



Ärzte sind auch nur Menschen

Sie sprechen offen über Behandlungsfehler. Sie streiken für mehr Geld. Und überhaupt wehren sich die Ärzte nach Kräften gegen tatsächliche und angebliche Zumutungen der Politik. Wir blicken auf eine Berufsgruppe, deren Selbst- und Fremdbild sich in den vergangenen Jahren gewandelt hat.

Der Halbgott in Weiß verabschiedet sich

Frustriert in Klinik und Praxis: Wie sich das Bild des Arztes wandelt

Stuttgart – Die Ökonomisierung der Medizin entzaubert den Arztberuf und hinterlässt frustrierte Doctores.

VON WILLI REINERS

„Hinter uns steht nur der Herrgott“, überschrieb der berühmte Chirurg Hans Killian seine Lebenserinnerungen. Sie zeichneten das Bild eines Arztes, der die schwere Verantwortung für seine Patienten einsam und heldengleich, aber durchaus auch demütig trägt. Der im Kampf gegen heimtückische Krankheiten nur auf seine genialen Fähigkeiten und Gottes Beistand vertraut. Der Arzt, ein Halbgott in Weiß.

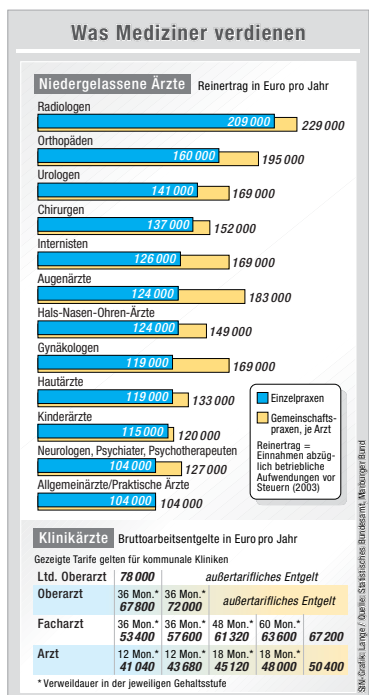
1967 ist das Buch erschienen. Eine Ewigkeit scheint das her. Heute streiken niedergelassene Ärzte und Kliniker für mehr Geld, bessere Arbeitsbedingungen und generell gegen eine „arztfeindliche Politik“. Mediziner, die vor Demonstrationen noch rasch ein Laken mit Parolen wie „Operiert euch doch



selbst“ besprühen – so etwas greift den Nimbus des Halbgotts an und holt einen ganzen Berufsstand auf den Boden der Realität. Plötzlich stehen Ärzte auf einer Stufe neben ganz normalen Arbeitnehmern, die für mehr Lohn auf die Straße gehen.

Zwar rangieren die Doktores in der Liste der angesehensten Berufe noch stets unangefochten auf Rang eins. Doch das Bild vom Arzt wandelt sich. Viele Patienten beispielsweise informieren sich im Internet über die neuesten Therapien. Stellen sie fest, dass ihr Arzt davon noch nie etwas gehört hat, kann das die Vertrauensbasis erschüttern.

Noch dramatischer indes verändert sich



das Selbstbild der Ärzte. Ein wichtiger Grund ist die zunehmende Ökonomisierung der Medizin. Die Finanzmittel im Gesundheitswesen sind begrenzt. Das zwingt zur Rationalisierung und Qualitätskontrolle. Alles, was der Doktor tut, wird auf seine Evidenz hin überprüft. Das heißt: Der Nutzen für den Patienten muss klar ersichtlich sein. Im Ergebnis führt das zu einer wachsenden Fremdbestimmung der ärztlichen Tätigkeit. Exemplarisch dafür stehen Leitlinien, die minutiös vorgeben, wie chronische Erkrankungen zu behandeln sind.

Die Niedergelassenen lehnen das als Listenmedizin mehrheitlich ab. Warum, erklärt der Freiburger Medizinsoziologe Jürgen von Trotschke: „Sie haben grundsätzlich nichts gegen eine Evidenzbasierung, betonen aber, dass im Einzelfall mehr dazu gehört, Patienten richtig zu behandeln – nämlich Erfahrung.“ Die Ärzte erleben im Alltag eine „große Variabilität in den Bedürfnissen kranker Menschen“. Dem würden Behandlungsleitlinien nicht gerecht. Sie widersprechen dem Anspruch, „die Arztrolle in Alleinverantwortung gegenüber dem Patienten auszubauen.“

Umfragen belegen, dass die Kluft zwischen beruflichem Lebensentwurf und

Arbeitsalltag immer größer wird. Das sorgt für Frust. Eine Studie mit Assistenzärzten in Berlin ergab, dass die Hälfte eine andere Ausbildung wählen würde, wenn sie es nochmal zu tun hätten. Eine Umfrage unter Niedergelassenen in Bayern zeigte, dass 78 Prozent ihrer Arbeit unzufrieden bis resignativ gegenüberstehen.

Natürlich hat die ärztliche Sinnkrise auch eine finanzielle Dimension. Die fetten Jahre sind vorbei. Zwar haben die Kliniker zuletzt teils zweistellige Gehaltsteigerungen durchgesetzt. Doch die Chancen für Mediziner sind dadurch nicht besser geworden. Früher winkte nach ein paar Jahren in der Tretmühle Krankenhaus entweder eine Klinikkarriere oder eine lukrative Niederlassung. Das gilt heute so nicht mehr. Vielerorts herrschen Niederlassungssperren, und in den Kliniken gibt es einen Beförderungsstau. Niedergelassene Mediziner wiederum kämpfen mit ihren Budgets: Je mehr sie behandeln, desto weniger verdienen sie.

Bei allem Verständnis – von Trotschke geht mit den frustrierten Ärzten hart ins Gesicht. „Wenn man sieht, was sie gemessen am Durchschnittseinkommen der Bevölkerung verdienen, finde ich es problematisch, immer wieder zu betonen, wie schlecht man bezahlt wird.“ Der Soziologe, selbst Mediziner, fordert eine Umkehr: „Wir Ärzte sollten uns rückbesinnen auf das Eigentliche in unserem gesellschaftlichen Auftrag. Was diesen Beruf stark macht, ist die Erfahrung, etwas Wesentliches zu tun, das über das Alltägliche hinausgeht.“ Wer den Arztberuf ergreife, dem müsse es um etwas anderes gehen, „als eine hoch qualifizierte Dienstleistung für möglichst viel Geld zu verkaufen.“

Von Trotschke warnt: „Der Arztberuf ist dabei, seine besondere gesellschaftliche Position zu verspielen.“ Für die Entzauberung ihrer Profession seien die Mediziner selbst verantwortlich.

„Der Arztberuf verspielt seine Position“

„Der Arztberuf verspielt seine Position“

„Der Arztberuf verspielt seine Position“

Feste Preise statt Punkten

Neues Honorarsystem

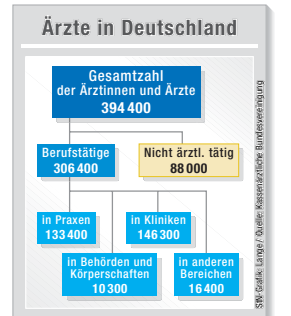
Berlin – Mit der Gesundheitsreform sollen die niedergelassenen Ärzte ein neues Honorarsystem erhalten. Die Mediziner fürchten, dass für sie nichts besser wird.

VON WILLI REINERS

Kein niedergelassener Arzt weiß heute im Voraus, wie viel Geld er für eine bestimmte Leistung erhält. Zu Recht beklagen die Mediziner das als unhalbtar. Seit langem laufen sie Sturm gegen die Bezahlung auf Basis so genannter floatender (fließender) Punktwerte. Sie stehen für ein kompliziertes Honorarsystem, das sich aus der Deckung der ärztlichen Gesamtvergütung ergibt. Egal, wie viel der Einzelne arbeitet – für alle Mediziner gibt es nur einen festen Betrag.

Für jede Leistung rechnet der Arzt eine bestimmte Zahl von Punkten ab. Was sie bringen, steht erst fest, wenn bekannt ist, wie viele Punkte insgesamt abgerechnet wurden – von allen Ärzten. Dazu wird die Gesamtvergütung durch die Gesamtzahl der Punkte aller Leistungen dividiert. Das Ergebnis ist der Punktwert in Eurocent. Er fällt um so niedriger aus, je mehr Leistungen abgerechnet wurden. Die tatsächliche Vergütung für eine Leistung ergibt sich am Ende aus der Multiplikation der Punkte des einzelnen Arztes mit dem Punktwert.

Das neue System muss aus Ärztesicht vor allem eins bringen: Kalkulationssicherheit. Auf Grundlage der Eckpunkte zur Gesundheitsreform hat die Kassenärztliche Bundes-



„Fehler werden unter den Teppich gekehrt“

Hochschulmediziner Rothmund will Kliniken für Patienten sicherer machen

Marburg – Der Marburger Chirurg Matthias Rothmund bemängelt, wie seine Kollegen mit Behandlungsfehlern umgehen.

Herr Rothmund, Sie fordern Ihre Kollegen auf, sich zu Behandlungsfehlern zu bekennen. Gewinnt man damit neue Freunde?

Viele Kollegen behandeln mich nicht gerade freundlich. Die meisten sagen aber nichts, wenn sie mich treffen. Doch die, auf die es ankommt, verstehen mich schon.

Vor eineinhalb Jahren sind Sie das Thema Arztfehler öffentlich angegangen. Was ist seither besser geworden?

Natürlich hat sich die Medizinwelt nicht komplett geändert. Aber Dinge sind angestoßen worden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat sich gegründet. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat eine Meldestelle für Fehler eingerichtet. Wir machen Druck auf die Ärztekammern, damit jede Weiterbildungsstelle regelmäßige M+M-Konferenzen (für Morbidität und Mortalität, die Red.) einführt. Das bedeutet: Hat jemand im Krankenhaus eine Komplikation oder stirbt, muss darüber gesprochen und geklärt werden, ob vielleicht ein Fehler im Spiel war. Ziel muss sein, diesen Fehler beim nächsten Mal zu vermeiden.

Warum fällt es Ärzten so schwer, Fehler einzugestehen?

In der Bevölkerung, aber natürlich auch in den Medien ist das Idealbild des fehlerlosen Arztes alles beherrschend. Jeder Kollege, der davon abweicht, steht sofort als

Pfuschler da. Es wird einfach nicht akzeptiert, dass auch ein guter Arzt einen Fehler machen kann. Man ist entweder ein Null-Fehler-Arzt oder ein Pfuschler. Dazwischen gibt es nichts.

Gibt es ein typisches Fehlermuster?

Natürlich gibt es das individuelle Versagen. Am häufigsten sind jedoch Fehler, die als Summe kleiner Inkorrekturen passieren. Jemand versteht etwas falsch am Telefon, oder es wird etwas mit schlechter Handschrift in eine Behandlungsanweisung geschrieben. Es können Ampullen, die ähnlich etikettiert sind, verwechselt werden, und so kann der Arzt die falsche Spritze geben. Ganz oben stehen Kommunikationsfehler. In den USA hat ein Mädchen ein falsches Herz erhalten – wegen eines Missverständnisses am Telefon. Die Klinik hat den Vorfall sofort in einer Pressekonferenz und auf seiner Website öffentlich gemacht. Das würde ein deutsches Krankenhaus nicht tun, weil es um seinen Ruf fürchtet.

Solche Vorfälle wären wohl auch hier zu Lande nicht zu vertuschen. Aber was ist mit den nicht so offensichtlichen Pannen?

Die werden eher unter den Teppich gekehrt oder unter vier Augen besprochen. Man hat eben noch nicht überall erkannt, dass Fehler auch eine Chance bedeuten. Nur durch Fehleranalysen unter Einschluss aller Beteiligten kommt man zu Verbesserungen des Systems.

Erlauben das die streng hierarchischen

Klinikstrukturen? Trauen sich junge Assistenten, den Chefarzt darauf hinzuweisen, dass seine Methoden veraltet sind?

Die Sache mit den angeblich so strengen Hierarchien ist ein Klischee, das besonders hartnäckig durch die Medien geistert. Seit 20 Jahren gibt es das aber kaum noch. Ein Chef macht sich unmöglich, wenn seine Mitarbeiter merken, dass er sich nicht mehr auf dem Stand des Wissens befindet. Ich könnte es mir gar nicht leisten, unsinnige Anweisungen zu geben. Sofort käme mein Oberarzt und bäte mich, das zu überdenken. Nicht so sehr die Hierarchie, sondern mehr die Null-Fehler-Mentalität ist das Problem.

Welche Rolle spielt die kaufmännische Leistung beim Fehlermanagement?

Fragen Sie mal einen Krankenhausbetreiber. Der wird Ihnen selbstverständlich sagen, dass ihn das Thema brennend interes-

sier. Tatsächlich haben wir in Deutschland mehr Kliniken ohne als mit wirklich funktionierendem Qualitätsmanagement.

Was taugen die derzeit verfügbaren Qualitätsberichte?

Nichts. Man sieht nur, was die Kliniken wie oft machen, aber nicht, wie gut oder schlecht sie es machen.

Was fordern Sie?

Die Berichte müssen Komplikationsraten im Verhältnis zum Eingriffsrisiko ausweisen. Damit kann man sehr gut einschätzen, was eine Klinik kann und was nicht.

Kliniken stehen unter hohem ökonomischem Druck. Bleibt Luft für Qualitätssicherung?

In letzter Zeit ist es wirtschaftlich enger geworden. Aber mit Blick etwa auf die M+M-Konferenzen lasse ich das nicht gelten. Da bin ich altmodisch. Ich erwarte von meinen Mitarbeitern, dass sie die monatlichen Treffen besuchen, obwohl sie außerhalb der Dienstzeit liegen. Wer nicht kommt, zeigt Desinteresse an der Qualität seiner und unserer Arbeit und sollte sich lieber eine andere Stelle suchen.



Fordert Transparenz: Rothmund

Fordert Transparenz: Rothmund

Fordert Transparenz: Rothmund



Foto: Uni Marburg Fragen von Willi Reiners