

## Die Sorgen eines Klinikarztes

**Das Krankenhaus im ländlichen Bereich im Spannungsfeld von Versorgungsauftrag, Weiterbildungsverpflichtung und Ökonomie**



Seit jeher ist es die originäre Aufgabe des Krankenhauses, den hilfsbedürftigen Patienten, den Kranken zu diagnostizieren und zu therapieren. In zunehmendem Maß erscheint es insbesondere für die peripheren Häuser im Osten Deutschlands schwieriger, diese Aufgabe zu erfüllen. Dafür sind aus meiner Sicht zwei Hauptfaktoren maßgeblich verantwortlich: zum einen der Ärztemangel und zum anderen die zunehmende Kostenexplosion für die Krankenhäuser.

Der Ärztemangel ist uns allen hinlänglich bekannt. Die ärztlichen Kollegen der Geburtsjahrgänge 1938 bis 1950 scheiden Schritt für Schritt aus dem Berufsleben aus. Ärztlicher Nachwuchs wird zwar ausgebildet, gelangt aber nur etwa zu 40 Prozent in die Versorgungsmedizin. Dies hat sehr vielschichtige Gründe. Die Attraktivität des Arztberufes mit 24-Stunden-Diensten, Bereitschaften an Sonn- und Feiertagen, einem (zwangsläufigerweise?) hierarchisch gegliedertem System nimmt ab. Deutlich überbordende Bürokratie

tut ihr Übriges. Es sollten sämtliche Dokumentationsvorgaben des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses unter dem Aspekt Bürokratievermeidung überprüft werden. Das von uns allen gewollte (und dringend notwendige) Arbeitszeitgesetz verschärft den Ärztemangel. Viele Krankenhausärzte nehmen am Notarzdienst teil. Dies tun sie in aller Regel „in ihrer Freizeit“.

Für den jungen Arzt ist es viel attraktiver, in urbanen Zentren tätig zu sein, dort wo der Ärztemangel bei weitem noch nicht so ausgeprägt ist und die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung besser sind als auf dem Land. Eine deutsche Großstadt wird auch zukünftig keine Probleme haben, den ärztlichen Dienst auf dem Rettungshubschrauber zu besetzen. Zehn bis 15 Notarzteinsätze im Großstadtbereich sind natürlich auch finanziell deutlich attraktiver als drei bis vier Einsätze auf dem Land.

All dies führt zu einer zunehmenden Frustration. Der Ärztemangel in den peripheren Häusern Ostdeutschlands wird zu einer zunehmenden Bedrohung für eine umfassende und patientenorientierte Versorgung.

Den kleineren Krankenhäusern, die nicht zu den akademischen Lehrkrankenhäusern zählen, wird es verwehrt, PJ-Studenten auszubilden, obwohl sie den jungen Arzt dann teilweise bis zum Facharzt führen dürfen. Daraus resultiert, dass der PJler, hat er erst einmal die Arbeit an einem akademischen Lehrkrankenhaus begonnen, dann auch an diesem Krankenhaus verbleibt. Hat das kleine Haus dann endlich einen Weiterbildungsassistenten eingestellt, muss der zur Komplettierung seiner Facharztweiterbildung eventuell noch für ein Jahr an eine Maximalversorgungsklinik. Dieser Weg ist sehr häufig eine Einbahnstraße. Die jungen Kollegen werden von den großen Krankenhäusern abgeworben und es werden ihnen lukrative Stellen an solchen Einrichtungen geboten.

Wäre es hier nicht viel sinnvoller, ein Rotationssystem zwischen kleiner und großer Klinik einzuführen, so dass auch dem ärztlichen Kollegen, der an einem Maximalversorgungshaus tätig ist, die Möglichkeit gegeben wird, das typische Patientengut des kleinen Hauses intensiver kennenzulernen? Maximalversorgungshäuser und Universitätsklinika therapieren doch häufig hochspezialisiert, sodass die Breite der Weiterbildung teilweise durchaus leidet.

Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, detailliert auf die zunehmenden Finanzsorgen der Krankenhäuser einzugehen.

Zur Aufrechterhaltung einer modernen und leistungsfähigen Krankenhausversorgung ist eine deutliche Verbesserung der investiven Sicherung notwendig. Sowohl der noch bestehende Einzelinvestitionsbedarf hinsichtlich konkreter Vorhaben in sächsischen Krankenhäusern, als auch der sachgerechte investive Substanzerhalt muss berücksichtigt werden. Die Pauschalförderung bedarf einer Stärkung. Die sächsischen Krankenhäuser erhalten zurzeit deutschlandweit die geringsten Fördermittel.

Ab 1. Januar dieses Jahres ist ein neuerlich steigender Kostendruck für die Krankenhäuser zu registrieren. Die Budgets dürfen nur minimal steigen. Vereinbarte Mehrleistungen werden mit hohen Abschlägen von bis zu 30 Prozent bestraft. Gleichzeitig steigen die Tarife erneut. Die Schere zwischen Einnahme- und Ausgabesituation klafft weiter auseinander.

Dies alles, der Ärztemangel auf der einen Seite und der steigende Kostendruck auf der anderen Seite, führt zu zunehmender Besorgnis nicht nur bei den Ärzten und Schwestern, sondern auch bei den Patienten.

Dr. med. Dietrich Steiniger  
Vorstandsmitglied