

TOP III a)

Arztbild der Zukunft

Vortrag Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

„10 Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Bedeutung des Arztes für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“

[Folie 1]

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

schon vor Jahren hat der Deutsche Ärztetag gewarnt:

Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!

Nunmehr haben wir es besonders in Ostdeutschland mit regional gravierendem Ärztemangel und Versorgungsengpässen zu tun.

Die Frage nach dem „Warum?“ wurde bereits vielfältig mit zum Beispiel Statistiken und Defizitanalysen beantwortet.

Im Gegensatz hierzu werde ich mich in meinem Vortrag heute weniger mit den bekannten Zahlen befassen, sondern mit der qualitativen Dimension des Ärztemangels und seinen Folgen.

Mit den Auswirkungen der Versorgungsengpässe auf das Arztbild und mit den unerwünschten Nebenwirkungen eines veränderten Arztbilds auf die Qualität der Patientenversorgung, wenn wir selber der drohenden Fehlentwicklung nicht entgegensteuern.

Der rückläufigen Arztzahlentwicklung steht ein steigender Versorgungsbedarf gegenüber.

Als gesundheitspolitischer Entscheidungsträger kann man hierauf grundsätzlich auf zweierlei Weise reagieren:

Option 1:

Man tut alles, um die ärztliche Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen.

Hierzu gehört, es für Ärzte und Medizinstudenten wieder attraktiver zu machen, im System zu bleiben beziehungsweise in den ärztlichen Berufsalltag einzutreten.

oder

Option 2:

Man findet die rückläufige Arztzahlentwicklung und die Systemveränderung gar nicht so tragisch, weil man schon lange auf eine Gelegenheit gewartet hat, das sogenannte „ärztliche Therapiemonopol“ zu brechen ,

Entweder aus ideologischen Gründen oder weil man glaubt, damit Geld einsparen zu können.

Anhänger der Option 2 entwickeln Szenarien, in denen Ärzte ganz oder teilweise durch Nichtärzte ersetzt werden sollen.

Die verschiedenen Konzepte , die von Bund und Ländern, aber auch zum Beispiel von privaten Klinikbetreibern in den letzten Jahren in den

Umlauf gebracht wurden, entsprechen leider überwiegend der zweiten Option.

Stellvertretend für diese Arztersatz-Konzepte möchte ich auf die Modellvorhaben hinweisen, wie sie der Bundesgesetzgeber mit Zustimmung des Bundesrates unlängst im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes beschlossen hat.

Mit diesen Modellvorhaben soll eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten in die selbständige Ausübung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe erprobt werden.

Ganzheitlichkeit und Unteilbarkeit des Arztberufs würden damit zur Disposition gestellt. Der Vorstand der Bundesärztekammer hält diese Entwicklung mit den Zielen einer qualitativ hochwertigen, verantwortungsvollen, sicheren und gleichzeitig effizienten Patientenversorgung für nicht vereinbar.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat deshalb in Antrag III-1 zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Rolle des Arztes bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufgestellt, die ich Ihnen jetzt erläutern möchte.

[Folie 2]

Es ist das Arztbild, wie es aus der Ärzteschaft heraus gebildet wird, wie es von der Gesellschaft gewünscht und von der Politik ermöglicht wird, das die Umstände bestimmt, unter denen Patientenversorgung ablaufen wird.

Zukunft kann nur beschrieben werden durch Herkunft. Die 10 Thesen beginnen deshalb mit einer Rückbesinnung darauf, was eigentlich die Alleinstellungsmerkmale des Arztberufs in der Patientenversorgung sind.

[Folie 3] These 1: Ärztliche Alleinstellungsmerkmale

Ärzte sind die maßgeblichen Träger des Gesundheitswesens. Der Arztberuf verfügt über unverwechselbare Alleinstellungsmerkmale.

[Folie 4]

Ärzte sind die Experten für die Prävention und Diagnose von Krankheiten sowie für die Beratung, Behandlung und Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfelds.

Jeder Arzt muss über umfassende Kenntnisse des Zugangs zum Menschen in seiner biologischen, psychologischen und sozialen Verfasstheit verfügen, über praktisches Können, Empathie und die Fähigkeit, den Patienten zuzuhören. Dies gilt unabhängig von seiner in der Weiter- und Fortbildung jeweils erworbenen Spezialisierung.

