

Ihre Meinung zum Ärztemangel

Nicht erst seit dem Jahr 2002 zeichnet sich immer stärker ein Ärztemangel in Deutschland ab. Die Zahl der Medizinstudenten hat sich in den letzten neun Jahren um 13,6 Prozent verringert, von 90.600 auf 78.300. Immer weniger Studenten schließen das Medizinstudium ab, immer seltener wollen sie in der Patientenversorgung tätig werden. Über ein Fünftel der Absolventen beginnt nach der Ausbildung nicht mit dem ärztlichen Praktikum. Medizinische Unterversorgung ist keine ferne Vision. So werden bis zum Jahr 2011 mit Wahrscheinlichkeit 23.000 Hausärzte in Deutschland aus dem Berufsleben ausscheiden. Besonders dramatisch ist der Ärztemangel in den neuen Bundesländern. In diesen fünf Ländern werden in den nächsten 10 Jahren etwa 35 bis 40 Prozent der zur Zeit tätigen Hausärzte in den Ruhestand gehen. In den Krankenhäusern Sachsens sind über 300 Arztstellen schon heute nicht mehr besetzt.

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ hat in den Heften September bis November 2002 an die sächsische Ärzteschaft drei Fragen gestellt:

1. Wie sehen die sächsischen Ärzte diese Situation?
2. Gibt es einen spürbaren Ärztemangel in ihrem Facharztbereich, in Ihrer Klinik?
3. Wie könnte dem Ärztemangel abgeholfen werden?

Leider erhielten wir nur 11 Antwortschreiben, die wir in diesem und in dem nächsten Heft veröffentlichen. Wir hoffen dadurch, die öffentliche Diskussion zu diesem brennenden Thema Ärztemangel zu aktivieren.

Mascha Lentz
Ärztin im Praktikum, Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren,
in der Ausgabe Nr. 11 des „Ärzteblatt Sachsen“ bitten Sie um unsere Meinung zum Thema Ärztemangel, hier ein paar Gedankenansätze einer Ärztin im Praktikum, die erst seit kurzem in Amt und Würden ist. Sicher habe ich meine Meinung etwas humorvoll dargestellt, was aber nicht von der Ernsthaftigkeit dieses Thema ablenken soll:
Nach meiner Ansicht gibt es nicht nur einen Grund für den Ärztemangel, es sind die vielen Puzzlesteine, die das gesamte Bild ausmachen. Beginnen tut es schon im Studium. Das Studium verdonnert den Medizinstudent zum praxisfernen Lernen mit viel Theorie, davon viel Sachinformationen, die einem im Klinikalltag kaum helfen, den Alltag eines AiP zu bestehen. Man ist nach 5 Jahren allenfalls ein Theoretiker und selbst die gelernte Theorie ist kaum im medizinischen Alltag zu verwenden. Die Prüfungsmethoden mit Multiple Choice vom IMPP in Mainz sind immer wieder ein Faschingsspaß. Die Prüfungen sind darauf ausgerichtet, auszusortieren; die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Köpfchen. Ob die guten Kreuzer auch gute Mediziner sind, will ich gar nicht andiskutieren. Fakt ist: Früher gab es eine Ärzteschwemme und da waren die Methoden aus Mainz „effektiv“. Ein Methode dazu noch, bei der es einfach ist, viele Arbeiten in kurzer Zeit sehr schnell zu korrigieren. Jetzt kostet es vielleicht ein paar gute Ärzte für die vielen freien Stellen. Mainz wie es singt und lacht. Mehr und mehr Studenten stößt dieses „Auswendig pauken“ ab. Nach dem 2. Staatsexamen, wenn man endlich das Multiple Choice Verfahren hinter sich hat, darf man im PJ endlich mal der Praxis etwas näher kommen. Man ist in vielen der Handlanger für überarbeitete Assistenten und das Teaching kommt vielfach zu

kurz. Doch nach den vielen praxisfernen Jahren, da arbeitet doch jeder gerne ein Jahr für kein Geld. Ein Jahr ohne Einkommen, dafür gibt es ja das gekürzte Bafög. Ich schweife ab..., aber mal ehrlich: Wer kann und will sich das noch leisten?

Ist nun auch diese Hürde inklusive des dritten Staatsexamens überwunden, dann wird man als AiP (zumindest ich) täglich mit der Frage konfrontiert: Warum ist das so und warum mache ich das hier alles: Warum für wenig Geld viel arbeiten, dabei mangelhaft eingearbeitet sein, um patientenferne Medizin zu betreiben? Die vielen Überstunden werden dazu meistens mit bürokratischen Aufgaben gefüllt, wie dem Verfassen von Kurzarztbriefen für den Folgetag oder Diktieren von Briefen für Patienten, die schon seit mehreren Tagen weg sind (nebenbei: dann voller Stolz die Kassetten ins Schreibzimmer geben, wo nach etwa 4 bis 6 Wochen der Brief dann wieder herkommt (auch dort Überarbeitung), um die Briefe nach weiteren ca. 6 bis 8 Tagen (man erinnert sich an den Patienten genau) Korrektur zu lesen.

Neben Briefen sind ein immer beliebtes Gesellschaftsspiel bei Ärzten: DRG-Nr. für Krankheiten in Büchern zu suchen, die behandelt wurden, aber nicht gelistet sind (hier muss man dann flexibel die „richtige“ Nummer rausuchen, bzw. die, die für Krankheiten stehen, welche artverwandt sind), dann mit Krankenkassen wegen Liegetagen verhandeln (Formulare über Formulare), Kuranträge ausfüllen und immer wieder telefonieren, ob mit Angehörigen, Ärzten, Krankenkassen, Sozialdiensten etc. Man redet viel über die Patienten, aber nicht wirklich mit den Patienten.

Zwischen dem Telefonieren und der Bürokratie schaut man sich Laborwerte an und schreibt schnell ein paar Anordnungen, denn da fällt einem dieses oder jenes auf, manchmal nimmt man sich die Zeit und geht zu diesem oder jenem Patienten, da hier die Laborwerte besonders schlecht sind. Insgesamt hat man die Patienten (außer kurz bei Visite) nicht mehr gesehen; war während des Rundgangs ein Patient nicht da oder ist noch nicht da, dann ist das „Pech“.

Wir machen Medizin ohne Patienten. Ich bin keine Ärztin im Praktikum, sondern Managerin im Praktikum. Im Grunde haben wir keinen Ärztemangel, sondern einen Managermangel. Patienten erfahren über OP-pflichtige Befunde nicht durch einen Arzt, sondern über eine Schwester, die ihm z.B. die Haare abrasieren

muss oder die OP-Haube bringt. Patienten werden entlassen, ohne je wirklich erklärt bekommen haben, was sie nun genau haben oder was nicht und wie sie sich in Zukunft verhalten sollen. Patienten bekommen manchmal (außer bei Visite) keinen Arzt oder Schwester mehr zu sehen, weil sie kein Notfall sind.

Gleichzeitig werden die Erwartungen der Patienten aber immer größer, wir leben in einer schnelllebigen Gesellschaft, alles geht heutzutage schnell.

Wann ist Visite, wann kommt der Doktor? Viele Probleme lösen sich doch in der heutigen Zeit mit Knopfdruck oder einem Telefonanruf, also muss es so auch in der Medizin gehen. Die erste Frage eines Patienten ist nach der Schilderung der Symptomatik: Wann bin ich geheilt und wann kann ich gehen? Und die Untersuchungen sollen alle gleich sofort laufen. Für die Angehörigen soll man auch immer Zeit haben. Wartezeiten gibt es vielleicht manchmal in einer vollen Praxis, aber in Krankenhäusern muss 24 Stunden pro Tag die Behandlung durch einen erfahrenen Arzt gewährleistet sein. Dass der Arzt dabei mehrmals die Woche Nachtdienst mit 24 bis 30 Std. Aufenthalt im Krankenhaus hat, zählt nur sekundär. Und während das stationären Aufenthaltes muss alles stimmen: den Fernseher bitte mit Fernbedienung, das Essen hat immer pünktlich zu kommen und zwar immer genau das, was man bestellt hat und zum Kaffee sollte doch bitte nicht nur der Patient ein Stück Kuchen bekommen, sondern der Besuch auch. Das sind oft Themen der kostbaren Zeit bei Visite (na ja, und der Stuhlgang).

Die Erwartungen der Patienten steigen, vielleicht auch zu Recht, da sie ja viel an die Krankenkassen zahlen; aber diese Erwartungen sind einfach nicht zu erfüllen. Der Unmut der Patienten steigt, sicher auch zum großen Teil berechtigt, den Unmut jedoch bekommen erst mal nicht direkt die Ärzte ab, sondern die Pflegekräfte. Die können ja meistens für das falsche Essen, die überarbeiteten Ärzte und die Wartezeiten auch nichts, dadurch sind diese durch solche Situationen gereizt und lassen die Ärzteschaft ihre Überbelastung spüren, was zu Spannungen zwischen Ärzten und Pflegekräften führt (die meistens durch beide Seiten getriggert wird). Die „gute und harmonische“ Zusammenarbeit ist vorprogrammiert. Und als Bonus zu Überstunden, Nachtdiensten, Bürokratie, schlechte Einarbeitung, den Ansprüchen der Patienten und Stimmungsproblematik mit den Pflegekräften kommt

die deutsche Hierarchie. Das „Ja und Amen“ des Krankenhauses. Widersprechen gibt es nicht, produktiv diskutieren nur in den seltensten Fällen, Verbesserungsvorschläge sind dort zu machen, wo es Probleme gibt und die gibt es in „unserem“ Krankenhaus ja nicht. Als AiP ist man nichts, kann man nichts, verdient man nichts, aber man arbeitet viel und hat viel Ärger. Warum wir einen Ärztemangel haben? Ich persönlich muss sagen, dass Schlimmste an der Sache ist nicht wirklich das, was ich eben geschildert habe. Es ist die Zerstörung einer Vorstellung; der Vorstellung, dass man als Arzt für den Patienten da ist und helfen kann. Dieser Gedanke des „Heilen und Helfen“ ist in vielerlei Hinsicht eine Illusion. Wenn überhaupt, dann macht man Organe „gesund“, doch der ganze Mensch, der zu dem Organ gehört, ist oftmals genauso hilflos, krank und unwissend wie vor dem Krankenhausaufenthalt. Ganzheitsmedizin gibt es hier nicht. Wenn ich dann nach dem Arbeitstag das Krankenhaus verlasse, dann denke ich oft: Egal, was man versucht und wie man sich bemüht, man verlässt das Krankenhaus und merkt, dass man nicht wirklich mit Patienten zu tun hatte und nicht wirklich für die Patienten arbeitet. Der Patient ist unzufrieden, die Pflegekräfte, der Oberarzt und der Chefarzt auch – und man selber so oder so. Da stelle ich mir die Frage, werde ich wirklich nach meiner AiP-Zeit so leben wollen, vielleicht etwas mehr Geld, in der Hierarchie vielleicht etwas höher eingestuft, aber die Illusion bleibt zerstört? Will ich damit leben und es akzeptieren oder will ich wechseln und beende meine praktische Arztlaufbahn wegen den oben genannten vielen kleinen Puzzelteilen und vor allen wegen der zerstörten Illusionen? Ein Kollege hat mal zu mir gesagt, wenn man als Arzt „überleben“ will, wechselt man entweder zu einer Pharmafirma, wird Zyniker, ein gebrochener Mensch oder ist ein hoffnungsloser bzw. hoffnungsvoller Optimist. Ich für mich sehe nur in 1 und 4 einen Lösungsweg. Es besteht also eine 50% Chance, dass ich praktisch arbeitende Ärztin bleibe. Und weil diese Aussicht so motiviert, schaffe ich es fast immer, meine Müdigkeit abends zu besiegen und lese dann abends die Dinge nach (das ist nun natürlich maßlos übertrieben), die im Krankenhaus nicht nachgeschaut werden können: Weil keine Zeit war, weil das Krankenhaus kein Geld für Lehrbücher hat oder weil der Computer kaputt ist. ABER, last but not least: Ich mache meinen Job trotzdem gerne ... noch. Noch Fragen?