

Mainz, 19. Mai 2009

**Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages,
Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages**

Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Manchmal schmerzt die Wahrheit, aber manchmal muss man auch den Mut haben, sie trotzdem auszusprechen. Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – und zwar das Tabu, das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik nicht in Frage zu stellen.

Aber, meine Damen und Herren, wenn wir nicht mehr die ausreichenden Mittel für die Versorgung der Patienten bekommen, wenn also der jetzige Mangel von der Politik zementiert wird, dann müssen wir einfach offen und ehrlich darüber reden und zu gerechtem Verteilungsmechanismus kommen.

Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – um das noch einmal klar zu sagen – wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden.

Und deshalb habe ich das Thema jetzt ganz bewusst angesprochen. Ich will eine Diskussion provozieren, in der die Politik Farbe bekennen muss. Und ich will eine Diskussion in der Gesellschaft anstoßen, wie viel diese bereit ist, für Gesundheit auszugeben.

Der eine oder andere mag sich noch an Dr. Norbert Blüm erinnern, den quirligen Sozialminister unter Bundeskanzler Helmut Kohl, der vor über 20 Jahren im ganzen Land plakatieren ließ: „Die Rente ist sicher.“ Die Experten wussten schon damals, dass das ein unhaltbares Versprechen ist.

Aber die Öffentlichkeit ist lange genug geblendet worden. Und wer sich heute wie damals Norbert Blüm hinstellt und behauptet, die umfassende Gesundheitsversorgung sei sicher, der sagt schlicht und einfach nicht die Wahrheit.

Mit den Mitteln, die uns heute zur Verfügung stehen, werden wir den medizinischen Fortschritt zukünftig nicht mehr in den Praxen und Kliniken abbilden können – erst recht nicht in einer Gesellschaft des langen Lebens.

Darüber müssen wir jetzt reden und nicht erst in 20 Jahren. Das ist es, was ich fordere, wenn ich von Priorisierung rede; den Mut, unbequeme Wahrheiten offen zu diskutieren. Und das ist es, was ich auch von der Politik erwarte:

Sagen Sie den Menschen die Wahrheit, übernehmen Sie endlich Verantwortung und lassen Sie uns Ärzte nicht länger im Regen stehen!

Der richtige Umgang mit der Mittelknappheit wird zweifellos eine der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen in den nächsten Jahren.

Wenn die Mangelverwaltung zum Dauerzustand wird, müssen wir uns mit der Priorisierung auseinandersetzen. Auch wenn wir wissen, dass der Diskussionsprozess bis zur wirklichen, gesellschaftlich akzeptierten Erkenntnis oftmals ein sehr schmerzhafter ist. Denn die Prozeduren und Reflexe bei der Behandlung eines solchen schwerwiegenden Problems sind immer die gleichen:

Zunächst gibt es ein sogenanntes gefühltes Problem, bei unklarer Analyse nimmt man zumindest schon die Symptome zur Kenntnis. Das ist für mich das **erste Talkshow-Stadium** – und das haben wir ja schon hinter uns.

Dann wird das Problem von der wissenschaftlichen Community aufgegriffen. Es werden allfällige, durchaus auch interessengesteuerte Kongresse veranstaltet, es werden dann in der Regel erste Therapievorschlüsse entwickelt und spätestens dann beginnt das **zweite Talkshow-Stadium**, die Phase der öffentlichen Empörung und politischen Reflexe.

Meine Absicht war es, dieses zweite Stadium in Sachen Priorisierung schon vor Beginn des 112. Deutschen Ärztetages zu erreichen – ich denke, dieses Ziel kann man als erreicht ansehen.

Erst nach diesem zweiten Stadium setzt eine mehr oder weniger offene Diskussion über die Problembewältigung ein. Dann kommt es zu wissenschaftlicher Arbeit, zu fundierter Analyse und zu möglichen Optionen. Und dann erst, ganz am Ende des Prozesses, gibt es manchmal die Bereitschaft der Politik, diese Therapieoptionen auch zu realisieren.

Sie sehen, meine Damen und Herren, wir haben einen langen Weg vor uns, aber ein erster Schritt ist getan!

Aber was versteht man nun genau unter **Priorisierung** und was würde sie für das Gesundheitswesen in Deutschland bedeuten?

Im Prinzip bedeutet Priorisierung, dass ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten eine Auswahl trifft, welche Therapiemöglichkeiten für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss.

Unter Priorisierung versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden.

Am Ende dieser Rangreihe finden sich dann solche Verfahren wieder, die keine messbar nachweisbare Wirkung mehr haben. Die Rangfolge kann innerhalb eines bestimmten Versorgungsbereichs, etwa im Hinblick auf die Versorgung von Herzerkrankungen, erfolgen. Diese Form wird als vertikale Priorisierung bezeichnet. Werden verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in einen Kontext gestellt, so spricht man von horizontaler Priorisierung.

Diese differenzierte Betrachtung, meine Damen und Herren, muss man kennen, wenn man über Priorisierung spricht. Sonst redet man nicht von Priorisierung, sondern betreibt **Polemisierung**.

Wie Priorisierung aussehen kann, zeigt das schwedische Beispiel. Dort hat der Reichstag nach 15 Jahren Diskussion vier Priorisierungsgruppen verabschiedet, nämlich

- die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten und solcher, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität führen, sowie die palliativmedizinische Versorgung;
- Prävention und Rehabilitation;
- die Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen;
- und die Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

Wichtig scheint mir dabei auch der Hinweis, dass sich die Schweden für Priorisierung entschieden haben, obwohl sie ungefähr neun Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung ausgeben.

Meine Damen und Herren, wir hier in Deutschland geben nur etwa 6,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die gesetzliche Krankenversicherung aus. Und trotzdem wird erwartet, dass wir das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik tagtäglich erfüllen.

Diesen zerstörerischen Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit halten wir in der täglichen Praxis nicht länger aus – und wir wollen ihn auch nicht länger aushalten!

Priorisierung kann dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Deshalb fordern wir die Errichtung eines Gesundheitsrates, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann.

Wir können helfen, vernünftige Entscheidungen vorzubereiten, die Letztverantwortung aber liegt bei der Politik. Das heißt nicht, dass wir Ärztinnen und Ärzte Verantwortung abgeben, wir haben Verantwortung für den konkreten Behandlungsfall. Und deshalb ist es genauso unabdingbar, dass für den einzelnen Arzt im begründeten Einzelfall eine abweichende Therapiemaßnahme möglich bleiben muss.

Es liegt in der Natur des Arztes als freier Beruf, dass er seine Patienten bestmöglich behandeln möchte. Darauf vertraut der Patient und diesem Vertrauen will der Arzt gerecht werden. Das ist unser berufliches Ethos, das ist unsere Selbstverpflichtung als freier Beruf.

Deshalb auch legen wir so großen Wert darauf, dass diese professionelle Autonomie, diese Weisungsunabhängigkeit in medizinisch-fachlichen Fragen erhalten bleibt. Die Freiberuflichkeit des Arztes, lassen Sie mich das noch einmal betonen, ist nicht gebunden an die Form des Arbeitsverhältnisses.

Und deshalb wenden wir uns auch vehement gegen jeglichen Ansatz, Ärzte als Dienstleister in einem industrialisierten Medizinbetrieb zu definieren. Diese persönliche Verantwortlichkeit des Arztes ist untrennbar mit seiner persönlichen Leistungserbringung verbunden. Freiheit und Verantwortung, meine Damen und Herren, sind das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient und damit auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft.

Meine Damen und Herren,

die Freiheit der Berufsausübung ist natürlich nicht grenzenlos. Es gibt klare Regeln, die wir uns gemeinsam gegeben haben, und es gibt Grundsätze ärztlichen Handelns, die keiner weiteren Festlegung bedürfen, weil sie seit Hippokrates zum Ethos unseres Berufes gehören.

Wir Ärztinnen und Ärzte sind dem Leben verpflichtet, wir wollen Krankheiten heilen, Schmerzen lindern und den Menschen in ihrer ganz persönlichen Not beistehen, so

gut es geht. Zum Leben gehört aber auch das Sterben. Unsere Aufgabe ist es, dann nicht nur Trost zu spenden, sondern mit den Mitteln der modernen Palliativmedizin die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen bis zuletzt zu erhalten.

Deshalb auch wenden wir uns mit aller Deutlichkeit gegen Überlegungen, die ärztliche Hilfe zum Sterben salonfähig zu machen. Da spielt es auch keine Rolle, ob die Möglichkeit eines assistierten Suizids nach geltendem Recht straffrei bleibt. Denn jeder Suizidversuch, jeder Wunsch nach einem Suizid ist immer auch ein Hilfeschrei.

Nur extrem selten ist doch der Suizid eines Menschen frei verantwortlich. Weit mehr als 90 Prozent aller Suizide sind durch Depressionen verursacht, bedingt durch schwere Erkrankungen mit hohem Leidensdruck und oft auch mit wirtschaftlichen Belastungen und sozialer Einsamkeit. Diese Menschen brauchen ärztlich-psychotherapeutische Hilfe und sie brauchen menschliche Nähe.

Da wirkt der 66. Deutsche Juristentag mit seiner Positionierung, ich möchte mal sagen, sehr distanziert, wenn er fordert, dass die Mitwirkung eines Arztes an einem Suizid eines unheilbar Kranken eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern sogar als ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung zu tolerieren sei.

Meine Damen und Herren, dieser Weg zerstört nicht nur unser Arztbild als Heiler, Helfer und Tröster – dieser Weg zerstört das Vertrauen der Patienten.

Wir aber wollen eine gänzlich andere Richtung, wir wollen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender verbessert wissen. Und dazu brauchen wir mehr Palliativmedizin und endlich eine ausreichende Zahl von ambulanten und stationären Palliativdiensten. Hier ist Handlungsbedarf und nicht in einer zweifelhaften Interpretation des Strafgesetzbuches.

Wir Ärzte wollen keine Sterbegehilfen sein, auch wenn uns mancher Rechtsgelehrter diese Rolle gerne zuschreiben möchte. Es widerspricht zutiefst Geist und Inhalt unseres ärztlichen Auftrages. Um es klar und deutlich zu sagen: Assistierter Suizid ist keine ärztliche Aufgabe und darf es auch niemals werden, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Wir wollen heilen und helfen. Und deshalb setzen wir uns für unsere Patienten ein, auch und gerade für diejenigen, die dauerhaft oder über einen langen Zeitraum auf ärztliche Hilfe angewiesen sind und besonders unter der verdeckten Rationierung zu leiden haben. Das sind Menschen, die häufig allein gelassen sind, die sich nicht wehren können, die auch stigmatisiert werden, wie beispielsweise psychisch Kranke. Gerade deshalb müssen wir uns um diese Menschen kümmern und sie unterstützen. Doch mit der jetzigen Unterfinanzierung und den damit einhergehenden Bettenabbau in der stationären Psychiatrie hat sich ihre Situation erheblich verschlechtert. Ähnlich verhält es sich bei der Betreuung Demenzkranker. Die derzeitige Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen ermöglicht nur ein „Satt, Still, Sauber“. Von dem Ziel, Demenzkranken möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen, sind wir weit entfernt.

Auch in den Pflegeheimen ist die medizinische Versorgung nicht mehr ausreichend gewährleistet. Der Rettungsdienst wird abgebaut, die Arzneimittelversorgung qualitativ herabgestuft.

Die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung wird weiter abgebaut. Die Zahl der Krankenhäuser wird um mindestens 20 Prozent abnehmen – und das bei einer Gesellschaft mit zunehmender Immobilität. Selbst bei den noch verbleibenden Krankenhäusern wird dann auch noch die Zahl der Intensivbetten gekürzt. Wir haben eine zunehmende Leistungsverdichtung, aber die absolute Zahl der Arzt- und Pflegestunden nimmt kontinuierlich ab. In der Pflege gingen in den vergangenen zehn Jahren etwa 50.000 Stellen verloren. Diesen Aderlass wird man auch mit dem aktuellen Pflegeförderprogramm nicht kompensieren können.

Nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts haben inzwischen zwei Drittel der Kliniken erhebliche Probleme, Stellen zu besetzen, bundesweit gibt es schon jetzt über 4000 vakante Arztstellen in den Krankenhäusern.

Das sind nur einige Beispiele heimlicher Rationierung in Deutschland. Viele von hier werden aus eigener Erfahrung noch weitere hinzufügen können.

Mangelversorgung ist in Deutschland leider Realität. Nun müssen wir es endlich schaffen, dass sich Politik und Gesellschaft mit diesem Thema auch ernsthaft auseinandersetzen.

Die Patienten, die unter Rationierung leiden, haben es einfach verdient, dass wir sie wieder in die Mitte der Gesellschaft nehmen.

Hier und heute möchte ich die Situation einer Patientengruppe hervorheben, von deren Schicksal die Öffentlichkeit nur selten Kenntnis nimmt. Ich meine die Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderung

In Deutschland lebt rund eine halbe Million Menschen mit geistiger oder mehrfach körperlicher Behinderung. Diese Menschen haben aufgrund von Begleiterkrankungen einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Unser Gesundheitssystem aber ist weder strukturell noch organisatorisch auf die Versorgung dieser Menschen eingerichtet. Für den behinderungsbedingten Mehrbedarf gibt es einfach keine ausreichenden finanziellen Mittel.

Zwar gibt es für behinderte Kinder und Jugendliche vielerorts noch spezialisierte Angebote, aber wenn diese Patienten das Erwachsenenalter erreichen, bricht die Versorgung ab. Dann gibt es nur noch wenige spezialisierte Gesundheitsdienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Aber selbst da fehlen häufig die finanziellen Mittel, um die Kosten zu decken. Viele dieser erwachsenen Menschen mit Behinderungen sind oft auch auf Sozialhilfeleistungen angewiesen, die es ihnen kaum erlauben, sich in einem größeren Umfang auf eigene Kosten notwendige gesundheitliche Leistungen zu beschaffen.

Meine Damen und Herren, jeder Mensch – ob mit oder ohne Behinderung – hat Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung. Und deshalb müssen die Versorgungsstrukturen dem besonderen Bedarf von Menschen mit Behinderung angepasst und nicht etwa abgesenkt werden, wie jüngst bei der Vergütung von Narkosen in der zahnärztlichen Behandlung. Viele der Menschen mit Behinderungen aber können ohne Narkose einfach nicht mehr behandelt werden. Die

gesundheitlichen Folgen dieser Nichtbehandlung reichen von Kieferknochenerkrankungen bis hin zu Einschränkungen des Immunsystems.

Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, passiert, wenn nicht die individuellen Bedürfnisse des Patienten im Mittelpunkt stehen, sondern der primäre Akzent auf die Finanzierbarkeit von Leistungen gelegt wird.

Mit diesem Problem der Unterversorgung müssen wir die Politik konfrontieren und zwar alle politischen Parteien. Was allerdings keinen Sinn macht, was geradezu kontraproduktiv für unser gemeinsames Anliegen ist, das sind Aktionen zur Politisierung des Wartezimmers gegen eine bestimmte Partei. Das stößt bei den Patienten ebenso auf Unverständnis wie die sogenannte Vorkasse, die einige Ärzte erhoben haben. Das sind völlig deplazierte Aktionen übermotivierter Kollegen, die zu einem erheblichen Vertrauensverlust führen können.

Diese Aktionen sind aber auch ein Symptom für die Stimmung in der Ärzteschaft insgesamt. Nie zuvor war der Unmut über Gesundheitspolitik, nie zuvor die Demotivation unter den Ärzten so groß wie heute. Und deshalb dürfen und müssen wir die Patienten sorgfältig darüber aufklären, was mit dem zur Verfügung gestellten Geld noch geht und auf welche Behandlungsoptionen aus politischen Kostengründen verzichtet werden muss.

Wir sind in den letzten Wochen und Monaten von manchen als Abzocker diffamiert und durch die öffentliche Arena getrieben worden. Man hat der Öffentlichkeit glauben machen wollen, die Honorarsteigerungen seien Boni für die Ärzte und nicht eine Nachzahlung für unentgeltlich geleistete Arbeit der letzten zehn Jahre. Kein Wort dazu, dass nur noch 15 Euro von 100 Euro Kassenbeitrag bei den niedergelassenen Ärzten ankommen, vor 20 Jahren waren es noch 22 Euro.

Sie drehen uns den Hahn zu und machen uns für die Trockenheit verantwortlich. Aber das, meine Damen und Herren, geht nicht – erst recht nicht in Zeiten des Wahlkampfs.

Seit Lahnstein 1992, meine Damen und Herren, haben wir in der Gesundheitspolitik de facto eine Große Koalition gehabt, die bis heute trägt. Es hat angefangen mit sektoraler Budgetierung, es ist weiter gegangen mit verdeckter Rationierung bis hin zur versorgungstechnischen Administrierung – um es klar zu sagen: Wir sind auf dem Weg in die Staatsmedizin.

Und deshalb fordern wir einen grundlegenden Politikwechsel – wir wollen keine zentralstaatliche Einheitsversicherung, sondern ein freiheitliches Gesundheitswesen. Wir wollen eine starke, bürgernahe Selbstverwaltung und keine wöchentlichen Direktiven aus dem Ministerium, wir wollen freiberufliche Ärzte sein, die nur ihrem Gewissen und ihren Patienten verpflichtet sind, und nicht Allokationsjongleure in einem Rationierungssystem.

Dazu, meine Damen und Herren, fordern wir klare Aussagen der Parteien. Wir wollen endlich verbindliche Rahmenbedingungen für die Gestaltung unseres Gesundheitswesens. Denn wir wollen irgendwann wieder einmal ehrlichen Herzens sagen können: Die Versorgung ist sicher.