

Rede

von Dr. H. Hellmut Koch
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

zur Eröffnung
des 55. Bayerischen Ärztetages in Freising

Es gilt das gesprochene Wort

„Kliniken, Praxen und Ärzte sind kein technischer Überwachungsverein!“

Zuerst danke ich Ihnen, Frau Staatsministerin, sehr herzlich für Ihre Aussagen zur Gesundheitspolitik in unserem Lande.

Sie haben uns weitgehend die „Nachwahlkampflyrik“ erspart und dafür verschiedene wichtige gesundheitspolitische Punkte angeschnitten und Ihre bayerischen Vorstellungen dazu dargestellt.

Selbstverwaltung

Lassen Sie mich heute mit einem Blick auf die Geschichte unserer ärztlichen Standespolitik beginnen.

Wenn wir die Geschichte nicht begreifen, so heißt es, werden wir die Zukunft nicht meistern können. Offensichtlich haben einige die Geschichte nicht begriffen, wenn sie nunmehr die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen fordern. Seit den Bismarckschen Sozialgesetzen gibt es das Dreieckverhältnis zwischen Arzt, Patient und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Um die Jahrhundertwende kam es zu einem immer stärker werdenden Anspruchsdenken, zu einer steigenden Zahl von Versicherten und zu daraus resultierenden Knebelverträgen der Kassen mit den Ärzten. Es kam zu Streiks und Boykottmaßnahmen. Gestritten wurde über freie Arztwahl, um Einzelverträge oder Pauschalierungen. Das Patienten-Arzt-Verhältnis, das die wesentliche Grundlage des ärztlichen Handels darstellt, war empfindlich gestört. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde die Grundlage für unsere heutigen Kassenärztlichen Vereinigungen gelegt und damit die Situation entspannt. Es kann deswegen heute nicht darum gehen, die Körperschaft „Kassenärztliche Vereinigung“ abzuschaffen. Beide Körperschaften, Kassenärztliche Vereinigungen und Kammern, sind in unserem System für eine unbelastete und optimale Arzt-Patienten-Beziehung erforderlich.

Mir ist es allerdings bange, wenn ich den Kenntnisstand mancher Politiker anschau. Ich möchte Ihnen gerne einige Sätze aus einem Brief an mich zitieren:

„Nun schreibe ich Ihnen heute nicht als ärztlicher Kollege, obwohl ich die Imagekampagne der Kammer – der Kollege meint das pinkfarbene Pflaster der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – für mehr als albern und überflüssig halte, sondern als Funktionär einer der großen deutschen Parteien und als langjähriger Gesundheitspolitiker. Ich glaube,

dass es skandalös ist, wie Sie und ihre Mitstreiter die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die Krankenkassen in Schutz nehmen. Mir ist bekannt, dass Disziplinarmaßnahmen sehr selten und meist nur gegen unliebsame KV-Vertreter eingesetzt werden.“

So weit das Zitat. Mir wird bange, wenn ich feststellen muss, dass ein Kollege und langjähriger Gesundheitspolitiker offensichtlich den Unterschied zwischen Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung nicht kennt, dass er nicht weiß, dass Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen Partner sind beim Abschluss von Verträgen, dass er eigenartige Vorstellungen von unserem Berufsrecht hat. Dabei war das Berufsrecht und die Berufsordnung schon immer ein Regelwerk, das vor allem die Interessen der Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Wir wollen uns als Ärzteschaft hier nicht einen Heiligenschein aufsetzen. Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die gegen die Vorgaben des Berufsrechtes und die Interessen der Patientinnen und Patienten verstoßen. Wir lassen es aber nicht zu, dass in den letzten Monaten von Seiten der Politik der Eindruck erweckt wird, als würden wir Ärztinnen und Ärzte die Patientenrechte nicht ausreichend berücksichtigen.

Es kann, wie gesagt, nicht darum gehen, unsere Körperschaften abzuschaffen. Aber es muss darum gehen, sie neu an den Bedürfnissen der Gesellschaft und den echten Ansprüchen unserer Patientinnen und Patienten auszurichten. Wir müssen unsere Körperschaften aber auch für die Ärztinnen und Ärzte neu definieren; dabei werden wir vor allem auch bei unseren Kolleginnen und Kollegen um Akzeptanz werben müssen.

Katastrophendiskurs

Wenn man etwas verändern will, braucht man ein Ziel, eine Vision. Bezüglich unseres Gesundheitssystems ist das Ziel eigentlich klar: Öffentliche Bereitstellung eines leistungsfähigen und solidarischen Systems der Krankheitsbehandlung und Gesundheitsvorsorge. Es ist dies ein unverzichtbares Essenzial in einem demokratischen Gesellschaftsmodell.

Dies bedeutet:

- In allen Feldern der Versorgungskette, nämlich Prävention und Gesundheitsförderung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge eine maximale Qualität.

- Eine Qualität, die allen Mitgliedern der Gesellschaft zur Verfügung steht.
- Eine Finanzierung, an der sich alle Gruppen der Gesellschaft entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit beteiligen.
- Einen effektiven und effizienten Einsatz der Ressourcen.
- Keine Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung durch die Finanzierung.

Die aktuelle, vielfach als Katastrophendiskurs geführte Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens wird diesem hohen Anspruch nicht gerecht. Es werden nur noch Forderungen erhoben aus einem ökonomischen sowie einkommens- und gewinnorientierten Blickwinkel auf das Gesundheitssystem. Dieses wird vorwiegend als angeblich wettbewerbs- und standorthemmender Kostenfaktor wahrgenommen. Der medizinischen Komplexität gesundheitspolitischer Versorgung wird diese Sichtweise nicht einmal im Ansatz gerecht! Die Worte „Patient“ und „Arzt“ sind rar geworden in den zahlreichen gesundheitspolitischen Programmen der Parteien, sie sind rar geworden in den Eckpunktepapieren oder Gutachten selbst ernannter Experten und Spezialisten in Sachen Gesundheit. Es ist – und das muss ich hier schon erwähnen – übrigens nicht so, dass alle diese Gesundheitspolitiker von ihrer Sache nichts verstünden. Aber es geht nur noch um Ökonomisierung und Ressourceneinsparung.

Ökonomisierung

Mich erfüllt diese Situation, ja diese Ignoranz, zunehmend mit Sorge. Die wachsende Ökonomisierung und das Setzen auf den Markt als vermeintlich geeigneten Mechanismus zur Koordinierung von Gesundheitsressourcen sind kontraproduktiv. Fahrlässig werden Errungenschaften diskreditiert, die das deutsche Gesundheitssystem zweifelsohne bereitstellt. Durch die selbst ernannten Politikberater wird unser Gesundheitssystem schlecht geredet. Die Gefahr eines umfassenden Vertrauensverlustes der Bevölkerung wird überhaupt nicht zur Kenntnis genommen, eines Vertrauensverlustes in das sozialstaatliche Solidaritätsversprechen.

Es muss allen doch endlich einmal klar sein, dass es um Menschen, um Patientinnen und

Patienten, um Ärztinnen und Ärzte, um die Angehörigen der Heilberufe geht und nicht um Bilanzen und Budgets.

„Es ist nicht nur modern, alles ordnungspolitisch zu betrachten. Es ist auch modern, die Auswirkungen auf den einzelnen Menschen zu betrachten und zu bedenken.“ So der Sozialpolitiker Karl-Josef Laumann in der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* vom 6. Oktober 2002. Danach sollten sich unsere Gesundheitspolitiker richten.

Wir haben uns gegenüber den Patientinnen und Patienten ein Vertrauen erarbeitet, das wir durch niemanden in Frage stellen lassen. Dabei muss es für die Kolleginnen und Kollegen aber auch klar sein, dass in jedem Einzelfall, in dem sie wissen, dass der Patient durch einen Kollegen oder durch ein besser geeignetes Krankenhaus behandelt werden kann, dieses auch umsetzen, ohne an entsprechende wirtschaftliche oder andere Interessen zu denken.

Natürlich ist es klar und selbstverständlich, dass auch im Gesundheitswesen die Frage nach Effizienz und Effektivität gestellt werden muss. Schließlich konkurrieren die Ressourcen mit der Verwendung in anderen Feldern, wie Alterssicherung, Ökologie oder Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut. Die gängigen Metaphern von der „unkontrollierten Kostenexplosion“, von „einem Fass ohne Boden“ vernebeln eher einen realistischen Gesamtblick auf die Stärken und Defizite unseres derzeitigen Systems.

Disease-Management-Programme

Lassen Sie mich dazu das Beispiel der Disease-Management-Programme (DMP) anführen. Eine Medizin unter dem Diktat der Ökonomie reduziert die Patienten auf eine Kosten- und Normgröße. Verfechter der neuen DMP streben eine Art von „Checklistenmedizin“ an, die aber nur vermeintlich objektivierbar sein kann. Dabei spielt auch der Grad der Verbindlichkeit von Behandlungsstandards eine wichtige Rolle. Doch lediglich ein Teil des Leistungsgeschehens in der Medizin lässt sich über Leitlinien erfassen und selbst dann muss noch die Therapiefreiheit bei jedem Einzelnen sichergestellt sein.

