

Klinikstruktur im angloamerikanischen Raum – ein Reisebericht



Privatdozent
Dr. Hans Roland Dürr

Die orthopädischen Gesellschaften der drei deutschsprachigen Länder vergeben zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und zur Knüpfung engerer internationaler Beziehungen ein jährliches Fortbildungsstipendium für einen gemeinsamen, etwa sechswöchigen Besuch englischer, nordamerikanischer sowie kanadischer orthopädischer Zentren. Im Rahmen dieses ASG-Fellowship (Austria-Switzerland-Germany) hatte ich zusammen mit Privatdozent Dr. Dietmar Pierre König aus Köln, Professor Dr. Klemens Trieb aus Wien und Privatdozent Dr. Dieter Wirtz aus Aachen Gelegenheit, während einer Woche wesentliche orthopädisch/unfallchirurgische Kliniken in England (London, Oxford, Newcastle und Leeds) sowie über fünf Wochen Zentren in den USA und Kanada (San Francisco, Honolulu, Iowa, Rochester, Chicago, St. Louis, Pittsburgh, Boston und Toronto) zu besuchen.

Aufgrund der aus vielen Gründen zukünftig verstärkt anzunehmenden Mobilität ärztlicher Kollegen in der EG und weitreichender struktureller Veränderungen auch in unserem Gesundheitssystem, erscheint es sinnvoll, das angloamerikanische System näher zu betrachten. Dies geschieht hier naturgemäß aus der Perspektive eines Universitätsoberarztes, wobei jedoch in allen besuchten Ländern zum einen die Sonderposition der hiesigen Universitätskliniken wie auch die klare Abgrenzung zum Bereich der niedergelassenen Kollegen so nicht existiert.

Flache Hierarchien

Sowohl in England als auch in den USA und Kanada wurde unser System der Trennung von niedergelassenen Kollegen und Klinik hinterfragt. Bekannt ist hier lediglich als ausschließlich konservativ tätiger Arzt der General Practitioner (Allgemeinarzt) der neben einer zuweisenden Funktion an die Fachkollegen auch die Nachbehandlung der Patienten übernimmt, so sie nicht von den einzelnen



Abbildung 1: Warteraum der Orthopädischen Klinik, University of Iowa, Iowa-City, USA.

Sprechstunden an den Kliniken wahrgenommen wird. Im angloamerikanischen System findet die spezialisierte Behandlung durch Fachkollegen der Kliniken statt, die – anders als in unserem traditionell hierarchischen System – im Teamverbund mit Ergänzung ihrer Subspezialitäten und regelmäßigen Sprechstunden und OP-Tagen zum Beispiel die Orthopädische Klinik oder Abteilung des Krankenhauses bilden. Unabhängig hiervon ist die administrative Leitung der Abteilung, die in einigen Häusern sogar rotierend gelöst ist. An den Universitätskliniken wird der Lehrauftrag vergeben, der aber nicht zwangsläufig eine Position als Klinik- oder Abteilungsleiter beinhaltet. Dies führte in England aufgrund der limitierten Anzahl an möglichen selbstständig tätigen Klinikfachärzten zu erheblichen Engpässen in der Patientenversorgung. Konnte sich noch vor einigen Jahren eine Patientin der Fußsprechstunde bei Peter Briggs in Newcastle im zugesandten Termin im Jahr verirren, so sind heute Wartezeiten im Monatsbereich durchaus mit den unsrigen vergleichbar. Wartelisten für größere Operationen bestehen, Wartezeiten bei endoprothetischen Gelenkersatz von drei bis sechs Monaten werden jedoch als deutliche Verbesserung erlebt.

Strukturen

Auffallend war an vielen Stellen in Großbritannien der bauliche Zustand der öffentlichen Kliniken. Großambulanzen mit lediglich durch Vorhängen abgetrennte Patientenlie-

gen, saalartige Patientenzimmer und renovierungsbedürftige Gebäude kontrastieren hier vielerorts die fachlich herausragende Kompetenz der besuchten Kollegen. Aufgrund des hohen Grades an Subspezialisierung (im Bereich der Tumororthopädie gibt es zum Beispiel nur zwei größere Zentren in London und Birmingham) müssen die Patienten zudem oft lange Anfahrtswege ertragen. Vollerorts wird derzeit allerdings verstärkt investiert, ganze Kliniken auch im öffentlichen System neu gebaut. Privat zahlende Patienten haben in der Regel sowieso, zumindest für klassische Routineeingriffe, eine Reihe attraktiver Klinikoptionen.

Auf medizinischem Gebiet fiel uns vor allem die kurze Liegezeit der Patienten auf. Neben dem stark vertretenen Bereich ambulanter Operationen beträgt zum Beispiel die Liegezeit nach Hüftgelenkersatz weniger als eine Woche. Die Weiterbehandlung erfolgt ambulant wohnortnah durch den hausärztlich tätigen Kollegen.

Offenheit

Traditionell ist Großbritannien nicht nur für die Kollegen des Commonwealth ein Zuwanderungsland. Viele deutsche Assistenzärzte fanden in den letzten Jahren den Weg zur Ausbildung und teilweise späteren Facharztposition auf die Insel. Im Gespräch mit dem britischen Kollegen in führender Position der Fachärzteschaft wurde allerdings auch unter der Hand von vorherrschenden



Abbildung 2: Hochmoderner Operationsraum mit multimedialer Beobachtungsmöglichkeit durch Besucher. University of Pittsburgh, Medical Center.

Ängsten bezüglich der Kompetenz wahrscheinlich verstärkt zuwandernder Kollegen nach der aktuellen EU-Erweiterung berichtet.

Diskussionskultur

Über Frankfurt flogen wir dann weiter nach San Francisco zum diesjährigen Orthopädenkongress. Neben der schieren Masse von etwa 30 000 Teilnehmern fiel die diskussionsfreundige Sitzungsplanung auf. Zum Teil mehr als die Hälfte der Vortragszeit wurde hierfür vorgesehen. Die Diskussionsbeiträge waren zwar meist fair, aber durchaus hart in der Sache. Nicht zuletzt die hohe Kommerzialisierung mit zum Teil sehr enger Bindung einiger Kollegen an bestimmte Produkthanbieter mag hier zusätzlich beitragen.

Finanzierung

In San Francisco liegt der Anteil an HIV-positiven Patienten in der orthopädischen/unfallchirurgischen Routine bei 8 %, jener von Hepatitis-C-positiven bei ca. 30 %. Medizinisch finden sich in den USA viele Parallelen zum britischen System mit klassischer Aufteilung der Kliniken und Abteilungen in Subspezialisten, die fast ähnlich wie im deutschen Belegarztsystem agieren und individuell abgerechnet werden. Rechnungen erstellt dabei die Klinik für allgemeine Leistungen, Implantate und Medikamente, die persönliche Leistung des Arztes wird von diesem über seine Abteilung zusätzlich berechnet. Entsprechend seines damit erzielten Honorars erhält er einen Gehaltsbonus (meist der Großteil seines Einkommens) sowie die Möglichkeit, Zusatzpersonal (Sekretariat, Hakenhalter usw.) zu beschäftigen. Nicht zu-

letzt hierdurch verkürzen sich die möglichen Urlaubszeiten der Klinikkollegen deutlich. Einige Kliniken, zum Beispiel die Mayo-Klinik in Rochester, stellen den Operateuren sogar zeitlich unbegrenzt OP-Säle mit allem notwendigen Personal zur Verfügung, sodass der jeweilige Kollege seine Leistung individuell planen kann. Die Gesamtkosten für einen etwa vier- bis fünftägigen Aufenthalt zum Einbau einer Knieprothese addieren sich so beispielsweise zu 70 000 \$. Zwischen Rechnungsstellung und Honorareingang liegen allerdings Differenzen von teilweise mehr

als 50 %. Eine Deckelung der Budgetierung gibt es nicht. In einigen Häusern findet auch eine paritätische Verteilung dieser arzt- oder abteilungsbezogenen Mittel statt. Dieses führt zum Beispiel in Iowa-City zu einem Gesamtjahreseinkommen von etwa 200 000 \$ Anfangsgehalt und etwas über 300 000 \$ Gehalt der Seniors. Zusätzlich bestehen in einigen Fällen noch Beraterverträge mit Medizinprodukteherstellern.

Ausbildung

In Iowa existiert eine der größten orthopädischen Kliniken mit etwa 22 Facharztkollegen, mehr als 40 Assistenzärzten, fünf OP-Sälen, 6000 Eingriffen/Jahr und etwa 50 000 Patienten auf nicht mehr als 45 verfügbaren Betten. Hier lernten wir das perfekte Organisationssystem kennen. Nicht nur dass hier die Patienten im Wartezimmer (nicht mehr als 20 Minuten) am Bildschirm durch Berührung ihre eigene Anamnese erfassen, entlasten zusätzlich ein bis drei Sekretärinnen pro Facharzt diesen konsequent von jeglicher nicht-medizinischer Tätigkeit (Abbildung 1). Die Abteilung verfügt zudem zur Leistungserfassung und Rechnungslegung über einen eigenen Controllingbereich der von einem betriebswirtschaftlich versierten nichtärztlichen Senior geleitet wird. Die Ausbildung der Assistenzärzte (Residents) erfolgt dabei in einem streng formalen System, wie es uns auch in St. Louis erläutert wurde.

ANZEIGE:

Konkrete Unterstützung die Kosten spart, z. B.

Steuerberatungsleistungen

garantiert
mind. 20% günstiger
als Ihre jetzigen Konditionen

medconsult • dr. heberlein

Beratung & Organisation

medconsult - dr. heberlein Pfahlstraße 12a 91809 Wellheim
Tel.: 08 427 / 98 79 331 Fax: 08 427 / 98 79 330
info@medconsult-heberlein.de www.medconsult-heberlein.de

Zur Zulassung bewirbt man sich nach abgeschlossenem Studium für ein bestimmtes Ausbildungsprogramm an einer Klinik über eine USA-weite zentrale Organisation. Die Zulassung erfolgt dann anhand definierter Vorgaben wie Abschlussnote, Benotung des Vorstellungsgesprächs, Position der Abteilung auf der individuellen Wunschliste und weiterer Faktoren durch die zentrale Instanz. Die reguläre Arbeitszeit der amerikanischen Residents wurde kürzlich auf maximal 80 Stunden/Woche festgeschrieben. Dies führt an einigen Orten zu Engpässen. Generell wird diese Arbeitszeit eher über- als unterschritten. Das durchschnittliche Gehalt der Assistenten liegt dabei in der Regel bei etwa 50 000 \$. Nach dem ersten Jahr als „Intern“, das im Wesentlichen auf Station verbracht wird, rotieren die Residents durch die einzelnen Spezialgebiete. Neben Eingriffsassistenten (formal stets nur Assistenten, in der Realität jedoch anders) finden regelmäßige Weiterbildungen, geprüftes Eigenstudium und wissenschaftliche Betätigung statt. Die gesamte Ausbildung ist vom ersten Tag an strukturiert und kontrolliert. Einmal im Jahr findet ein USA-einheitliches Examen statt, das, angepasst auf dem jeweiligen Ausbildungsjahr geordnet, nach Fach und Ort der Ausbildung publiziert wird. Nicht nur die Position des eigenen Kenntnisstandes sondern auch die Position der Abteilung auf der landesweiten Liste ist so rasch erfassbar. Umgekehrt evaluieren die Assistenten abteilungsintern ihre Lehrer, deren Gehalt zum Teil hiervon abhängt. Nach fünf Jahren erfolgt die Facharztprüfung, die für alle, die nach 1986 abschlossen, auch alle zehn Jahre wiederholt werden muss. Ein Nichtbestehen dieser Prüfung bedeutet jedoch nicht die Unmöglichkeit selbstständig zu arbeiten und zu liquidieren, hat jedoch für die sehr zahlreichen Arzthaftpflichtprozesse Konsequenzen. Im Anschluss erfolgt dann meist eine ein- bis zweijähriger Fellowship in einer Subspezialität. Die Ausbildung ist auch angesichts der Arbeitszeiten und des für die USA und dem abgeschlossenen Studium eher unterdurchschnittlichen Gehaltes sehr hart, führt jedoch in nahezu 100 % zu einer gesicherten finanziell attraktiven Position als Senior in einer Abteilung.

Realität

In der Realität hatten wir einen sehr gemischten Eindruck. Morgensvisiten um 5 Uhr oder früher, um rechtzeitig zur Fortbildung aller ärztlichen Mitarbeiter um 6.30 Uhr anwesend zu sein und Arbeitszeiten bis in den Abend oder länger, führten dazu, dass man des Öfteren in einige nicht allzu wache Ge-

sichter blickte. Die private Situation wurde bei den häufigen Nachtdiensten während dieser fünf Jahre in persönlichen Gesprächen als anspruchsvoll beschrieben. Die theoretischen Kenntnisse der Kollegen sind zum Teil verblüffend. Es wird erwartet, dass bei Fallpräsentationen relevante Literatur zur Differentialdiagnose oder Therapie zitiert werden kann. Fallbesprechungen bei den aufgrund der Subspezialisierung fachlich sehr tiefgehenden (und zeitaufwändigen) OP-Besprechungen sind ausgesprochen produktiv und lehrreich. Das praktische Können erschien uns jedoch vergleichsweise eher unterdurchschnittlich.

Während uns in England die baulich oft sanierungswürdigen Gebäude auffielen, ergab sich in den USA der umgekehrte Eindruck. Zum einen gibt es hier erhebliche private Schenkungen (zum Beispiel 600 000 \$ für das neue Gonda-Building der Mayo-Klinik), zum anderen besteht aufgrund der offenen Budgets ein erheblicher Konkurrenzdruck. Die Serviceleistung der Krankenhäuser erreicht dabei in vielen Fällen Hotelqualitäten, wenn nicht Hotel und Krankenhaus sowieso eine enge Verflechtung eingehen. Die Kommerzialisierung führt gerade in sehr kompetitiven Bereichen zum Beispiel der Sportorthopädie zu hochspezialisierten Kollegen, die gezielt durch Assoziationen im Profisport, teilweise plakativer Werbung und aufwändigen Servicestrukturen nationale und internationale Patienten ansprechen (Abbildung 2).

Lehre

Bei der Studentenausbildung erlebten wir in den USA eine hohe Professionalisierung. Insgesamt ist die Anzahl von Studenten pro Abteilung deutlich geringer als in unserem System. Die Lehre ist zudem für die Universitäten ein Wirtschaftszweig mit eigenen Einnahmen und Ausgaben, die transparent nachverfolgt werden. Entsprechend finden sich teilweise hauptberufliche Ausbilder oder Kollegen, die ihre klinische Tätigkeit zugunsten von Zeit (und Einnahmen) für die Lehre reduzieren. Eine Übertragung in unser System ist dabei schon aufgrund der finanziellen und personellen Ausstattung der Lehre nicht möglich.

Zusammenfassung

Die wenigsten Unterschiede zeigten sich im fachlichen Bereich. Seitens der Ausbildung unserer Assistenzärzte nahmen wir sehr viele positive Aspekte mit, deren Verwirklichung durch das europäisch definierte Zeitbudget bei massiv reduziertem Personal in unseren



Abbildung 3: Vorratsschrank mit elektronischer Erfassung der entnommenen Artikel und sofortiger Zuordnung zum individuellen Patienten.

Häusern aber deutlich leidet. Seitens der Position der Fachärzte haben wir die Vernetzung vom niedergelassenen und klinischen Bereich im Sinne der kontinuierlichen Patientenbetreuung eher positiv erlebt. Insbesondere die konsequente und gleichrangige Subspezialisierung innerhalb der einzelnen Fächer trägt der Realität besser Rechnung als die teilweise durch hohe personelle Fluktuation geprägte Subspezialisierung an unseren Großkliniken. Sie führt aber auch zu Nachteilen zum Beispiel in der Ausbildung, die nur noch in Rotation oder an großen Zentren möglich ist. Seitens der Finanzierung des Systems fanden wir die kompetitiven und betriebswirtschaftlichen Aspekte in den USA durchaus interessant (Abbildung 3). Diese führen nicht zuletzt aufgrund der Transparenz der Ergebnisqualität (Pflicht zur Publikation von Qualitäts- und Leistungszahlen) zu besser aus- und fortgebildeten Ärzten, einer leistungsgerechten Entlohnung und attraktiveren Servicestrukturen für die Patienten.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. Hans Roland Dürr, Leiter Schwerpunkt Tumororthopädie, Orthopädische Klinik der LMU München, Standort Großhadern, Marchioninistraße 15, 81377 München