

Neue Herausforderungen für das klassische Arztbild

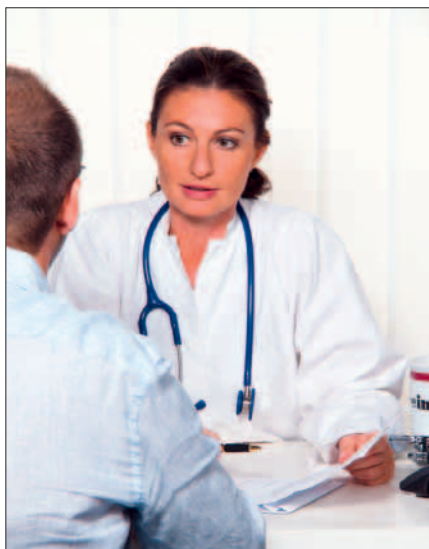
Mit immer ausgereifteren Methoden können Ärzte die Wünsche von Menschen nach mehr Schönheit, Leistungskraft und Ausdauer erfüllen. Doch welche Folgen hat das für das traditionelle Arztbild? Auf dem achten Rheinischen Kongress für Gesundheitswirtschaft in Köln diskutierten namhafte Experten aus dem Gesundheitswesen diese und weitere Fragen.

von **Bülent Erdogan-Griese**

Eine neue Nase zum Geburtstag, Botox gegen die faltige Stirn oder die Fett-weg-mit-dem-Sauger-Diät: In schöner Regelmäßigkeit machen die Reichen und Schönen mit dem Griff zum Katalog der Wunschmedizin in Gazetten und TV-Klatschformaten von sich reden. Und sie animieren insbesondere junge Frauen zur Nachahmung. Ein Teil der Ärzteschaft hat sich inzwischen auf das Gebiet der sogenannten Wunschmedizin spezialisiert – und trägt damit nicht nur zur neuen Nase oder der faltenfreien Stirn bei, sondern auch zu einer sich verändernden Wahrnehmung des Arztberufs in der Gesellschaft.

Darauf machte auf dem achten Rheinischen Kongress für Gesundheitswirtschaft an der Universitätsklinik Köln der Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, aufmerksam. Wesensmerkmal des Arztberufes als Freiem Beruf sei bislang, dass Ärzte der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung dienen. Hieraus resultiere auch die besondere Stellung der Ärzteschaft.

Dass eine steigende Zahl von Kolleginnen und Kollegen ihre Zukunft in einer nicht medizinisch indizierten Tätigkeit sucht, könnte nach Hoppes Befürchtung das Arztbild grundlegend verändern: „Ich glaube, dass diejenigen, die nur wunsch erfüllende Medizin machen, auf Dauer Gefahr laufen, zu Gewerbetreibenden zu werden“, sagte er bei dem zweitägigen Kongress, den das Institut für Medizin-



Menschen zu heilen und Leid zu lindern, bleibt auch künftig Kern ärztlicher Tätigkeit. Foto: Zoonar.com/Erwin Wodicka

Ökonomie & Medizinische Versorgungsforschung der Rheinischen Fachhochschule Köln veranstaltet.

Manch ärztliches Verhalten in diesem inzwischen immer stärker beworbenen Medizinbereich lasse sich nur schwer mit dem Berufsbild vereinbaren und könne zu einer Spaltung zwischen hauptsächlich in der Wunschmedizin tätigen Ärzten und den Kollegen führen, die in erster Linie Beschwerden heilen oder lindern wollen. Hoppe: „Deswegen habe ich schon ein wenig Sorge um diese Kollegen.“ Vorrangige ärztliche Aufgabe sei weiterhin, Menschen zu heilen oder Leid zu lindern, so wie es auch in der Berufsordnung kodifiziert ist.

Ärzte als Gewerbetreibende?

Auch der Berufsforscher Christoph Hommerich, Professor für Soziologie, Marketing und Management an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung Nordrhein-Westfalen in Köln, sieht in einer einseitigen Fokussierung auf lukrative Nebenfelder Gefahren für den Arztberuf. Kernmerkmal freier Berufe sei es, im Zweifel individuell verantwortete Risiken zu übernehmen.

Insbesondere in Bereichen, in denen es keine letztgültige wissenschaftliche Evidenz über den in der jeweiligen Situation zu erwartenden Nutzen von Behandlungen für den Patienten gebe, sei es die Aufgabe der rund 325.000 kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, stellvertretend für ihre Patienten teils lebenswichtige Entscheidungen zu treffen.

„Deswegen bin ich so strikt für den Schutz der Arzt-Patienten-Beziehung und des Vertrauensschutzes und dafür, dass niemand in diese Beziehung eingreift – weder Politik noch Ökonomie“, sagte Hommerich. „Das ist für mich der Kern der Freiberuflichkeit von Ärzten.“ Allerdings müsse die Ärzteschaft ihrerseits im Gegenzug ihre Verantwortung für das Gesundheitssystem und ihre Bereitschaft und Fähigkeit zur Übernahme von gemeinwohlbezogenen Verpflichtungen immer wieder aktiv herausarbeiten und der Gesellschaft verdeutlichen. Hommerich ist der Ansicht, dass es generell einer Bestandsaufnahme von Zielen und Inhalten der Freien Berufe bedarf.

Ein beherrschendes Thema auf dem Kölner Kongress war der sich inzwischen in vielen Regionen Deutschlands abzeichnende Ärztemangel und damit verbunden die Frage nach neuen Versorgungsformen. Die Problematik werde sich dadurch weiter verschärfen, dass immer weniger nachrückende Ärzte zu maximaler Arbeitsverdichtung und unbezahlter Mehrarbeit im Krankenhaus oder selbstausbeuterischer Tätigkeit in der Niederlassung bereit sind, meint der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, der Wuppertaler Allgemein- und Geriater Bernd Zimmer.

Der ärztliche Nachwuchs wolle verständlicherweise nicht mehr einzig und allein für den Beruf leben, sondern diesen in Einklang mit dem Privat- und Familienleben bringen. Schon in den vergangenen Jahren seien die durchschnittlichen Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten merklich zurückgegangen. Dieser Trend werde sich fortsetzen. Es sei daher zu erwarten, dass aus der Versorgung ausscheidende Ärzte künftig durch eine höhere Zahl an Kolleginnen und Kollegen ersetzt werden müssten, sagte Zimmer. Allerdings werde das bei der derzeitigen Honorierung der Niedergelassenen Probleme aufwerfen.

Als Folge des Ärztemangels erwartet er, dass die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchlässiger werden wird, und zwar zum Wohle der Ärzte

und ihrer Patienten. Zimmer berichtete aus seiner Zeit als Arzt in Weiterbildung: So habe einer seiner Weiterbilder, ein Chefarzt, seine Patienten sowohl in der Klinik als auch in der eigenen Praxis behandeln können.

Über 5.000 offene Stellen in Kliniken

Nach Angaben des Marburger Bundes (MB) können derzeit an Deutschlands Kliniken über 5.000 offene Stellen nicht besetzt werden. Immer häufiger greifen Personalverantwortliche daher auf Honorarärzte zurück. Experten schätzen ihre Zahl mittlerweile bundesweit auf 3.000 bis 4.000. Die Honorare von Vertretungen schwanken je nach Qualifikation des Arztes, 80 Euro und mehr pro Stunde sind möglich. Viele von ihnen arbeiten in Teilzeit fest angestellt und nutzen die verbleibende Zeit für die Tätigkeit an anderen Kliniken, wie der stellvertretende MB-Hauptgeschäftsführer Lutz Hamerschlag in Köln sagte. Er warnte in diesem Zusammenhang unter anderem davor, dass unattraktive Bereitschaftsdienste an den fest angestellten Ärzten hängen bleiben könnten.

Michael Hahn von der Bielefelder „Facharztagentur“, die Fachärzte als Honorarkräfte an Kliniken vermittelt, trat dem entgegen. Viele Honorarärzte haben sich nach seinen Worten eigens auf Bereitschaftsdienste spezialisiert. Honorarvertretungsagenturen könnten einen Beitrag dazu leisten, Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung zu halten, die nicht mehr nach den üblichen Berufsausübungsmustern tätig sein wollen, so Hahn. Den Agenturen gehe es zudem nicht darum, fest angestellte Ärzte abzuwerben, um sie später vermitteln zu können.

Fehlen im Jahr 2019 mehr als 37.000 Ärzte?

Laut einer Prognose des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) könnten 2019 mehr als 37.000 Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung fehlen. Danach dürfte der Ersatzbedarf bei gut 108.000 Ärzten liegen, der Mehrbedarf bis 2019 bei weiteren knapp 31.000 Ärzten. Die Zahl nachrückender Medizinabsolventen gibt das Institut mit knapp 102.000 an, zugrunde gelegt ist, dass derzeit nur sieben von zehn Medizinstudenten später kurativ tätig sind. Nur bei einem vollständigen Übergang aller Studenten in die ärztliche Tätigkeit könnte der Bedarf mit 145.000 neuen Kollegen gedeckt werden. Als Gründe für den Ärztemangel führt das Institut neben der demografischen Entwicklung, den steigenden Fallzahlen und der Novellierung des Arbeitszeitrechts im Jahr 2004 die verstärkte Abwanderung von Medizinern ins Ausland oder die verstärkte Teilzeittätigkeit von Ärztinnen und deren steigenden Anteil an allen Kollegen an. Dazu kommt, dass viele Ärzte den Beruf wegen der hohen Arbeitsbelastung sowie der noch immer oft mangelnden Vereinbarkeit mit dem Privatleben frühzeitig aufgeben. Derzeit sind im stationären Bereich bundesweit hochgerechnet über 5.500 Vollzeitstellen

unbesetzt, im Durchschnitt bleibt jede Stelle rund drei Monate frei. Besonders viele offene Arztstellen sind dem Gutachten zufolge in der Psychiatrie, der Inneren Medizin und der Chirurgie gemeldet. Besonders kleinere Kliniken (bis 300 Betten) haben Probleme, Stellen zu besetzen. Mehr als die Hälfte der Vakanzen richten sich laut DKI an Ärzte in Weiterbildung. Die Zahl vakanter Vertragsarztsitze gibt das Institut mit 3.600 an. Um mehr ärztliches Personal zu gewinnen, setzen die DKI-Experten mit ihren Vorschlägen bereits beim Studium an: So sprechen sie sich dafür aus, dass Medizinstudium attraktiver und praxisnäher zu gestalten, den Numerus Clausus um weitere Auswahlkriterien zu ergänzen und die Zahl der Studienplätze zu erhöhen. Darüber hinaus fordern sie eine engere Verzahnung ambulanter und stationärer Strukturen sowie eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Nach den Worten der Gutachter wird es zudem darauf ankommen, die Qualität der Weiterbildung zu verbessern, den Dokumentationsaufwand zu verringern und familienfreundlichere Arbeitsbedingungen anzubieten.

Die Gutachten im Internet: www.dki.de

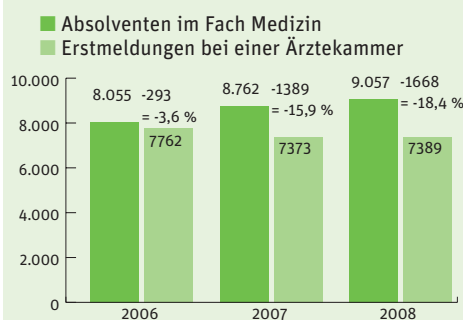
Eine intensive Debatte um die Versorgungsformen der Zukunft entspannte sich auf dem Kongress auch mit Blick auf die Bildung von Behandlungszentren und die Vorgabe von Mindestmengen bei bestimmten Indikationen. Professor Dr. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, verteidigte das Konzept der Zentrenbildung bei hochkomplexen oder planbaren Eingriffen, so wie dies in der Onkologie bereits der Fall ist. Notwendig sei aber, die Wirkung von Mindestmengen auf die Patientenversorgung konsequent zu evaluieren, forderte er.

„Wir müssen uns davon verabschieden, dass in jedem Krankenhaus jeder

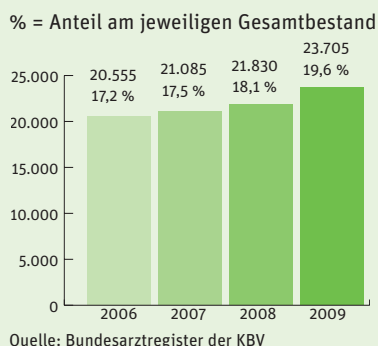
Eingriff durchgeführt wird“, sagte auch Dr. Andreas Gassen, Vizepräsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ihm sei jedenfalls der Operateur lieber, den man auch mitten in der Nacht wecken könne, weil er den Eingriff routinemäßig mache, als ein Kollege, der vielleicht dreimal im Jahr operiere. Dr. Hans Rossels, Präsident der Krankenhausgesellschaft NRW, warnte davor, Krankenhausplanung mit Zentrenbildung zu verwechseln. Auch eine einseitige Fokussierung auf die Zahl der Operationen ohne Flankierung durch Parameter wie Struktur- und Prozessqualität sei nicht sinnvoll.

Demographischer Wandel in der Ärzteschaft

Studenten/Erstmeldungen Ärztekammern



Vertragsärzte über 60 Jahre



Krankenhausärzte über 65 Jahre

