

Ärztliche Leitlinien – Weiterentwicklung oder Apoptose?

Bericht über eine Tagungsveranstaltung der Universität Bremen

von **Ulrich Smentkowski**

Mit dem Thema „Ärztliche Leitlinien: Empirie und Recht professioneller Normsetzung“ beschäftigte sich am 8. und 9. Oktober 1998 eine Tagung des von Prof. Dr. jur. Hart geleiteten Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen. Dabei standen Ziele und Empirie der Normsetzung durch Leitlinien in der Medizin, deren Implementation in die ärztliche Praxis sowie Haftungs- und sozialrechtliche Fragen ärztlicher Leitlinien auf der Tagesordnung.

Beträchtliche Meinungsunterschiede

Die interdisziplinäre Diskussion dieser Fragen durch Ärzte, Juristen und Sozialwissenschaftler förderte – vor allem innerärztlich – divergierende Auffassungen über die Sinnhaftigkeit und Bedeutung von Leitlinien zutage.

Die Vorträge der ersten Abteilung versuchten, Ziele, Normsetzungsprozesse und Implementation von Leitlinien in der Medizin transparent zu machen. Als äußeren Anlaß für die Erstellung ärztlicher Leitlinien markierte Professor Dr. Vosteen, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), einen den medizinischen Fachgesellschaften im Jahre 1993 erteilten Auftrag des Sachverständigenrats der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, für typische Krankheitsbilder und Standardsituationen Leitlinien ärztlichen Handelns aufzustellen, die dem Arzt eine Hilfe sein und dem Gesundheitsökonomem besse-

re Transparenz vermitteln sollten. Seither seien, so Vosteen, von den in der AWMF organisierten Fachgesellschaften z.Zt. 552 im Internet veröffentlichte Leitlinien entwickelt worden, die bereits über 500.000 mal abgerufen worden seien. Zielsetzung von Leitlinien sei es, so Vosteen weiter, nicht verbindliche Handlungsempfehlungen zu geben, was im typischen Behandlungsfall notwendig, nützlich und allgemein wissenschaftlich anerkannt sei. Diese Empfehlungen sollten zwar grundsätzlich befolgt werden, ein Abweichen sei im Einzelfall aber nicht nur möglich, sondern je nach den Umständen der konkreten Behandlungssituation sogar dringend geboten. Vosteen hob hervor, wie wichtig ein breiter innerprofessioneller Konsens für die Akzeptanz von Leitlinien sei. Dieser werde durch das methodische Vorgehen einerseits, aber auch dadurch erreicht, daß wirtschaftliche Überlegungen grundsätzlich außer Betracht blieben und – ungeachtet der mit der Leitlinienerstellung verbundenen hohen Kosten – auf ein „Sponsoring“ durch Interessenvertreter jeglicher Art verzichtet werde. Vosteen räumte aber ein, daß aus Leitlinien durchaus ökonomische Fragen resultieren könnten.

Evidenzbasiertes Wissen maßgeblich

Wie bereits sein Vorredner bekräftigte auch der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Professor Dr. Hartel, in seinem Übersichtsvortrag über die bisher von seiner Fachgesellschaft

veröffentlichten Leitlinien, daß bei deren Formulierung an erster Stelle das evidenzbasierte ärztliche Wissen stehe, wie es insbesondere in der einschlägigen Fachliteratur zu ermitteln sei. Auf verlässliche kontrollierte Studien könnten Leitlinien aber nur in 10 bis 20 Prozent der Krankheitsbilder zurückgreifen. Auf dieser Evidenzbasis erfolge die Verabschiedung eines Leitlinienvorschlags in einem mehrstufigen Verfahren unter Beteiligung einer großen Zahl von Experten des Fachgebiets in sog. Konsensus- und „Delphi“-Konferenzen und zuletzt durch Bestätigung der Leitlinie durch den Vorstand der wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Hartel warnte vor den Risiken, die von inhaltlich differierenden Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften zum selben Problemkreis ausgehen können. Zur Vermeidung derartiger Überschneidungen hielt er eine multidisziplinäre Weiterentwicklung von Leitlinien durch Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und eine Kooperation mit den Ärztekammern für wünschenswert.

Evaluierung und Anpassung an den Fortschritt

Auf die unbedingte Notwendigkeit einer sorgfältigen Evaluation und Aktualisierung implementierter Leitlinien wies Privatdozent Dr. Schott, stellvertretender Vorsitzender der Kommission „Qualitätssicherung in der Onkologie“ der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) besonders hin. Dieses Vorgehen

diene der Anpassung der Leitlinie an den medizinischen Fortschritt, insbesondere auch dem Abbau eventueller Widersprüche zwischen nationalen und internationalen Behandlungsstandards. Eine erste derartige Evaluation werde derzeit von der DKG in Zusammenarbeit mit der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover in einem Pilotprojekt am Beispiel des „Diagnostischen und therapeutischen Standards des Lungenkarzinoms“ durchgeführt, und zwar durch leitfadengestützte Interviews von Thoraxkliniken, onkologischen Abteilungen, Tumorzentren etc.

Zusammenarbeit mit den Selbstverwaltungskörperschaften

Die schon von Hartel angesprochene Zusammenarbeit zwischen der ärztlichen Selbstverwaltung und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften hielt auch Professor Dr. Ollenschläger von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

(ÄZQ), einer gemeinsamen Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, unter anderem deshalb für geboten, weil letztlich nur ärztliche Körperschaften autorisiert seien, Normen zu setzen. Er übte vor allem Kritik daran, daß die Qualität von Leitlinien häufig nicht beurteilbar sei, weil z.B. Angaben zu Nutzen und Kosten fehlten und die Belege für die ausgesprochenen Empfehlungen unzureichend dokumentiert seien. Die ärztliche Selbstverwaltung habe daher zur Förderung qualitativ hochwertiger Leitlinien eine sog. „Leitlinie für Leitlinien“, ferner eine „Checkliste“ zur Beurteilung der methodischen Qualität von Leitlinien entwickelt (*siehe Kasten*). Schließlich sei ein „Clearingverfahren“ installiert worden, dem die Aufgabe zukomme, Leitlinien von multidisziplinär zusammengesetzten Expertenkreisen anhand der „Checkliste“ zu bewerten.

Diesem Ansatz widersprach Vosteen in der anschließenden Diskussion. Er reklamierte die alleinige Kompetenz der wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Erstellung von Leitlinien und beurteilte die Entwicklung auch deshalb skeptisch, weil sie die Gefahr einer „Berufsausübungsaufsicht“ in sich berge.

Demgegenüber fand der Ansatz der ÄZQ Unterstützung bei fast allen anderen Referenten. Dr. Straub vom Verband der Angestellten-Krankenkassen sprach sich in seinem Vortrag „Leitlinien aus der Sicht der Kassen“ dafür aus, das Clearing-Verfahren rasch zu etablieren, um die zentrale Entwicklung valider Leitlinien zu fördern. Diese müßten zweckmäßigerweise in verschiedenen Versionen für Arzt und Patient öffentlich verbreitet und lokal adaptiert werden. Dabei nahm er nicht an, daß Leitlinien eine kostendämpfende Wirkung zukomme. Er sah ihre Funktion aber darin, einen Kompromiß in dem Zielkonflikt zwischen den Forderungen nach „angemessener Behandlung zu optimalen Kosten“ und „optimaler Behandlung zu angemessenen Kosten“

aufzuzeigen. In der Patienten/Arzt-Beziehung wies er Leitlinien die Rolle eines Informationsmediums zu, das zur Sicherheit beitragen und eine gemeinsame Entscheidung („shared decision making“) über den einzuschlagenden Behandlungsweg fördern könne.

Expertensysteme als alternative Lösung

Abweichend von den übrigen ärztlichen Referenten, die Leitlinien jedenfalls grundsätzlich für hilfreiche Instrumente auch der ärztlichen Qualitätssicherung hielten, bewertete Professor Dr. Kolkmann, bei der Bundesärztekammer zuständig für Fragen der Qualitätssicherung, den „euphorischen Eifer“ einzelner Fachgesellschaften bei der „inflationären“ Generierung von Leitlinien. Er vertrat die Meinung, Leitlinien würden häufig ohne gründliche Problemanalyse erstellt, gingen am Bedarf vorbei und könnten eine Gefahr für die ärztliche Therapiefreiheit bedeuten. Kolkmann favorisierte die Schaffung von interaktiven, EDV-gestützten „Expertensystemen“, die dem Arzt in der konkreten Entscheidungssituation mit ihren Dialog-, Erklärungs- und Wissensveränderungskomponenten bessere Problemlösungsansätze als Leitlinien bieten könnten. Leitlinien hielt er allenfalls als Übergangsbzw. Zwischenlösung für gegeben, solange die strukturellen Voraussetzungen für die Online-Nutzung von Expertensystemen noch nicht flächendeckend geschaffen seien.

Vor der ausufernden Leitlinienerstellung durch verschiedene Autoren, die nicht selten für die selben Fragestellungen nicht identische Lösungen böten, warnte auch Professor Dr. Porzsolt, Arbeitsgemeinschaft Klinische Ökonomik am Universitätsklinikum Ulm, in seinem Vortrag „Gesundheitsökonomische Aspekte von Leitlinien“. Er war überzeugt davon, daß der programmierte Untergang der Leitlinien – die „Leitlinien-Apoptose“ – drohe, wenn die Ärzteschaft lokale oder

Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“

1. Fragen zur Qualität von Leitlinienentwicklung

- Angabe der Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung
- Nennung der Autoren der Leitlinie
- Methodik der Identifizierung und Interpretation der Evidenz
- Technik der Formulierung der Leitlinienempfehlungen
- Angabe von Gutachterverfahren und Pilotstudien
- Kennzeichnung von Gültigkeitsdauer/ Aktualisierung der Leitlinie
- Hinweise auf die Transparenz der Leitlinienerstellung

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie

- Beschreibung der Ziele der Leitlinie
- Bezeichnung des Kontextes (Anwendbarkeit/ Flexibilität)
- Hinweise für Klarheit, Eindeutigkeit der Empfehlungen
- Angabe von Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnissen

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie

- Vorstellungen zur Verbreitung und Implementierung
- Techniken für die Überprüfung der Anwendung (nach Prof. Dr. Ollenschläger)

regionale Variationen von Leitlinien akzeptiere. Damit werde ein Zustand legitimiert, der durch die Leitliniendiskussion gerade beendet werden sollte. Wie bereits Kolkmann empfahl er, auf Handlungsempfehlungen zu verzichten und diese durch eine „Leitlinien-Basis“ zu ersetzen. Diese nenne, gewichte und bewerte Daten zur wissenschaftlichen Evidenz, Effektivität und Effizienz aller gängigen Methoden zur Lösung eines Problems und befähige den Arzt so zu einer individuellen Selektion der besten fallbezogenen Lösung. Gegen diesen Ansatz wurde in der Diskussion eingewandt, ob der einzelne Arzt ein solches Angebot tatsächlich praktisch nutzen könnte und ob nicht ein schneller Zugriff auf in Leitlinien angebotene reduzierte Wahlmöglichkeiten den Bedürfnissen besser gerecht werde.

Evidenz, Transparenz, Konsens

Im zweiten Abschnitt wurden spezielle Fragen der Empirie der Normsetzung und der Implementation von Leitlinien erörtert. Professor Dr. Dr. Raspe vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Lübeck betonte, daß Leitlinien nur auf Evidenzbasis legitimiert würden und normative Bindungswirkung beanspruchen könnten. Nicht nur empirische Belege für die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Empfehlungen, sondern auch der Nachweis, daß die Anwendung von Leitlinien zur Optimierung von Behandlungsprozessen und -ergebnissen führt, müßten erwartet werden. Als Legitimierungsprinzipien nannte er – wie zuvor schon andere Referenten – die Gründung von Leitlinien auf transparente Ergebnisse der evaluativen klinischen und Versorgungsforschung, Konsensusprozesse innerhalb der die Leitlinien entwickelnden Gruppen, „Abnahme“ von Leitlinien durch Organe der ärztlichen Selbstverwaltung und der Krankenkassen sowie Veröffentlichung, Diskussion und Akzeptanz.

Transparenz bezeichnete aus medizinsoziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht auch Professor Dr. Badura, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, als ein zentrales Interesse aller im Gesundheitswesen Beteiligten. Das Privileg der ärztlichen Therapiefreiheit sowie der Selbstverwaltung und -kontrolle beruhe auf dem Vertrauen der Bevölkerung in das wissenschaftliche Fundament und die „Dienstleistungsethik“ ärztlichen Handelns. Die Ärzteschaft dürfe deshalb bei ihrem Bemühen, durch Leitlinien als Entscheidungshilfen das eigene klinische Handeln zu rechtfertigen, nicht das Ziel eines partnerschaftlichen Arzt/Patientenverhältnisses aus dem Auge verlieren, um nicht einen Vertrauensverlust hinnehmen zu müssen. Mit Raspe sprach er sich für eine Beteiligung von Patientenvertretern bei der Erstellung professioneller Leitlinien aus, wobei allerdings die Frage, wie man sich eine derartige Beteiligung vorzustellen habe und wie welche Vertreter der Patientenseite zur Wahrnehmung legitimiert würden, unbeantwortet blieb.

Implementation von Leitlinien in die Praxis

Im abschließenden Vortrag dieser Abteilung beschäftigte sich Dr. Berndt, Abteilung Allgemeinmedizin im Arbeitsbereich Qualitätsförderung der Medizinischen Hochschule Hannover, mit den Voraussetzungen der erfolgreichen Leitlinienimplementation. Was notwendig ist, damit Leitlinien die Beteiligten erreichen, von diesen akzeptiert und umgesetzt werden, erläuterte er exemplarisch an einer noch nicht autorisierten Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). Anhand dieses Leitlinienentwurfs seien zur Unterstützung der Implementation fünf Prototypen von „Informationsmodulen“ entwickelt worden:

- eine Leitlinie in der Langversion,
 - eine Leitlinie in Kurzversion,
 - ein Telefonleitfaden für Arzthelferinnen und -helfer,
 - allgemeine Patienteninformationen und
 - spezifische individuelle Patienteninformationen („Infozept“).
- Demnächst seien Fertigstellung, Autorisierung und ein Praxistest geplant.

Leitlinie und Standard

Der zweite Tag war haftungs- und sozialrechtlichen Fragen ärztlicher Leitlinien gewidmet. Professor Dr. Hart führte in die Thematik ein und vertrat die Auffassung, daß Leitlinien ihre Funktion einer Sicherung der Behandlungsqualität und damit auch der rechtlichen Entscheidungsqualität nur erfüllen können, wenn sich die Medizin und ihre professionellen Institutionen über die notwendige formale und sachliche Harmonisierung von Leitlinien verständigten. Er definierte das Verhältnis des Standards zur Leitlinie wie folgt: „Leitlinie und Standard sollen übereinstimmen: Die Leitlinie stellt den Standard zum Zeitpunkt ihrer ‚Verabschiedung‘ fest.“ Allerdings könnten Standard und Leitlinie auseinanderfallen, wenn Erkenntnisfortschritte noch nicht in der Leitlinie berücksichtigt seien. Hieraus ergebe sich die Notwendigkeit permanenter Überprüfung der Leitlinie, d.h. einer „dienstleistungsbezogenen Nachmarktkontrolle“. Eine Leitlinie könne dort, wo kein Standard existiere, auch einen „Standard für gutes Versuchshandeln“ festlegen, der sich auf Indikations- und Fragen der Methodik beziehe. Immer bedürften Standard und Leitlinien der Anwendung im Einzelfall.

Haftungsimmunisierung bei Befolgung von Leitlinien?

Hinsichtlich der rechtlichen Wirkungen von Leitlinien ging Hart davon aus, daß der rechtliche Standard dem medizinischen, mithin grund-

sätzlich auch der Leitlinie folge. Dies könne jedoch nur für solche Leitlinien gelten, die dem „haftungsrechtlichen Transparenzgebot“ folgend Qualitäts- und ökonomische, d.h. Rationierungsfragen nicht untrennbar miteinander vermischen. Eine Leitlinie, die dieses Trennungsgebot vernachlässige, sei haftungsrechtlich unbrauchbar. Hart ging in diesem Zusammenhang davon aus, daß Rationierungsfragen als „Systemfragen“ der sozialen Sicherung im Haftungsrecht nicht anders entschieden werden dürften als im Sozialrecht. Folglich dürfe das Haftungsrecht grundsätzlich nicht fordern, was das System aus allgemeinen Gründen verweigere. Allerdings dürfe bei der Ermittlung des haftungsrechtlichen Standards eine „Entwicklungslücke“ des Sozialrechts auch nicht zu Lasten des Patienten gehen. Im Falle eines gesetzlichen Leistungsausschlusses nahm er darüber hinaus eine Verpflichtung des Arztes an, über vorhandene bessere, ggf. privat zu versichernde Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu informieren.

Unter Umständen könne sich, so Hart weiter, für den Arzt, der entsprechend der Leitlinie gehandelt habe, eine „Haftungsimmunisierung“ ergeben. Ihm könne prinzipiell kein Behandlungsfehlervorwurf gemacht werden. Ein Abweichen von der Leitlinie führe hingegen in ein Behandlungsfehlerrisiko und sei begründungs- und damit auch dokumentationspflichtig. Schließlich könne die Leitlinie für die Frage des groben Behandlungsfehlers bedeutungsvoll werden. Leitlinien komme deshalb eine Rationalisierungsfunktion für die Feststellung eines Behandlungsfehlers zu. Sie könnten insofern auch zur Qualitätskontrolle der rechtlichen Entscheidung beitragen.

Beweisrechtliche Relevanz im Haftungsprozeß

Mit diesen Bewertungen stimmte auch Dr. Dressler, Richter am

Bundesgerichtshof und Mitglied des für Arzthaftungssachen zuständigen 6. Zivilsenats, grundsätzlich überein. Er wollte allerdings nicht von einer „haftungsimmunsierenden“ Wirkung von Leitlinien sprechen, die in der gerichtlichen Praxis im übrigen bisher noch keine entscheidende Rolle gespielt hätten. Die Einhaltung einer Leitlinie könne aber bei der Frage eines Behandlungsfehlers eine Indizwirkung für pflichtgemäßes ärztliches Handeln ebenso haben wie die Nichteinhaltung die Vermutung für ärztliches Fehlverhalten nahelege. Letztlich komme es aber immer auf die Ermittlung des im konkreten Einzelfall zu fordernden Standards an, die in der Regel Aufgabe des gerichtlich bestellten Sachverständigen sei. Insofern könnten Leitlinien dem Gericht aber eine Verständnis- und Orientierungshilfe auch für die rechtliche Würdigung des Sachverständigengutachtens, bei der Klärung hierin enthaltener Widersprüche oder von Einwendungen der Parteien geben. Dressler bezweifelte indes, daß behandlungsfehlerhaftes Abweichen von Vorgaben einer Leitlinie zu Beweiserleichterungen für den Patienten hinsichtlich des Kausalitätsnachweises für den geltend gemachten Schaden führen könnten, wie dies in anderen Bereichen, z.B. bei Verstoß gegen Unfallverhütungsvorschriften oder technische Normen der Fall sein könne. Dressler sagte, einer solchen grundsätzlichen Rechtsfolge eines Leitlinienverstößes dürften die Besonderheiten medizinischer Behandlung, namentlich die unwägbareren Reaktionen des menschlichen Organismus auf das Therapiegeschehen, entgegenstehen.

Zur Frage der Konkurrenz zwischen Sozialversicherungs- und Haftungsrecht führte Dressler aus, daß der zivilrechtliche Haftungsmaßstab im Rahmen des Rechtsgüterschutzes eigenständig zu bestimmen sei. Soweit Leitlinien ohne Abstriche am medizinisch zu fordernden Standard neben der Qualitätssicherung auch Wirtschaftlichkeits-

überlegungen mit dem Ziel berücksichtigten, von mehreren Vorgehensweisen die wirtschaftlich günstigste zu bevorzugen und Überflüssiges zu vermeiden, seien Konflikte mit der richterlichen Beurteilung der Pflichtenlage im Arzthaftungsprozeß sicher nicht zu befürchten. Dem gegenüber könnten Leitlinien, die zu einer Rationierung der medizinischen Versorgung im Sinne einer Unterschreitung des geltenden Standards führten, vom Haftungsrecht nicht akzeptiert werden.

Untergesetzliche Normgebung durch sozialrechtliche „Leitlinien“

Im abschließenden Teil wurden Fragen sozialrechtlicher, d.h. in Verfahren staatlicher Normsetzung aufgestellter „Leitlinien“ ärztlichen Handelns behandelt. Dr. Engelmann, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht in Kassel, erläuterte die Prinzipien der sogenannten untergesetzlichen Normgebung, wie sie sich durch Normsetzungsverträge (z.B. Bundesmantel-, Gesamtverträge, Prüfvereinbarungen), Richtlinien (z.B. nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V) etc. innerhalb der vom Gesetzgeber festgelegten Rahmenbedingungen des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts vollzieht. Bei der Ausfüllung dieses gesetzlichen Rahmens komme den sozialrechtlichen Leitlinien die Aufgabe zu, die für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung notwendigen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen vollständig und abschließend zu erfassen, ohne daß bisher die Fragen der verfahrensrechtlichen Anforderungen anhand verfassungsrechtlicher Maßstäbe geklärt seien. In diesem Zusammenhang bewertete Professor Dr. Pitschas, Hochschule für Verwaltungswissenschaften in Speyer, die Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen, über dessen Arbeit sein Vorsitzender, Staatssekretär a.D. Jung, vortrug, als „weithin rechtswidrig“. Der Auffassung von Pit-

schas, der das bestehende Rechtskonkretisierungskonzept des Gesetzgebers für verfehlt hielt und dem Bundesausschuß eine konsistente funktionale Legitimation zur Beschlußfassung absprach, mochte Jung indessen nicht beipflichten. Jung befürwortete im übrigen ebenfalls, Leitlinien, die auch der Bundesausschuß nutze, anhand der von der ÄZQ erarbeiteten „Leitlinie für Leitlinien“ bzw. der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ zu erstellen bzw. zu überprüfen.

Zusammenfassung

Ungeachtet der Meinungsverschiedenheiten stimmten die Beteiligten offenbar weitgehend darin überein, daß ärztlichen Leitlinien als einem wissenschaftlich begründeten und praxisorientierten Instrument professioneller Normsetzung eine wichtige Funktion dabei zukommt, „ärztliches Handeln auf Qualität und Sicherheit und jedenfalls mittelbar auf den Schutz von Patienten zu verpflichten“ (Hart). Über die bei der Generierung von

Leitlinien anzuwendende Methodik, die eine verbesserte Qualität und vor allem auch die Harmonisierung einer zunehmenden Zahl ärztlicher Leitlinien bezwecken sollte, besteht zwar noch kein Konsens. Einen erfolgversprechenden Ansatz sehen aber viele Beteiligte im Gesundheitswesen in den Maßnahmen der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätsförderung von Leitlinien. Auch die Diskussion um die Bedeutung von Leitlinien im Haftungs- und Sozialrecht steht noch am Anfang.

Glosse

Methoden zur Unterdrückung der Arbeitsmotivation - eine praktische Anleitung

von Jan Peter Theurich*

Die Liste der Möglichkeiten zur Unterdrückung der Arbeitsmotivation erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit, deckt aber einige wichtige Aspekte bezüglich der praktischen Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in Krankenhäusern ab.

Solidarität

Wichtig ist, generell eine Stimmung von Solidarität zu erzeugen. Wir wollten ja alle nicht das Arbeitszeitgesetz von 1994. Wir hätten es ganz gut bis 1996 mit 36-Stunden-Diensten ausgehalten, wenn jetzt nicht sanktionsdrohende Staatsdiener die Ruhe im Krankenhaus gefährden würden. Es ist auch bedeutsam, Ungerechtigkeit spüren zu lassen, zum Beispiel, daß der kleine Assistenzarzt ja ganz schön wenig verdient, wenn seine Mehrarbeit nicht mehr bezahlt wird und er vom Stundenlohn ja nicht einmal ein erfolgreicher Handwerker ist. Wenn der Assistenzarzt spürt, daß das Arbeitszeitgesetz ihn nicht schützt, sondern seinen Eigenheimbau gefährdet, sind wir auf dem richtigen Weg.

Gefühl

Bevor das solidarische Gefühl zu groß wird, muß ein bißchen Spaltung gesät werden. Einzelne Assistenten erhalten Sonderaufträge und werden „persönlich“ gebeten, „kurz“ mal zu schallen (>10 Patienten) oder „rasch“ die Intensivanordnungsbögen zu schreiben. Konkreten Bitten widersetzt man sich ja ungern und merkt erst später, daß man genauso weiter arbeitet, nur jetzt unbezahlt. Ein Gemeinschaftsgefühl mit Oberärzten wird leicht reduziert, wenn man diese auf die nicht mehr anwesenden Stationsärzte (einer krank, einer frei) mit einem fröhlichen „Sie müssen halt auch ihren Teil zur Stationsarbeit beitragen“ hinweist.

Verantwortung

Das Zauberwort heißt Verantwortung und will sagen, daß der gute Arzt gerne auf die rechtlich neu erworbenen Minimalruhezzeiten verzichtet, wenn es wirklich mal im klinischen Alltag immer täglich um die gleichen Zeiten ganz eng wird. Der Arzt ist eben kein Metzger, der 10 Minuten vor Ladenschluß kein neues Fleischstück mehr anschneiden will; er hat immer das Schuldgefühl (auch wenn 20 neue Aufgaben gerade entstanden sind), daß er es nicht geschafft hat und nachsitzen muß. Deshalb können die eigentlich Verantwortlichen auf nötige Reflexion verzichten. Dies führt zu Strebfreiheit und Gelassenheit auf der Führungsebene.

Förderung

Nötig ist unbedingt die Förderung opportunistischer Geister, die bei genauem Hinsehen bereits im Vorstellungsgespräch durch Gradlinigkeit in Blick und Aktenkofferkante ermittelt werden können oder später z.B. in der Funktions- oder OP-Planverteilung herausselektiert werden. Engagierten Chefärzten bietet sich die Mög-

lichkeit, den gesetzlich zustehenden Fortbildungsurlaub zum Geschenk für unentgeltliche Mehrarbeit einzusetzen. Kritischen Geistern sollte klar gemacht werden, daß kritisches Denken begrüßt wird, solange es die maßgeblichen Ansichten der Verwaltung bestätigt. Die Umdeutung des Wortes „Gewerkschafter“ zum Schimpfwort für Kollegen, die das Kürzel ÖTV nicht mal kennen, aber denen mal spontan ein Wort der Unzufriedenheit entwichen ist, bietet sich im Rahmen der Rechtschreibänderungen geradezu an. Urlaubspläne sollten nach law and order Manier verwaltet werden. Sie dienen als gutes Disziplinarinstrument, wenn nun Regeln wie „es kann immer nur einer weg wegen der Dienstbefreiung“ androhen lassen, daß der Lieblingsassistent den November mit seinen Kindern am Meer genießen darf.

Diskussion

Erhalten werden sollte das Tabu der Diskussion und die Maxime „es gibt keinen Pfennig Geld mehr für Personalkosten“. Das spart der Verwaltung Ärger bei den Kassenverhandlungen, obwohl diese zur Zeit im „Ärzte-TÜV“ neue Qualität der ärztlichen Versorgung für ihre Mitglieder einfordern. Eine klinikinterne Diskussion wird vermieden, wenn die Datenerhebung vermieden wird („wir sind doch keine Proletarier mit Stechuhr“). Die immensen Gesamtüberstunden der Assistenzärzte, die unbezahlt sind, bleiben somit im dichten Nebel der Vermutung. Auch durch verschiedene, nach Abteilungen getrennte Mausregelungen zur Umgehung der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes bleibt die gemeinsame Forderung und Lösungsfindung aus.

Dankbarkeit

Sollte es auf einer Station mal zu einsam werden für den übriggebliebenen Arzt oder die Pflegenden bzw. die Patienten, so sollte geschickt der Famulant oder Gastarzt aus dem Rock gezaubert werden. Der soll zeigen, daß es noch Dankbarkeit für die Chance des Tätigwerdens ohne Mittagessensanspruch gibt und helfende Hände den ertrinkenden Arzt im Meer der Blutentnahmen zu retten bereit sind. Hilft diese Krisenintervention nicht, so bleibt noch das psychotherapeutische Gespräch mit der Erwähnung vom „Paradies des öffentlichen Dienstes“ und die Sammlung von Patientenbeschwerden über den Arzt, der nie Muße und Zeit hat, als Unwerturteil über den Einzelnen. Scheidet ein Mitarbeiter aus Unzufriedenheit über seine Möglichkeiten, als Arzt gut für seine Patienten arbeiten zu können, freiwillig aus, so sorge man dafür, daß sein Name nie mehr erwähnt wird. Dieses diskrete Schweigen führt zu der Annahme, daß da etwas ganz Schreckliches geschehen ist, über das barmherzigerweise niemand mehr sprechen wird.

Nachdruck aus Soziales Gesundheitswesen 4 (1)'98.

* Jan Peter Theurich ist Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein