zu nennen, trägt nicht dazu bei.

Versorgung behinderte Menschen

Besondere Unterstützung brauchen die Patienten, die ihre Rechte nicht kennen oder nicht so gut geltend machen können. Dazu gehören auch Menschen mit Behinderung.

Ich möchte der Bundesärztekammer ausdrücklich danken – auch im Namen der Bundesgesundheitsministerin - dass Sie dieses Thema so prominent auf die Tagesordnung gesetzt hat

"Jeder Mensch in Deutschland – ob mit oder ohne Behinderung – hat Anspruch auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung".

Diesen Satz aus Ihrem Dokument zum Ärztetag würde ich sofort unterschreiben – auch wenn ich mich frage, wie er mit der an anderer Stelle geforderten Rationierungsliste in Einklang zu bringen ist. Sollten Sie daraufhin sagen, das könne ja über den Weg einer ergänzenden Privatversicherung organisiert werden, öffneten Sie damit den direkten Weg in die Zwei-Klassen-Medizin, die Sie ja aber wiederum ablehnen. Die Ansammlung von Forderungen, die ich lese, ist noch lange kein konsistentes Gesamtkonzept.

Es ist klar: Behinderte Menschen brauchen Angebote, die ihre besondere Situation berücksichtigen und Ihnen so viel Teilhabe und Selbständigkeit wie nur eben möglich eröffnen. Deshalb haben wir – auch wenn viele Kostenträger das gegenwärtig noch ignorieren – z.B. die häusliche Krankenpflege auf neue Wohnformen und betreute Wohngemeinschaften ausgeweitet. Ähnlich verhält es sich auch beim Leistungsanspruch auf ambulante und mobile Rehabilitation.

Bei vielen behinderten Menschen gibt es die Sorge, dass sie nicht adäquat versorgt werden, weil Ärzte und Krankenhäuser den zusätzlichen Versorgungsaufwand nicht honoriert bekommen. Ich nehme diese Sorge sehr ernst. Die gesetzlichen Regelungen zur Vergütung der Vertragsärzte geben der Selbstverwaltung eine Reihe von Instrumenten an die Hand, die Unterschiede im Behandlungsaufwand von Versicherten zu berücksichtigen. Sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgung. Auch im Fallpauschalen-System in den Krankenhäusern werden Mehrkosten, die bei der Behandlung besonderer Patientengruppen entstehen, berücksichtigt. Wenn sich bestimmte Kostenunterschiede nicht über die DRG-Fallpauschalen abbilden lassen, können neben Fallpauschalen auch Zusatzentgelte abgerechnet werden. So kann zur Zeit ein Zusatzentgelt für die „Versorgung von Schwerstbehinderten“ krankenhausindividuell vereinbart werden.

Sollte es in der Praxis dennoch Defizite geben, werden wir alles tun, um diese so schnell wie möglich abzubauen. Für Hinweise und Erfahrungen aus Ihrer täglichen Arbeit sind wir dabei sehr dankbar. Auf keinem Fall werden wir zulassen, dass behinderte Menschen in der Gesundheitsversorgung zu kurz kommen.

Behinderte und pflegebedürftige Menschen benötigen nicht nur eine medizinisch einwandfreie Behandlung, sie brauchen vor allem auch Zuwendung und Betreuung. Diese kommt im heutigen medizinischen Alltag leider oft zu kurz. Wir planen – ähnlich wie bei den Betreuungsassistenzen für demenzkranke Menschen - eine Gesetzesänderung, damit behinderte Menschen in Zukunft während eines Krankenhausaufenthaltes ihre Pflegekraft mitnehmen können. Dies ermöglicht nicht nur eine behindertengerechte und menschenwürdige Pflege, es hält auch den anderen Pflegern und Ärzten den Rücken frei für ihre eigentlichen Aufgaben.

Spätabtreibung

Noch eine letzte Bemerkung zu diesem Thema: Ich bin sehr froh, dass der Bundestag in der Debatte um die so genannten Spätabtreibungen eine Lösung gefunden hat, die bei Behindertenverbänden wie auch in der Ärzteschaft auf Zustimmung stößt. Der jetzt angenommene Gesetzentwurf sieht eine bessere psychosoziale Beratung bei vorgeburtlichen Untersuchungen vor sowie eine dreitägige Bedenkzeit, bevor die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch fällt.

Das ist ein guter Ansatz, um den betroffenen Frauen in einer unheimlich schwierigen und belastenden Situation die größtmögliche Unterstützung zu geben.

Schluss

Sehr geehrte Damen und Herren

von Mainz ging im 14. Jahrhundert eine Revolution aus, deren Bedeutung und Reichweite erst viel später offenbar wurde. Manche sehen in der Erfindung des Druckes mit beweglichen Lettern durch Johannes Gutenberg die Voraussetzung für die umwälzenden politischen, sozialen und kulturellen Veränderungen durch Bildung und Wissen der nachfolgenden Jahrhunderte.

Im Gesundheitswesen gibt es erfahrungsgemäß keine Revolutionen – ja, noch nicht einmal eine Jahrhundertreform. Vielmehr geht es darum, ein bewährtes System immer wieder an neue Herausforderungen anzupassen. Dazu – so hoffe ich - leistet auch der diesjährige Ärztetag einen wichtigen Beitrag. Wenn sich heute ein wenig vom Erfindergeist Gutenbergs auf uns überträgt – umso besser.

Vielen Dank!