

Thema:
**„Rationalisierte Versorgung in der Zukunft
– Das Neue Ärztliche Berufsbild“**

Vortrag:
Eugen Münch
Aufsichtsratsvorsitzender RHÖN-KLINIKUM AG
Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt/Saale

Termin:
24. November 2006 in Frankfurt / 12:30 Uhr bis ca.16:30 Uhr

Anlass:
**Symposium der RHÖN-KLINIKUM AG / „Das Neue Ärztliche
Berufsbild“**
Sheraton Congress Center, Airport Frankfurt

Anrede

1910 – die Oma und die Medizin

Gibt es jemanden unter den Zuhörern, der – z. B. wie ich – noch mit Menschen sprechen konnte, die 1910 – wie man so sagt – im besten Alter ihres Lebens waren? Und falls es jemanden gibt, der einen Menschen aus dieser Zeit kennt, hat er vielleicht zufällig das Verhältnis dieser Person zur damaligen Medizin in Erfahrung bringen können? Meine Großmutter war damals im besagten „besten Alter“ und hatte bereits 6 von später insgesamt 15 Kindern und ihr Verhältnis zur Medizin und zu Ärzten war so gut wie keines, obwohl sie sich die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung sicher hätte „leisten“ können, da die Familie Mühlen- und Sägewerksbesitzer waren, die auch noch mit einem kleinen Elektrizitätswerk drei Dörfer mit Strom versorgten und den Bauern gerade beibrachten, dass man mit Elektromotoren das händische Flegeldreschen ersetzen konnte.

Um es kurz zu machen: Die Oma hat alle Kinder ohne Arzt auf die Welt gebracht – und zum Sterben ging man auch nicht ins Krankenhaus, das tat man zu Hause. Das frühzeitige Einschalten der Medizin galt als Schwäche, bzw. man kam nicht einmal auf die Idee, Medizin als Verbesserung des Lebensgefühls anzusehen. Der Arzt wurde geholt, wenn ein Kind schwer krank war und man seinen Tod befürchten musste oder wenn – was mitunter geschah – in der Sägemühle sich jemand ins Bein gehauen hat und zu verbluten drohte.

Ich habe aus dieser Zeit keine konkreten Zahlen über die ambulante Inanspruchnahme von Ärzten bezogen auf die Bevölkerungszahl oder die Krankenhaushäufigkeit, bin aber ziemlich sicher, dass dies nicht einmal 10% der heutigen Versorgungsrealität war.

Bismarck – Sozialversicherung für wenige Notfälle

Die Bismarck'schen Reformen und die gesetzliche Krankenversicherung war folgerichtig eine echte Nothilfekonzeption für schicksalhafte Schläge, die den Einzelnen trafen.

17 Mio. Krankenhausbesuche 500 – 580 Mio. Arztkontakte solidarisch finanziert

Wenn wir heute ca. 17 Mio. Krankenhausaufnahmen für ca. 80 Mio. Menschen einfordern und 500 Mio. (manche schätzen 580 Mio.) ambulante Arztkontakte, so sagt dies eigentlich nur, dass der Inhalt der Leistung niemals – auch nicht durch den medizinischen Fortschritt fortgeschrieben – dieselbe Grund- und Basisleistung sein kann wie zu Zeiten meiner Großmutter. Das hier nicht zu behandelnde Nebenthema, die Finanzierung der Leistung von damals und heute, hat sich allerdings nicht geändert. Damals wurden die wenigen extrem sparsam verwendeten medizinischen Leistungen, weil es eben um Schicksalsschläge ging, von der Solidargemeinschaft übernommen. Heute wird, obwohl 80 – 90 % der Leistungen eine andere Ursache

und Motivation haben, immer noch alles für solidarfinanzierungspflichtig angesehen und über Umlagen aller finanziert.

Massenleistung wird erzeugt wie 1910 Handwerks und Zunftsystm bei Ärzten Manufaktur im Krankenhaus

Eine ganz andere Seite ist die Herstelltechnik der Leistungen. Betrachten wir zunächst die Erreichbarkeit der Leistung. Ein Arzt kam auf Anforderung ins Haus; er hatte einen Einspanner, um sich zu bewegen, und das Krankenhaus in der Kreisstadt war mit dem Pferdefuhrwerk in 5 Stunden zu erreichen. Die Anforderungen an einen Arzt oder ein Krankenhaus waren sehr breit angelegt, und ein Arzt war für mehrere Dörfer zuständig. Der ambulante Arzt musste alles können: vom Absägen eines brandigen Beines bis zur Erkennung einer Tuberkulose, man nannte es Schwindsucht. Im Krankenhaus dagegen wurde schwerpunktmäßig chirurgisch reparierend und pflegerisch gearbeitet. Eine Struktur, die überwiegend auf den Arzt und die pflegenden Personen ausgerichtet war und bei der – hätte man die Gesamtkosten eines Falles aufgesplittert – der personelle Teil bei vermutlich über 80 % gelegen hätte. Daran hat sich gar nicht viel geändert: So gilt die Arbeits- und Organisationsform auch heute noch handwerklich in der ambulanten Medizin, und im Krankenhaus ist man über die Manufaktur, das sind Clusterhandwerker, die sich mit Gehilfenpools umgeben, nicht hinausgekommen.

