

INTERVIEW

mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

„Die Ärzteschaft muss nach außen geeint auftreten“

Wie können Kliniken und Niedergelassene sinnvoll zusammenarbeiten? Reichen die Maßnahmen gegen den Ärztemangel aus? Was rät er jungen Leuten, die Medizin studieren wollen? Beim Besuch der DÄ-Redaktion gab Frank Ulrich Montgomery Antworten.

Herr Dr. Montgomery, nach Ihrer Wahl haben Sie angekündigt, Sie würden sich mehr in die Gesundheitspolitik und in die Finanzierungsdiskussion des Gesundheitswesens einbringen. Wo sehen Sie die größten Baustellen?

Montgomery: Das Versorgungsstrukturgesetz ist die aktuelle Baustelle. Dazu werden wir weiterhin klar Stellung nehmen. Auch die Novellierung des Transplantationsgesetzes beschäftigt uns. Darüber hinaus muss sich die Ärzteschaft nicht nur um die Versorgungsebene kümmern. Sie muss sich auch an der Diskussion um die Weiterentwicklung der Finanzierung beteiligen. Ich habe zum Ulmer Papier 2008 einen Vorschlag unterbreitet. Der Ärztetag hat damals beschlossen, dass er sich nicht zum Versicherungssystem äußern wolle. Das habe ich akzeptiert. Aber wir werden die Debatte erneut führen müssen, das ist unausweichlich. Ich habe dazu Vorstellungen, die aber zunächst in den Gremien der Ärzteschaft beraten werden müssen.

Sollte denn das heutige Krankenversicherungssystem im Kern erhalten bleiben oder muss es verändert werden?

Montgomery: Primäres Ziel muss immer sein, die heutige Qualität der Versorgung zu erhalten. Wir haben in Deutschland das qualitativ beste Gesundheitswesen, das es überhaupt gibt. Aber wir haben es nicht wegen einer soliden Finanzierung, sondern wegen des wirklich großen Engagements von Ärzten und Gesundheitsberufen. Die ernsthafte Debatte um eine nachhaltige Finanzierung steht noch aus. Vor ei-



Foto: Lajos Jandai

Für einen guten Anfang hält Frank Ulrich Montgomery das Versorgungsstrukturgesetz. An den Planungsgremien auf Bundes- und Landesebene seien aber die Kammern zu beteiligen.

nigen Jahren hatten wir die heftige Debatte über die Bürgerversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung für alle, und das Prämienmodell. Inzwischen wissen wir, dass man die

beiden Systeme zum Teil durchaus miteinander kombinieren kann, also Wettbewerbselemente mit einer Krankenversicherungspflicht für alle. Dazu werden wir Vorschläge machen. ▶

Letztlich läuft aber doch alles auf die Frage hinaus, wie viel Geld der GKV zur Verfügung steht. Ihr Vorgänger, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, hat eine Debatte über die Priorisierung medizinischer Leistungen angestoßen. Werden Sie diese Debatte weiterführen?

Montgomery: Es geht nicht allein darum, wie viel Geld ins Gesundheitswesen kommt, sondern auch darum, wie das Geld ins System kommt. Wie können wir es generationengerecht und gerecht im Hinblick auf die sich ändernden Beschäftigungsstrukturen aufbringen? Zu glauben, es könnte irgendwann ausreichend Geld für alles da sein, ist naiv. Wir werden immer um die drei Themen Qualität, Menge und Gerechtigkeit ringen müssen. In diesem Kontext wird uns unabhängig vom Finanzierungssystem die Debatte über die Priorisierung begleiten.

Stichwort Qualität: Entscheidend wird sein, dass es gelingt, genügend gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte für die kurative Medizin zu gewinnen. Finden die im Versorgungsstrukturgesetz erkennbaren Ansätze zur Bekämpfung des Ärztemangels Ihre Zustimmung?

Montgomery: Die Politik erkennt zum ersten Mal an, dass wir einen Ärztemangel haben. Bisher hieß es immer, wir hätten nur ein Verteilungsproblem. Der Gesetzentwurf ist ein guter Anfang. Wichtig ist zum Beispiel eine vermeintliche Kleinigkeit: die Aufhebung der Residenzpflicht für Vertragsärzte, wonach diese bisher am Ort ihrer Praxis wohnen müssen. Künftig kann der Arzt auch in der Kreisstadt wohnen, wo es vielleicht ein besseres Schulangebot für seine Kinder gibt, und zugleich in einem Dorf seine Praxis betreiben. Wir kämpfen im Moment dafür, dass die Anreize, sich auf dem Land niederzulassen, nicht konterkariert werden durch Abschläge für Ärzte in sogenannten überversorgten Gebieten. Dadurch würde nur eine innerärztliche Auseinandersetzung entfacht, die niemandem hilft. Und vergessen wir auch nicht, dass bei den sogenannten überversorgten Gebieten regelhaft die Mitversorgereffekte der

Umgebung bisher unberücksichtigt bleiben.

Reichen die Gesetzespläne aus?

Montgomery: Langfristig nicht. Wir müssen uns darüber Gedanken machen, wie wir die ganze Kette von der ärztlichen Ausbildung über die Weiterbildung bis hin zum Facharzt im Krankenhaus oder in der Niederlassung fortentwickeln können. Wir sind bereit, dazu Konzepte zu erarbeiten. Und deshalb fordern wir auch die Beteiligung am Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), weil nur die Kammern die Weiterbildungs kompetenz und die Fortbildungshoheit haben. Und diese Kompetenz wird gebraucht, damit wir in Zukunft den richtigen Arzt an der richtigen Stelle haben.

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr lehnt es bisher ab, die Bundesärztekammer in den G-BA aufzunehmen und die Kammer auf Landesebene an der sektorenübergreifenden Planung zu

ZUR PERSON

Als der junge Assistenzarzt seine erste Stelle antrat, bekam er noch in der Probezeit Ärger mit seinem hierarchisch denkenden Chef. Frank Ulrich Montgomery wandte sich an den Marburger Bund, in den er nach eigenen Worten wegen des günstigen Krankenversicherungsangebots eingetreten war, und bekam recht. So begann sein Weg in die Standespolitik. Mit Anfang 30 wurde er dann Vorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg, sechs Jahre später übernahm er den Bundesvorsitz und behielt ihn 18 Jahre (bis 2007). Zugleich war der Facharzt für Radiologie von 1994 bis 2002 Präsident



der Ärztekammer Hamburg und ist es wieder seit 2006. Zwei Tage nach seinem 59. Geburtstag wurde Montgomery, zuvor Vizepräsident, Anfang Juni vom Kieler Ärztetag zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt. Der Einsatz gegen „die Ungerechtigkeiten, die es zwischen uns Ärzten gibt und die Ärzte erfahren“ sei noch heute seine Motivation, sich berufspolitisch zu engagieren, versichert Montgomery. Spannend mache die Arbeit zudem das Zusammenwirken mit den „vielfältigen und interessanten Charakteren“ in der Ärzteschaft. In der Bundesärztekammer registriert er nach der Wahl des neuen Präsidiums „eine richtige Aufbruchstimmung“. Auch als oberster Repräsentant der deutschen Ärzteschaft legt er Wert auf den Kontakt zur Berufspraxis: Einen Tag in der Woche ist Montgomery als Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig.

beteiligen, weil die Steuerung der Versorgung nicht Aufgabe der Kammer sei.

Montgomery: Diese Haltung vertritt auch der von mir geschätzte Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rainer Hess. Aber hier irrt er, und Herr Bahr sollte in dem Punkt nicht auf ihn hören. Denn nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen, auch die Ärztekammern tragen Verantwortung für die künftige Gestaltung der Versorgung. Planung, Weiterbildung, Fortbildung und Steuerung liegen in unserer gemeinsamen Verantwortung. Der Gesetzgeber hat die Bundesärztekammer bereits mehrfach mit normativer Verantwortung beliehen, etwa bei der Qualitätssicherung, bei der Organtransplantation oder beim Gendiagnostikgesetz. Deshalb sollte die BÄK auch in den Gremien des GBA vertreten sein. Wir werden weiter dafür kämpfen, im Bund und in den Ländern.

Welche Beiträge können die Kammern konkret leisten?

Montgomery: Ein gutes Beispiel ist die Gründung der Koordinierungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Wir haben in der Ärztekammer Hamburg die erste echte Koordinierungsstelle eingerichtet, die auch nur von der Kammer betrieben wird. In Hamburg gibt es keinen Mangel an Allgemeinärzten, wir machen das also nicht für uns. Da wir aber die Weiterbildungskapazitäten haben, wollen wir Ärzte zu Allgemeinärzten weiterbilden, die dann nachher in die Fläche gehen. Das geht natürlich nur über vernünftige Anreize, von einer Ärztelelandverschickung als Zwangsmaßnahme halten wir gar nichts.

Denken Sie an weitere Anreize?

Montgomery: Wenn auf dem Land ein Arzt für eine Praxis gesucht wird, weiß jeder Kandidat: Dort habe ich 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr Dienst. Wenn es aber eine Kooperation mit dem Kreis-krankenhaus gibt oder gleich zwei oder drei Ärzte geholt werden, ist es schon reizvoller, sich dort niederzulassen. Oder wenn eine Kommune nicht nur Praxisräume für den Arzt zur Verfügung stellt, sondern auch

dabei hilft, einen Arbeitsplatz für den Partner zu finden. Die Gesundheitspolitik allein kann die Probleme nicht lösen. Auch Infrastruktur- und Kommunalpolitik sind gefordert.

Was halten Sie von einer gesetzlichen Regelung, um Wartezeiten auf einen Arzttermin zu verkürzen?

Montgomery: Strafmaßnahmen bringen nichts. Offenbar hat das auch die Koalition erkannt. In den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen ist davon jedenfalls nicht mehr die Rede, stattdessen setzt die Koalition auf Vertragslösungen. Das ist auch richtig so, denn wenn man Ärzten die Honorare weiter kürzt, wird die Versorgung der Patienten ganz sicher nicht besser. Wenn Patienten mittlerweile auch in den Städten mitunter lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, zeigt das doch, dass die Ärzte auch dort ausgelastet sind. Wir lassen unsere Patienten doch nicht ohne Grund auf einen Termin warten.

Um den Ärztemangel zu bewältigen und die Sektoren durchlässiger zu machen, soll es nach Vorstellungen der Regierung künftig eine ambulante spezialärztliche Versorgung geben. Eine gute Idee?

Montgomery: Im Kern ist das Auflockern der Sektoren eine gute Sache. Ich würde nur lieber von fachärztlicher Spezialversorgung sprechen, damit klar wird, dass keine weitere Kategorie von Fachärzten geschaffen werden soll. Kritischer sehen wir die Hereinnahme der ambulanten Operationen und die Ausweitung des Leistungskatalogs. Als der heute geltende § 116 b SGB V geschaffen wurde, hat man einen alten Katalog von Leistungen genommen, den die Ärzteschaft in den Achtzigerjahren aufgestellt hatte. Damals war es das Ziel, mit der Verzahnung ambulant/stationär bei denjenigen Erkrankungen anzufangen, die sehr selten sind oder die einen häufigen Wechsel der Versorgungsform erfordern. Das waren damals die HIV-Behandlung und die Onkologie. Die sind in dem Katalog heute noch drin, obwohl die Krankenhäuser die ambulante Versorgung heute fast komplett an die Niedergelassenen abgegeben ha-

ben. Damit ist über den § 116 b ein völlig überflüssiger Verdrängungswettbewerb zwischen Krankenhäusern und den vorhandenen Praxisstrukturen entstanden, der das Klima vergiftet. Verdrängungswettbewerb tut uns allen nicht gut, Qualitätswettbewerb ja.

sorgen, dass auch diese miteinander sprechen – auch KVen, Hausärzterverband und Freie Ärzteschaft. Nur so können wir nach außen geeint auftreten. Im Übrigen hat das Schlechreden des Arztberufs in den vergangenen Jahren deutlich abgenommen. Es ist legitim, auf weiter bestehende



„Verdrängungswettbewerb zwischen Krankenhäusern und Praxen tut uns allen nicht gut.“

Der Katalog von Leistungen nach § 116 b SGB V geht Ihnen zu weit?

Montgomery: Ja. Man sollte in der Onkologie die ambulante Versorgung nur dort für die Krankenhäuser öffnen, wo nachgewiesenermaßen auf dem flachen Land Unterversorgung besteht. Wenn wir als verfasste Ärzteschaft dazu den Auftrag bekämen, würde die Bundesärztekammer gemeinsam mit der KBV einen neuen Katalog entwickeln.

In der Politik kann die Ärzteschaft nur geschlossen etwas erreichen. Glauben Sie, nach den heftigen Auseinandersetzungen der vergangenen Jahre beispielsweise zwischen Hausärzten und Fachärzten die Geschlossenheit wiederherstellen zu können?

Montgomery: Das ist mein Ziel, auch wenn das sicher nicht leicht wird. Aufgabe der Bundesärztekammer ist es, mit allen ärztlichen Gruppierungen zu sprechen und dafür zu

Probleme hinzuweisen, aber ich erlaube mir den Hinweis, dass die KBV die Zuwächse für die Vertragsärzte erst erreicht hat, nachdem es den Klinikärzten zuvor gelungen war, mit den Streiks des Marburger Bunds eine bis zu 20-prozentige Einkommenssteigerung zu erreichen. Ich möchte deshalb alle Möglichkeiten der konstruktiven Zusammenarbeit mit der KBV nutzen.

Viele Ärzte stehen den Körperschaften skeptisch gegenüber. Wie wollen Sie die Mitgliederbindung verbessern, gerade bei den jungen Ärzten?

Montgomery: Es ist tatsächlich so: Die jungen Ärzte bekommen das Ärzteblatt und regelmäßig eine Zahlungsaufforderung, und wenn sie die Kammer das erste Mal richtig brauchen, beim Abschluss der Weiterbildung, dann erleben sie die Kammer als eine bürokratische Institution, die ihnen dann auch noch eine Prüfung zumutet. Daraus kann

keine enge Bindung zur Kammer resultieren. Es gibt aber mittlerweile viele gute Ansätze in den Landesärztekammern, um das zu ändern und der nachrückenden Ärztegeneration die Bedeutung der Kammer nahezubringen. Aber wir müssen noch früher anfangen, wir müssen die Studierenden in den Universitäten abholen.

Ich habe darüber hinaus dem Bundesgesundheitsminister vorgeschlagen, die Kammern in der Approbationsordnung zu verankern. Sie könnten dann im klinischen Teil des Studiums eine Lehrinheit über-

„Bei 335 000 berufstätigen Ärzten kann es nicht das eine Arztbild geben. Der Beruf wird vielfältiger.“

nehmen, um darzustellen, was Ärzte für Rechte und Pflichten haben. Gemeinsam mit den KVen könnten wir die Studierenden an den ärztlichen Berufsalltag heranführen, auch indem wir Famulaturen vermitteln, zum Beispiel für Praxen. Bisher ist das noch nicht aufgegriffen worden.

Ist die Bereitschaft, sich in der Kammer zu engagieren, schwächer geworden?

Montgomery: Die Bereitschaft geht leider – wie die Wahlbeteiligung – eher zurück. Das hat in erster Linie zu tun mit der steigenden Arbeitsintensität und Arbeitsbelastung in Klinik und Praxis. Eine Rolle spielt aber auch das traditionelle Arztbild, das beinhaltet: Ein Arzt engagiert sich nicht politisch, er kümmert sich um die Medizin.

Wenn der Präsident der Bundesärztekammer politischer werden will, welchen Stellenwert messen Sie den medizinischen Fragen in Ihrer Arbeit zu? Denn die Bundesärztekammer wird ja gerade auch als ethische Instanz wahrgenommen.

Montgomery: Es ist das ganz große Verdienst von Jörg-Dietrich Hoppe, dass er die ethischen Standpunkte der Ärzteschaft in den Vordergrund gerückt hat. Den Komparativ – was ist wichtiger? – halte ich nicht für angebracht. Ich denke nicht, dass wir Probleme haben werden, die Balance zu halten.

Wie sieht das Arztbild der Zukunft aus? Geht es in Richtung Dienstleister, freier Unternehmer oder bleibt es beim traditionellen Bild des Heilers und Helfers?

Montgomery: Wir haben heute 440 000 Ärzte, von denen fast 335 000 berufstätig sind. Da kann es nicht mehr das eine Arztbild geben. Ein Landarzt wird sich immer unterscheiden vom Seniorpartner eines großen radiologischen Praxisverbundes und auch von einer halbtags angestellten Anästhesistin in einem Medizinischen Versorgungszentrum in der Stadt. Der Beruf wird vielfältiger. Wir müssen da viel offener

sein und den Ärzten die Arbeitsbedingungen ermöglichen, die sie haben wollen. Ein Arztbild kann man nicht oktroyieren, es entwickelt sich.

Und was bildet die berufsethische Klammer, die alle Ärzte verbindet?

Montgomery: Das intakte Patient-Arzt-Verhältnis. Der Arzt muss wissen, dass er in letzter Konsequenz vor allem seinem Patienten verantwortlich ist. Das ist zugleich auch unser Problem, wenn wir unserem Patienten gegenüber sitzen und ihm sagen müssen, dass die Gesellschaft ihm diese Leistung nicht zur Verfügung stellt, weil sie zu teuer ist. Deshalb ist es auch so wichtig, offen über Priorisierung im Gesundheitswesen zu debattieren, um heimliche Rationierung von Leistungen und Zuwendung zu vermeiden.

Viele Ärzte stöhnen über die wachsende Bürokratie. Haben Sie mal geprüft, ob auch Kammerregelungen zur Bürokratisierung beitragen?

Montgomery: Die Kammer ist wohl kaum die Quelle übermäßiger Bürokratie. Aber Sie haben recht, unnütze Bürokratie ist für viele Ärzte ein Ärgernis. Eine Umfrage der Kammer Hamburg hat gezeigt, dass Bürokratie für Niedergelassene und Klinikärzte das drängendste Problem ist – noch vor den ökonomischen Fragen. Wir haben das Thema deshalb schon in den

Neunzigerjahren mit Gesundheitsminister Seehofer besprochen. Es scheint ein Problem einer sich ausdifferenzierenden Gesellschaft zu sein, dass sie administrative Prozesse en masse produziert. Dennoch: Auch wenn Entbürokratisierung eine Sisyphusarbeit ist, müssen Politik und Selbstverwaltung Ärztinnen und Ärzte von unnötigen Verwaltungsaufgaben befreien. Man muss natürlich zur Kenntnis nehmen: In einem System mit öffentlich aufgebracht Geldern gibt es eine Verpflichtung von uns allen, nachzuweisen, dass wir die Mittel vernünftig einsetzen. Aber auch die Nachweispflicht muss im Rahmen der Vernunft bleiben.

Ein Übermaß an Bürokratie gehört zu den schwierigen Arbeitsbedingungen, die Sie benennen müssen. Auf der anderen Seite wollen Sie aber auch junge Leute für den Beruf gewinnen. Warum sollte man denn heute noch Arzt werden?

Montgomery: Weil der Arztberuf nach wie vor der schönste Beruf ist, den es gibt. Es gibt so viele erfüllende Momente, in denen man wirklich einem Menschen in einer schwierigen Situation helfen kann. Und solche Momente lassen einen auch deprimierende Arbeitsbedingungen vergessen.

Sie werben also ohne Einschränkungen für den Arztberuf?

Montgomery: Meine Tochter hat ja gerade Abitur gemacht. Ihr sage ich: Wenn du ein Studium absolvieren möchtest, um mit 25 Jahren ausgelernt und dann einen Nine-to-Five-Job zu haben für den Rest des Lebens, rate ich von Medizin ab. Kein Beruf hat sich in der Zeit, die ich überblicke, inhaltlich so gewandelt wie die Medizin. Wenn du kein Problem damit hast, das Gelernte immer wieder zu hinterfragen, anzupassen, fortzuentwickeln, wenn du Freude daran hast, mit Menschen umzugehen und bereit bist, mehr zu arbeiten als andere, dann ist Medizin das Richtige für dich. ■

Das Interview führten Heike Korzilius, Josef Maus, Johanna Protschka und Heinz Stüwe.