Man muss immer wieder in allen Diskussionen klarmachen, was ärztliche Tätigkeit wirklich bedeutet. Unsere Aufgabe und unsere ethische Verpflichtung ist es, aus Leitlinien die Daten herauszufiltern, die für unseren individuellen Patienten in seiner Krankheit und seinem sozialen und persönlichen Umfeld erforderlich sind. Wir müssen zusammen mit dem Patienten die Entscheidung treffen, welche diagnostischen und therapeutischen

Maßnahmen aus den Leitlinien für ihn im Einzelfall wichtig und unerlässlich sind. In diesem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis haben Vorschriften über Behandlungen keinen Platz. DMP aber sind Vorschriften! Sie brauchen den Begriff „Disease-Management-Programme“ nur einmal ins Deutsche zu übersetzen: „Krankheits-Behandlungs-Vorschrift“.

Wir haben das Problem der Leitlinien einmal in unserer Klinik untersucht und haben dabei herausgefunden, dass Leitlinien – es ging um Schilddrüsenerkrankungen – nur in etwa einem Drittel der Fälle uneingeschränkt anwendbar waren, weil zum Beispiel wegen anderer Erkrankungen oder dem Wunsch des Patienten die in den Leitlinien empfohlenen Maßnahmen nicht durchgeführt werden konnten.

Der Dienst am Kranken darf nicht auf Gewinnmaximierung ausgerichtet sein. Die Prämissen im Gesundheitswesen dürfen nicht allein ökonomischen Wettbewerbsregeln folgen. Kranke Menschen zu versorgen, erfordert nicht nur Professionalität, sondern auch Menschlichkeit.

Nur wenn die Individualität des Einzelnen und das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis respektiert werden und der Arzt nicht zum Erfüller von Vorschriften degradiert wird, können DMP für chronisch kranke Menschen zu einer Optimierung der Patientenbehandlung beitragen. Durch die Koppelung der DMP an den Risikostrukturausgleich, dem kassenarten übergreifenden Finanzausgleich, ist klar, dass wirtschaftliche und monetäre Überlegungen das Medizinische entscheidend beeinflussen, ja determinieren. Den meisten Kassen geht es wohl darum, möglichst viele Patienten in ihre Programme zu gewinnen, um ein möglichst großes Stück vom gemeinsamen Kuchen des Finanzausgleichs zu bekommen. Gleichzeitig aber dürfen die Programme keine höheren Kosten produzieren. Diese Logik ist in sich stimmig, aber fatal. Es geht also um „gesunde chronisch Kranke“, die zwar die Kriterien für die Programme erfüllen, aber die Leistungen nicht in großem Umfang in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund sind die meisten Krankenkassen nur an Minimalstandards interessiert, die aber keine Optimierung der Patientenversorgung bewirken. Wenn Mindeststandards aber Regelstandards sind, dann haben wir Ärztinnen und Ärzte das Recht und vor allem auch die Pflicht, diese Missstände aufzuzeigen. Wir werden uns massiv dagegen wehren, dass die Krankenkassen oder sonst irgendetwas außer unserem Patienten gefragt werden muss, ob und wie wir ihn zu behandeln haben. Kliniken, Praxen, Ärztinnen und Ärzte sind weder ein technischer Überwachungsverein, noch eine Reparatur-

werkstatt. Ich habe bewusst diesen Vergleich gewählt, da Ministerin Ulla Schmidt davon gesprochen hat, einen „Ärzte-TÜV“ einführen zu wollen. Diese Wortwahl ist eine Missachtung der Ärztinnen und Ärzte und vor allem auch unserer Patienten. Wir dürfen uns das nicht mehr weiter bieten lassen! Die Politik muss doch endlich einmal zur Kenntnis nehmen, dass weder Ärzte noch Patienten genormte Autos sind. Sie sind lebende Individuen!

Gerade angesichts der enormen politischen Irritationen ist es wichtig, dass strukturierte Behandlungsprogramme auf einheitliche Therapieempfehlungen gestützt werden. Notwendig sind deshalb nationale Leitlinien, die den Kriterien der wissenschaftlichen und der evidenzbasierten Medizin genügen müssen. Daran darf es keine Abstriche geben.

Verzerrte Perspektive

Eine „ökonomisch verzerrte Perspektive“ ist aus mehreren Gründen höchst problematisch:

- Sie beinhaltet eine falsche Beschreibung der Realität. Natürlich sind immer wieder Ausgabesteigerungen in den einzelnen Versorgungsbereichen zu beobachten. Es kann jedoch keine Rede sein von einer generellen Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Der Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben verlief in den letzten zwei Jahrzehnten im Gleichschritt mit dem allgemeinen Wirtschaftswachstum. Der relative Anteil der Ausgaben der GKV an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung ist heute mit 6,2 % nicht höher als zu Beginn der achtziger Jahre mit 6,1 %.
- Das Gerede von der Kostenexplosion lenkt den Blick einseitig auf die Ausgaben und vernachlässigt vollständig die viel massiveren Probleme auf der Einnahmeseite der GKV. Von 1980 bis zum Jahre 2000 stieg das Bruttoinlandsprodukt der Erwerbstätigen um 115,2 %, die beitragspflichtigen Einnahmen pro GKV-Mitglied lediglich um 84,3 %. In dieser Entwicklung spiegeln sich vor allem die Folgen der strukturellen Massenarbeitslosigkeit wider.
- Ein ausschließlich auf die Finanzströme gerichteter Blick erkennt auch nicht mehr die versorgungsinhaltlichen Strukturprobleme des deutschen Gesundheitswesens. Obwohl in Deutschland, wie in anderen hoch entwickelten Industrienationen, das gesellschaftliche Krankheitsspektrum vor allem durch chronisch degenerative Erkrankungen geprägt ist, orientiert sich das Versorgungsgeschehen weitgehend an der akut-medizinischen Versorgung. Deren Beitrag wird aber bei der Verminderung gesundheitlicher Probleme nur auf ein

Drittel geschätzt. Die gesundheitspolitischen Potenziale einer aktiven Prävention und Gesundheitsförderungspolitik bleiben weitgehend unausgeschöpft. Von einer Beseitigung der sozialen Ungleichverteilung von Erkrankungsrisiken und Gesundheitschancen ist das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor weit entfernt.

Diagnosis Related Groups

Bei dem Reizthema „ökonomisch verzerrte Perspektive“ kann ich die Problematik Arbeitsplatz Krankenhaus und die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) nicht ausparen.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wird gefährdet, wenn die Politik das neue Vergütungssystem ohne Rücksicht auf die tatsächlich geleistete Arbeitszeit des ärztlichen und pflegerischen Personals realitätsblind durchsetzt. Der politisch gewollte, der ärztlich aber nicht vertretbare Zeitplan zur Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen wird nicht die effizientesten Krankenhäuser, sondern zunächst diejenigen Einrichtungen belohnen, die am schnellsten in das DRG-System übergehen. Es ist zu befürchten, dass der Shareholder-Value zur alleinigen Leitlinie der künftigen Krankenhausbehandlung wird. Ärztinnen und Ärzte werden dabei zu reinen Programmabwicklern degradiert. Dadurch wird der Druck auf die Krankenhäuser erhöht, Patienten möglichst Kosten sparend zu behandeln und möglichst schnell wieder zu entlassen. Ohne wirksame Berücksichtigung der medizinischen Qualitätsstandards und geeigneter Ausgleichsmechanismen wird es dazu führen, dass in deutschen Krankenhäusern zunehmend das billigere Behandlungsverfahren an die Stelle des besseren Behandlungsverfahrens tritt.

Das neue Vergütungssystem nach australischem Vorbild muss sich an der Entwicklung des medizinischen Bedarfs und der demographischen Entwicklung orientieren und darf nicht allein durch betriebswirtschaftliche Effizienzmaßstäbe bestimmt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass indizierte stationäre Behandlungen auch künftig auf der Basis der geltenden Qualitätsstandards erbracht werden können.

Das neue Fallpauschalensystem braucht eine valide Datenbasis, die die medizinische und demographische Entwicklung berücksichtigt und die der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit in den Krankenhäusern Rechnung trägt. Nur so kann auf Dauer verhindert werden, dass die DRG zu einem reinen betriebswirtschaftlichen Kosteninstrument degenerieren.

Wenn die Politik an ihrem Zeitplan festhält, so werden wir einen gigantischen Menschenversuch erleben. So drückt es jedenfalls der Vorsitzende des Marburger Bundes aus.

Wenn ich nun nochmals auf die „ökonomisch verzerrte Perspektive“ zurückkomme, die ich vorhin geschildert habe, stellt sich die Frage, wie es in der Gesundheitspolitik weitergehen soll.

Bei dieser Betrachtung sollen Ansätze zur Qualitätssicherung, zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle und zur Etablierung von Behandlungsleitlinien in der letzten Gesundheitsreform nicht übersehen werden. Aber die Einführung praktikabler Regeln und Maßnahmen muss zukünftig mit einem höheren ärztlichen Know-how versehen werden. Ohne uns Ärztinnen und Ärzte darf es solche Reformen in Zukunft nicht mehr geben.

Wir Ärztinnen und Ärzte tragen die Verantwortung für die Qualität der Leistung. Wir sind für ihre Realisierung in der Praxis verantwortlich. Deswegen müssen auch wir umfassend in diesen Prozess mit einbezogen werden.

Effizienz und Qualität

Die Wege, die zu gehen wären, sind bekannt. In der stationären und in der ambulanten medizinischen Versorgung bedarf es einer systematischen Ausrichtung der ärztlichen Entscheidungsfindung am Paradigma einer modernen und evidenzbasierten Medizin. Das Instrument besteht in entsprechenden Behandlungsleitlinien. Das Übel mangelnder Effizienz und Qualität ist nicht an ärztlicher Diagnose und Therapie festzumachen. Es ist vielmehr an der Wurzel, sprich an der Verbürokratisierung und Regulierungswut zu packen. Dabei wird einem naiven Glauben an die Unfehlbarkeit wissenschaftlicher Evidenzstudien gehuldigt. Die dringend gebotene Einbeziehung von ärztlicher Erfahrung und die Individualität jedes einzelnen unserer Patientinnen und Patienten werden grob vernachlässigt.

Verstehen Sie mich richtig: Leitlinien – nicht verbindliche Maßregeln – könnten als Wegweiser hin zu einer rationalen und besseren Medizin fungieren, wenn darin valide Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur, das klinische Erfahrungswissen des Arztes und die Präferenzen der Patientinnen und Patienten zusammengeführt werden, und zwar in einem systematischen, transparenten und kommunikationsgestützten Prozess. Das hat weder etwas mit Kochbuchmedizin noch etwas mit einem Anschlag auf die ärztliche Therapiefreiheit zu tun.

Umstrukturierung

Doch Verunglimpfungen des ärztlichen Tuns, wie sie gerade vor der Bundestagswahl geäußert wurden, sind mit mir nicht zu machen. Sie bringen nicht ein modernes Verständnis von medizinischer Versorgung zum Ausdruck, sondern die Krise des Selbstverständnisses unserer medizinischen Profession.

Wir stehen offensichtlich in einer Phase der Umstrukturierung mit weitgehender Deprofessionalisierung, wie es Professor Dr. Paul Unschuld formuliert. Deprofessionalisierung wird verstanden als die Verringerung der Entscheidungsbefugnis einer Berufsgruppe über die von ihr zu leistenden Tätigkeiten. Das bedeutet für uns Ärztinnen und Ärzte, dass nicht mehr wir zusammen mit unseren Patientinnen und Patienten, sondern andere, nämlich die Politik und die Gesellschaft, über die Frage entscheiden, wann, wie lange und zu welchen Kosten bei einem Patienten eine Therapie durchgeführt wird. Dieser Deprofessionalisierung müssen wir Einhalt gebieten. Wir müssen der Gesellschaft und der Politik klarmachen, dass es im Gesundheitswesen keinen arztfreien Raum gibt!

Länderkompetenz

Die Bundesregierung hat im Zusammenhang mit der PISA-Studie verschiedene Anläufe gemacht, im Kulturbereich zentralistische Vorgaben zu diskutieren. Ich kann mir sehr wohl vorstellen, dass ähnliche Überlegungen bestehen, auch im Krankensektor zentralistische Elemente einzubringen. Dies muss verhindert werden.

Ich darf bei dieser Gelegenheit daran erinnern, dass die Bayerische Staatsregierung im Verhältnis zu den anderen Bundesländern in einzigartiger Weise die bayerischen Krankenhäuser mitfinanziert.

Ich möchte die Gelegenheit ganz bewusst ergreifen, mich bei der Bayerischen Staatsregierung für diese Haltung im Interesse der ärztlichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu bedanken.

Aber ich möchte bei dieser Gelegenheit die Bayerische Staatsregierung genauso nachdrücklich auffordern, sich für die Erhaltung der Länderkompetenz im Bereich der Berufsausübung der Ärzte einzusetzen und einer zentralistischen Denkweise entgegenzuwirken.

Transparenz

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Transparenz im Gesundheitswesen. Vor allem unsere Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Transparenz. Dazu hat sich die Ärzte-

schaft immer bekannt. Transparenz darf sich aber nicht allein in der regelmäßigen Information des Patienten über Mängel, Umfang und Kosten der für ihn erbrachten ärztlichen Leistungen erschöpfen. Die Patientinnen und Patienten haben auch Anspruch auf Transparenz der Finanzströme im Gesundheitswesen: es muss Klarheit darüber hergestellt werden, welche Mittel für medizinische Leistungen aufgebracht werden und was im Einzelnen für die Verwaltungstätigkeit ausgegeben wird.

Mit den Disease-Management-Programmen und den Diagnosis Related Groups erhöht sich der Verwaltungsaufwand im Gesundheitswesen ganz erheblich. Allein die Dokumentation der DMP, so wie sie einigen Kasen vorschwebt, würde einen gigantischen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen – Fachleute sprechen von 2,5 Milliarden Euro. Betriebs- und Ortskrankenkassen müssen damit rechnen, bis zu 1500 Vollzeitkräfte allein zur Verwaltung dieser Programme einstellen zu müssen. In den Arztpraxen kann allerdings der zusätzliche Verwaltungsaufwand aus Kostengründen nicht durch mehr Personal kompensiert werden. Die Zeit, die Ärzte für das Ausfüllen der Dokumentationsbögen aufwenden müssen, ist verlorene Zeit für die Patientenbehandlung.

Schon jetzt leiden Ärztinnen und Ärzte und natürlich auch andere Gesundheitsberufe unter dem ausufernden Dokumentationswahn und den bürokratischen Reglementierungen. In Klinik und Praxis wird mit steigender Tendenz mehr Zeit für die Bürokratie als für die Patienten aufgewendet. Auch darüber müssen Patientinnen und Patienten umfassend informiert werden, wenn nach mehr Transparenz im Gesundheitswesen gerufen wird.

Der Patient hat einen Rechtsanspruch auf qualifizierte ärztliche Behandlung. Hierzu dient auch die Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte, die auf Bundesebene im Augenblick auf eine neue Grundlage gestellt wird.

Weiterbildungsordnung

Sie wissen, dass ich als Vorsitzender der entsprechenden Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer (BuÄK) hier maßgeblich beteiligt bin. Es muss einmal festgestellt werden, dass die Ärzteschaft hier erhebliche Anstrengungen auf sich nimmt, um Patienteninteressen zu realisieren. Ich weiß wovon ich rede, wenn es darum geht, die Interessen einzelner Berufsgruppen zurückzudrängen zugunsten einer Gesamtkonzeption, die dann ja letztlich wiederum der qualifizierten ärztlichen Behandlung unserer Patientinnen und Patienten dient.

An die Kolleginnen und Kollegen muss ich in diesem Zusammenhang zum wiederholten Mal den nachdrücklichen Appell richten, dass nur bei einer entsprechenden Kooperation ein funktionsfähiges Gesamtsystem etabliert werden kann. Dies gilt selbstverständlich genauso im ambulanten wie im stationären Bereich.

Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei den Fachgesellschaften, den Berufsverbänden, den Gremien der BuÄK und der Landesärztekammern und vor allem bei meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die diese Gedanken einvernehmlich mittragen.

Ich sprach vorhin von den Begriffen „ausufernder Dokumentationswahn“ und „bürokratische Reglementierungen“. Diese Begriffe leiten ohne Probleme über zu den katastrophalen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Krankenhaus und Praxis.

Unbesetzte Stellen

Vor kurzem las ich in einer bayerischen Zeitung:

- Bayern war 2001 Spitzenreiter bei den Patentanmeldungen, 119 Patente je 100 000 Einwohner gingen bei der Münchner Behörde ein.
- Das Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, ist im Freistaat besonders gering. Man registrierte im vergangenen Jahr 5.751 Straftaten je 100 000 Einwohner. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 7636 Vergehen.
- Bayern hat auch den geringsten Anteil an den so genannten Risikoschülern beim PISA-Test. Demnach zeigten von 100 Schülern in Bayern nur 15 beim Verstehen von Texten schwache bis sehr schwache Leistungen.
- Bayern ist beliebt bei Existenzgründern. Im Jahr 2001 registrierte das statistische Bundesamt 94 400 Existenzgründungen in Bayern.

Gegen diese Auflistung ist gar nichts einzuwenden, aber es fehlen wichtige Zahlen. Ich muss diese Erfolgsstory um einige negative Punkte ergänzen:

- Allein im Freistaat gibt es derzeit etwa 350 offene Hausarzt- und 190 offene Facharztsitze, vor allem in ländlichen Regionen.
- In Bayern sind über 600 Arztstellen nach einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus in Bayern (AKB) in Akutkrankenhäusern vakant. Fast jedes bayeri-

sche Krankenhaus sucht vergeblich Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, genauso wie Oberärztinnen, Oberärzte, Chefärztinnen und Chefärzte. Diese Stellen lassen sich gerade an kleineren Häusern und in ländlichen Gebieten schwer nachbesetzen.

Und ich musste auch noch anderes lesen. Ich darf Ihnen einige Passagen aus einem Brief der Ärztinnen und Ärzte der Universitätsklinik Göttingen an den dortigen zuständigen Minister zitieren – ich habe bewusst ein Schreiben aus einem anderen Bundesland gewählt. Die Kolleginnen und Kollegen beschreiben die aktuelle Situation und fahren dann fort:

„Es kann nicht sein, dass auf diese Weise Ärzte, Oberärzte und ärztliche Direktoren in einem gemeinsamen Auftrag in den Bereichen der hochqualifizierten Krankenversorgung sowie der universitären Forschung auseinander dividiert werden. Tatsächlich ist eine ständige Zunahme arztfremder Dokumentation und Verwaltungsaufgaben vorhanden. Dieser gegenwärtige Zustand ist Folge einer gesundheitspolitischen Fehleinschätzung, die dringend von Ihnen und allen Gesundheitspolitikern beseitigt werden muss. Wir müssen feststellen, dass die neue Situation mit zunehmender Anzahl von unbesetzten Stellen den weiteren sozialen und beruflichen Abstieg des Arztberufes unterstreicht und fördert. Horst Seehofer hat ganz richtig öffentlich festgestellt, dass bei der letzten Gesundheitsreform die Ärzte vergessen wurden. Freigehaltene oder nicht besetzte Stellen dürfen kein Machtinstrument sein. Durch unbesetzte Stellen darf nicht versucht werden, das Budget einer Abteilung zu verbessern. Die private Präsenz der Ärztinnen und Ärzte in Familien ist bedenklich auf ein nicht zu verantwortendes Minimum reduziert. Die Folge ist ein Verlust von sozialer, familiärer Kompetenz bei den Klinikärzten und die Entwicklung eines familiären Defizits bei Ehepartnern und Kindern.“

Attraktivität des Arztberufes

Das Verzweifeln in der täglichen Arbeit macht aber vor den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht Halt. In einer Pressemeldung ging ich auf die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit ein. Daraufhin erhielt ich einen Brief von einem niedergelassenen Kollegen, aus dem ich Ihnen ebenfalls zitieren darf:

„Wenn ein Abiturient Überlegungen anstellt, Medizin zu studieren, so ist ihm sicher die spätere Arbeitsbelastung mit 60 bis 70 Stunden, mit Nacht-, Sonntags- und Bereitschaftsdiensten bekannt, er weiß um die

einzu gehenden finanziellen Risiken, er spürt die auf ihn zukommenden Schwierigkeiten, Partner und Familie mit diesem Beruf verknüpfen zu können, und ihm ist der lebenslange Fortbildungsdruck geläufig. Dennoch ist er bereit, den bekannten und nach wie vor geltenden Idealen des medizinischen Berufs zu folgen und die Schattenseiten in Kauf zu nehmen. Wenn jedoch der Präsident der Landesärztekammer dem umrissenen ländlichen Hausarztberuf, den ich nunmehr genau 25 Jahre ausübe, eine Attraktivität zubilligt, angesichts der massiven Missachtung meines freien Berufsstandes, angesichts der nicht zu beschreibenden Repressalien und Reglementierungen durch Politik, Kassen, KV und Versorgungssämtern, der Budgetzwänge, der permanenten an die Existenz gehenden Regressdrohungen, der massiven Einschnitte in die Therapiefreiheit wie jetzt auch der diagnostischen Möglichkeiten, angesichts der zunehmenden Zwei-Klassen-Medizin und nicht zuletzt angesichts der Tatsache, dass die Hausärzte seit 30 Jahren am Ende der ärztlichen Einkommensskala stehen und anderen vergleichbaren Berufsgruppen gegenüber finanziell im Abseits stehen, so hat Kollege Koch entweder von einer freien Landpraxis keinen blassen Schimmer oder es handelt sich um ein Wunschdenken eines Funktionärs. Mir ist jedenfalls nach 25 Jahren Landarzt eine Attraktivität dieses Berufsstandes, den ich an jüngere Menschen weitergeben könnte, nicht mehr geläufig.“ – So weit das Zitat.

Ich glaube schon, von einer Landpraxis einiges zu verstehen, und bei mir liegt auch kein Wunschdenken vor. Aber offensichtlich ist der Frust über die Begleitumstände unserer ärztlichen Tätigkeit so groß, dass es uns nicht mehr gelingt, die Attraktivität unseres eigentlichen ärztlichen Berufes von den inakzeptablen Rahmenbedingungen zu trennen.

Wen wundert es bei den zitierten Aussagen noch, wenn die jungen Kolleginnen und Kollegen nicht mehr die Tätigkeit am Patienten suchen. Im Vorfeld unseres jetzt beginnenden Ärztetages habe ich mit zahlreichen Studentinnen und Studenten und mit jungen Kolleginnen und Kollegen gesprochen. Vielen fällt es sehr schwer, sich gegen die patientenbezogene Tätigkeit zu entscheiden – aber ein Job in anderen Bereichen mit guter Bezahlung und regelmäßiger Fünf-Tage-Woche ohne Nachtschicht und Wochenenddienst ist für sie eine Alternative.

Personalmangel

Wir müssen feststellen, dass die Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis mittlerweile so katastrophal sind, dass Umfragen nach knapp die Hälfte der Mediziner nach ihrem Studium dem Arztberuf den Rücken kehren will. Und fast ein Viertel tut es. Von jährlich 12 080 Studienanfängern im Fach Medizin beenden 9165 ihr Studium. Dem stehen aber nur 7193 Erstanmeldungen der Ärzte im Praktikum bei den Landesärztekammern in Deutschland gegenüber. Viele suchen sich andere Arbeitsfelder: in der Pharmaindustrie, im Management, bei Beratungsunternehmen beispielsweise. Viele gehen ins Ausland, am liebsten nach USA, aber auch nach England und Frankreich oder in die skandinavischen Länder Norwegen und Schweden, wo sie mit offenen Armen aufgenommen werden. Dort werden sie besser bezahlt und dort finden sie günstigere Arbeitsbedingungen vor. Vor allem aber keine unbezahlten Überstunden, keine befristeten Arbeitsverträge, keine lähmenden Hierarchien und keine Zwänge in der Praxis, wie sie der Kollege sehr deutlich beschrieben hat.

Dadurch stehen wir vor einer neuen Situation in Deutschland. Warnte man noch vor wenigen Jahren vor einer Ärzteschwemme, so haben wir jetzt das Problem, dass wir den ärztlichen Bedarf mit Nachwuchs nicht mehr decken können.

Hieß es im vergangenen Herbst noch jedes zweite bundesdeutsche Krankenhaus leidet unter ärztlichem Personalmangel, so hat sich die Situation in den letzten Monaten nochmals verschärft. 69 % aller 370 Krankenhäuser in Bayern gaben bei Befragen an, deutliche Personalprobleme sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich zu haben.

Entsetzt bin ich, dass diese Situation mancher Politiker nicht realisieren will. Ich zitiere nochmals aus dem ersten Brief des Kollegen Gesundheitspolitiker. Er schreibt: „... der skandalöse Versuch, mit dem Ärztemangel nunmehr Geld in die Kassen der Niedergelassenen zu spülen“. – Ende des Zitats. Wer so etwas schreibt, hat nichts verstanden.

Natürlich steht auch den Ärztinnen und Ärzten ein leistungsbezogenes Entgelt zu. Der Arzt hat einen Rechtsanspruch auf ein adäquates Gehalt. Dies gilt sowohl für den am-

bulanten als auch den stationären Bereich, es gilt für den Arzt im Praktikum wie für den Hausarzt, dies gilt für die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten ebenso wie für die Behandlung von Privatpatienten. Hier wird heute schamlos ein hoher ethischer Anspruch ausgenutzt.

Solidargedanke

Der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen fordert, dass sich „das Honorar der Ärzte in Zukunft stärker am Erfolg ihrer Behandlung orientieren muss“. Solchen Äußerungen müssen wir ein neues gestärktes Selbstbewusstsein der Ärzteschaft entgegensetzen. Es gibt keinen normierten Patienten, bei dem ein Reparaturversuch Erfolg hat oder fehlschlägt. Allein die verwendeten Begriffe wie Basisleistungen, Pflichtleistungen, Regelleistungen, Kernleistungen machen deutlich, dass hier im Sinne einer babylonischen Sprachverwirrung – auch was den Behandlungserfolg angeht – jeder das versteht, was er gerne in seinem Sinne zur Reduzierung der Kosten verstehen möchte.

Zurzeit können alle, die es sehen wollen, beobachten, wie sich im politischen Raum eine Koalition von Wettbewerbs- und Privatisierungsoptimisten formiert. Dem Irrglauben an die Heilungskräfte von Konkurrenz und Renditestreben in einem Gesundheitssystem möchte ich die Aktualität und die Modernität des Solidargedankens entgegenhalten. Ich möchte aufzeigen, dass Alternativen zur aktuellen Euphorie existieren und machbar sind, wir müssen es nur gemeinsam wollen.

Als Motto für die kommende Legislaturperiode der Bayerischen Landesärztekammer möchte ich gerne ausgeben:

- Ärztinnen und Ärzte haben einen Anspruch darauf, von dieser Gesellschaft in ihrem Bemühen um die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten gewürdigt und akzeptiert zu werden.
- Arztsein muss wieder Freude machen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Der 55. Bayerische Ärztetag ist eröffnet!