PERSONALIA 01.06.2010

Der Neue stellt sich vor



1947 wurde ich – eine Mischung aus Chirurg und Mathematikerin – in Erlangen geboren. In Amberg in der Oberpfalz und in Rothenburg ob der Tauber bin ich aufgewachsen. Frühzeitig geprägt durch das Vorbild meines Vaters, galt mein besonderes Interesse der Medizin, aber auch der Biochemie. Nach dem Physikum in Würzburg folgte ein Studienaufenthalt im Institut für Eiweiß und Leder in München. Ernst Helmreich eröffnete mir dann in Würzburg die Möglichkeit, im Rahmen eines DFG-Projektes, gesichert durch eine gute Finanzierung, parallel zum Medizinstudium Biochemie zu studieren und biochemisch zu arbeiten.

Nach Staatsexamen und Bundeswehrzeit trat ich eine Assistentenstelle bei Prof. Demmling in Erlangen an, der damals sicher einer der bedeutendsten Gastroenterologen weltweit war. Nach kurzer Zeit wurde mir jedoch klar, dass ich beim „Leisten" meiner Väter, der Chirurgie, doch besser aufgehoben sein würde. Ich wechselte daher zu Prof. Kern nach Würzburg, der mich in allen Belangen intensiv förderte, sodass ich in Patientenversorgung, Forschung und Lehre eine profunde Ausbildung erhielt. So konnte ich mich kurz nach der Facharztanerkennung habilitieren, durfte drei Teilgebietsbezeichnungen erwerben und wurde schließlich zum leitenden Oberarzt ernannt. 1990 erfolgte dann der Ruf an die Universitätsklinik in Lübeck.

Immer wieder wurde ich mit organisatorischen Aufgaben betraut. So war ich beratender Arzt des Heeresterritorialkommandos Süd. Ich durfte die chirurgische Arbeitsgemeinschaft Proktologie, die zur Arbeitsgemeinschaft Koloproktologie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde, acht Jahre lang führen. Ich war Sprecher des Konventes der Lehrstuhlinhaber für Viszeralchirurgie, Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie, die sich zur Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie hin entwickelte, und deren Präsident im folgenden Jahr. Die Probleme der Kliniken kenne ich aus eigener Anschauung, aber auch durch die Aufgabe als Sprecher der Zentren in Lübeck, Aufsichtsrats- und Universitätsbeiratsmitglied.

Als Kurator der Fraunhofer Gesellschaft und Mitglied in der Leopoldina habe ich gelernt, wie in Technik, Naturwissenschaft und Medizin Zukunft übergreifend gedacht wird.

In den letzten beiden Jahren hatte ich das große Glück, dass mich mein Mentor und Freund Michael Polonius in die Aufgaben des BDC einführte. Viele Entwicklungslinien des BDC, stets orientiert am Kernauftrag berufspolitischer Vertretung, Beratung und Unterstützung der Mitglieder, Weiter- und Fortbildung, sind durch den Präsidenten, aber auch durch den Vorstand und das Präsidium vorgezeichnet. Dies gilt es weiterzuführen. Dabei sehen wir wahrscheinlich schwierigeren Zeiten entgegen. Der stille Staatsstreich der Banken hat vieles verändert. Alle Organisationen werden auf absehbare Zeit mit deutlich weniger Kapital auskommen müssen. Dies wird uns zwingen, über unsere Kernaufgaben neu nachzudenken. Wir müssen gemeinsame Ziele definieren und wir werden diese Ziele wohl nur dann erreichen, wenn die Kernkompetenz der Berufsverbände und der wissenschaftlichen Gesellschaften so zusammengeführt werden, dass sie sich sinnvoll ergänzen. So könnten Doppel- und Vielfachstrukturen vermieden werden, die sich um ähnliche oder gar gleiche Aufgaben bemühen. Freiwerdendes Kapital könnte für Aus- und Weiterbildung der nachrückenden Chirurgengenerationen verwandt werden. Dies wird nicht unmittelbar gelingen. Die bestehende Vertrauensbasis muss erweitert, gemeinsame Zielprojektionen müssen definiert werden. Kompromisse von allen Seiten sind nötig, um gemeinsamen Zielen näher zu kommen.

Wir werden uns noch mehr als bislang schon um das berufliche Umfeld der Chirurgie kümmern müssen. Immer mehr Ökonomie, immer mehr medizinische Leistung und mehr Bürokratie mit weniger Leistungsträgern, geknebelt durch ein rigides Arbeitszeitgesetz, gefordert durch immer ältere und multimorbide Patienten macht unseren Beruf schwieriger und bringt die sogenannte Work-Life-Balance aus dem Gleichgewicht – ganz besonders dann, wenn Kliniken ganz selbstverständlich auf unbezahlte Mehrarbeit zum Wohle des Patienten zählen.

Unsere Aufmerksamkeit wird aufs Höchste gefordert, wenn Hedge-Fonds ihr Interesse am Medizinmarkt anmelden. Fonds, die mit schier unbegrenzter Kapitalmacht agieren und Renditen jenseits der 10-Prozent-Marke erwarten. Mit der Standardisierung von Prozessen – qualitätsbezogen als „standard operation procedures" bezeichnet – kann man sich anfreunden. Ein Problem entsteht für die Chirurgie, wenn unter dem Deckmantel „best practice Prozessmodell" die quasi industrielle Prozess- und Ressourcensteuerung mit bedarfsgerechter Nutzung von Technologien eingeführt wird, wobei offen bleibt, wessen Bedarf damit gemeint sein mag. Die Industrialisierung der chirurgischen Disziplinen nach dem Fließbandmodell muss auf Masse und Ergebnis abstellen, um zu lohnen. Dies bedeutet für den Chirurgen,

vielleicht aber auch für ganze Kliniken Fokussierung auf wenige Prozeduren – Kernkompetenzen genannt. Hohe Sicherheit und hohes Tempo sind gefordert. Prozessdurchlaufzeiten in allen Bereichen der Kliniken werden zum Glaubensbekenntnis, Personalbindungszeiten pro Fall zum Credo.

Humanität, ärztliches Handeln und generalistisches Wissen verkommen so leicht zur Sekundärtugend. Das Affix „sozial" geht der Marktwirtschaft verloren. Subsidiarität fixiert allzu leicht auf den Mehrwert. Es wird der untaugliche Versuch unternommen, Medizin – und speziell die Chirurgie – mit ihren teuren Operations- und Intensiveinheiten auf deren ökonomischen Erfolg zu reduzieren. Dabei bleiben alle wichtigen Fragen offen.

Ist das Medizinstudium zeitgemäß strukturiert? Brauchen wir ein Bachelor-/Mastersystem, das sich primär der medizinischen Biologie widmet, um jenen 40 Prozent der Ärzte, die nicht im ärztlichen Bereich tätig sein wollen, den Weg in Industrie, Naturwissenschaft, Beratungsfirmen etc. zu eröffnen? Ist unser Weiterbildungssystem zukunftsfest?

Wie können wir Weiterbildung in enger Absprache mit den Kammern organisieren, sodass wir schneller auf sich verändernde Wissens- und Umfeldbedingungen reagieren und Entscheidungen kurzfristig folgen können, die im Konsens der Fachgesellschaften getroffen wurden?
Wie müssen die Ergebnisse einer zukünftigen Versorgungsforschung in unsere Überlegungen eingehen? Sind unsere Krankenhausstrukturen angepasst? Wie viele Chirurgen welcher Fachdisziplin werden wir in Zukunft wo brauchen und wie viel Chirurgie ist sinnvoll?

Folgt man dem Leitgedanken von Meinhard Miegel, dass wir uns auf Wohlstand ohne Wachstum einstellen müssen, wird eine Vermehrung der Ressourcen in Einzelbereichen nur noch durch Allokation möglich sein. In einem sechsbändigen Werk, das Spitzenforscher der Leopoldina zur alternden Gesellschaft aufgelegt haben, steht zu lesen, dass wir unseren Wohlstand und unser Sozialsystem nur dann werden aufrecht erhalten können, wenn Frauen eine vollständige Ausbildung und Arbeitsbiographie durchlaufen. Wo aber sind die familiengerechten Dienstpläne und Arbeitsbedingungen in der Chirurgie – wo die Ganztagsbetreuung für Kinder zu erschwinglichen Bedingungen für junge Kolleginnen, die Familie und Beruf verbinden wollen? Wie sollen Nacht- und Schichtdienste familienverträglich organisiert werden? Wie gestaltet man Weiterbildung, die alle technischen Grundkenntnisse außerhalb des OPs vermitteln muss, ohne spezielle Finanzierung? Wie verhindert man, dass die Weiterzubildenden im medizin-industriellen Komplex zum primär hochspezialisierten ‚Lernling' degenerieren, der schon aus Zeitmangel eine persönliche Bindung zu leidenden Patienten nicht mehr aufbauen kann.

Wie soll die ambulante Versorgung der Bevölkerung organisiert werden? Wollen wir ein Medizinsystem sozialistischer Prägung mit dem Ambulanz- und Polikliniksarzt auf Lebenszeit ohne Chancen der Weiterentwicklung und des Aufstieges? Oder sollten wir nicht vielmehr nach Wegen sinnvoller Arbeitsteilung und entsprechender Honorierung zwischen Kliniken und Praxen suchen – eine Arbeitsteilung, die im Sinne der sozialen Marktwirtschaft Kooperation nach qualitätsgesicherten „standard operation procedures" vorsieht – Motivation und Arbeitsfreude auf allen Seiten schafft und ganz nebenbei den Wert des Lebenswerkes niedergelassener Kolleginnen und Kollegen erhält?
Glücklicherweise werden die Menschen immer älter. Sie bleiben immer länger gesund. Irgendwann aber werden viele polymorbide und bedürfen der menschlichen Fürsorge und Zuwendung.

In einem System des „Pay for Performance" haben sie keine Chance. Zentrenbildung, Qualitätssicherung, Effizienzsteigerung, Innovationsleistung und Investitionsmöglichkeit sind hohe Ziele, denen wir uns vernünftig annähern müssen. Gerade diese Erkenntnis aber zwingt uns, darüber zu diskutieren, was wir wie finanzieren wollen.

Wollen wir komplexe chirurgische Prozeduren noch erhalten, die einen begrenzten Einfluss auf die Lebenserwartung haben? Sind die sogenannten Quality adjusted life years die Zauberworte der Zukunft? Eines wird uns jedenfalls täglich vor Augen geführt, das Medizinsystem wird weitgehend ungeschützt vom demographischen Wandel erfasst und erschüttert und es ist ein Märchen, wenn man behauptet, Prozessoptimierung und Leistungssteigerung in den chirurgischen Fächern würden ausreichen, bei gleichbleibender Finanzierung, steigender Qualität und Komplexität der Eingriffe, Ausweitung der technischen Möglichkeiten in einer alternden Gesellschaft jedem zu jeder Zeit eine angemessene oder auch nur ausreichende Behandlung angedeihen zu lassen.

Mehr Fragen als Antworten, die uns in Zukunft beschäftigen werden. Sinnvolle Antworten werden wir nur dann erhalten, wenn wir sie in gemeinsamer Anstrengung im Sinne der Sache, die über den Personen stehen muss, zu beantworten versuchen.