

01.04.2011 **Sonstige**

Editorial: Quo vadis Chirurgia?

H.-P. Bruch



Dem Älteren, der über einige Lebenserfahrung verfügt, wird gerne aufgetragen, etwas über zukünftige Entwicklungen zu philosophieren. Dabei werden in der Regel die aus Erlebtem, der Tradition, der Familie und dem beruflichen Umfeld gewonnenen Erkenntnisse in die Zukunft fortgeschrieben. Unser Gehirn ist nicht darauf programmiert, plötzliche Veränderungen zu antizipieren und in Zukunftsszenarien einzustellen. Unglücklicherweise verläuft die Entwicklung in biologischen Systemen in der Regel nicht kontinuierlich. Dies führt notwendigerweise – je nach Sachlage – zu sehr

zutreffenden, aber auch gänzlich falschen Prognosen.

Grundsätzlich, und dies mag für uns Menschen ein Glück sein, kann Zukunft nie genau vorhergesagt werden. Stellglieder in der Ereigniskette können sich sehr überraschend und nachhaltig verändern.

Dennoch bin ich der festen Überzeugung, dass wir Zukunft soweit als irgend möglich denken und planen müssen. Ich hänge nicht dem berühmten Satz von Helmut Schmidt an, der einmal sagte, der Visionär gehört ins Krankenhaus. Denn ich bin der Überzeugung, dass es nicht falsch sein kann, in Zukunftsprojektionen Entwicklungen einzubeziehen, die in der Lage sind, das zu planende Szenario richtungsweisend zu beeinflussen.

Also sollten wir uns vielleicht mit folgenden Fragen beschäftigen, soweit dies möglich ist:

- Wo stehen wir?
- Welches sind die zu erwartenden Störgrößen und Einflussfaktoren?
- Wie sollen wir Zukunft planen, damit wir unserem Kernauftrag, dem Patientenwohl, weiterhin gerecht werden und uns die Freude am Beruf nicht abhanden kommt?

Werfen wir einen Blick auf unser Medizinsystem. Dieses System wird mit gewaltigem Aufwand finanziert, es zählt, wie neueste Untersuchungen beweisen, zu den besten in der Welt. Schwerstkranke Patienten besitzen in Deutschland die größten Überlebenschancen. Nach einer Studie der OECD ist es aber auch das uneffektivste Medizinsystem. Die Vorhaltekosten unserer Krankenhäuser sind, verglichen mit dem Rest der Welt, geradezu astronomisch. Die Zahl der

Klinikbetten ist deutlich zu hoch. Experten sprechen von 20 bis 30 Prozent. Die manchmal geradezu feindliche Dualität zwischen dem niedergelassenen Bereich und der Klinik ist Kollegen aus anderen Ländern nicht zu vermitteln, und insgesamt leidet unser ineffektives System unter zunehmendem Kapitalmangel.

Wie verhält sich die Politik? Sie verfährt nach einem relativ einfachen Muster, welches in verschiedenen Veröffentlichungen und Büchern nachzulesen ist. Man verknappe das Kapital in einem System, man schaffe Gruppen unterschiedlichen Interesses, man statte diese Gruppen mit nicht hinreichenden finanziellen Mitteln aus und zwingt sie so, gegeneinander Stellung zu beziehen. Im Zweifelsfalle, wenn die Unterfinanzierung dramatisch wird, Priorisierung und harte Rationierung notwendig werden, befindet sich der Staat in der komfortablen Lage als Retter in der Not das System zu übernehmen und die Gaben nach Kassenlage zu verteilen. Das völlig unterfinanzierte Staatssystem in den skandinavischen Ländern und in Großbritannien markiert dann den vorläufigen Endpunkt einer solchen Entwicklung.

Nun werden die Optimisten unter Ihnen einwenden, dass dies ein sehr unwahrscheinliches Szenario sei und, wenn es denn eintreten würde, wohl irgendwann in ferner Zukunft.

Lassen Sie uns deswegen einen Blick werfen auf die Tatsachen, die bereits heute als unumstößlich gelten, weil sie durch Entwicklungen in der Bevölkerung und auf dem Kapitalmarkt auf lange Jahre definiert sind.

Mit dem Jahr 2010 hat Deutschland ganz unbemerkt eine historische Wendemarke überschritten. Während der Jugendquotient weiter linear fällt, steigt der Altersquotient in unserem Volk exponentiell an. Erst im Jahre 2036 erreicht er ein Plateau, wenn die Generation der Babyboomer endgültig in Rente gegangen sein wird. Die Wirtschaft wird dann auf 32 Prozent weniger Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zurückgreifen können. Es fehlen unserer Republik die Arbeiter, es werden aber auch die Unternehmer fehlen.

Im Jahre 2016, wenn die Generation der Babyboomer beginnt, sich aus dem Berufsleben zurückzuziehen, verliert Deutschland innerhalb eines einzigen Jahres 500.000 wohlbezahlte aktive Mitglieder der Gesellschaft. Unsere Sozialsysteme werden damit unter einen Stress gesetzt, dem sie, wenn überhaupt, nur sehr mühsam standhalten können.

Dem gegenüber steht eine zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung, die bis zum Jahre 2200 durchaus die Marke von 120 Jahren im Schnitt erreichen könnte. Die Menschen bleiben länger jung, dennoch werden bereits bis zum Jahre 2020 die großen Volkskrankheiten erheblich zunehmen. Hierzu gehören Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Myokardinfarkt und vor allem die Demenz. Der durchschnittlich sehr alte Patient wird drei bis fünf Nebendiagnosen mitbringen.

Gleichzeitig rechnen wir damit, dass die Zahl der Blutspender – es handelt sich meist um jüngere Bürger – um 30 bis 35 Prozent abnimmt, während die Zahl der potentiellen Blutempfänger um 25 Prozent ansteigen wird.

Wollten wir dieser Problematik entgegenwirken, müssten wir, wie dies Hans Werner Sinn berechnet hat, sofort bis zum 77. Lebensjahr arbeiten. Alternativ bedürfte Deutschland einer Zuwanderung von im Minimum 34 Millionen Gast- oder Fremdarbeitern. Sofern diese wiederum in das deutsche Sozial- und Rentensystem streben, nicht nur einmal, sondern mehrmals. Die Deutschen würden zur Minderheit im eigenen Land. Beides ist wohl keine vernünftige Lösung des Problems.

Um die derzeitige Bevölkerung aufrecht zu erhalten, müsste jede Frau durchschnittliche mindestens 2,1 Kinder gebären. Ein Bevölkerungsaustausch mit den hochzivilisierten Ländern Europas ist nicht möglich, da sich diese mit einer Zeitverzögerung zwischen 7 und 15 Jahren auf dem gleichen Weg befinden wie Deutschland. Hinzu kommt, dass Familien mit Kindern durch eine 3- bis 4-fache finanzielle Belastung besonders betroffen sind und sich daran wohl in einer zunehmend gerontokratisch geprägten Gesellschaft in absehbarer Zeit nichts ändern wird.

Diese demographischen Veränderungen werden erhebliche Auswirkungen auf unsere Sozialsysteme haben. Es ist allen Spezialisten klar, dass unsere Sozialsysteme zwischen 2016 und 2026 in sich zusammenbrechen werden, da sie der finanziellen Grundlage beraubt sein werden. Es nimmt daher nicht wunder, dass alle derzeitigen Prognosen vor den kritischen Zeitpunkten enden.

Würden wir sorglos nach bekanntem Muster in die Zukunft leben, müssten wir wohl im Jahre 2040 43 bis 50 Prozent unseres Bruttolohnes allein für Krankenversicherung aufwenden, wie dies Prof. Beske aus Kiel errechnet hat.

Und last but not least sollten wir noch einen Blick auf die Schuldenlast werfen, die wir künftigen Generationen hinterlassen und ich erlaube mir, in diesem Sachzusammenhang an das verschuldete Griechenland zu erinnern. Die Vertreter unserer Medien sind nicht müde geworden, auf die Verantwortungslosigkeit der griechischen Regierung und der griechischen Administration hinzuweisen. Dabei wird gern auf die 78 Prozent des BIP abgehoben, die wir als Schuldenlast zu bewältigen haben. Dabei wird vergessen, dass wir unverdrossen und ohne sinnvolle Maßnahmen zu ergreifen, Wechsel auf die Zukunft ausstellen. Addieren wir zur Staatsverschuldung die Renten und Pensionsansprüche sowie die Zuschussansprüche der Krankenversicherungen, liegt Deutschland bereits heute bei einer Verschuldung von 418 Prozent des Bruttoinlandsproduktes und damit um mehr als 300 Prozent höher als die Griechen.

Wir wissen jetzt, wo wir stehen und wohin sich unser Staatsgebilde bewegen wird. Kommen wir also zur zweiten Frage: welches sind die zu erwartenden Störgrößen und Einflussfaktoren im Medizinsystem selbst? Die Demographie wird uns einen Pflege- und Kranken-Tsunami bescheren. Gleichzeitig wird eine Fachkräfte-Ebbe auftreten und auf dem Markt wird ein Wettbewerb um die besten Köpfe entstehen. Vorsichtige Prognosen rechnen in den nächsten 10 Jahren mit einem Ärztemangel in der Größenordnung von 20.000 bis 35.000, mit einem Pflegemangel in der Größenordnung von 150.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Dies, obwohl wir in unseren Krankenhäusern von Jahr zu Jahr 2 Prozent mehr Ärzte zählen. Es ist aber zu bedenken, dass sich das gesellschaftliche Umfeld zunehmend verändert. Die Gesellschaft hat den Arztberuf von seinem hohen Sockel gestoßen, was dazu führt, dass die Ärzte dem System immer weniger Arbeitskraft zur Verfügung stellen.

Außerdem ist zu konstatieren, dass die Medizin weiblich wird. Aus biologischen Gründen und Gründen des Anstandes müssen in Zukunft für 2 ausscheidende Kollegen mindestens 3 Kolleginnen, besser 3,4 Kolleginnen, eingestellt werden. Das System hat sich auf diesen Wandel in keiner Weise vorbereitet. Einige Fächer, wie die Viszeralchirurgie und die spezielle Unfallchirurgie, werden durch die Veränderung der Lebenseinstellung besonders hart getroffen. Andere Fächer, wie etwa die Innere Medizin, Radiologie etc., werden folgen.

Bereits heute arbeiten in 40 Prozent der deutschen Krankenhäuser Honorar- und Konsiliarärzte, die entstehende Lücken auffüllen. Das zeigt, dass das heile Medizinsystem nur noch in unseren Köpfen existiert. In den Kliniken, aber auch in den KVen wird versucht, mit weniger Personal jedes Jahr mehr Leistung von 3 bis 7 Prozent zu erzielen. Dies würde bei gleichem Personal in einem Zeitraum zwischen 12 und 20 Jahren zu einer Produktivitätssteigerung von 100

Prozent führen. Eine, wie ich meine, surreale Zumutung, die nur in den Köpfen halbgebildeter Ökonometriker entstehen kann, denen der Blick für das Gesamtsystem verlorengegangen ist.

Grundsätzlich aber, verehrte Kolleginnen und Kollegen, sollten wir die Frage beantworten, wie wir denn mit weniger Kapital, weniger Personal dem medizinischen Fortschritt gerecht werden wollen und wie es uns gelingen mag, im Sinne des Humanismus und der christlichen Soziallehre dafür Sorge zu tragen, dass der unverschuldet in Not Geratene, unabhängig von Ansehen und Einkommen, die nötige Hilfe erhält. Wollen wir also nicht unmittelbar in eine rationierte, unterfinanzierte Staatsmedizin abgleiten, werden kleine Korrekturen am System nicht hinreichen, um diesem hohen Anspruch gerecht zu werden. Wir werden darüber befinden müssen, wie viel Medizin in welcher Spezialisierung auf welchem Niveau und in welchen Kooperationsstrukturen wir an welchem Ort vorhalten wollen und können.

Man mag Herrn Lauterbach schätzen oder nicht, die Frage, wie lange wir uns eine doppelte Facharztschiene und die Dualität von Klinik und Praxis noch werden leisten können, muss beantwortet werden und, verehrte Kolleginnen und Kollegen, wir sollten sie beantworten. Die großen Krankenkassen rechnen damit, dass 20 bis 30 Prozent der klinischen Leistungen in den nächsten Jahren in den niedergelassenen Bereich abwandern müssen, und dies bedeutet einen erheblichen Abbau von Kliniken und Klinikbetten. Dies bedeutet aber auch, dass wir ganz neue Strukturen der Kooperation zwischen Klinik und Praxis definieren müssen.

Wenn die weniger aufwendigen Leistungen in die Praxen abwandern, muss auch die Weiterbildungermächtigung folgen. Wir werden also kooperative Weiterbildungermächtigungen zwischen Kliniken und Praxen erleben und dies wahrscheinlich in kurzer Frist.

Wie sollen wir also Zukunft planen? Mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung im letzten Jahr wurde in unserem Fachgebiet, der Viszeralchirurgie, ein Schritt in die richtige Richtung unternommen. Das Curriculum wird erfüllbar, und mit der Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“ werden alle hochkomplexen, in der Regel selteneren Eingriffe in einen zweiten Abschnitt verlagert. Dieser wird in Zukunft wohl nur noch von den Vertretern größerer Häuser erfüllt werden.

Man könnte sich darüber hinaus eine weitere Spezialisierung vorstellen wie etwa oberer Gastrointestinaltrakt, unterer Gastrointestinaltrakt, Leber/Galle/Pankreas, Koloproktologie, endokrine Chirurgie, Transplantationschirurgie, chirurgische Intensivmedizin, chirurgische Endoskopie, Hernienchirurgie etc. Diese Superspezialisierung mag in Kliniken sinnvoll sein, die zwischen 4.000 und 7.000 operative Interventionen im Jahr zu leisten haben. In Ballungsräumen mag die eine oder andere Superspezialisierung, wie zum Beispiel Proktologie oder Koloproktologie auch im niedergelassenen Bereich Erfolg versprechen. Bedenken wir jedoch, dass die Lebenserwartung derzeit pro Jahr um mehrere Monate ansteigt, werden wir zukünftige Ärztegenerationen nicht mehr für 35 sondern für 45 bis 50 Jahre Berufsleben weiter- und fortzubilden haben. Wenn die derzeitige Wissensexplosion nicht durch katastrophale Ereignisse auf der Welt beeinflusst wird, wird die Medizin am Ende des Berufslebens mit der zu Beginn eines Berufslebens nur noch wenig zu tun haben.

Würden wir das allzu rigide Weiterbildungssystem der Jetztzeit, das gleichzeitig auch ein Abrechnungssystem bedingt, fortschreiben und würden die Fächergrenzen weiterhin bewacht wie die Grenzen verfeindeter Staaten, würde ein nicht unerheblicher Teil der Medizin am Markt vorbei weiter- und fortgebildet werden. Wir sollten die Spezialisierung und Superspezialisierung daher als Chance erkennen und die Einzelmodule in eine modulare Weiterbildung integrieren. Diese modulare Weiterbildung dürfte allerdings vor Fächergrenzen nicht Halt machen. Unter den Bedingungen des

Pflege- und des Kranken-Tsunami bei gleichzeitigem Ärztemangel werden uns in diesem Sachzusammenhang auch die Argumente ausgehen.

Wollen wir die Zukunft mitgestalten, werden wir auch über unsere eigenen Strukturen, die Fachgesellschaften, die Berufsverbände und insbesondere auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie nachdenken müssen. Trotz des absehbaren Kapitalmangels leisten wir uns eine Vielzahl teurer, ineffektiver Parallelstrukturen.

- Wäre es nicht sinnvoll, alle Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten in einer Akademie zusammenzufassen, um Kapital und Arbeitskraft optimal zu nutzen und der nachwachsenden Generation pädagogisch professionelle Strukturen zur Verfügung zu stellen?
- Wird es auf die Dauer möglich sein, Wissenschaft, Forschung, Leitlinienerstellung, Studienplanung etc. neben dem klinischen Alltag zu organisieren, wenn die Leistungsverdichtung weiter zunimmt?
- Wie organisiert man Öffentlichkeitsarbeit und nimmt sinnvoll Einfluss auf die Gesundheitspolitik?
- Wie soll die Kooperation mit der Gesundheitswirtschaft geregelt werden?
- Wie werden sinnvolle Modelle zur Kooperation, Klinik und ambulanter Behandlung geschaffen und erprobt?
- Wie kreiert man attraktive berufliche Perspektiven?
- Wer kümmert sich um Genderfragen, Finanzen, Recht, Versicherung, Kommunikation und Organisation?

Die Anforderungen an die Professionalität von Strukturen haben in den letzten Dezennien erheblich zugenommen. Wir werden uns diesen Herausforderungen stellen müssen. Dabei werden wir es nicht allein mit innerer Notwendigkeit oder Sinnhaftigkeit zu tun haben. Vielmehr wirken auf uns und unser Gesundheitssystem in den nächsten Jahren unausweichliche Veränderungen ein, die uns wohl keine allzu lange Zeitspanne lassen werden, auch notwendige innere Entwicklungsprozesse anzustoßen.

Aus all diesen Fragen ergibt sich für mich die zwingende Notwendigkeit, Gruppen und persönliche Interessen, Machtstrukturen und Machtansprüche hintan zu stellen, die Einheit der deutschen Chirurgie zu verwirklichen, um so mit einer vernehmlichen Stimme in die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse eingreifen zu können.

Bruch HP. Quo vadis Chirurgia? Passion Chirurgie. 2011 April; 1(4): Artikel 01_01.

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch

ehem. Präsident

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin