

Dr. Karl Blum, Dr. Sabine Löffert

Ärztmangel im Krankenhaus

- Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen -

Forschungsgutachten im Auftrag
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, Oktober 2010

Inhaltsverzeichnis

I EINLEITUNG	5
1 HINTERGRUND	5
1.1 FORSCHUNGSAUFRAG	5
1.2 MESSUNG DES ÄRZTEMANGELS	6
2 METHODIK	8
2.1 SEKUNDÄRANALYSEN.....	8
2.2 KRANKENHAUSBEFRAGUNG	9
2.2.1 Erhebungsinstrument	9
2.2.2 Grundgesamtheit und Stichprobe.....	10
2.2.3 Ablauf und Auswertung der Erhebung	11
II SEKUNDÄRANALYSEN	13
3 ENTWICKLUNG DER ARZTZAHLEN UND STUDIENKAPAZITÄTEN 2000 – 2008	13
3.1 VOLLKRÄFTE.....	13
3.2 BESCHÄFTIGTE („KÖPFE“)	15
3.3 FACHÄRZTE	17
3.4 STUDIENKAPAZITÄTEN.....	23
4 PROGNOSE DES ÄRZTEMANGELS BIS 2019	25
4.1 ERSATZBEDARF	26
4.2 MEHRBEDARF	28
4.3 ZUGÄNGE NEUER ÄRZTE	31
4.4 PROGNOSE.....	34
4.5 RATIONALISIERUNGSPOTENZIALE	36
5 URSACHEN DES ÄRZTEMANGELS	38
5.1 NEUES ARBEITSZEITRECHT	38
5.2 HOHE SCHWUNDQUOTE BEI MEDIZINSTUDENTEN.....	40
5.3 ABWANDERUNG VON ÄRZTEN INS AUSLAND.....	42
5.4 AUSSTIEG AUS DER KURATIVEN ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT	44
5.5 FEMINISIERUNG DER ÄRZTLICHEN PROFESSION	45
5.6 SONSTIGE URSACHEN DES ÄRZTEMANGELS	49

III KRANKENHAUSBEFragung	51
6 AUSMAß DES ÄRZTEMANGELS	51
6.1 ÄRZTEMANGEL INSGESAMT UND NACH KRANKENHAUSGRÖßE	51
6.2 KRANKENHAUSTYP	54
6.3 KRANKENHAUSTRÄGERSCHAFT	57
6.4 KRANKENHAUSART	59
6.5 OST-WEST-VergLEICH	62
6.6 BUNDESLÄNDER	64
6.7 REGIONSGRUNDTyp	67
6.8 POSITIONEN	69
6.9 FACHABTEILUNGEN/FACHGEBIETE	72
7 DAUER, URSACHEN UND FOLGEN DES ÄRZTEMANGELS	76
7.1 DAUER DER STELLENBESETZUNGSPROBLEME	76
7.2 AUSWIRKUNGEN DES ÄRZTEMANGELS	77
7.3 GRÜNDE FÜR DEN ÄRZTEMANGEL	78
8 WEITERBILDUNG UND ÄRZTEMANGEL	80
8.1 MAßNAHMEN UND INSTRUMENTE DER WEITERBILDUNG	80
8.2 WEITERBILDUNGSErmÄCHTIGUNGEN UND ÄRZTEMANGEL	83
8.3 AKADEMISCHE LEHRKRANKENHÄUSER UND ÄRZTEMANGEL	84
8.4 FÖRDERPROGRAMM ZUR WEITERBILDUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZIN	84
9 MITARBEITERAKQUISE	87
9.1 FINANZIELLE ANREIZE ZUR ÄRZTEAKQUISE	87
9.2 HONORARÄRZTE, VERTRAGSÄRZTE UND AUSLÄNDISCHE ÄRZTE IM KRANKENHAUS	88
9.3 SONSTIGE MAßNAHMEN ZUR ÄRZTEAKQUISE	91
10 FAMILIENFREUNDLICHKEIT	93
10.1 BETRIEBLICHE KINDERBETREUUNG	93
10.2 BEDARFSGERECHTIGKEIT DER BETRIEBLICHEN KINDERBETREUUNG	95
10.3 ÖFFNUNGSZEITEN DER BETRIEBLICHEN KINDERBETREUUNG	96
10.4 QUALIFIZIERUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR ÄRZTE IN UND NACH DER ELTERNZEIT	97
11 PERSONALMANAGEMENT	99
11.1 ARBEITSZEITFLEXIBILISIERUNG	99
11.2 VERMEIDUNG ODER ABBAU VON MEHRARBEIT	101
11.3 PERSONALENTWICKLUNG	102

11.4	MAßNAHMEN ZUR ARZTENTLASTUNG	104
11.5	EINSCHÄTZUNG DER ARBEITSBEDINGUNGEN AUS MITARBEITERSICHT	106
11.6	MEDIZINER AUßERHALB DER PATIENTENVERSORGUNG.....	109
12	GEGENMAßNAHMEN	110
12.1	POLITISCHE MAßNAHMEN	110
12.2	KRANKENHAUSINDIVIDUELLE MAßNAHMEN	113
IV	DISKUSSION.....	116
13	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	116
13.1	ABBAU VON VERSORGUNGSGRENZEN	116
13.2	NEUORDNUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN.....	117
13.3	ENTBÜROKRATISIERUNG DER ÄRZTLICHEN ARBEIT.....	118
13.4	MITARBEITERORIENTIERTE WEITERBILDUNG.....	119
13.5	VEREINBARKEIT VON BERUF UND FAMILIE	120
13.6	PROFESSIONELLES PERSONALMANAGEMENT	122
13.7	SENKUNG DER DROP-OUT-RATEN IM MEDIZINSTUDIUM.....	123
13.8	ERHÖHUNG DER STUDIENKAPAZITÄTEN IN DER HUMANMEDIZIN	125
14	ZUSAMMENFASSUNG	126
14.1	HINTERGRUND.....	126
14.2	AUSMAß DES ÄRZTEMANGELS.....	126
14.3	PROGNOSE DES ÄRZTEMANGELS.....	127
14.4	URSACHEN DES ÄRZTEMANGELS	128
14.5	GEGENMAßNAHMEN ZUM ÄRZTEMANGEL	129
14.6	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	131
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	134
	TABELLENVERZEICHNIS	137
	LITERATURVERZEICHNIS.....	138
	PROJEKTBEGLEITENDE ARBEITSGRUPPE.....	141

I Einleitung

1 Hintergrund

1.1 Forschungsauftrag

Der Ärztemangel im Krankenhaus entwickelt sich zusehends zu einem gravierenden Problem der stationären Versorgung. In den letzten Jahren hat sich die Situation dramatisch verschärft: Der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser (ab 50 Betten) mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst hat sich von 2006 bis 2009 nahezu verdreifacht. Hatten 2006 noch 28% der Häuser entsprechende Probleme, lag der Anteilswert 2009 schon bei 80%. Im selben Zeitraum hat sich die Anzahl offener Arztstellen im Krankenhaus sogar fast vervierfacht – von 1.300 auf rund 5000 offene Arztstellen. Die Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst haben gleichermaßen Auswirkungen auf die Krankenhausorganisation und die Patientenversorgung.¹

Obwohl mittlerweile eine Reihe an Informationen zum Thema vorliegt, bilden diese die Situation in den Krankenhäusern noch unvollständig ab. Unklar bleibt insbesondere, in welchen Fachgebieten, auf welchen Hierarchiestufen, bei welchen Krankenhäusern und in welchen Regionen der Ärztemangel momentan vorherrscht, welche Gegenmaßnahmen Krankenhäuser ergreifen, um den Ärztemangel zu begegnen und wie sich der Ärztemangel entwickeln wird.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit einer empirischen Studie zum Ärztemangel im Krankenhaus beauftragt. In dieser Studie sollte dazu die aktuelle und künftige Situation im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser umfassend analysiert werden. Konkret verfolgt die Studie vier zentrale Zielsetzungen:

Erstens sollte eine detaillierte Analyse des Ärztemangels bzw. des Ärztebedarfs nach Krankenhausmerkmalen (Krankenhausgröße, Trägerschaft, regionale Lage etc.) und Arztmerkmalen (Fachgebiet und funktionale Stellung) erfolgen.

Zweitens sollte der Ärztebedarf bzw. ein etwaiger Ärztemangel im Krankenhaus bis zum Ende des Jahrzehnts unter besonderer Berücksichtigung des Ersatzbedarfs (etwa wegen

¹ DKI, 2007ff.

Abwanderung und Verrentung), des Mehrbedarfs, (z. B. infolge der Entwicklung von Fallzahlen und Teilzeitquoten) und des Zugangs an Studienabsolventen der Humanmedizin prognostiziert werden.

Drittens sollten diejenigen Maßnahmen erfasst werden, welche die Krankenhäuser ergreifen oder empfehlen, um dem Ärztemangel zu begegnen, Ärzte zu akquirieren oder an ihr Haus zu binden.

Viertens sollten aus der Studie Handlungsempfehlungen für die Politik, die Selbstverwaltung und die Krankenhäuser zur Behebung des Ärztemangels abgeleitet werden.

In Umsetzung dieser allgemeinen Zielsetzungen sollten im Rahmen des Projektes insbesondere die folgenden Fragestellungen bearbeitet werden:

- Retrospektive Analyse der Arztzahlen im Krankenhaus seit dem Jahr 2000
- Bestimmung des Ärztemangels im Krankenhaus insgesamt
- Analyse des Ärztemangels nach Krankenhausmerkmalen
- Analyse des Ärztemangels im Krankenhaus nach Arztmerkmalen
- Prognose des Ärztemangels bzw. des Ärztebedarfs bis 2019
- Analyse der Ursachen des Ärztemangels
- Analyse der Auswirkungen des Ärztemangels
- Analyse der Gegenmaßnahmen der Krankenhäuser
- Handlungsempfehlungen aus Sicht der Krankenhäuser
- Handlungsempfehlungen für Politik und Selbstverwaltung

1.2 Messung des Ärztemangels

Mit Blick auf den Ärztemangel stellt sich grundsätzlich die Frage, wie dieser gemessen werden kann oder soll. Die Wahl der Berechnungsmethode hat aus naheliegenden Gründen präjudizierenden Einfluss auf die Ergebnisse. Zur Messung des Ärztemangels respektive des Ärztebedarfs gibt es eine Reihe unterschiedlicher Verfahren, wie beispielsweise der Vergleich mit nationalen oder internationalen Benchmarks, einschlägige Anhaltszahlen für die Personalbedarfsmessung in Krankenhäusern, der Personalbedarf gemäß DRG-Kalkulation oder der tatsächlich am Markt etwa in Form von Stellenausschreibungen artikuliert Bedarf.

Die verschiedenen Berechnungsmethoden haben jeweils spezifische Stärken und Grenzen: Benchmarks etwa implizieren Best-practice-Werte ausgewählter Krankenhäuser, die im

Grunde genommen auch für andere Krankenhäuser erreichbar sein könnten. Andererseits lässt sich bei Benchmarks die Vergleichbarkeit oder die Übertragbarkeit von Werten vielfach hinterfragen (z. B. international wegen unterschiedlicher Gesundheitssysteme oder national wegen abweichender Risiko- oder Versorgungsstrukturen). Der Personalbedarf gemäß DRG-Kalkulation oder auch Anhaltszahlen haben in der Regel eine breite kalkulatorische Basis. Es wäre jedoch zu problematisieren, inwieweit sie den Status-quo-ante fortschreiben bzw. sensitiv für aktuelle und künftige Bedarfsänderungen sind. Unbesetzte Stellen bzw. darauf basierende Stellenausschreibungen sind eine objektive Bedarfsmanifestation. Im Einzelfall muss jedoch offen bleiben, ob der Bedarf nicht anderweitig kompensiert werden kann (z. B. durch Prozessoptimierungen oder Delegation).

In Abstimmung mit dem Auftraggeber erfolgt die Messung des aktuellen Ärztemangels im Krankenhaus in dieser Studie gleichwohl über den von den Krankenhäusern explizit artikulierten Bedarf an Ärzten (Angebot), der am Markt (Nachfrage) nicht gedeckt werden kann. Mit Blick auf den aktuellen Ärztemangel resultiert mithin der Mangel daraus, dass offene Arztstellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben.

Für die gewählte Berechnungsmethode, den Ärztemangel über offene Stellen im Krankenhaus zu messen, spricht zum einen insbesondere die Tatsache, dass es sich bei der Schaffung oder Neubesetzung von Stellen um eine betriebswirtschaftliche Entscheidung handelt, die gerade im Ärztlichen Dienst nicht unerhebliche Personalkosten auslöst. Die Kostenrelevanz einer solchen Entscheidung im Vergleich zum c. p. kostengünstigeren Verzicht auf eine Neueinstellung impliziert insofern eine besondere Bedarfsnotwendigkeit der entsprechenden Personalinvestition. Zum anderen ist die Arbeitsbelastung der Ärzte schon gemäß den bestehenden Stellenplänen sehr hoch. Nicht besetzte Stellen nach diesen Plänen verschärfen die Arbeitssituation der Krankenhausärzteschaft insofern unstrittig, was gleichfalls eine hohe Dringlichkeit der Personalinvestition signalisiert.

Mit Blick auf die Prognose des Ärztemangels ist zu berücksichtigen, dass über den aktuellen Zusatzbedarf hinaus künftig auch ein Ersatzbedarf etwa für altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheidende Ärzte und ein Mehrbedarf z.B. infolge demographischer Veränderungen beim Patientenklientel resultiert. Das gilt nicht nur für das Krankenhaus sondern auch für andere wie den vertragsärztlichen Bereich. Gleichwohl muss der Ersatz- und Mehrbedarf letztlich weitestgehend über das Krankenhaus gedeckt werden, insofern die erforderlichen Neuzugänge an Ärzten hier im Wesentlichen ihre Weiterbildung absolvieren. Ersatz- und Mehr-

bedarf lassen sich zwar auf Basis von Status-quo-Daten (Altersstrukturdaten der Ärzteschaft, Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung etc.) verlässlich prognostizieren. Es muss aber auch hier offen bleiben, inwieweit der Status quo insgesamt bedarfsgerecht ist oder eine Unter- bzw. Überversorgung an Ärzten aufweist. Die vorliegende Studie nimmt in dieser Hinsicht – mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – ausdrücklich keine Positionierung vor. Sie prognostiziert den Ärztebedarf bzw. Ärztemangel unter der Prämisse, dass der erreichte Status quo der ärztlichen Versorgung (mindestens) gehalten werden soll. Hinsichtlich der Prognose des Ärztemangels ergibt sich der Mangel somit dadurch, dass der so fortgeschriebene Bedarf an Ärzten mit der prognostizierten Anzahl an Ärzten und Medizinstudenten nicht gedeckt werden kann.

Die angeführten Argumente legitimieren mittelbar die gewählten Berechnungsmethoden zur Messung des Ärztebedarfs bzw. des Ärztemangels. Nichtsdestotrotz muss konzediert werden, dass bei anderen Berechnungsmethoden auch andere Ergebnisse resultieren können. Die Messung des Ärztemangels oder Bedarfs ist also nicht methodeninvariant.

2 Methodik

Die Beantwortung der zentralen Forschungsfragen erfolgte im Wesentlichen über zwei methodische Ansätze: Sekundäranalysen und eine schriftliche Repräsentativbefragung von Krankenhäusern. In Teil II der Studie werden die Ergebnisse der Sekundäranalysen dargestellt und in Teil III die Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Im abschließenden Teil IV werden die wesentlichen Studienergebnisse zusammengefasst und praktische bzw. politische Schlussfolgerungen gezogen. Nachfolgend soll zunächst die Methodik der beiden maßgeblichen Studienmodule vorgestellt werden:

2.1 Sekundäranalysen

Mittels Sekundäranalysen sollten vor allem vorhandene Statistiken zur bisherigen und künftigen Entwicklung der Arztzahlen sowie ausgewählte Studien zu den Gründen für den Ausstieg aus dem Arztberuf aufbereitet werden. Grundlage der sekundärstatistischen Analysen bilden insbesondere die Krankenhausstatistik und die Hochschulstatistik des Statistischen Bundesamtes sowie die Ärztestatistik von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

Retrospektiv wird anhand sekundärstatistischer Analysen die Entwicklung der Arztzahlen im Krankenhaus bzw. der Studienkapazitäten in der Humanmedizin seit dem Jahr 2000 rekapituliert werden. Mit Blick auf die Krankenhausärzte erfolgt dabei eine Differenzierung nach Vollkräften und Beschäftigten, Ärzten mit und in Weiterbildung sowie nach verschiedenen Fachgebieten. Hinsichtlich der Studienkapazitäten wird zwischen Studienplätzen und Medizinstudenten insgesamt, Erstsemestern und Medizinabsolventen unterschieden. Darüber werden anhand eines kurzen Literaturreviews maßgebliche Ursachen des Ärztemangels beschrieben, wie die hohe Schwundquote im Medizinstudium, Auswanderungen von Ärzten oder ein Mehrbedarf an Ärzten infolge des neuen Arbeitszeitrechts oder steigender Teilzeitarbeit.

Prospektiv soll anhand der Sekundäranalysen der Ärztemangel bzw. Ärztebedarf bis zum Ende des Jahrzehnts, also bis zum Jahr 2019 prognostiziert werden. Zur Prognose des Ärztemangels werden insbesondere drei wesentliche Einflussgrößen eingehend analysiert: der Ersatzbedarf an Krankenhausärzten (vor allem durch Verrentung, Abwanderung in Ausland oder andere Leistungsbereiche), der Mehrbedarf (etwa infolge von steigenden Fallzahlen und Teilzeitquoten) sowie der Neuzugang an Ärzten aus dem Medizinstudium. Anhand verschiedener Szenarien werden die Ausmaße des Ärztemangels bzw. des Ärztebedarfs bis 2019 variiert.

2.2 Krankenhausbefragung

2.2.1 Erhebungsinstrument

Neben statistischen Sekundäranalysen bildet eine schriftliche Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser das zweite maßgebliche Forschungsmodul der vorliegenden Studie. Grundlage der Krankenhausbefragung war ein weitestgehend standardisierter Fragebogen, der eigens für die Studie neu entwickelt wurde. Im Mittelpunkt der Befragung stand zum einen eine detaillierte Erfassung des Ärztemangels insgesamt sowie nach Fachgebieten und Positionen (Chef-, Ober- und Assistenzärzte). Zum anderen wurden differenziert die organisatorischen Maßnahmen erhoben, welche die Krankenhäuser (auch) zur Akquise und Bindung ärztlicher Mitarbeiter ergriffen haben. Der Fragebogen umfasste 16 Seiten bzw. rund 300 Items und war in die folgenden sechs Kapitel unterteilt:

- Stellensituation im Ärztlichen Dienst
- Mitarbeiterakquise

- Weiterbildung
- Familienfreundlichkeit
- Personalmanagement
- Handlungsempfehlungen

Auf jedem Fragebogen war eine Identifikationsnummer für das jeweilige Krankenhaus vermerkt. Diese diente zum einen der Rücklaufkontrolle. Zum anderen konnten darüber bestimmte Strukturdaten (wie Krankenhausgröße, Trägerschaft, regionale Lage etc.) aus der DKI-Krankenhausdatei zugeordnet werden, so dass diese nicht eigens erhoben werden mussten.

Ein erster Entwurf des Erhebungsinstruments wurde einem Pretest durch eine projektbegleitende Arbeitsgruppe unterzogen.² Die Experten sollten das Instrument auf seine Inhaltsvalidität überprüfen, etwa hinsichtlich Verständlichkeit von Fragen und Antwortformaten, Korrektheit der Terminologie und fehlenden oder ggf. redundanten Fragenstellungen. Auf Basis des Pretests wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet.

2.2.2 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Krankenhausbefragung bilden die Allgemeinkrankenhäuser sowie die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten (nachfolgend: Psychiatrien). Ausgenommen aus der Grundgesamtheit aller Krankenhäuser sind somit nur Tages- und Nachtkliniken sowie Bundeswehrkrankenhäuser. Im Jahr 2008 umfasste die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien bundesweit 2.024 Einrichtungen.

Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine disproportionale Zufallsstichprobe gezogen. Dabei wurde wie folgt verfahren: Bei den Psychiatrien und Allgemeinkrankenhäusern ab 300 Betten wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Diese erfolgte, um auch für die kleineren Fachgebiete, welche überproportional in den größeren Einrichtungen vorgehalten werden, den Ärztemangel auf einer hinreichenden statistischen Basis beschreiben zu können. Bei den kleineren Allgemeinkrankenhäusern, welche überwiegend die Grunddisziplinen vorhalten, wurden Zufallsstichproben von 150 Krankenhäusern unter 100 Betten und 250 Krankenhäusern mit

² Kap. 2.2.3

100 bis 299 Betten gezogen. Bereinigt um sog. neutrale Ausfälle (z. B. wegen der Schließung oder Fusion von Krankenhäusern) umfasste die Brutto-Stichprobe insgesamt 1.158 Krankenhäuser.

An der Erhebung nahmen 450 Krankenhäuser teil. Das entspricht einer Rücklaufquote von 39%. Die Response ist zufriedenstellend und entspricht in etwa den Erwartungen angesichts eines relativ komplexen Erhebungsinstruments mit zahlreichen Detailfragen zum krankenhausesindividuellen Ärztemangel. Ein höherer Rücklauf wurde darüber hinaus insbesondere durch die unterproportionale Teilnahme von Allgemeinkrankenhäusern unter 300 Betten verhindert.

Tab. 1: Ausschöpfung der Krankenhausbefragung

	Grundgesamtheit	Brutto-Stichprobe	Rücklauf	Rücklaufquote
Krankenhäuser (KH)	2.024 KH*	1.158 KH**	450 KH	39%

*Bereinigt um Bundeswehrkrankenhäuser, Tages- und Nachtkliniken; **Bereinigt um neutrale Ausfälle

Den beteiligten Krankenhäusern sei an dieser Stelle für die Teilnahme an der Krankenhausbefragung herzlich gedankt.

2.2.3 Ablauf und Auswertung der Erhebung

Die Erhebungsunterlagen der Krankenhausbefragung (Anschreiben, Fragebogen, portofreies Rückkuvert) wurden postalisch versandt und waren jeweils an die Geschäftsführung des Krankenhauses adressiert. Laut Anschreiben war es der Geschäftsführung freigestellt, den Fragebogen selbst auszufüllen oder ausfüllen zu lassen.

Sowohl im Anschreiben als auch auf dem Deckblatt des Fragebogens wurden die Befragungsteilnehmer ausdrücklich darüber informiert, dass die übermittelte Information streng vertraulich behandelt und die Ergebnisse ausschließlich anonymisiert und für Gruppen zusammengefasst dargestellt werden.

Die Krankenhausbefragung wurde von Ende Januar 2010 bis Ende März 2010 in zwei Erhebungsphasen durchgeführt (Ersterhebung und Nachfassaktion). Erhebungsstand für den Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern ist somit das 1. Quartal 2010.

Sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft als auch Landeskrankenhausgesellschaften hatten in Rundschreiben auf die Erhebung aufmerksam gemacht und eine Teilnahmeempfehlung ausgesprochen. Dafür sei ihnen an dieser Stelle herzlich gedankt.

Die Erfassung und Auswertung der Erhebungsdaten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS.

Für die Ergebnisauswertung musste die Netto-Stichprobe zunächst noch bearbeitet bzw. gewichtet werden. Da die Auswahlsätze (wegen der disproportionalen Stichprobe) sowie die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße und dem Krankentyp (Allgemeinkrankenhäuser versus Psychiatrien) variierten, ist eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt worden, um ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit zu erhalten. Das heißt eine Über- bzw. Unterrepräsentanz von Einrichtungen verschiedener Krankenhausgrößen und Krankentypen wurde statistisch ausgeglichen. Die Gewichtung erfolgte also nach dem Merkmal der Krankenhausgröße mit vier Bettengrößenklassen (unter 100 Betten, 100-299 Betten, 300-599 Betten, ab 600 Betten) sowie dem Merkmal des Krankentyps (Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrien). Die hierfür erforderliche Verteilung der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit ist in der amtlichen Statistik hinterlegt bzw. liegt standardmäßig auch in der DKI-Krankenhausdatei vor.

Nach Maßgabe der genannten Gewichtung sind die Ergebnisse somit repräsentativ für die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien in Deutschland.

Zur Unterstützung der Studie hat der Auftraggeber, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, eine projektbegleitende Arbeitsgruppe eingesetzt. Ihr gehörten Experten aus der DKG, den Landeskrankenhausgesellschaften und der Krankenhauspraxis an.³

Maßgebliche Aufgaben der Projektgruppe waren die fachliche und methodische Unterstützung des Projektes, die Bestimmung wesentlicher Zielvorgaben sowie eine Bewertung der Ergebnisse. Im Rahmen des Projektes fanden drei Workshops der Projektgruppe statt. Für die gute Zusammenarbeit und die konstruktive Unterstützung des Projektes möchten wir uns an dieser Stelle bei allen Mitgliedern herzlich bedanken.

³ Eine Teilnehmerliste findet sich im Anhang.

II Sekundäranalysen

3 Entwicklung der Arztzahlen und Studienkapazitäten 2000 – 2008

3.1 Vollkräfte

Im Jahr 2008 gab es insgesamt rund 128.000 Vollkräfte in deutschen Krankenhäusern. Die Anzahl der ärztlichen Vollkräfte im Jahresdurchschnitt zeigt über die Jahre 2000 bis 2008 einen stetigen Anstieg (Abb.1). Insgesamt ist in diesem Zeitraum eine Zunahme der ärztlichen Vollkräfte von ca. 109.000 im Jahr 2000 auf 128.000 im Jahr 2008 oder um 18% zu verzeichnen.

