

Fachsymposium zur Berufs- und Gesundheitspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze eröffnete das Fachsymposium zu Ehren seines 70. Geburtstages am 20. November 2012 und begrüßte die über 80 Gäste mit den Worten „Es gibt Momente im meinem Leben, wo ich trotz meiner umfangreichen Vortragstätigkeit großes Lampenfieber habe. Heute ist so ein Moment. Aber als „alter Hase“ werde ich versuchen, mir nichts anmerken zu lassen“.

Er hob besonders hervor, dass er für das Fachsymposium berufs- und gesundheitspolitische Koryphäen und Weggefährten genauso gewinnen konnte wie ebenfalls bereits mit viel Erfahrung ausgestattete junge Kollegen, die einmal seine Schüler waren. Darauf habe er besonderen Wert gelegt, denn das Miteinander der Generationen und der Austausch zwischen ihnen sei für die Entwicklung neuer Ideen oder für den Erkenntnisgewinn ausgesprochen wichtig. Sie alle verbindet die ärztliche Profession und ihr politisches Engagement. Und durch die Themen werde die Untrennbarkeit von Selbstverwaltung und ärztlicher Tätigkeit deutlich.

Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer



Selbstverwaltung als freie und verantwortliche Regelung der eigenen



Frau Ines Schulze und der Präsident

Angelegenheiten, des Funktionierens der Gemeinschaft und auch der Festlegung künftiger Aufgaben durch die Betroffenen selbst, hat ihre Wurzeln im alten Griechenland.

In dem Bemühen die Zersplitterung der Heilberufe zu überwinden, ist die in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts beginnende Forderung nach ärztlicher Selbstverwaltung zu sehen, sie findet sich im naturwissenschaftlichen und medizinischen Vereinswesen.

Nach Gründung des Deutschen Reiches 1871 verstärkten sich die Bemühungen zum Zusammenschluss der Ärzte, die in dem Aufruf von Professor Hermann Eberhard Richter aus Dresden an alle ärztlichen Vereine vom Juli 1872 gipfelten, sich im August des gleichen Jahres in Leipzig zu treffen, um dort über die Errichtung eines gemeinsamen Verbandes zu beraten. Als Ergebnis dieses Treffens wurde der 1. Deutsche Ärztetag für den 17. September 1873 nach Wiesbaden einberufen, damit war der Grundstein für die ärztliche Selbstverwaltung gelegt (Anm. d. R.: Die Landesärztekammern gründeten sich zwischen 1892 und 1930).

Durch eine Brüningsche Notverordnung wurden ab 1932 Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts gebildet und die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt.

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung war in Zeiten der nationalsozialistischen Diktatur und des 2. Weltkrieges sowie nach dem staatlichen Zusammenbruch des Deutschen Reiches 1945 und der anschließenden Rechtsunsicherheit – jedenfalls im Westen – stets gesichert.

Bereits 1948 gründete sich unter dem Vorsitz von Dr. Ludwig Sievers – des damaligen Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen und Vorsitzenden des Norddeutschen Ärztekammerausschusses – die Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der später die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde, deren Vorsitzender Sievers bis 1957 blieb. Auch die Ärztekammern arbeiteten nach 1945 auf regionaler Ebene weiter und schlossen sich zu größeren Einheiten zusammen, zunächst auf der Grundlage freiwilliger Mitgliedschaft. Schon im Juni und Oktober 1947 trafen sich Vertreter aller westdeutschen Landesärztekammern und des Marburger Bundes, des ersten nach dem Kriege frei gegründeten Ärzteverbandes, und konstituierten eine Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern – die heutige Bundesärztekammer – und bereits 1948 wurde der 1. Deutsche Ärztetag nach dem Zweiten Weltkrieg abgehalten.

Heute sind die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften ein Baustein in unserem freiheitlich demokratischen Rechtsstaat. Die auf den Mitgliederkreis, also nach innen gerichtete Arbeit der Ärztekammern, hat erhebliche Auswirkungen auch nach außen. Sie beeinflusst maßgeblich die Qualität der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.

Der Staat darf Selbstverwaltung nicht als staatliche Auftragsverwaltung betrachten und nicht für Regelung von unlösbaren Problemen missbrauchen, für die es nach objektiven Kriterien entweder keine Lösung gibt oder aber für deren Lösung den verantwortlichen Politikern Einsicht, politischer Wille oder Mut – vielleicht auch alles zusammen – fehlen.

Die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung hängt davon ab, ob alle Ärztinnen und Ärzte ihre Pflichten gegenüber dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit ernst nehmen und sich durch eine hohe Wahlbeteiligung bei den Wahlen zu den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung mit dieser und deren Aufgaben identifizieren.

Medizin im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach,
Leipzig

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung



Zu den Spannungsfeldern, mit denen und in denen sich unser ärztliches Wirken abspielt, gehört die zunehmende Ökonomisierung ärztlicher Behandlungsprozesse. War bis in die 70er-Jahre des vorigen Jahrhunderts die Rolle des Arztes und seiner ethischen Einstellungen vorwiegend von einmaligen Arzt-Patient-Beziehungen und den Regeln des interkollegialen Umgangs bestimmt und damit eine immaterielle Wertschätzung des Arztbildes vorherrschend, so führten ökonomische Zwänge, zum Beispiel bindende Budgetbeschränkungen, zu neuen Einflüssen auf seine Identität. Professor Unschuld formulierte einmal, der Arzt werde zum Fremdling in der Medizin und befände sich im Griff sachfremder Interessen. Der Medizinethiker Maio meinte, die ärztliche Identität werde unterwandert durch Gewinnmaximierung als identitätsstiftendes Moment.

Auch unser früherer Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, stellte fest, dass in der Medizin das Pendel in Richtung Kommerz ausgeschlagen sei und damit gar die Freiberuflichkeit in Gefahr gerate. Der Wandel zu einer einseitig utilitaristischen und von den Gesetzen des Marktes durchdringenden Medizin beunruhigt die Ärzteschaft maßgeblich, ohne dass sie sich dem Sog entziehen könnte.

Den Phänomenen liegt ein gesamtgesellschaftlicher Konflikt zugrunde, wonach – wie es der frühere SPD-Vorsitzende, Franz Müntefering, einmal ausgedrückt hat – neoliberal ausgeweitete marktbedingte Sachzwänge zur Deregulierung staatlicher Aufgaben der Daseinsfürsorge führen.

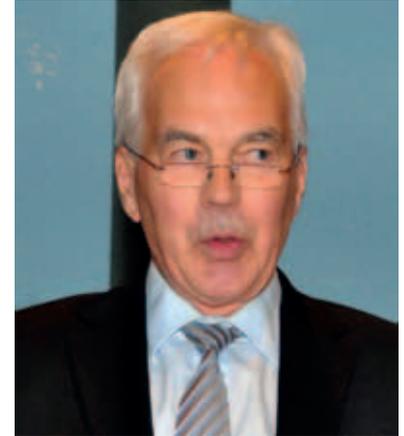
Aber auch die ökonomischen Aspekte gesellschaftlicher Prozesse unterliegen einer spezifischen Ethik (Wirtschaftsethik), die vor einem Vorabsolutieren des Kosten-Nutzen-Denkens und der damit verbundenen Missachtung von Sinn- und Zweckorientierung warnt und Einfluss zu nehmen sucht, dass Wirtschaft – und damit auch Gesundheitswirtschaft – die Lebensdienlichkeit ihrer Prozesse als ethische Grundprämisse in sich aufnimmt. Manche Autoren sprechen von „integrativer Unternehmensethik“, die eben verhindern soll, was gerade zurzeit auf dem Markt der Krebsmittel und Antibiotika passiert, wo es zu beklagenswerten Mangelerscheinungen gekommen ist, weil die Pharmaindustrie aus seinem Gewinnstreben die Produktion nach China verlagert hat, um vor allem Personalkosten zu sparen.

Bedauerlicherweise wird in der Öffentlichkeit der Eindruck befördert, die Ärzteschaft interessiere sich nur für die Verbesserung ihrer eigenen Situation, wie der Konflikt der Ärzteschaft mit den Kassen im letzten Quartal dieses Jahres den Anschein erweckte. Das es in einem höchst verschlungenen Interaktionsfeld mannigfaltiger Wirtschaftssubjekte auf dem Gesundheitssektor für die Öffentlichkeit Unübersichtlichkeiten gibt, die der Patient womöglich auf den einzelnen Arzt oder die Gruppe der „Leistungserbringer“ projiziert, ist nicht ganz unverständlich – wenn gleich aufklärungsbedürftig. Sowohl die einzelnen Ärzte wie ihre berufsständigen Organisationen haben hier eine wichtige aufklärende Funktion. Ärztliches Ethos verlangt aber zunächst und in erster Linie entsprechende moralische Ansprüche an sich selbst zu richten und nicht ausschließlich mit gesellschaftlichen Dysbalancen zu hadern.

Priorisierung – eine Aufgabe der Ärzte und ihrer Selbstverwaltung

Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs,
Brühl

Ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer



In den 90er-Jahren war die Debatte zur Mittelknappheit im Gesundheitswesen fokussiert auf die Fragen der Rationierung, das heißt bewusstes Vorenthalten an sich notwendiger medizinischer Maßnahmen – eine Entwicklung, vor der die Ärzteschaft nur warnen konnte.

In dieser Debatte ging unter, dass das Niveau einer Gesundheitsversorgung nicht allein eine Frage des Geldes ist. Wir mussten erkennen und anerkennen, dass es eine Begrenztheit von Gütern in der Gesundheitsversorgung gibt, die nicht durch Zukauf überwunden werden kann. So sind zu nennen die Zeit für die Zuwendung unheilbar Kranker und Sterbender, der Fachkräftemangel oder Organe zur Transplantation.

Eine solche Begrenzung von Gütern hat es schon immer gegeben, nicht nur im Gesundheitswesen der alten Bundesrepublik oder in der ehemaligen DDR. Es gibt sie auch heute – in unserem Alltag. Insofern macht es Sinn, sich zurückzubedenken, worum es im Kern nämlich geht: die Festlegung einer Vorrangigkeit von Maßnahmen nach Dringlichkeit und Wichtigkeit. Es geht um Priorisierung. Wir kennen sie aus dem Alltag. Umgangssprachlich heißt es „wir müssen Prioritäten setzen!“ Bezogen auf das Gesundheitswesen können Gegenstand der Priorisie-

zung zum Beispiel sein: Versorgungsziele, Versorgungsbereiche, Indikationen oder Personengruppen.

Es geht um eine gedankliche Ordnung von Maßnahmen nach deren Dringlichkeit und Wichtigkeit. Wie gewichten wir beispielsweise zukünftige Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in unserer Gesellschaft? Ich denke an Altersdemenz, an Pflege, an Palliativ-Versorgung oder Adipositas.

Eine Schlüsselfrage könnte lauten „Welche Patienten- oder Bevölkerungsgruppen sind in den nächsten zehn Jahren gesundheitlich besonders gefährdet oder vulnerabel?“

Angesprochen ist nicht nur die Ebene der politisch Verantwortlichen, das heißt die Makroebene. Die Mesoebene, die Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung, ist ebenso adressiert wie die Mikroebene. Damit meine ich die Verantwortungsebene von Ärztinnen und Ärzten in der unmittelbaren Patientenversorgung, sei es am Krankenbett, sei es in der Praxis.

Auch auf der Mikroebene ist Priorisierung Alltag. Beispiele sind dringende Hausbesuche, durch die andere Patienten warten müssen. Beispiele sind auch Situationen in einer Unfallchirurgie, wo am Vortag der Katalog notwendiger elektiver Operationen mühsam ausgeklügelt wurde und am nächsten Morgen Makulatur ist, weil in der Nacht zwei polytraumatisierte Patienten mit dem Rettungshubschrauber eingeflogen worden waren – lebensbedrohlich verletzt. Die Operationsverschiebung der anderen Patienten kann mit nennenswerten gesundheitlichen Risiken, mit starken psychischen Belastungen und mit hohem Leidensdruck verbunden sein.

Solche Entscheidungen müssen transparent und nachvollziehbar sein. Die Entscheidungs-Dilemmata auf der Mikroebene können sehr komplex werden, wenn es zum Beispiel um die Zuteilung begrenzter Beatmungsplätze auf einer Intensivstation geht, wenn statistische Risiken eingegangen werden müssen. Hier bedarf es einer starken und erfahrenen Arztpersönlichkeit, die fortgebildet ist im Umgang mit den Begriffen

Dringlichkeit oder Erfolgsaussichten oder der Gewichtung von unausweichlichen Wartezeiten. Welche Bewertungskriterien kommen infrage, welche weniger?

Dazu gibt es keine Algorithmen oder Richtlinien. Es mündet jeweils in eine Einzelfallentscheidung, bei dem die Gesamtumstände zu berücksichtigen sind.

Fallbesprechungen, Ethikkonsil, ärztliche Fortbildung und Empfehlungen zum Umgang mit solchen Konfliktsituationen auf der Mikroebene können von der ärztlichen Selbstverwaltung angeregt und angeboten werden.

Die Mesoebene, die Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung, erscheint mir im Übrigen am stärksten gefordert. Sie sollte eine Moderatorenfunktion übernehmen: Es geht zunächst um den innerärztlichen Diskurs. Es ist zu klären, was wir unter Priorisierung oder Prioritätensetzen verstehen. Wie ist die Abgrenzung von Priorisierung zur Rationierung und zur Rationalisierung? Wenn dieser Konsens erreicht ist, dann sollten wir uns alle auch daran halten.

Dies ist die zwingende Voraussetzung für den gesellschaftlichen Diskurs, den wir als Ärzteschaft anstreben müssen. Erst dann können wir überzeugend darlegen, dass Priorisierung weder ein Instrument der Kostensteigerung noch der Kostensenkung im Gesundheitswesen ist. Priorisierung muss enttabuisiert werden. Aus der Perspektive der ärztlichen Selbstverwaltung hat Priorisierung Empfehlungs-Charakter zum Umgang mit begrenzten Mitteln im Gesundheitswesen sowohl in Richtung Mikroebene, das heißt Fortbildung, wie auch in Richtung Makroebene, das heißt Politikberatung.

Im Ulmer Papier hat der Deutsche Ärztetag die Einrichtung eines Gesundheitsrates empfohlen. Die Politik hat diese Empfehlung noch nicht aufgenommen.

Die Einrichtung eines solchen eigenständigen Gremiums auf der Makroebene ähnlich dem Deutschen Ethikrat halte ich nach wie vor für richtig. Ein solcher Rat entwickelt Empfehlungen, über die die politisch Verantwortlichen dann zu entschei-

den haben. Der Gesundheitsrat ist interdisziplinär zu besetzen. Patientenvertreter sind vorzusehen.

Angesichts der politischen Zurückhaltung gegenüber einem solchen Gremium wurde innerärztlich überlegt, den Gesundheitsrat bei der Bundesärztekammer anzusiedeln. Empfehlungen und Stellungnahmen allein aus der Ärzteschaft haben politisch nicht die erforderliche Durchschlagskraft. Sie laufen Gefahr, als interessegeleitet disqualifiziert zu werden, auch wenn sie noch so gut sind.

Klüger wäre es, seitens der Ärzteschaft für die kommende Legislaturperiode eine Enquetekommission des Deutschen Bundestages anzulegen, um bei den Politikern Interesse für diese so wichtige Thematik zu wecken.

In einem solchen Gremium müsste die ärztliche Selbstverwaltung natürlich mitwirken und die Einrichtung eines Gesundheitsrates verfolgen.

Perspektiven in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung für Praxis-, Klinik- und Hochschulkarriere

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann
Carus Hausarztpraxis am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden



Dieser kurze Überblick soll den Bogen vom aktuellen Stand in der Ausbildung bis hin zu Weiterbildung und Forschungstätigkeit spannen.

Aktuelle Änderungen der Ärztlichen Approbationsordnung wurden am 23.07.2012 vom Bundesrat beschlossen. Hauptziele der Änderung sind: „Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen ärztlichen Ver-

sorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das durch die demografische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt. In manchen Regionen, insbesondere in ländlichen, zeichnet sich ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten ab, der die ärztliche Versorgung beeinträchtigen könnte. Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen sind erforderlich, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Die Umsetzung dieser Maßnahmen fällt jedoch nur zum Teil in den Zuständigkeitsbereich des Bundes. Die im vorliegenden Verordnungsentwurf enthaltenen Maßnahmen betreffen die gezielte Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden sowie die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung. Sie ergänzen die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Maßnahmen auf Bundesebene.“ [http://www.bundesrat.de/cln_092/nn_2291536/SharedDocs/Beratungsvorgaenge/2011/0801-900/0862-11.html]. Dies bedeutet in der Umsetzung, dass das Blockpraktikum Allgemeinmedizin nun verpflichtend auf mindestens zwei Wochen ausgeweitet wurde, dass eine vierwöchige hausärztliche Famulatur eingeführt wurde, dass bis 2015 zehn Prozent im Fach Allgemeinmedizin das Wahlterial im Praktischen Jahr absolvieren können, bis 2017 zwanzig Prozent und ab 2019 alle, die dies wünschen (100 Prozent). Diese gesetzlichen Vorgaben sollen dem drohenden Hausarztmangel entgegenwirken. Der Bedarf an jungen Kollegen und Kolleginnen in der Niederlassung ist enorm. Ebenso kommt man den Wünschen der Studierenden nach, das Studium praxisnäher zu gestalten.

Aktuell zeigen die Entwicklungen bei den Studienanfängern, dass der Anteil der Studentinnen von 49 Prozent im Jahre 1992 auf 69 Prozent im Jahr 2010 gestiegen ist. Dieser Trend setzt sich weiter fort, was natürlich auch daran liegt, dass mehr Mädchen als Jungen das Abitur able-

gen. Dieser höhere Anteil Studentinnen steht nach dem Studium der Arbeitswelt zur Verfügung, das ist die tatsächliche Realität. Konkrete Wünsche der Ärztinnen und Ärzte in der Phase der Weiterbildung sind: eine strukturierte Weiterbildung in allen Fächern (nicht nur im Fach Allgemeinmedizin, für welches Weiterbildungsverbände an vielen Standorten hervorragend angenommen werden), die Möglichkeit der Absolvierung der Weiterbildung in Teilzeit, didaktisch hervorragend ausgebildete Weiterbilder (zum Beispiel durch Train-the-Trainer Programme), ein Mentoring für junge Ärzte in Weiterbildung und die Anpassung und Überarbeitung der Weiterbildungsinhalte an die tatsächliche Versorgungsrealität (durch den Weiterbildungsausschuss der Kammer und die jeweiligen Fachgesellschaften). Was bedeutet nun der hohe Anteil an Ärztinnen für die Versorgungsrealität?

Eine zentrale Frage ist hierbei die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Betrachtet man nach aktuellen Studien die erlebten beruflichen Hemmnisse, so sehen zwei von drei Ärztinnen als hemmend die Arbeitssituation bei dem jeweiligen Arbeitgeber, diese Wahrnehmung ist geschlechtsspezifisch. Hinzu kommt, dass gerade Mütter diese Probleme beobachten und spüren, sich hinsichtlich ihrer beruflichen Chancen gegenüber Frauen ohne Kindern benachteiligt fühlen und Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufweisen. Dies belegt eine sächsische Studie in gleicher Weise. Arbeitsanforderungen und Belastungen von Ärzten wurden als sehr hoch erlebt, eine hohe Wochenarbeitszeit, die schwere Vereinbarkeit von Familie und Beruf galten für fast alle Facharztgruppen und ärztliche Tätigkeitsbereiche sowie in allen Altersgruppen gleichermaßen.

Dennoch oder gerade deswegen steigt der Anteil der Frauen im niedergelassenen Bereich. In den letzten 20 Jahren hat er sich nahezu verdoppelt (1991: 28.019 vs. 2011: 45.761 Ärztinnen). Dies belegte eine Erhebung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in dem Zentralinstitut

der Kassenärztlichen Vereinigung aus den Jahren 2009/2010 zum Frauenanteil bei den ärztlichen Existenzgründern. In den alten Bundesländern betrug der Frauenanteil der Praxisgründerinnen 41,9 Prozent, in den neuen Bundesländern war dies deutlich höher mit 58,3 Prozent, Tendenz steigend. Die Entscheidung, in einer eigenen Praxis zu arbeiten, zum Beispiel als Hausärztin tätig zu sein, führt zu einer signifikant höheren Zufriedenheit im Beruf. Ursachen hierfür sind die bessere Möglichkeit der Selbstgestaltung der Arbeitszeit und der Arbeitsinhalte.

Die Versorgungsrealität mit einem hohen Anteil an Ärztinnen, die im Berufsleben stehen, ist Tatsache. Nun ist es an der Zeit, die Rahmenbedingungen an die Gegebenheiten anzupassen. Der Gesetzgeber hat darauf mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz reagiert.

...und die Forschungstätigkeit? Ein Ergebnis der Befragung der Weiterbildungsassistenten der Bundesärztekammer (BÄK) aus dem Jahr 2009 war, dass ca. 30 Prozent der Weiterzubildenden das Ziel angab, wissenschaftlich zu arbeiten, jedoch 61 Prozent keine Gelegenheit dazu vorfindet. Wissenschaftlicher Nachwuchs sollte demnach auch konsequent gefördert werden. Trotz des hohen Frauenanteils in der Medizin bildet sich dies auf der Karriereleiter nach oben nicht ab. Nur vier Prozent der universitären Klinikdirektoren sind aktuell weiblich, obwohl 77 Prozent der Assistenten Frauen sind (Studie der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010), in manchen Fächern sind es noch weniger Frauen, die Führungspositionen innehaben (zum Beispiel in der Augenheilkunde: von 119 leitenden Ärzten nur neun Frauen Chefärztinnen). Was sollte sich ändern? Neben fachlicher Kompetenz müssen leitende Ärzte natürlich auch Managementfähigkeiten (betriebswirtschaftliches Know-how, Führungskompetenz, Marketing) aufweisen. Es existieren schon spezielle Mentoringprogramme für Frauen in Führungspositionen (zum Beispiel Uniklinikum Würzburg, Universität Leipzig), damit Frauen ihre Karrieren konsequent planen und Netzwerke

bilden und Führungspositionen ausfüllen können.

Denn: „Wo Frauen führen, wachsen Frauen nach!“ (Heribert Prantl, Chefredaktion der Süddeutschen Zeitung). Nutzen wir das immense Potenzial, welches Ärztinnen bieten! Passen wir die Umgebung an die Realität an und schaffen Rahmenbedingungen, die ein Gleichgewicht zwischen persönlich und individuell Gewünschtem und von uns als Gesellschaft Erforderlichem schafft.

Prämissen der medizinischen Versorgung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes mellitus

Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden, Medizinische Klinik III



Im Moment erlebt die Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus eine deutliche Veränderung. Daher ist es von Bedeutung die Prämissen der Versorgung von Patienten mit dieser chronischen Erkrankung zu untersuchen und diese gegebenenfalls zu definieren. Prämissen der Versorgung mögen aus unterschiedlicher Sichtweise unterschiedliche Wertigkeit haben. Letzten Endes ist aber die Summe derer entscheidend, um eine hohe Qualität der Versorgung der chronisch erkrankten Patienten zu etablieren und zu gewährleisten. Diabetes mellitus hat sich von einer relativ seltenen Erkrankung zu einem Massenphänomen mit epidemischen Ausmaßen entwickelt. Da ist es natürlich, dass sich auch die Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeiten für die Versorgung verändert haben. Heute ist es sogar so, dass die Zunahme der Anzahl von Menschen mit Diabetes mellitus

nicht nur in Deutschland, sondern auch global zu einem nachteiligen Faktor für die „wirtschaftliche Entwicklung“ geworden ist. Die OECD definiert die Zunahme der chronisch Erkrankten als entscheidenden negativen Impact für die wirtschaftliche Entwicklung weltweit – mit einem Potenzial, welches acht Mal stärker ist als die derzeitigen Auswirkungen der Finanzkrise.

Das definiert wiederum den wachsenden Stellenwert der Prävention des Diabetes mellitus und anderer chronischer Erkrankungen. Prävention ist in aller Munde und alle fordern Maßnahmen dazu. Aber welche Maßnahmen sind wirklich wirksam und in welchem Kontext sollten welche Maßnahmen umgesetzt werden? Sehr wirksame Beispiele auf Bevölkerungsebene sind Steuererhöhungen zum Beispiel auf Produkte mit einem hohen Anteil gesättigter Fettsäuren oder Nahrungsmittelkennzeichnungen. Auf individueller Ebene und im Rahmen eines Hochrisikoansatzes ist es notwendig, dass Menschen mit Risiken für einen Diabetes mellitus möglichst frühzeitig erkannt werden, um dann gezielt und individuell intervenieren zu können. Diabetes mellitus ist charakterisiert durch ein häufiges, etwa fünf bis zehn Jahre dauerndes diagnosefreies Erkrankungsintervall und eine davorliegende Phase einer Dysglykämie, auch Prädiabetes genannt, die weitere fünf bis zehn Jahre umfassen kann. Wenn wir die Möglichkeit haben, Personen in diesem Stadium zu identifizieren, dann kann man extrapolieren, dass bis zu 90 Prozent der Manifestation der Erkrankung verzögert und ein substantieller Anteil auch nachhaltig verhindert werden kann. Hier liegt ein enormes medizinisches, soziales und auch wirtschaftliches Potenzial vor. Allerdings fehlen bisher entsprechende politische Rahmenbedingungen, um solche Maßnahmen ausreichend etablieren zu können.

Des Weiteren haben sich die Prämissen der medizinischen Versorgung der Erkrankten gewandelt. Definitionsgrenzen für Diabetes mellitus wurden in den letzten 25 Jahren mehrfach modifiziert. Wir arbeiten

heute in einem Umfeld, wo Diabetes mellitus in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich klassifiziert und diagnostiziert wird und evidenzbasierte Leitlinien mit unterschiedlichen Aussagen existieren. Um dieses Dilemma auf die Spitze zu treiben, existieren Empfehlungen für Disease Management Programme und Erstattungsvoraussetzungen, die wieder andere Kriterien beinhalten. Es ist notwendig, diese Plethora an konkurrierenden Empfehlungen zu bereinigen und in klare Praxisleitlinien zur Behandlung des Diabetes mellitus und seiner assoziierten und eng miteinander verbundenen anderen chronischen metabolischen Erkrankungen zusammenzufassen. Diabetes mellitus ist keine Erkrankung, die auf den Blutzucker reduziert werden kann. Vielmehr ist die Erhöhung des Blutzuckers ein Symptom des Endstadiums eines Prozesses, der zum Teil über Jahrzehnte in den betroffenen Patienten abläuft. Dabei stellt die viszerale Adipositas einen entscheidenden Trigger und die Insulinresistenz eine pathophysiologische Grundlage dar. Die Veränderung der Lipid-Trias im Zusammenhang mit einer Veränderung des Blutdrucks sind die entscheidenden Trigger für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität der Patienten. Die Veränderung des Endokrins ist die Basis, auf der assoziierte Komplikationen wie die Entwicklung einer Depression oder das zum Teil 15 Jahre frühere Einsetzen einer Demenz entstehen. Die Behandlung des Diabetes mellitus als glukozentrisches Management ist bei Weitem zu kurz gegriffen. Ein adäquates Lipid-Management und die Behandlung assoziierter Komplikationen wie Hypertonus, Übergewicht, Insulinresistenz und Hyperurikämie – aber auch das Verhalten der Patienten – sind von entscheidender Bedeutung für das Erreichen gesetzter Therapieziele. Diabetes mellitus muss im Kontext des metabolisch vaskulären Syndroms behandelt werden, um für den Patienten eine qualitativ hochwertige Therapie zu realisieren und entscheidend nachhaltig eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu erreichen.



Frau Staatsministerin Christine Clauß gratulierte dem Jubilar
© SLÄK

Blicken wir in die Zukunft, erfordert das einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Der zukünftige Behandler wird in einem Patienten nicht erst den Diabetes, dann den Hypertonus, dann das Übergewicht und dann die Fettstoffwechsell störung behandeln. Chronic Care Management als patientenzentriertes individualisiertes Management, welches sektoren- und professionsübergreifend aus einer Hand realisiert wird, ist die Zukunft in der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Der Behandlungsprozess fokussiert dabei nicht nur auf die oder eine Erkrankung, sondern beginnt bei der Früherkennung und Prävention der Risikofaktoren über das Management der Erkrankung und reicht bis hin zu einer integrierten Rehabilitation bei erhöhter Morbidität. Chronic Care Management bedarf eines Umdenkens im Selbstverständnis der Gesundheitssektoren, aber auch von uns als Behandler, der Selbstverwal-

lung als auch der Erstattungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem. Chronic Care Management heißt nicht Management des Patienten, sondern Management für den Patienten, sodass der Patient mit der Ausprägung all seiner chronischen Konditionen im Mittelpunkt steht und verbunden mit einem integrierten Qualitätsmanagement eine integrierte und qualitativ hochwertige Versorgung erhält.

Prof. Dr. Schulze ist der Prior, der auf diesem oben beschriebenen Weg in den letzten 40 Jahren vorausgegangen ist. Dank seiner vorausblickenden Initiative und unter Einbeziehung eines Teams, welches immer wieder alle Professionen, unterschiedliche am Behandlungsprozess Beteiligte und auch Kollegen mit ganz unterschiedlichen medizinischen und wissenschaftlichen Positionen integrierte, moderierte er den Prozess, der letztendlich die Grundlage für einen Strukturvertrag Diabetes mellitus in Sachsen war, und erfüllte diesen mit Leben. Charakteristisch für seine Bemühungen war die ambulante und stationäre Versorgung zu verbinden und kooperative Versorgungsmodelle zwischen Hausärzten und Diabetologen zu etablieren. Noch heute ist der Sächsische Strukturvertrag Leitbild für modernes Chronic Care Management international und es gibt kein vergleichbares Modell, was so effizient umgesetzt und so umfangreich evaluiert wurde. Damit ist Prof. Dr. Schulze Schrittgeber für die Entwicklung moderner Versorgungskonzepte. Nach seinem Ausscheiden aus der Medizinischen Fakultät wurde diese Arbeit gemein-

sam mit jüngeren Beteiligten und in enger Kooperation mit ihm auf sächsischer, nationaler und internationaler Ebene fortgeführt. Mit diesem Artikel ist ein tiefer, inniger Dank an Prof. Dr. Schulze als Impulsgeber auf diesem Weg verbunden, aber auch Dank an ihn als Lehrer, Mentor, Diskussionspartner und kritischen Reflektor auf dem Weg, die Prämissen zur Behandlung chronisch Erkrankter am Beispiel Diabetes mellitus zu definieren und weiterzuentwickeln.



Vizepräsident Erik Bodendieck © SLÄK

Anschließend überbrachte der Vizepräsident, Erik Bodendieck, die Glückwünsche des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer und machte die Leistungen von Prof. Dr. Schulze (siehe Seite 525 in diesem Heft) deutlich.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit