

## DIAGNOSE ARZTEMANGEL

# Freie Stellen und steigende Arztzahlen

Therapieansätze gegen ein differenziertes Syndrom



**S**o etwa im Jahr 2002 kippte die Stimmung: Aus der vielbeschworenen Ärzteschwemme wurde – quasi über Nacht und ohne den Umweg über ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage zu nehmen – ein Ärztemangel. Die „richtige“ Anzahl an Ärztinnen und Ärzten kann es hierzulande offensichtlich nicht geben.

## Die Diagnose

Was aber ist eigentlich „Ärztemangel“? Anhand welcher Kriterien lässt sich ein Mangel an Ärzten festmachen? Mögliche Anzeichen dafür, dass bereits Ärzte fehlen oder bald knapp werden, könnten sein:

- Der Stellenmarkt im Anzeigenteil des Deutschen Ärzteblattes ist regelmäßig mehr als 40 Seiten stark.
- Die Zahl der Ärzte laut Bundesärztekammer(BÄK)-Statistik ist über einen längeren Zeitraum rückläufig.
- Die Ärztedichte ist niedriger als die im OECD-Durchschnitt.
- Der Anteil der ärztlich tätigen Ärzte sinkt, weil die Ärzte andere Berufe ergreifen.
- Der Bedarf an Ärzten steigt, weil das Arbeitszeitgesetz kürzere Arbeitszeiten vorschreibt.
- Zu wenige junge Menschen wollen den Arztberuf ergreifen, weil sie die schlechten Arbeitsbedingungen in den Kliniken fürchten. Ableben ließe sich diese Entwicklung daran, dass die Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin nicht ausgeschöpft werden.
- Der Bedarf an Ärzten steigt, weil die nachrückende Ärztegeneration nicht mehr bereit ist, so viele – oft unbezahlte – Überstunden zu machen wie ihre Vorgänger.

Schaut man sich die einzelnen Punkte genauer an, so ergibt sich als

Diagnose ein „hochdifferenziertes Syndrom“.

So ist nach der Zahl der Stellenangebote im Deutschen Ärzteblatt ein Ärztemangel offenkundig. Es besteht eine Handlungsnotwendigkeit. Die Kliniken haben auf allen Ebenen freie Stellen. Ein Blick auf die BÄK-Statistiken zeigt jedoch, dass die Zahl der Ärzte nicht abgenommen hat. Ende des Jahres 2006 waren 311 230 Ärztinnen und Ärzte berufstätig. Die Zuwachsrate betrug 1,2 Prozent und war damit deutlich höher als 2005 (0,4 Prozent). Auch die relative Zahl der Ärzte in Deutschland deutet nicht auf einen Ärztemangel hin. Die Arztdichte ist im internationalen Vergleich mit 3,4 niedergelassenen Ärzten je 1 000 Einwohner hoch (OECD-Durchschnitt: 3,0) (1).

Zur Flucht der Ärzte aus ihrem Beruf: Seit Jahren wird beklagt, dass sehr viele Ärzte ins Medizincontrolling abwandern. Als Einmaleffekt – für bis zu rund 3 000 Ärzte – stimmt diese Aussage auch. Aber jedes Jahr verlassen knapp 9 000 Absolventen in Deutschland die medizinischen Fakultäten (3). Verglichen damit ist die Zahl der Medizincontroller an den Krankenhäusern eher gering. Jedenfalls hat der Ärztemangel darin wohl kaum eine quantitativ relevante Ursache. Darüber hinaus stimmt es nicht, dass die Zahl der ärztlichen Mitarbeiter im System des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) explodiert ist: Es gibt nach wie vor etwa 2 000 MDK-Ärzte. Diese werden aber viel intensiver wahrgenommen, weil viele Krankenkassen ihren Prüfungsschwerpunkt in den akutstationären Sektor verlagert haben (8).

Durch die Änderung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) wurde infolge

des „Jäger-Urteils“ ein Prozess in Gang gesetzt, der zu einem erheblichen Mehrbedarf an ärztlichen Mitarbeitern im Krankenhaus geführt hat. Für diesen Mehrbedarf gab es auf der Angebotsseite keine Kompensationsmechanismen. Anzumerken ist jedoch, dass sich die Auswirkungen des novellierten ArbZG erst seit Anfang dieses Jahres, seitdem es flächendeckend umgesetzt werden muss, richtig bemerkbar machen.

Zu den Arbeitsbedingungen in den Kliniken gibt es viel zu sagen. In vielen Fällen werden zu Recht der Dokumentationsaufwand, die Flut von MDK-Anfragen, die Qualität der Aus- und Weiterbildung sowie die Höhe der Vergütung beklagt. Zur Beurteilung, ob diese Faktoren tatsächlich Auswirkungen auf die Wahl des Studienfachs haben, sollte man sich zwei Fragen stellen:

1. *Waren die Arbeitsbedingungen während der Ärzteschwemme besser als heute?* Nur wenn man diese Frage bejahte, hätten die Arbeitsbedingungen Einfluss auf die Berufswahl. Hinsichtlich der Arbeitszeit war es früher nicht besser. So war das Weiterarbeiten nach dem Nachtdienst früher die Regel und nicht wie heute die Ausnahme. Das Wegfallen der Möglichkeit, unbeschränkt viele Dienste zu machen, ist unter finanziellen Aspekten für manche ein Problem – jedoch steht diese Möglichkeit nicht zur Disposition (sofern man nicht den Austritt aus der EU anstrebt). Auch die Qualität der ärztlichen Weiterbildung war in der Vergangenheit nicht grundsätzlich anders als heute. In Bezug auf die MDK-Prüfungen und die DRG-bedingte Leistungsverdichtung ist aus ärztlicher Sicht eine Verschlechterung zu konstatieren. Tendenziell haben sich die Arbeitsbedin-

gungen aber nicht entscheidend verschlechtert.

2. *Wird das Studienfach Humanmedizin noch nachgefragt?* Diese Frage muss bejaht werden. Zu keiner Zeit gab es an den Universitäten freie Medizinstudienplätze.

Sehr wohl geändert haben sich die Präferenzen der nachrückenden Ärztegeneration. Eine wichtige Rolle spielt die Tatsache, dass der Anteil der Ärztinnen seit Jahren zunimmt: von 33,6 Prozent im Jahr 1991 auf 42 Prozent zum Ende des Jahres 2006. Tendenz steigend: So sind etwa in Köln knapp 70 Prozent der im Sommersemester 2007 neu eingeschriebenen Medizinstudierenden weiblich (4). Auch dadurch bedingt setzt sich im ärztlichen Beruf immer stärker durch, dass die Arbeitsvariante „möglichst sieben Tage und Nächte pro Woche – sonst bin ich ein Rabenarzt“ nicht mehr von der Mehrheit getragen wird.

Festzuhalten ist, dass trotz steigender Arztzahlen viele ärztliche Stellen nicht besetzt werden können. Wie kann man dem entgegenwirken?

### Die Therapieansätze

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist, vor allem vor dem Hintergrund der aktuellen Studierendendaten, ein wichtiger Ansatzpunkt für die nach der Diagnose fälligen Therapieansätze. Vereinbarkeit von Familie und Beruf meint zum Beispiel, dass die Krankenhäuser eine Kinderbetreuung in Kindertagesstätten anbieten, die sich mit den Bedingungen

ärztlicher Arbeitszeit in Einklang bringen lassen. So werden mehr junge Mütter und Väter schneller in den Beruf zurückkehren. Das Gleiche gilt auch für die Einrichtung von Teilzeinstellen im patientennahen Bereich. Dabei hilft es übrigens wenig, wenn Krankenhäuser auf die öffentliche Hand verweisen – die wenigsten öffentlichen Kindertagesstätten sind krankenhaushausgerecht. Dies gilt auch für einige Krankenhauskindertagesstätten. Diese sind auf die Dienstzeiten der Verwaltung ausgerichtet; weder der Spätdienst einer Pflegekraft noch ein ärztlicher Nachtdienst ist mit den Öffnungszeiten vereinbar.

Ein weiterer Ansatzpunkt für Verbesserungen ist die Weiterbildung. Denn immer weniger junge Ärzte sind bereit, 70 Stunden und mehr zu arbeiten und nebenher ihre Weiterbildung zu organisieren. Nun werden die Krankenhäuser anmerken, dass für eine adäquate Weiterbildung das Geld fehlt. Antworten auf diese Frage – zum Beispiel eine Umlage vonseiten der Krankenhäuser, die nicht ausbilden, auf jene, die sich der Verantwortung stellen – muss die Politik geben. Allerdings kann Geld nicht den Willen zur Weiterbildung ersetzen: Wenn bei vielen Standardeingriffen eben nicht der Assistent, sondern der Oberarzt operiert oder ein Chef seine medizinischen Entscheidungen nicht erklärt („eminenzbasiert“ als Kategorie IV nach Sacket [5]), sind monetäre Anreize so nützlich wie Antibiotika bei einer Viruspneumo-

nie. Krankenhäuser, die in der aktuellen Situation ihre freien Stellen besetzen wollen, sollten sich auch über den Ruf einer guten Weiterbildung als kompetente Arbeitgeber profilieren.

Der dritte relevante Ansatzpunkt ist die Zahl der Studienplätze. Wenn nach jeder Änderung der Approbationsordnung weniger Studienplätze übrig sind, der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten aber steigt, muss eben die Anzahl der Studienplätze erhöht werden. In welchem Rahmen dies umgesetzt werden könnte, erschließt sich erst, wenn der Horizont der Betrachtung erweitert wird. Denn: Einer radikalen Umorganisation der medizinischen Ausbildung – wie sie sich im Rahmen der Bologna-Diskussion andeutet (6) – wird sich auch die deutsche Medizin langfristig nicht entziehen können. Inwieweit dabei das Ausbildungsprimat der Universitäten in diesem Fach beibehalten werden kann, bleibt abzuwarten. In den Kernforderungen des Wissenschaftsrats, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Hochschulmedizin der Zukunft ist die Einteilung in einen eher wissenschaftlichen Mediziner und den berufspraktischen Arzt bereits formuliert (7) und damit inhärent der Schritt zur „Medical School“ präformiert. Der zurzeit scheinbar vorherrschenden Idee jedenfalls, mit im Vergleich zu den Herkunftsländern hohen Vergütungen eine relevante Anzahl von ausländischen Ärzten zum Arbeiten in Deutschland zu begeistern, kann vor dem Hintergrund der britischen, dänischen und norwegischen Erfahrungen eine Absage erteilt werden.

Fazit: Wie bei vielen komplexen Syndromen bleibt nach Würdigung aller Faktoren die Erkenntnis, dass es eine einfache Patentlösung nicht gibt. Allenfalls eine nachhaltig auf die Zukunft ausgerichtete Therapie vermag mit einigem Zeitverzug eine schrittweise Linderung der hausgemachten Krise bewirken. ■

Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband  
Dr. Christoph Stosch, Uniklinik Köln

 Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit3107](http://www.aerzteblatt.de/lit3107)

## RECHTSREPORT

### Nutzung des Autoradios ist Privatsache

Zweitgeräte im Auto eines Arbeitnehmers oder eines Selbstständigen unterliegen nur dann einer gesonderten Gebührenpflicht, wenn sie unmittelbar für berufliche Zwecke eingesetzt werden. Für Radios in einem Fahrzeug, das ausschließlich zu privaten Zwecken eingesetzt wird, werden keine Gebühren fällig. Das hat das Niedersächsische Obergericht (OVG) entschieden.

Im zugrunde liegenden Fall hatte eine Gynäkologin geklagt, die eine Praxis betreibt. Für die Geräte in ihrer Privatwohnung bezahlte sie Gebühren. Mit einer zusätzlichen Gebühr für ihr

Autoradio war sie nicht einverstanden. Das OVG gab ihr recht. Entgegen der Auffassung der Gebühreneinzugszentrale werden die Fahrten der Ärztin zu ihrer Praxis als private Nutzung gewertet. Die Fahrten zum Arbeitsplatz sind der Erwerbstätigkeit vorgelagert. Diese beginnt erst nach Ankunft am Arbeitsplatz und endet mit dem Verlassen. Fahrten zum Arbeitsplatz und Rückfahrten zur Wohnung sind somit nicht Bestandteil der beruflichen Tätigkeit, sondern Privatsache. Dabei ist nach Auffassung des Gerichts nicht zwischen Arbeitnehmern und Selbstständigen zu unterscheiden. (Urteil vom 26. April 2007, Az.: 2 A 394/06)

RA Barbara Berner

## DIAGNOSE ÄRZTEMANGEL

# Freie Stellen und steigende Arztzahlen

Therapieansätze gegen ein differenziertes Syndrom

## LITERATUR

1. OECD Health Data 2006 - Country Notes and press releases unter: [http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_34971438\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en_2649_34631_34971438_1_1_1_1,00.html)
2. ZVS-Statistik unter <http://www.zvs.de/statistik/gremi/en/>
3. Statistik der Bundesärztekammer 2006 unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.5008>
4. Studierendenstatistik der Universität zu Köln: Kurzstatistik Sommersemester 2007 unter [http://verwaltung.uni-koeln.de/stabsstelle01/content/statistik/studierendenstatistik/index\\_ger.html](http://verwaltung.uni-koeln.de/stabsstelle01/content/statistik/studierendenstatistik/index_ger.html)
5. By Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB Second Edition. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM Churchill Livingstone: Edinburgh, 2000.
6. Pressemeldung der HRK: HRK-Präsident Gaehtgens: Konstruktiver Dialog über die Studienreform in der Medizin ist eingeleitet, [http://www.hrk.de/de/presse/95\\_2852.php](http://www.hrk.de/de/presse/95_2852.php)
7. Hochschulmedizin der Zukunft: Ziele und Visionen für die klinische Spitzenforschung, unter: [http://www.dfg.de/aktuelles\\_presse/reden\\_stellungnahmen/2005/download/hochschulmedizin\\_der\\_zukunft\\_kernforderungen\\_bmbf\\_dfg\\_wr\\_klinische\\_forschung\\_05.pdf](http://www.dfg.de/aktuelles_presse/reden_stellungnahmen/2005/download/hochschulmedizin_der_zukunft_kernforderungen_bmbf_dfg_wr_klinische_forschung_05.pdf)
8. MDS (Hrsg.): Personalstatistik der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung.