

# Vor Ort ist nur noch Schwester Agnes

## Die Landflucht eines Berufes: Wie man den Ärztemangel mit Hilfsberufen beheben will

Eva und Agnes sind hübsch. Hübsch geschriebene Konzepte zur Kompensation des Ärztemangels in ländlichen Regionen durch medizinische Hilfskräfte wie Krankenschwestern und Arzthelferinnen. EVA steht für „Entlastende Versorgungsassistentin“. Nach einem vierzehn Monate dauernden, berufs begleitenden Kursus der Ärztekammer Nordrhein haben die ersten 31 Arzthelferinnen im Juni diesen Jahres ihr Zertifikat erhalten und dürfen ab sofort bisher nur Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten in der Praxis und auf Hausbesuchen verrichten. Zu den nun erlaubten Maßnahmen gehören die selbständige Versorgung von Wunden, die Basisdiagnostik von Demenzen sowie die Gabe von Spritzen.

Warum auch nicht, Hauptsache, einer macht es. Denn innerhalb der nächsten zehn Jahre gehen in Deutschland über 50 000 der etwa 120 000 niedergelassenen Ärzte in den Ruhestand, es rücken aber weitaus weniger nach, egal, an welcher Stellschraube man inzwischen dreht. Besonders hart trifft es die ländlichen Regionen, denn da will keiner mehr hin. Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, aber auch Teile Nordrhein-Westfalens, Niedersachsens, Bayerns und Baden-Württembergs haben bereits jetzt Probleme mit der wohnortnahen Versorgung ihrer Einwohner.

Sachsen hat bereits 2007 das sogenannte AGnEs-Projekt ins Leben gerufen: „Arztentlastende, Gemeindenähe, E-Health-gestützte Intervention“. Der Name wurde in Anlehnung an die populäre DDR-Fernsehserie „Schwester Agnes“ gewählt. Hier sollen nun mit Spritze und Laptop zukunftsfähig gemachte Gemeindegewestern statt ausstrebender Hausärzte die Hausbesuche fahren. Per Drahtlos-Laptop mit Webcam in der Hausbesuchstasche kann dann Oma Hasenbrink vom knarrenden Ohrensessel in Finsterwalde dem Doktor Simmerath in Kolkwitz freudig zuwinken, während Schwester Agnes ihr die heißgeliebte „Aufbauspritze“ verabfolgt. So kann es gehen. Knapp 500 000 Euro kostet Kassen und Kommunen das Modellprojekt, das inzwischen immerhin knapp einhundert Ärzten Entlastung bringen soll. Ob und was es wirklich bringt, ist indes fraglich. Eine Anfrage der Fraktion der Grünen im Bundestag vom April dieses Jahres brachte kaum Klärung, da die Evaluation von „Praxis und Weiterentwicklung von Modellen zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten insbesondere auf Pflegefachkräfte“ in einem Dickicht verschiedener Zuständigkeiten unterzugehen scheint. Bisher sind keine Daten verfügbar.

Im Krankenhaus gibt es ganz ähnliche Entwicklungen. Da insbesondere arbeitszeitintensive Fachbereiche wie die Unfallchirurgie große Nachwuchssorgen haben, hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Kooperation mit der Berliner Steinbeis-Hochschule ein neues Studienmodell entwickelt, das von diesem Jahr an Pflegekräfte in einem dreijährigen Ausbildungsmodul zu „Physician Assistants“ mit Schwerpunkt Orthopädie und Unfallchirurgie hochzucht. Die Zielvorgabe: „Entlastung der Ärzte durch

Arztstätigkeit. Die Zuwachsraten gegenüber 2008 betrug 1,5 Prozent. Auch die Zahl der Medizinstudienplätze ist unverändert hoch. Im OECD-Vergleich liegt Deutschland mit 3,4 niedergelassenen Ärzten pro 1000 Einwohner sogar über dem Durchschnitt von 3,0.

Allerdings haben andere Länder andere Sitten. So geht der Briten im Schnitt dreimal pro Jahr zum Arzt, wohingegen der Deutsche bis zu siebzehn Mal im Jahr eine Praxis aufsucht. Dem Briten werden dafür pro Arztbesuch fast zwanzig Minuten gewidmet, dem deutschen Patienten nur

jeden jungen Arzt noch selbstverständlich, rund um die Uhr im Krankenhaus und Praxis verfügbar zu sein – oft unentgeltlich – will dies heute keiner mehr. Zeit für Freizeit und Familie steht bei jungen Ärzten ebenso hoch im Kurs wie die Zeit am Kranken(haus)bett oder der Praxisliege. Bis Mitte der achtziger Jahre konnte man als Ärztin und Arzt, nach Absolvierung der Weiterbildung, aber auch noch jede Menge Geld verdienen und genoss einen unerreicht hohen gesellschaftlichen Status. Beides hat sich verändert. Ein heute 45-jähriger Chefarzt eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung verdient – nach sieben Jahren Studium, sieben Jahren Facharztausbildung und sieben Jahren als Oberarzt – im Schnitt etwa 140 000 Euro brutto pro Jahr. Sein Vorgänger verdiente bei gleicher Arbeitsbelastung das Drei- bis Fünffache. Verdiente ein normaler praktischer Arzt in den siebziger Jahren – ohne Facharztausbildung, ohne Dokortitel und mit minimaler Praxisausstattung – bis zu einer Million D-Mark pro Jahr, so schafft es ein heutiger Hausarzt – Facharzt, promoviert und mit teurer Technologie – im Schnitt auf etwa 80 000 bis 120 000 Euro vor Steuern.

Die Medizin wird weiblich. Inzwischen studieren an der Universität Köln mehr als siebzig Prozent Frauen. Bezüglich der verfügbaren Arbeitsstunden hat das Folgen, denn sehr viele der Frauen wünschen sich Kinder, wollen deshalb halbtags arbeiten. Auf eine Vollzeitstelle entfallen für den Arbeitgeber aber drei Halbzzeitstellen. Verknappt wird die pro Ärztin und Arzt leistbare Arbeitszeit noch durch das europäische Arbeitszeitgesetz, welches – völlig zu Recht – inzwischen Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit deklariert und damit die jahrhundertlang tradierte Unsitte der 36-Stunden-Dienste beendet; zum Vorteil für den Arzt, zum Nachteil für das Krankenhaus.

Es geht mehr um einen Mangel an ärztlicher Arbeitszeit, als um einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Ob diese medizinischen Arbeitsstunden aufgrund ökonomischer Zwänge nun von Hilfskräften kompensiert werden sollen, ist auch eine gesamtgesellschaftliche und nicht nur berufsgruppeninterne Frage. Gute medizinische Versorgung kostet Geld. Und Ärzte absolvieren eine lange und komplexe Ausbildung. Wollen wir Ärzte oder lieber weitergebildete Pflegekräfte? Was soll und kann von der Allgemeinheit bezahlt werden, und was darf das kosten? Wir werden nicht um eine Debatte über Prioritäten herumkommen, wie sie in anderen europäischen Ländern schon länger offen geführt wird. MICHAEL FELD



Der Trend ist eindeutig: Doktor sein kann eigentlich fast jeder!

Foto Rainer Weisflog

Erbringung von Assistenzleistungen im operativen und nicht-operativen Bereich, neue Berufsperspektiven für nicht-ärztliches Personal und das Vorantreiben der interprofessionellen Standardisierung, Erhaltung der Qualität von chirurgischen Eingriffen trotz zunehmender Budgetierung und der Einführung neuer Vergütungsverfahren im Krankenhaus“. Das heißt, dass demnächst billigere und zumindest kürzer als Ärzte ausgebildete Hilfskräfte an den Hüften und Knien der Republik sägen, schrauben und saugen dürfen. Es herrscht eine Resignation vor dem Primat der Ökonomie, die das Gesundheitswesen inzwischen fast völlig durchzieht.

Bis zum Jahr 2002 redete man in Deutschland von einer Ärzteschwemme, seither wandelt sich das Bild, so dass seit etwa 2007 das Schreckgespenst des Ärztemangels durch die Gazetten spukt. Doch die Materie ist komplex. Ende 2009 waren insgesamt 325 945 Ärztinnen und Ärzte be-

sechs. Ein weiteres Problem ist die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier wird nämlich bisher nicht danach geguckt, ob jeder Ort einen Arzt hat, sondern lediglich, ob in einer ganzen Region genug Ärzte pro Einwohner sind. Dies führt dazu, dass deutschlandweit ganze Landkreise für Neuniederlassungen gesperrt bleiben, obwohl es in etlichen Ortschaften dieser Kreise keine Ärzte mehr gibt – die sitzen nämlich alle in der nächsten Stadt, die zum Planungsbereich gehört. Dort ist es infrastrukturell attraktiv und aufgrund eines Mehrs an Privatpatienten lukrativer, als in der bundesrepublikanischen Pampa, in der ein Landarzt fünfzehn Kilometer zu jedem einzelnen Hausbesuch zurücklegen muss, für knapp vierzig Euro Pauschale pro Patient für volle drei Monate, egal, wie oft er hinfährt oder wie oft der Patient in der Praxis erscheint.

Das Arztbild hat sich verändert. War es zu Zeiten eines Ferdinand Sauerbruch für