

„Das Selbstverständnis der Ärzte muss sich ändern“

Rhön-Vorstandschef Wolfgang Pföhler über den Klinikarzt der Zukunft, Rationalisierung und Hierarchien im Krankenhaus



TIM WEGNER

WOLFGANG PFÖHLER steht seit Juli 2005 dem Vorstand der Rhön-Klinikum AG vor. Mit 14 620 Betten in 45 Häusern ist der Konzern der drittgrößte private Krankenhausbetreiber in Deutschland. Sogar das Uni-Klinikum Gießen/Marburg gehört mit zum Verbund. Pföhler, 53, war 16 Jahre lang Bürgermeister für Jugend, Soziales und Gesundheit in Mannheim. Als Geschäftsführer brachte der studierte Betriebswirt später das dortige Uni-Klinikum durch Rationalisierungen in die Gewinnzone.

SPIEGEL: Während des Ärztestreiks im vergangenen Jahr sagte Rhön-Gründer Eugen Münch: „Wenn Gerhart Hauptmann heute noch leben würde, würde er wahrscheinlich nicht ‚Die Weber‘, sondern ‚Die Ärzte‘ schreiben.“ Denn die reagierten auf die Industrialisierung des Gesundheitssystems so hilflos wie die Weber im 19. Jahrhundert auf die Textilindustrie. Verschrecken solche Parolen nicht die Mediziner?

Pföhler: Es macht doch keinen Sinn zu bestreiten, dass sich der Arztberuf wandelt ...

SPIEGEL: Und zwar wie?

Pföhler: Das haben wir gerade ausformuliert. Unser Konzept ist entstanden aus der konsequenten Fortführung von Rationalisierungsmaßnahmen, wie wir sie in anderen Bereichen

des Krankenhauses bereits verwirklicht haben. „Rationalisierung“ stammt dabei ab von „ratio“, Vernunft, und hat nichts mit Billigmedizin zu tun. Wir übertragen das in der industriellen Fertigung bewährte „Flussprinzip“ auf die Organisation von Krankenhäusern. Das heißt: Wir schaffen kurze Wege, beseitigen Engpässe, sorgen für logistisch geordnete, verknüpfte Abläufe. Am Uniklinikum in Gießen etwa werden wir die derzeitigen 100 oder 108 Gebäude – so genau weiß das keiner – durch einen einzigen Neubau ersetzen.

SPIEGEL: Und Ihr Flussprinzip soll künftig auch die Arbeit der Ärzte regieren?

Pföhler: Ganz genau. Dazu gehört zum Beispiel, ihre Arbeit, wo möglich, von allen nichtärztlichen Tätigkeiten zu befreien. Warum sollte die aufwendige Dokumentationsarbeit nicht von eigens ausgebildeten Assistenten gemacht werden? Auch in der Intensivmedizin kann man diskutieren, ob langfristig bestimmte ärztliche Aufgaben durch speziell ausgebildete Assistenten übernommen werden könnten,

so wie es etwa im angloamerikanischen Raum schon üblich ist.

SPIEGEL: Was stört Sie an der Art, wie die Ärzte heute arbeiten?

Pföhler: Das Problem ist oft, dass im Krankenhaus ein tradiertes, eher handwerkliches Arztverständnis vorherrscht: Im Mittelpunkt steht der Arzt und die „Werkstatt“, in der er arbeitet – seine Station oder Abteilung. Aber weil die Arbeit immer nur innerhalb einer dieser Werkstätten optimiert wird, nie jedoch in ihrer Gesamtheit, stockt der Patientendurchsatz an zahlreichen Stellen. Es kommt zu Verzögerungen und Zeitverlusten, die die Qualität verschlechtern und viel Geld kosten ...

SPIEGEL: ... besonders seit Einführung der Fallpauschalen.

Pföhler: Ja, denn seither ist es besonders wichtig, Patienten zügig zu behandeln und zu entlassen. Schließlich bekommt man nicht mehr jeden Aufenthaltstag vergütet, sondern für jeden „Fall“ eine Pauschale. Hinzu kommt aber, dass ein Krankenhausaufenthalt immer komplexer wird. Kaum ein Patient liegt mehr vier Wochen lang auf ein und derselben Station. Es gibt immer mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit. Hinzu kommt, dass wir bei Rhön vier verschiedene Pflegestufen eingeführt haben, die ein Patient im Laufe seines Klinikaufenthalts durchlaufen kann – von der Intensivstation über zwei Zwischenstufen bis hin zur „low care“-Station für mobile und wenig pflegeintensive Patienten. Der Arzt, der in seiner Abteilung weitgehend isoliert vor sich hin arbeitet, passt nicht in ein solches modernes Krankenhaus.

SPIEGEL: Und wie arbeitet Ihrer Vorstellung nach der Mediziner der Zukunft?

Pföhler: Unser Ziel ist es, alles um den Patienten herum zu organisieren. Der Patient wird, wenn er ins Krankenhaus kommt, von einem Arzt aufgenommen, der ihn dann als „personenbezogener Berater“ durch alle Abteilungen und Pflegestufen hindurch als Ansprechpartner begleitet.

SPIEGEL: Aber die Behandlung selbst macht er nicht?

Pföhler: Nein, das machen Spezialisten. Der Berater-Arzt trifft jedoch wichtige Entscheidungen über Diagnostik und Therapie, die er auch gegen andere Ärzte im Krankenhaus durchsetzen kann. Wichtig ist deshalb, dass er Erfahrung mitbringt. In vielen Krankenhäusern wird der Patient ja von einem noch unerfahrenen Arzt aufgenommen, der viele Entscheidungen gar nicht selbst treffen darf. Das ist eine große Schwachstelle. Denn so wird vieles erst in die Wege geleitet, wenn im Laufe des Nachmittags der Oberarzt auf der Station vorbeischaud – oder gar erst im Verlauf der Woche bei der Chefvisite. Das



HERZOPERATION

Damit sich Spezialisten wie etwa Herzchirurgen mehr als bisher auf ihre Arbeit konzentrieren können, will Rhön-Vorstandschef Pföhler einen ärztlichen Berater in den Kliniken einsetzen. Der soll Patienten durch das Krankenhaus lotsen.

führt nicht nur zu Verzögerungen, sondern drückt auch auf die Qualität.

SPIEGEL: Sie wollen also eine Art Hausarzt im Krankenhaus einführen?

Pföhler: So etwas Ähnliches, ja. In kleineren Krankenhäusern zumindest könnte es sich bei ihm durchaus um einen breit ausgebildeten und erfahrenen Allgemeinarzt handeln. Auch eine enge Verknüpfung mit dem ambulanten Sektor ist denkbar: Derselbe Arzt könnte Patienten zunächst in einem der Klinik angeschlossenen „Medizinischen Versorgungszentrum“ ambulant behandeln – und dann, falls nötig, während eines stationären Aufenthalts als Lotse durch die Klinik begleiten. Ich bin überzeugt davon, dass die Überwindung der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eine der derzeit wichtigsten Entwicklungen im Gesundheitssystem ist.

SPIEGEL: Und der Spezialist ...

Pföhler: ... kann sich dann auf seine Spezialität, etwa auf Herzkatheteruntersuchungen oder auf bestimmte Operationen, konzentrieren. Das steigert ebenfalls die Qualität der Versorgung. Wie stark die Spezialisierung ausfällt, hängt von Art und Größe der Klinik ab.

SPIEGEL: Neben dem Lotsen schlagen Sie noch weitere Arzttypen vor.

Pföhler: Ja. Es soll zum Beispiel einen „Systembetreuer für die Gesamtprozessoptimierung“ geben, der von der Bettenbelegung und OP-Ausnutzung bis hin zur Sicherstellung des permanenten Zugriffs auf die elektronische Patientenakte die gesamte Prozesskette im Blick hat. Wieder andere sollen zuständig für den Kontakt zu anderen Rhön-Kliniken sein und dort regelmäßig Zweitmeinungen einholen.

SPIEGEL: Da wird sich der Chefarzt aber bedanken, wenn dauernd andere nach Zweitmeinungen gefragt werden.

Pföhler: Das mag gegen die Gepflogenheiten verstoßen. Aber es führt dazu, dass die im Gesamtkonzern vorhandene Kompetenz optimal genutzt wird.

SPIEGEL: Viele Ärzte fühlen sich als Künstler, als Halbgötter in Weiß. Und Sie erklären sie nun zu Dienstleistern oder zu einer Art Fertigungsingenieur. Müssen sie das nicht als Demütigung empfinden?

Pföhler: Wir wollen doch nicht die Bedeutung der Ärzte schmälern. Ich habe nichts gegen Ärzte, im Gegenteil: Sie sind die Träger der Kernkompetenz eines jeden Krankenhauses. Aber das ärztliche Selbstverständnis muss sich ändern, sich weiterentwickeln – im Sinne des Patienten und der ganzen Klinik. Ein Krankenhaus ist ein Unternehmen, ein

„Ein Krankenhaus ist ein komplex organisierter Großbetrieb, der in einem schwierigen Umfeld bestehen muss.“

„Die Ärztestreiks haben ans Licht gebracht, dass vielen die Perspektive im Krankenhaus fehlt.“

Die Zahl der Krankenhäuser schrumpft

Ein deutlicher Wandel hat sich in den vergangenen Jahrzehnten bei den deutschen Krankenhäusern vollzogen. Gab es 1991 noch insgesamt 2411 Kliniken, so waren es 2005 nur noch 2139. Zugenommen hat die Zahl der Privatkliniken – von 358 im Jahr 1991 auf 570 im Jahr 2005. Wie grundlegend die Veränderungen sind, zeigt ein Blick in das Jahr 1960. Damals gab es allein in der alten Bundesrepublik insgesamt 3604 Krankenhäuser, darunter 912 private.

komplex organisierter Großbetrieb, der in einem schwierigen Markt bestehen muss. Wenn wir nicht konsequent rationalisieren, wird es zwangsläufig zur Rationierung der medizinischen Leistungen kommen. Da muss man doch die Frage stellen dürfen: Wie können wir zu einer Optimierung der Abläufe kommen?

SPIEGEL: Wie endgültig ist denn Ihr Bild vom Arzt der Zukunft? Diskutieren Sie das noch mit den bei Ihnen beschäftigten Medizinerinnen?

Pföhler: Wir wollen die Ärzte nicht zwingen. Wir werden sie nach und nach überzeugen. Aber das muss sein. Denn wir stehen am Anfang eines Prozesses, zu dem es keine Alternative gibt – übrigens auch nicht in kommunalen oder kirchlichen Häusern, wenn sie überleben wollen. Trotzdem sind noch viele Fragen offen. Derzeit erproben wir zum Beispiel das Modell des Beraterarztes lediglich in der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden. Dort funktioniert es gut – aber es handelt sich um ein Elite-Krankenhaus nach dem Vorbild der amerikanischen Mayo Clinic in Rochester. Wie sich das Modell an Krankenhäusern anderer Versorgungsstufen realisieren lässt, muss sich noch zeigen.

SPIEGEL: Hat Ihr neues Berufsbild auch Vorteile für die Ärzte?

Pföhler: Unbedingt. Es bietet zum Beispiel ganz neue Karrierechancen. Die Ärztestreiks haben ans Licht gebracht, dass vielen die Perspektive im Krankenhaus fehlt. Bei uns aber könnte ein Oberarzt zum Beispiel nach und nach die Zweitmeinungsfunktion für immer mehr Teilgebiete übernehmen. Oder, wenn er Organisationstalent hat, in die Gesamtprozessoptimierung hineinwachsen. So lässt sich die Verantwortung und damit auch das Gehalt steigern, ohne dass man gleich Chefarzt werden muss. Die Assistenzärzte wiederum arbeiten den Oberärzten zu.

SPIEGEL: Und der Chefarzt? Normalerweise verbringt der seine Zeit mit der Behandlung von Privatpatienten.

Pföhler: Das darf nicht sein, und bei uns ist das auch nicht so: Kassenpatienten machen über 90 Prozent unserer Patienten aus, sie sind unsere Hauptzielgruppe. In allen neuen Chefarztverträgen schwächen wir den Effekt der Privatliquidation ab. Sie spielt im Gegensatz zur Gewinnbeteiligung eine zunehmend untergeordnete Rolle. Nur so ist gewährleistet, dass der Chefarzt nicht seine eigenen, sondern die Ziele des Krankenhauses verfolgt.

SPIEGEL: Führt die Einführung weiterer Arzttypen nicht zu einer noch komplexeren Hierarchie?

Pföhler: Auf den ersten Blick mag das so scheinen. Tatsächlich jedoch wird die Hierarchie flacher. Es entsteht ein flexibles System, in dem viel konstruktiver miteinander kommuniziert werden muss – das verbessert das Arbeitsklima und steigert vermutlich zugleich die Qualität der ärztlichen Arbeit. Der Chefarzt ist dabei weiterhin auf jeden Fall nötig.

SPIEGEL: Welche Rolle spielt für Sie das Uni-Klinikum Gießen? Wollen Sie dort den Medizinstudenten Ihr neues ärztliches Berufsbild gleich im Studium vermitteln?

Pföhler: Das ist überlegenswert, und wir werden mit Vertretern der medizinischen Fachbereiche darüber sprechen. Möglicherweise könnten sich die Studenten sogar schon vor Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit auf einen der Arzttypen spezialisieren. Fachwissen erwerben die Mediziner im Studium zuhause – aber Prozessorganisation kommt bislang in keinem Semester vor. Das muss sich dringend ändern.

INTERVIEW: VERONIKA HACKENBROCH

AUS SPIEGEL 41/2006