

„Entdichtung“ der ärztlichen Arbeit



Als Arzt wird man permanent mit Insuffizienzen und ständig neuen Regulierungen frustrierend konfrontiert. Man glaubt dem struktur- und kapitänlosen System der Macht des Faktischen fremdbestimmt ausgeliefert zu sein. Das kann man beklagen. Aber es ist auch die Stärke dieses Systems, dass es mit einer gehörigen Portion Trägheit dennoch in der Lage ist, auf Erfordernisse zu reagieren. Man kann sich an Einzelproblemen aufreiben. Oder man orientiert sich an übergeordneten Ebenen, die vielfältige nachgeordnete Hemmnisse lösen könnten. Ein solches Problem, und mich als Mandatsträger umtreibendes Ziel, ist die „Entdichtung“ der ärztlichen Arbeit und damit der Erhalt des Berufsbildes Arzt.

Die enorme Arbeitsverdichtung führt zu Stress, Hektik, Unzufriedenheit. Deutsche Ärzte sind trotz guter Einkommen mit die unzufriedensten Kollegen im internationalen Vergleich. Ärztliche Arbeitszufriedenheit korreliert mit der Zeit, die der Arzt für den Patienten aufwenden kann. Das empfundene fremdbestimmte Arbeiten durch permanentes Hineinregulieren von Politik, Krankenkassen, aber auch Selbstverwaltung, wirkt demotivierend. In Deutschland beträgt die Kontaktzeit zwischen sechs und acht Minuten pro Patient und die Versicherten gehen 18 Mal im Jahr zum Arzt. Das führt zu mehr als 200 Patientenkontakte pro Woche beim Hausarzt. Der schwedische Kollege kommt auf 50 Patientenkontakte, und eine Kontaktzeit von 24 Minuten pro Besuch, hat aber am Jahresende die gleiche Patientenkontaktzeit. Ich wage zu behaupten,

dass die Arbeit am Patienten dort sogar qualitätsgerechter verläuft. Die Entwicklung in Deutschland ist Folge einer über viele Jahre praktizierten Kostendämpfung. Diese induzierte im ambulanten Bereich mehrere Honorarreformen, welche immer auf den im Moment vorherrschenden Ist-Zustand und damit der Unterfinanzierung aufbaut. Dies führt zu einer nahezu grotesken Unterbewertung der einzelnen ärztlichen Leistung, die den Arzt zwingt, in die Menge zu gehen, sich bei aufwändigen Patienten zurückzuhalten und durch „Aufwandsverdünner“ angemessenes Honorar zu sichern. Ziel müsste eigentlich sein, die Kontaktfrequenz zu senken, aber die Patientenkontaktzeit zu erhöhen.

Absurdes industrielles Denken herrscht auch im prozessoptimierten Krankenhausbetrieb vor, wo Wirtschaftlichkeit rein finanziell definiert ist, wo der Patient nicht mehr als Patient, sondern als Krankheitsfall versorgt wird. Problematisiert wird die Verdichtung durch eine politisch intendierte Flatrate-Mentalität. Durch eine ungehemmte Leistungsabfrage (wie auch durch das nicht immer indizierte Leistungsangebot) kommt es durch eine Misstrauenskultur zur Überregulierung, zu Kontrollmechanismen, deren ärgerlichstes Korrelat 900 verschiedene Dokumentationsaspekte, hunderte Formulare oder der Begründungswahn sind.

Unser medizinisches Weltbild orientiert sich fremdinduziert nach industrieller Norm. Früher sprachen wir vom Arzt, seiner ärztlichen Kunst. Heute sprechen wir vom Mediziner, der leitliniengerecht und evidenzbasiert behandelt. Zukünftig haben wir den Krankheitsingenieur (Bachelorarzt), den Organklempner. Ursache ist auch ein medizinisch längst überholtes Weltbild. Wir bewegen uns in der veralteten, 400 Jahre gewachsenen, viele menschliche Phänomene nicht erklärenden newtonschen Welt, in der wir glauben, Leiden, Krankheit, Patientenwillen durch Messen, Wiegen, Leitlinien und Studien erfassen, katalogisieren und reparieren zu können. Aber die Medizin ist keine Natur,- sondern eine Erfahrungswissenschaft. Es gibt mehr als das dokumentierbare, messbare biochemische Regulat. Der kranke Mensch will als Patient anders wahrgenommen, will nicht nach Normwerten repariert werden. Und weil er dies in der jetzt gelebten Schulmedizin nicht

wiederfindet geht er zum Osteopathen, Heilpraktiker oder Esoteriker. Nimmt man sich ein Stück zurück, merkt man die Absurdität unseres medizinischen Ansatzes, indem wir Psyche, Seele, Körper fein säuberlich trennen, immer mehr Spezialistentum schaffen, ohne Nachweis wirklichen Nutzens. Wenn wir aber unser ärztliches Dasein in der Unverzichtbarkeit und Unvergleichbarkeit für die Gesellschaft und für den Patienten erhalten wollen, müssen wir uns wieder darauf besinnen, dass wir mehr sind als nur die Verwalter von laborwertdefinierten, bildgebenden Darstellungen und anderen normwertindizierten Erkrankungen, dass im Mittelpunkt das Wollen des Patienten sowie die strenge Indikationsstellung und nicht das theoretisch Machbare stehen darf. Der Arzt muss wieder heilen und nicht nur reparieren. Dies lässt sich nur durch Empathie erreichen. Dazu bedarf es Zeit, auch entsprechender Mittel und Bewusstsein für das schamanenhaft/priesterliche Wirken des Arztes. Der Arzt ist nicht Handlanger von Industrie oder merkantil orientierten Fachgesellschaften.

Ich denke, dass wir mit der „Entdichtung“ ärztlicher Tätigkeit eine bessere und kostengünstigere Medizin betreiben könnten. Wir würden weniger überweisen und einweisen und weniger Medikamente verordnen. Aber um diese „Entdichtung“ zu erreichen, bedarf es grundlegender Korrekturen in den Abrechnungssystemen. Aus meiner Sicht müssen Landesärztekammer, Mandatsträger und der Ärztetag deshalb weiterhin gegen die überzogene Ökonomisierung in der Medizin Stellung beziehen. Sie haben die Aufgabe, im größtmöglichen Konsens innerärztlicher Interessen mit größtem Gewinn für die Allgemeinheit die Zukunft zu gestalten. Doch auch der Patient muss an seiner Partizipation des Systems direkt beteiligt werden. Solidarität heißt: Hilfe für den anderen in der Not und nicht Nivellierung aller Unterschiede und Generalhaftung Aller für bewusstes individuelles Fehlverhalten. Stefan Zweig beschrieb vor 100 Jahren das gleiche ärztliche Dilemma. Wir sind nicht einen Schritt weiter! Wir sollten ihn endlich gehen!

Dr. med. Thomas Lipp
Mandatsträger und Delegierter zum
Deutschen Ärztetag