

Welche Ärzt\*innen braucht es in Zukunft?

Which Doctors Will be Needed in the Future?

Christof Schmitz, college M

Published online: June 07, 2023

[Welche Ärztinnen und Ärzte braucht es in der Zukunft?](#)

Christof Schmitz

Praxis 2023 112:7-8, 383-387

<https://doi.org/10.1024/1661-8157/a004003>

## Zusammenfassung

Für Ideen zu einem ärztlichen Berufsbild der Zukunft sind versorgungssystemische und gesellschaftliche Entwicklungen zu überlegen. Erst daraus können Vorstellungen zum Berufsbild abgeleitet werden. Die folgenden Ausführungen zeigen, wie unter der Einrechnung gesellschaftlicher Entwicklungen mit einer Steigerung an Vielfalt bei den Patient\*innen, beim Personal, sowie wohl auch einer Differenzierung von Versorgungssettings zu rechnen ist. Die Konsequenz: Im Vergleich zu heute ist von fluideren und brüchigeren Berufsrollen auszugehen. Ärztliche Laufbahnen werden zukünftig mehr Rollenwechsel beinhalten, und die Frage der Ko-Evolution der Gesundheitsberufe wird deutlich relevanter werden. Das wirft grundsätzliche Fragen für die Aus- und Weiterbildung aber auch professionelle Selbstverständnisse auf.

For ideas on the future of doctors, developments in the health care system and in society must be considered. Only then can a vision about the professional profile be derived. The following considerations show how, taking into account social developments, an increase in diversity among patients and staff, as well as a differentiation of care settings, can be expected. The consequence: Compared to today, more fluid and fragile professional roles are to be expected. Medical careers will involve more role changes in the future, and the question of co-evolution of the health professions will become much more relevant. This raises fundamental questions for education and training, but also professional identity.

Pour se donner une idée sur l'image de la profession médicale de demain, il faut réfléchir à l'évolution du système de soins et de la société. Ce n'est qu'à partir de là que l'on peut se faire une idée du profil professionnel. Les explications suivantes montrent comment, en tenant compte des évolutions sociales, il faut s'attendre à une augmentation de la diversité des patients et du personnel, ainsi qu'à une différenciation des settings de soins. La conséquence : par rapport à aujourd'hui, il faut s'attendre à des rôles professionnels plus fluides et plus fragiles. Les carrières médicales comporteront à l'avenir davantage de changements de rôles et la question de la co-évolution des professions de santé deviendra nettement plus pertinente. Cela soulève des questions fondamentales pour la formation initiale et continue, mais aussi pour les conceptions professionnelles.

## Die Gegenwart (Ü1)

Die Schweiz hat gemäss OECD-Statistiken eine der höchsten Dichten an Ärzten und auch anderen Health Professionals im Verhältnis zur Bevölkerung. Trotzdem finden sich Unter- wie Überversorgungen und bedenkliche Mängel in verschiedenen Disziplinen (z.B. Psychiatrie, Hausarztmedizin). Bereits die Gegenwart wirft also Fragen auf, wie wichtige Bereiche mit ausreichender Kapazität und Qualität versorgt werden können. Gleichzeitig finden, beschleunigt durch die Pandemie, bedeutsame Veränderungen am Arbeitsmarkt statt. Aktuell ist ein historischer Höchststand an unbesetzten Stellen in der Schweiz festzustellen, wobei insbesondere Dienstleistungsberufe betroffen sind. Von Lehrern, über die Gastronomie bis hin zur Pflege und – ja, auch der Ärzteschaft – fehlt es an Personal.

Folgende Erklärungen werden für diesen Mangel angeboten: Immer weniger Menschen wollen Vollzeit arbeiten. Das reduziert die Arbeitspensen und in der Folge die verfügbare Personalkapazität. Besonders schlagend ist das in der Medizin, die es gewohnt ist, mit willigem und mit hohem Einsatz arbeitenden Personal rechnen zu können. Hier ist ein eigentlicher Backlash zu beobachten. In einer Umfrage, die wir für das BAG 2019 (also noch vor der Pandemie) unter den letzten beiden Jahrgängen der Fachtitel-Erwerbenden der inneren Medizin, der Psychiatrie, der Chirurgie und der Ophthalmologie durchführten, wollten nur mehr 18% in Zukunft Vollzeit arbeiten [1]. Das ist angesichts der ärztlichen Ausbildungs- und Professionsideen radikal (und betrifft noch nicht einmal die ganz Jungen, die Generation Z).

Zweitens kehrten viele ausländische Arbeitskräfte während der Pandemie zurück in ihre Heimat. Wie es aussieht, ohne Wiederkehr. Drittens scheiden die geburtenstarken Babyboomer-Jahrgänge 1946 – 1964 zunehmend aus dem Erwerbsleben aus. Viertens wurde anscheinend während der Pandemie festgestellt, dass viele (insbesondere) Dienstleistungsjobs nicht mehr als hinreichend attraktiv, akzeptabel oder sicher genug erscheinen. Das alles zusammen erklärt das Loch, das, wie es ein Gastronom formulierte, Arbeitskräfte abzusaugen und in ein Paralleluniversum zu verschieben scheint [2, 3].

All diese Erklärungen lassen vermuten, dass es nicht um ein vorübergehendes, sondern um ein bleibendes Phänomen geht. Um es auf den Punkt zu bringen: Bislang konnten Medizin und Spitäler von einer hohen Bereitschaft des Personals ausgehen, sich unfreundlichen Bedingungen anzupassen: Schichtdienste, KITA-unfreundliche Arbeitszeiten, geringe Flexibilitäten, hierarchische Führungsformen, viel Kontrolle etc. Die diesbezügliche Anpassungsbereitschaft reduziert sich. Deutlich wird damit, dass das Gesundheitssystem auf eine gesellschaftliche Veränderung reagieren muss: auf sich

ändernde Erwartungsstrukturen nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern ebenso beim Personal. Ob man das will oder nicht, neben den Patienten sind nun die Mitarbeiter das zweite Zentrum, um das man sich kümmern muss. Dieser Adaptionsbedarf vermittelt einen Vorgeschmack, auf das, was kommen wird und dass Medizin und Versorgung nicht nur demografische Veränderungen, sondern ebenso gesellschaftliche Entwicklungen einzurechnen hat.

### Medizin in der Gesellschaft (Ü1)

Der Arztberuf steht offensichtlich nicht für sich, sondern ist eingebettet in gesellschaftliche und gesundheitssystemische Dynamiken. Die entscheidende Frage ist darum: wie sehen die Gesellschaft und die Versorgung der Zukunft aus? Aus einer Antwort lassen sich dann Überlegungen zur Zukunft des Arztberufes ableiten. In einer Arbeitsgruppe zu Megatrends im Rahmen der «Plattform Zukunft ärztliche Bildung», die der Autor begleiten durfte, wurden entsprechende Überlegungen angestellt. Die nachfolgenden Überlegungen sind ein Auszug aus den Ergebnissen dieser Arbeitsgruppe; sie konzentrieren sich auf den Aspekt der «Vielfalt», weil daran deutlich wird, womit zu rechnen ist [4].

Die Medizin steht paradigmatisch für zentrale Spannungsfelder unserer Gesellschaft: Machbarkeitswünsche, Vertrauensverluste, hoch kompetitive Wissenschaft, unklarer werdende Wahrheitsregeln, Konsumhaltungen, Autoritätseinbussen, sich akzentuierende Symmetrieerwartungen, Angebotsausweitungen, ökonomische Limitierungen, juristische und ethische Fragen bündeln sich an ihr. Die Erwartungen der Gesellschaft an die Versorgung und die Medizin sind äusserst vielgestaltig, spannungsreich und teils offensichtlich widersprüchlich – und diese Spannungen und Widersprüche akzentuieren sich. Das wird umso kritischer, je breiter das Feld der Medizin wird. Sei es durch Reproduktionsmedizin, Genanalysen, die Betreuung chronischer Krankheiten bis hin zu Palliativsituationen, das Leben und Verhalten von Menschen steht immer mehr im Einflussbereich der Medizin, wie auch umgekehrt die Medizin stärker denn je mit individuellen wie sozialen Erwartungen konfrontiert wird.

Diese Steigerung der Vielfalt in der Versorgung ist eine Resonanz auf gesellschaftliche Entwicklungen (zu denen die Medizin ihrerseits beigetragen hat). Idealtypisch kann hier Philipp Sarasins «1977» genannt werden. Der Zürcher Historiker beschreibt in seiner «kurzen Geschichte der Gegenwart», wie sich mit den 1980er Jahren vormals Festgefügtes, allgemein Verbindliches zusehends aufzulösen begann [5]. Die sich damit eröffnende, weitgehend unvermittelte Vielfalt erfreut uns auf der einen Seite mit neu gewonnenen Freiheiten, macht uns auf der anderen Seite aber auch zu schaffen, z.B.

wenn in der Pandemie die «Querdenker» die Wahrheitsregeln der Wissenschaft nicht mehr zur Kenntnis nehmen und kommunikativ nicht mehr erreichbar sind. Wir reagieren mit «Unbehagen», speziell wenn in Krisen das damit verbundene Problem gesellschaftlicher Komplexität erleb- und nachvollziehbar wird und zu beobachten ist, wie anspruchsvoll sachliche wie soziale Integrationen geworden sind (man denke an die Reibung zwischen Politik und Wissenschaft während der COVID-Pandemie) [6]. So leistungsfähig Gesellschaft auf der einen Seite ist (auch dafür hat die Pandemie reichhaltige Beispiele geliefert), so schwierig ist es, mit der darin enthaltenen Vielfalt und Pluralität an Welten und Werten umzugehen. Wir dürfen jedenfalls davon ausgehen, dass sich die beschriebene zentrifugale Dynamik, die eine hohe Vielfalt an Erwartungen, Ansprüchen, Werten und Forderungen, kombiniert mit hoch anspruchsvollen Integrationsprozessen, mit sich bringt, weiter fortsetzen wird. Mit dieser Vielfalt gilt es Umgang zu finden.

#### Die Zukunft der Versorgung (Ü1)

In Diskussionen um eine Zukunft der Medizin werden jeweils vier übliche «Verdächtige» genannt: die demografische Entwicklung mit einer Zunahme an alten, potenziell polymorbiden Menschen; die steigenden Erwartungen der Patient\*innen an Einbezug oder auch Konsummöglichkeiten; die zunehmende Komplexität der Medizin infolge ihrer Spezialisierung und der Ausweitung ihres Tätigkeitsfeldes; der steigende Kostendruck. Über diese vier bekannten Dimensionen hinaus, lassen sich mit der Einrechnung der genannten gesellschaftliche Entwicklungen unter dem Stichwort «Vielfalt» vor allem folgende Trends ausmachen.

#### Diversität der Versorgung (Ü2)

Der steigenden Vielfalt der Erwartungen der Gesellschaft an Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten wird mit einer Auffächerung sowohl der Versorgungssettings als auch der Rollen der verschiedenen Gesundheitsberufe Rechnung zu tragen sein.

- Indem die Versorgung weiter über „Heilung“ hinaus gehen wird, werden verstärkt soziale und psychische Dimensionen relevant. Erwartungen und Verhalten von Patient\*innen werden noch wichtiger. Diese Erwartungen sind ihrerseits vielfältiger Natur und können zwischen Symmetrieerwartungen („Augenhöhe!“), als Subjekt ernstgenommen werden („Ich bin der Experte meiner Krankheit!) und Konsumwünschen („... bei den Prämien, die ich zahle!“) breit schwankenden.
- Die Rollenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen wird intensiver befragt und fluider, Neukonfigurationen von Behandlungs- und Betreuungsprozessen werden vermehrt der Fall sein. Task Shifting, also die Abgabe diagnostischer oder

therapeutischer Aktivitäten zugunsten einer Konzentration des Ärztlichen auf Nicht-Routine-Fälle an nicht-ärztlichen Berufe wird sich verstärken. Ebenso wird die interprofessionelle Zusammenarbeit angesichts komplexer Krankheiten verstärkt werden müssen.

- Berufsrollen werden vielfältiger, aber auch brüchiger und herausfordernder. Das betrifft auch ihre Attraktivitäten (und damit die Motivationslagen des Personals). Die Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich Arbeits- und Karrieremodellen, Arbeitgebern und Vorgesetzten werden noch stärker einen Bruch zur traditionellen professionellen Welt mit sich bringen.
- Die klassische Einteilung von stationärer und ambulanter Medizin wird durch neue Kriterien überlagert. Mindestens drei Formen können idealtypisch unterscheiden werden: a) ein akutes Setting, das mit klar klassifizierbaren Krankheiten zu tun hat und über ein entsprechendes Interventionsportfolio verfügt (exemplarisch: akuter Herzinfarkt). b) ein intermediäres Setting, das von komplexen, aber klassifizierbaren Krankheiten und einer oftmals breiten Palette an Interventionsformen gekennzeichnet ist (z.B. Krebsbehandlung), c) chronische, mehrfache und schwierig zu klassifizierende oder seltene Krankheiten, die von hoher Unsicherheit in Diagnose wie Therapie getragen sind [7]. Von a) nach c) nimmt die Bedeutung psychosozialer gegenüber biomedizinischen Dimensionen zu (s. Abb. 1) und erzeugt jeweils sehr unterschiedliche Formen an Behandlungs- und Betreuungsprozessen.

Abb. 1

#### Fragmentierung und Integration (Ü2)

Mit der progredienten Spezialisierung der Medizin werden Fragen der Koordination, der Integration und der Neukonfiguration von Versorgungssettings noch virulenter. Dabei ist die Orientierung am Patient\*innen-Nutzen essentiell. Speziell mit der Zunahme chronischer Krankheiten steigt der Bedarf an integrierten Modellen, ebenso wie der Orientierungsbedarf der Patient\*innen.

- Der Druck, von einer systembasierten zu einer patienten- oder personenzentrierten Versorgung zu gelangen, erhöht sich. Outcome-Messungen werden dabei eine Rolle spielen, wobei Qualität stärker als bis anhin „durch Patienten-Augen“ gesehen wird. Nutzen- und wirtschaftlichen Kalkülen wird unverändert grosse Bedeutung zukommen.
- Die traditionell kurativ (und stationär) orientierte (Akut-)Medizin wird sich zugunsten einer eher ambulanten, präventiven und verhaltensorientierten

Orientierung verschieben. Integrative Konzepte werden ebenso wie neue Präventionsstrategien und Therapiekonzepte, die versuchen Krankheiten früher zu erkennen (Interception) und Resilienz zu stärken, an Gewicht gewinnen. Auch erfordert die demografisch bedingte Zunahme älterer, multimorbider Patient\*innen eine entsprechende Kompetenzanpassung, ebenso wie dem Bedarf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern und das Involvement von Patient\*innen und Patientenorganisationen zu stärken, nachzukommen ist.

- Steigen wird auch hierdurch der Druck auf die Neukonfiguration von Kompetenzen und Rollen mit dem Bedarf diagnostische, therapeutische und betreuende Aktivitäten zugunsten von Patient\*innen-Nutzen zu rekombinieren.
- Steigen wird auch die Anforderung, den Trend zur weiteren Spezialisierung in der Medizin mit dem Bedarf an generalistischen und integrativen Kompetenzen der Ärzt\*innen zu balancieren.

#### Fazit (Ü1)

Unter Einrechnung gesellschaftlicher Entwicklungen ist mit einer Steigerung an Vielfalt bei Patient\*innen, Personal, Versorgungssettings, Rollen und Laufbahnwegen zu rechnen. Im Vergleich zu heute ist mit mehr Differenzierungen von Versorgungssettings, sowie von fluideren und brüchigeren Berufsrollen auszugehen. Zwei Aspekte stechen besonders hervor: Ärztliche Laufbahnen werden zukünftig mehr Rollenwechsel beinhalten, und die Frage der Ko-Evolution der Gesundheitsberufe wird deutlich relevanter.

Zwei grosse Herausforderungen für die Aus- und Weiterbildung sind damit erkennbar: 1) Wie kann die kommende Vielfalt an Rollen und Laufbahnen (und Motivationslagen beim ärztlichen Nachwuchs) hinreichend berücksichtigt werden? 2) Wie sehr ist dieser Vielfalt mit der heutigen Vorstellung eines weitgehend einheitlichen ärztlichen Berufsbildes (alle haben den gleichen, grossen Grundstock an Wissen, späte Spezialisierung) und damit einem Verständnis der professionellen Identität vereinbar? Man kann sich gut vorstellen, dass hier Spannungen übergross und neue Modelle entstehen könnten. Aber das muss die Diskussionen in Fakultäten und übergeordneten Gremien zeigen.

## Key messages

- Die Medizin steht im Brennpunkt einer Gesellschaft, die durch hohe Pluralität und Vielfalt gekennzeichnet ist. Diese wird sich in Zukunft noch akzentuieren.
- Die Vielfalt an Erwartungen bedingt Veränderungen der ärztlichen Rollen, aber auch der anderer Gesundheitsberufe. Der Druck diagnostische und therapeutische Tätigkeiten neu zu sortieren und Behandlungs- und Betreuungsprozesse neu zu konfigurieren wird steigen.
- Ärzt\*innen werden zukünftig in ihrer Laufbahn in unterschiedlichen Rollen tätig sein und über ein fluideres und brüchigeres Berufsbild verfügen. Das wird motivationale Auswirkungen haben.
- Die Frage stellt sich, a) wie dieser Vielfalt in Aus- und Weiterbildung begegnet werden (z.B. hinsichtlich der Balance von Spezialisten-/Generalistentum), und b) wie weit die heute gängige Vorstellung eines weitgehend einheitlichen Berufsbildes (als wichtiger Teil einer professionellen Identität) aufrechterhalten werden kann.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christof Schmitz, college M, Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, 3001 Bern  
christof.schmitz@college-m.ch

## Bibliografie

1. Berchtold P, Gedamke S, Schmitz C: "Quality through patients' eyes". 2020.  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/qualitaetsentwicklung-schweiz.html> . Letzter Zugriff: 21.09.2022
2. www.republik.ch, Auf lange Sicht. Wo sind alle hin? 11.7.22. Letzter Zugriff: 18.09.2022
3. Baecker D: Corona XXXII: Keine Rechnung ohne Gesellschaft.  
<https://kure.hypotheses.org/category/kontingenz>, 30.8.2022. Letzter Zugriff: 21.09.2022
4. BAG Plattform Zukunft ärztliche Bildung, Arbeitsgruppe 'Arzt der Zukunft', Untergruppe 'Megatrends', Leitung Prof. Dr. C.A. Meier
5. Sarasin, Philipp. 1977: eine kurze Geschichte der Gegenwart. Berlin; Suhrkamp Verlag: 2021.
6. Nassehi, Armin. Unbehagen: Theorie der überforderten Gesellschaft. München; CH Beck: 2021.

Abbildung

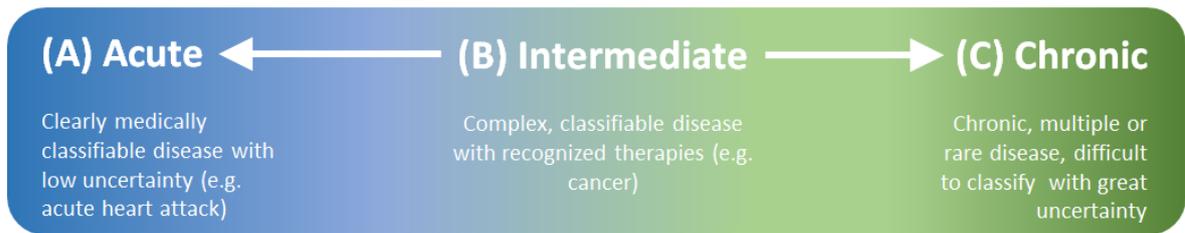


Abb.: Drei idealtypische Versorgungssettings [1]