

Die Kunst der Gegenwart besteht in dem Spagat zwischen Vergangenheit und Zukunft (B. Lembcke)

„Der Arzt soll sagen, was vorher war, erkennen, was gegenwärtig ist, voraussagen, was zukünftig sein wird.“ Dieses Zitat des Hippokrates kennzeichnet aufmerksame Wahrnehmung und präzises (gefühlsgesteuerte Mitbürger würden auch sagen: „schonungsloses“) Erfassen, analytisches Denken, und – als wertvollste Quintessenz dessen, was der Arzt vermag- einen Rat an den Patienten vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen und umfassenden Wissens als Kernbereiche ärztlichen Handelns.

Hippokrates' Worte könnten sich durchaus auch anbieten für eine Abschiedsrede, beruhen aber auf einer nahezu religiös uneingeschränkten Selbstbestimmung ärztlichen Handelns und sind daher ungeeignet, Gedanken zum Wirken eines Klinikarztes zu formulieren, das in fast allen Bereichen maßgeblich von vorgegebenen Arbeitsbedingungen durch politische, ökonomische, räumliche und planungs-bedingte Faktoren abhängig ist. Was bleibt, ist der Gestaltungsspielraum. Dessen Besonderheit besteht darin, dass es keine Besonderheit mehr gibt: er ist deutlich klarer nach innen gerichtet, den Rahmen füllend, als nach außen, den Rahmen der Möglichkeiten erweiternd. Damit unterscheidet sich die leitende Funktion eines Klinikarztes heute weitgehend nicht mehr von der eines Behördenleiters. Barcode statt ärztlichem Kodex. War das so, ist das so, oder kommt das so ?

Für mich bestanden durchaus inhaltliche Gestaltungsräume, für die ich dankbar bin und die ich gern genutzt habe. Die Antwort allgemein wird aber wohl lauten: ja, das ist so, Tendenz steigend. Dennoch gibt es Spielräume, wobei „Spiel“ einen falschen Eindruck vermittelt. Die (unverzichtbare) fundamentale Überzeugung von der Notwendigkeit und Richtigkeit eigenen ärztlichen Tuns resultiert aus den frühen eigenen ethisch-moralischen Grundüberzeugungen, der medizinischen Aus- und Weiterbildung und Sozialisation sowie dem permanenten *feedback* aus eigenen Erfahrungen hinsichtlich Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Fehlschlägen. Allesamt Vorgänge, die die eigene Person zutiefst berühren, teilweise erschüttern, und damit die Persönlichkeit formen. Dabei ist diese fundamentale Überzeugung nicht festgeschrieben; sie unterliegt der ständigen Überprüfung und lässt Korrekturen zu (das nennt sich dann Erfahrung). Damit ist Medizin immer individuell, ein Aspekt, der gern betont wird im Zusammenhang mit Befindlichkeit, Befund und Behandlung des einzelnen Patienten. Individualität ist aber auch ein Charakteristikum chefärztlicher Führung, sei es unter dem Aspekt inhaltlicher Schwerpunkte, des Führungsstils, persönlicher Interaktion mit Patient und Personal, aber auch –erstaunlicherweise- dem ärztlichen Zugang zur Diagnose oder Präferenzen der Therapie. Die Fokussierung des Patienten auf seinen individuellen Krankheitsverlauf besagt nicht, dass diesem nur in einer objektiv richtigen diagnostischen oder therapeutischen Weise begegnet werden kann. Einfach ausgedrückt: mehrere Wege führen nach Rom, und das ist ein Grund, warum sich ein chefärztlicher Führungswechsel immer auch positiv auf Patienten und Mitarbeiter auswirkt. Die Basis dessen ist aber Kontinuität in der ärztlichen Qualität. Deren Verkörperung ist abhängig von der Größe einer Klinik. In kleinen Abteilungen steht und fällt die Qualität mit der ärztlichen Präsenz des Chefarztes. In mittelgroßen Kliniken –so auch hier- stellen die Oberärzte das tragende Element der Patientenversorgung dar, in Universitätskliniken die Riege der erfahrenen „Altassistenten“.

Wie bitte ? Die Oberärzte für die „Pflicht“, der Chef für die „Kür“ ? Ist das die Rolle des Chefarztes? In einer Fußball-begeisterten Region (der genuine Gladbecker ist Schalker) könnte eine plausible Antwort lauten: sie ähnelt der des Trainers. Akzeptiert durch den eigenen Werdegang und Erfolge; allerdings: nicht schneller als die Außen, nicht agiler als die Mittelfeldspieler und sicher mit weicheren Knochen als die Abwehr. Aber mit mehr Überblick, Erfahrung, mehr strategischen und

kreativen Möglichkeiten in der Ausrichtung einer geschlossenen und dennoch pluralistischen Mannschaft. In der Medizin kommen weitere Aspekte hinzu: eigene Präsenz auf dem Platz und der Anspruch an qualitative Standards verbunden mit einer Vorbildfunktion hinsichtlich Einsatzbereitschaft und der Fähigkeit zur fortwährenden Weitergabe medizinischen Wissens. Aber: „*Mit dem Wissen wächst der Zweifel*“ (Goethe). Manch ein Mitarbeiter vermag in dergleichen Förderung nur Forderung zu erkennen, mitunter sogar Überforderung. Die Bereitschaft, sich als junger Arzt derart dem Beruf zu widmen, ist heute begrenzt. Auch die Medizin prallt auf eine Generation Y. Oder, wie es der Präsident der Ärztekammer sinngemäß einmal stimmig überzeichnend formulierte: „*Die jungen Ärzte setzen sich engagiert und vorbehaltlos für ihre Patienten ein, - Montag bis Freitag von 8 -16 Uhr*“. Attraktivität des Arbeitsplatzes ist daher eine unabdingbare Voraussetzung, ärztliche Funktionalität in der Sichtweise von Patienten und Mitarbeitern (Kontinuität in der Präsenz, Passion in der Berufsausübung und Kraft als Voraussetzung zur Konzentration auf menschliche Medizin) zu ermöglichen und zu fördern.

Form follows function ist ein Axiom guten Designs. Während ärztliche „*function*“ einer ständigen und rasanten Entwicklung in der Medizin gefolgt ist, hinkt „*form*“, d.h. die erkennbare faktische, räumliche und atmosphärische Wertschätzung der damit verbundenen Arbeit jedoch gnadenlos hinterher. Übertreibung ? Nehmen wir das einmal Bild der jungen Justizassessorin oder Volkswirtin, die im Rahmen ihrer Sprechzeiten nach Terminvereinbarung in ihrem Büro eine belastbare Auskunft erteilt. Erscheinungsbild: professionell, gepflegt, ausgeruht, die Seriosität der Auskunft unterstreichend. Das ärztliche Pendant ? Kurvt atemlos über die Station, um vielfältigen Ansprüchen zeitnah oder zeitgleich gerecht zu werden, ist körperlich und geistig im Dauereinsatz, schwitzend aufgrund dieser Anstrengungen, die eigene Erscheinung jederzeit medizinischen Prioritäten oder auch nur tyrannischen Ansprüchen unterordnend, ohne Chance, dies planbar ändern zu können. Ein eigenes Zimmer zum Diktieren, ungestörten Sichten von Unterlagen, zur Entwicklung von Gedanken oder Fragen bei komplexen Sachverhalten, zum Durchatmen sowie für vertrauliche Patienten- oder Angehörigengespräche und mit einem Spiegel zur eigenen Reflexion? Keine Realität. Nur ein sehr ernstzunehmender Gedanke.

Die hier beispielhaft beleuchtete Szene steht für einen Komplex, der die Tätigkeit als Chefarzt in den letzten 15 Jahren nachhaltig geprägt hat. Man mag sich wundern, dass die fünf internistischen Chefärzte, die seit Gründung des St-Barbara-Hospitals vor 120 Jahren in Gladbeck wirkten, so unterschiedlich lange tätig waren. Es fällt schwer, nicht anzunehmen, dass die Aufgaben in der Gründungsphase, im ersten Weltkrieg, in der Besatzungszeit oder im und nach dem zweiten Weltkrieg wesentlich größer und substantieller waren, als eine Klinik unter den heutigen Bedingungen zu leiten. Während die damaligen Schwierigkeiten aber offenkundig und für jeden nachvollziehbar sind und von parallelen Entwicklungen in der Gesellschaft begleitet wurden, zudem die Unterstützung medizinischer Belange dennoch Priorität genoss, fallen in die vergangenen zwei Jahrzehnte gravierende Umwälzungen zu Ungunsten medizinischer Erfordernisse, die kaum das Bewusstsein der Öffentlichkeit erreicht haben. Von der „Ärztenschwemme“ (welch anmaßende Respektlosigkeit) zum Ärztemangel (und Pflegenotstand), von tagesgleichen Pflegesätzen zum DRG-Festpreissystem (mit deutlichen Einbußen durch strukturelle Vorgaben), von der Qualifikation des breit weitergebildeten Internisten zum Spezialisten ohne Bodenhaftung in der ganzheitlichen Medizin (Konsequenz: Halbierung der Summe der Erfahrungen im Assistentenbereich), von der graduellen Förderung und Entwicklung junger Universitätsabsolventen vermittelt eines Referendariatsstatus (völlig missglückt als AiP-Jahr bezeichnet) zum Volleinsatz von Anfang an, und dies verbunden mit einer unzureichenden Stellenplankalkulation, von der Generation Golf zur

Generation Y, die Zunahme von Demenzerkrankungen, die erstmals im Krankenhaus auffällig werden, die drastische Abnahme der Verweildauer sowie von einer tragfähigen Kostenübernahme etwaiger Gehaltssteigerungen bei den Personalkosten durch die „Kostenträger“ zu einer diskreten nur partiellen Übernahme dieses Anteils mit der unausweichlichen und vorhersehbaren Folge wirtschaftlicher Schieflage bei den meisten Kliniken in Deutschland. Die direkte oder indirekte Acquire kompensatorischer Ressourcen bei den Mitarbeitern wird niemand als Förderung von Qualität oder Motivation begreifen wollen; sie ist Teil des *brain drain*, d.h. der Abwanderung der besten Köpfe. Kostenteilträger würde den Sachverhalt ebenso treffen wie das Selbstverständnis der angesprochenen Institutionen. Und die Politik? Sie wird ihrer Verpflichtung zu angemessener Ausstattung und Weiterentwicklung seit 20 Jahren nicht gerecht, völlig unabhängig von Couleur oder Region.

Neben der Ebene medizinischen Handelns, an deren Qualität wir uns gern messen lassen wollen, ärztlicher Aktion, hat Medizin heute also umfänglich Kriterien einer zweiten Ebene zu befriedigen, Reaktion auf extrakorporale Systemschäden. Adenauers Erkenntnis: *„Wir müssen vieles ändern, damit alles so bleibt wie es ist“* spiegelt *tempi passati* wider. Es bleibt besser nicht so wie es ist. Wenn nicht ein Rückschritt, so doch eine Rückbesinnung könnte hier Fortschritt sein. Wann etwa waren Patienten, Politik, Medizin und Krankenkassen gleichermaßen zufrieden? Einerseits mag man fragen „zufrieden?“ -was ist das ? In einer Epoche, die sich unaufhaltsamen Fortschritt und permanente „Reformen“ (quasi als Selbstzweck) auf die Fahnen geschrieben hat, klingt „Zufriedenheit“ schon fast wie Krankheit. Andererseits gab es diese Stimmigkeit aber durchaus, etwa Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre. Was ist seitdem schiefgelaufen? Das *Wir* ist verloren gegangen, - zusammen mit der gelegentlich kantigen Individualität einer unbeseelten Standardisierung und Professionalisierung geopfert. Wir heute, wir leben entsprechend vielleicht zu sehr im Kleingedruckten. Das macht mickrig. Den Schwung der großen Linien des Lebens erkennen wir nicht mehr, nachdem die großen Daseinssorgen weitgehend überwunden sind. Es fehlen Rückbesinnung, Vorausschau, Dankbarkeit für das Erreichte und –klingt außerhalb der Kirchen ungewohnt und pathetisch- die Akzeptanz göttlicher Gnade. Würden wir Demut unter dessen Größe empfinden, wären wir nicht klein, nicht mickrig, sondern Teilhaber von Größe. Wir wären nicht Weltmeister, nicht Papst, wir wären Geschöpfe und geerdeter Teil von Gott. Aber wir ziehen es vor, uns in dem, was wir für den Aufklärungsbogen des Lebens halten, an Kleingedrucktem zu verlieren. Offenbar muss man Leben wieder erlernen. Die Antwort auf „Wie geht es Ihnen ?“ sollte durchaus häufiger „prächtig“ lauten, denn als Aufforderung zur Nörgelei über Befindlichkeitsstörungen aller Art verstanden werden. Prof. Dr. mult. H.E.Bock, einer der Nestoren der Inneren Medizin, hat auf diese Frage im Alter von 100 Jahren übrigens geantwortet: *„Es gäbe viele Gründe zu klagen, aber wir haben kein Recht dazu“*.

Wer Verantwortung trägt, der sucht auch Antworten. Es bedarf großer Veränderungen, um zu dem zurückzufinden, was nicht nur der Medizin Anerkennung und Größe verliehen hat. In Frankfurt steht es ebenso freundlich wie radikal seit 1880 in der Front der Alten Oper: „Dem Wahren, Schönen, Guten“.

Wie dort sind auch am St. Barbara-Hospital bauliche Zeugen in den vergangenen 15 Jahren sichtbarer Ausdruck stetigen gemeinsamen Bemühens um spürbare Verbesserungen gewesen: neben dem Neubau der Station 24 und Renovierungen der internistischen Stationen 21 (danach der Urologie zugeordnet) und 31 sowie optischen Aufhellungen im Aufnahmebereich ist insbesondere die Umsetzung der Endoskopie-Einheit und des funktionsdiagnostischen Traktes vorbildlich zu nennen. Ausstattung und Funktionalität der Endoskopie sind erstklassig; Konsequenz: a) ein passioniertes,

engagiertes und viel gelobtes Team einerseits und b) maximale Kapazitätsauslastung, Ausdruck hervorragender Motivation und Akzeptanz. Ausbaufähig. Auch die kardiopulmonale Diagnostik einschließlich der intensivmedizinischen Betreuung verdient Bestnoten und die abdominale Ultraschalldiagnostik konnte Maßstäbe setzen, die auch im internationalen Vergleich bestehen können. Viel wichtiger: ein konstant hohes Niveau verbindet jeden Höhepunkt. Will sagen: Ausdruck dieser Qualität sind auch die individuellen Erfolge, z.B. wenn Mitarbeiter eine Fallvorstellung oder einen Vortrag sachgerecht präsentieren und dabei ungewohntes Terrain betreten, sei es im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen oder einer Tagung. Dies sind wichtige Aperçus auf dem Boden unserer täglichen Arbeit, einer Dienstleistung, die sich getrost als *Dienst durch Leistung* beschreiben lässt und deren Kontinuität motivierter, handverlesener Mitarbeiter bedarf, die sich in vielfältiger Weise um die Qualität in der Klinik für Innere Medizin verdient machen bzw. gemacht haben. Ihnen allen gebührt mein herzlicher Dank.