

Interview mit

Dr. Susanne Johna

Bundvorsitzende des
Marburger Bundes



Foto: Marburger Bund

Marburger Bund - Ärztemangel/Nachwuchs - Arbeitsbelastung - Krebsprävention in der Pandemie

Kurzvita: Dr. med. Susanne Johna ist seit 1991 approbierte Ärztin. Die Fachärztin für Innere Medizin verfügt auch über die Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene und einen Abschluss in Gesundheitsökonomie (EBS). Nach der Facharztweiterbildung in Osnabrück arbeitete Susanne Johna 14 Jahre als Oberärztin in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum in Wiesbaden, bevor sie 2015 als Oberärztin für Krankenhaushygiene nach Rüdeshcim wechselte. Seit November 2019 ist sie Bundesvorsitzende des Marburger Bundes. Im Jahr 2016 wählte sie der Deutsche Ärztetag erstmals in den Vorstand der Bundesärztekammer; 2019 wurde sie in diesem Amt bestätigt.

Mit Dr. Susanna Johna (**SJ**) sprach Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke:

JFR: Frau Johna, Sie sind seit zwei Jahren Vorsitzende des Marburger Bundes. Der Marburger Bund (MB) ist der Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. und damit ihr Berufsverband und ihre Fachgewerkschaft. Viele Leserinnen und Leser unserer Stiftungsseiten im Internet (www.lebensblicke.de) wissen wahrscheinlich nicht, zumindest nicht genau, wie viele Mitglieder der MB hat, wofür er steht und was er bewirken kann. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie das als Einleitung für unser Gespräch skizzieren könnten.

SJ: Der Marburger Bund ist der größte Ärzteverband in Deutschland. Wir vertreten inzwischen 131.000 Mitglieder, angestellte Ärztinnen und Ärzte in allen Bereichen des Gesundheitswesens, vor allem in den Krankenhäusern. Im Unterschied zu anderen Verbänden sind wir auch Gewerkschaft, die einzige Ärztegewerkschaft in Deutschland. Wir verhandeln Tarifverträge mit nahezu allen Krankenhausträgern, auf Bundes- wie auf Landesebene. Als Berufsverband ist der Marburger Bund eine feste Größe in

den Ärztekammern, oft auch die stärkste Fraktion in den Kammerversammlungen.

JFR: Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Personalsituation in Krankenhäusern und Praxen, gerade auch in der Corona-Pandemie entwickelt? In der öffentlichen Debatte wird zumeist der Pflegefachkräftemangel thematisiert, ein Mangel an Ärztinnen/Ärzten im Krankenhaus nur selten angesprochen. Gibt es an der Front zu wenige Ärztinnen und Ärzte? Wenn ja, woran liegt das? Wo klemmt es ggfs. beim Nachwuchs?

SJ: Ja, das stimmt, der Pflegefachmangel steht in der öffentlichen Debatte stärker im Fokus. Die Probleme sind ja auch riesig. Die Personalengpässe im ärztlichen Dienst sind aber auch gravierend, nicht nur in strukturschwachen Regionen. Viele Defizite, teilweise auch die Unterbesetzung in der Pflege, werden von Ärztinnen und Ärzten durch Mehrarbeit und Überstunden aufgefangen. Das geht nicht mehr lange gut. Der Anteil derer, die ihre regelmäßige Wochenarbeitszeit reduzieren, steigt von Jahr zu Jahr. In unserer aktuellen Mitgliederbefragung MB-Monitor 2022 liegt er inzwischen bei 31 Prozent, vor drei Jahren waren es noch 24 Prozent, die einen Teilzeitvertrag hatten. Die Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich für ihre private Arbeitszeitreform, um zumindest einen Tag in der Woche sicher frei zu haben. Das zeigt, wie weit die tatsächlichen Arbeitszeiten von den gewünschten abweichen. Die jüngere Ärztegeneration legt deutlich mehr Wert auf eine vernünftige Work-Life-Balance. Darauf müssen sich Politik und Arbeitgeber einstellen. Denn Nachwuchsgewinnung wird das Thema der nächsten Jahre sein, wenn die Babyboomer-Generation nach und nach in den Ruhestand geht. Ohne einen deutlichen Ausbau an Medizinstudienplätzen werden wir auf Dauer die dadurch entstehenden Lücken in der Versorgung nicht kompensieren können.

JFR: Wir erleben gerade, dass nach zweieinhalb Jahren Corona-Pandemie die Infektionszahlen jetzt auch bereits im Sommer deutlich ansteigen und zu erneuten Belastungssituationen in Krankenhäusern und sicher auch in Praxen führen könnten. Das lässt vermuten, dass uns ein „heißer Herbst/Winter“ bevorsteht. Wir kennen die großen Probleme des Pflegepersonals auf Grund der sicher berechtigten medialen Aufmerksamkeit; wie haben aus Ihrer Sicht Ärztinnen und Ärzte diese Pandemie erlebt? Auch hier sind sicher Grenzen überschritten worden, die Frustrationstoleranz ist gesunken.

SJ: Die Belastung der Ärztinnen und Ärzte in der Pandemie war hoch, nicht nur in der Krankenversorgung, auch in

anderen Bereich, beispielsweise der Fortbildung. Noch nie müsste in so kurzer Zeit so viel zusätzliches Wissen um eine Infektionskrankheit vermittelt und verarbeitet werden. Prozesse mussten immer wieder umstrukturiert, Schutzmaßnahmen angepasst und Kapazitäten neu definiert werden. Diese Umstellungen gingen mit zusätzlichen Belastungen einher. Gleichzeitig erhöhte sich der ökonomische Druck durch die Geschäftsführungen, weil durch Corona weniger Operationen als zuvor stattfinden konnten. In einer Reihe von Kliniken sind deswegen sogar Arztstellen abgebaut worden, was zu noch größerer Arbeitsverdichtung bei den verbleibenden Kolleginnen und Kollegen geführt hat. Nach unserem MB-Monitor 2022 sind vor allem in privaten Krankenhäusern Stellen abgebaut worden. Daraus wird deutlich, wie wenig Anerkennung und Wertschätzung manche Träger ihren Leistungsträgerinnen und Leistungsträgern entgegenbringen. Die Politik hat sich in diesen Kanon eingereiht, als sie sich ganz bewusst gegen eine Corona-Prämie für besonders belastete Ärztinnen und Ärzte entschieden hat. Das betrachten viele unserer Mitglieder mit Recht als Affront und Geringschätzung ihrer Arbeit.

JFR: Daten der Bundesärztekammer machen deutlich, dass sich nicht nur in der Corona-Pandemie, sondern grundsätzlich eine Arbeitsverdichtung der Ärztinnen und Ärzte mit der Folge der Überlastung entwickelt hat. Befragungen unter jungen Medizinerinnen und Mediziner sprechen Bände! Entlastung durch Bürokratieabbau (z.B. Digitalisierung) allein reicht sicher nicht. Wie kann da sinnvoll gegengesteuert werden?

SJ: Bürokratieabbau wäre das Gebot der Stunde, aber leider ist das Gegenteil derzeit der Fall. In einer Zeit, in der Stationen wegen fehlenden Personals verkleinert und Patienten abbestellt werden müssen, verbringen Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt etwa drei Stunden täglich mit Dokumentation und Datenerfassung. Dringend notwendig ist ein Art Realitätscheck bzw. eine Inventur der verschiedenen Vorgaben. Die Politik muss sich ein konkretes Bild davon machen, welcher Aufwand durch die Anforderungen der Kostenträger entstehen. Immerhin hat der Gemeinsame Bundesausschuss ja eine Überprüfung seiner Vorgaben zur Qualitätssicherung zugesagt. Das ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. So wie es jetzt läuft, darf es nicht weitergehen. Im Jahr 2019 sind für den Bundesdatenpool zur Qualitätssicherung knapp 2,4 Mio. Datensätze übermittelt worden. Für viele dieser Qualitätssicherungsinstrumente fehlt allerdings jeder Beleg, dass die Patienten tatsächlich davon profitieren. Vieles ist schlicht überflüssig und geht auf Kosten der Zeit für Patienten. Wir brauchen mehr Zeit für internes

Qualitätsmanagement, um Abläufe im Sinne der Patientensicherheit zu verbessern. Ein immenser Teil der Bürokratie hat nichts mit Qualitätssicherung zu tun, sondern dient nur der Absicherung von Abrechnungen, weil hierfür zahllose Codes für Zu- oder Abschläge dokumentiert werden müssen - jede zusätzliche Nebendiagnose muss festgehalten werden. Das ist schlicht Wahnsinn. Wir brauchen dringend Entlastung, beispielsweise durch Stationssekretariate oder entsprechend ausgebildetes Fachpersonal. Ärztinnen und Ärzte müssen sich wieder auf den Kernbereich ihrer Tätigkeit konzentrieren können: die Versorgung von Patientinnen und Patienten.

JFR: Sind z.B. interprofessionelle Zusammenarbeit und Teamarbeit auch gute Ansätze?

SJ: Ja, absolut. Gute Teamarbeit ist elementar für eine motivierende Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. Jeder hat ja seine Aufgabe im Team. Gemeinsam können alle Beteiligten ihre Kompetenzen einbringen und ihren Beitrag leisten, die Patientenversorgung so gut und effizient wie möglich zu gestalten.

JFR: Hat die COVID-19-Pandemie mit vielerorts fast einseitig mit infektiösen Patientinnen/Patienten belegten Kliniken die Aus- und Weiterbildungssituation beeinträchtigt? Wie könnte ggfs. Abhilfe geschaffen werden?

SJ: Gerade in der Zeit, in der planbare Eingriffe zurückgestellt werden mussten, gab es demzufolge auch weniger Möglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte, ihre operativen Fähigkeiten zu entwickeln. Das hat sie zeitweilig in der Weiterbildung zurückgeworfen. Gleichzeitig hat der pandemiebedingte Einsatz in anderen Fachbereichen ihnen die Möglichkeit gegeben, über den eigenen Tellerrand hinaus zu schauen und dazu zu lernen. In Phasen der geringeren Belegung durch infektiöse Patienten konnten dann auch die meisten verschobenen Eingriffe nachgeholt werden.

JFR: Leider fehlen nicht nur in manchen gesundheitspolitischen Bereichen klassische „Vorausdenker/Visionäre“. Jahrelang hieß es, wir haben zu viele Ärztinnen/Ärzte; jetzt merken wir, dass wir mit dem vorhandenen und dem zu erwartenden ärztlichen Personal nicht auskommen werden. Diskutiert werden Anwerbung von qualifiziertem Nachwuchs aus der EU und auch aus außereuropäischen Ländern (allerdings nicht auf Kosten der Versorgungssituation in deren Herkunftsländern), neue Ausbildungsplätze in Universitäten und Unterstützung von

MVZs, um die Versorgung auf dem Land besser vorzubereiten. Wie sehen Sie die derzeitige Situation?

SJ: Wir steuern schon jetzt auf einen zunehmenden Fachkräftemangel zu. Durch die Ruhestandswelle der Babyboomer wird sich der Ersatzbedarf noch weiter vergrößern. Natürlich helfen uns mehr Medizinstudienplätze nicht akut, um die Personalprobleme zu lösen, ohne zusätzliche Anstrengungen in diesem Bereich bekommen wir auf Dauer aber erhebliche Schwierigkeiten in der Versorgung. Dafür braucht es keine besonderen Prognosefähigkeiten, die Zahlen liegen längst auf dem Tisch. Wir weisen seit vielen Jahren darauf hin. Die Politik macht sich aber einen schlanken Fuß und scheut die zusätzlichen Kosten.

JFR: Welche Voraussetzungen müssen ausländische Kolleginnen/Kollegen haben, um hier ärztlich tätig werden zu können? Wer prüft die Zeugnisse bzw. die Qualifikation? Nach eigener Erfahrung auch in der Familie wird gerade in operativen Fächern nicht unbedingt auf einen guten Spracherwerb geachtet. Es gibt an manchen Kliniken mehrheitlich Ärzte, die z.T. schon seit Jahren dort sind, aber nur sehr lückenhaft Deutsch sprechen. Müsste nicht gerade die Sprache in erster Linie eine *conditio sine qua non* für Ärztinnen/Ärzte sein (Anamnese!)?

SJ: Ja, selbstverständlich. Kommunikation ist in unserem Beruf essenziell. Da darf es keine Abstriche geben. Fachsprachkenntnisse auf dem Niveau C1 werden aber geprüft und sind auch Voraussetzung für eine vorübergehende Berufserlaubnis. Die meisten dieser Prüfungen werden von den Ärztekammern durchgeführt, die auch über die Durchfallquoten regelmäßig informieren. Ganz unabhängig davon, ist natürlich jeder und jede aufgefordert, ihre Sprachkenntnisse ständig zu verbessern, damit es sowohl in der Verständigung mit den Kolleginnen und Kollegen klappt und erst recht mit den Patientinnen und Patienten. Das erfordert von den Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland, ohne die wir die Versorgung schon lange nicht mehr sicherstellen könnten, einen hohen Einsatz.

JFR: An vielen Universitäten studieren inzwischen signifikant mehr Frauen als Männer Medizin. Ein Grund könnten die in der Regel besseren Abiturnoten der jungen Frauen und damit ein besserer Zugang zum Numerus Clausus Fach Medizin sein. Ist die Abiturnote ein guter und ausschlagender Parameter für den Zugang zum Medizinstudium? Sollte und müsste eine fachliche Eignung vorher nicht durch zusätzliche Qualitätsmerkmale wie z.B. Empathie, Zuwendung zu und

Umgang mit kranken Menschen, Belastbarkeit (Praktikum vor Studium?) geprüft werden?

SJ: Die Abiturnote ist erwiesenermaßen ein guter Parameter dafür, wer später erfolgreich das Medizinstudium absolviert, das sagt aber natürlich nichts aus über beispielsweise Kommunikationsstärken, Empathie oder Teamfähigkeit. Die Unis haben schon jetzt weitere Möglichkeiten, die Eignung von Bewerberinnen und Bewerbern festzustellen. Von solchen zusätzlichen Auswahlverfahren machen sie aber häufig wegen des damit verbundenen Zeitaufwands und der Kosten nicht Gebrauch. Das ist schlecht für diejenigen, die nicht zu den Einser-Abiturienten gehören, trotzdem ein ganz gutes Abitur vorweisen können und über Fähigkeiten verfügen, die eine Eignung fürs Studium erkennen lassen. Wer sich nicht ganz sicher ist, ob die Medizin das richtige für ihn oder sie ist, kann ein Praktikum absolvieren. Dann wird sehr viel klarer, ob man mit kranken Menschen arbeiten kann und ob das genau der Beruf ist, den man sich vorgestellt hat.

JFR: Wir haben erlebt, dass in der Corona-Pandemie die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie zum Beispiel für den Brust- und den Darmkrebs aus vielen Gründen (Angst vor Ansteckung, Hygiene, Notwendigkeit) deutlich zurückgegangen ist. Sie hat sich in einigen Bereichen erholt, ist aber noch nicht überall zur Norm zurückgekehrt. Das DKFZ (Prof. Baumann) hat schon vor anderthalb Jahren vor schweren onkologischen Kollateralschäden gewarnt. Sehen Sie gerade für im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte die Chance und die Notwendigkeit, Menschen unabhängig von ihrer augenblicklichen Erkrankung auf Vorsorgeuntersuchungen für sich selbst und für ihre Angehörigen hinzuweisen?

SJ: Patienten kommen mit akuten Beschwerden und Problemen in die Klinik. Da geht es erst einmal um andere Dinge. Ich glaube, dass viele Patienten in so einer Lage kein Ohr für konkrete Präventionsthemen haben, die mit ihrer aktuellen Situation nichts zu tun haben. Unabhängig davon sollten wir als Ärztinnen und Ärzte uns dort, wo sich Möglichkeiten bieten, aktiv an Informationskampagnen beteiligen, um die Vorsorge voranzubringen. Prävention von Erkrankungen, bessere Kenntnisse über eine gesunde Lebensweise sind essenziell. Hier wird noch viel zu wenig investiert. Der zusätzliche Aufwand von Prävention zahlt sich mehrfach aus, wenn auch erst nach einigen Jahren.

JFR: Mit dem neuen Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz KFRG, an dessen Entstehung die Stiftung LebensBlicke maßgeblichen Anteil hatte, ist zwar ein

Paradigmenwechsel eingetreten. Das seit 2019 gültige Einladungsverfahren hat aber noch nicht den Beweis erbracht, dass sich dadurch die Teilnehmeraten deutlich steigern lassen. Wo sehen Sie in Ihrem Verband Möglichkeiten und Chancen, durch mediale wie öffentliche Aktivitäten das Bewusstsein der Bevölkerung für die eigenverantwortliche Vorsorge zu stärken. Wir wissen, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht sehr hoch ist; das müsste uns ein Ansporn sein.

SJ: Die Steigerung der Gesundheitskompetenz muss schon im Schulalter beginnen. Die Wissensvermittlung über Funktionen des eigenen Körpers kommt im normalen Schulunterricht zu kurz. Ein sehr erfolgreiches Projekt wie „Gesund macht Schule“ der Ärztekammer Nordrhein hat da Vorbildcharakter. Die Grundschulen brauchen kompetente Unterstützung durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Allein lässt sich diese Aufgabe nicht stemmen. Die Politik muss das aktiv unterstützen. Wir müssen gerade Menschen mit geringen Einkommen viel stärker noch für Prävention erreichen. Die Kampagne für die Corona-Schutzimpfung hat gezeigt, dass die Informationen häufig nicht zielgruppengerecht sind.

JFR: Abschließend erlaube ich mir die Frage, welches Ziel Sie sich für Ihre Amtszeit für gesetzt haben. Was möchten und was könnten Sie erreichen?

SJ: Wir machen im Marburger Bund viel „Vorfeldarbeit“ in unseren Gremien, so auch im neunköpfigen Bundesvorstand. Diese inhaltliche Arbeit zeichnet uns als Verband aus. Ich glaube, es ist in den vergangenen zweieinhalb Jahren gelungen, entsprechende Akzente zu setzen, die auch in der Politik wahrgenommen worden sind. Ich denke da an unsere Vorschläge zur Reform der Notfallversorgung oder unsere Ideen zur Strukturreform der Krankenhäuser. Wir finden mit vielem, was wir gemeinsam erarbeitet haben, Gehör in Politik und Öffentlichkeit. Zugleich sind wir ja auch Gewerkschaft. Tarifpolitik ist zweifellos ein schwieriges Geschäft. Aber dank unserer Mitglieder und ihrer Bereitschaft, sich für ihre Belange auch einzusetzen, kommen wir voran und können so die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern für Ärztinnen und Ärzte Schritt für Schritt verbessern.

JFR: Herzlichen Dank für dieses offene und konstruktive Interview!