Der Arzt muss persönliches Wissen und persönliche Erfahrung mit dem aktuellen medizinischen Wissen für jeden Patienten individuell abgleichen. Ärztinnen und Ärzte übernehmen persönliche Verantwortung für die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und beweisen Entscheidungsfähigkeit auch in

Grenzsituationen.

Jeder Durchführung heilkundlicher Maßnahmen wohnt ein Risiko der Verursachung gesundheitlicher Schädigungen inne, das gegen den potentiellen Nutzen für den Patienten abzuwägen ist. Aus diesem Grunde, und nicht nur aufgrund der erforderlichen medizinischen Fachkenntnis, steht die umfassende Ausübung der Heilkunde am Menschen unter Arztvorbehalt. „Primum nihil nocere“ stellt das Leitprinzip ärztlichen Handelns seit Hippokrates dar.

[Folie 5] These 2: Ärztliches Bekenntnis zur Freiberuflichkeit

Die Ausübung des Arztberufs verlangt eine Grundeinstellung, die zusätzlich zur medizinischen Fachkompetenz als essentiell für den Arztberuf angesehen und auch in Zukunft von einem guten Arzt erwartet wird:

Dies ist die Grundhaltung, den Patienten ernst zu nehmen, Fürsorge und Respekt aufzubringen, dialogfähig zu sein und seine eigenen Grenzen zu erkennen.

Die Ausübung des so verstandenen Arztberufs ist eine äußerst komplexe, anspruchsvolle Aufgabe. Hierdurch sowie durch seine professionelle Autonomie erhält der Arztberuf sein besonderes Profil und seinen besonderen Reiz.

Den damit verbundenen Anforderungen kann man meines Erachtens nicht mit bloßer Jobmentalität gerecht werden, sondern nur mit Hingabe sowie Lern- und Leistungsbereitschaft.

Ein Gesundheitswesen, wenn es sich denn nicht ganz vom Primat des Patientenwohls verabschieden will, braucht Ärzte, die über diesen beschriebenen Wesenskern verfügen.

[Folie 6]

In Anbetracht der immer widriger werdenden Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung stellt sich die berechtigte Frage, ob das Bild des nicht nur leistungsbereiten, sondern hingebungsvollen, altruistischen Arztes, wie es idealtypisch zum Beispiel von Albert Schweitzer verkörpert wird, noch in die heutige Zeit passt:

[Folie 7]

Einer Umfrage der Ärzte Zeitung zu Folge gehen die Ärzte davon aus, dass sie im Jahr 2020 die Rolle des persönlichen, vertrauensvollen Beraters des Patienten und des Therapeuten immer weniger werden wahrnehmen können, und stattdessen in erster Linie als Gesundheitsmanager und Gesundheitsbürokraten agieren müssen.

Ob diese Entwicklung allerdings wirklich so eintreten wird, hängt nicht nur von den äußeren Rahmenbedingungen ab, sondern wesentlich auch davon, ob die Ärztinnen und Ärzte an ihren Alleinstellungsmerkmalen festhalten wollen.

Wenn ja, zählt hierzu zu allererst ein uneingeschränktes Bekenntnis zur Freiberuflichkeit. Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe. In Anbetracht solcher Werbetexte können da allerdings Zweifel aufkommen:

[Folie 8]

Ärzte, die gewerbliche Nebentätigkeiten zum Hauptzweck machen, verlieren ihre ärztlichen Alleinstellungsmerkmale .

Ein ärztlicher Berufsstand, der seine Hauptaufgabe nicht mehr darin sehen würde, kranken Menschen zu helfen, würde seiner eigenen Profession schaden und der Austauschbarkeit durch Andere Vorschub leisten.

Ich bin überzeugt davon, dass die Ärzteschaft ihre eigene, unverwechselbare und führende Position im Gesundheitswesen nur dann sichern kann, wenn sie an dem Selbstverständnis eines freien Berufs festhält.

[Folie 9]

Ärztliche Freiberuflichkeit steht nicht für Beliebigkeit, Vogelfreiheit oder Pfründesicherung, sondern für die Gewährleistung professioneller Autonomie gebunden an den öffentlichen Auftrag, der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung zu dienen. Dazu bedienen sich die Ärzte einer effektiven Selbstverwaltung, welche alle Interessen der Profession vertritt.

Der Deutsche Ärztetag muss eine Trivialisierung und Kommerzialisierung des Arztbilds konsequent ablehnen. Es geht um ein klares aktives Bekenntnis zu den Werten des Arztberufes über Sach- und Fachanforderungen hinaus.

Nur mit dem Selbstverständnis eines hochqualifizierten, freien Berufs bleibt der Arzt auch in Zukunft für die Patienten der Experte für Gesundheit und Krankheit sowie Vertrauensperson der ersten Wahl.

[Folie 10] These 3: Vertrauensstellung des Arztes

Die besondere Position des Arztes im Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck, sondern erfüllt aus dem Blickwinkel der Patienten eine besondere Funktion. Für den Patienten ist der Arzt nicht nur ein Experte für Gesundheit und Krankheit, sondern eine unverzichtbare Vertrauensperson.

Man muss sich klar machen, dass trotz der gestiegenen Informationsmöglichkeiten für den einzelnen Bürger eine unverändert große Angewiesenheit auf die Expertise anderer besteht. Es ist typisch für unsere moderne arbeitsteilige Gesellschaft, dass der Einzelne in den meisten Lebenszusammenhängen ein Laie ist. Die Angewiesenheit auf andere stellt sich in der Situation einer Erkrankung am intensivsten dar. Die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient kann schicksalsentscheidend sein und muss sensibel und mit hoher Verantwortung behandelt werden.

[Folie 11]

Es wäre ein Irrtum zu glauben, in Anbetracht des medizinischen Fortschritts und der Telemedizin sei das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht mehr so wichtig.

Irrtum: Der Heilungsprozess wird nicht nur von Technik, sondern auch von Zuwendung gefördert.

Wer die Medizin zu entpersonalisieren versucht, hat den Kern des ärztlichen Behandlungsauftrags und die hohe Patientenerwartung, die an den Arzt gerichtet ist, nicht verstanden.

Im Zustand der Erkrankung sucht der Einzelne eine Person, der er sich anvertrauen kann.

Der Patient muss, noch bevor ein Wort gefallen ist, in den Augen seines Gegenübers erkennen, dass dieser für ihn da sein will.

Dies gilt in der Notaufnahme genauso wie bei der Behandlung von funktionellen Störungen oder bei der lebenslangen Begleitung von chronisch Kranken oder in der Palliativmedizin.

Das sich Anvertrauen des Patienten, seinen Zustand nicht auszunutzen, sondern stets dem Primat des Patientenwohls zu folgen, ist Kern der ärztlichen Ethik, verankert in der Berufsordnung der Ärzte.

[Folie 12]

Weil medizinische Behandlung eine Frage des Vertrauens ist, betrachten die Patienten nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern auch die

Beratung über Behandlungsmethoden und die damit verbundenen Risiken als genuine Aufgabe des Arztes, die nicht an andere Fachpersonen übertragen werden sollen.

Für Patienten steht die persönliche Beratung durch den Arzt an erster Stelle!

[Folie 13] These 4: Unattraktivität der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung

Der Arztberuf ist ein anspruchsvoller Beruf, den die Gesellschaft braucht, der bei den Patienten hohes Ansehen genießt und der eigentlich einer der schönsten Berufe der Welt sein könnte, wenn das persönliche Engagement der Ärztinnen und Ärzte nicht durch vor allem staatliche Fremdbestimmung erstickt würde.

Im Ulmer Papier haben wir deshalb die These aufgestellt, dass nicht der Arztberuf als solcher unattraktiv ist, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen er ausgeübt werden muss.

Immer mehr Ärzte in Klinik und Praxis fühlen sich jedoch wie im Hamsterrad und steigen aus.

[Folie 14]

Einige Zahlen sollen dies verdeutlichen:

- Das Durchschnittsalter der Ärzte in Klinik und Praxis steigt, vor allem in den ostdeutschen Bundesländern.
- 28 % der Krankenhäuser in Deutschland können offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen, in den neuen Bundesländern 55 %.
- In absoluten Zahlen wanderten 2006 über 2.500 Ärzte aus, im Jahr 2001 waren es lediglich 1.400.
- Kaum mehr als jeder zweite Medizinstudierende arbeitet nach Studienabschluss in der Patientenversorgung.

Für die rückläufige Identifikationsbereitschaft der Ärzte mit dem deutschen Gesundheitssystem sind verschiedene Faktoren verantwortlich.

An erster Stelle ist natürlich auf die chronische Unterfinanzierung der ärztlichen Leistungen in Klinik und Praxis hinzuweisen.

Lassen Sie mich an dieser Stelle klarstellen, dass ein Festhalten der Ärzteschaft an ihrer Hauptaufgabe, kranken Menschen zu helfen, und an der inneren Grundsteinstellung, sich fürsorglich in den Dienst eines Kranken zu stellen, nicht heißen darf, auf eine leistungsgerechte Honorierung der ärztlichen Arbeit zu verzichten.

Die deutsche Ärzteschaft lehnt eine Erpressung ihres ärztlichen Berufsethos strikt ab!

Die Krise des Traumberufs „Arzt“ hat aber auch noch andere wesentliche Ursachen:

Dies ist insbesondere die Fremdbestimmtheit der ärztlichen Berufsausübung vor allem durch Bürokratisierung, Überreglementierung und Ökonomisierung.

Obwohl der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen eindringlich vor den Negativauswirkungen der Überbürokratisierung in unserem Gesundheitswesen gewarnt hat, müssen deutsche Ärzte unverändert durchschnittlich 30% ihrer täglichen Arbeitszeit mit Kodierungs- und anderen Verwaltungstätigkeiten verbringen. Diese Zweckentfremdung ärztlicher Tätigkeit ist weder medizinisch noch ökonomisch vertretbar.

Zusätzlich schlägt die Ökonomisierung des Gesundheitswesens bis auf die Mikroebene der Patient-Arzt-Beziehung durch. Unter den Rahmenbedingungen von stationären und ambulanten Budgets, Bonus-Malus-Regelungen, Rabattverträgen und Regressandrohungen hat sich die Rolle des Arztes im GKV-System vom Sachwalter und Anwalt des Patienten in einen Agenten für Zuteilungs- und Rationierungsmedizin gewandelt.

[Folie 15]

Belastend an der gegenwärtigen Situation der Mittelknappheit und der Ökonomisierung ist nicht, dass der Arzt auch Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte berücksichtigen muss. Dies zählt grundsätzlich zu seinen berufsrechtlichen und vom Berufsethos bestimmten Pflichten. Sondern die gleichermaßen bedrückende Fremdbestimmtheit durch gesetzliche oder krankenkassendominierte Vorgaben für Ärzte und Patienten.

Innerhalb dieses Szenarios ist dem Arzt die Rolle zugewiesen, als „Überbringer der schlechten Botschaft“ agieren zu müssen. Damit erlebt der Arzt eine doppelte Belastung von einerseits fehlender

Gestaltungsmöglichkeit und andererseits Hilf- und Ratlosigkeit gegenüber dem Patienten.

Eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Ärzte wird darüber hinaus davon abhängen, ob Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es besonders jungen Ärztinnen besser als derzeit ermöglichen, Familie und Beruf zu vereinbaren.

[Folie 16]

Der Anteil der Ärztinnen an den Erstmeldungen in den Ärztekammern lag im Jahre 2006 bei 55,5 %. Dieser Anteil nimmt im Laufe der Berufsjahre und Leitungsebene ab.

Deshalb müssen insbesondere die Krankenhäuser ihre Anstrengungen noch deutlich intensivieren, um familienfreundlichere, mitarbeiterorientierte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Im ambulanten Bereich sind durch die Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen bessere Voraussetzungen für eine familienfreundlichere Berufsausübung nicht nur für Ärzte im Angestelltenverhältnis, sondern auch für die Inhaber von Praxen oder medizinischen Versorgungszentren geschaffen worden.

[Folie 17] These 5: Unteilbarkeit der ärztlichen Rolle

So wie unsere Patienten es zu Recht ablehnen, auf Symptome und Diagnosen reduziert zu werden, müssen wir Ärzte es ablehnen, auf eine Teilfunktion reduziert zu werden!

Eine patientenorientierte Medizin und ein leistungsfähiges Gesundheitswesen brauchen den „ganzen“ Arzt und keinen Heiltechnokraten!

Im Hinblick auf das ärztliche Leitbild, dessen Entwurf wir nicht anderen überlassen dürfen, sondern das wir selbst von uns entwerfen müssen, habe ich unter Punkt 2 an Sie appelliert, eine Trivialisierung und Merkantilisierung der ärztlichen Profession abzulehnen und den Arztberuf als freien Beruf zu verteidigen.

Darüber hinaus ist es meines Erachtens erforderlich, sich gegen die Fragmentierung der ärztlichen Rolle zu wehren, die stillschweigend sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich voranschreitet.

[Folie 18]

Krankenhausträger und andere entwickeln derzeit Konzepte zur Neustrukturierung des ärztlichen Dienstes. Einige dieser Konzepte sehen eine prozessorientierte Aufteilung des Arztes in einen Spezialisten für technologische aufwändige Verfahren, in einen persönlichen Beratungsarzt und so weiter entlang des klinischen Behandlungspfads vor.

In Anbetracht der rückläufigen Arztzahlentwicklung und des Wirtschaftlichkeitsdrucks mögen solche Konzepte zunächst einmal plausibel erscheinen. Eine mit dem Tunnelblick der Prozessoptimierung vorangetriebene Partikularisierung der Arztrolle wird jedoch der Komplexität ärztlichen Handelns nicht gerecht. Auch lässt sich hiervon keine tatsächliche Optimierung der medizinischen Versorgung erwarten, da Schnittstellen vervielfacht und zusätzliche Risiken geschaffen werden.

[Folie 19]

Für den Patienten muss erkennbar bleiben, wer Verantwortung übernimmt. Bei Konzepten zur Neuordnung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus muss die Entlastung der Ärzte und die interprofessionelle Organisation der arbeitsteiligen Medizin im Mittelpunkt stehen, und nicht die Infragestellung des Arztberufs.

Für den ambulanten Bereich, mit Versorgungsengpässen in der hausärztlichen Versorgung, werden ebenfalls neue Arzttypologien in die Diskussion eingebracht. In diesem Zusammenhang wird auch eine Verkürzung des Medizinstudiums vorgeschlagen, damit schneller und mehr Ärzte für die Primärversorgung zur Verfügung stehen. Hierzu sollen dann auch nichtärztliche Gesundheitsberufe zugelassen werden. Solche Konzepte stehen im Einklang mit den politischen Forderungen nach einer Bachelor-Master-Umstrukturierung des Medizinstudiums, die wir für die Heilkunde in der vorgesehenen Form ablehnen müssen

Erfahrungen aus den frühen Jahren des ostdeutschen Gesundheitswesens vor 1989, als aus den gleichen Gründen eine so

genannte „Arzthelferqualifikation“ eingeführt worden war, haben gezeigt, dass dies ein Fehlweg war, der bald wieder aufgegeben werden musste.

Aus Sicht der Ärzteschaft stellt der umfassend ausgebildete und erfahrene Hausarzt den für den Patienten besten und gleichzeitig den für das Gesundheitssystem effizientesten Primärversorger dar.

Die Hauptfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte besteht nicht in einer bloßen Distribution der Patienten, wie es diese Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit nahelegt,

[Folie 20]

sondern in einer komplexen hausärztlichen Versorgung einschließlich einer biographischen, mitunter lebenslangen Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen.

[Folie 21]

Ich fordere deshalb, dass die von der Ärzteschaft entwickelten Konzepte zur Förderung der hausärztlichen Versorgung politisch aufgegriffen und intensiviert werden!..

Um der anspruchsvollen ärztlichen Aufgabe auch in Zukunft gerecht werden zu können, müssen allerdings auch wir Ärzte selber uns rückbesinnen auf eine wieder stärkere ganzheitsmedizinische Sicht, beginnend im Medizinstudium mit einer Patientenbezogenen Lehre.

[Folie 22]

Die naturwissenschaftliche Ausrichtung hat der Medizin zwar zu ihren bislang größten Erfolgen verholfen. Der Triumph der Naturwissenschaft in der Medizin kommt zum Ausdruck in Sätzen wie von Rudolf Virchow: „Ich habe tausende Menschen obduziert und keine Seele gefunden.“ oder in dem von Bernhard Naunyn: „Medizin wird Naturwissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.“

Ein solches reduktionistisches Medizinverständnis wird jedoch den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht, es genügt auch nicht mehr den heutigen Erkenntnissen über Pathogenese und Salutogenese. Ein solches reduktionistisches Medizinverständnis tut auch uns Ärzten selber nicht gut: Ärzte, die keine Beziehung zu ihren Patienten aufbauen können, sind nachweislich stärker gefährdet, ein Burnout zu erleiden.

[Folie 23]... These 6: Desillusionierung falscher Heilserwartungen

Unsere Gesellschaft muss wieder lernen, mit Krankheit, Alter und Tod zu leben.

Gleichzeitig muss sich der Arzt von einem unkritischen Machbarkeitsglauben und der Überfrachtung der ärztlichen Rolle mit falschen Heilserwartungen distanzieren, wie sie in dem überkommenen Bild des Arztes als „Halbgott in Weiß“ zum Ausdruck kommt.

Die Rolle des Arztes ist keine omnipotente, sondern die des besten Anwalts des Patienten.

[Folie 24]

In unserer Gesellschaft haben Krankheit, Alter und Tod aufgehört, normale integrale Bestandteile des Lebens zu sein. Diese werden als abweichende Ausnahmezustände betrachtet, die zwingend behoben werden müssen, mit verschiedensten, zum Teil fragwürdigen Methoden.

Die Erlösung von Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit ist zu einer diesseitigen Kategorie der Machbarkeit geworden, die der Wohlfahrt der Gesellschaft anheim gestellt ist. Von den Ärztinnen und Ärzten wird erwartet, ein eigentlich jenseitiges Heilsverprechen zu erfüllen.

Solche Übertragungen von säkularisierten Heils- und Glückserwartungen müssen unweigerlich in die Krise führen, weil sie sowohl die Gesellschaft, als auch den einzelnen Arzt überfordern.

Gesundheit muss als ein durch eigene Mitverantwortung zu schützendes menschliches Gut verstanden werden.

[Folie 25]... These 7: Schwerpunkte ärztlicher Tätigkeit in Zukunft

Die Patienten und Versicherten wollen und sollen mehr Eigenverantwortung für Gesundheit und Krankheit übernehmen. Patientensouveränität und die Bereitschaft zur Übernahme von

mehr Eigenverantwortung für die Gesundheit machen die ärztliche Expertise jedoch nicht überflüssig.

Im Gegenteil: Unser Gesundheitswesen wird derzeit zur Gesundheitswirtschaft umdefiniert. In Anbetracht der Flut von Informationsangeboten über Gesundheit und Krankheit bedarf es mehr denn je einer Instanz, die diese mit professioneller Sachkenntnis und unter dem Blickwinkel des Patientennutzens bewerten und pseudomedizinische Scheinangebote entlarven kann. Dies ist und bleibt der Arzt.

Das Potential des Arztes besteht darin, die partizipative Entscheidungsfindung im Krankheitsfall und die Eigenverantwortung für Gesundheit zu stärken. Dabei ist zunächst zu klären, wann der Einzelne sich selber helfen kann, und wann er auf ärztliche Versorgung angewiesen ist.

[Folie26]

Infolge der Auflösung sozialer und familiärer Strukturen ist eine zunehmende Hilflosigkeit beim Umgang mit Erkrankungen zu beobachten. Das tradierte Wissen über Ersteinschätzung und Selbsthilfemaßnahmen bei leichteren Erkrankungen geht zunehmend verloren.

Befindlichkeitsstörungen, die früher als vorübergehende Missbefindlichkeit betrachtet wurden, werden immer mehr als behandlungsbedürftige Gesundheitsprobleme gedeutet. Gleichzeitig hat die medizinische Wissenschaft ein breites diagnostisches Spektrum zur

Verfügung gestellt, das dazu geeignet ist, bei fast jedem eine Normabweichung zu finden.

Insgesamt hat diese Entwicklung eine eigentlich unnötige Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen gefördert, zu Ungunsten der tatsächlich notwendigen medizinischen Versorgung.

Klaus Dörner hat diese Entwicklung als „Gesundheitsfalle“ bezeichnet.

Wie ich schon unter Punkt sechs über die Desillusionierung falscher Heilserwartungen ausgeführt habe, muss das Gesundheitswesen aus dieser Sackgasse herausgeführt werden.

Die zukünftigen Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit müssen zum einen darin bestehen, gesundheitsfördernde Lebensstile zu unterstützen und die Fähigkeit des Einzelnen oder auch ganzer Bevölkerungsgruppen zu fördern, durch Eigeninitiative ihre Gesundheit zu verbessern.

[Folie 27]

Den zweiten Schwerpunkt wird mit Blick auf den demographischen Wandel die Behandlung und Betreuung multimorbider chronisch Kranker und pflegebedürftiger Patienten bilden, die bereits heute die größte Patientengruppe darstellen.

Besonders intensive ärztliche Unterstützung benötigen außerdem jene Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheitsbewusstsein aufgrund sozioökonomischer Faktoren geringer ausgeprägt ist.

Um den Zukunftsaufgaben gerecht zu werden, bedarf es einer stärkeren Vermittlung psychosozialen Wissens und der Schulung der kommunikativen und sozialen Kompetenzen des Arztes bereits im Medizinstudium.

[Folie 28] These 8: Teamorientierung als Grundeinstellung

Kommunikative Fähigkeiten und Teamorientierung sind für den Arzt von morgen unverzichtbar. In Anbetracht der Komplexität der modernen Medizin und der soziodemographischen Entwicklung muss die medizinische Versorgung als Teamaufgabe begriffen werden.

[Folie 29]

Auch die Politik fordert einen neuen „Professionenmix“, also eine neue Aufgabenverteilung unter stärkerer Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

Kollege Dr. Windhorst wird in seinem Vortrag das Zusammenwirken mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und die Kriterien, die dabei zu beachten sind, thematisieren.

Lassen sie mich an dieser Stelle nur hervorheben, dass bei der arbeitsteiligen Organisation zwischen Arzt und nichtärztlichen Gesundheitsberufen Arztvorbehalt und Facharztstandard in Diagnostik

und Therapie zwingend beachtet werden müssen, denn sie dienen dem Patientenschutz.

Die Ärzteschaft wird außerdem auf Basis einer umfassenden Abfrage der medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbände in Kürze eine aktuelle Stellungnahme zur persönlichen Leistungserbringung des Arztes und zur Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen abgeben.

Damit wird ein rechtssicherer Rahmen für die Entwicklung arztunterstützender und arztentlastender Maßnahmen geschaffen.

[Folie 30]... These 9: Primat des Patientenwohls als Leitprinzip im Gesundheitswesen

Die Patientinnen und Patienten vertrauen ihren Ärzten, aber nicht mehr dem Gesundheitssystem!

Ärzte genießen in der Bevölkerung ein konstant hohes Ansehen. Ein solches Vertrauen in einen Berufsstand wäre nicht erzielbar, wenn es sich um die bloße Projektion eines Idealbildes ohne realen Bezug handeln würde.

[Folie 31]

Das konstant hohe Vertrauen in die ärztliche Profession ist nur erreichbar, weil es, trotz immer schlechter werdender

Rahmenbedingungen, in der individuellen Patient-Arzt-Beziehung von den Menschen mehrheitlich auch so positiv erfahren wird.

Das Vertrauen der Patienten und Ärzte in das Gesundheitswesen ist dagegen erschüttert.

Die Mehrheit geht von einer Verschlechterung der medizinischen Versorgungssituation aus.

Ursächlich für die Vertrauenskrise im Gesundheitswesen sind einerseits wirtschaftliche Faktoren: Den steigenden Krankenversicherungsbeiträgen stehen immer weniger Leistungen und längeren Wartezeiten gegenüber.

Ein noch größerer Schaden ist durch die zunehmende Desorientierung der gesundheitspolitischen Reformen und den Werteverlust entstanden: Es ist nicht mehr erkennbar, ob das Primat des Patientenwohls noch im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik steht und, wenn ja, wie das Patientenwohl zukünftig geschützt werden kann.

Die Bürger ahnen, dass weder der freie Markt noch immer mehr Bürokratie dazu geeignet sind, das Patientenwohl zu schützen.

Ohne klare Orientierung am Primat des Patientenwohls, wie es zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft zählt, ist weder eine patientenorientierte Medizin noch ein leistungsfähiges Gesundheitswesen möglich.

Eine Gesundheitspolitik, die dieses Leitprinzip aus den Augen verliert, führt das Gesundheitswesen unweigerlich in die Krise.

[Folie 32]... These 10: Potential ärztlicher Kompetenz und Verantwortlichkeit

Die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger müssen erkennen, dass die im Gesundheitswesen tätigen Ärzte und die Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe die wichtigste Ressource im Gesundheitswesen darstellen.

[Folie 33]

Für einen so besonderen, sensiblen Sektor, wie es das Gesundheitswesen darstellt, ist eine hohe Motivation der in diesem System arbeitenden Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe essentiell. Hierzu zählt eine leistungsgerechte Honorierung der Arbeit, aber auch ideelle Wertschätzung, adäquate Beteiligung am Strukturwandel und Gewährleistung professioneller Autonomie.

Aufgrund der Alleinstellungsmerkmale ihrer Profession und ihrer spezifischen Berufsrolle stellt die Ärzteschaft einen unverzichtbaren Träger und Gestalter des Gesundheitswesens dar. Dies gilt sowohl für den Strukturwandel auf Ebene der medizinischen Versorgung als auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf Ebene der Systemsteuerung.

Eine Gesundheitspolitik, die auch in Zukunft ein patientenorientiertes Gesundheitswesen und engagierte Ärzte haben möchte, darf diese nicht

ausbremsen. Sie muss ihnen Rahmenbedingungen gewährleisten, die es der Ärzteschaft erlaubt, ihr Potential und ihre Humanität zu entfalten.

[Folie 34]

Die eigenverantwortliche Mitgestaltungsmöglichkeit ist eine Grundmaxime, der sich die Ärzteschaft mit hoher Sorgfalt weiterhin jederzeit stellt. Die hohe Wertschätzung des ärztlichen Berufs beruht nicht zuletzt auf dem Vertrauen, dass der Hippokratische Eid der Öffentlichkeit vermittelt. Dessen wesentlicher Inhalt muss wieder in den Landesärztekammern zu einem feierlich gesprochenem Gelöbnis werden.

Ich fasse zusammen:

Die ethischen Grundwerte des Arztbildes – Erfahrung, persönliche Haltung und menschliche Zuneigung – haben einen unverändert hohen Stellenwert. Wegen dieser Grundeinstellung und diesem beruflichen Selbstverständnis wurde Ärzten zu allen Zeiten eine hohe gesellschaftliche Anerkennung in der Bevölkerung zuteil – ob als Schamane, ob als ärztlicher Samariter, als Hausarzt oder als Spezialist oder heiltechnischer Experte. Diese Grundwerte bestehen fort, müssen jedoch in jeder Ärztegeneration gelebt und durch Vorbilder vermittelt werden.

Neuere Anspruchshorizonte in der ärztlichen Profession sind Wissenschaftlichkeit,, Achtung der Patientenautonomie, ökonomisches Verständnis für die Solidargemeinschaft, neues Wissen über Organisationswandel, neue Anforderungen an die Führung von medizinischen Versorgungseinrichtungen und neue Ansprüche an die eigene Teamfähigkeit .

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in Antrag III-1 10 Thesen zum Arztbild und zur zukünftigen Arztrolle formuliert.

[Folie 35]

An welchen Werten, Grundeinstellungen und Ansprüchen die Ärzteschaft unbedingt festhalten sollte, aber auch, welche ihr von der Politik zuge dachte Rollen die Ärzteschaft strikt ablehnen sollte.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich bitte um Zustimmung zu Antrag III-1.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.