

INTERVIEW



„Wir Ärzte müssen politischer werden“

Der Neue an der Spitze der Bundesärztekammer ist ein alter Hase in der Gesundheitspolitik. Langweilig dürfte es mit **Dr. Frank Ulrich Montgomery** aber nicht werden – der Radiologe aus Hamburg hat sich viel vorgenommen. Vor allem möchte er den knapp 400.000 Ärzten in Deutschland eine kräftige Stimme im Chor der vielen im Gesundheitswesen sein. Bei welchen Themen die Kammer mitreden will, sagt Montgomery im Gespräch mit G+G.

Herr Dr. Montgomery, kommt Ihnen folgendes Zitat bekannt vor: „Unsere Politik sollte sein wie eine Freiheitsbewegung. Unser Ziel ist Freiheit vom Druck der äußeren Verhältnisse, so weit wie möglich.“

Montgomery: Ja, das hat Olof Palme in einer viel beachteten Rede Anfang der 1950er Jahre gesagt, als er in der Sozialdemokratie Schwedens nach vorne kam. Das Zitat steht auf der Startseite meiner Homepage im Internet.

Können Sie uns erläutern, was Sie mit Freiheit vom Druck der äußeren Verhältnisse bezogen auf das Gesundheitswesen meinen?

Montgomery: Gerade die Ärzteschaft fühlt sich extrem äußeren Zwängen ausgesetzt. Die Politik muss deshalb dafür sorgen, dass wir Ärzte nicht immer weiter und tiefer in solche Zwänge hineingeraten. Politik, die nur daran interessiert ist, das Gesundheitssystem mit immer mehr Paragraphen immer kleinteiliger zu organisieren, entmündigt am Ende sowohl die Patienten wie auch uns Ärzte. Sie schafft auch nicht das, was die Menschen

eigentlich wollen: ein freiheitliches Gesundheitssystem. Deshalb fand ich das Zitat von Olof Palme sehr gut.

Sie haben nach Ihrer Wahl zum Präsidenten der Bundesärztekammer erklärt, unter Ihrer Führung werde sich die Ärzteschaft stärker einmischen. Bei welchen Themen?

Montgomery: Eines vorneweg: Die Bundesärztekammer hat sich immer in die Gesundheitspolitik eingemischt. Das war auch unter meinem Vorgänger Jörg-Dietrich Hoppe so. Sein größtes Verdienst ist, dass er viele ethische Themen angepackt hat. Er hat sich nicht gescheut, kontroverse Fragen anzusprechen, die im Grenzbereich von Ethik und Ökonomie liegen. Ich erinnere etwa an die Debatte um die Priorisierung medizinischer Leistungen. Das Schwerkraft meiner Arbeit wird notgedrungen daraufliegen zu vermeiden, dass wir Ärzte zur Mangelverwaltung im Gesundheitswesen missbraucht werden. Wir wollen stattdessen mit eigenen Vorschlägen verhindern, dass Mangel überhaupt entsteht. Dazu müssen wir Ärzte politischer werden. Wir müssen uns in Finanzierungsfragen und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung einmischen, damit eine Mangelsituation erst gar nicht entsteht.

Haben Sie einen Vorschlag parat, wie eine zukunftsfeste Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aussehen könnte?

Montgomery: Grundsätzlich brauchen wir mehr Eigenverantwortung der Versicherten. Hinter einem neuen Finanzierungssystem muss ein anderes Verantwortungssystem stecken, also eine andere Haltung der Patienten. Persönlich halte ich eine Art prämiengesteuerte Volksversicherung versehen mit einem Sozialausgleich über Steuern für sinnvoll. Das ist gerecht und würde in der Bevölkerung ein anderes Nachfrageverhalten gegenüber Ärzten induzieren, und bei Ärzten ganz andere Strukturdebatten in Gang setzen. Das ist freilich nicht von heute auf morgen umsetzbar, aber sollte eine langfristige Perspektive sein.

Die Debatte um Priorisierung, die Sie schon erwähnten, steht also weiter auf der Agenda der Bundesärztekammer?

Montgomery: Natürlich. Jörg-Dietrich Hoppe hat den Aufschlag dazu gemacht. Ich werde die Diskussion weiter vorantreiben.



Uns Ärzte stört, dass wir heute eine implizite Rationierung im Gesundheitswesen erleben. Diese schleichende Rationierung ist durch Budgetsystematiken und Leistungsbeschränkungen verursacht. Und wie das so ist bei Budgets: Sind sie aufgebraucht, muss der Arzt dem Patienten Leistungen vorenthalten. Dies geschieht heute noch nicht in einem dramatischen Ausmaß, aber es geschieht. Es passiert zufällig und wird stets verlagert auf die persönliche Ebene Arzt und Patient, wo es nicht hingehört. Das finde ich nicht gut. Wir brauchen stattdessen eine gesamtgesellschaftliche Debatte über Priorisierung.

Das dürfte eine schwierige Debatte werden.

Montgomery: Eine extrem schwierige Diskussion sogar – auch deshalb, weil sie von der früheren Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ideologisch total aufgeladen wurde. Ich erinnere daran, dass Frau Schmidt, nachdem das Thema Priorisierung auf dem Ärztetag 2009 in Mainz von Jörg-Dietrich Hoppe auf die Agenda gesetzt wurde, als erste Politikerin auf uns drauf gehauen hat, um dann selbst ein paar Monate später eine klassische Priorisierungs-Entscheidung zu treffen: die Vergabe von Impfstoffen gegen die damals kursierende Schweinegrippe. Wenn es am Anfang nicht gleich für alle reicht, dann muss entschieden werden, wer es zuerst kriegt. Klar ist: Die Frage der Priorisierung ist keine, die in drei, vier Wochen entschieden ist. Das ist ein Thema, das uns Jahre beschäftigen wird – beschäftigen muss.

Die Regierungskoalition hat ein Versorgungsstrukturgesetz vorgelegt. Die Diagnose lautet Ärztemangel. Aus einer Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geht hervor: Wir haben heute 138.000 niedergelassene Ärzte, vor 20 Jahren waren es 100.000. Damals war von einer „Ärztenschwemme“ die Rede, heute wird ein „Ärztmangel“ festgestellt. Wie passt das zusammen?

Montgomery: Die Bundesärztekammer hat nachgewiesen, dass mehr Ärzte nicht automatisch mehr ärztliche Dienstleistungen bedeuten. Im Zeitraum von 2000 bis 2007 ist die Zahl der Ärzte in Deutschland zwar um sieben Prozent gestiegen. Insgesamt stellten die Ärzte aber zuletzt 1,8 Prozent weniger Arbeitszeit zur Verfügung. Wie lässt sich das erklären? Erstens: Die Ärzte sind nicht mehr bereit, 80 Stunden und mehr die Woche

zu arbeiten. Zweitens gibt es eine Reihe gesetzlicher Regelungen, die bewirken, dass Ärzte weniger arbeiten müssen. Und drittens steigt der Anteil der Ärztinnen kontinuierlich. Frauen stellen über die gesamte Lebensarbeitszeit hinweg gesehen weniger Arbeitszeit zur Verfügung als Männer. Außerdem gibt es eine wachsende Zahl älterer, multimorbider Patienten. Diese haben einen deutlich höheren Behandlungsbedarf. Nimmt man all diese Faktoren zusammen, erklärt sich, warum wir trotz einer höheren Zahl von Ärzten einen Mangel an Ärzten haben.

Wie lässt sich ärztliche Versorgung auf dem Land künftig sicherstellen? Geht das nur über Honoraranreize?

Montgomery: Nicht nur, mit Honoraranreizen und effektiverer Versorgung allein lässt sich das Problem nicht lösen. Wir brauchen auch eine größere Attraktivität des Lebens auf dem Land. Ein Arzt, der sich in der Uckermark niederlassen möchte, will, dass seine Partnerin dort einen guten Arbeitsplatz und sein Kind eine gute Kita oder eine gute Schule findet.

Und was halten Sie davon, Ärztehonorare in überversorgten Gebieten zu kürzen?

Montgomery: Bestrafung ist definitiv der falsche Weg. Honorarabschläge würden nur zu neuen Verteilungskämpfen innerhalb der Ärzteschaft führen. Außerdem erleben wir gerade bei der Diskussion über das Versorgungsstrukturgesetz, dass die Kriterien für die Definition von Über- und Unterversorgung nicht mehr aktuell sind.

Eine engere Kooperation von Ärzten mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ist heute wichtiger denn je. Unterschreibt das auch der Präsident der Bundesärztekammer?

Montgomery: Sofort und uneingeschränkt! Die Delegation bestimmter Leistungen von Ärzten an medizinische Assistenzberufe kann angesichts begrenzter Ressourcen helfen, eine gute wohnortnahe Versorgung aufrechtzuerhalten. Das Patientenrecht auf eine Behandlung nach Facharztstandard muss allerdings bei allen arzt-entlastenden oder arzt-unterstützenden Konzepten gewährleistet bleiben. Die Substitution von Ärzten – also Ersatz von Ärzten durch weniger qualifizierte Berufsgruppen – und die Lockerung des Arztvorbehaltes für Diagnostik und Therapie



„Mehr Ärzte müssen nicht automatisch mehr ärztliche Dienstleistung bedeuten.“



lehnen wir dagegen im Interesse von Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Rechtssicherheit strikt ab.

Bleiben wir beim Thema Versorgungsqualität. Wenn Sie als Ärztevertreter einen Versorgungsvertrag mit einer Krankenkasse aufsetzen dürften, was stünde drin – was nicht?

Montgomery: Mit Sicherheit dürfte nicht drinstehen, dass das Morbiditätsrisiko auf die Ärzte übertragen wird. Das Morbiditätsrisiko hat klassischerweise der Versicherer zu tragen. Ansonsten müssen die Dinge, die in einem solchen Vertrag stehen, auch leistbar sein. Ich halte viele Haus- und Facharztverträge, die gemacht werden, für durchaus vernünftig.

Sollte ein solcher Vertrag auch eine qualitätsorientierte Vergütung – sprich Pay for Performance – enthalten?

Montgomery: Wenn sich beide Seiten auf exakte Kriterien für Performance verständigen können, ja. Aber bei der Definition solcher Kriterien haben wir große Schwierigkeiten. Zudem – und da kommt ein wenig meine Hamburger Kaufmanns-Denke durch – funktioniert Pay for Performance nur, wenn am Anfang investiert wird. Nichts ist gefährlicher als eine gute Geschäftsidee ohne anständige Anfangsinvestition.

Versicherte von AOK und BARMER GEK können seit Mai ihren Haus- und Fachärzten im Internet Zeugnisse ausstellen. Nächstes Jahr will auch die Techniker Krankenkasse beim Arztnavigator einsteigen. Ein großer Schritt in Richtung mehr Transparenz im Gesundheitswesen?

Montgomery: Es ist kein Geheimnis, dass die Ärzteschaft anfänglich gegen Bewertungsportale im Internet war, da wir undifferenzierte, unsachliche Schmähungen befürchteten. Gleichwohl ist das Internet kein Raum, der sich durch drakonische Worte eingrenzen lässt. Deshalb haben wir entschieden, dass wir konstruktiv mitwirken wollen an einem Portal, das sachliche Bewertungen ermöglicht. In diesem Sinne haben wir auch auf den Arztnavigator von AOK und Weisse Liste eingewirkt. Heute sind wir mit dem Ergebnis einverstanden. Beim Arztnavigator handelt es sich um ein objektives, die Bedürfnisse der Patienten abbildendes Frageinstrument. Im Vergleich mit dem Arztportal des Verbandes der Ersatzkrankenkassen halte ich den Arztnavi

von AOK, Weisse Liste und BARMER GEK für das qualitativ bessere Instrument – auch, weil auf Freitextfelder verzichtet wird. Im Übrigen können auch Ärzte Honig daraus saugen, wenn sie die Ergebnisse für das interne Qualitätsmanagement nutzen.

Ein Thema, das die Menschen umtreibt, ist die Organspende. Was ist zu tun, damit mehr Spenderorgane zur Verfügung stehen?

Montgomery: Wir müssen die Menschen abholen, die sich für Organspende aussprechen, aber ihre Bereitschaft noch nicht dokumentiert haben. Knapp 70 Prozent der Menschen in unserem Land sind bereit, nach ihrem Tod Organe oder Gewebe zu spenden. Aber nur 17 Prozent haben einen Organspendeausweis. Wir unterstützen deshalb den Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, die Kassen dazu zu verpflichten, ihre Versicherten bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte über die Organspende zu informieren und zu einer Erklärung über die Spendenbereitschaft aufzufordern. Aus unserer Sicht ist es unerlässlich, dass eine Erklärung zur Organspende regelmäßig nachgefragt wird. Die Bundesärztekammer hat deshalb auch ein Modell für eine Selbstbestimmungslösung entwickelt, das genau diese Vorschläge beinhaltet. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

Zur Person

Dr. Frank Ulrich Montgomery kam am 31. Mai 1952 in Hamburg als Sohn einer Hausärztin und eines britischen Offiziers zur Welt. Nach dem Abitur studierte er Medizin in Hamburg und Sydney. 1979 promovierte er, 1986 machte er seinen Facharzt für Radiologie und wurde Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Von 1987 bis 2007 war Montgomery 1. Vorsitzender der Klinikärztergewerkschaft Marburger Bund und setzte nach einem wochenlangen Streik Gehaltserhöhungen in zweistelliger Höhe für die Klinikmediziner durch. Von 2007 bis 2011 war Montgomery Vize-Präsident der Bundesärztekammer, seit Juni 2011 steht er der Kammer als Präsident vor. Frank Ulrich Montgomery ist verheiratet mit einer niedergelassenen Allgemeinärztin und hat zwei Kinder.