

Selbstverständnis von Arzt und Medizin im 21. Jahrhundert

Vortrag am 17.04.2008 in Göttingen, anlässlich der Auftaktveranstaltung einer Vortragsreihe im Zentrum für Medizinrecht der Universität Göttingen im Sommersemester 2008

Dr. med. Cornelia Goesmann,
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Sehr geehrter Herr Professor Lipp!
Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich danke Ihnen sehr herzlich für die Einladung, anlässlich Ihrer Eröffnungsveranstaltung der Vortragsreihe des Göttinger Zentrums für Medizinrecht im Sommersemester 2008 als allererste zu Ihnen sprechen zu dürfen!

Dies ist mir insofern ein besonderes Bedürfnis, als ich in den letzten rd. 20 Jahren meiner berufspolitischen Arbeit immer wieder die Grenzen und Möglichkeiten, die uns die juristischen Rahmenbedingungen der verschiedensten Rechtsnormen setzen, als Ärztin erkennen und anerkennen musste. Diese sind, wie Sie viel besser wissen als ich, oft hilfreich und oft hinderlich. Ich habe versucht, mit den Juristen der Bezirksstelle Hannover, deren Vorsitzende ich bin, der Landesärztekammer und der Bundesärztekammer, immer einen Weg zu finden, der mit Hilfe des Rechts das möglich macht oder machen soll, was wir berufspolitisch gerne umgesetzt hätten. Und zwar sowohl zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten als auch natürlich im Interesse der Ärzteschaft, die wir vertreten.

Mein Thema „Selbstverständnis von Arzt und Medizin im 21. Jahrhundert“ ist scheinbar unbegrenzt und sehr anspruchsvoll. Ich möchte deswegen zu vier Komplexen, die mir besonders wesentlich für die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns scheinen, weitere Ausführungen machen:

Der 1. Punkt heißt „Länger leben kostet eben“ und befasst sich mit dem demographischen Wandel und den resultierenden Folgen. Mein 2. Punkt beschäftigt sich mit „Kommerz statt Caritas“ und streift Probleme der Ökonomisierung der Medizin.

Im nächsten Punkt werde ich mich mit der „Zeitbombe Ärztin“ befassen.

Und als letztes scheint mir wichtig das Thema „Mit Schwester Agnes gegen Arztzentrierung im Gesundheitswesen“; dieser Punkt berührt die Bereiche Nachwuchsmangel in der Medizin, und die Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe untereinander.

Die gravierendste Herausforderung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung der Zukunft stellt der so genannte demographische Wandel dar. So wird bis zum Jahre 2030 nach derzeitigen Hochrechnungen die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik auf etwa 70 Mio. Menschen absinken, davon werden rd. 25 % - im Gegensatz zu heute 17 % - älter als 60 Jahre alt sein. Heute sind knapp 4 Mio. Mitbürger über 80 Jahre alt. Für das Jahr 2050 wird mit 10. Mio. betagter Senioren gerechnet. Zwar werden wir alle vermutlich länger gesund bleiben bis ins hohe Alter hinein und man rechnet mit einer so genannten Morbiditätsverdichtung, also einer Komprimierung der schweren Krankheiten und der Multimorbidität eher gegen Ende des Lebens, also hin zu den 80iger, 90iger oder sogar den 100er Jahren, die wir alle erreichen sollen. Aber dennoch müssen diese großen Zahlen alter Menschen, die nicht nur verschiedenste chronische Krankheiten aufweisen werden, sondern auch eine psychiatrische Komorbidität und in hohen Maßen eine Demenz verschiedener Ursachen, alle adäquat behandelt werden. So rechnet man damit, dass die Demenzrate mit steigendem Alter exponentiell ansteigen wird. Von den bis 78-jährigen sind knapp 12 % davon betroffen, von den 80 – 90-jährigen knapp 25 % und bei über 90-jährigen muss man

mit einer Rate von 50 % und mehr Demenzkranker rechnen. Da diese Menschen nicht nur der medizinischen Behandlung, sondern darüber hinaus in hohem Maße auch der Pflege bedürfen, gilt schon heute die pflegerische und medizinische Betreuung der zukünftigen Alten, zu denen auch in wenigen Jahren ich gehören werde, als große Herausforderung. Dieser stellen wir uns im Moment noch zu wenig, und es gilt, Fragen einer würdigen, sinnvollen und bezahlbaren Behandlung und Betreuung der Zukunft heute zu diskutieren.

Es stellen sich daher schon heute folgende Fragen:

1. Wie können wir durch präventive Maßnahmen unsere und die folgenden Generationen länger gesund erhalten, so dass sie ein möglichst komplikationsloses Alter erreichen?
2. Wie müssen adäquate Versorgungsstrukturen aussehen, die wir schon heute planen sollten?
3. Wie kann man Demenz vermeiden bzw. durch geeignete präventive Maßnahmen den eintritt einer Demenzerkrankung hinauszögern?
4. Wie können heute und in Zukunft pflegende Angehörige unterstützt werden?

Es gilt schon heute, entsprechende präventivere Strukturen in der Medizin stärker zu unterstützen; Rahmenkonzepte zur integrierten Versorgung von alten, multimorbiden Patienten und Demenzkranken zu entwickeln und vernetzte ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre, vor allem Nachbarschaftsstrukturen auszubauen.

Meine Damen und Herren, ich versichere Ihnen, dass sich zumindest die Ärzteschaft intensiv mit dieser Thematik auseinandersetzt, dass aber gerade hier auch die politischen und juristischen Rahmenbedingungen gefragt sind und wir nur gemeinsam diese demographische Herausforderung der Zukunft gestalten können.

„Länger leben kostet eben“ war der Spruch auf einem Transparent, dass ein Kollege und ich anlässlich einer der ersten Demonstrationen gegen die Kostendämpfungsgesetze vor ca. 12 Jahren getragen haben. Es hat nichts von seiner Aktualität eingebüßt.

Die zweite große Herausforderung in unserem Gesundheitswesen besteht in der Bereitstellung adäquater finanzieller Ressourcen für eine menschliche Medizin und eine solche Pflege, kurz gesagt stellt sich die Frage, wie trotz des demographischen Wandels und der erheblichen technischen Fortschritte unserer heutigen Medizin eine gute Versorgung für alle bezahlbar bleibt. Diese Frage beschäftigt natürlich nicht nur deutsche Gesundheitspolitiker, sondern steht weltweit vor allem in den hoch entwickelten Ländern im Mittelpunkt der gesundheitsökonomischen Debatten. Kostendämpfungsgesetze in den verschiedensten Formen beschäftigen uns seit rd. 20 Jahren. War es dabei anfangs nur darum gegangen, Einsparreserven zu finden, so verordnen die neuesten Gesetze vor allem, Synergien zu nutzen, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu identifizieren und abzustellen, sowie Effizienzreserven zu heben. Darüber hinaus meint Gesundheitspolitik, mit der Öffnung des Marktes für den Wettbewerb Fragen knapper Ressourcen beantworten zu können. Wo früher Caritas, also Nächstenliebe, die zentrale Triebfeder der Patientenbehandlung darstellte, finden wir eben heute den Kommerz. Sehr vereinfacht lässt sich sagen, dass die Umstellung der Krankenhausfinanzierung, die Schaffung von rigiden Budgets im ambulanten Bereich, restriktive Maßnahmen bei der Arzneimittelversorgung und entsprechende Maßnahmen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel zu einer impliziten wie expliziten, d.h einer offenen und auch einer nicht ausgesprochenen Rationierung von Leistungen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gleichkommen. Obwohl die Gesundheitspolitiker dies bestreiten, bekommen Patientinnen und Patienten nicht mehr immer die für sie optimale Versorgung. Dies kann politisch so gewünscht sein, sollte aber politisch konsentiert, ausführlich diskutiert und dann auch offen kommuniziert werden. Die Frage, ob der Staat eine optimale Gesundheitsversorgung im Sinne einer Daseinsfürsorge vorhalten soll oder ob er die Gesundheitsversorgung seiner Bürger Marktgesetzen unterwerfen will, muss ebenfalls

offen diskutiert werden. Angesichts der demographischen Entwicklung werden wir vermutlich in den nächsten Jahrzehnten auch um eine Priorisierungsdebatte, wie sie in anderen Ländern schon offen geführt wird, nicht mehr herumkommen. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass der Vorstand der Bundesärztekammer derzeit in einer intensiven Diskussion die so genannten gesundheitspolitischen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft erörtert, die ein insgesamt etwa 40-seitiges Papier umfassen zur Frage der Sicherstellung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung, welches anlässlich des kommenden Ulmer Ärztetages im Mai 2008 veröffentlicht und innerhalb der Ärzteschaft diskutiert werden soll. Ich möchte gern, dass Sie mitnehmen, dass sich die Ärzteschaft diesen Fragen stellt, dass wir uns ebenfalls Gedanken machen zur Finanzierbarkeit einer umfassenden Gesundheitsversorgung der Zukunft, und dass wir uns gemeinsam mit der zentralen Ethikkommission der deutschen Ärzteschaft darüber hinaus in die Priorisierungsdebatte eingemischt haben.

3. Die englische Zeitschrift Guardian betitelte im Jahre 2005 einen mehrseitigen Bericht „Zeitbombe Ärztin“

Das Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten sowie der Medizin in unserem Jahrhundert wird sicherlich auch davon geprägt sein, dass in absehbarer Zeit der Großteil unserer Kollegen weiblich sein wird. So machen in etlichen medizinischen Fakultäten inzwischen die Frauen unter den Studienanfängern etwa 80 %, unter den Examenssemestern rd. 60 % aus. Kurz: Die Medizin wird weiblich!

Der englische Guardian und etliche Schwarzmalerei halten dies für eine Katastrophe, wenigstens für eine Bedrohung der Medizin. Ich selbst halte es für eine Chance! Die Schwarzseher befürchten, dass die Feminisierung der Medizin folgende Auswirkungen haben wird: Zum einen könnten Forschung und Lehre den Bach hinunter gehen, weil Frauen neben Familie und ganztägiger Beschäftigung im Beruf keine Zeit mehr für Forschung und Lehre haben würden. Darüber hinaus könne die Medizin zu einem Sektor mit Dumpinglöhnen verkommen, weil Frauen weniger berufspolitisch aktiv seien und sich nicht in die Arbeitskämpfe um adäquate Honorierungen einklinken würden. Andre Kritiker befürchten, dass es in Zukunft weniger Ärzte bzw. Ärztinnen in selbstständiger Niederlassung geben würde, weil Frauen angeblich bevorzugen, in angestellter Tätigkeit, z.B. in MVZs, zu arbeiten.

Ich persönlich glaube, dass die Medizin der Zukunft mit den vielen Ärztinnen in ihren Reihen nur profitieren kann: So wird vermutlich die Medizin zugewandter im Sinne einer sprechenden Medizin arbeiten, da Frauen mehr psychosoziale Fähigkeiten zugeschrieben werden. Es könnte ein gleichberechtigteres Arbeiten ohne die bisher üblichen hierarchischen Strukturen in Krankenhäusern und MVZs geben. Frauen werden sich vermutlich auch darum kümmern, dass die Arbeitsbedingungen in der Medizin menschlicher werden. Sie kennen dieses Problem ja auch aus juristischer Sicht, was vor allem die Einhaltung der Arbeitsschutzgesetze in den Krankenhäusern angeht. So sehe ich gerade in diesem Punkt mit großer Spannung der Zukunft entgegen: Das Selbstverständnis der Medizin im 21. Jahrhundert wird vermutlich ein anderes sein, wenn Ärztinnen hier den Großteil der Kollegen ausmachen werden.

So komme ich zu meinem letzten Kapitel, das sich dem Nachwuchsmangel im ärztlichen Bereich und der Kooperation der Gesundheitsberufe in unserem Gesundheitswesen widmet. Trotz des ungebrochenen Ansturms, vor allem eben von Frauen, die gute Abiturdurchschnittsnoten haben, auf die Medizinstudienplätze, gibt es tatsächlich einen Nachwuchsmangel in etlichen Fächern. Ich erwähne hier nur den eklatanten Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten in ländlichen, aber auch schon einigen städtischen Regionen, und einen sich abzeichnenden Mangel anderer Fachärzte, wie Augenärzten, Kinder- und Jugendärzten, Hautärzten. Auch viele Kliniken, vor allem in den östlichen Bundesländern, können ihre Planstellen gar nicht mehr oder nur mit Hilfe von ausländischen Kolleginnen und Kollegen, die dort angeworben werden, decken. Dieses Phänomen ist darin begründet, dass zum einen 40 % der Studienanfänger überhaupt nicht mehr in den

deutschen Krankenhäusern ankommen, sondern sich gleich nach dem Studium andere Tätigkeitsbereiche suchen. Diejenigen, die eine Weiterbildung absolvieren, zeigen ähnliche Fluchttendenzen aus dem klassischen Medizinbetrieb heraus. Zumindest eine Niederlassung in den oben erwähnten Fächern kommt für sehr viele junge Kolleginnen und Kollegen überhaupt nicht mehr in Frage. Gründe hierfür sind die schlechten Rahmenbedingungen ärztlichen Tuns, wie überbordender Bürokratismus gerade im niedergelassenen Bereich mit seinen Budget- und Regressbedingungen, eine zunehmend inadäquate Honorierung und auch das mangelnde Ansehen, das der Arztberuf inzwischen in der Öffentlichkeit erfährt. Bundesärztekammer und alle anderen beteiligten Organisatoren haben daher umfangreiche Maßnahmen ergriffen, um für die Attraktivität des Berufes zu werben, um aber auch die Rahmenbedingungen gemeinsam mit der Gesundheitspolitik zu verbessern.

Gesundheitspolitiker sehen aber in diesem Phänomen auch die Möglichkeit, die entstehenden Lücken medizinischer Versorgung durch andere Gesundheitsberufe zu füllen. So wurde im letzten Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen klar ausgesprochen, dass es gelte, die Arztzentrierung unseres Gesundheitswesens zu brechen. Nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das in den letzten Wochen vom Bundestag verabschiedet worden ist, sollen nun Modellvorhaben klären, inwieweit andere Gesundheitsberufe, hier vor allem die Pflege, in Versorgungskonzepten für die Bevölkerung eingebunden werden können.

Gerade Sie als Juristen werden wissen, dass dies haftungsrechtliche und budgetrelevante Fragen aufwirft. Diese gilt es zu klären, bevor z.B. eine neue Ebene der Gemeindeschwester statt des Hausarztes eingezogen wird; sie gilt es zu klären, wenn Physiotherapeuten den Direktzugang zum Patienten ohne ärztliches Rezept verlangen, und diese müssen dahingehend geklärt werden, dass mit Hilfe eines Berufegesetzes bzw. der Definierung des Begriffes Heilkunde klare Zuordnungen der Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufsgruppen getroffen werden. Die Bundesärztekammer hat derzeit eine Umfrage unter den Berufsverbänden ausgewertet, die zur Klärung delegationsfähiger Leistungen von Ärzten an andere Berufsgruppen dienen soll. Klar ist, dass wir in unserem Gesundheitswesen die Synergien der verschiedenen Kompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe nutzen müssen. Die Versorgung des Patienten muss immer im Mittelpunkt stehen und es muss stets die Frage beantwortet werden: Was braucht unser Patient/ unsere Patientin von welcher Berufsgruppe und mit welcher Kompetenz? In unserem Rechtssystem haben die Patientinnen und Patienten einen Rechtsanspruch auf Facharztstandard in der medizinischen Behandlung. Ärzte und Ärztinnen tragen die Letztverantwortung für Diagnostik und therapeutische Maßnahmen am Patienten. Um wieder mehr junge Leute für den Beruf der Ärztin und des Arztes, vor allem in der niedergelassenen Praxis, zu interessieren, muss im Rahmen der Delegation an andere Gesundheitsberufe, vor allem an die Medizinischen Fachangestellten, also die Arzthelferinnen in den Praxen, über Arzt unterstützende und Arzt entlastende Maßnahmen nachgedacht werden.

Zukünftig wird sicherlich die multiprofessionelle Kooperation, vor allem in großen Zentren wie MVZ, bei der Patientenbehandlung im Vordergrund stehen. Ein Neuzuschnitt dieses Professionenmixes muss sich an den Kriterien Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Rechtsicherheit und Wirtschaftlichkeit messen lassen. Die Einführung von neuen, nicht ärztlichen Leistungserbringergruppen, vor allem im Primärversorgungsbereich, d.h. „Schwester Agnes“ statt Hausarzt, würde zu konkurrierenden Strukturen auswachsen, die eher zu einer Potenzierung von Schnittstellenproblemen, Unwirtschaftlichkeit und fraglichen Auswirkungen auf die Patientensicherheit führen könnten. Die Bundesärztekammer hat daher, unterstützt von der KBV, ein Konzept entwickelt, das auch in unterversorgten Gebieten eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge aus Praxen heraus ermöglicht, weil Weiterentwicklung und Fortbildung für die Arzthelferin in der Praxis sie zu einem wertvollen Mitglied des Teams machen, das Arzt unterstützend bei präventiven und kurativen Maßnahmen intensiv an der Patientenversorgung, z.B. auch durch eigenständige Hausbesuche, teilnimmt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Probleme demographischer Wandel und technischer Fortschritt, neue ökonomische Strukturen im Gesundheitswesen, zunehmender Wettbewerb mit dem Eindringen von Kapitalgesellschaften und anderen Finanzgebern in die Versorgungsstrukturen, der Nachwuchsmangel an Ärztinnen und Ärzten, der Vormarsch von Ärztinnen und die zu pflegende und zu verbessernde Kooperation der Gesundheitsberufe, worunter ärztliche und nichtärztliche Berufsgruppen zu verstehen sind, neue Chancen für die Medizin und für die Patientenversorgung eröffnen werden, denen ich selbst mit großer Spannung und auch mit großer Freude entgegenblicke.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit