
Das Verhältnis von Arzt und Patient in Krankenhäusern aus der Sicht eines öffentlichen Krankenhausträgers

Detlef Klimpe

Dem Arzt-Patient-Verhältnis wohnen viele Facetten inne. Mir fällt es nun zu, auf die weniger attraktive Facette der organisatorisch-ökonomischen Möglichkeiten einzugehen und auch die Zwänge zu beleuchten, denen sich ein öffentlicher Träger dabei beugen muss.

Die Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus ist Krisenmanagement pur. Der Arzt ist der Krisenmanager, der Patient ist der Mensch, dessen Krise zu bewältigen ist.

Vor zehn Jahren musste ich innerhalb von 20 Monaten zwei Folgen von Großschadensereignissen im Krankenhaus managen. Dies war Anlass, mich intensiv mit den Themen „Krise“ und „Krisenmanagement“ zu beschäftigen.

Es wuchs die Erkenntnis, dass die „Krise nach der Krise“ meist schadensträchtiger ist als das eigentliche Schadensereignis. Was dabei alles falsch gemacht werden kann, war bei der Havarie des Öltankers „Prestige“ gut zu beobachten und wird auch ganz aktuell bei den Folgen des Hurrikans „Katrina“ offenbar.

Welche Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung ist denn nun dem Krankenhausmanagement zugewiesen?

Das Management ist an der Entstehung der Krise, dem Leiden des Patienten, nicht beteiligt, es behandelt dieses Leiden auch nicht selbst.

Wir leisten unseren Beitrag in der Phase der „Krise nach der Krise“, hier fällt uns die Aufgabe zu, das ohne Zweifel

vorhandene Risiko, das jede Krankenhausbehandlung mit sich bringt, durch geeignete Vorgaben zu minimieren.

Unter den von außen vorgegebenen Rahmenbedingungen sind interne Voraussetzungen zu schaffen, die dem Patienten einen guten Behandlungserfolg sichern und dem Arzt hierfür gute Behandlungsmöglichkeiten bieten.

Außeneinflüsse und Rahmenbedingungen

Das Krankenhauswesen befindet sich im größten Umbruch aller Zeiten. Das DRG-Entgeltsystem ist gerade scharf gestellt, da werden schon weitere politische Programme aufgelegt, die zusätzlich auf die inneren Strukturen der Krankenhäuser wirken.

Zu nennen sind hier die Disease-Management-Programme (DMP), die stationersetzenden Behandlungen (Schlagwort: ambulant vor stationär) und die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Alle diese Programme zielen darauf ab, die Aufwendungen für Krankenhausleistungen zu reduzieren. Diese Außeneinflüsse erreichen ein solches Ausmaß, dass sie auch das Arzt-Patient-Verhältnis im Krankenhaus verändern werden.

Die Umsetzung der politischen Vorgaben ist dem Krankenhausträger vorbehalten, der damit für die internen Veränderungsprozesse den Unmut seiner Ärzte und Patienten auf sich zieht. Ein öffentlicher Träger wird hier mehr wahrgenommen als ein kirchlicher oder privater Träger, weil er stärker mit dem Staat in Zusammenhang gebracht wird.

Politisch sind die eingeleiteten Veränderungen nur deshalb zu verantworten, weil ein Überhang an Krankenhausbetten besteht, der durch den Wettbewerb abgebaut werden soll.

Die Patienten nehmen den Wettbewerb durchaus wahr. Die Gesellschaft ist mobiler geworden. Für ein gutes Angebot fährt man mit dem Auto zum Verbrauchermarkt und

für gute medizinische Leistungen nimmt der Patient auch ein weiter gelegenes Krankenhaus in Anspruch.

Wir trauern alle dem Tante-Emma-Laden nach, obwohl wir da nicht mehr einkaufen würden, weil uns das Angebot nicht mehr ausreicht.

Ähnliches stellen wir bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen fest. Der Patient bevorzugt ein Haus mit großem Angebot, weil er zu Recht damit eine höhere Fachkompetenz verbindet.

Unsere Aufgabe als öffentlicher Krankenhausträger ist es nun, den Ansprüchen der Patienten gerecht zu werden und die Behandlungsabläufe so zu organisieren, dass der Krankenhausträger kein Geld zuschießen muss.

Um auf die vorhandenen und noch zu erwartenden Veränderungen reagieren zu können, müssen wir uns von den über mehr als ein Jahrhundert gewachsenen starren Betriebsstrukturen verabschieden und ein flexibles Betriebskonzept entwickeln. Die Flexibilität muss sich auf alle Bereiche des Krankenhauses beziehen.

Als „Interdisziplinäre Medizinische Schwerpunkte“ kommen zahlreiche organisatorische Kooperationen in Betracht, in die sich die verschiedenen Fachkliniken einbringen können und in denen sie über ihre besondere ärztliche Kompetenz vertreten sind.

Bei jeder Neukonzeption stellen die über lange Zeiträume gewachsenen Kulturen ein nicht zu unterschätzendes Hindernis dar. Dies gilt für Fusionen gleichermaßen wie für betriebsinterne Umstrukturierungen, wenn in interne Einheiten wie Kliniken und Verwaltungsbereiche eingegriffen wird.

Es ist von einem schmerzlichen Prozess des Kulturwandels auszugehen, der sich über einen gewissen Zeitraum hinziehen wird. So müssen Kliniken einen Teil ihrer alten

IMS/DRG-Betriebskonzept

- **Medizinisches Konzept**
IMS = Interdisziplinäre Medizinische Schwerpunkte
- **Klinikstrukturen**
 - kleine Fachkliniken
 - große übergreifende Funktionsbereiche (Module)
- **Verwaltungsstrukturen**
 - Managementbereiche (Geschäftsbereiche)
 - Centerorganisation für leistungserbringende Verwaltungsbereiche
- **Interne Leistungsverrechnung**
folgt den Grundsätzen
 - planen
 - buchen
 - bezahlen

IMS/DRG-Betriebskonzept - Interdisziplinäre Medizinische Schwerpunkte (IMS) -



Kultur und Identität aufgeben, für die neu geschaffenen Einheiten wird sich eine eigenständige Kultur/Identität entwickeln und für das gesamte Krankenhaus ergibt sich damit insgesamt eine neue Krankenhaus-Kultur/-Identität.



Zunächst muss Klarheit über die Ziele bestehen. Angepasst auf die Ziele müssen die Veränderungen folgen. Wir haben uns als Ziele für die

- Patientenzufriedenheit,
 - Personalzufriedenheit und
 - Wirtschaftlichkeit
- entschieden.

In Anlehnung an die Wirtschaftspolitik gehen wir von einem „magischen Dreieck“ aus. Die „Magie“ eines solchen Zielsystems ist darin zu sehen, dass die einzelnen Ziele gleichzeitig verwirklicht werden sollen. Dies ist allerdings umso schwerer, je besser eines dieser Ziele tatsächlich verwirklicht wird. Demzufolge sollte erst gar

nicht versucht werden, ein Einzelziel zu Lasten der anderen Ziele vollständig zu erreichen, sondern man sollte sich um eine Optimierung des Zielsystems bemühen.



Die Ziele *Patientenzufriedenheit* und *Wirtschaftlichkeit* sind noch einfach zu definieren. Schwierig wird es bei der Definition der *Personalfriedenheit* im Krankenhaus. Bedingt durch die gewachsenen Säulen

- ärztlicher Dienst,
- Pflegedienst,
- Verwaltungsdienst,

die, wie schon ausgeführt, jeweils eine eigenständige Kultur/Identität und Organisationsstruktur entwickelt haben, ist es nahezu unmöglich, eine Gesamtfriedenheit des Personals zu definieren.

**IMS-/DRG-Betriebskonzept
- Personalzufriedenheit / Personalorientierung -**

Säule	Beruf	Orientierung	Basis
Ärztlicher Dienst	Arzt	krankheitsbezogen	Patient kommt zum Arzt (Untersuchungsplatz)
Pflegedienst	Krankenschwester	patientenbezogen	Krankenschwester ist beim / geht zum Patienten
Verwaltungsdienst	Verw.-Angestellter Handwerker Arbeiter	logistikbezogen	möglichst viele Leistungen in vorgegebener Zeiteinheit erledigen

© IMS/DRG-Betriebskonzept GmbH,
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen



Stand: September 2005

Abbildung 5

Eine Optimierung des „magischen Dreiecks“ wird sich in puncto Personalzufriedenheit am ehesten über eine Orientierung am Pflegedienst erzielen lassen. Dieses Ziel darf jedoch nicht so weit optimiert werden, dass am Ende der Entwicklung ein „Schwesternkrankenhaus“ steht.


Die Ärzte sehen eine an der Pflege orientierte Organisation als Abwertung ihrer ärztlichen Tätigkeit und halten es für angemessen, eine Betriebsstruktur im Krankenhaus den ärztlichen Tätigkeiten anzupassen.

Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der Behandlungsbedarf leichter über den Pflegeaufwand definieren lässt. Der Pflegeaufwand wird von den Ärzten festgelegt und von der Pflege organisiert. Damit stehen folgende Aspekte im Einklang:

- Die Identität eines Krankenhauses wird am nachhaltigsten von den Klinikdirektoren und der ärztlichen Mannschaft geprägt, die die Direktoren für ihr Fach begeistern können.
- Die Ärzte sind bei den Patienten und in der Bevölkerung die angesehenste und wichtigste Berufsgruppe.

IMS-/DRG-Betriebskonzept
- Pflegeorientierung / Patientenorientierung -

- auf die Pflege ausgerichtete Klinikstruktur ist patientenorientiert und gewährleistet Patientenzufriedenheit
- zu beachtende Grundsätze
 - für Notfälle eine eigene Organisation entwickeln
 - planbare Behandlungen nicht durch Notfälle in eine Warteschleife drängen
 - planbare Behandlungen in Behandlungsschritten planen
 - Patienten mit gleicher Behandlungs- und Pflegeintensität in einer Behandlungseinheit (mit gesteuerter Durchlässigkeit) versorgen
 - Ärztlicher Dienst legt für jeweilige Behandlungen verbindliche Behandlungsabläufe fest (Schnittstellenverantwortung!)
 - Qualitätssicherung / Leistungs- und Ressourcenplanung fest in den Behandlungsablauf integrieren

© IMS/DRG-Betriebskonzept GmbH, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen  Stand: September 2005 **Abbildung 6**

- Der Gesetzgeber regelt in den Satzungen für die Universitätskliniken des Landes NRW, „dass der Klinikdirektor für die Behandlung der Patienten seiner Klinik und für die der Krankenversorgung dienenden Untersuchungen und sonstigen Dienstleistungen seiner Klinik die ärztliche und fachliche Verantwortung unbeschadet der von ihm mit diesen Aufgaben der Krankenversorgung betrauten Bediensteten trägt“.

Der Klinikdirektor ist auf dem Gebiet der Krankenversorgung allen Mitarbeitern seiner Klinik gegenüber weisungsbefugt. Der Klinikdirektor ist im Interesse der Gewährleistung einer bestmöglichen Versorgung der Patienten verpflichtet, mit den anderen Kliniken zusammenzuarbeiten.

Defizite bei ärztlichen Leistungen können weder durch den Pflegedienst noch durch die Verwaltung ausgeglichen werden.

Eine wichtige Aufgabe des Arztes ist die Planung und Organisation der Behandlungsprozesse. Hierbei ist er durchaus mit dem Ingenieur zu vergleichen, der im Werk die Produktion steuert.

Veränderungen im Arzt-Patient-Verhältnis

Es ist die Frage zu beantworten, ob sich das Arzt-Patient-Verhältnis im heutigen Krankenhaussystem verändert hat und sich in der künftigen Entwicklung noch weiter verändern wird.

Zunächst ist festzuhalten, dass das Arzt-Patient-Verhältnis im Krankenhaus ein anderes ist als beim Hausarzt.

Die Hausarzt-Patient-Beziehung wächst über einen langen Zeitraum und sie ist in der ärztlichen Versorgung sehr umfassend.

Das Arzt-Patient-Verhältnis im Krankenhaus ist heute durch eine starke Arbeitsteilung sowohl auf horizontaler Ebene – mehrere ärztliche Spezialisten sind am Behandlungsprozess beteiligt – als auch auf vertikaler Ebene – der Ausführung ärztlicher Anweisungen durch den Pflegedienst, den medizintechnischen Dienst und den Funktionsdienst – gekennzeichnet.

Durch die ständig sinkende Verweildauer und den Trend zur ambulanten Behandlung verringert sich der Zeitraum für den Aufbau einer persönlichen Arzt-Patient-Beziehung.

Die Arzt-Patient-Beziehung wird immer „technischer“, auf die Krankheit bezogen; die „ganzheitliche“ Betrachtungsweise leidet darunter. Dieser Trend wird noch durch die wachsenden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten verstärkt.

Andererseits ist der Patient heute über Internet und die Medien besser informiert und damit auch kritischer seinen behandelnden Ärzten gegenüber.

Das Rollenverständnis von Arzt und Patient

Hat sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus verändert?

Für den Patienten ist der Arzt unverändert die „Autorität“ im Krankenhaus geblieben. Ihre Hoffnungen und Wünsche für eine baldige Genesung legen die Patienten weiterhin in die Hände der behandelnden Ärzte. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und die gestiegenen Informationsmöglichkeiten sind ihre Erwartungen allerdings gestiegen.

Der Arzt nimmt die Herausforderung an, den durch den medizinischen Fortschritt beeinflussten hohen Erwartungshaltungen gerecht zu werden. Dabei ist zu bedenken, dass der Arzt nicht für das Leiden des Patienten, sondern für dessen Behandlung verantwortlich ist. Oft fällt es schwer, dem Patienten auch die Grenzen der ärztlichen Kunst aufzuzeigen.

Die zukünftige Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses

Durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, den Ärztemangel, den höheren Spezialisierungsgrad der Ärzte und nicht zuletzt durch den wirtschaftlichen Druck, dem die öffentlichen Krankenhausträger ausgesetzt sind, wird sich das Arzt-Patient-Verhältnis ändern.

- Es wird zu Schichtdienstregelungen kommen. Durch eine kürzere Anwesenheit des einzelnen Arztes wird der Patient von mehr Ärzten mit geringerer Präsenz versorgt werden. Damit entstehen zusätzliche Schnittstellen, die definiert und dokumentiert werden müssen.
- Die Spezialisierung wird weiter zunehmen und dazu führen, dass der Patient von mehr Ärzten als heute behandelt wird.

- Spezialisierung, Arbeitszeitgesetz, Qualitätssicherung, Dokumentation und Ärztemangel werden eine neue Definition der ärztlichen Tätigkeit erfordern.
- Es wird Ärzte geben, die sich auf die Planung, Organisation und Dokumentation der Behandlungsprozesse spezialisieren und dafür die ärztliche Verantwortung tragen. Im „modularen System“ ist diese Funktion bereits durch den „Aufnahmearzt“ berücksichtigt.
- Diese Ärzte werden den persönlichen Kontakt zum Patienten halten und ihn im Krankenhaus ärztlich begleiten.
- Daneben wird es Ärzte geben, die ausschließlich hochspezialisierte Diagnostik betreiben und hochspezialisierte Untersuchungen und Operationen ausführen.
- Für einfache Untersuchungen und Operationen werden in der Zukunft nicht mehr genügend Ärzte den Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Diese Tätigkeiten werden dann zum Teil von gut ausgebildeten Fachkräften aus dem Pflegedienst unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle ausgeführt. Dies bedeutet allerdings, dass hierfür erst die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden müssen.

Fazit

Ohne Zweifel haben die Patienten, besonders die Patienten in einem Universitätsklinikum, hohe und berechtigte Ansprüche an die ärztliche Betreuungsqualität. In der letzten großen Patientenbefragung in unserem Haus, an der sich Ende 2004 über 2.100 Kranke beteiligt haben, wurde bei der Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken aber gerade an der *bisherigen* Struktur überdurchschnittlich viel Kritik geübt.

Auch diesem Problem abzuhelfen ist eins der Ziele des neuen Betriebskonzepts. Je besser die Behandlungspla-

nung – zeitlich wie inhaltlich – ist und je besser Prozessqualität dort standardisiert wird, wo dies nutzbringend ist, und dies ist sicher bei mindestens 70 Prozent aller Behandlungen der Fall, desto sicherer werden sich unsere Patienten im Behandlungsverlauf fühlen und desto zufriedener werden sie uns nach erfolgreicher Behandlung verlassen. Mir ist klar, dass wir noch ein gutes Stück Weg gehen müssen, aber ich bin überzeugt, es ist im Interesse der Standort-sicherung und der Patientenzufriedenheit unerlässlich und lohnenswert.