Es wird sichtbar, wie nahe die Medizin insgesamt in der hochindividuellen, aber unrationalen personalisierten Leistungsform verharret, wenn Prof. Salfeld von **Produktivitätsdifferenz im Krankenhaus 45 %
= 27,5% Benchmark gedeckte Rationalisierungsreserve**

McKinsey in einem Vortrag im Mai diesen Jahres zwischen dem produktivsten und dem unproduktivsten Krankenhaus im DRG - Bereich tätigen Krankenhauses, wohlgermerkt unter der Berücksichtigung der Fallschwere, eine Produktivitäts-Differenz von 45 % feststellt.

Mengensteigerung kaum Kostendegression

Im Gegensatz zum Jahr 1910 haben wir vermutlich eine Verzehnfachung der Patientenzahlen und eine vermutlich mehr als hundert-, vielleicht tausendfache Vermehrung der Interventionen oder Manipulationen. Die Struktur der Leistungserbringung ist, wie sie war, nur technisch und wissensmässig erweitert, aber im Umfang der Rationalität immer noch so, wie der Schuhmacher des 19. Jahrhunderts arbeitete im Verhältnis zur Leistungserbringung der Schuhfabrik von heute.

Reale und denkbare Automatisierung im Gesundheitswesen

Im Trendletter, einem Informationsdienst über sehr frühe Entwicklungstrends, wird z. Z. über Entwicklungen technischer Automatisierung in verschiedenen Bereichen der Medizin als einem beginnenden Trend berichtet. Ich denke, dass diese Entwicklungen unbemerkt mit hohem Tempo auf dem Weg sind. Denken Sie an den technischen Automatisierungsstand von Laboranalysen, morgen wird es der auf den konkreten Menschen zugeschnittene Wirkstoff (nicht Tablettengabe) sein, der mit

allgemeinem Labor und Gentestwerten als Basis designnd wird. Es sind Entwicklungen im Gange, die zukünftige elektronische Patientenakten und Medizin-Informationen in Form von Wissensmanagement nicht nach Schlagworten, sondern nach Sinnzusammenhängen durchforsten können. Die ersten Programme sind in der Netzscannung im Zusammenhang mit der Terroristenabwehr bereits erfolgreich im Einsatz.

Selbstverständlich ist ein Krankenhaus keine Schuhfabrik und ein Mensch kein Schuh. Aber ist deshalb die Frage verboten, weshalb der Weg der Rationalisierung trotz oder gerade wegen den enorm gestiegenen Fall- und Interventionszahlen nicht wie in allen anderen Branchen gegangen wurde? Würden wir die Produkte unseres täglichen Verbrauchs mit den Methoden und den Organisationsformen wie die medizinische Leistung herstellen, hätten wir von allem nur die Hälfte, weil wir uns nicht mehr leisten können.

Finanzierung wie 1910 – der Nutzer als selbstbeteiligter Wettbewerbstreiber – Produktivität RKA Siemens Med. Solutions 1:4 ???

Die immerwährenden Gesundheitsreformen, die nur und ausschließlich dazu dienen, durch Budgetierung und Strangulierung die Gebühren oder Steuerfinanzierung des Konsums der hauptsächlich Älteren staatsnah zu finanzieren und die freie Kaufkraft für die anderen konsumtiven Ausgaben zu erhalten. Dabei wäre es viel sinnvoller, die Nutzer des Gesundheitswesens in einem geordneten Wettbewerb unter ausgewogener Selbstbeteiligung selbstverantwortlicher zu machen und ihnen damit mehr Autonomie zu geben. Damit meine ich ein Selbstbeteiligungssystem, bei dem der Leistungsfähige z. B. 20% zuzahlt und der Sozialschwache z. B. 1% mit der Folge, dass wir zunehmend alle Regulierungen - außer den Schutzvorkehrungen und dem Zwang zur Transparenz - abschaffen können. Das Problem ist, dass die Bürger, denen dies nützen würde, dies nicht glauben, und dass die Leistungserbringer es im alten System der Verteilung so schön warm gehabt haben, und dass die Politik von den staatswirtschaftlichen Manipulationsmassen lebt. Mancher Landrat hat außer dem Krankenhaus nichts mehr, bei dem er wirklich Einfluss hat, auch nicht, wenn es um z. B. darum geht, welche Putzfrau aus seinem Wählervolk eingestellt wird und welche nicht.

Das Dilemma ist, dass die Schutzfunktionen zum Erhalt des Systems, Entwicklungen zur Erzeugung durch rationelle und preisgünstige Lösungen verhindert. Die Produktivität des Gesundheitswesens hinkt deshalb weit hinter anderen Branchen her.

Wachstum aus Demografie 1- 2 % p. a. 4 – 6% aus med. Fortschritt (Menge der Prozeduren)

Die Nutzung der Medizin steigt wegen der Alterung der Bevölkerung zwischen 1 und 2 % p. a. und wegen des medizinischen Fortschritts schätzungsweise in Höhe von 4 – 6 % jährlich an. Doch hat sich die Art der Herstellung und Finanzierung (solidarisch) kaum geändert.

Die Nachfrage übersteigt das Angebot, die Preise sinken administrativ und treffen auf einen investiven und mentalen Rationalisierungsstau. Die Folgen einer solchen

Entwicklung sind in England sichtbar – Wartelisten und ein grau/schwarzer Entlastungsmarkt.

Rationalisierung der Ärzte war die Spezialisierung / Früherkennung treibt die Menge

Weshalb habe ich die Entwicklungen skizziert, obwohl es doch eigentlich heute um das ärztliche Berufsbild geht? Die Ärzte haben auf die ständig steigenden Wissens- und Könnensanforderungen reagiert und haben sich spezialisiert, dabei waren aber bisher nur geringe Vorteile für Rationalität ihrer Leistung zu erreichen. Sie sind heute zwar durchweg in ihrer Leistung qualitativ besser, allerdings wird die Rationalität dadurch begrenzt, weil der medizinische Fortschritt häufig im Sinne der Spezialisierung neue Diagnosen, neue Behandlungen und bezogen auf Krankheitsverläufe frühere damit häufigere Interventionen auslöst. Das bedeutet, dass beispielsweise aus einer Herzoperation früher heute drei Dilatationen und eine Herzoperation während der Karriere des Patienten geworden sind.

Wenn als nächstes die Diagnose als Abfallprodukt eines jährlichen Routinescans erfolgt, werden die Fallzahlen erneut steigen, wenn nicht gar explodieren. Wenn in absehbarer Zeit ein Kubikmillimeter großes Tumorgebilde beim Routinescan entdeckt und anschließend schmerzfrei in der Schwerionen-Anlage beschossen und ausgelöscht werden kann, ist mit einer Vervielfachung der Krebspatienten, denen wirklich geholfen werden kann, zu rechnen.

Die elektronische Akte – virtueller Patient und die Produktivität

Die selben Entwicklungen lassen sich an vielen Stellen ausmachen. Alleine die Führung einer elektronischen Patientenakte – oder was uns vorschwebt, die Steuerung des Patienten durch das Systems und die Steuerung des Systems durch die objektiven Daten des Menschen würde einen qualitätsorientierten und rationalisierenden Schub verursachen. Die den Patienten als virtuelle Figur begleitenden Datenzugriffsmöglichkeiten (virtueller Patient) werden vergleichende Informationen durch Scan und Labor ermöglichen und völlig neue Behandlungs- und Betreuungsmodalitäten entstehen lassen. Die so entstehenden frühen Erkenntnisse über Krankheitsanbahnung und Entwicklung würden die Zahl der zu behandelnden Menschen deutlich steigen lassen und damit den konsumtiven Charakter belegen. Das heutige Produktionssystem, wenn es denn überhaupt in der Lage wäre, die Menge an Leistung zu schaffen, würde an seine Leistungsgrenze stoßen.

Versucht man, die skizzierte Entwicklung auf das Gesundheitswesen von heute zu übertragen, um sich auf die zu erwartende Entwicklung vorzubereiten, so ergibt sich folgendes Bild:

Ohne Veränderung eine Bedarfsdeckungslücke von 5 – 6 % p. a. – Wartelisten mit Schwarzzahlungen

1. Die alterspyramidenbedingte Fall- und Interventionsmengensteigerung wird zugelassen und die bestehenden Leistungssysteme ändern ihre Struktur nicht, sondern nur ihre Größe. Es muss unterstellt werden, dass – um bereits die rückständigen Investitionen und die bestehenden Verluste auszugleichen –

die in das Gesundheitswesen fließenden Mittel von 230 Mrd. € um vermutlich mehr als 3 – 5 Mrd. Verluste und um 5 – 7 Mrd. Nachholinvestitionen erhöht werden müssten. Die Mengenmehrung aus der demografischen Entwicklung bedeutet ohne einen Rationalisierungsnutzen einzusetzen, eine weitere unterlassene Steigerungen von (1-2%) 2,3 - 4,6 Mrd. p. a.. Insgesamt bedeutet dies eine Deckungslücke im Mittel von ca. 13 Mrd. Geht man von einer 1-zu-1-Wirkung auf die Kapazität aus, so entsteht mindestens nach „Ausquetschung“ der nicht investitionsabhängigen Rationalisierungen ein jährliches Wartelisten-Potenzial von 5 – 6 % kumulierend. Die Kumulation wird sich fortsetzen bis die Sterberate auf den Wartelisten die Höhe des Zuwachses erreicht. Die Zahl wird durch Grau- und Schwarzzahlungen nicht reduziert, da das System in dieser Phase nur zu Umschichtungen von solchen Menschen, die sich nicht am „Sonderzahlungssystem“ beteiligen, ausgetauscht werden. Mehrungen aufgrund des medizinischen Fortschritts, werden entweder die Unterdeckung im herkömmlichen System erhöhen oder nicht stattfinden bzw. eine Mischung von beiden Effekten sein.

Produktivitätsentwicklung auf „Siemens/Halbe“ 40% in 15 – 20 Jahren

2. Wir rationalisieren die Medizin in ähnlicher Weise und mit ähnlichen Effekten wie dies die Industrie in den letzten 100 Jahren vorgemacht hat und erreichen Rationalisierungsgewinne unter zusätzlicher Berücksichtigung der dazu erforderlichen Investitionen (bzw. der Abschreibungen daraus). Dann würden, bedenkt man, dass am Anfang die Erfolge größer sind, sowohl die bestehenden Verluste ausgleichen und ausgemittelt über 15 – 20 Jahre 40 % Produktivitätssteigerung bzw. Rationalisierungseffekt erzielbar sein. Das würde bedeuten, dass wir die volle Befriedigung der Nachfrage bei steigenden Mengen sichern könnten. Dass dies nur in einem Wettbewerbssystem, das auf Versorgungseffizienz gerichtet ist, erfolgreich geschehen kann und die bestehende Systemsteuerung in Form von Behördenplanung dazu nicht geeignet ist, ist klar ersichtlich. Das Argument, man müsste es nur besser machen als bisher, hat keine Glaubwürdigkeit, denn das heutige System hatte bereits 50 Jahre Zeit, sich auf die Entwicklung einzustellen; es hat jedoch nur bewiesen, das es wegen seiner Ausrichtung auf Besitzstandswahrung der Dienstleister und der staatlichen Bürokratie den Wandel zur Massenversorgung nicht bewältigen kann.

Was müssen wir erreichen?

Finanzierungsform als Wettbewerbstreiber

Welche Anforderungen muss ein System wie unter 2. beschrieben haben, um die Nachfrage zu befriedigen ohne teuer zu werden und trotzdem den medizinischen Fortschritt in allen Facetten gegen geringen Aufpreis in der Frühphase der Anwendung - und später für alle - voll zur Verfügung zu stellen?

Flächendeckende Bedarfsdeckung als Versorgungsangebot

Da es um ein flächendeckendes System geht, welches von allen Menschen – wo auch immer sie leben – in Deutschland erreicht werden muss, ist die absolute Flächenanwesenheit in einer von den Menschen tolerierten Entfernung, die auch in Notfällen mit technischen Hilfsmitteln schneller überbrückt werden können muss, erforderlich. Wir gehen davon aus, dass der Anlaufpunkt für jedermann zu jeder Zeit mit vorhanden Verkehrsmitteln, wie Auto, Schienenfahrzeug etc. nicht weiter weg als 1 bis 1,5 Stunden, sein darf. Leistung motivierend wäre das System, wenn in dieser Entfernung insgesamt 3 Alternativen angeboten würden. Konkret bedeuten dies auf dem Land mit guten Straßen aber wenig Bevölkerung 80 km, und in der Großstadt mit langsamerem, weil intensiverem Verkehr, vielleicht 10 km.

Das neue aus Wartelisten geborene Versorgungsangebot

Da Patienten keine sich selbst diagnostizierenden Wesen sind und auch nur in Einzelfällen den Anlaufpunkt nach Schwere ihres Problem einteilen können, muss der Aufnahme-Punkt d.h. das Portal zum System, innerhalb der geografischen und mentalen Mobilität einer großen Mehrheit der Bevölkerung liegen. Dort müssen alle Entscheidungen und Untersuchungen in der nötigen Geschwindigkeit ausgeführt werden können, welche die Möglichkeiten der Medizin insgesamt bietet. Diese Bedingung klingt unerfüllbar, weil man dann eigentlich an jedem Aufnahmepunkt die Kompetenz einer Universitätsklinik, geöffnet rund um die Uhr, erwarten müsste.

MVZ und Tele-Portal-Klinik im Rahmen geografischer und mentaler Mobilität

Die Antwort ist ein MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)/Tele-Portal-Klinik, das ist ein Basisversorgungs-Gesundheitszentrum mit der Aufnahme-Qualität einer Schwerpunkt-Klinik und deshalb der eigentliche Systemzugang.

Der Betreuungsarzt als Schlüssel für das Arzt-Patientenverhältnis und vertrauensvolle Kundenbindung

Der dort eintreffende Patient wird rund um die Uhr angenommen und einem Betreuungsarzt überantwortet, der ihn –ausgestattet mit universellen Systemkenntnissen und kommunikativen Fähigkeiten – durch das System führt. Dieser nimmt ihn im wahrsten Sinne des Wortes „an die Hand“ und begleitet ihn durchgängig im System. Er ist die ärztlich-menschliche Funktion, die um so notwendiger ist, je höher der Rationalisierungsgrad des System steigt, weil die neue arbeitsteilige Medizin auf die kompetente, menschlich-fachliche Klammer nicht verzichten kann. Der Betreuungsarzt stellt seinen Patienten bei Bedarf Fachärzten vor oder leitet die technischen Untersuchungen zu Diagnose ein, erklärt die Bedeutung und die Risiken, er berät den Patienten und ist der eigentliche Arzt des Vertrauens. Er organisiert den Einbezug externer Kompetenz durch Weiterleitung und Rücknahme bzw. Erläuterung und Beratung mit dem Patienten von Befunddaten. Bei Bedarf organisiert er die Verbringung und den reibungslosen Transport und die Übergabe und Eingliederung in die Schwerpunkteinrichtung, für welche die Portalfunktion ausgeübt wurde. Er nimmt den Patienten nach erfolgreicher Behandlung im Schwerpunktbereich zurück und organisiert gegebenenfalls

Nachbehandlungen, Hausbesuche oder Rehabilitation, Wünschenswert wäre, wenn er auch die Betreuungsfunktion als Brücke zu seinem Aufnahme- und Rückkehrportal behalten würde, um dem Patienten vertraute Kontinuität zu bieten.

Der Betreuungsarzt ist in dem wettbewerblichen System derjenige, der das notwendige Arzt/Patientenverhältnis hauptsächlich trägt. Ist er gut, wird er sowohl einen entscheidenden Qualitäts- und Qualitätshygienefaktor darstellen, weil er schon seiner Einstellung nach näher am Patienten als am kurzfristigen Wirtschaftserfolg orientiert sein würde. Er ist das, was man den Verantwortlichen für Kundenbindung und Nachhaltigkeit in der Beziehung zu den Patienten des Systems nennen würde.

MVZ/Tele-Portal-Klinik – oder die Dimension einer Hochleistungs-Verbunddiagnostik

Das System der Versorgung mit dem Anspruch, „Leistung für jedermann zu jeder Zeit“ baut somit darauf, dass für mindestens 95 % aller Patienten in der Kombination MVZ/Tele-Portal-Klinik verbunden mit technischen Voraussetzungen, die an einer Schwerpunkt-Klinik nicht besser, aber wegen der Größe eher langsamer eingesetzt werden, eine Aufnahme möglich ist, die es auch dem Laien unsinnig erscheinen lässt an dieser Klinik bei einem Problem vorbei zu fahren und statt dessen den Apparat der Großklinik direkt anzusprechen. Nach unserer Erhebung ist es möglich, 75 % nach der entsprechenden Diagnose sachgerecht im Haus der Tele-Portal-Klinik zu behandeln und nur 25 % nach einer Tele-Portal gestützten Diagnose im Verbund mit den Spezialisten der Schwerpunkt- oder einer Spezial-Klinik direkt in sichere und sofort handelnde Hände zu geben.

Die Funktionalität der Aufnahmepunkte, d.h. die der MVZ und Tele-Portal-Kliniken, die z. B. mit MR und Hochleistungs-CT sowie mit vollem Labor und zukünftig Genlabor ausgestattet sind, wird dazu führen, dass die Nutzung wegen der Kompetenz und Nähe immer frühere Krankheitserkennungen bewirkt und damit eine Entwicklung zum Präventivzentrum durchmachen wird. Damit aber entsteht eine dauerhafte Bindung zu den immer einem Kunden ähnlicher werdenden Menschen, die das Zentrum lebensbegleitend nutzen.

Die dreistufige Schwerpunkt-Klinik als Versorgungs- und Universitätsklinik

Die Schwerpunkt-Klinik, z. B. eine Universitätsklinik oder ein ähnlich qualifiziertes Schwerpunkt-Krankenhaus, wird für die eigene regionale Grundversorgung ein MVZ und eine Tele-Portal-Klinik haben, die organisatorisch autark sind, weil nur so eine unsinnige Vermischung von Grundversorgungs- und Portalfunktionen zu Spezial- und Schwerpunktaufgaben, die eine andere Organisation und Vorhaltung benötigen, möglich ist.

