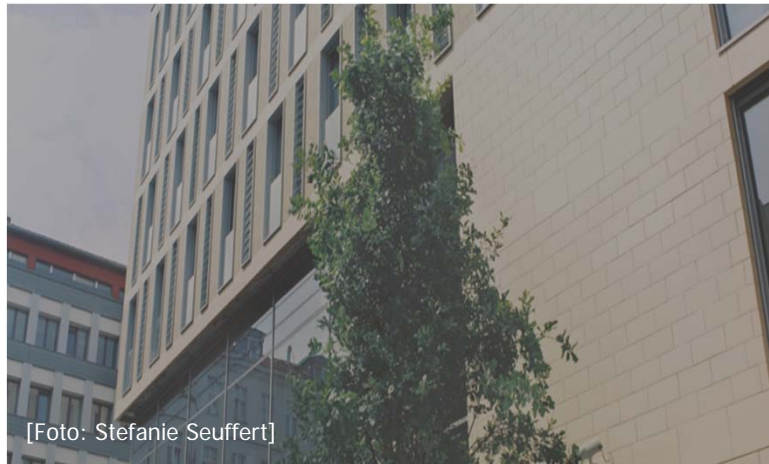


ÄRZTEKAMMER BERLIN



[Foto: Stefanie Seuffert]

„Neue Anforderungen an den Arztberuf“

Konsultativtagung der deutschsprachigen
Ärztegesellschaften

Bad Horn, 05. – 07. Juli 2018

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Die wichtigste Person im Leben eines kranken Menschen ist der Arzt.

Die wichtigste Person im Gesundheitssystem ist der Arzt.

Die wichtigste Person im Gesundheitswesen ist der Patient.



Rollen des Arztes

Heiler

Die Kombination von Experte und Partner in der Person des Heilers lässt sich in allen Epochen und Kulturen ausmachen.

Detektiv

Der Schluss von „Daten“, die der Patient liefert, auf allgemeine Kategorien (Diagnosen)

Gatekeeper

Die ärztliche Gatekeeper-Funktion bezieht sich auf die Indikationsstellung für medizinisch wirksame Therapien und die Berechtigung, Leistungen eines solidarischen Sozialsystems in Anspruch zu nehmen.

Partner

Zunehmend wollen Patienten ernst genommen werden und sehen Ärzte als Partner in einer gleichberechtigten Beziehung.

Aus: Norbert Donner-Banzhoff, Arzt und Patient – Archäologie einer Beziehung
Deutsches Ärzteblatt, 19. Oktober 2012



Arztbild



All doctors have a romantic notion of what it means to be a doctor. Many British doctors, for instance, remember Sir Luke Fildes' famous picture of a doctor treating a sick child. The room is dark; the pale child sick unto death; and the bearded, besuited doctor worried. The focus is on the intense relationship between the doctor and the child.

Nobody else but the child's parents are there;

certainly no economists.

BMJ 1998;316 (30 May) Editor's choice



Was hat sich geändert?

- ✓ **Komplexität der Versorgung**
- ✓ **Zugänglichkeit, Erreichbarkeit**
- ✓ **Interdisziplinarität**



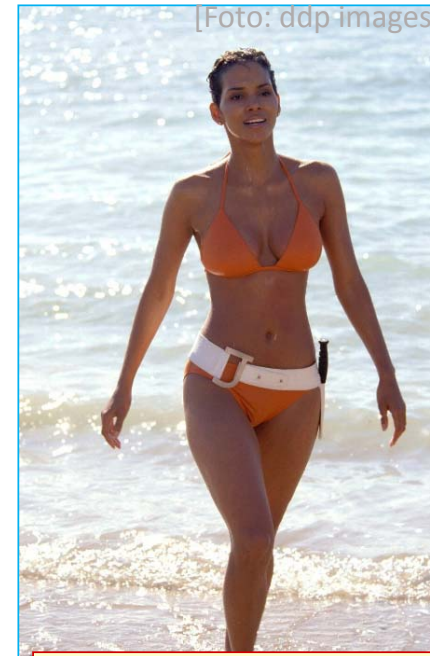
Was hat sich geändert?

Leistungsfähigkeit der **Medizin**

z.B.

- ✓ HIV
- ✓ Diabetes
- ✓ Anästhesie und Notfallmedizin
- ✓ Pädiatrische Onkologie,
- ✓ Minimal invasive Chirurgie
- ✓ Endoprothetik
- ✓ Geburtshilfe
- ✓ „High Risk“ Patienten

(Hochbetagte, Multimorbide, Frühchen...)



Diabetes mellitus Typ I

Schriftliche Erfolgsbilanz !?



Was hat sich geändert?

Unsere Patientinnen und Patienten

- ✓ Demographischer Wandel
- ✓ Durchschnittsalter der Patienten in Klinik und Praxis steigt
- ✓ Multimorbidität steigt
- ✓ Belastbarkeit sinkt (m. E.)
- ✓ Ansprüche der Patienten steigen

„Gesellschaft des langen Lebens“



- **Fortschrittsfalle:**

Je besser die Medizin, desto größer die Zahl der Kranken.

*„Die Medizin ist „Opfer des eigenen Erfolgs“
Hat sich unsere Profession gleichermaßen weiterentwickelt?“
GJ*

- **Gesetz der zunehmenden Penetranz der Reste**

Je weniger jemand unter etwas zu leiden hat, desto mehr leidet er unter dem Wenigen.

[Odo Marquard 1994]



Was hat sich geändert?

Rahmenbedingungen

Externe und interne Krise

- Finanzierungskrise
- Führungskrise
- Vertrauenskrise
- Steigende juristische Ansprüche
- Steigende Ansprüche der Patienten
- Mangelnde Ressourcen
- **Digitalisierung**
- Bürokratisierung
- Fremdbestimmung
- Industrialisierung der Patientenversorgung (DRGs!)
- **Gesundheitswirtschaft statt Gesundheitswesen**



Was hat sich NICHT geändert?

Organisationsmuster/Verhaltensmuster

- „Fließbandprinzip“
- Ziele der Akteure unterschiedlich/gegenseitlich
- Beteiligte in Konkurrenz (Kassen, ambulant/stationär, Politik)
- Ergebnisse unklar
- Primat der personellen Führung (*der Minister/der Arzt sagt...*)
- Fehlende Zusammenarbeit und Kommunikation
- **Fehlende gemeinsame Verantwortung**
- **Rollenverständnis**
- **Falsche, symptomatische Politik in Negation:**

„Dezimierung von Kosten“ statt

„Optimierung der Versorgung“

„Es gibt kein richtiges Leben im falschen“

Th. W. Adorno



Wandel der Gesundheitssysteme im 21. Jhdt

| | | |
|------------------------------|---|---------------------------|
| Professional centered | → | Patient centered |
| Effectiveness & efficiency | → | Value |
| Opinion based | → | Evidence based |
| Event | → | Pathway |
| Organisation | → | Network |
| Structure | → | System |
| Clinical practice peripheral | → | Clinical practice central |
| Money driven | → | Knowledge driven |

Value Based Healthcare !

[Quelle: Sir John Muir Gray, UK, 2004/ www.bvhc.co.uk]



Herausforderungen aus ärztlicher Sicht

- How can we further reduce the burden and harm that patients experience from over-investigation and overtreatment?
- How can we reduce unwarranted variation in clinical practice to achieve optimal outcomes for patients?
- How can we ensure value for public money and prevent waste?
- How can people (as patients) and professionals combine their expertise to share clinical decisions that focus on outcomes that matter to individuals?
- How can we work to improve further the patient-doctor relationship?
- How can we better identify and manage clinical risk?
- How can all doctors release their creativity and become innovators improving outcomes for people they provide care for?

Catherine Calderwood

Dr Catherine Calderwood, MA Cantab FRCOG FRCP Edin
Chief Medical Officer for Scotland

Catherine Calderwood,

CMO des schottischen NHS



Beispiel: Jahresbericht NHS Scot 2015
„realistic medicine“



Was macht es uns selbst so schwer?:

**Betriebsblindheit durch
Sendungsbewusstsein?**



Der Arzt als „Placebo-Reaktor“ ...

„Alles in allem denke ich, dass der Kliniker eine andere Sichtweise auf seine Arbeit hat als der Theoretiker oder Wissenschaftler.

*Erstens, das Ziel des Klinikers ist nicht Wissen, sondern **Aktion**.
Eine erfolgreiche Aktion ist immer erwünscht, aber eine Aktion mit wenig
Aussicht auf Erfolg ist besser als keine.*

*Zweitens wird der Kliniker an **das glauben, was er tut** – nämlich, dass er mehr
Nutzen als Schaden anrichtet.*

*Er ist ein „**Placebo-Reaktor**“, der zutiefst von der Richtigkeit seiner Handlungen
überzeugt ist.“*

Eliot Freidson, The Profession of Medicine, 1988



Eugen Bleuler, 1919:

„Zuerst das brennende Verlangen des Kranken, dass ihm Hilfe zuteil werde, und der Trieb des Arztes, ihm zu helfen. Dieses Bestreben beruht auf einem allgemeinen menschlichen Instinkt.

Auch in der Medizin ist der Trieb zu helfen noch zu prompt und ungehemmt. ... Man hat immer noch zu sehr den Trieb „etwas“ gegen die Krankheit zu tun, statt der Überlegung „wie“ kann ich helfen.“

Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung
Eugen Bleuler, 1919, Springer Verlag

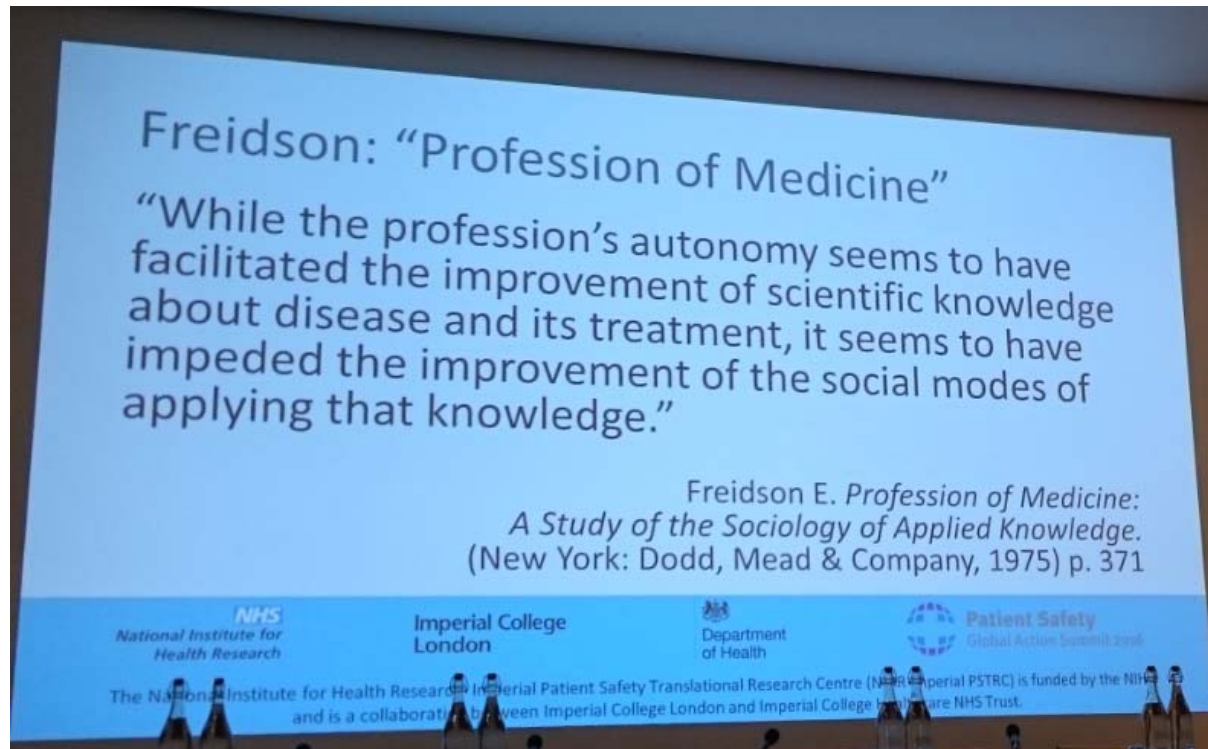


Das, was uns Ärzten
die Kraft für unsere Arbeit gibt

ist das, was uns gleichzeitig
potentiell blind macht.

GJ





Don Berwick,
1st Ministerial Summit on Patient Safety
March 2016, London



...und WIR?



“That an inward looking profession, obsessed with its own tribalism, collectively failed to make self-regulation work properly and so protect all patients from avoidable harm, is quietly ignored.”

Buchbesprechung “Hippocratic oaths: Medicine and its Discontents”.
The Lancet, Volume 365, Issue 9460, Pages 654-654 N. Goodman



Konsequenzen

Machtverlust

→ „Eclipse and fall of the medical empire“

(Sir Muir Gray, „The resourceful patient“ 2001)

Gesundheitsökonomien übernehmen Führungsrolle

→ Sie können „zählen“ ...leider nur Mengen und Preise

Ärztliche Rolle hat sich vom
Alleinverantwortlichen zum
Letztverantwortlichen gewandelt.

„Why are doctors so unhappy?“ (BMJ), Ärztemangel, „Feminisierung“ ...

Aus „**Selbstbestimmung**“
wird zunehmend „**Fremdbestimmung**“.



Herausforderungen an künftige Arztgeneration

Substitution durch

- ✓ nurse practitioners!?
- ✓ physician assistants!?
- ✓ „Patientencoaches“ in Form von geschulten Psychologen!?
- ✓ neuer umfassender Heilberuf psychologischer Psychotherapeut!?
- ✓ künstliche Intelligenz!?

*Rückzug auf die Rolle des Biomediziners
(„Medizinist“) ????*



Auswege!!

Professionalisierung!

**Rollenänderung akzeptieren,
Verantwortung übernehmen
den Wandel selbst gestalten**

- ➔ **Vom „Halbgott in Weiß“ zum Kenner, Könner, Befähiger!**
- ➔ **„ärztliche Führung“ – Systemverantwortung, Delegation!**
- ➔ **„evidenzbasierte Medizin und EBHC“!**

*Vgl. Charter of Medical Professionalism 2003
(dt. Version auch in BERLINER ÄRZTE 7/2004)*



Auswege!

Kompetenzen stärken! Qualifikationen erweitern!

- ✓ **Führungskompetenz und Selbstreflexion**
- ✓ - Kooperation
- ✓ - Delegation
- ✓ - „**Kollektives Lernen**“ (Register, Outcome-Studien, Versorgungsforschung)
- ✓ - **Systematische Qualitätsverbesserung und Risikoreduktion**
- ✓ - **Selbstkritisches Denken und Handeln fördern (EbM)**
- ✓ - **Psychosomatik** („Es ist der Geist, der sich den Körper baut“, Dr. med. Friedrich Schiller, Wallenstein)
- ✓ - **Prävention**, insbes. der „Zivilisationskrankheiten“ Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen etc...
- ✓ ...



Auswege!

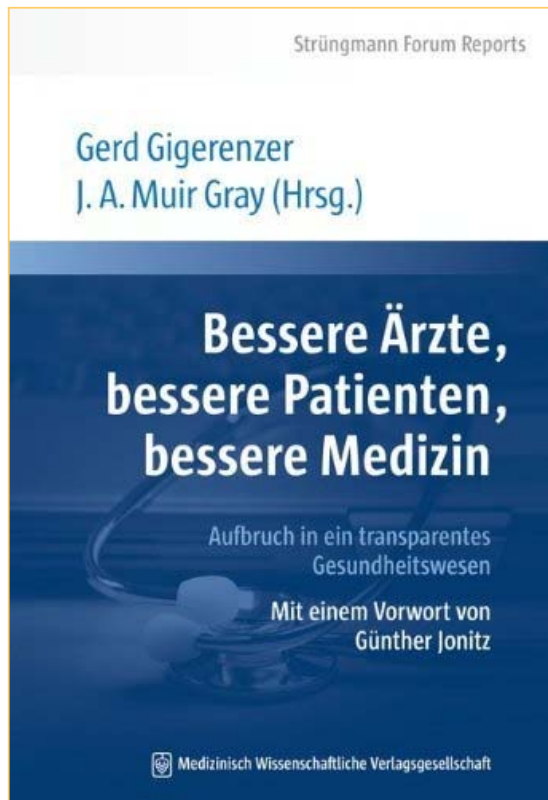
Kompetenzen stärken! Qualifikationen erweitern!

**Curricula und Leitfäden der Bundesärztekammer zu
„Querschnittsthemen“**

- ✓ Qualitätsmanagement
- ✓ Evidenzbasierte Medizin
- ✓ Patientensicherheit
- ✓ Ärztliche Führung
- ✓ Peer Review

www.arzt.de





Qualitätsverbesserung
durch
Kompetenzsteigerung
statt
mechanistischer Vorgaben

„Clean knowledge
is the enemy of the disease“

Sir John Muir Gray



Rollen des Arztes gemäß CanMEDS Frame 2005

Realität in Deutschland

Medical Expert

➤ *Wissensmanagement???*

Communicator

➤ *Vorbilder??*

Collaborator

➤ *Ausbildung? Masterplan 2020!?*

Manager - Teamleader

➤ *Weiterbildung??*

Health Advocate

Scholar

➤ *Fortbildung?*

Professional

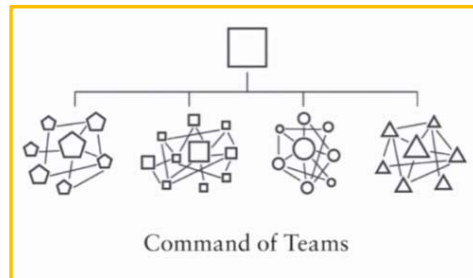
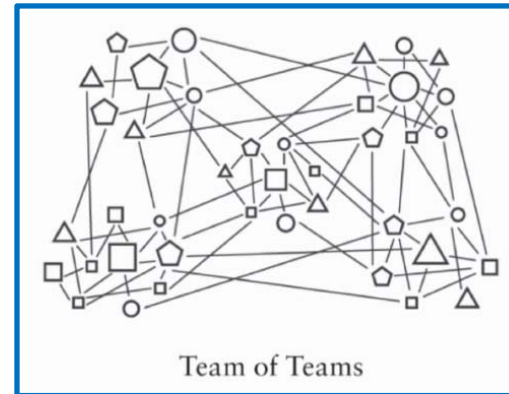
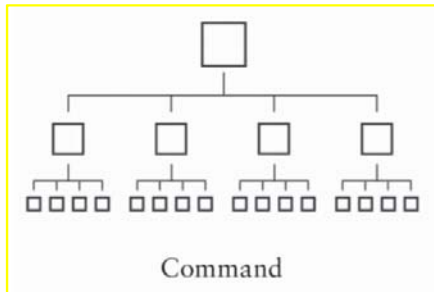
➤ *Zeit für Gespräch oder Besinnung!?*



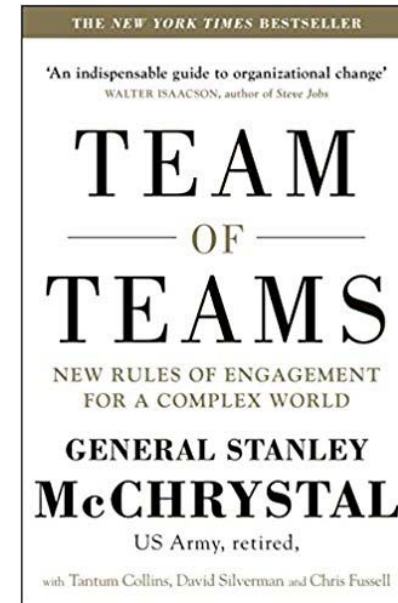
Patientenversorgung ist Teamarbeit

PatientSafe Network

implementing effective safety solutions



<https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>



***„Mehr Arzt
und weniger Medizin
ist für alle
das Beste!“***

(GJ)



Die Ära der Gesundheitsökonomien ist vorbei

Mengen- und Kostensteuerung ist „out“:

Kontraproduktiv, fehlsteuernd (Mindestmengen), untergräbt die Glaubwürdigkeit des Systems, produziert Misstrauen, Bürokratie, Verschwendung, burn out und De-Professionalisierung

„Werteorientierung“ ist „in“:

Primäre Erwartung des Patienten und intrinsische Motivation der Ärzte u.
a. Gesundheitsberufe, effizient, effektiv, human



**Die Grundlage unseres Berufes ist die bedingungslose
Zuwendung zum Patienten.**

Empathie, Humanismus, ärztliche Ethik

Die Instrumente sind

- ***evidenzbasierte Medizin*** als Voraussetzung der Glaubwürdigkeit unseres Handelns
- ***narrative Medizin*** als Grundlage des Verstehens und des Verstanden-werdens
- **das Annehmen der neuen Rolle als „Teamleader“.**

„Medicine, even at its scientific best, is a social act.“

Davidoff, Philadelphia 1996



Die Ärzteschaft (weltweit) muss sich entscheiden, ob sie „Koch“ oder „Kellner“ sein möchte.

Die „Freiheit des Arztberufs“ beweist sich auch darin, wie diese Freiheit zum Wohle der Gesundheitsversorgung/des Systems angewandt wird.





Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»

Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Bericht einer ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie
der fünf Medizinischen Fakultäten

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2004



**„Die gesundheitspolitische Diskussion
gewinnt der, der glaubhaft
Anwalt der Patientenversorgung ist“**

EH

Herzlichen Dank
g.jonitz@aekb.de

