

Ärztlemangel im Krankenhaus – Konsequenzen für die Anästhesiologie

BDAktuell DGAInfo

**Klausurtagung
Hamburg, 14. - 15. Februar 2011**

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

laut Krankenhausbarometer der DKG hatten bereits 2010 80% aller Krankenhäuser unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst, mindestens 750 Stellen in Kliniken und Abteilungen für Anästhesiologie sind nicht besetzt, nach einer bundesweiten BDA-Umfrage greifen über 50% der Kliniken und Abteilungen für Anästhesiologie auf Honorarärzte zurück. Welche Auswirkungen diese Situation vor Ort hat, können Sie selbst am besten beurteilen.

Zur Analyse der Ursachen und Folgen des Ärztemangels sowie zur Erarbeitung von möglichen Lösungsansätzen haben die Präsidien von DGA und BDA im Februar 2011 in Hamburg eine zweitägige Klausurtagung „Ärztlemangel im Krankenhaus - Konsequenzen für die Anästhesiologie“ durchgeführt. Referiert haben neben Experten aus Kliniken und Geschäftsführungen deutscher

Krankenhäuser auch Vertreter/innen aus sechs europäischen Staaten, die über die Situation und Lösungsansätze in ihren Ländern berichtet haben.

Die Diskussionsergebnisse dieser Klausurtagung wurden von einer hierfür gebildeten Ad-hoc-Kommission von BDA und DGA intensiv weiterbearbeitet und werden nachstehend unter dem Titel „Hamburger Thesen zum Ärztemangel in der Anästhesiologie“ publiziert.

Der Begriff „Thesen“ wurde bewusst gewählt, da das Problem so komplex, vielschichtig und dynamisch ist, dass es nicht möglich ist, den Diskussionsprozess als abgeschlossen zu betrachten. Gleichwohl zeigen diese Thesen auch, dass es eine ganze Reihe von Ansätzen gibt, um zumindest eine Entschärfung des Ärztemangels zu erreichen. Wie so oft bedarf es hierfür des Zusammenspiels der „großen Politik“ mit ganz konkreten Aktivitäten „an der Basis“. Hieran werden wir auch im kommenden Jahr intensiv arbeiten und hoffen auf Ihre konstruktive Unterstützung.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen



Prof. Dr. med. G. Nöldge-Schomburg
Präsidentin DGA



Prof. Dr. med. Bernd Landauer
Präsident BDA

Hamburger Thesen zum Ärztemangel in der Anästhesiologie*

Situation

Der Mangel an Ärzten in der Anästhesiologie ist Teil des allgemein zunehmenden Mangels an Fachkräften im Gesundheitswesen und damit Teil eines komplexen, gesamtgesellschaftlichen Problems.

Der Ärztemangel ist kein rein deutsches Phänomen, sondern ein europaweit festzustellendes Problem. Die einzelnen europäischen Länder reagieren unterschiedlich darauf, entsprechend der Strukturen ihres Gesundheitswesens und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen. Eine gemeinsame Wurzel des Problems scheinen die Beeinträchtigung und mangelnde Wertschätzung ärztlicher Arbeit zu sein.

Es ist derzeit nicht sicher vorhersagbar, ob es sich bei dem gegenwärtigen Ärztemangel insbesondere in Krankenhäusern um ein vorübergehendes Phänomen handelt oder um eine dauerhafte Situation.

Rein deskriptiv ist festzustellen, dass die Balance zwischen Angebot und Nachfrage auch im Fachgebiet Anästhesiologie empfindlich gestört ist. Dies beruht teilweise auf der demographischen Entwicklung mit einem steigenden Bedarf an anästhesiologischen Leistungen sowie der Zunahme des medizinisch Machbaren vor allem im operativen Bereich. Aber auch regionale Faktoren spielen hierbei eine Rolle.

Zugleich wird ärztliches Handeln durch den im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens erheblich gestiegenen „Produktionsdruck“ nicht nur „verdichtet“, sondern auch zunehmend „fragmentiert“. Dies wird von den Kolleginnen und Kollegen als äußerst belastend empfunden. Das ärztliche Behandlungsergebnis und damit die Bedeutung des eigenen Tuns können

gerade in der Anästhesie nicht mehr ausreichend gefühlt und damit erlebt werden. Dies führt zu Kollisionen mit dem ärztlichen Selbstverständnis im Allgemeinen und damit zu Frustrationen bis hin zum „Burn-out“ im Speziellen.

Ein (zu) hoher Arbeitsanfall - auch außerhalb der Regelarbeitszeit -, Überstunden, Schließung von OP-Sälen, Einschränkung der Weiterbildung etc. sind unmittelbare Folgen des Ärztemangels. Sie verstärken ihrerseits mittelbar - im Sinne eines Circulus vitiosus - den Mangel an Ärzten.

Der Ärztemangel führt in den Universitätskliniken dazu, dass vorhandene Stellen notgedrungen in der Krankenversorgung genutzt werden. Das führt zu entsprechenden Defiziten in Forschung und Lehre und damit zu einer Schwächung des wissenschaftlichen „Standings“ unseres Faches.

Der zunehmende „Produktionsdruck“ kann bei einem Mangel an Anästhesisten zum unstatthaften Einsatz von Parallel- bzw. Schwesternnarkosen verleiten. Dies würde zur Gefährdung des Facharztstandards führen, den wir den sich uns anvertrauenden Patienten ebenso wie unseren operativen Partnern schulden.

Die Bindung an den Arbeitgeber Krankenhaus erodiert, u.a. wegen tatsächlicher oder „gefühlter“ mangelnder Wertschätzung, zunehmend. Die Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Wirkungsstätte Krankenhaus nimmt ab.

Ursachen

Die Zahl der operativen und interventionellen Eingriffe steigt nicht nur auf Grund der demographischen Entwicklung, sondern auch des medizinischen/medizin-technischen Fortschritts um jährlich 6-8% - inwieweit in diesem Zusammenhang das derzeitige Anreiz-/Vergütungssystem eine Rolle spielt, sei dahingestellt.

Die Morbidität der zunehmend betagten und hochbetagten Patienten steigt bei

gleichzeitiger Ausweitung des operativ Machbaren, insbesondere in Krankenhäusern. Kleinere, das Krankenhaus entlastende Eingriffe dagegen „wandern“ vielfach in den ambulanten Bereich ab.

Im Gegensatz zum stationären Bettenabbau im Allgemeinen werden die anästhesiologischen Intensivkapazitäten ausgebaut.

Die Umsetzung der europäischen Arbeitszeitregelung führt per se zu einer Verkürzung der Arbeitszeit und dadurch zu einem Mehrbedarf an anästhesiologischen Ressourcen.

Anästhesisten streben – nicht zuletzt auf Grund ihrer diesbezüglichen Eignung – in zunehmendem Maße weg von der Anästhesiologie in andere Kompetenzfelder im Krankenhaus (z.B. OP-/Qualitäts-/Krankenhausmanagement, Palliativmedizin etc.).

Eine nennenswerte Anzahl in der Anästhesiologie Beschäftigter wechselt überhaupt in andere Tätigkeitsfelder außerhalb des Fachgebietes, der Klinik oder gar Deutschlands.

Der Ärzteschaft werden von den Arbeitgebern in zunehmendem Maße „patientenferne“ Tätigkeiten (Dokumentation, Kodierung, MDK-Anfragen etc.) auferlegt, was nicht ohne Folgen für die ärztliche Kerntätigkeit bleibt. In Anbetracht derartiger Umstände verzichten bereits zahlreiche Absolventen der Humanmedizin auf eine klinische Laufbahn und wandern in andere Berufsfelder ab (Pharmaindustrie, Behörden).

Der steigende Anteil an Frauen im Arztberuf und die damit in vielen Fällen verbundene Familienphase begrenzt auch das Angebot an anästhesiologischer Arbeitskraft zusätzlich.

Die junge („Y“-) Generation von Ärztinnen und Ärzten legt zudem zunehmenden Wert auf ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit („Work-Life-Balance“). Dadurch entwickelt sich ein zunehmender Widerspruch zwischen dem Selbstverwirklichungsstreben junger Ärztinnen und Ärzte und den steigenden (Wettbewerbs-) Ansprüchen ihrer Arbeitgeber.

* Beschluss der Präsidien von DGA (22.09.2011) und BDA (04.11.2011). Erarbeitet unter maßgeblicher Mitwirkung von G. Nöldge-Schomburg und B. Landauer sowie H. Van Aken, E. Biermann, E. Mertens, W. Schaffartzik, H. Sorgatz und C. Werner.

Klassische ärztliche Hierarchien in Krankenhäusern werden zunehmend in Frage gestellt bzw. nicht mehr toleriert und etwaige Führungsdefizite thematisiert.

Die Bedeutung der Vergütung als Anreiz spielt keine alles entscheidende, aber durchaus wichtige Rolle, insbesondere was die Honorierung von Nacht- und Wochenenddiensten anbelangt.

Lösungsansätze

1. Allgemein

- Das gesamtgesellschaftliche Problem der Ärzte- und Fachkräfteverknappung kann von den einzelnen Parteien im Gesundheitswesen nicht mehr allein gelöst werden. Daher müssen diese Zusammenhänge und Probleme der Politik, den Kostenträgern, den Patientenverbänden und Tarifvertragspartnern verständlich gemacht werden.
- Beiträge zur Behebung des Ärztemangels müssen daher also gemeinsam von Kostenträgern, Krankenhausträgern und Geschäftsführungen sowie Klinikums- und Abteilungsleitungen geleistet werden (z. B. verantwortungs- und leistungsgerechte Honorierung ärztlicher Leistung, attraktive Arbeitszeitmodelle, wertschätzendes Arbeitsklima, Förderung von Weiter- und Fortbildungen, kooperativer Führungsstil).
- Die bereits erfolgreiche Nachwuchswerbung muss fortgesetzt werden.
- Das Image der Anästhesiologie als ärztliche Heilkunst muss geschärft und gepflegt werden.

2. Im Medizinstudium

- Die Anästhesiologie muss frühzeitig, d.h. bereits im klinischen Studienabschnitt auf der Grundlage des „Nationalen Lernzielkatalogs Anästhesiologie“ gelehrt werden.
- Der erfolgreiche Einsatz von Anästhesie- und Notfallsimulatoren muss fortgeführt werden.

3. In der Weiterbildung

- Die Weiterbildung muss gemäß den Vorgaben der Ärztekammern strukturiert, verlässlich organisiert und umgesetzt werden. Dabei können Weiterbildungsverbünde einzelner Einrichtungen hilfreich sein.
- Die Vermittlung von sog. Soft-

Skills in der Weiterbildung ist zu intensivieren.

- Eine separate Finanzierung der Weiterbildung ist in Anbetracht ihrer beträchtlichen Kosten unabdingbar. Nur so kann unserem diesbezüglich mittlerweile zu Recht anspruchsvollen Nachwuchs das geboten werden, was er sucht.
- Die Teilnahme am online-gestützten Weiterbildungsportal von BDA und DGAI (www.anaesthesist-werden.de) ist zur Nachwuchsgewinnung dringend zu empfehlen.

4. Auf Krankenhaus-/ Abteilungsebene

Die Abwanderung von Krankenhausärzten aus den einzelnen Häusern, aber auch aus der klinischen Tätigkeit überhaupt muss durch gezielte Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus verhindert werden. Junge Ärztinnen und Ärzte sind zur klinischen Tätigkeit in der Anästhesiologie zu motivieren. Um dieses zu erreichen,

- sind die Arbeitszeiten flexibel und familienfreundlich zu gestalten, etwa durch vermehrte Teilzeitangebote, die Einrichtung von Arbeitszeitkonten, spezielle Angebote für Wiedereinsteiger(innen), den Arbeitszeiten in den einzelnen Kliniken/Abteilungen angepasste Kinderbetreuung u.ä.
- sind die Führungsmethoden, das Arbeitsklima und der fach- und berufsgruppenübergreifende respektvolle Umgang miteinander zu thematisieren und, wo nötig, zu verbessern.
- ist die Wertschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur materiell, sondern auch immateriell zum Ausdruck zu bringen, bspw. durch Gewährung und/oder Finanzierung von (z.T. auch tarifvertraglich fixierten) Fortbildungstagen oder anderen Incentives.
- sind vermehrt strukturierte Weiter- und attraktive Fortbildungsprogramme, auch die „Soft-Skills“ betreffend, Führungskräfte eingeschlossen, anzubieten.
- sind Ärzte von arztfremden/patientenfernen (Verwaltungs-)Tätigkeiten zu entlasten, z.B. durch Einsatz von medizinischen Fachangestellten und Dokumentaren im OP und auf den Intensivstationen. Entsprechendes gilt für die mittlerweile auch zur

„Mangelware“ gewordenen (Fach-)Pflegekräfte. Hier können neue Berufsbilder, wie Arzt-/Pflegeassistenten zu deren Entlastung von patientenfernen Tätigkeiten (z.B. Auffüllen von Schränken, Desinfektion von medizinischen Geräten etc.) Abhilfe schaffen. Inwieweit hier das Curriculum des Medizin-Bachelors Entlastung bringen kann, bleibt abzuwarten. In jedem Fall sollte man diese neue, in Kürze vermehrt auf den Markt drängende und ihren Platz suchende neue Berufsgruppe im Auge behalten!

- kann die Beschäftigung ausländischer Ärzte, eine entsprechende Qualifikation und hinreichende Sprachkenntnisse vorausgesetzt, zur Problemlösung beitragen.
- kann auch der sachgerechte Einsatz von Honorarärzten bei besonderen Engpässen Entlastung schaffen.
- können in Universitätskliniken Stellen für Lehre und Forschung teilweise durch andere, nichtärztliche Akademiker, z.B. Biologen, besetzt werden.
- ist die Vergütung leistungs- und verantwortungsgerecht zu gestalten, insbesondere Mehrarbeit muss adäquat honoriert werden.
- „Last but not least“ muss den Anästhesistinnen und Anästhesisten wieder die Möglichkeit gegeben werden, sich ihrer eigentlichen Profession und damit ihrer hohen Verantwortung als Ärztinnen und Ärzte wieder bewusst zu werden und diese auch öffentlich wertzuschätzen! Mit über 10 Mio Narkosen jährlich geht Anästhesie in Deutschland nämlich jeden an!

Die „Entschließung zu Zulässigkeit und Grenzen von Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ von 1989, die „Münsteraner Erklärungen“ (I 2004; II 2007) sowie die „Entschließung zur ärztlichen Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie“ (2007) definieren die Möglichkeiten und Grenzen zur Delegation ärztlicher Leistungen auf entsprechend qualifiziertes Assistenzpersonal. Dem vielfach noch unausgesprochenen, aber auch mancherorts unverhohlen zum Ausdruck gebrachten Ansinnen einzelner Krankenhausleitungen zum unstatthaften Einsatz von Parallelnarkosen ist in jedem Fall zu widerstehen.