Diese Konzeption ist auch notwendig, weil nur so der Einzug als Quer-Traversal von externen Tele-Portal-Kliniken funktioniert. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt-Klinik vorgelagerte MVZ und die Tele-Portal-Klinik für die eigene Grundversorgung müssen konzeptionell und vom Leistungsgeschehen mit den externen Portalkliniken deckungsgleich sein. Ist dies nicht der Fall und finden Überlappungen statt, so wird die rein fachliche Entscheidung der Übergabe von eigenwirtschaftlichen Interessen zu lasten des Patienten überlagert. Motto jetzt habe ich den Patienten und gebe ihn

nicht her bis ich alles an ihm probiert habe. Bereits die potentielle Möglichkeit von Tele-Portal-Kliniken zu Tele-Portal-Kliniken zu überweisen ist eine Gefährdung in der professionellen Systemführung. Das Risiko der Falschbelegung in Tele-Portal-Kliniken und damit das Risiko des Vertrauensbruchs gegenüber den Patienten, das heißt nicht nur das zu tun, was man kann, wäre erheblich und damit das Konzept gefährdet.

Ärzte als Fachärzte und Spezialisten in Clustern organisiert in der Schwerpunkt-Klinik Ausbildung und Vergütung, interdisziplinärer Verbund – Know how-Leistung und Akquisition

Die Schwerpunkt-Klinik verfügt über alle Fachabteilungen und ist insgesamt so groß, dass sie – betrachtet man 25 % des Patientenaufkommens – sowohl aus der Sicht der innerhalb der Fachbereiche notwendigen Wiederholungen von Fällen, wie auch im Hinblick auf die Facharzt- und Spezialistenausbildung, umfassend ist.

Die Arbeit in der Schwerpunkt-Einheit ist geprägt von den Fachärzten und Spezialisten, deren Spezialkompetenz auch über die Diagnose- und Beratungskompetenz in die Portale reicht, wo sie indirekt beteiligt sind, um dort das entscheidende know how zur Verfügung zu stellen um die Patienten, welche ihrer Kompetenz bedürfen, zu akquirieren. Ihre Leistung besteht somit – wenn man so will – im Know-how-Verkauf für die externe Diagnose und in der durch eigenes Tun feedback- unterlegten Spezial- oder Facharztleistung. Damit werden bisher häufig administrative Entscheidungen oder zufällige Anlandungen von Patienten in einen echten medizinischen Entscheidungsprozess verlagert.

Diese Spezial- und Fachabteilungen werden nicht wie heute von Chefärzten geprägt, die eine Abteilung auf ein Verfahren ihrer Wahl ausrichten, wie wir es z.B. aus der Gastroenterologie kennen, sondern sie müssen alle in diesem Fach vorkommenden Verfahren durch entsprechende Zahl der Spezialisten verfügbar haben und durch ihre große und die aufgrund des Konzepts gegebene Schwere dichte ausreichende Wiederholungsfälle haben; im universitären Bereich wird es eine deutlich höhere Problemdichte geben, die für Forschung genutzt werden kann. Der so genannte CMI müsste sich nach meiner Schätzung in diesen Bereichen fast gegenüber heute verdoppeln, weil durch die in der Tele-Portal-Klinik verbleibenden Grundversorgungsfälle keine unnötige Vorhaltung betrieben wird. Die chronische Unterfinanzierung in Hochleistungsbereichen dürfte damit beendet sein, weil die Fehlallokation von Mitteln beendet ist.

Die Führung dieser Fachcluster wird weniger fachlich als organisatorisch sein. Die in einem solchen System wenig Sinn machende Finanzierung der Spezialisten aus Privatliquidation wird in ein Finanzierungssystem nach Leistung und Spezialkönnen, sowie Verfügbarkeit übergeleitet werden müssen.

Die Vergütung wird eher Hierarchie unabhängig und eher davon abhängig sein, welchen Stellenwert die eingekaufte Kompetenz im Rahmen der Versorgung und der Außenreputation hat. Insgesamt wird man hier im Durchschnitt der Fachärzte und Spezialisten eher mehr als bisher verdienen. Fachärzte, die in diesem Bereich ausgebildet werden, können – wenn sie nach ihrer Ausbildung nicht bleiben – im Bereich der MVZ und im tagesklinischen Bereich der Tele-Portal-Kliniken in der

Weise tätig werden, dass sie dort eine Anstellung mit hohen Freiheitsgraden übernehmen – wenn man so will: eine Mischung aus freiberuflichem und angestelltem Arzt mit Null- Investitionsrisiko, aber leistungsabhängiger Vergütung. Als Alternativmöglichkeit können sie sich in Facharztzentren oder mit einer Einzelpraxis niederlassen und eigenes unternehmerisches Risiko eingehen oder an Spezialkliniken arbeiten.

Hausärzte als Aussenverbindung zum Patienten im EPA-Verbund

Die Versorgungskette besteht aus ambulant arbeitenden Hausärzten, die über die elektronischen Akten mit dem System verbunden sind und am MVZ ihren Sitz haben können, aber nicht müssen. Entscheidend ist, dass sie nah am zu betreuenden Menschen (Kunden) sind, weil sie zunehmend auch Lebensberatungsfunktionen übernehmen. Der erste fixe Anlaufpunkt ist das MVZ, dessen Ärzte teils ambulant und teils im Prozess der Tele-Portal-Tagesklinik arbeiten und den darüber liegenden Schwerpunkt-Kliniken, die den Teil der Patienten, also ungefähr 25 % der stationären Fälle, übernehmen, der hohe fachliche Anforderungen erfüllt. Im Wesentlichen pflegeabhängige Fälle bleiben in der Tele-Portal-Klinik, die in diesem Bereich die Grundversorgungsleistung erfüllt.

Das zweistufige stationäre Versorgungssystem mit Vorschalt- MVZ, 1 Schwerpunkt-Klinik und 10 Portalen für 600 000 Menschen

Insgesamt wird somit von einem – nach Investitionspunkten betrachtet – 3-stufigen System im Gegensatz zu dem heute üblichen 5- bis 6-stufigen System ausgegangen.

Eine Schwerpunkt-Klinik, die 25 % der Fälle aufnimmt und 30.000 Patienten des durchschnittlichen Schweregrad größer 2 haben soll würde somit einen Einzugsbereich von 600 000 Menschen haben und könnte 10 Portale voll oder entsprechend überwiegend bedienen bzw. würde von diesen mit Patienten versorgt.

Das entscheidende Steuerungs- und Organisationsmittel für das neue Versorgungssystem wird eine Intranet basierte elektronische Patienten Akte sein, die sich zu dem, was wir einen virtuellen Patienten nennen, weiter entwickelt. Das Konzept basiert darauf, dass jeder, der Daten vom Patienten erhebt, diese bei sich speichert pflegt und weiterentwickelt.

Die Daten werden – weil deren Existenz und Speicherort an eine zentrale Dateneinheit gemeldet wird und mit dem so genannten MPI identifizierbar ist – über ein Medizin-Google auffindbar sein, mit dem die im Netz befindlichen Daten identifiziert und sortiert werden und bei Bedarf aufgerufen und eingesehen werden können. Der Zugang erfolgt intern nach Krankenhausrecht für die Personen, die auch heute Daten einsehen können, für den Zugriff externer Ärzte wird ein Sicherungssystem kombiniert mit der Erlaubnis des Patienten entwickelt. Dieser virtuelle Patient zeigt bei Bedarf direkt – und wegen der Verantwortlichkeit der Datenerzeuger für Aktualität und Brauchbarkeit der Daten – eine bisher nicht vorstellbare Informationsplattform, wodurch in naher Zukunft auch vergleichende Analysen über die dynamische Entwicklungen des Patienten möglich sind.

Der ärztliche Betriebsleiter, Fluss- und Prozessorganisator – ein neuer Beruf

Anhand der Bewegungsdaten, die anonym die Prozesse und Flüsse im System abbilden, entstehen mittelfristig – darin wird allerdings ein beachtlicher Forschungsaufwand liegen – so etwas wie Trendanalysen für Kapazitätsbedarfsermittlung bis zur Investitionssteuerung nach erwartetem Bedarf. Das bedeutet, dass das Versorgungssystem durch die Optimierung der Betriebsabläufe in seiner Rationalität entscheidende Reserven für Funktionalität und damit gleichzeitig für Qualität (keine unnötigen Leistungen) aufweisen wird. Diese zu heben und einen sicheren Prozess zu organisieren, wird einen neuen Arzttyp erfordern, der als Ärztlicher Betriebsleiter für die Systemfunktionalität, für interdisziplinäre Informationswege und Betriebssicherheit, ebenso wie für die kompetente Datenorganisation zuständig sein wird.

Diese Ärzte/Informatiker/Ingenieure werden sowohl in den MVZ, Tele-Portal-Kliniken wie auch den Schwerpunkt-Kliniken vorhanden sein müssen. Sie sind die medizinischen Technologiesteuerer, welche den Betreuungsarzt mit Informationen und das die Spezialisten und Fachärzte begleitende System mit Investitionsbereitstellung und Materialfluss versorgen. Die Kaufleute werden von ihnen mit Kapazitätsmodellen versorgt und können dann maßgeschneiderte rentable Investitionen auf dem letzten Stand medizinischer Bedürfnisse auslösen.

Ärzte in der Funktion des autonomen Schützers von Patienteninteressen im Medizin - ADAC

Es ist offenkundig, dass ein solches produktives medizinisches Leistungssystem (PML) schon deshalb, weil es einen sehr hohen rationellen Organisationsgrad hat, die Gefahr in sich birgt, dass die individuellen Interessen von einzelnen Patienten, die ja jeweils nicht standardisiert werden sollen, in der Maschinerie unter die Räder geraten oder das Erfüllungsinteresse eines Patienten an dieser Stelle zwar unsinniger, aber doch der Profitmaximierung zum Opfer fällt. Dabei könnte das Motto: „Wenn die Versicherung erst bezahlt ist, liegt der höchste Gewinn in der Leistungsverweigerung“, verfolgt werden – das muss aber verhindert werden. Wir glauben, dass es nötig und wichtig ist, parallel mit der Rationalisierung eine Patienten-Schutzorganisation aufzubauen, die mächtig genug wäre, Medizindienstleister und auch Krankenkassen das Fürchten zu lehren, wenn sie Verpflichtungen nicht einhalten. Prädestiniert einen, beziehungsweise mehrere solcher Patienten-ADAC aufzubauen, wären die Medien, die bereits heute über genügend Wissen verfügen, um Patienten zu informieren und im Zweifel über genügend Publizität, um Wettbewerbswirkung zu erzeugen. Solche Organisationen werden, wenn sie mehr als nur Information verbreiten wollen, sondern beispielsweise ihren Mitgliedern bei Schäden Hilfe anbieten oder im Vorhinein Zweitmeinungen anbieten, die wirklich unabhängig sind, um ärztliche Beratungsspezialisten nicht herum kommen. Dies könnte auch ein Arbeitsfeld für Fachärzte und Spezialisten sein, die sich am Ende ihrer Karriere als Spezialisten, wenn die Hände eventuell nicht mehr so wollen, ihre Berufserfahrung und die gewonnene Unabhängigkeit zunutze machen, um weiter ihr Wissen zu verwerten.

Zusammenfassend würden sich somit vier verschiedene neue Arztstrukturberufe herausbilden:

1. **Der universell ausgebildeten Arzt mit hohen kommunikativen Fähigkeiten zur direkten Betreuung und Begleitung der Patienten im Prozess;**
2. **Der fachärztliche Spezialist mit hoher Fachautonomie angesiedelt im MVZ und eingebunden im klinischen Prozess der Tele-Portal-Klinik und als Facharzt und Spezialist im Fachcluster des Schwerpunktkrankenhauses.**
3. **Der Ärztlichen Betriebsleiter, der sowohl die Flüsse und Prozesse wie auch die Informationsstrukturen und Investitionen steuert.**
4. **Der Beratungsspezialist, eventuell ein ehemaliger Facharzt, für die Beratung und Zweitmeinung als Antipode gegenüber den Medizin-Dienstleistern, wie auch den Versicherungen zur Stärkung der Patienten und Systemnutzer.- Sinnvolle Bedingung für diese Funktion wäre allerdings ein Kodex oder gesetzliche Regelungen des Staates, mit der Interessensverbände zwischen den Patientenvertretern einerseits und Medizin-Dienstleistern, Zulieferern wie auch Versicherern, einem Anwalt ähnlichen verboten werden.**

Die Universitäts- und Schwerpunktlinik als Versorgungsmodell und Ausbildungs- und Übungs Krankenhaus

Die Ausbildung dieser Ärzte erfolgt am entstehenden Modell der neuartigen Versorgungssysteme ebenso wie die permanente Weiterbildung an den Universitätsklinik, die modellhaft bestehend aus MVZ, Tele-Portal-Klinik und Schwerpunkt-Klinik an einem Ort das Versorgungssystem abbilden und an dieser Stelle die Pilotfunktion für Entwicklungen und die Einführung auch experimenteller Neuerungen übernehmen.

Die Karriere der in diesem System arbeitenden Ärzte wird – weil sie über vier Karriere-Säulen verfügen und diese nach Neigung und Fähigkeit nutzen Können – erheblich größer sein als heute.

Fazit: Wer an die Entwicklung glaubt, sollte sich einrichten – wer sie nicht glaubt, soll abwarten; – die Patienten werden mit den Füßen abstimmen.

Es bleibt nun Ihnen überlassen, die von mir aufgestellten Hypothesen zu glauben, zu hinterfragen oder einfach nicht zur Kenntnis zu nehmen. - Ich bin davon überzeugt, dass derjenige, der dem Bedarf der Menschen gerecht wird und die Bedürfnisse befriedigt, alle Chancen haben wird das Gesundheitswesen zu gestalten. Demjenigen, der da weitermachen will, wo er heute ist, schlage ich ein Treffen mit mir – wenn es mich noch gibt – oder mit meinen Nachfolgern im Geiste in 10 Jahren vor, um abzugleichen, wer Recht hatte.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit