

Metamorphose des Arztbildes

Vom „Herrgott in Weiß“ zum „Gesundheitsingenieur in Grün“? –
Das Gewissen der Ärzte allein wird dem zunehmenden Effizienzdruck in der Medizin nicht mehr lange standhalten können

von Mario Siebler*

Wenn man Studenten in den ersten Semestern nach ihrer Berufsmotivation fragt, findet man oft noch ein sehr traditionelles Arztbild des „Medicus“ vor. Auch der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, ist zu Recht tief von dem traditionellen Arztbild und der Besonderheit der Arzt-Patienten-Beziehung geprägt, welches er einer Medizinökonomie entgegenhält.

Inzwischen haben sich aber tiefgreifende Änderungen im Gesundheitssystem vollzogen, welche sich in der Debatte über die Gesundheitsreform als nahezu unvereinbar decouvrieren. Der Zukunftsleitfaden orientiert sich eindeutig an der Medizinökonomie. Welche Auswirkungen hat das nun auf unser Arztbild und wie stellen wir in Zukunft die geeignete Ausbildung für Ärzte sicher?

Konzerne auf dem Vormarsch

Schätzungsweise mehr als 50 Prozent der Ärzte werden in naher Zukunft in bundesweit operierenden Konzernen beschäftigt sein. Dort wird das Produkt „Gesundheit“ ähnlich anderen Großdienstleistern für ein Marktsegment profiliert. Auf dieses Gesamtprodukt wird das Unternehmen strategisch ausgerichtet.

Konsequenterweise ist dann die Erbringung ärztlicher Leistungen in Diagnostik und Therapie ein Anteil in dem Produktionsprozess. Zur Effizienzverbesserung ist die „Atomarisierung“ der medizinisch-ärztlichen Leistungen unumgänglich.

Die ärztliche Leistung unterliegt damit neuen Definitionen. Kleine

Diagnostik und Behandlungsschritte können an Hilfspersonal delegiert werden. Damit wäre die Effizienz des Facharztes (Fallzahl pro Arzt) deutlich zu steigern. Wie viele Narkosen kann ein Facharzt gleichzeitig betreuen?

Das betriebswirtschaftliche Vokabular – zum Beispiel flankierende Qualitätssicherungsmaßnahmen, Prozesscontrolling, Rationalisierung, Optimierung, OP-Rüstzeiten, Cashflow, Patientenflow – wird erfolgreich aus der Industrie zunächst in die Krankenhäuser, dann auch in die Ambulanzstrukturen transferiert.

Damit wird die Patientenbehandlung industrialisiert unter Berufung auf eine oft falsch verstandene Normierung mittels Evidence Based Medicine (EBM). „Der strategische IT-Einsatz bestimmt in Zukunft zunehmend die Geschicke der Leistungserbringer“, heißt es in der Zeitschrift *Management und Krankenhaus*, Ausgabe 01/2007.

Gewinnorientierte Leitung

Konsequenterweise wird damit das Arztbild weiter säkularisiert und entspricht mehr der Rolle des hoch spezialisierten Gesundheitsingenieurs. In der Tat suchen die Medizinkonzerne keinen „Chefarzt“ mehr, sondern leitende AT-Angestellte in flachen Hierarchien, die nicht nur eine, sondern gleich mehrere und über viele Standorte verteilte Fachabteilungen leiten sollen. Die „chefarztzentrische“ Organisation ist abgelöst durch die gewinnorientierte Unternehmensleitung, welches sich deutlich im Marktwert, sprich der Gehaltsstruktur widerspiegelt.

Wo bleibt in diesem globalisierten System die fundamentale Arzt-Patienten-Beziehung? Hat uns hier nicht schon die Realität längst überholt?

Praktisches Beispiel: Ein Patient mit einem akuten Herzinfarkt wird von einem Notarzt versorgt, einem Aufnahmearzt untersucht, einem Kardiologen angiographiert und dilatiert. Laborwerte werden durch einen Laborarzt erstellt, Röntgenaufnahmen durch einen Radiologen befundet, eine Medikamententherapie durch den Stationsarzt angesetzt – und der Patient schließlich durch einen Anfänger entlassen. Welchen Arzt lernt der Patient wirklich kennen, zu wem baut er eine persönliche Beziehung auf? Aber ist die Behandlung dadurch im Ergebnis immer schlecht zu nennen?

Heterogene Ausbildungsziele

Fragt man Studienkommissionen der Universitäten, zu welchem Berufsziel an den Universitäten ausgebildet wird, liegen dort sehr heterogene Antworten vor. Eine Universität wie Witten-Herdecke, noch die „Kräutermedizin“ in der Historie und mit einer elitären Studentenschaft, muss sich nach Begehung des Wissenschaftsrates umorientieren, sieht sich aber einem ganzheitlichen, hermeneutischen Erkenntnisansatz weiter verpflichtet.

Die Universität zu Köln hat sich das Ausbildungsziel des „Allgemeinarztes“, gedacht als eine Art Allrounder, auf die Fahnen geschrieben. Eine wirkliche Vision, wenn sich die Medizinischen Versorgungszentren etablieren? Die RWTH Aachen strukturiert Curricula noch in den traditionell geordneten Fachbereichen, obwohl die

* Professor Dr. med. Mario Siebler arbeitet als Neurologe an der Universitätsklinik Düsseldorf und ist Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) sowie des Ausschusses „Ausbildung zum Arzt, Hochschulen und Medizinische Fakultäten“ der ÄkNo

Kliniken schon fachübergreifende Strukturen mit Auflösungen von Fachbereichen aufbauen.

Viele Studenten und Ärzte sehen schon heute bereits klar die zukünftigen Berufsanforderungen. Für ihre Zukunftsqualifikation als Arzt werden die Ausbildung in Prozesscontrolling, Betriebswirtschaft und Mitarbeiterführung wichtiger, zu Lasten einer guten oder gar breiten klinischen Ausbildung.

Guter Ruf oder Qualitätsbericht?

Was bedeutet diese Entwicklung für die Patienten? Sie fordern mehr nachvollziehbare Qualität und Vertrauen in die Behandlung und Beratung ein. War es früher der Ruf des Arztes, sind es heute zunehmend die Kennzahlen des Qualitätsberichtes und Internetauftritte, welche wahlentscheidend sind.

Ist es aber so abwegig, nach einer guten Behandlung zu fragen? Das gilt schon lange für Entbindungen und zunehmend für operative Eingriffe. Wollen wir nicht alle eine Behandlung, zum Beispiel eine Totalendoprothese, mit der geringsten Komplikationsrate – und möglichst noch eine nette Atmosphäre? Der „Herrgott in Weiß“ ist da in der Tat nicht mehr gefragt. Darüber hinaus hat die Fast-Track-Chirurgie noch nicht einmal die schlechtesten Ergebnisse.

Auf der anderen Seite nimmt der Druck zur Somatisierung bei Patienten in diesem System erheblich zu. So kann eine Herzneurose in dem Prozess nicht mehr lukrativ abgebildet werden, eine Entlassung ohne somatischen Befund ist also fast ausgeschlossen. Damit wird das System die „alternative Medizin“ und paramedizinische Ansätze möglicherweise noch stärker fördern.

Welche Rolle spielen dann noch die Standesorganisationen? Sie müssen sich als Kontrollinstanz zunehmend in diese Prozesse einmischen, da sich die Ärzte – gerade in leitenden Positionen – dieses Effizienzdrucks nicht mehr erwehren können. Die Standesorganisationen müssen hier klare Regeln vorgeben und diese gegenüber den wachsenden Konzernen durchsetzen. Das Gewissen der Ärzte allein wird dem Druck nicht mehr lange standhalten können.

Der tief greifende Wandel hat längst stattgefunden, wir müssen ihn nutzen im Interesse unserer Patienten und unseres Berufsstandes. Wir brauchen eine Grundsatzdebatte über das zukünftige Arztbild und unsere Rolle in dem Gesundheitssystem, sonst verlieren wir und damit viele Patienten den Anschluss an das Wesentliche einer heilenden Medizin, wenn sie nicht nur Reparaturbetrieb sein soll.



**Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein**

Fortbildungsveranstaltung

„Doping im Freizeitsport – ein unterschätztes Problem für den Arzt im Alltag?“

Mittwoch, 13. Juni 2007, 16.00 – 19.00 Uhr

Am Bonneshof 6, 40474 Düsseldorf

Begrüßung

Dr. med. Arnold Schüller
Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein

Moderation

Dr. med. Wilfried Wolfgarten
Mitglied der Arbeitsgruppe „Medizin & Analytik“ der NADA,
Vizepräsident Deutscher Fechter-Bund

Einführung

Dr. med. Klaus-U. Josten
Vorsitzender des Gemeinsamen Ausschusses des IQN

„Das passiert mir nie wieder!“

Psychische Aspekte des Doping im Freizeitsport
Jörg D. Börjesson - dopingpräventionsZentrum, Dorsten
Werner Hübner - Psychologischer Psychotherapeut, Köln

Welche aktuellen Daten zum Missbrauch von Anabolika und Nootropika gibt es?

Dr. med. Peter Arbter - Facharzt für Allgemeinmedizin, Krefeld

Dopingfallen

Dr. med. Ute Mareck - Institut für Biochemie
Deutsche Sporthochschule, Köln

Doping im Freizeitsport –

Erkennung und Möglichkeiten zur Prävention

Michael Sauer - Manfred Donike Institut für Dopinganalytik,
Institut für Biochemie, Köln

Wie kommt man „unsichtbaren“ Doping-Steroiden auf die Schliche?

Dr. Axel Allera, Ph.D. - Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinik Bonn

Diskussion

Zusammenfassung

Dr. med. Petra Jasker - Institut für Pathologie
Evang. Krankenhaus Bethesda, Duisburg

Anmeldung unter
Zertifiziert

E-Mail: IQN@aekno.de
4 Punkte

Rückfragen unter
Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 43 02-1571
Fax: 0211 / 43 02-18571

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Eine Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein