

01.10.2012 **Ausland**

## Editorial: Überwindung von Grenzen und Sektoren: Denkbar, aber auch machbar?

*J. Seifert, N. Hennes*



Der chirurgische Lebenslauf ist zwischenzeitlich für viele Kollegen durch Stagnation auf dem Niveau des Oberarztes oder gar Facharztes gekennzeichnet. Die Gründe dafür sind vielfältig und sicher ist es nicht immer primär persönliches Desinteresse an einer Weiterentwicklung. Doch was kann man tun? Schnell fällt bei dieser Frage der Blick ins Ausland und bekanntlich sind die Kirschen in Nachbars Garten ja immer dicker.

Um in die Diskussion etwas Sachlichkeit einzubringen, haben wir auf dem vergangenen Chirurgenkongress eine Sitzung unter dem Motto „Machen was denkbar ist – Beschäftigungsmodelle für Chirurgen im In- und Ausland“ abgehalten. Die rege Diskussion während der gesamten Sitzung zeigt die Relevanz des Themas, weshalb wir es gerne noch einmal für „Passion Chirurgie“ aufgearbeitet haben.

Die meisten der heute tätigen Chirurgen sind in klassisch hierarchischen Klinik-Modellen groß

geworden – dessen Vor- und Nachteile sind uns allen bekannt.

Die gravierenden Veränderungen der Krankenhauslandschaft über die letzten Jahre haben allerdings zu neuen Rahmenbedingungen geführt, die das alte System oftmals als „etwas verstaubt“ erscheinen lassen. So ist die Anzahl vorhandener Chefarztstellen in etwa konstant geblieben. Allerdings ist die Position des Chefarztes aufgrund neuer Krankenhausorganisationsstrukturen mit einer in der Regel stark ökonomisch ausgerichteten Geschäftsführungsebene heute bei weitem weniger interessant als noch vor 20 Jahren.

Außerdem stagniert die Karriere Vieler auf dem Niveau des Oberarztes in Folge fehlender Abgänge in andere Bereiche. Angebote für Praxistätigkeiten sind reichlich vorhanden, diese werden allerdings kaum wahrgenommen. Gleichzeitig ist ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen ländlicher und städtischer Arztdichte entstanden, sodass in den ländlichen und kleinstädtischen Bereichen ein Nachwuchsmangel in Krankenhäusern und Praxen zu verzeichnen ist.

Unter den Verbliebenen hat sich eine Umkehr des Geschlechterverhältnisses eingestellt, die nun auf der Ebene der Assistenzärzte angekommen ist.

Um das Berufsbild des Chirurgen wieder attraktiver zu gestalten, bedarf es somit auch im Hinblick auf die Karriere der Schaffung attraktiver Alternativen für Fach- und Oberärzte, wodurch das gesamte System wieder „beweglicher“ würde. Dabei müssen die oftmals geäußerten Wünsche der „Nachwuchsgeneration“ ausreichend gewürdigt werden.

Die heutige Situation zeigt, was Umfragen bestätigen: „Selbstständigkeit“ gilt für den Nachwuchs als eher unattraktiv. Vielmehr wird gezielt nach familienfreundlichen Arbeitszeiten, sicheren, d. h. tarifrechtlich geschützten Gehältern und Arbeitsbedingungen gesucht und natürlich sollen die Anforderungen des neuen Geschlechterverhältnisses berücksichtigt werden (Kinderbetreuung etc.).

Für eine solche Entwicklung kommen nur zwei Richtungen in Frage:

Die Neugestaltung der Chefarztebene und die Modifikation im Bereich des ambulanten/stationären Sektors (zunehmende Aufhebung der bisher gesetzlich streng geregelten Sektorengrenzen).

Was ist hier denkbar?

Bezüglich einer Umgestaltung der Chefarztebene ist schnell klar, dass dies im traditionellen deutschen System nicht möglich ist: Die Anzahl verfügbarer Stellen ist konstant oder eher rückläufig, z.B. durch die Zusammenführung von ehemals zwei eigenständigen Fächern Orthopädie und Unfallchirurgie.

Ein Modell, welches diesen Ansprüchen scheinbar nachkommen könnte, wäre ein Kollegialsystem, wie es aus dem Ausland bekannt ist. Da in Systemen mit etablierten Kollegialsystemen selbstverständlich andere Rahmenbedingungen herrschen, stellt sich natürlich die Frage, welche Voraussetzungen hierfür erfüllt sein müssen. Zweifelsfrei haben aber solche Systeme auch Nachteile, da in flachen Arbeitshierarchien oft Vorbilder fehlen und nur wenige Motivationsreize für eine individuelle Karriere oder Innovationen gesetzt werden.

Aus diesem Grunde wollen wir in den nachfolgenden Artikeln Kollegen zu Wort kommen lassen, die über langjährige Erfahrung in entsprechenden Systemen verfügen: Frau Dr. Merten hat ihre Ausbildung zur Chirurgin in den Niederlanden absolviert, Herr Lutz Koch, MD arbeitet als Consultant Orthopedic Surgeon im Mid Yorkshire NHS Trust. Beide berichten über die persönlichen Erfahrungen, Vorteile und Schwächen von Kollegialsystemen.

Der zweite „Hebel“ des ambulanten Sektors ist unmittelbar mit der sektorübergreifenden Versorgung/integrierten Versorgung verknüpft. Entsprechend der derzeitigen gesundheitspolitischen Förderung solcher Prozesse gibt es einen komplexen ordnungs- und berufspolitischen Rahmen, den der BDC-Justitiar Dr. J. Heberer erläutert.

Bei allen ordnungspolitischen Vorgaben dürfen bei der Gestaltung des ambulanten Sektors aber zwei Dinge nicht auf der Strecke bleiben: die Interessen der Patienten einerseits, andererseits aber auch die aktuellen Bedürfnisse und Wünsche der Ärzte: schließlich sollen diese unter den Bedingungen nicht nur arbeiten, sondern es muss das erklärte Ziel sein, diesen Bereich für die Ärzteschaft wieder attraktiv zu machen (Stichwort Weiterbildung).

Ein unseres Erachtens nach gelungenes Praxis-Klinik Modell wird Dr. P. Kalbe, Rinteln, vorstellen.

Die hier vorgestellten Erfahrungen sollen Anlass zum „Weiterdenken“ sein, welche Entwicklungen zur Schaffung attraktiver Beschäftigungsalternativen vorstellbar sind.

*Seifert J. / Hennes N. Überwindung von Grenzen und Sektoren: Denkbar, aber auch machbar? Passion Chirurgie. 2012 Oktober; 2(10): Artikel 01\_01.*

## Autoren des Artikels



### **Prof. Dr. med. Julia Seifert**

Zuständigkeit Hygiene im BDC  
Leitende Oberärztin der Klinik für Unfallchirurgie und  
Orthopädie  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Warenerstr. 7  
12683 Berlin

[> kontaktieren](#)



### **Dr. med. Norbert Hennes**

ehem. Präsidiumsmitglied des BDC  
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal-Invasive Chirurgie  
Helios Klinikum Duisburg  
An der Abtei 7  
471166 Duisburg

[> kontaktieren](#)