

Der regionale Ärztemangel und die (fern)östliche Lösung?

Es fällt schwer, zu glauben, dass effektive Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels und einer Unterversorgung der Patienten bald zum Zuge kommen. Zudem werden ständig neue Schreckensmeldungen über nicht zu besetzende Arztstellen verkündet. Die Abschaffung des AiP, die praxisnahe Gestaltung des Studiums und eine arzt- (und nicht nur shareholder-value) freundliche Arbeitszeitumgestaltung sind kleine Schritte in eine prinzipiell richtige Richtung. Doch die Zeit läuft gegen diese Bemühungen. Wie bereits in der Vergangenheit wird man nach einfachen, für das System finanziell günstigeren Lösungen suchen, etwa die Anwerbung von ausländischen Ärzten. Die sächsische Staatsministerin Helma Orosz äußert sich in dem Interview im letzten Heft nur über bürokratische Probleme und erörtert, wie es leichter gemacht werden kann, Ärzte aus den Nachbarländern hier arbeiten zu lassen. Bisher vorwiegend in Krankenhäusern in ländlicheren Gebieten wird diese Lösung in Zukunft auch auf größere Kliniken zutreffen. Doch abgesehen von einem sich auch abzeichnenden Mangel an Ärzten in den Herkunftsländern, sollten nur Ärzte eingestellt werden, die fließend deutsch sprechen. Letzteres erscheint als Selbstverständlichkeit, war es aber in der Vergangenheit keineswegs und wird in Zukunft mehr zum Thema werden. Die Einstellung von Ärzten aus den EU-Beitrittsländern ist seit 1. 5. 2004 unbürokrati-

tischer möglich, denn die Diplome aus diesen Ländern sind als gleichwertig anzusehen. Wir wissen aber auch: Ärzte aus anderen Kulturkreisen stellen die Integrationsfähigkeit der noch verbliebenen deutschen Krankenhausärzte auf eine schwere Probe. Der sprunghafte Anstieg (fast 40 Prozent!) im Anteil der Beschäftigung ausländischer Ärzte von 2001 bis 2003 impliziert, dass bei weiter bestehendem Mangel an Ärzten diese Option weiter ausgeschöpft werden wird. Diese Möglichkeit bekämpft aber weder die Ursache, noch wird sie für Ärzte oder Patienten zu einer wirklichen Verbesserung führen. Sollte es nicht unser Ziel sein, für den Nachwuchs selbst zu sorgen und die Qualität der medizinischen Versorgung auf dem bisherigen wissenschaftlich begründetem Niveau zu halten? Bisher jedenfalls ist eine nachhaltige Lösung des Problems Ärztemangel nicht absehbar und unter dem absehbaren zukünftigen Kostendruck im Gesundheitssystem nicht wahrscheinlich. Aus der Orthopädie weiß man aber, dass mit jedem Jahr länger fortbestehender Fehllhaltung die Behebung der funktionellen und strukturellen Folgeschäden immer schwerer wird. Der Fehllhaltung der Politik zur Ärzteschaft und zur Krankenversicherung blüht ein derartiges Schicksal. Die durch falsche Versicherungs-Politik nun unabwendbare Rationierung von Gesundheitsleistungen soll durch die Ärzteschaft vorgenommen werden. Von den

damit befassten Laien wird dieses Vorgehen mit der Mittelverschwendung durch die Ärzteschaft begründet. Dieses Vorgehen zerstört das für die Behandlung zwingend erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auf grausame Weise. Das Vertrauen ist aber wichtigste Quelle und Ansporn für die ärztliche Tätigkeit. Es darf nicht weiter durch den Rationierungsdruck einer verfehlten Sozialpolitik vergiftet werden.

Diese ethisch nicht zu vertretende Rationierung wird aber, so unsere optimistische Auffassung, bald ihr Ende in einer Krankenversicherung finden, die unabhängig von Arbeitsmarkt- und Demographieschwankungen ist und den derzeitigen wahltaktisch und tarifpolitisch getriggerten Verschiebebahnhof ablöst. Wenn diese neue Krankenversicherung finanziell so gerüstet ist, dass sie den Ansprüchen unserer heutigen Patienten genügt, denen die Gesundheit das höchste Gut ist, werden viele Folgeprobleme der Unterdeckung der jetzigen Krankenversicherung wie Dokumentationsflut, Ausbeutung im Dienst und Ärztediffamierung aufhören. In solch einer Situation werden sich wieder mehr altruistische junge Menschen dafür entscheiden, im Rahmen einer neuen Gesetzlichen Krankenversicherung nach ärztlichen Grundsätzen für Patienten zu sorgen.