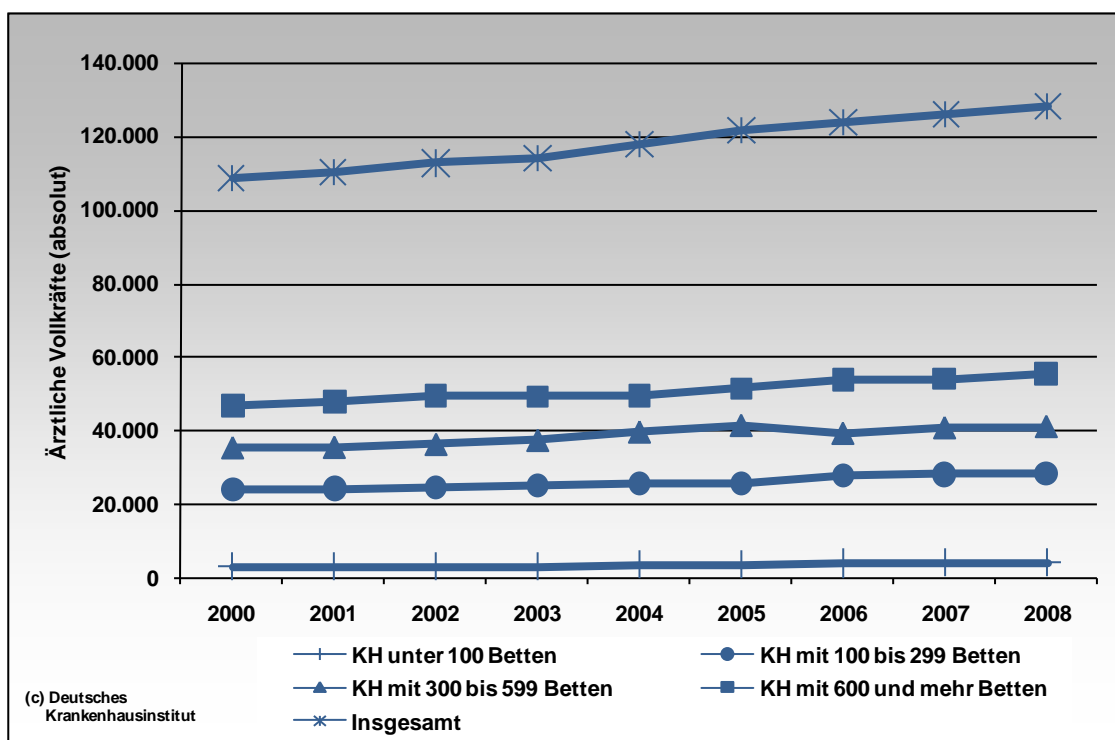


Abb. 1: Ärztliche Vollkräfte im Jahresdurchschnitt je Bettengrößenklasse von 2000 bis 2008⁴

⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

Werden Krankenhäuser getrennt nach unterschiedlichen Bettengrößenklassen betrachtet, so haben die Einrichtungen mittlerer Größe (300 bis 599 Betten) prozentual einen etwas geringeren Stellenzuwachs zu verzeichnen (16%; von rund 35.100 VK im Jahr 2000 auf 40.800 VK im Jahr 2008) als kleinere Häuser mit 100 bis 299 Betten (17%; von ca. 24.000 VK im Jahr 2000 auf 28.000 VK im Jahr 2008) und Einrichtungen mit 600 und mehr Betten mit 19% (von ungefähr 46.500 VK im Jahr 2000 auf 55.200 VK im Jahr 2008). Prozentual den größten Stellenzuwachs über die Jahre zeigen die Einrichtungen unter 100 Betten mit einem Zuwachs von ca. 3.000 VK im Jahr 2000 auf 4.000 VK im Jahr 2008 oder 33% (Abb.1 und 2).

Im Verlauf betrachtet, sind die höchsten jährlichen Wachstumsraten für ärztliche Vollkräfte im Jahr 2004 und 2005 mit jeweils 3% zu verzeichnen. Seit 2006 liegt die allgemeine jährliche Änderungsrate konstant bei 1,7% Zuwachs.

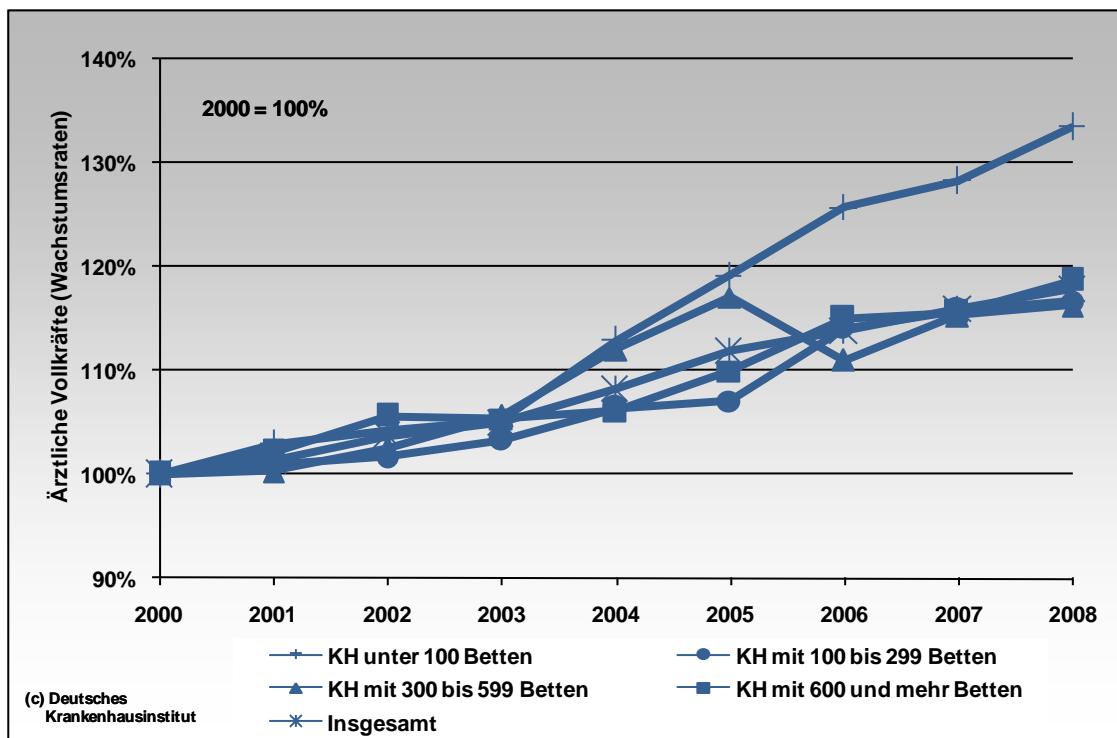


Abb. 2: Entwicklung der ärztlichen Vollkräfte im Jahresdurchschnitt je Bettengrößenklasse seit 2000⁵

⁵ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

3.2 Beschäftigte („Köpfe“)

Gemessen in Beschäftigten („Köpfen“), also inklusive der Ärzte in Teilzeit, gab es zum Stichtag 31.12.2008 rund 139.000 hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen in deutschen Krankenhäusern. Seit dem Jahr 2000 hat sich die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen von ca. 111.600 auf 139.300 im Jahr 2008 erhöht. Dies entspricht einem Anstieg von 25% seit dem Jahr 2000, als die Zahl der Krankenhausärzte noch bei 111.600 lag (Abb. 3). Unter den 139.300 Beschäftigten im Jahr 2008 findet man ca. 74.200 Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung und 65.000 Ärzte ohne Weiterbildung bzw. in einer Weiterbildung.

Wie bei den Vollkräften ist die deutlichste Steigerung der absoluten jährlichen Wachstumsrate im Jahr 2004 zu beobachten. Im Vergleich zu 2003 ist die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen im Jahr 2004 um 9,6% angestiegen. Erklärbar ist dies mit der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP).⁶ Ärzte im Praktikum bildeten bei den jährlichen Zählungen des Statistischen Bundesamtes bis einschließlich 2003 eine Sonderkategorie und wurden nicht zu den hauptamtlichen Ärzten gezählt. Ab 2004 werden sie jedoch, entsprechend ihrer Tätigkeit, dem Ärztlichen Dienst zugeordnet. Somit erklärt sich auch die überproportionale Wachstumsrate von 2003 auf 2004 der Ärzte und Ärztinnen ohne bzw. in einer Weiterbildung von 21%.

⁶ Laut Art. 1 des Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze vom 26. Juli 2004, BGBl. I S. 1776

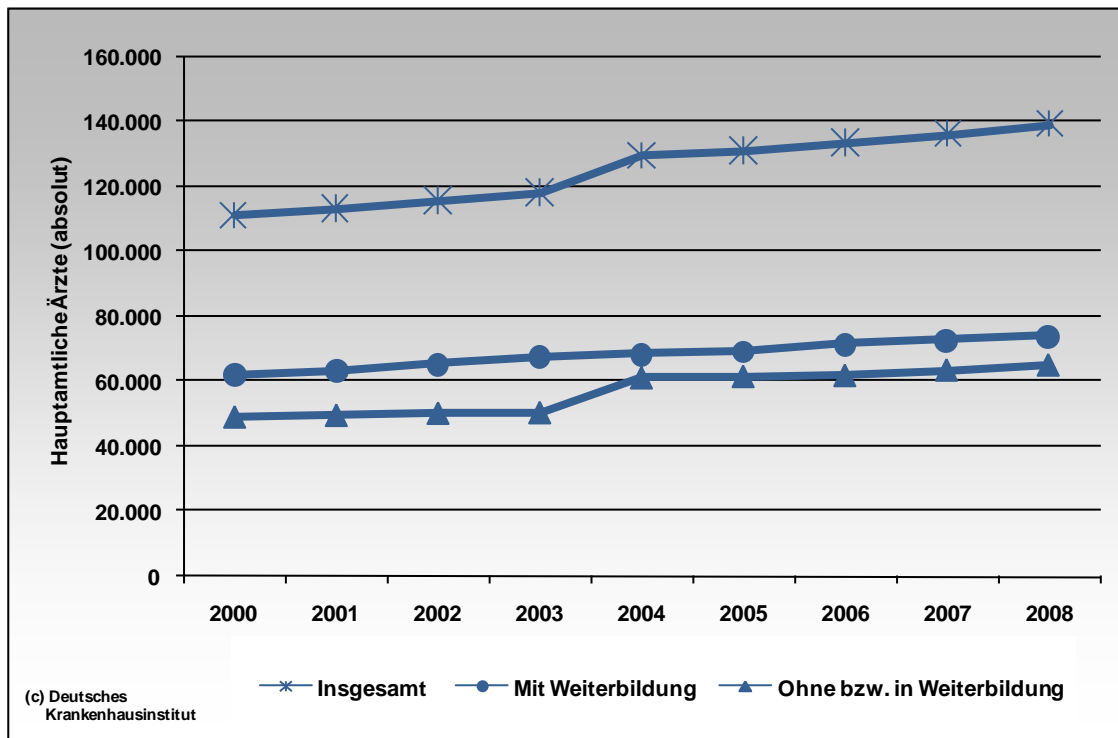


Abb. 3: Hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen mit und ohne Weiterbildung von 2000 bis 2008 (Stichtag 31.12)⁷

Die Gesamtanzahl der Ärzte und Ärztinnen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung hat sich seit dem Jahr 2000 von 62.200 auf 74.200 im Jahr 2008 oder 19% erhöht, während die Ärzte ohne bzw. in einer Weiterbildung einen Anstieg von 49.400 im Jahr 2000 auf 65.000 im Jahr 2008 oder 32% zu verzeichnen haben (Abb. 4).

Die Weiterbildungsquote, also der prozentuale Anteil der hauptamtlichen Ärzte mit Weiterbildung an der Gesamtanzahl der hauptamtlichen Ärzte, stieg von 2000 bis 2003 von 56% auf 57% an. Im Jahr 2004 sank die Weiterbildungsquote auf 53%, da wegen der Abschaffung des Arztes im Praktikum im Jahr 2004 die entsprechenden Ärzte fortan zu den Hauptamtlichen Ärzten gezählt werden. Seit 2004 liegt die Weiterbildungsquote konstant bei 53%.

⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

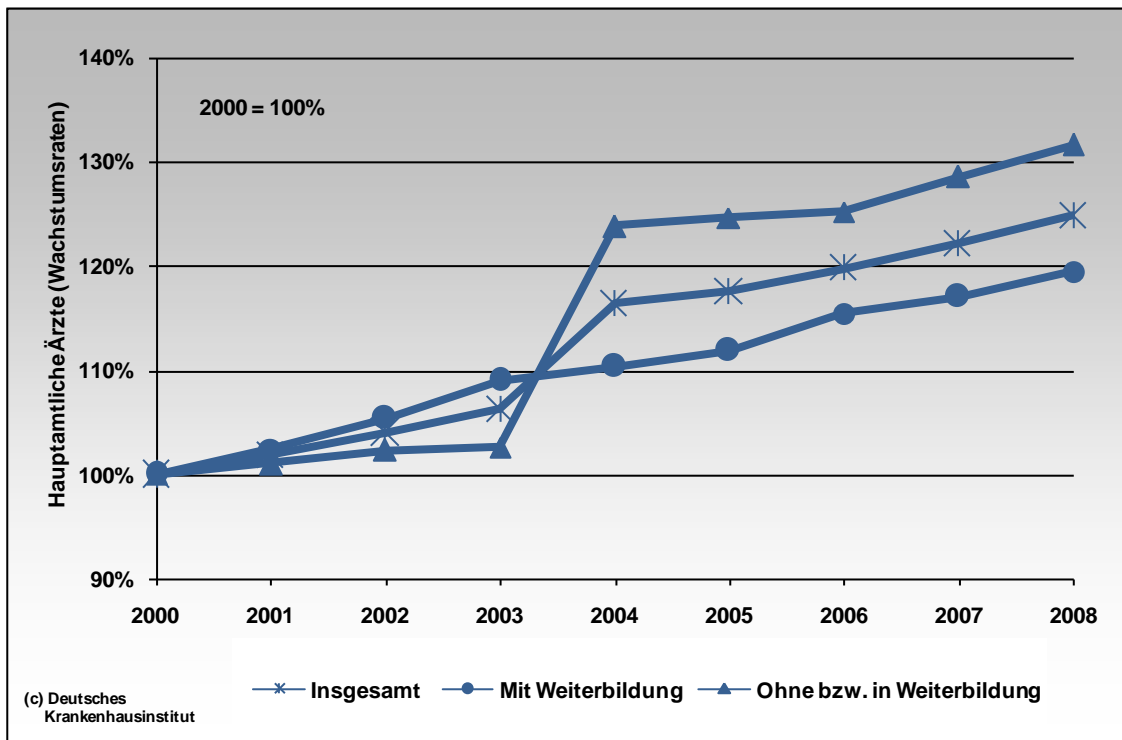


Abb. 4: Entwicklung der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen mit und ohne Weiterbildung seit 2000 (Stichtag 31.12)⁸

3.3 Fachärzte

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Arztzahlen nach ausgewählten Fachgebieten im Jahr 2000 und 2008. Im Unterschied zu den Arztzahlen insgesamt, weist das Statistische Bundesamt hier nur Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung (Fachärzte) aus. Im Jahr 2008 gab es insgesamt 74.245 Fachärzte in deutschen Krankenhäusern. Die drei größten Fachgebiete, die Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie, vereinen 56% der Fachärzte auf sich. Weitere 17% entfallen auf Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Psychiatrie und Psychotherapie. Der Anteil der übrigen Fachgebiete liegt bei insgesamt 27%.

⁸ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

Tab. 2: Hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (absolut) mit Weiterbildung gegliedert nach Fachgebieten im Jahr 2000 und 2008 (Stichtag jeweils 31.12.)⁹

	2000	2008
Anästhesiologie	11.127	13.305
Chirurgie	10.611	12.645
Innere Medizin	13.048	15.773
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4.098	4.597
Kinderheilkunde	3.144	3.711
Psychiatrie und Psychotherapie	3.253	4.101
Diagnostische Radiologie	2.894	3.041
Laboratoriumsmedizin	391	313
Neurochirurgie	738	946
Neurologie	1.765	2.404
Orthopädie	1.481	2.136
Augenheilkunde	752	814
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	881	1.061
Haut- und Geschlechtskrankheiten	604	740
Urologie	1.480	1.852
Sonstige	5.885	6.806

Die Anzahl der weitergebildeten Ärzte und Ärztinnen ist seit dem Jahr 2000 in den drei größten Gruppen, der Anästhesiologie, Chirurgie und Inneren Medizin absolut am stärksten gestiegen. Im Bereich der Anästhesiologie sind die entsprechenden Zahlen seit 2000 um 2.178 oder 20% angestiegen, in der Chirurgie ist eine Erhöhung der Arztzahlen um 2.034 oder 19% feststellbar und in der Inneren Medizin sind Steigerungen um 2.725 oder 21% ersichtlich (Abb. 5).

⁹ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

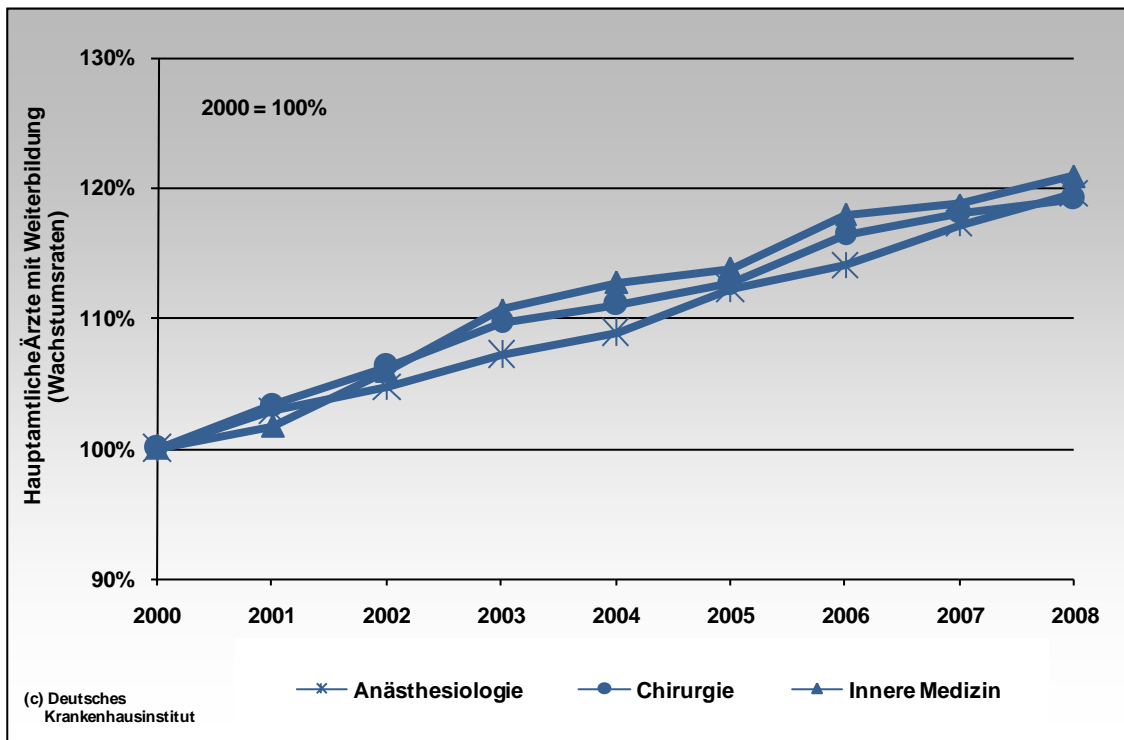


Abb. 5: Hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen mit Weiterbildung gegliedert nach Fachgebieten von 2000 bis 2008 (Stichtag 31.12)¹⁰

Der Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie zeigt seit 2000, als einer der drei mittelgroßen Fachbereiche, mit einem Stellenanstieg von 848 weitergebildeten Ärzten oder 26% ein deutliches Wachstum. Der Bereich der Kinderheilkunde konnte seit 2000 ein Stellenwachstum um 567 Ärzte oder 18% verzeichnen, während sich der Anstieg im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf 499 oder 12% beläuft (Abb. 6).

¹⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

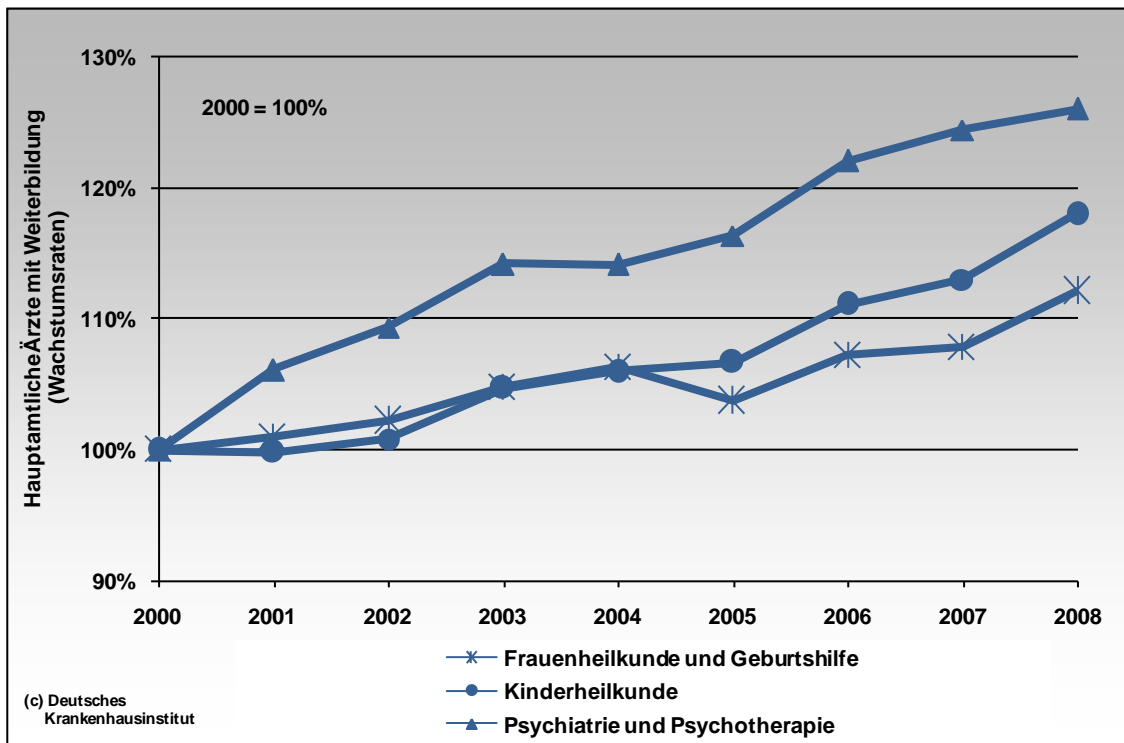


Abb. 6: Hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen mit Weiterbildung gegliedert nach Fachgebieten von 2000 bis 2008 (Stichtag 31.12)¹¹

Einen überproportionalen Anstieg ihrer Stellenanzahlen zeigen die Bereiche der Neurochirurgie, Neurologie und der Orthopädie. So hat sich seit dem Jahr 2000 die Anzahl der weitergebildeten Ärzte und Ärztinnen in neurologischen Fachabteilungen um 639 oder 36% erhöht und im Bereich der Neurochirurgie um 208 oder 28%. In den orthopädischen Abteilungen sind die Stellenzahlen seit 2000 um 655 oder 44% angestiegen (Abb. 7).

¹¹ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

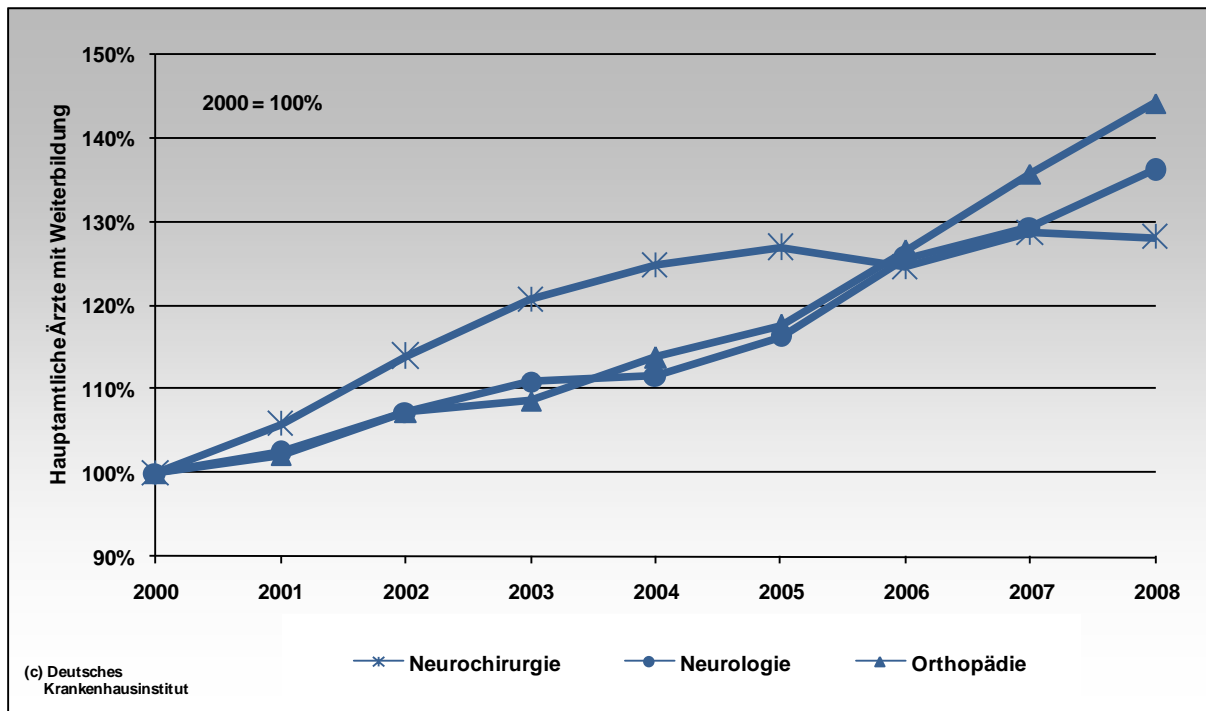


Abb. 7: Hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen mit Weiterbildung gegliedert nach Fachgebieten von 2000 bis 2008 (Stichtag 31.12)¹²

Deutlich unterproportional fällt die Entwicklung in den Funktionsbereichen der Laboratoriumsmedizin und der Diagnostischen Radiologie aus. In der Diagnostischen Radiologie ist seit 2000 lediglich ein Anstieg um 147 weitergebildete Ärzte oder 5% zu verzeichnen, während der Bereich der Laboratoriumsmedizin sogar einen Rückgang um 78 Ärzte oder 20% aufweist (Abb. 8).

¹² Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

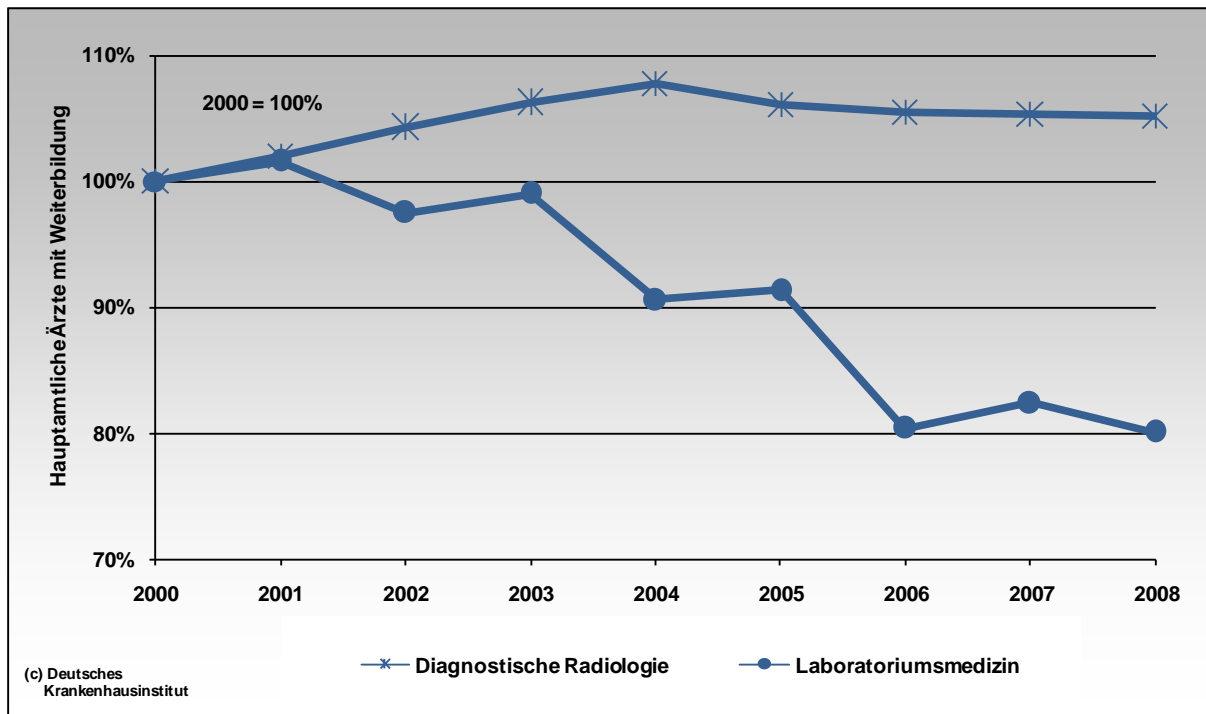


Abb. 8: Hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen mit Weiterbildung gegliedert nach Fachgebieten von 2000 bis 2008 (Stichtag 31.12)¹³

Abbildung 9 zeigt Entwicklungen weiterer Fachgebiete zwischen den Jahren 2000 und 2008.

¹³ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

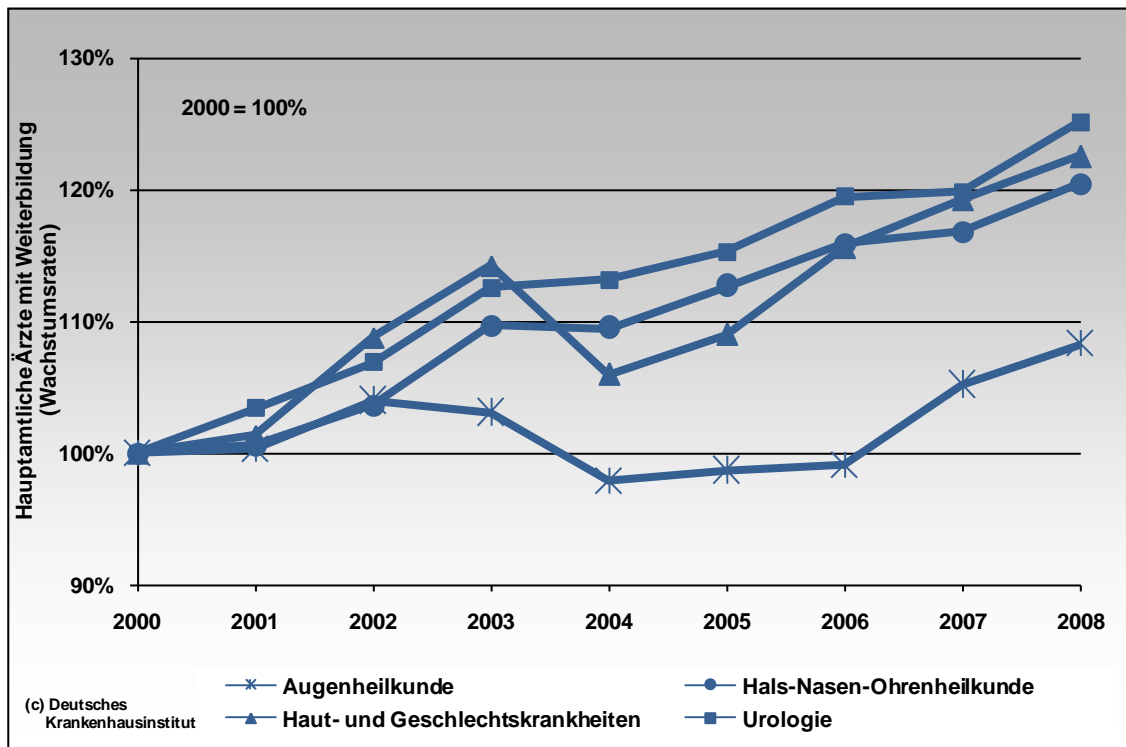


Abb. 9: Hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen mit Weiterbildung gegliedert nach Fachgebieten von 2000 bis 2008 (Stichtag 31.12)¹⁴

3.4 Studienkapazitäten

Die Studienkapazitäten in der Humanmedizin lassen sich anhand von vier Indikatoren darstellen: Studienplätze, Erstsemester in der Medizin, Medizinstudenten insgesamt und Medizinabsolventen (Tab. 3).

Tab. 3: Studienkapazitäten¹⁵

	2000	2008
Studienplätze für Studienanfänger	10.751	9.977
Erstsemester in der Medizin	12.181	13.514
Medizinstudenten (insgesamt)	80.200	79.376
Medizinabsolventen	9.130	9.805

¹⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

¹⁵ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2003-2009. Dargestellt ist Sommersemester und nachfolgendes Wintersemester: z.B. 2000 = SS 2000 + WS 2000/2001/ Informations- und Pressestelle der ZVS. Internet: <http://www.zvs.de>

Laut der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS¹⁶) gab es in Deutschland im Jahr 2008 rund 10.000 Plätze für Studienanfänger des Fachs Humanmedizin. Dies bedeutet einen Rückgang der Anzahl der Studienplätze für Erstsemester von 2000 (mit 10.750 Studienplätzen) bis 2008 um 7%. Im gleichen Zeitraum ist jedoch die Anzahl der Studienplatzbewerber von 33.800 im Jahr 2000 auf 49.200 im Jahr 2008, um 46%, angestiegen. Im Mittel gibt es heute fünf Bewerber je Studienplatz.

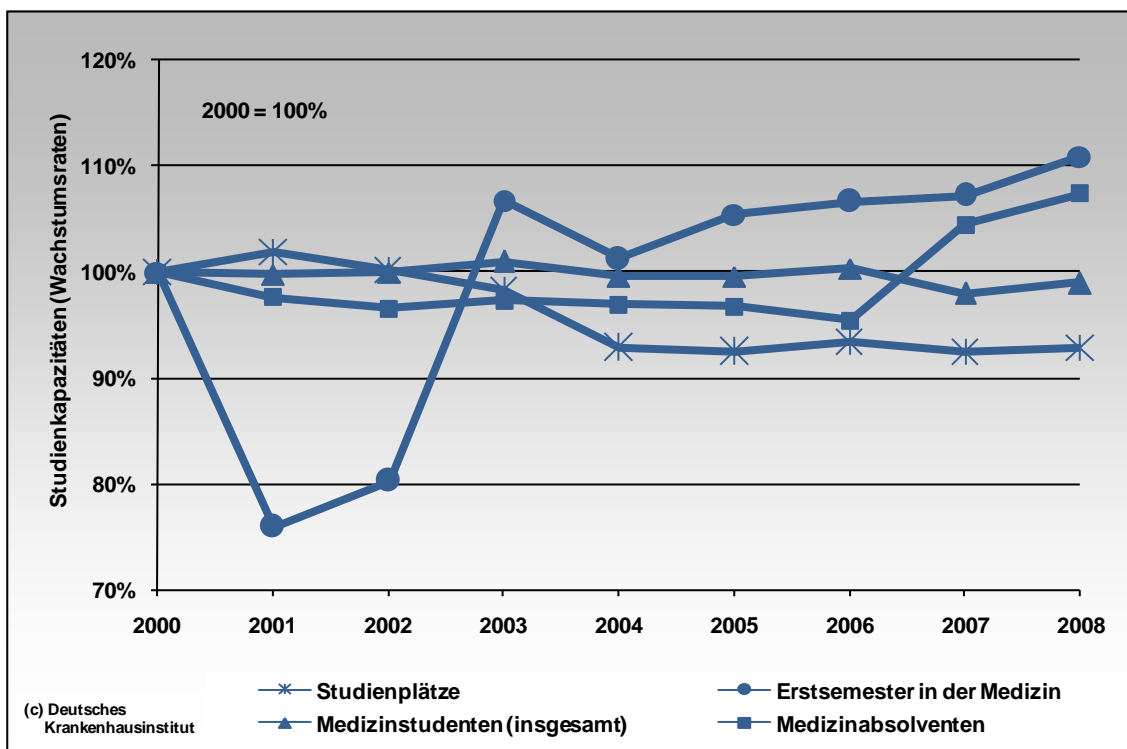


Abb. 10: Entwicklung der Studienplätze, Erstsemester in der Medizin, Medizinstudenten (insgesamt) und Medizinabsolventen seit 2000¹⁷

Die Anzahl der Studienanfänger im ersten Fachsemester Medizin ist laut den Daten des Statistischen Bundesamtes von 2000 mit ungefähr 12.200 Studenten bis 2008 mit 13.500 Studenten um 11% angestiegen.¹⁸ Die Anzahl der Erstsemester war im Betrachtungszeitraum im Übrigen kontinuierlich höher als die Anzahl der Studienplätze für Studienanfänger. D.h. das Medizinstudium war regelmäßig überbelegt mit entsprechenden Auswirkungen auf die Studienbedingungen.

¹⁶ Informations- und Pressestelle der ZVS. Internet: <http://www.zvs.de>

¹⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2003-2009. Dargestellt ist Sommersemester und nachfolgendes Wintersemester: z.B. 2000 = SS 2000 + WS 2000/2001/ Informations- und Pressestelle der ZVS. Internet: <http://www.zvs.de>

¹⁸ Laut den Daten der ZVS nimmt die Anzahl der Studienanfänger im Fach Humanmedizin seit dem Jahr 2000 bis 2008 um 6% ab. Die Diskrepanz zu den Daten des Statistischen Bundesamtes kann in dieser Untersuchung nicht geklärt werden.

Die Gesamtanzahl aller Medizinstudenten verzeichnet einen unwesentlichen Rückgang um 1% von 80.200 im Jahr 2000 auf 79.400 im Jahr 2008 (Tab. 3). Geht man jedoch weiter zurück, findet man in den 90er Jahren einen deutlichen Rückgang der Anzahl der Medizinstudenten. So gab es im Jahr 1993 noch rund 90.600 Studierende im Fach Humanmedizin, während 1997 lediglich 80.500 Medizinstudenten zu verzeichnen waren¹⁹.

Die Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums hat von 9.100 im Jahr 2000 auf 8.700 im Jahr 2006 um 5% abgenommen, ist von 2006 bis zum Jahr 2008 jedoch wieder auf 9.800 oder um 13% gestiegen. Insgesamt ist die Anzahl der Medizinabsolventen von 2000 bis 2008 um 7% gestiegen. In den 90er Jahren gab es jedoch auch hier einen deutlichen Rückgang: Von 1993 bis 1997 hat die Anzahl der Absolventen im Medizinstudium von 11.600 auf 9.400 abgenommen.²⁰

Während kaum nennenswerte Veränderungen bei der Anzahl der Studienplätze, der Studienanfänger und Absolventen sowie bei der Gesamtanzahl der Medizinstudenten seit 2000 zu verzeichnen sind, hat sich jedoch die Nachfrage, gemessen an der Anzahl der Studienplatzbewerber, drastisch erhöht. Der deutliche Rückgang in der Gesamtanzahl der Medizinstudenten sowie in der Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums in den 90er Jahren ist seit 2000 zum Erliegen gekommen. Gleichwohl ist der nachfolgend prognostizierte Ärztemangel teilweise auch Folge des Abbaus der Studienkapazitäten in den 90er Jahren.

4 Prognose des Ärztemangels bis 2019

Nachfolgend soll der Ärztemangel bzw. der Ärztebedarf für die nächsten 10 Jahre oder konkret für den Zeitraum von 2009 bis 2019 prognostiziert werden.²¹ Für die Prognose sind vier maßgebliche Einflussgrößen zu unterscheiden:

- Ersatzbedarf
- Mehrbedarf
- Zugang neuer Ärzte
- Rationalisierungspotenziale

¹⁹ Vgl. Kopetsch, 2009a

²⁰ Vgl. Kopetsch, 2009a

Bei Fertigstellung der Studie stammten die aktuellsten verfügbaren Daten der amtlichen Statistik, auf der die Prognose maßgeblich basiert, aus dem Jahr 2008. Deswegen geht auch das Jahr 2009, obwohl schon vorüber, in die Prognose ein.

4.1 Ersatzbedarf

Der Ersatzbedarf meint den Ersatz von aus der ärztlichen Versorgung ausscheidenden Ärzten (Tab. 4). Hier sind im Wesentlichen sechs Einflussfaktoren zu unterscheiden:

- Altersbedingte Berufsaufgabe von Krankenhausärzten
- Altersbedingte Berufsaufgabe von Vertragsärzten
- Altersbedingte Berufsaufgabe von sonstigen ambulant tätigen Ärzten
- Altersbedingte Berufsaufgabe von Ärzten bei Behörden, Körperschaften und anderen Bereichen
- Altersbedingte Berufsaufgabe von Ärzten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Abwanderung ins Ausland

Nach Angaben der Bundesärztekammer arbeiteten im Jahr 2009 fast 19.000 Ärzte im Krankenhaus (14% aller Krankenhausärzte), die 55 Jahre oder älter sind und spätestens im Jahr 2019 65 Jahre alt werden und somit in den Ruhestand treten.²² Altersbedingt sind diese Ärzte also c. p. bis zum Ende des Prognosezeitraumes 2019 zu ersetzen.

Tab. 4: Ersatzbedarf an Ärzten bis 2019

Ersatzbedarf bis 2019	Ärzte
Altersbedingte Berufsaufgabe von Krankenhausärzten	18.940
Altersbedingte Berufsaufgabe von Vertragsärzten	51.800
Altersbedingte Berufsaufgabe von sonstigen ambulant tätigen Ärzten (angestellte Ärzte, Privatärzte)	9.990
Altersbedingte Berufsaufgabe von Ärzten bei Behörden, Körperschaften und anderen Bereichen	14.900
Altersbedingte Berufsaufgabe von Ärzten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	1.300
Wanderungssaldo ins Ausland	11.330
Summe Ersatzbedarf	108.260

Ein altersbedingter Ersatzbedarf entsteht insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung: Legt man die Prognose der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2008/2009 zugrunde, dann

²² Kopetsch, 2007

würden bis 2019 rund 64.730 Ärzte (54%) altersbedingt aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden.²³ Allerdings können infolge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes – im Gegensatz zu früher – Vertragsärzte bei Unterversorgung oder drohender Unterversorgung in einem Zulassungsbezirk ihre Zulassung über das 68. Lebensjahr fortführen; darüber hinaus können nunmehr auch Ärzte eine Zulassung erhalten, die bei Antragstellung älter als 55 Jahre sind. Von diesen Möglichkeiten wird mittlerweile in größerem Umfang Gebrauch gemacht. Auf Basis aktueller Daten aus 2009/2010, welche diese Entwicklungen berücksichtigen, hat die Bundesärztekammer daher ihre Schätzungen zum altersbedingten Ersatzbedarf im vertragsärztlichen Bereich um ca. 13.000 Ärzte reduziert. Demzufolge würden bis zum Jahr 2019 rund 51.800 Vertragsärzte (43%) ihren Beruf altersbedingt aufgeben.²⁴

Darüber hinaus sind Ärzte auch anderweitig ambulant tätig, sei es als Privatärzte oder im Angestelltenverhältnis (v.a. bei Vertragsärzten). Deren Gesamtzahl betrug 2008 rund 18.500 Ärzte.²⁵ Hier greifen die genannten Änderungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes nicht. Deswegen wurde hier, mangels verfügbarer Daten, derselbe relative Ersatzbedarf wie bei den Vertragsärzten gemäß der älteren Prognose der Bundesärztekammer aus 2009 unterstellt (54%). Demzufolge müssten hier 9.990 Ärzte altersbedingt ersetzt werden.²⁶

Weiterer Ersatzbedarf ergibt sich für Ärzte, die bei Behörden, Körperschaften oder in anderen Bereichen tätig sind (z. B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kammern, MDK, Pharmaindustrie etc.). Laut Bundesärztekammer waren im Jahr 2008 rund 27.600 Ärzte in diesen Bereichen beschäftigt.²⁷ Für die Berechnung des altersbedingten Ersatzbedarfs wurde wiederum derselbe Prozentsatz wie bei den sonstigen ambulant tätigen Ärzten zugrundegelegt (54%).²⁸ Dies entspricht altersbedingt einem taxierten Ersatzbedarf von 14.900 Ärzten.

Ein Ersatzbedarf entsteht auch für stationär tätige Ärzte außerhalb des Krankenhauses (vor allem in Rehabilitationskliniken). Auch hierfür liegen keine Altersstrukturdaten vor, sodass der Ersatzbedarf abermals taxiert werden muss: Ende 2008 gab es in den deutschen Vor-

²³ Kopetsch, 2007

²⁴ Es muss allerdings offen bleiben, inwieweit sich der aufgezeigte Trend einer späteren oder längeren Niederlassung im Prognosezeitraum fortsetzt. Deswegen ist hier die Prognose des Ersatzbedarfs mit größeren Unsicherheiten behaftet.

²⁵ Kopetsch, 2007

²⁶ Die Annahme lässt sich insofern rechtfertigen als ambulant tätige Ärzte im Angestelltenverhältnis zwar im Schnitt ggf. jünger sein dürften als Vertragsärzte, Privatärzte (vor allem nach Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit) aber im Schnitt merklich älter.

²⁷ Kopetsch, 2007

²⁸ Die Annahme erscheint insofern im Grundsatz plausibel, als viele Ärzte erst nach Abschluss der Weiterbildung oder längerer ärztlicher Tätigkeit in andere Einsatzbereiche wechseln.

sorge- und Rehabilitationseinrichtungen 9.270 hauptamtlich tätige Ärzte.²⁹ Für den altersbedingten Ersatzbedarf wurde hier derselbe Prozentsatz unterstellt, wie für die Krankenhäuser (14%). Dies entspricht einem Ersatzbedarf von 1.300 Ärzten.³⁰

Schließlich ergibt sich ein Ersatzbedarf aus dem negativen Wanderungssaldo der aus Deutschland abwandernden und nach Deutschland zuwandernden Ärzte. Seit 2004 ist hier ein deutlicher Anstieg zu beobachten: In den Jahren 2004 bis 2008 sind insgesamt gut 13.060 Ärzte aus Deutschland abgewandert, während im selben Zeitraum etwa 7.920 Ärzte aus dem Ausland zugewandert sind.³¹ Das entspricht einem negativen Wanderungssaldo von 5.140 Ärzten für den Betrachtungszeitraum insgesamt bzw. durchschnittlich rund 1.030 Ärzten pro Jahr, welche für die Patientenversorgung in Deutschland verloren gegangen sind. Unterstellt man für den Prognosezeitraum 2009 bis 2019 – vereinfacht – eine konstante Abwanderung, so ergibt sich hochgerechnet in Folge des negativen Wanderungssaldos ein Ersatzbedarf von rund 11.330 Ärzten.³²

Addiert man die erforderlichen Ersatzbedarfe der einzelnen Bereiche, dann resultiert insgesamt ein Ersatzbedarf von 108.260 Ärzten bis zum Jahr 2019.

4.2 Mehrbedarf

Der Mehrbedarf betrifft den zusätzlichen Bedarf an Ärzten über den aktuellen Bestand hinaus (Tab. 5). Hier sind insbesondere die folgenden Einflussfaktoren zu berücksichtigen:

- Aktuelle Anzahl offener Stellen
- Demographiebedingter Mehrbedarf an Ärzten
- Steigerung der Teilzeitquote

²⁹ Kopetsch, 2007

³⁰ Gemäß der Annahme dürfte der Ersatzbedarf für Rehabilitationskliniken mutmaßlich etwas unterschätzt werden, weil diese Kliniken eine geringere Weiterbildungsquote haben als Krankenhäuser und damit eine ungünstigere Altersstruktur.

³¹ Kopetsch, 2010, 2009 a/b

³² Die Annahme eines konstanten Wanderungssaldos lässt sich für Prognosezwecke rechtfertigen, da einer zunehmenden Anzahl von Abwanderungen ins Ausland auch die gezielte Akquise und damit eine steigende Zuwanderung ausländischer Ärzte gegenüberstehen dürften.

Tab. 5: Mehrbedarf an Ärzten bis 2019

Mehrbedarf bis 2019	Ärzte
Offene Stellen Krankenhaus aktuell	6.000
Offene Stellen Vertragsärzte aktuell	3.600
Demographiebedingter Mehrbedarf Krankenhaus	4.880
Demographiebedingter Mehrbedarf Vertragsärzte	4.840
Demographiebedingter Mehrbedarf Rehabilitation	920
Steigerung der Teilzeitquote Krankenhaus	10.270
Steigerung der Teilzeitquote Rehabilitation	920
Summe Mehrbedarf	30.830

Wie die vorliegende Studie belegt, können aktuell 5.500 Vollkraftstellen in deutschen Krankenhäusern nicht besetzt werden.³³ Legt man für diese Stellen das gleiche Verhältnis von Beschäftigten („Köpfen“) und Vollkräften wie bei der derzeitigen Krankenhausärzteschaft zugrunde (=1,09), dann fehlen derzeit sogar 6.000 Ärzte im Krankenhaus. Für eine bedarfsgerechte Versorgung muss diese Zahl somit in die Berechnung des Mehrbedarfs einfließen.

Laut Bundesärztekammer können überdies rund 3.600 Vertragsarztsitze derzeit nicht besetzt werden (vor allem im hausärztlichen bzw. ländlichen Bereich). Für Rehabilitationseinrichtungen und sonstige Bereiche gibt es keine entsprechenden Daten für offene Stellen, sodass hier ggf. eine leichte Untererfassung bei der Prognose des Mehrbedarfs vorliegt.

Ein weiterer Einflussfaktor des künftigen Bedarfs an Ärzten bildet die demographische Entwicklung bzw. speziell für die stationäre Versorgung, die Entwicklung der Krankenhausfälle. Hierzu liegen Prognosen der statistischen Ämter zu den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Krankenhausbehandlung in Deutschland vor. Dabei sind prinzipiell zwei Szenarien zu unterscheiden: ein Status-Quo-Szenario und ein Szenario sinkender Behandlungsquoten.³⁴

Nach dem sog. Status-Quo-Szenario hängt die Wahrscheinlichkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts heute und in Zukunft vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Für die Vorausberechnungen werden die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Krankenhauswahrscheinlichkeiten konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung

³³ Vgl. Kap.6

³⁴ Statistisches Bundesamt, 2008

zugrunde gelegt. Demnach würde die Zahl der Krankenhausfälle von 2009 bis 2019 von 17,5 Mio. auf 18,3 Mio. steigen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 4,6%.

Das Szenario sinkender Behandlungsquoten geht von der Überlegung aus, dass Menschen bei steigender Lebenserwartung auch länger gesund leben und schwere bzw. häufige Behandlungen erst im späteren Alter auftreten. Zur Prognose werden dementsprechend die aktuellen altersspezifischen Krankenhauswahrscheinlichkeiten entsprechend dem Anstieg der Lebenserwartung in höhere Altersgruppen „verschoben“ und auf die vorausberechnete Bevölkerung bezogen. Gemäß diesem Szenario steigt die Zahl der Krankenhausfälle von 17,5 Mio. in 2009 auf 17,9 Mio. in 2019 oder relativ um 2,3%.

Betrachtet man die beiden Szenarien als Unter- bzw. Obergrenzen der wahrscheinlichen Entwicklung, so liegt der Korridor der voraussichtlichen Krankenhausfälle im Jahr 2019 zwischen 17,9 Mio. und 18,3 Mio., der Korridor für die absolute Zunahme bis dahin zwischen 0,4 Mio. und 0,8 Mio. Fällen, sowie für die relative Zunahme zwischen 2,3% und 4,6%.

Da die ärztlichen Leistungen c.p. in hohem Maße fallfix sind, erscheint eine proportionale Entwicklung des Ärztebedarfs im Grundsatz plausibel. Damit würde sich der zusätzliche Bedarf an Krankenhausärzten c.p. innerhalb dieser Marge bewegen. Für die Prognose wurde vereinfacht der mittlere Wert der Marge zwischen Status-Quo-Szenario (4,6%) und dem Szenario sinkender Behandlungsquoten (2,3%) zugrunde gelegt, also ein fallzahlbedingter Mehrbedarf an Ärzten von 3,5%. Bei rund 139.300 Krankenhausärzten im Jahr 2008 entspricht dies einem Mehrbedarf von rund 4.880 Ärzten bis zum Jahr 2019.

Für die vertragsärztliche und sonstige ambulante ärztliche Versorgung sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen liegen u.W. keine vergleichbaren Prognosen vor. Deswegen wurde hier, unter Zugrundelegung der jeweiligen Arztzahlen von 2008, derselbe Steigerungssatz unterstellt wie bei den Krankenhausärzten (3,5%). Insgesamt wird der demographiebedingte Mehrbedarf an Ärzten in den Prognosen also eher moderat taxiert.³⁵

Ein Mehrbedarf an Ärzten entsteht schließlich dadurch, dass die Anzahl der Ärzte mit Teilzeitarbeit stetig zunimmt. Selbst bei konstantem Bedarf an Vollkräften würde dadurch der Bedarf an Beschäftigten im Ärztlichen Dienst steigen, insofern die Arbeit auf mehr „Köpfe“ zu verteilen wäre. Die Entwicklung der Teilzeitquote kann dabei auch als Indikator für allgemei-

³⁵ Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass einem Anstieg der älteren Bevölkerung ein Bevölkerungsrückgang insgesamt gegenübersteht.

ne Trends in der Medizin interpretiert werden, wie beispielsweise die „Feminisierung“ der Medizin (also der zunehmende Frauenanteil unter Medizinerinnen) oder – teilweise damit zusammenhängend, teilweise aber auch geschlechtsunabhängig – eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben.

Von 2004 bis 2008 hat die Zahl der teilzeitbeschäftigten Krankenhausärzte um 4.670 zugenommen.³⁶ Das entspricht einem jährlichen Anstieg von durchschnittlich rund 934 Ärzten in Teilzeit. Schreibt man diesem Trend bis 2019 linear fort – was angesichts der o. g. allgemeinen Trends in der Medizin durchaus realistisch erscheint –, dann steigt die Zahl der Krankenhausärzte in Teilzeit bis dahin um 10.270 Ärzte an.³⁷

Dagegen fällt in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen der Teilzeiteffekt eher moderat aus. Hier hat von 2004 bis 2008 die Zahl der teilzeitbeschäftigten Ärzte um insgesamt 420 bzw. im Durchschnitt um 84 Ärzte pro Jahr zugenommen.³⁸ Bei linearer Fortschreibung entspricht dies einem Mehrbedarf von 920 Ärzten. Im vertragsärztlichen Bereich spielen Teilzeitarbeit bzw. Teilzulassungen einstweilen noch eine untergeordnete Rolle, sodass hier von einer Prognose abgesehen wird.

In der Summe von teilzeit- und demographiebedingtem Mehrbedarf sowie der Besetzung aktuell offener Stellen resultiert bis 2019 ein Mehrbedarf von insgesamt 30.830 Ärzten. Dabei dürfte es sich sogar eher um eine konservative Schätzung handeln, insofern bestimmte Einflussfaktoren wie u.a. eine verstärkte Abwanderung von Ärzten in Bereiche ohne ärztliche Tätigkeit im engeren Sinne (z.B. Kammern, Pharmaindustrie etc.) bzw. der dortige Mehrbedarf wegen größerer statistischer Unsicherheiten keine Berücksichtigung gefunden haben.

4.3 Zugänge neuer Ärzte

Für die Prognose des Ärztemangels sind neben dem Mehrbedarf an Medizinerinnen und den Abgängen an Ärzten (Ersatzbedarf) die Zugänge an Ärzten als dritte maßgebliche Einflussgröße heranzuziehen. Die Zugänge umfassen alle zum aktuellen Bestand neu oder erneut

³⁶ Statistisches Bundesamt, 2001-2009

³⁷ Dies gilt aber nur unter der zusätzlichen Prämisse, dass das Vollkraftäquivalent je Teilzeitkraft (derzeit rund 0,5 VK) bis dahin konstant bleibt. Bei einem Anstieg des Vollkraftäquivalents je Teilzeitkraft würde der Mehrbedarf an Ärzten sinken, umgekehrt würde er bei einer Abnahme steigen.

³⁸ Statistisches Bundesamt, 2001-2009

hinzu kommenden Mediziner. Hier sind im Wesentlichen drei Einflussfaktoren zu unterscheiden:

- Studenten bzw. Absolventen des Medizinstudiums
- Berufsrückkehrer oder Wiedereinsteiger
- Ausländische Ärzte

Die letztgenannte Gruppe spielt jedoch in diesem Zusammenhang keine Rolle mehr, da sie schon beim Ersatzbedarf im Wanderungssaldo Berücksichtigung gefunden hat.

Die potenziellen Wiedereinsteiger in den Beruf betreffen in erster Linie Rückkehrer aus der Elternzeit bzw. von ausschließlich im Haushalt tätigen Mediziner.³⁹ Laut Angaben der Bundesärztekammer befinden sich bundesweit derzeit rund 5.500 Ärzte in der Elternzeit.⁴⁰ Angesichts der Feminisierung der Medizin dürfte diese Anzahl eher steigen, sodass im Saldo von Zugängen aus der Elternzeit bzw. Abgängen in die Elternzeit keine Zugänge an zusätzlichen Ärzten insgesamt zu erwarten sind. Im Gegenteil führt diese Entwicklung der Feminisierung eher zu einem Mehrbedarf an Ärzten, der implizit und zumindest teilweise über die Prognose der Teilzeitquote taxiert wurde.⁴¹

Darüber hinaus sind weitere 5.300 Ärzte aktuell ausschließlich im Haushalt tätig.⁴² Mutmaßlich handelt es sich dabei zum Großteil um weibliche Ärzte, die nach der Elternzeit oder einer Familienphase nicht mehr in den Beruf zurückgekehrt sind. Es muss offen bleiben, ob diese Klientel noch in der Lage oder willens ist, wieder ärztlich tätig zu werden. Mit Blick auf die Prognose wird aber davon ausgegangen, dass selbst bei großem Interesse und weitergehenden Wiedereinstiegsprogrammen diese Berufsrückkehrer die oben erwähnten wahrscheinlichen Zuwächse bei den Abgängen in die Elternzeit sowie darüber hinaus in die ausschließliche Haushaltstätigkeit nicht überkompensieren können.

Im Ergebnis lässt sich somit festhalten, dass bis 2019 durch Berufsrückkehrer bzw. Wiedereinsteiger, zumindest im Saldo mit (zeitweisen) Berufsaussteigern, c. p. keine Zugänge an zusätzlichen Ärzten über den aktuellen Bestand hinaus zu erwarten sind. Dies bedeutet

³⁹ Andere potenzielle Berufsrückkehrer wie Arbeitslose oder völlig berufsfremd tätige Mediziner sind statistisch in diesem Zusammenhang zu vernachlässigen (vgl. Kopetsch, 2009). Auch Berufsrückkehrer, die aus anderen Bereichen wieder ins Krankenhaus wechseln (z. B. aus Behörden oder Körperschaften), spielen statistisch keine Rolle, insofern davon ausgegangen wird, dass der so generierte Ersatzbedarf anderer Bereiche letztlich wieder aus dem Krankenhaus gedeckt wird.

⁴⁰ Vgl. Kopetsch, 2009. Diese Klientel dürfte im Übrigen nicht nur aus dem Krankenhaus kommen bzw. in das Krankenhaus zurückkehren.

⁴¹ Vgl. Kap. 4.2

⁴² Kopetsch, 2009

ausdrücklich nicht, dass etwa Wiedereinstiegsprogramme oder Kontakthalteprogramme während der Elternzeit nicht sinnvoll wären. Im Gegenteil bieten sie den Betroffenen eine berufliche Perspektive und lindern den Ärztemangel.

Der Ersatz- bzw. Mehrbedarf an Ärzten muss gleichwohl nahezu vollständig über Zugänge aus dem Medizinstudium gedeckt werden. Ein zentrales Problem im Medizinstudium sind dabei die hohen Schwundquoten vom ersten Fachsemester bis zur Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit.⁴³ Nicht zuletzt durch eine Reduktion der Schwundquoten könnte der Zugang an neuen Ärzten steigen und damit der Ärztemangel reduziert werden. Vor diesem Hintergrund werden, basierend auf variierenden Schwundquoten, nachfolgend unterschiedliche Szenarien für Zugänge an neuen Ärzten aus dem Medizinstudium prognostiziert (Tab. 6).

Tab. 6: Neuzugänge an Ärzten bis 2019

Zugänge aus dem Medizinstudium bis 2019	Ärzte
Drop-out 0%	145.320
Drop-out 15%	123.530
Drop-out 30%	101.720
Drop out 45%	79.930

Das Ausgangsszenario (Best-Case-Szenario) geht von der Annahme aus, dass alle Erstsemester im Fach Humanmedizin auch tatsächlich ärztlich tätig werden, also der Schwund oder Drop-out im Medizinstudium bei null liegt. Im Rahmen dieses Szenarios erfolgt die Prognose für den Zeitraum 2009 bis 2019 dabei wie folgt:

Auf Basis einer Studiendauer in der Medizin von zwölf Semestern wurde für die Zugänge an neuen Ärzten im Jahr 2009 die Anzahl der Erstsemesterstudenten der Humanmedizin im Jahr 2003 zugrunde gelegt, für die Zugänge in 2010 die Studentenzahlen aus 2004 usw. Für die Prognose der Jahre 2014 bis 2019 wurde die Anzahl der Erstsemesterstudenten des Jahres 2008 (13.510) als konstant unterstellt (da aktuellere Daten hierzu noch nicht vorliegen bzw. für die Folgejahre noch nicht vorliegen können). Gemäß dieser Berechnungsmethode resultiert bis zum Jahr 2019 ein Zugang von insgesamt 145.320 Ärzten aus dem Medizinstudium in die ärztliche Weiterbildung.

⁴³ Vgl. ausführlich Kap.5.2

Für diese Anzahl wurden dann drei unterschiedliche Drop-out-Raten für den gesamten Prognosezeitraum unterstellt: 15%, 30% und 45%. Die beiden letztgenannten Werte orientieren sich an der Variationsbreite der tatsächlichen Drop-out-Raten im letzten Jahrzehnt. Der 15%-Wert unterstellt eine etwaige deutliche Reduktion des Drop-out für das kommende Jahrzehnt.

Bei einem Drop-out von 15% wäre bis zum Ende des Prognosezeitraums im Jahr 2019 ein Zugang von 123.520 zusätzlichen Ärzten zu erwarten. Die entsprechenden Werte für die anderen Szenarien liegen bei 101.720 neuen Ärzten (Drop-Out: 30%) bzw. bei 79.930 Ärzten zusätzlich (Drop-Out: 45%).

Vor dem Hintergrund steigender Erstsemester- bzw. Absolventenzahlen sowie eines rückläufigen Drop-Outs in den letzten Jahren erscheint dabei c. p. das 30%-Szenario mit 101.720 Ärzten vorderhand am realistischsten (*Status-quo-Szenario*). Darüber hinaus gehende deutliche Steigerungen der Zugänge in den Arztberuf bis 2019 sind nur dann plausibel, wenn die Drop-out-Raten während bzw. nach Abschluss des Medizinstudiums in den nächsten Jahren deutlich gesenkt werden können und/oder die Anzahl der Medizinstudenten kurzfristig merklich erhöht wird.

4.4 Prognose

Nachfolgend soll auf Basis der vorangegangenen Analysen der Ärztebedarf bzw. der Ärztemangel bis zum Jahr 2019 prognostiziert werden (Tab. 7). Ausgangspunkt der Prognose bildet der Bedarf an Neuzugängen an Ärzten bis 2019. Das sind rund 139.090 Mediziner. Diese Zahl setzt sich zusammen aus dem Mehrbedarf von 30.830 Ärzten und dem Ersatzbedarf von 108.260 Ärzten.

Für den Zugang an neuen Ärzten werden, wie dargelegt, vier unterschiedliche Szenarien unterstellt, sprich Drop-Out-Raten von 0%, 15%, 30% und 45% mit Blick auf die maximal mögliche Anzahl an Medizinabsolventen bis 2019. Dementsprechend variieren die Zugänge in Absolutzahlen zwischen 145.320 Ärzten (kein Drop-Out) und 79.930 Ärzten (Drop-Out von 45%).

Diese verschiedenen Werte wurden dann mit den bis 2019 erforderlichen Zugängen für eine bedarfsgerechte Versorgung (139.090 Ärzte) saldiert, um den Ärztemangel bzw. den Ärzteüberschuss insgesamt für das Jahr 2019 zu prognostizieren.

Demnach würde es nur nach der unrealistischen Annahme eines gänzlich fehlenden Drop-Outs unter den Medizinstudenten bzw. Absolventen zu einem Ärzteüberschuss von 6.230 Ärzten im Jahr 2019 kommen. Somit müsste der Drop-out nur gut 4% betragen, um den Ärztebedarf bis 2019 exakt zu decken.

Selbst bei einer Schwundquote von 15%, also im Vergleich zu heute einer deutlichen Senkung des Drop-out, würde der Ärztemangel im Jahr 2019 noch bei 15.570 fehlenden Ärzten liegen.

Tab. 7: Prognose des Ärztemangels bis 2019

Szenarien	Ärzte
Bedarf an Neuzugängen bis 2019	
Ersatzbedarf	108.260
Mehrbedarf	30.830
Summe Bedarf an Neuzugängen bis 2019	139.090
Neuzugänge aus dem Medizinstudium bis 2019	
Drop-out 0%	145.320
Drop-out 15%	123.520
Drop-out 30%	101.720
Drop-out 45%	79.930
Ärztemangel 2019 (Zugänge – Bedarf an Neuzugängen)	
Drop-out 0%	6.230
Drop-out 15%	-15.570
Drop-out 30% (Status-quo-Szenario)	-37.370
Drop-out 45%	-59.160

Bei einem Drop-Out von 30% würden c. p. bis zum Jahr 2019 37.370 Ärzte fehlen. Angesichts der aktuellen Drop-Out-Raten erscheint dieses *Status-quo-Szenario* derzeit am realistischsten.

Würde sich die Schwundquote im Prognosezeitraum noch weiter auf 45% verschlechtern, dann fehlten im Jahr 2019 sogar gut 59.160 Ärzte.

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass c. p. der Ärztemangel in jedem Fall (deutlich) zunehmen wird, falls die Schwundquoten bei Medizinstudenten bzw. Absolventen nicht deutlich gesenkt werden können.

Mittelbar muss der Ersatz- und Mehrbedarf an Ärzten letztlich komplett über den Krankenhausbereich gedeckt werden, da die Neuzugänge hier im Wesentlichen ihre Weiterbildung absolvieren. Damit wird der Ärztemangel im Krankenhaus am frühesten und am drastischsten spürbar werden.

Der Ärztemangel im Krankenhaus könnte vor allem durch eine reduzierte Abwanderung in den vertragsärztlichen oder andere Bereiche zurückgefahren werden; allerdings könnte dann der Bedarf in diesen Bereichen nicht gedeckt werden. Per Saldo fehlen diese Ärzte also in jedem Fall. Folglich ist in den kommenden Jahren von einem verschärften Wettbewerb zwischen ambulanter und stationärer Versorgung um ärztliche Fachkräfte auszugehen.

Weitere Effekte auf den Ärztemangel sind mit Blick auf die erfassten Einflussfaktoren allenfalls durch eine Trendumkehr bzw. eine merkliche Trendabschwächung bei den Teilzeitquoten oder beim Wanderungssaldo ins Ausland zu erwarten; beides erscheint aber derzeit wenig plausibel. Selbst eine im Grundsatz sinnvolle Aufstockung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin hätte zumindest für den Prognosezeitraum bis 2019 eher moderate Effekte auf den Ärztemangel, da die entsprechende Studentenklientel erst gegen Ende des Jahrzehnts eine ärztliche Tätigkeit aufnehmen würde. Deswegen sind auch anderweitig Rationalisierungspotenziale zu erschließen, um den Ärztemangel abzufedern.

4.5 Rationalisierungspotenziale

Ein künftiger Ärztemangel kann durch Rationalisierungen in der ärztlichen Arbeit zumindest teilweise kompensiert werden. Unter Rationalisierungen sind nachfolgend alle Maßnahmen zu verstehen, die zu einer arbeitszeitlichen Entlastung der Krankenhausärzte führen (können). Im Einzelnen sollen dabei die folgenden Einflussfaktoren kurz thematisiert werden:

- Bürokratieabbau oder Entbürokratisierung
- Delegation ärztlicher Tätigkeiten
- Innovationen

Die „Entbürokratisierung“ bzw. der „Bürokratieabbau“ im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser meint eine Entlastung der Ärzte von administrativen und Dokumentationsaufgaben. Diesbezügliche Beanspruchungen der Krankenhausärzte fallen außerordentlich hoch aus. So zeigt eine Studie des DKI aus dem Jahr 2003, dass im Durchschnitt jeder Krankenhausarzt ca. 3 Stunden täglich mit Dokumentationstätigkeiten befasst ist.

Die zunehmende Bürokratie im Krankenhaus ist dabei maßgeblich Folge externer Vorgaben wie beispielsweise gesetzlichen Dokumentationspflichten, Qualitätsvereinbarungen, MDK-Anfragen etc. Der Ärztemangel im Krankenhaus könnte über einen spürbaren „Bürokratieabbau“ im Krankenhaus merklich reduziert werden, sei es durch den Abbau von Dokumentationsvorgaben durch Politik und Selbstverwaltung, die Reduktion von Anfragen von Kostenträgern und MDK-Prüfungen, krankenhauserne Rationalisierungen wie Standardisierung und Delegation von Dokumentationstätigkeiten oder durch effiziente technische Lösungen. Angesichts des heute erreichten Ausmaßes wäre eine nennenswerte Entlastung des Ärztlichen Dienstes im Krankenhaus von Dokumentation und Administration in jedem Fall stellenrelevant.

Eine weitere Rationalisierungsmöglichkeit besteht in der Delegation ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten an (ggf. besonders qualifiziertes) nicht-ärztliches Personal. Eine Reihe von bislang ärztlichen Tätigkeiten muss nicht zwingend bzw. in jedem Einzelfall von Ärzten durchgeführt werden, sondern kann auch übertragen werden. Die DKI-Studie zur Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes listet eine Vielzahl einschlägiger Tätigkeiten bzw. Tätigkeitsbereiche auf. Dabei wird grundsätzlich zwischen kurzfristig übertragbaren Leistungen (z. B. Dokumentation und Kodierung, Injektionen, Infusionen und venöse Blutentnahmen), mittelfristig übertragbaren Leistungen (wie die nichtärztliche Chirurgieassistenz oder das Wund- und Schmerzmanagement) und langfristig übertragbaren Leistungen unterschieden (etwa die nichtärztliche Anästhesieassistenz oder endoskopische Untersuchungen durch nicht ärztliches Personal). Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten kann dabei durch die traditionellen Berufsgruppen (z. B. in der Stations- und Funktionspflege) erfolgen, welche gegebenenfalls gezielt weiter qualifiziert werden müssten, oder durch neue Berufe mit genuinem Tätigkeitsprofil (z. B. chirurgietechnischer oder anästhesietechnischer Assistenten, Phlebotomisten, Physician Assistants).⁴⁴

Eine Tätigkeitsübertragung von Ärzten auf andere Berufsgruppen führt zu einer Entlastung des Ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern. Das konkrete Entlastungspotenzial lässt sich aber derzeit nicht verlässlich quantifizieren. In der Summe dürfte es in jedem Fall eine stellenrelevante Größenordnung erreichen und daher mittelbar zum Abbau des Ärztemangels beitragen. Einschränkend sei allerdings erwähnt, dass eine in diesem Sinne umfassen-

⁴⁴ Vgl. im Einzelnen Offermanns, 2009

de Delegation ärztlicher Tätigkeiten einen längeren zeitlichen Vorlauf erfordert, um die rechtlichen und qualifikatorischen Voraussetzungen zu schaffen bzw. ausreichend Personal verfügbar zu haben, welches die ärztlichen Tätigkeiten übernimmt.

Der Bereich der Innovationen im Krankenhaus umfasst insbesondere die Restrukturierung von Aufbau- und Ablauforganisation, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. innovative Medizintechnik und innovative Arzneimittel. Innovationen können Prozessoptimierungen und Qualitätsverbesserungen begünstigen und somit etwa über Verweildauerverkürzungen, einem reduzierten Behandlungsbedarf bzw. einer geringeren Behandlungsintensität auch zu Einsparungen beim ärztlichen Personal führen. Soweit dies der Fall ist, könnten sie den Ärztebedarf bzw. den Ärztemangel mindern.

Die Prognose der Auswirkungen von Innovationen auf den Ärztebedarf würde eine differenzierte Betrachtung und Analyse z.B. verschiedener innovativer Technologien (etwa Telematik und Telemedizin, Bio- und Nanotechnologie) und anderer Innovationsfelder erfordern (Medikation, Prozessoptimierungen etc.). Eine solche Analyse, ohnehin mit großen prognostischen Unsicherheiten behaftet, kann im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nicht durchgeführt werden. Deswegen können und sollen hier zu möglichen Rationalisierungspotenzialen von Innovationen keine konkreten Aussagen mit Blick auf die Entwicklung der Arztzahlen getroffen werden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass vor allem infolge von Entbürokratisierung, Delegation und Innovationen nicht unerhebliche Rationalisierungspotenziale im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser bestehen. Eine Quantifizierung bzw. verlässliche Prognose dieses Potenzials bis 2019 erscheint jedoch kaum möglich. Vor dem Hintergrund der durchgeführten Prognosen des Ärztemangels bis 2019 erscheint es allerdings dringend angezeigt, diese Potenziale weitestgehend auszuschöpfen, um den absehbaren Ärztemangel soweit wie möglich abzufedern.

5 Ursachen des Ärztemangels

5.1 Neues Arbeitszeitrecht

Eine maßgebliche Ursache des Ärztemangels im Krankenhaus ist das novellierte Arbeitszeitrecht: Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in den Jahren 2000 bzw. 2003 in zwei richtungsweisenden Urteilen entschieden, dass Bereitschaftsdienst vollumfänglich Arbeitszeit im Sinne der EU-Arbeitszeitrichtlinie 93/104 ist. Diese Gleichsetzung von Arbeitszeit und Bereit-

schaftsdienst entsprach nicht den bis Ende 2003 geltenden rechtlichen und tarifvertraglichen Regelungen in Deutschland. Das deutsche Arbeitszeitgesetz genügte den Anforderungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie nicht, insofern es Zeiten der Nicht-Inanspruchnahme während des Bereitschaftsdienstes der Ruhezeit zurechnete. Auf Grund des EuGH-Urteils wurde in Deutschland das Arbeitszeitgesetz novelliert. Die Änderungen sind zum 1.1.2004 in Kraft getreten. Für die Krankenhäuser gab es allerdings eine verlängerte Übergangsregelung, so dass hier die Änderungen erst zum 1.1.2006 wirksam wurden.

Bis dahin galten Bereitschaftsdienstzeiten nicht vollumfänglich als Arbeitszeit. Vielmehr wurden nur die aktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit anerkannt; das waren je nach Bereitschaftsdienststufe zwischen 10% und 49% des Bereitschaftsdienstes insgesamt. Die Anerkennung bisheriger inaktiver Bereitschaftsdienstzeiten als Arbeitszeit bedingte einen erheblichen Mehrbedarf an Personal in den Bereitschaftsdienst leistenden Berufsgruppen im Krankenhaus, also auch und gerade im Ärztlichen Dienst. Denn angesichts tariflicher bzw. arbeitszeitrechtlicher Grenzen für die täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeiten konnten zusätzliche Arbeitszeiten nicht oder kaum auf das vorhandene Personal verteilt werden. Vielmehr waren in der Regel Neueinstellungen erforderlich.

Das hat auch der Gesetzgeber im Grundsatz anerkannt: In den Jahren 2003 bis 2009 konnten die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen (Krankenhaus- und Kostenträger) zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen jeweils einen zusätzlichen Betrag von bis zu 0,2% des Gesamtbetrages (Budget) vereinbaren. Für eine entsprechende Vereinbarung musste das Krankenhaus nachweisen, dass zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren waren. Kumuliert bis 2009 wurden den Krankenhäusern für arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen rund 700 Mio. Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt, die auch weitestgehend abgerufen wurden.⁴⁵

Die durch das novellierte Arbeitszeitgesetz bedingte Anzahl an Neueinstellungen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser lässt sich gleichwohl nicht exakt quantifizieren, da Neueinstellungen ggf. verschiedene Ursachen haben können, die im Einzelfall nicht bekannt sind. Einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts aus dem Jahre 2004 zufolge wäre jedoch selbst unter der Prämisse einer flächendeckenden Optimierung der Arbeitszeitorganisation in den deutschen Krankenhäusern ein Mehrbedarf von rund 7.000 ärztlichen Vollkräften erfor-

⁴⁵ Blum et al., 2004, Deutsches Krankenhausinstitut, 2004 ff.

derlich gewesen.⁴⁶ Nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus demselben Jahr wurde, ohne Gegenmaßnahmen von Krankenhäusern und Politik, sogar ein personeller Mehrbedarf von bis zu 27.000 Vollkräften im Ärztlichen Dienst erwartet.⁴⁷ Unabhängig von unterschiedlichen methodischen Ansätzen zeigen jedoch alle Studien zum Thema übereinstimmend massive personelle Mehrbelastungen infolge des neuen Arbeitszeitrechts auf, welche mittelbar den Ärztemangel gefördert haben.

Im Zusammenhang mit dem neuen Arbeitszeitrecht ist das Arbeitszeitvolumen der Krankenhausärzte insgesamt zurückgegangen. So ist beispielsweise nach einer Ärztebefragung der Hamburger Ärztekammer die wöchentliche Arbeitszeit von Krankenhausärzten (inkl. Bereitschaftsdienstzeiten) von durchschnittlich 61,3 Stunden im Jahr 1997 auf 56,7 Stunden in 2007 gesunken (-7,5%).⁴⁸ Der Rückgang bei der Arbeitszeit je Arzt musste folglich durch Neueinstellungen kompensiert werden.

Der arbeitszeitrechtlich verursachte Mehrbedarf an Ärzten erklärt unter anderem auch, warum trotz steigender Ärztezahlen im Krankenhaus gleichwohl vom Ärztemangel die Rede sein kann: Infolge des novellierten Arbeitszeitgesetzes musste nämlich die Arbeit auf mehr Ärzte verteilt werden. Sofern diese Fachkräfte aber nicht oder nicht ausreichend am Markt verfügbar sind, können offene Stellen ggf. auch nicht besetzt werden.

5.2 Hohe Schwundquote bei Medizinstudenten

Eine maßgebliche Ursache für den Ärztemangel ist die hohe Schwundquote im Medizinstudium vom ersten Fachsemester bis zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit, also dem Beginn der Weiterbildung im Krankenhaus.

Laut der KBV/ Bundesärztekammer-Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung sind bezogen auf die 11.660 Studenten des Erstsemesters 1997 im Jahr 2003 lediglich 6.802 Zugänge an Ärzten im Praktikum zu verzeichnen gewesen. Dies entspricht einem Drop-out von 4.858 Studenten oder 42%. Im Jahr 2006 registrierten die Ärztekammern 7.762 Erstanmeldungen. Legt man die 11.677 Studenten des Erstsemesters 2000 zugrunde, entspricht das einem Schwund von 3.915 oder 34%. Etwa drei Viertel des Drop-outs erfolgte während

⁴⁶ Blum et al., 2004

⁴⁷ DKG, 2008

⁴⁸ Wegner et al., 2009

des Studiums, ein weiteres Viertel hat keine ärztliche Weiterbildung begonnen.⁴⁹ Unter den Studienabbrechern sind insbesondere ausländische Studenten und nach einer Wartezeit zum Medizinstudium zugelassene Studenten überrepräsentiert.⁵⁰

Das Hochschulinformationssystem (HIS) veröffentlicht hingegen niedrigere Studienabbruchsquoten im Fach Humanmedizin. Auf der Basis des Absolventenjahrganges 2006 liegt die Schwundquote laut HIS lediglich bei 5%.⁵¹ Diese zur KBV/ Bundesärztekammer-Studie deutlich abweichende Schwundquote hat ihre Ursache in den zugrunde gelegten Daten. Drei gravierende Unterschiede in den Daten müssen dabei Berücksichtigung finden:

Während erstens die HIS-Studie nur Studierende mit deutscher Staatsangehörigkeit berücksichtigt, fließen in die Berechnungen der KBV/Bundesärztekammer auch ausländische Studierende mit ein; diese haben, wie erwähnt, höhere Abbruchquoten bzw. kehren während oder nach dem Studium teilweise wieder in ihre Herkunftsländer zurück. Zweitens geht die KBV/ Bundesärztekammer von Studenten im ersten Fachsemester der Humanmedizin aus, während die HIS-Studie Medizinstudenten im ersten Hochschulsemerster zugrunde legt. Diese Zahlen differieren stark. Die Anzahl der Studenten im ersten Fachsemester ist merklich höher, sodass auch der Drop-out entsprechend höher ausfällt, zumal angesichts höherer Abbruchquoten von nach Wartezeit zugelassenen Medizinstudenten. Drittens legt die HIS-Studie als Berechnungsgrundlage für die Schwundquote den Zeitraum vom Studienbeginn bis zum Prüfungsabschluss (Absolventen) fest, während die KBV/Bundesärztekammer zusätzlich noch den Beginn der ärztlichen Tätigkeit berücksichtigt. Somit repräsentiert die HIS-Studie, im Unterschied zur KBV/Bundesärztekammer-Studie, zwar die Studienabbrecher, jedoch nicht die jungen Mediziner, die nach abgeschlossenem Studium keine kurative Tätigkeit aufnehmen.

Der Verlust an Medizinstudenten während der Ausbildung wird somit ursächlich von zwei Faktoren hervorgerufen: Zum einen verringert sich die Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums durch Studienabbrüche. Dabei erfolgen laut Rambøll Gutachten 69% aller Abbrüche als freiwillige Abbrüche vor der Ärztlichen Vorprüfung, während 20% der Kandidaten die Ärztliche Vorprüfung nicht bestehen. 2% aller Studienabbrüche resultieren aus der Tatsache, dass die Betroffenen die Ärztliche Vorprüfung auch nach Wiederholungen endgültig nicht

⁴⁹ Kopetsch, 2009a

⁵⁰ Hampe et. al., 2010

⁵¹ Heublein, 2008

bestehen. Als wichtige Gründe für den freiwilligen Abbruch des Studiums werden mangelnder Praxisbezug des Studiums, Unzufriedenheit mit dem sozialen Klima im Studium und die Finanzierung des Studiums genannt.⁵² Zum anderen entscheidet sich eine wachsende Anzahl von Absolventen nicht kurativ tätig zu werden. Diese Absolventen nehmen nach Abschluss ihres Studiums Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung auf (z. B. in Verbänden, Verwaltung, Industrie). Sie werden somit der kurativen Tätigkeit entzogen.

5.3 Abwanderung von Ärzten ins Ausland

Auch die zunehmende Abwanderung von Ärzten ins Ausland trägt zum Ärztemangel bei. Allein 2008 sind, gemäß den Datenmeldungen von allen 17 Ärztekammern, rund 3.000 ursprünglich in Deutschland tätige Ärzte ins Ausland abgewandert, während im Gegenzug jedoch nur ca. 1.600 Ärzte nach Deutschland eingewandert sind. Damit ergibt sich im Jahr 2008 ein negativer Wanderungssaldo von rund 1.500 Ärzten, die nicht mehr für die Versorgung deutscher Patienten zur Verfügung stehen. In den Jahren 2000 bis 2008 sind insgesamt 19.276 Ärzte aus Deutschland abgewandert, während im selben Zeitraum 13.864 Ärzte zugewandert sind.⁵³ Im Ganzen sind in diesem Zeitraum damit 5.412 Ärzte für die Patientenversorgung in Deutschland verloren gegangen (Abb. 11).

⁵² Ramboll Management, 2004

⁵³ Kopetsch, 2009b

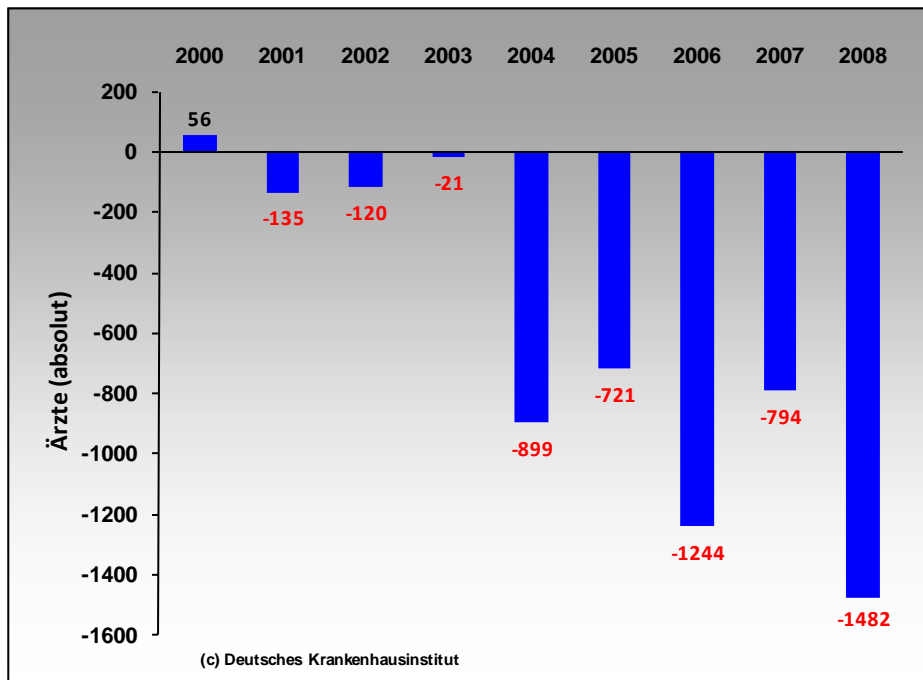


Abb. 11: Wanderungssaldo der aus Deutschland ausgewanderten und nach Deutschland eingewanderten Ärzte von 2000 bis 2008⁵⁴

Die Anzahl der deutschen Ärzte, die nur befristet im Ausland tätig sind, ist jedoch um ein vielfaches höher. Nach Recherchen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer sind 2009/2010 mindestens 19.000 deutsche Ärzte im Ausland tätig. Die tatsächliche Zahl dürfte noch um einiges höher liegen, da nur ausgewählte Länder berücksichtigt wurden. Die größte Gruppe mit rund 5.800 deutschen Ärzten arbeitet in den USA, gefolgt von Großbritannien (4.100), der Schweiz (3.700), Österreich (1.200) und Schweden (1.100). Noch im Jahr 2007 gab die KBV die Zahl der im Ausland arbeitenden Ärzte mit ca. 16.000 an. Somit ist bei den befristeten und auch dauerhaft im Ausland tätigen deutschen Ärzten ein deutlicher Anstieg in den letzten Jahren zu verzeichnen.⁵⁵

Das Rambøll Gutachten zeigt Gründe von Medizinern auf, die Deutschland verlassen haben und jetzt im Ausland kurativ tätig sind, aufgliedert nach unterschiedlichen Tätigkeitsphasen. Demzufolge ist über alle Phasen hinweg gesehen (Arzt im Praktikum, approbierter Arzt, Arzt in Weiterbildung, Facharzt), der Faktor der hierarchischen Strukturen und der autoritären Führung der Hauptgrund, ins Ausland abzuwandern. In den Ausbildungsphasen (AiP und

⁵⁴ Kopetsch, 2009a, 2009b

⁵⁵ Kopetsch, 2007,2010. Die nur befristet im Ausland tätigen Ärzte sind im Übrigen im Wanderungssaldo nicht berücksichtigt.

Weiterbildung) werden außerdem die Faktoren der Bezahlung und fachlichen Betreuung genannt. Weitere wichtige Gründe sind das Ausmaß an nicht-medizinischen Aufgaben, die zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf sowie am Anfang der Laufbahn das Betriebsklima im Krankenhaus. Einige Faktoren verlieren jedoch mit der Zeit an Bedeutung, so dass in der Phase des Facharztes die zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf sowie das Betriebsklima keine maßgeblichen Auswanderungsgründe darstellen.⁵⁶

In einer Via medici-Umfrage im Frühsommer 2006 spielten 62% der Medizinstudenten bzw. Assistenzärzte mit dem Gedanken, später im Ausland zu arbeiten und weitere 12% hatten bereits konkrete Pläne. Bei der Frage nach den Gründen finden sich ähnliche Antworten, wie bei den Ursachen für den Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit. So steht die Hoffnung auf bessere Arbeitszeiten an erster Stelle (69%), dicht gefolgt von dem Wunsch auf finanzielle Vorteile (67%). Mit nur geringem Abstand folgen die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (62%) sowie ein besseres Arbeitsklima (59%). Mit etwas größerem Abstand folgen dann die bessere Weiterbildung (27%) und bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt (24%).⁵⁷

5.4 Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit

Einige Untersuchungen beschäftigten sich inzwischen explizit mit den Motiven, die die Mediziner veranlassen, aus der unmittelbaren Patientenversorgung in Deutschland auszusteigen bzw. sie nach abgeschlossenem Studium erst gar nicht aufzunehmen. In einer Via medici-Umfrage unter 2500 Medizinstudenten und Assistenzärzten im Jahr 2006 gaben 25% der Befragten als Hauptmotiv für das Nichtergreifen bzw. das Aussteigen aus einer kurativen ärztlichen Tätigkeit bessere Arbeitszeiten an, gefolgt von der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie (23%). Finanzielle Vorteile wurden ebenso erwartet (18%), wie ein besseres Arbeitsklima (16%). Für 11% der Befragten spielte auch die Angst vor zu großer Arbeitsbelastung eine Rolle.⁵⁸

⁵⁶ Ramboll Management, 2004

⁵⁷ Via medici, 2006 (Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.)

⁵⁸ Via medici, 2006

Eine Umfrage der Fachhochschule Münster⁵⁹ im Jahr 2008/2009 unter 729 Assistenzärzten ergab, dass nur ein Drittel der Befragten die Berufswahl zum Arzt ihren Freunden weiterempfehlen würden. Die größte Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz ergab sich aus dessen Sicherheit (75%) und dem Betriebsklima/der kollegialen Zusammenarbeit (74%). Die größte Unzufriedenheit verursachte der Stress im Berufsalltag (57%), das Fehlen von ausreichend Freizeit (55%), zu geringe Bezahlung oder zu wenig Freizeitausgleich von Überstunden (50%) sowie der Umfang des Weiter- und Fortbildungsangebots (47%).

Die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2004 durchgeführte Untersuchung der Unternehmensberatung Rambøll Management ergab, dass 44% der nicht mehr kurativ tätigen Ärzte gerne wieder im alten Beruf arbeiten wollen. Als bedeutendste Hinderungsgründe dafür wurden zu hohe Arbeitsbelastungen (52% der Männer, 54% der Frauen) und mangelnde Vereinbarkeit des Berufes mit Familie und Freizeit (37% der Männer, 54% der Frauen) angegeben. Für Männer ist zudem die Entlohnung (51%) ein wichtiger Grund und für die Frauen zu geringe oder nicht mehr aktuelle berufliche Erfahrung (40%).⁶⁰

5.5 Feminisierung der ärztlichen Profession

Die Feminisierung der ärztlichen Profession meint den zunehmenden Frauenanteil unter Medizinstudenten und Ärzten. Aufgrund der oft höheren Relevanz der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben unter weiblichen Ärzten wirkt sich dies mittelbar auf den Personalbedarf im Krankenhaus aus, etwa wegen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen höheren Teilzeitquoten, einem größeren Interesse an geregelten Arbeitszeiten oder einer längeren elternzeitbedingten Unterbrechung der Berufstätigkeit. Der erhöhte Personalbedarf an Ärzten infolge der Feminisierung begünstigt den Ärztemangel im Krankenhaus.

Die Anzahl der hauptamtlichen berufstätigen Krankenhausärztinnen in Deutschland, gemessen in Beschäftigten („Köpfen“), ist seit dem Jahr 2000 um rund 21.000 oder 56% gestiegen und lag im Jahr 2008 bei ca. 58.000, während die Anzahl der männlichen Kollegen im selben Zeitraum lediglich um ca. 6.800 oder 9% zugenommen hat und somit im Jahr 2008 ca. 81.300 erreichte. Der prozentuale Anteil der Frauen an allen hauptamtlich tätigen Ärzten im Krankenhaus ist seit dem Jahr 2000 um 8 Prozentpunkte auf 42% angestiegen (Abb. 12).

⁵⁹ Buxel, 2009

⁶⁰ Rambøll Management, 2004

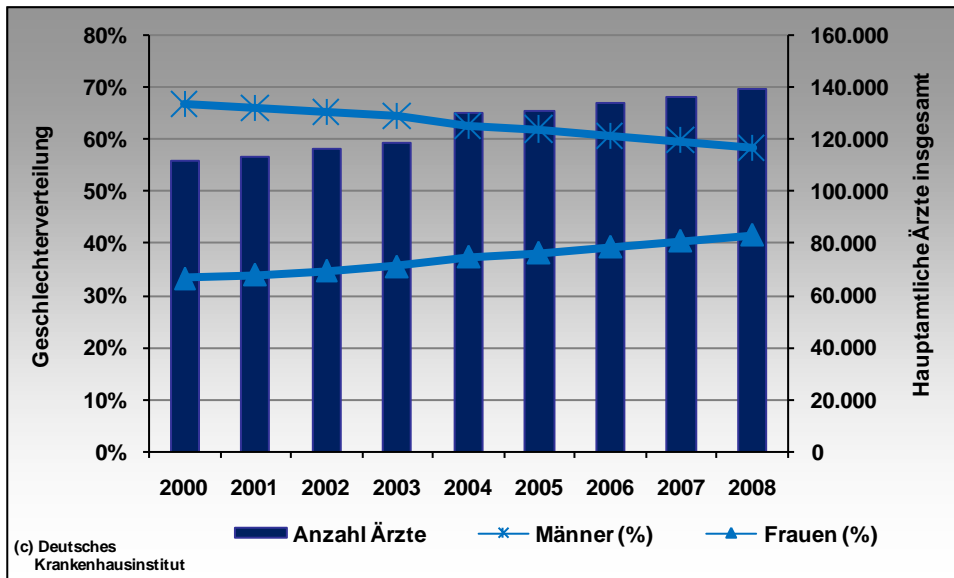


Abb. 12: Anzahl der hauptamtlichen Ärzte insgesamt mit prozentualer Geschlechterverteilung von 2000 bis 2008⁶¹

Die Anzahl der hauptamtlichen Ärztinnen im Krankenhaus, die über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, hat seit 2000 um 6.900 oder 42% zugenommen und lag im Jahr 2008 bei 23.300, während sich die Anzahl ihrer männlichen Kollegen im selben Zeitraum um rund 5.200 oder 11% erhöht hat und somit 51.000 erreichte. Der prozentuale Anteil der Frauen an allen hauptamtlichen Ärzten mit abgeschlossener Weiterbildung im Krankenhaus ist seit dem Jahr 2000 um 5 Prozentpunkte auf 31% angestiegen (Abb. 13).

⁶¹ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

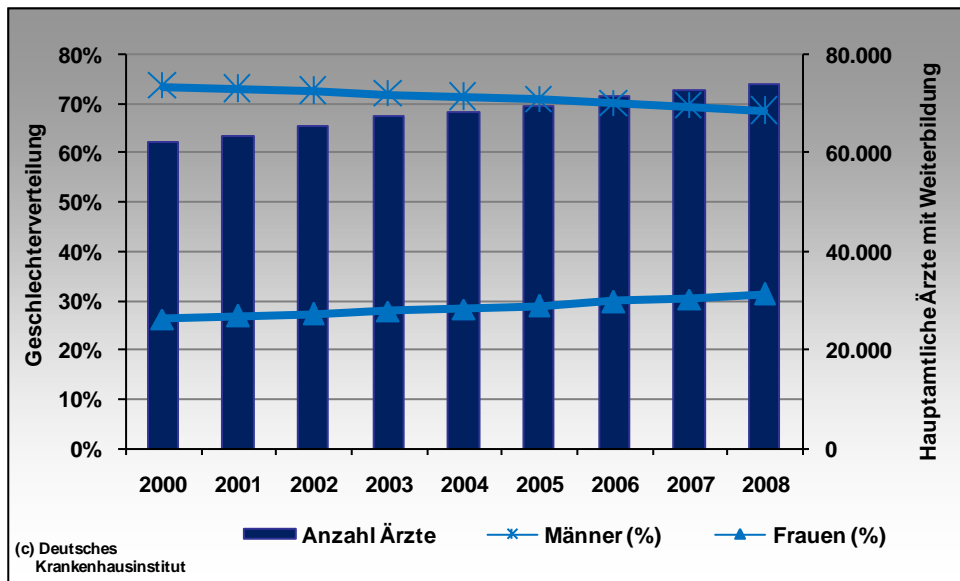


Abb. 13: Anzahl der hauptamtlichen Ärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung mit prozentualer Geschlechterverteilung von 2000 bis 2008⁶²

Seit dem Jahr 2000 ist die Anzahl der hauptamtlichen Ärztinnen im Krankenhaus, die sich in einer Weiterbildung befinden, um 14.000 oder 68% angestiegen und erreichte im Jahr 2008 ca. 34.800. Die Anzahl der männlichen Kollegen hat sich im selben Zeitraum um lediglich ca. 1.600 oder 6% erhöht und lag im Jahr 2008 bei ungefähr 30.300. Das Geschlechterverhältnis unter den hauptamtlichen Ärzten im Krankenhaus, die sich in einer Weiterbildung befinden, hatte im Jahr 2006 mit 50% Frauenanteil einen Gleichstand erreicht. Seit dem Jahr 2006 ist der Frauenanteil um weitere 3 Prozentpunkte auf 53% angestiegen (Abb. 14).

⁶² Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

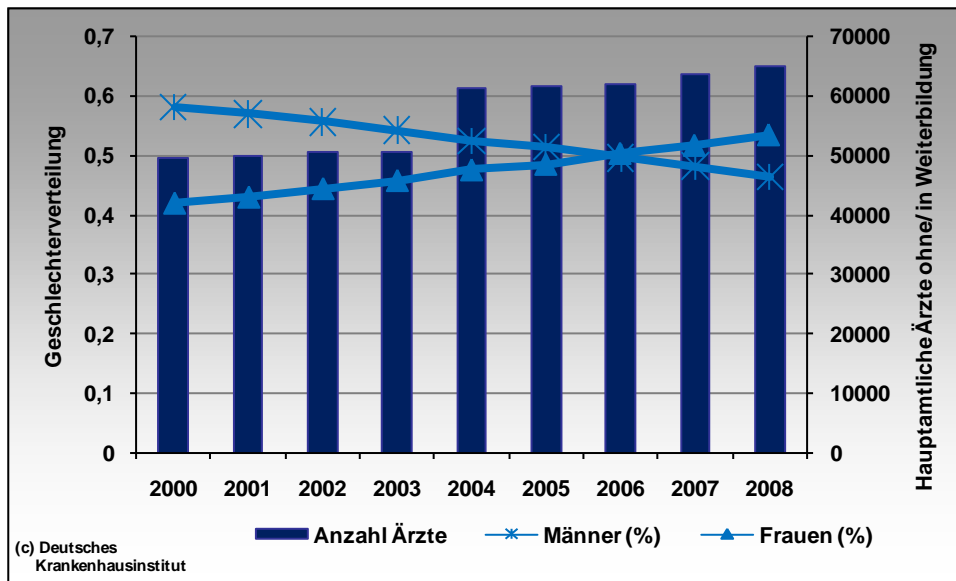


Abb. 14: Anzahl der hauptamtlichen Ärzte ohne bzw. in einer Weiterbildung mit prozentualer Geschlechterverteilung von 2000 bis 2008⁶³

Der prozentuale Anteil der Frauen an der Gesamtzahl aller Medizinstudenten ist in den letzten Jahren merklich angewachsen. Ausgehend von 53% Frauen unter den Medizinstudenten im Jahr 2000, ist ihr Anteil bis 2008 um 8 Prozentpunkte auf 61% gestiegen. Der Frauenanteil unter den Studienanfängern zeigte sich über die Jahre jedoch konstant bei durchschnittlich ca. 62%. Der weibliche Anteil unter den Absolventen (Erststudium) hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Waren im Jahr 2000 noch 47% der Absolventen Frauen, hat sich deren Anteil im Jahr 2008 auf 61% erhöht. Damit wird eine klare Feminisierung des Studienganges in den letzten Jahren deutlich.⁶⁴ Auch bei höheren akademischen Graden wird eine Frauenmajorität in den letzten Jahren sichtbar. So betrug der Frauenanteil bei Promotionen im Fach Medizin im Jahr 2000 44% und stieg bis zum Jahr 2008 auf 54% an. Dagegen ist der Frauenanteil bei Habilitationen, im Vergleich zu 2000 mit 14%, im Jahr 2008 mit 22%, zwar gewachsen, aber immer noch niedrig.

⁶³ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001-2009

⁶⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2003-2009

5.6 Sonstige Ursachen des Ärztemangels

Weitere wichtige Gründe für den Ärztemangel im Krankenhaus sind u. a. die demographische Entwicklung, die steigende Teilzeitquote sowie das Fehlen einer „stillen Reserve“ am Arbeitsmarkt.

Mit einer älter werdenden Bevölkerung nimmt auch die Morbidität und damit auch die Krankenhaushäufigkeit bzw. die durchschnittliche Fallschwere zu. So sind etwa nach einem Rückgang der Fallzahlen zu Beginn des letzten Jahrzehnts die stationären Fallzahlen im Krankenhaus von 16,8 Mio. Fällen im Jahr 2004 auf 17,5 Mio. Fälle in 2008 gestiegen (+ 4%). Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus von 1,2 Mio. auf 1,8 Mio. gestiegen (+ 50%). Da die ärztlichen Leistungen in hohem Maße fallfix sind, bedingt die Zunahme der ambulanten und stationären Fälle im Krankenhaus auch einen entsprechenden Mehrbedarf an Ärzten.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor des Ärztemangels ist darin zu sehen, dass es keine „stille Reserve“ am Arbeitsmarkt gibt. Die Arbeitslosenquote unter Medizинern liegt seit Jahren konstant bei ca. 1%.⁶⁵ Faktisch herrscht also Vollbeschäftigung in dieser Berufsgruppe. Darüber hinaus fällt die Anzahl der nicht mehr berufstätigen, ausschließlich im Haushalt tätigen Mediziner mit 5.300 Personen eher gering aus. Diese Gruppe dürfte, wie erwähnt⁶⁶, nur begrenzt willens oder in der Lage sein, wieder im Krankenhaus tätig zu werden; falls doch, wäre hier ein zeitlicher Vorlauf in Form von gezielten Schulungen oder Wiedereinstiegsprogrammen erforderlich. Kurzfristig kann diese Klientel somit nicht zum Abbau des Ärztemangels beitragen.

Darüber hinaus begünstigt auch die zunehmende Teilzeitarbeit von Ärzten im Krankenhaus den Ärztemangel. So ist zwischen 2000 und 2008 die Teilzeitquote im Ärztlichen Dienst, also der Anteil der Ärzte mit Teilzeitarbeit an der Krankenhausärzteschaft insgesamt, von 7,6% auf 14,8% gestiegen. Absolut hat die Anzahl der Ärzte in Teilzeit im selben Zeitraum von 8.474 Ärzten im Jahr 2000 auf 20.670 in 2008, also um rund 12.200 Ärzte zugenommen. Die steigende Teilzeitquote bedingt c. p., also selbst bei einem konstantem Bedarf an Vollkräften, einen Mehrbedarf an Ärzten, gemessen in Beschäftigten oder in „Köpfen“. Der Trend zur Teilzeitarbeit hat insofern maßgeblich zum Ärztemangel in den letzten Jahren beigetragen.

⁶⁵ Vgl. DKG, 2008

⁶⁶ Vgl. Kap.4.3

Die Zunahme an Ärzten in Teilzeit ist – neben dem arbeitszeitrechtlich bedingten Mehrbedarf – im Übrigen ein maßgeblicher Grund, warum es trotz steigender Ärztezahlen einen Ärztemangel im Krankenhaus gibt. Ein weiterer wichtiger Grund ist darüber hinaus die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) im Jahr 2004; dadurch wurde fortan die entsprechende Klientel in der amtlichen Statistik dem Ärztlichen Dienst zugeordnet statt wie zuvor eine Sonderkategorie zu bilden. Legt man die Anzahl der AiP im Jahr 2003 (10.370) bzw. die Zunahme der ärztlichen Teilzeitkräfte seit 2000 (12.200) zugrunde, dann ist die Zunahme an Krankenhausärzten um gut 27.700 von 2000 bis 2008 zu einem großen Teil durch diese „statistischen Effekte“ zu erklären.

III Krankenhausbefragung

6 Ausmaß des Ärztemangels

Im folgenden Kapitel erfolgt aufgrund der Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser eine detaillierte Analyse des Ärztemangels insgesamt bzw. nach ausgewählten Strukturmerkmalen der Krankenhäuser (wie Krankenhausgröße, Trägerschaft, regionale Lage etc.) sowie nach Fachgebieten und Positionen (Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt). Dabei wird zum einen jeweils der Anteil der Krankenhäuser pro Merkmal mit Stellenbesetzungsproblemen bzw. die durchschnittliche Anzahl offener Stellen der betroffenen Krankenhäuser ermittelt. Zum anderen wird untersucht, wie sich die hochgerechnete Anzahl offener Arztstellen bundesweit über die verschiedenen Strukturmerkmale verteilt.

6.1 Ärztemangel insgesamt und nach Krankenhausgröße

Im Jahr 2008 gab es bundesweit 2.024 Krankenhäuser (ohne Tages- und Nachtkliniken). Im Jahresdurchschnitt waren dort rund 128.000 ärztliche Vollkräfte beschäftigt. Die Ärzte sind sehr ungleich über die Krankenhäuser bzw. die Bettengrößenklassen verteilt. 75% der ärztlichen Vollkräfte waren in den oberen Bettengrößenklassen ab 300 Betten beschäftigt, welche knapp 28% aller Krankenhäuser umfassen. Dementsprechend entfallen auf die rund 72% der Krankenhäuser unter 300 Betten 25% der Krankenhausärzteschaft.⁶⁷

Rund drei Viertel der Krankenhäuser (74,2%) hatten zu Jahresbeginn 2010 (1. Quartal) Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Nach Krankenhausgröße differenziert, fällt lediglich in den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten der Anteil der Häuser mit Stellenbesetzungsproblemen mit gut 60% unterproportional aus. In den übrigen Bettengrößenklassen liegt der entsprechende Anteilswert jeweils bei rund 80% (Abb. 15).

⁶⁷ Statistisches Bundesamt, 2009

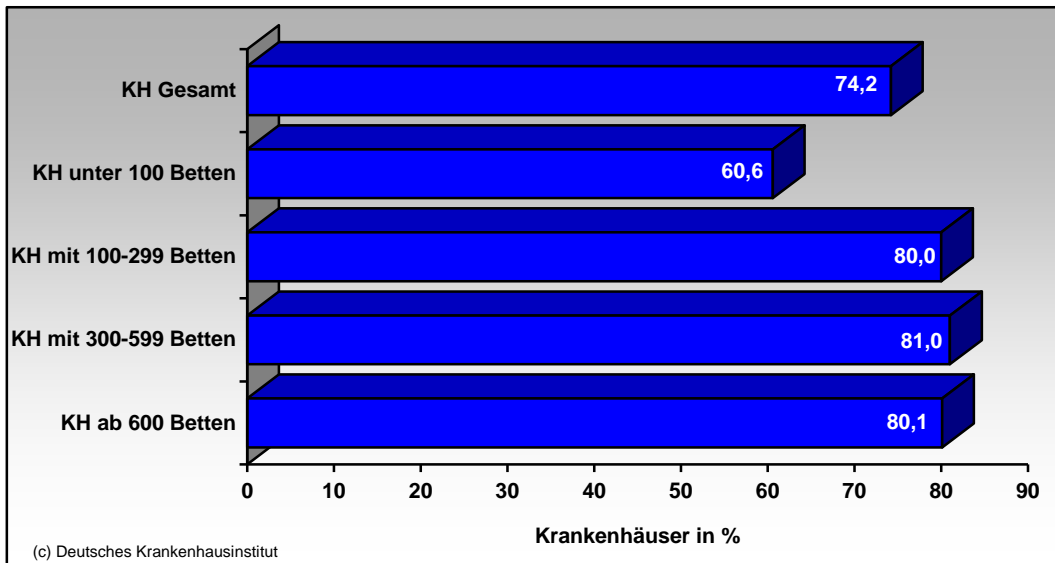


Abb. 15: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst nach Krankenhausgröße

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 3,6 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Die durchschnittliche Anzahl offener Stellen variiert zwischen 0,7 Arztstellen in den kleinen Häusern unter 100 Betten und gut 11 Stellen in Großkrankenhäusern ab 600 Betten (Abb. 16). In den beiden mittleren Bettengrößenklassen bleiben in Häusern mit Stellenbesetzungsproblemen durchschnittlich knapp 3 Stellen (Krankenhäuser mit 100-299 Betten) bzw. 5,5 Arztstellen unbesetzt (Krankenhäuser mit 300-599 Betten).

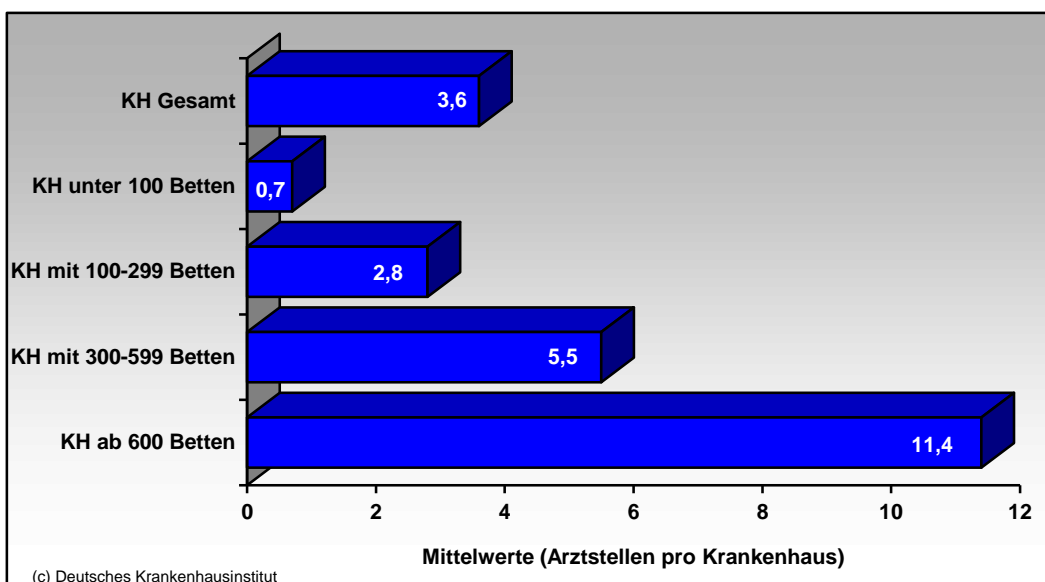


Abb. 16: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Krankenhausgröße – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser hoch, konnten bundesweit 5.500 Stellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser nicht besetzt werden. Der größte Anteil hiervon entfiel auf die beiden mittleren Bettengrößenklassen (100-599 Betten) mit insgesamt 3.790 bzw. 69% der unbesetzten Arztstellen (Abb. 17).

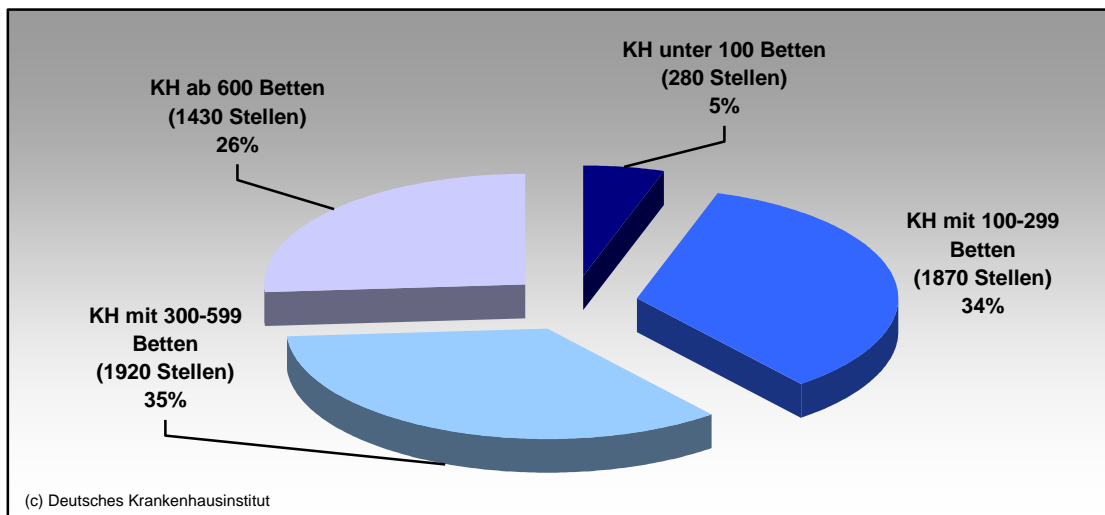


Abb. 17: Verteilung offener Stellen nach Krankenhausgröße (n=5500)

Bezieht man die Summe offener Arztstellen bundesweit (5.500) auf die Gesamtzahl der Arztstellen in deutschen Krankenhäusern (133.500), dann sind 2010 bundesweit 4,1% aller Arztstellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser unbesetzt.⁶⁸

Relativ gesehen, sind kleinere Krankenhäuser überproportional vom Ärztemangel betroffen. In Krankenhäusern unter 100 Betten bzw. in Einrichtungen mit 100-299 Betten bleiben bundesweit jeweils mehr als 6% aller Arztstellen unbesetzt. In den Häusern mit 300-599 Betten können 4,5% der Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Mit bundesweit 2,5% offener Arztstellen fallen die Stellenbesetzungsprobleme in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten unterproportional aus (Abb. 18).

⁶⁸ Der Gesamtzahl der Arztstellen in deutschen Krankenhäusern wurde – mangels aktuellerer Daten – die Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt 2008 zugrunde gelegt. Bei der Ermittlung des Quotienten (4,1%) wurden Vollkraftstellen (128.000) und offene Stellen (5.500) im Nenner des Quotienten addiert. Analog wurde bei den Werten für die einzelnen Bettengrößenklassen verfahren.

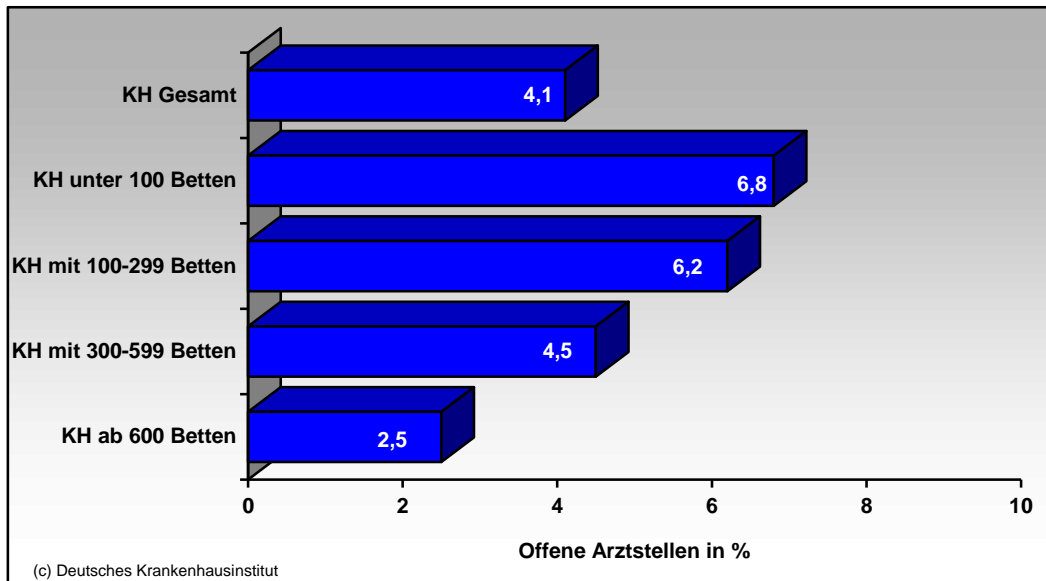


Abb. 18: Offene Arztstellen nach Bettengrößenklassen bundesweit

6.2 Krankenhaustyp

Nach dem Krankenhaustyp ist zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien zu unterscheiden. Im Jahr 2008 hielten 12% der 2.024 Krankenhäuser in Deutschland, das sind 243 Einrichtungen, ausschließlich psychiatrische, psychotherapeutische oder neurologische Betten vor. Rund 4% der Krankenhausärzteschaft war in Psychiatrien beschäftigt.⁶⁹

Allgemeinkrankenhäuser und psychiatrische Einrichtungen sind gleichermaßen vom Ärztemangel betroffen: 74,9% der Allgemeinkrankenhäuser führen Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst an. Der entsprechende Wert fällt bei den Psychiatrien mit 68,8% etwas niedriger aus (Abb. 19).

⁶⁹ Statistisches Bundesamt, 2009

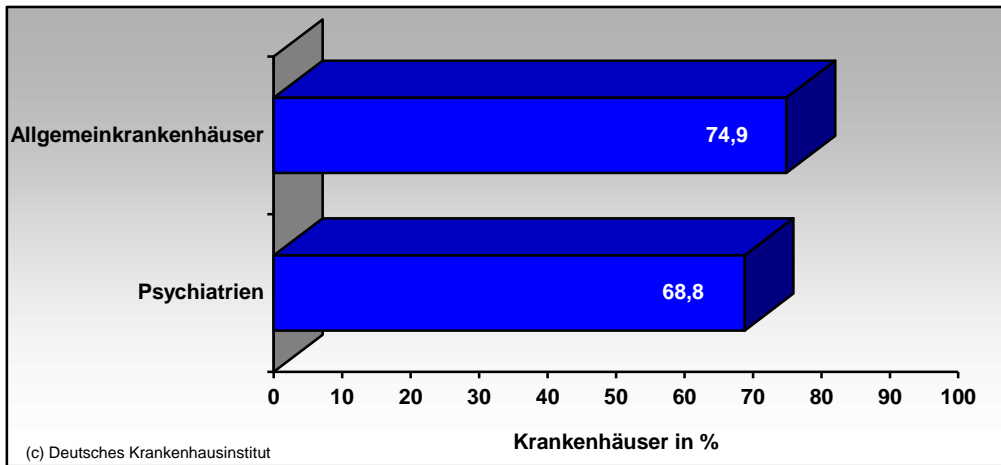


Abb. 19: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst nach Krankhaustyp

Da psychiatrische Einrichtungen im Durchschnitt kleiner sind als Allgemeinkrankenhäuser, fällt hier die Anzahl unbesetzter Arztstellen dementsprechend geringer aus. Während in den Allgemeinkrankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen im Mittel 3,7 Stellen im Ärztlichen Dienst unbesetzt bleiben, sind es bei den Psychiatrien 2,4 Stellen für ärztliche Vollkräfte (Abb. 20).

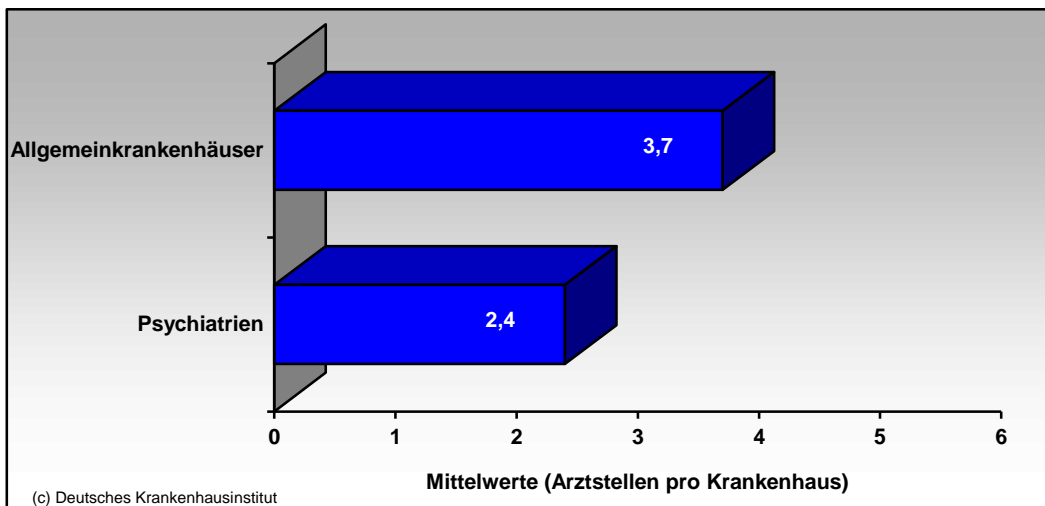


Abb. 20: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Krankhaustyp – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Von den bundesweit 5.500 offenen Arztstellen entfallen 5.090 (93%) auf die Allgemeinkrankenhäuser und 410 Stellen (7%) auf die psychiatrischen Einrichtungen (Abb. 21).

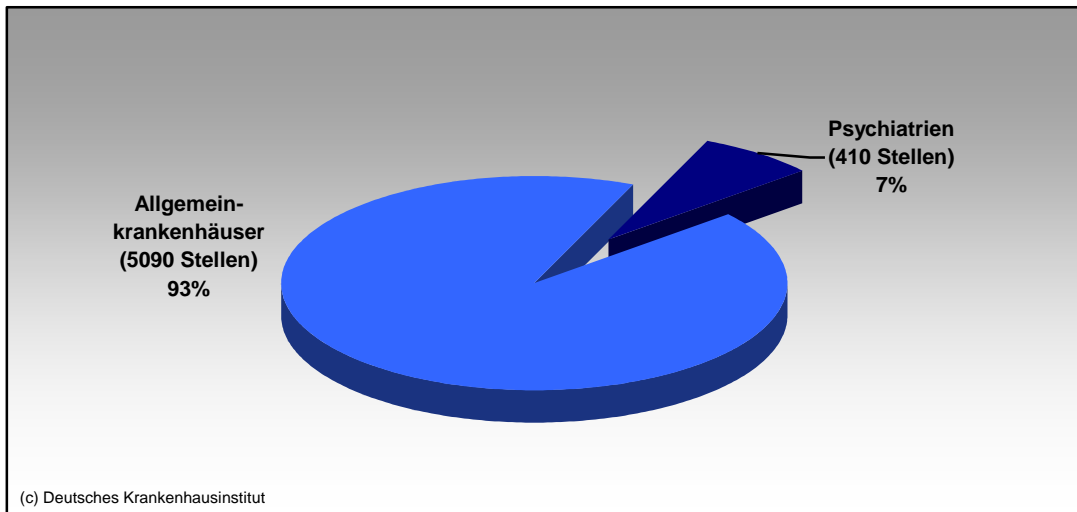


Abb. 21: Verteilung offener Stellen nach Krankenhaustyp (n= 5500)

Bezogen auf die jeweilige Anzahl der Arztstellen bundesweit fällt der Ärztemangel in den Psychiatrien allerdings deutlich überproportional aus. Demnach bleiben 7,1% der Arztstellen in psychiatrischen Einrichtungen unbesetzt. In den Allgemeinkrankenhäusern lag der entsprechende Anteilswert bei 4,0% (Abb. 22).

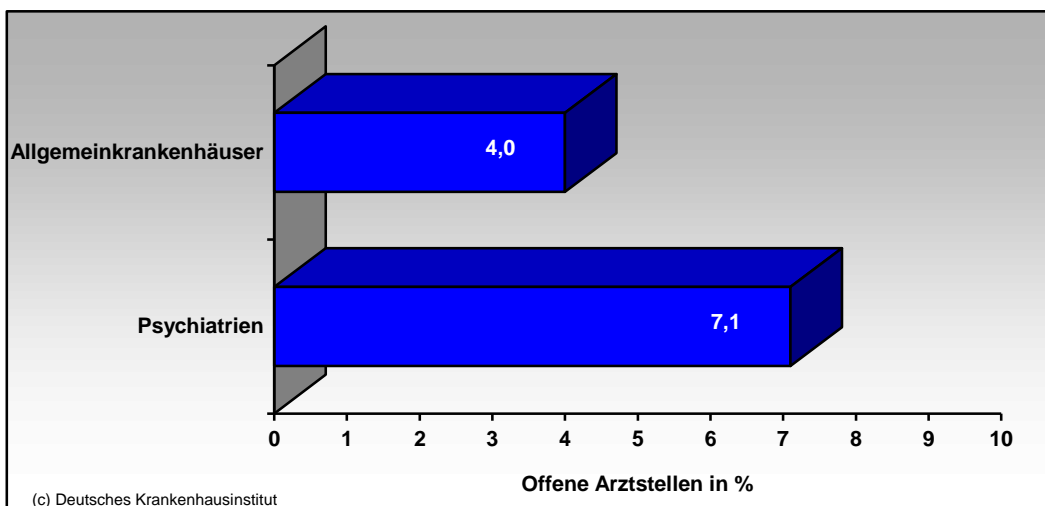


Abb. 22: Offene Arztstellen nach Krankenhaustyp bundesweit

6.3 Krankenhausträgerschaft

Mit Blick auf die Krankenhausträgerschaft ist zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern zu unterscheiden. Im Jahr 2008 waren von den 2.024 Krankenhäusern 32% in öffentlicher Trägerschaft, 38% in freigemeinnütziger und 31% in privater Trägerschaft. Infolge abweichender Krankenhausgrößen nach Trägerschaft arbeiteten rund 56% der Ärzte in öffentlichen Einrichtungen, 30% in freigemeinnützigen und 14% in privaten Krankenhäusern.⁷⁰

Während 69,5% der freigemeinnützigen Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst haben, fallen die entsprechenden Anteilswerte in den öffentlichen Häusern (78,8%) sowie in Privatkliniken (77,0%) leicht überproportional aus (Abb. 23).

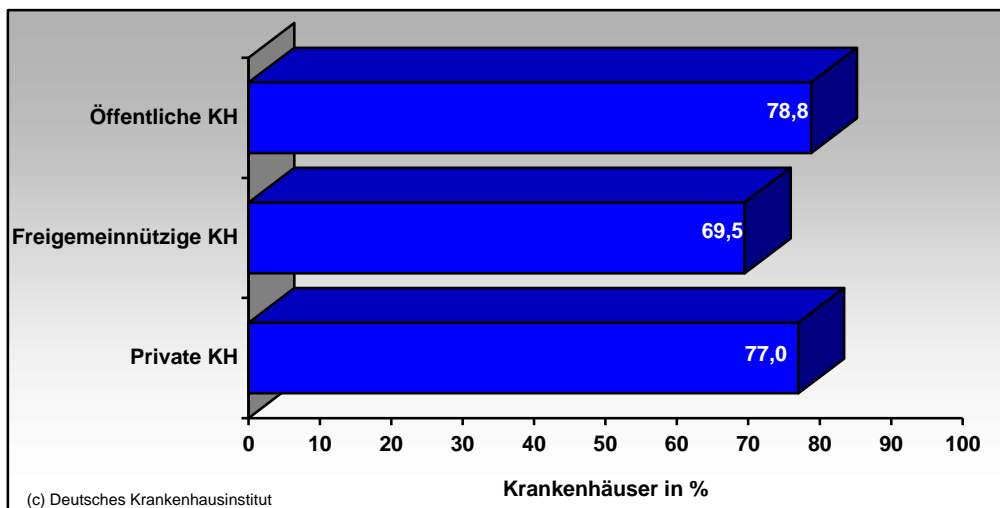


Abb. 23: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst nach Trägerschaft

Entsprechend der abweichenden Krankenhausgrößen gibt es bei der durchschnittlichen Anzahl offener Stellen je Krankenhaus mit Stellenbesetzungsproblemen eine eindeutige Abstufung nach Trägerschaft (Abb. 24). Die höchste Durchschnittszahl unbesetzter Arztstellen gibt es in den öffentlichen Krankenhäusern mit 4,5 Stellen, gefolgt von den freigemeinnützigen (3,3) und den privaten Häusern (1,9).

⁷⁰ Statistisches Bundesamt, 2009

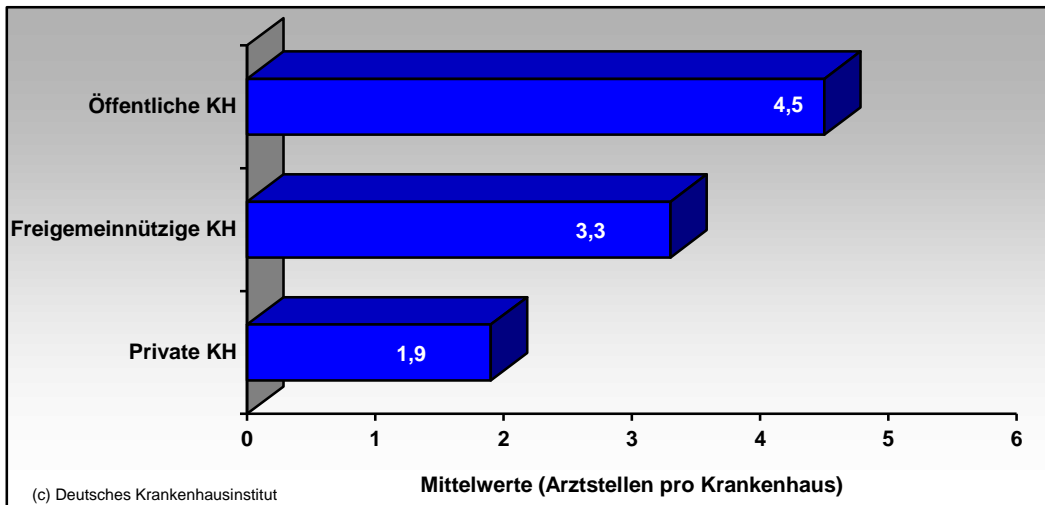


Abb. 24: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Krankenhaus-trägerschaft – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Von den bundesweit 5.500 offenen Arztstellen entfällt mit 2.950 Stellen mehr als die Hälfte (54%) auf Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. 1.990 Stellen (36%) sind in freigemeinnützigen Krankenhäusern unbesetzt und 560 (10%) in Privatkliniken (Abb. 25).

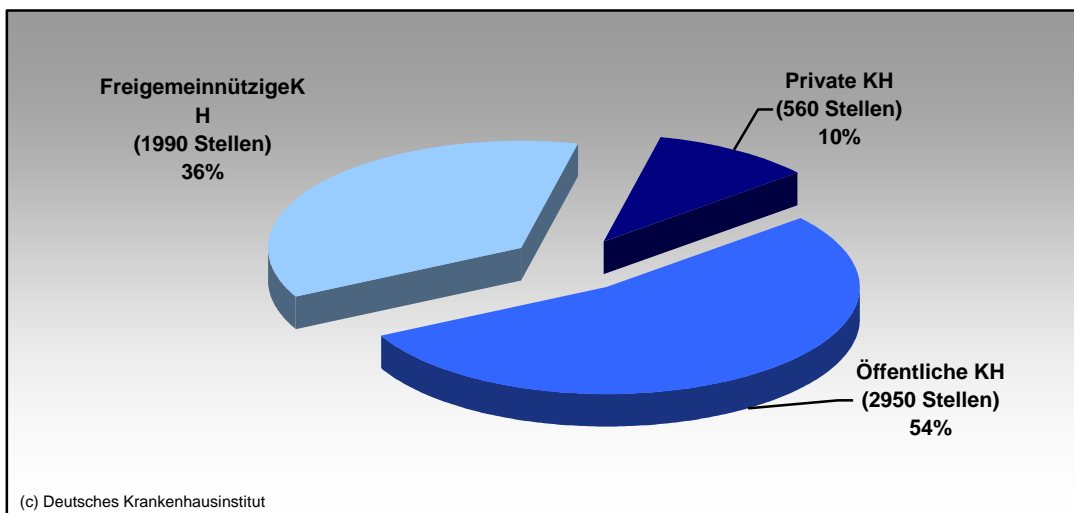


Abb. 25: Verteilung offener Stellen nach Krankenhaus-trägerschaft (n= 5500)

Relativ gesehen, also bezogen auf die bundesweite Gesamtzahl der Arztstellen nach der jeweiligen Trägerschaft, sind freigemeinnützige Krankenhäuser am stärksten vom Ärztemangel betroffen, denn 5,0% der Arztstellen bleiben hier unbesetzt. Der Wert für die öffentlichen Krankenhäuser (3,9%) entspricht näherungsweise dem Bundesdurchschnitt (von 4,1%),

während der Ärztemangel in den privaten Kliniken (3,1%) tendenziell unterproportional ausfällt (Abb. 26).⁷¹

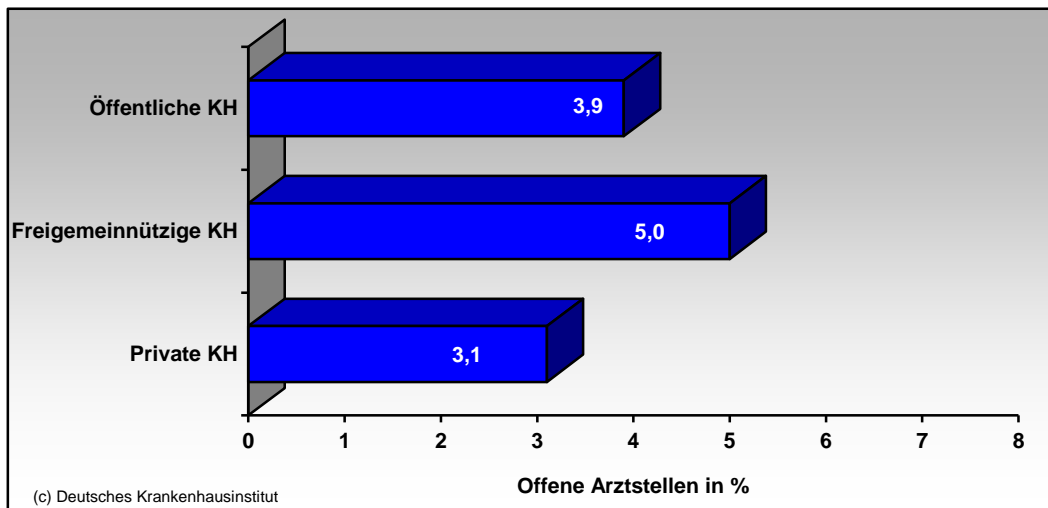


Abb. 26: Offene Arztstellen nach Krankenhausträgerschaft bundesweit

6.4 Krankenhausart

Nach der Krankenhausart ist zwischen Universitätskliniken, Plankrankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern, also Krankenhäusern mit eingeschränktem oder ohne Versorgungsvertrag zu unterscheiden. Im Jahr 2008 waren 86% der deutschen Krankenhäuser Plankrankenhäuser (inklusive Psychiatrien); sie beschäftigten bundesweit 79% der ärztlichen Vollkräfte. Universitätskliniken machen 2% der Krankenhäuser aus, bei einem deutlich überproportionalen Anteil an ärztlichen Vollkräften von 20%. Krankenhäuser mit eingeschränktem oder ohne Versorgungsvertrag stellen zwar 12% der stationären Einrichtungen, allerdings überwiegend von geringer Größe, so dass ihr Anteil an der Krankenhausärzteschaft lediglich 1% beträgt.⁷²

Die verschiedenen Krankenhausarten sind gleichermaßen von Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst betroffen. Bei den Plankrankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern entspricht der diesbezügliche Anteilswert von drei Vierteln dem bundesweiten Gesamtwert. Mit 69% fällt der Anteil der Universitätskliniken mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst etwas niedriger aus (Abb. 27).

⁷¹ Bei der Ermittlung der Quotienten wurden Vollkraftstellen und offene Stellen im Nenner des Quotienten jeweils addiert.

⁷² Statistisches Bundesamt, 2009

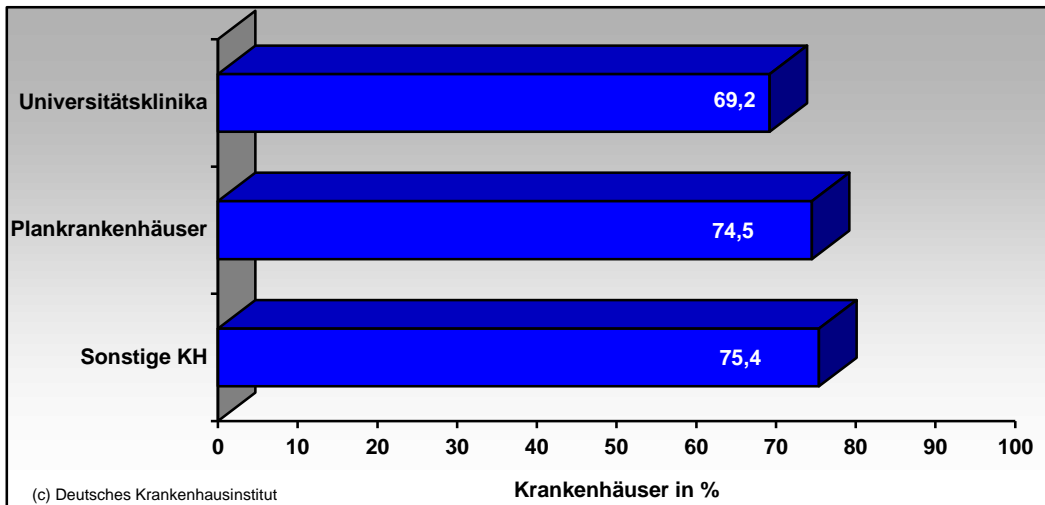


Abb. 27: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst nach Krankenhausart

Aus nahenaheliegenden Gründen haben die Universitätskliniken mit Stellenbesetzungsproblemen, absolut betrachtet, die höchste Anzahl offener Stellen; hier sind im Durchschnitt 18,7 Arztstellen vakant. In den Plankrankenhäusern bleiben im Mittel 3,5 Stellen unbesetzt und in den in der Regel kleineren Einrichtungen mit eingeschränktem oder ohne Versorgungsvertrag 1,0 Stellen (Abb. 28).

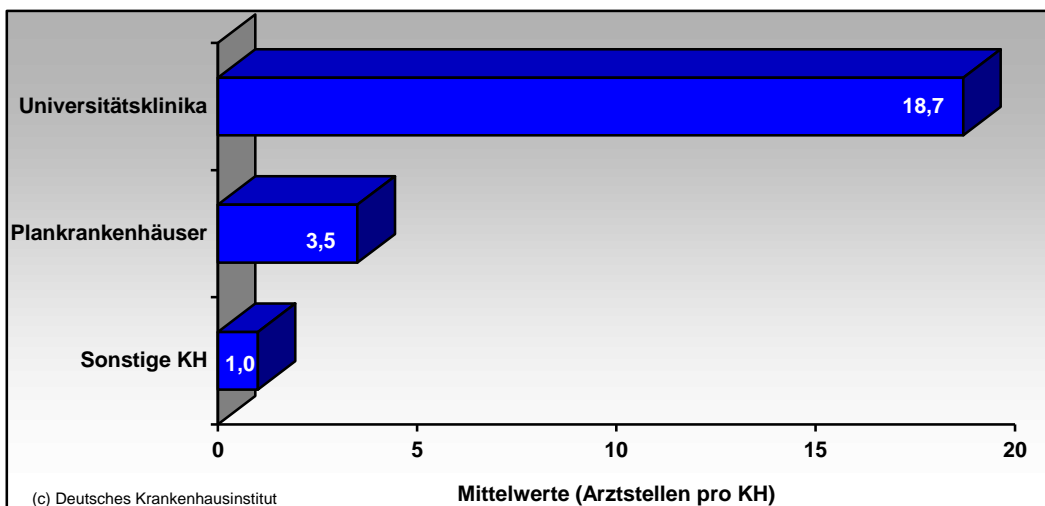


Abb. 28: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Krankenhausart – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Infolge ihres hohen Marktanteils entfallen 4.970 (90%) der 5.500 offenen Arztstellen bundesweit auf die Plankrankenhäuser. Der entsprechende Anteil der Universitätskliniken liegt bei 450 Stellen oder rund 8%. 90 Stellen (2%) sind in Krankenhäusern mit eingeschränktem oder ohne Versorgungsvertrag unbesetzt (Abb. 29).

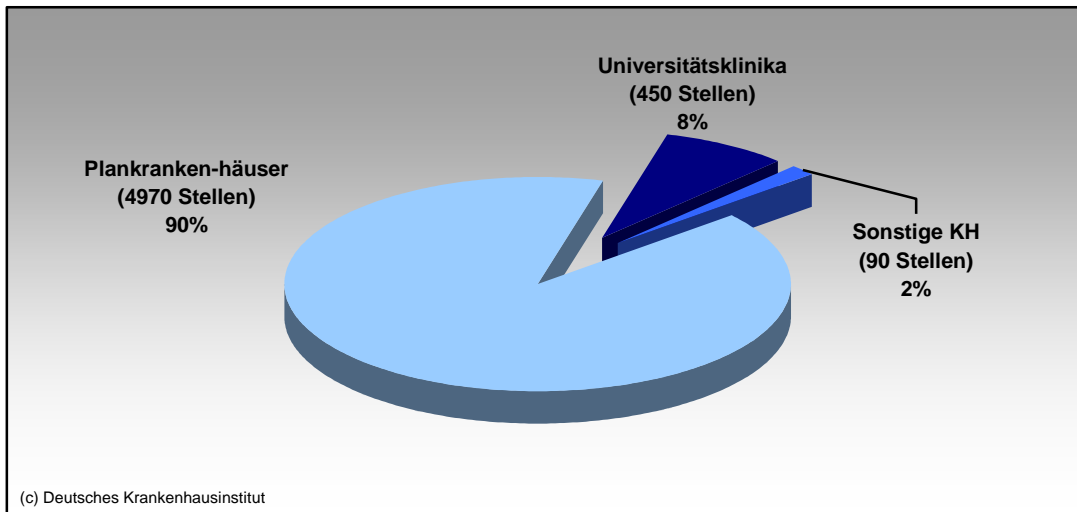


Abb. 29: Verteilung offener Stellen nach Krankenhausart (n= 5500)

Vor allem die Universitätskliniken sind, relativ gesehen, eher unterproportional vom Ärztemangel betroffen. Hier sind 1,8% aller Arztstellen unbesetzt, in den Plankrankenhäusern hingegen fast 4,7% und in den übrigen Krankenhäusern 4,3% (Abb. 30).⁷³

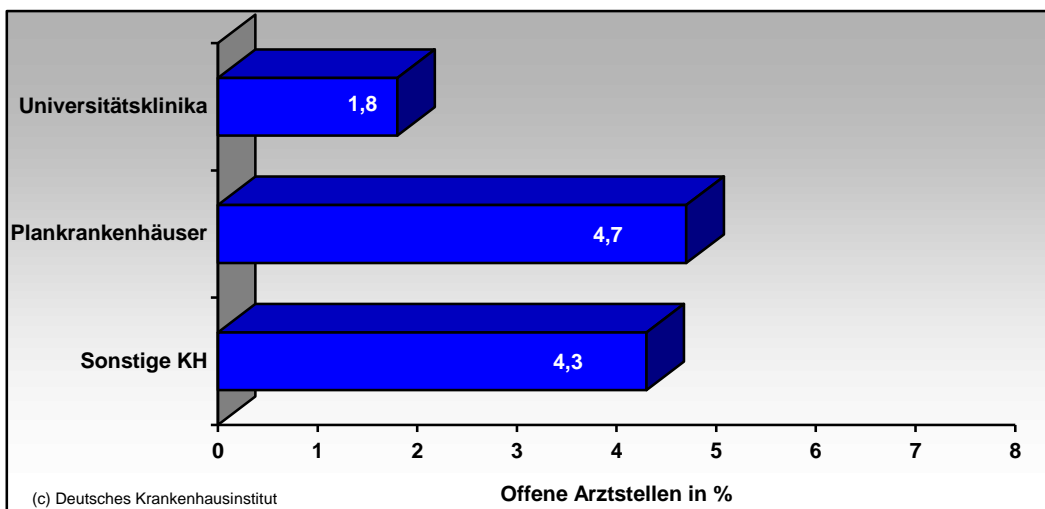


Abb. 30: Offene Arztstellen nach Krankenhausart bundesweit

⁷³ Bei der Ermittlung der Quotienten wurden Vollkraftstellen und offene Stellen im Nenner des Quotienten jeweils addiert.

6.5 Ost-West-Vergleich

Im Jahr 2008 lagen 84% der deutschen Krankenhäuser in den alten Bundesländern und 16% in den neuen Ländern (inklusive Berlin). Da die Häuser im Osten im Durchschnitt größer sind, stellen sie 21% der ärztlichen Vollkräfte, Krankenhäuser im Westen dementsprechend 79%.⁷⁴

Beim Ärztemangel gibt es, zumindest bezogen auf die Anzahl betroffener Betriebsstätten, nach wie vor ein leichtes Ost-West-Gefälle. Während in den neuen Bundesländern 83,5% der Krankenhäuser Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, fiel der entsprechende Anteil im alten Bundesgebiet mit 73,2% niedriger aus. Allerdings haben sich die Differenzen zwischen dem Osten und dem Westen des Landes in den letzten Jahren sukzessive angenähert (Abb. 31).⁷⁵

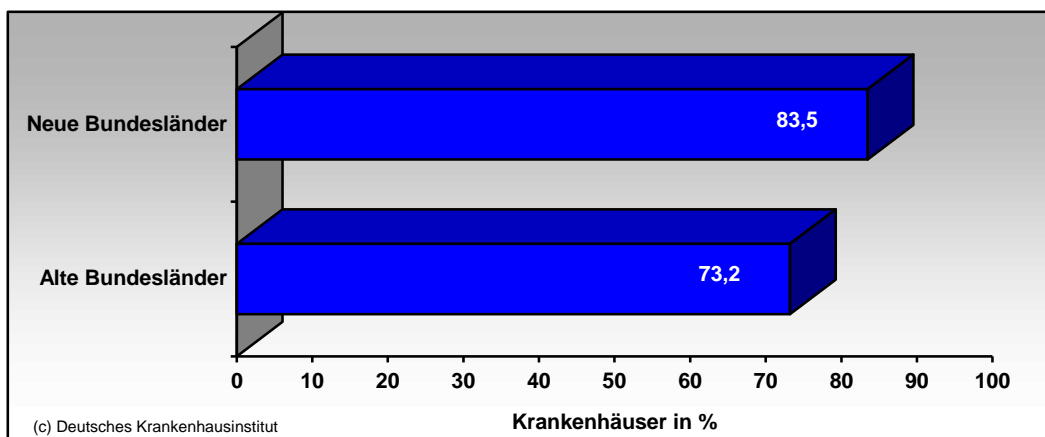


Abb. 31: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst im Ost-West-Vergleich

Primär aufgrund von Krankenhausgrößeneffekten fällt die durchschnittliche Anzahl offener Stellen in den betroffenen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern höher aus. Während die ostdeutschen Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst im Mittel 5,6 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, waren es in den westdeutschen Einrichtungen im Mittel 3,2 Stellen (Abb. 32).

⁷⁴ Statistisches Bundesamt, 2009

⁷⁵ DKI, 2006, 2008

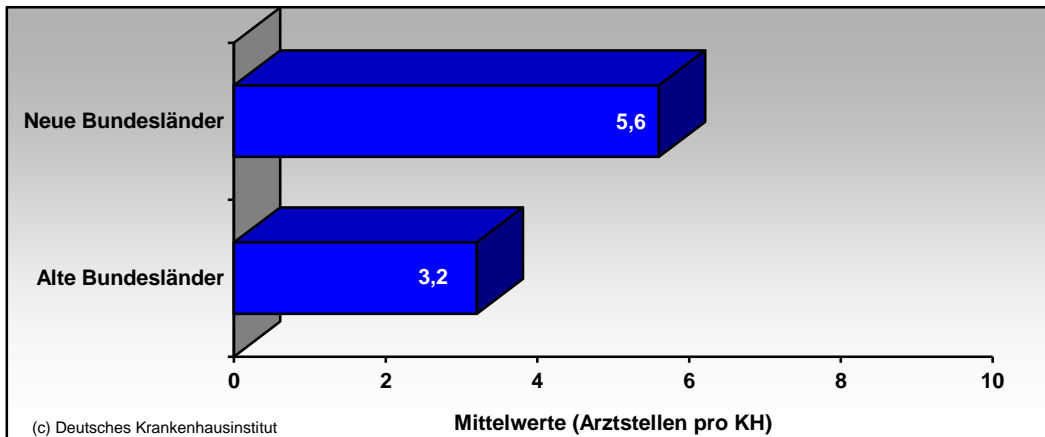


Abb. 32: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst im Ost-West-Vergleich – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Von den bundesweit 5.500 offenen Arztstellen entfallen 4.330 (79%) auf die alten Bundesländer und 1.170 (21%) auf die neuen Bundesländer (Abb. 33).

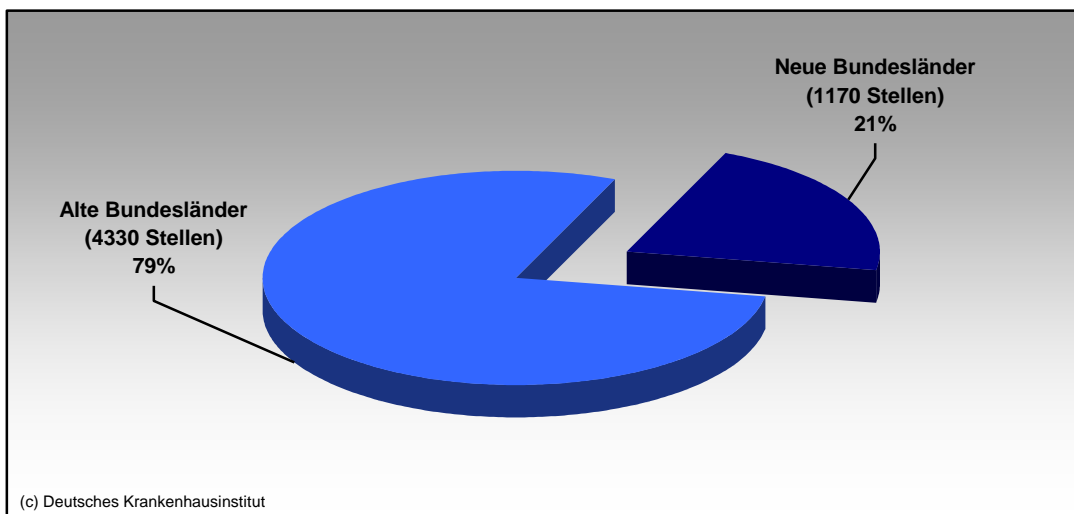


Abb. 33: Verteilung offener Stellen im Ost-West-Vergleich (n= 5500)

Bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Arztstellen im Krankenhaus in den alten und neuen Bundesländern gibt es kein Ost-West-Gefälle mehr. Im Osten wie im Westen waren jeweils 4,1 % der Arztstellen in der Krankenhausversorgung vakant (Abb. 34).⁷⁶

⁷⁶ Bei der Ermittlung der Quotienten wurden Vollkraftstellen und offene Stellen im Nenner des Quotienten jeweils addiert.

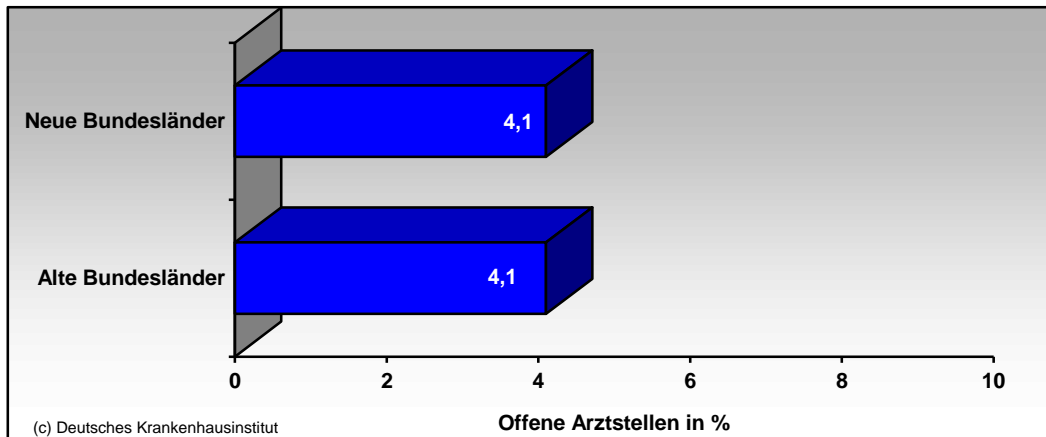


Abb. 34: Offene Arztstellen im Ost-West-Vergleich

6.6 Bundesländer

Eine statistisch hinreichend verlässliche Auswertung nach einzelnen Bundesländern ist nur für die großen Bundesländer möglich (Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen), da nur hier Krankenhäuser in genügend großer Zahl in der Stichprobe vertreten waren. In den kleineren Bundesländern waren die absoluten Fallzahlen für länderspezifische Analysen zu klein. Deswegen wurden für die Auswertungen mehrere Länder zusammengefasst, im Einzelnen: eine Region Mitte (mit Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland), eine Region Nord (mit Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) sowie eine Region Ost (mit den neuen Bundesländern).

Der Anteil der von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser fällt vor allem in Bayern mit 64% niedriger aus, während in Baden-Württemberg und den neuen Ländern mit jeweils rund 84% überdurchschnittlich viele Krankenhäuser vom Ärztemangel betroffen sind (Abb. 35).

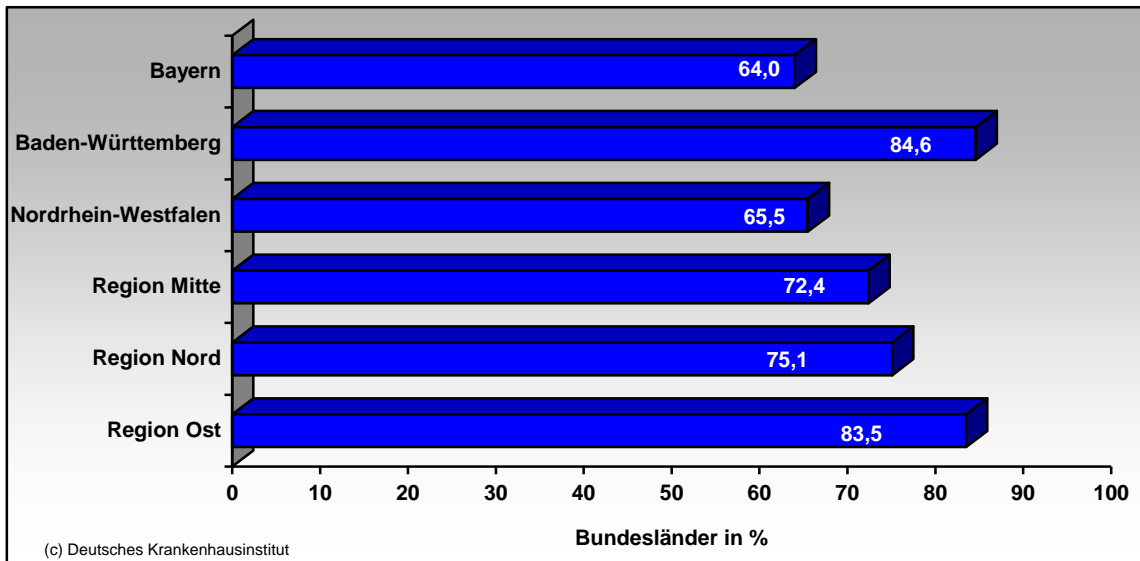


Abb. 35: Stellenbesetzungsprobleme nach Bundesländern

In den betroffenen Krankenhäusern fällt der Ärztemangel insbesondere in den südlichen Bundesländern mit im Mittel 2,5 vakanten Stellen je Krankenhaus unterdurchschnittlich aus. Vor allem infolge von Größenklasseneffekten weisen Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 5,6 Stellen den höchsten Durchschnittswert an offenen Stellen auf (Abb. 36).

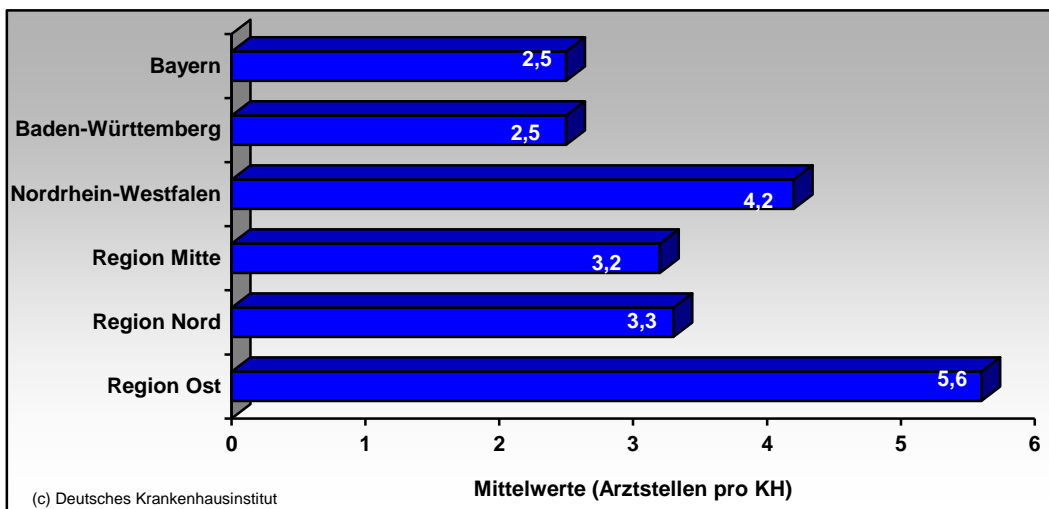


Abb. 36: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Bundesländern – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Die Verteilung der 5.500 offenen Arztstellen auf die Bundesländer bzw. Regionen zeigt Abbildung 37. Die Verteilung entspricht dabei näherungsweise der regionalen Verteilung der Krankenhausärzteschaft insgesamt. Denn relativ gesehen, sind die regionalen Varianzen

beim Ärztemangel eher gering (Abb. 38). Bezogen auf die Arztstellen in den jeweiligen Bundesländern fällt der Ärztemangel in den südlichen Ländern Baden-Württemberg (mit 3,3% offener Arztstellen) und Bayern (3,6%) etwas niedriger aus. Dagegen ist der entsprechende Anteilswert insbesondere in Nordrhein-Westfalen mit 4,9% etwas erhöht.⁷⁷

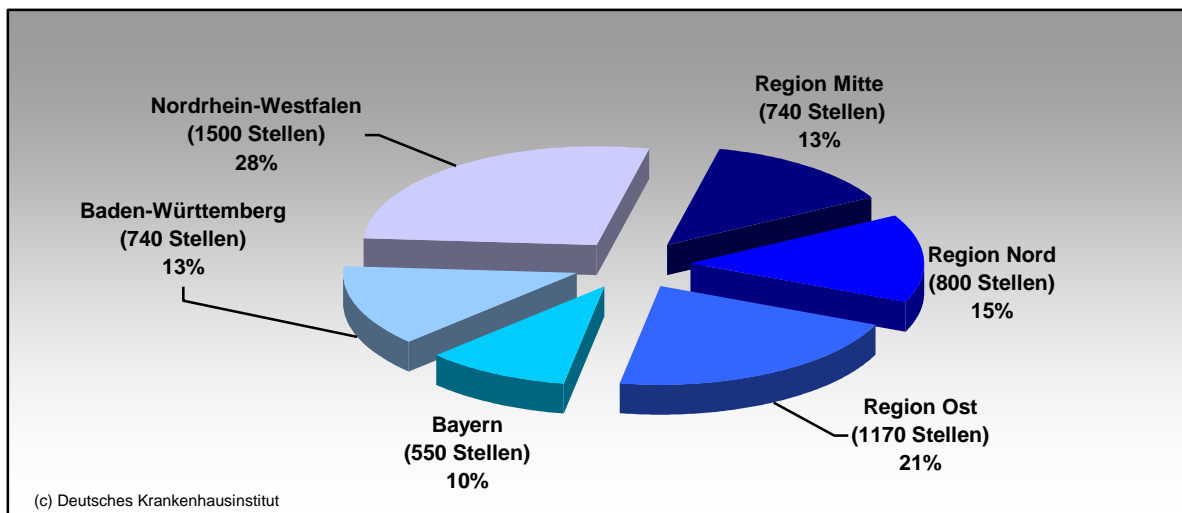


Abb. 37: Verteilung offener Stellen nach Bundesländern (n= 5500)

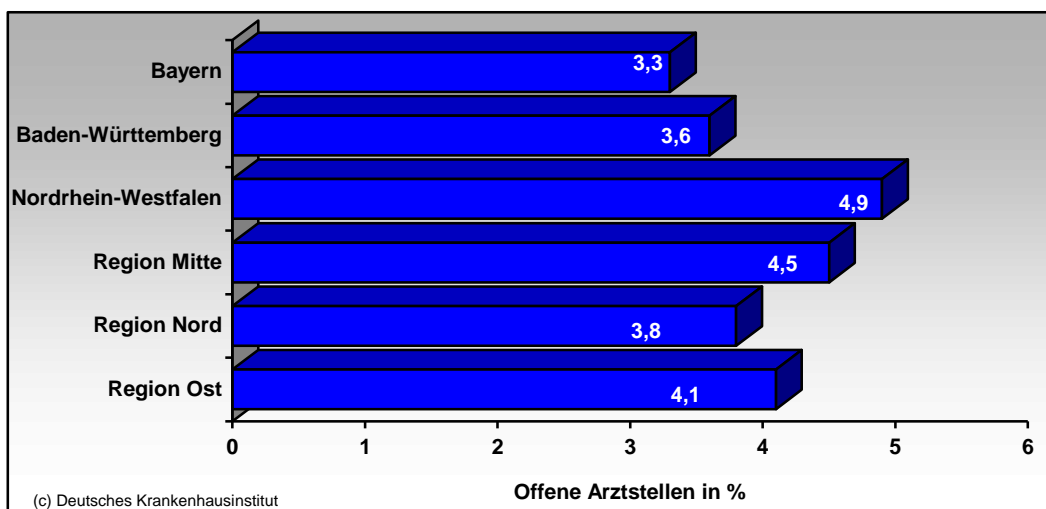


Abb. 38: Offene Arztstellen nach Bundesländern bundesweit

⁷⁷ Bei der Ermittlung der Quotienten wurden Vollkraftstellen und offene Stellen im Nenner des Quotienten jeweils addiert.

6.7 Regionsgrundtyp

Nach den Raumordnungskategorien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung lassen sich – vor allem in Abhängigkeit von zentraler Lage, Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte – drei sog. Regionsgrundtypen unterscheiden: sog. Agglomerationsräume (also z.B. Ballungsgebiete), verstärkte Räume und ländliche Räume. Entsprechend ihrer vielfach zentralen Lage liegen die meisten Krankenhäuser in Agglomerationsräumen (45%) oder verstärkten Räumen (39%). Mit 16% ist der geringste Teil der Krankenhäuser im ländlichen Raum verortet.

Die Arztzahlen nach Regionstypen werden vom Statistischen Bundesamt nicht ausgewiesen und mussten deswegen im Rahmen dieses Projektes taxiert werden: Legt man die relative Verteilung der Ärzte nach Regionsgrundtypen aus der vorliegenden Zufallsstichprobe zugrunde, so arbeiten von den bundesweit 128.000 Krankenhausärzten 46% in Agglomerationsräumen, 41% in verstärkten Räumen und 13% in ländlichen Räumen.

In Agglomerationsräumen fällt der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen mit 62,8% am geringsten aus. Den höchsten Anteilswert mit 84,4% weisen Krankenhäuser in verstärkten Räumen auf. Dazwischen rangieren die Häuser in ländlichen Regionen, wo 77,4% von Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst berichten (Abb. 39).

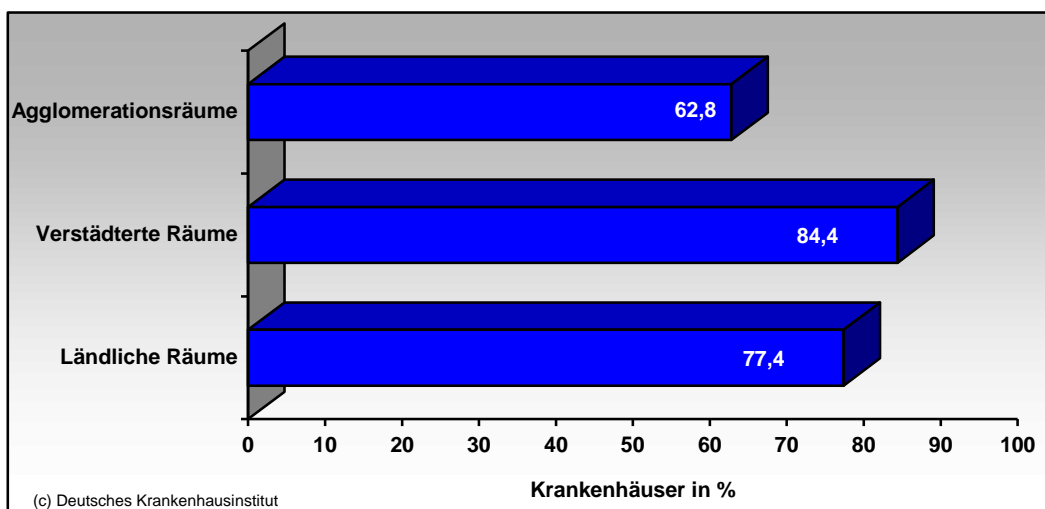


Abb. 39: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst nach Regionstyp

Mit Blick auf die Anzahl offener Stellen pro Krankenhaus fallen die Unterschiede nach Regionstypen vergleichsweise gering aus. Bei Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen in Agglomerationsräumen bleiben im Mittel 3,7 Arztstellen unbesetzt, in verstärkten

Räumen sind es durchschnittlich 3,6 und in ländlichen Räumen 3,2 Stellen je Krankenhaus mit entsprechenden Problemen (Abb. 40).

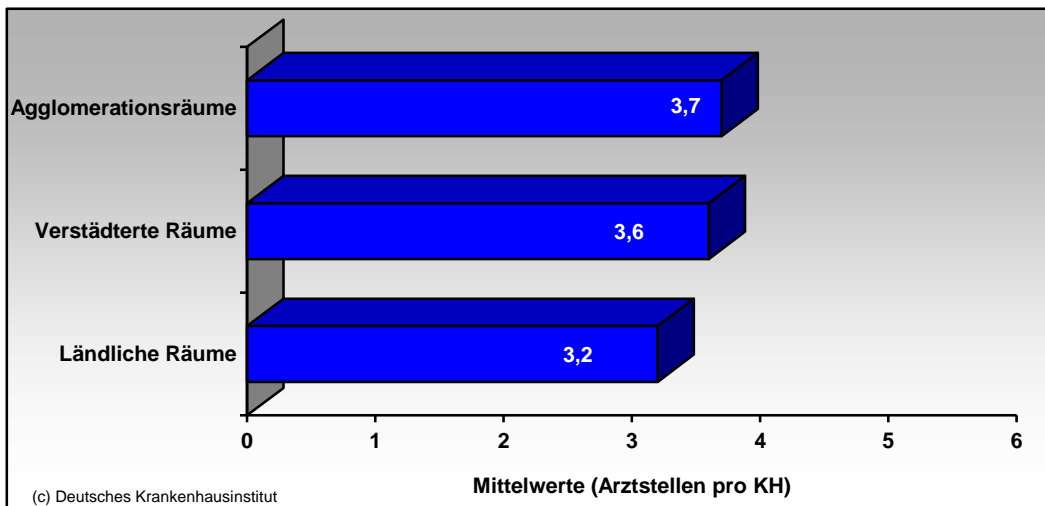


Abb. 40: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Regionstyp – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Entsprechend der räumlichen Konzentration der Krankenhäuser konzentrieren sich auch die unbesetzten Arztstellen in nicht-ländlichen Räumen. Von den 5.500 offenen Stellen bundesweit entfallen 2.600 (47%) auf verstärderte Räume und 1.970 (36%) auf Agglomerationsräume. Mit 930 offenen Stellen liegt der entsprechende Anteilswert für ländliche Räume bei 17% (Abb. 41).

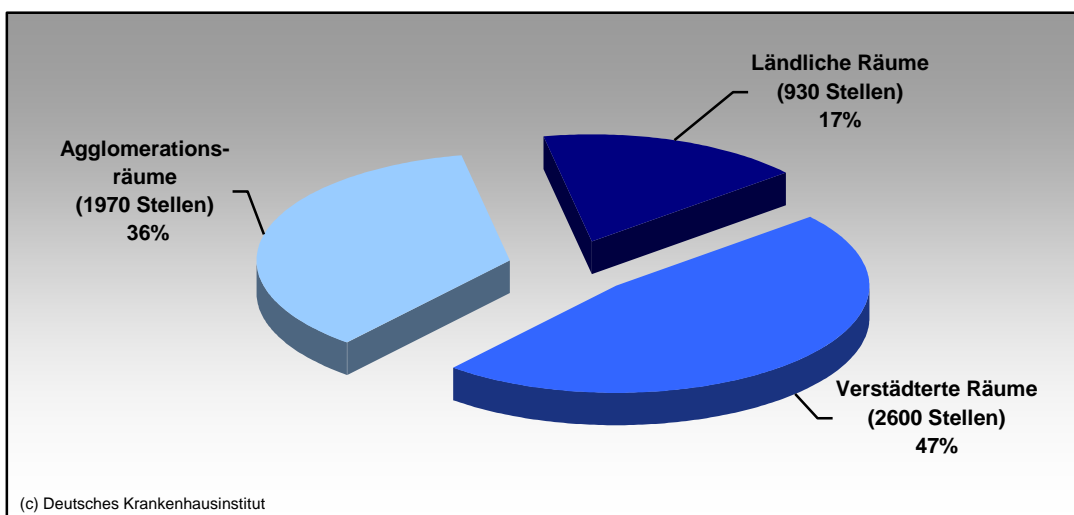


Abb. 41: Verteilung offener Stellen nach Regionstyp (n= 5500)

Bezogen auf die jeweiligen Arztzahlen in den Krankenhäusern insgesamt, fällt der Ärztemangel in verstäderten bzw. ländlichen Räumen mit jeweils rund 5% unbesetzter Stellen bundesweit höher aus. Mit 3,3% offener Stellen ist der Ärztemangel in Agglomerationsräumen hingegen unterproportional (Abb. 42).⁷⁸

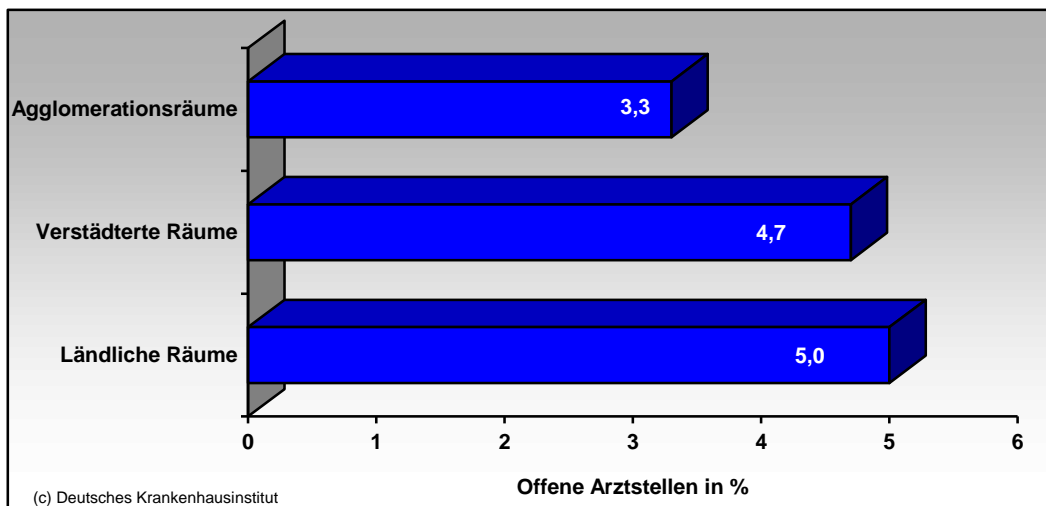


Abb. 42: Offene Arztstellen nach Regionstyp bundesweit

6.8 Positionen

Nach der Position oder funktionalen Stellung in der Krankenhaushierarchie sind im Ärztlichen Dienst vier Hierarchiestufen zu unterscheiden: leitende oder Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte mit abgeschlossener Weiterbildung sowie Assistenzärzte ohne bzw. in Weiterbildung. Das Statistische Bundesamt weist die funktionale Stellung der Ärzte nur nach Beschäftigten („Köpfen“), nicht aber nach Vollkräften aus: Demnach waren im Jahr 2008 von den rund 139.300 hauptamtlich im Krankenhaus tätigen Ärzten 9% Chefärzte, 22% Oberärzte, 23% Assistenzärzte mit abgeschlossener Weiterbildung und 47% Assistenzärzte in Weiterbildung. Die Teilzeitquote im Ärztlichen Dienst liegt bei 15%, was umgerechnet rund 128.000 Vollkräften entspricht.⁷⁹

Da die ärztlichen Positionen in der amtlichen Statistik nicht nach Vollkräften ausgewiesen sind, mussten sie im Rahmen dieser Studie taxiert werden. Andernfalls würden die Anteilswerte für offene Stellen, welche in Vollkräften gemessen wurden, verzerrt ausgewiesen. Bei

⁷⁸ Bei der Ermittlung der Quotienten wurden Vollkraftstellen und offene Stellen im Nenner des Quotienten jeweils addiert.

⁷⁹ Statistisches Bundesamt, 2009

der Schätzung wurde wie folgt verfahren: Für die Chefärzte wurde unterstellt, dass ihre Teilzeitquote deutlich unterproportional ausfällt; vor diesem Hintergrund wurde sie vereinfacht auf „0“ gesetzt. Die Anzahl der Beschäftigten („Köpfe“) in den anderen Positionen wurde dann – wiederum vereinfacht - proportional zur Verteilung nach funktionaler Stellung um die Teilzeitquote „bereinigt“ bzw. in Vollkräfte umgerechnet.

Mit Blick auf den Ärztemangel nach funktionaler Stellung soll jedoch zunächst der Anteil der Krankenhäuser mit entsprechenden Stellenbesetzungsproblemen beschrieben werden. Demnach haben 6,4% der Krankenhäuser Probleme, Chefarztpositionen zu besetzen. Der Anteil der Krankenhäuser, welche Oberarztstellen nicht besetzen können, liegt bei 35,0%. In 36,6% der Einrichtungen sind Stellen für Assistenzärzte mit abgeschlossener Weiterbildung vakant. Am schwierigsten tun sich die Krankenhäuser mit der Besetzung der Weiterbildungsstellen für Assistenzärzte; 57,0% der deutschen Krankenhäuser können Stellen für Ärzte in Weiterbildung nicht besetzen (Abb. 43).

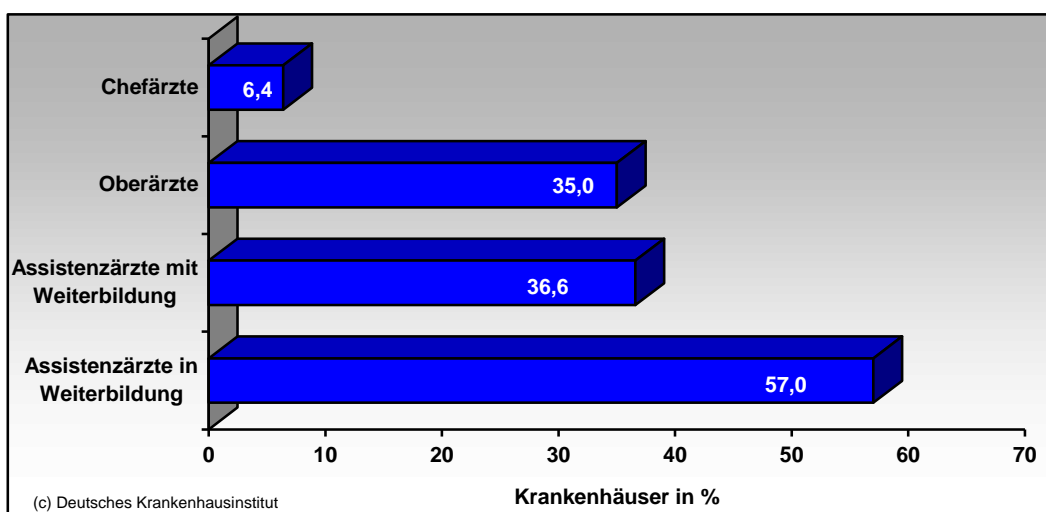


Abb. 43: Stellenbesetzungsprobleme nach Positionen

Krankenhäuser mit den jeweiligen Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 1,2 Chefarztstellen bzw. 1,7 Oberarztstellen nicht besetzen (Abb. 44). Bei den Assistenzärzten lagen die entsprechenden Durchschnittswerte bei 2,5 Stellen (mit Weiterbildung) respektive 3,2 Stellen (ohne/in Weiterbildung).

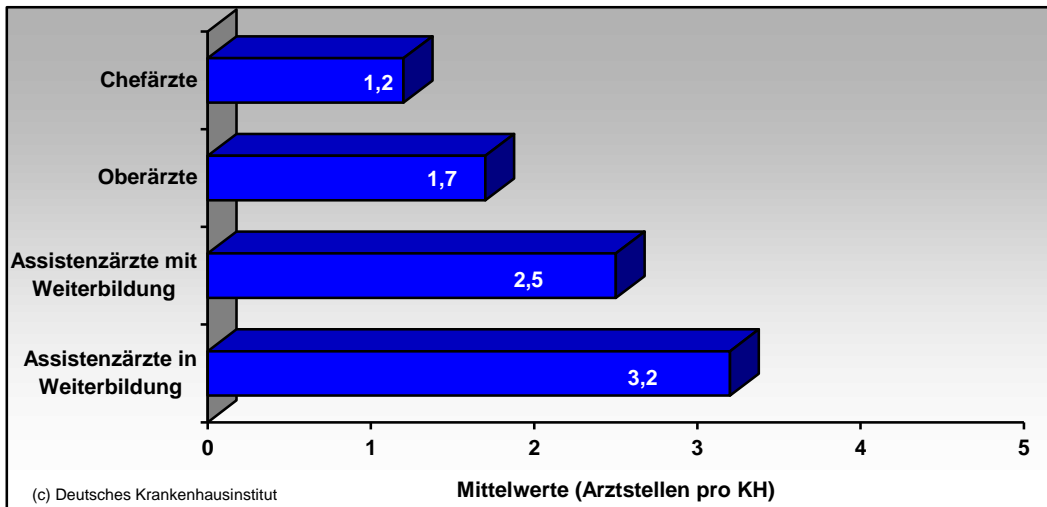


Abb. 44: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Positionen – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Mehr als die Hälfte der 5.500 unbesetzten Stellen bundesweit, konkret 2.970 Stellen oder 54%, betrafen die Weiterbildungsstellen für Assistenzärzte in Weiterbildung. 1.470 Stellen (27%) für Assistenzärzte mit abgeschlossener Weiterbildung konnten nicht besetzt werden. Des Weiteren waren 940 Oberarztstellen (17%) und 120 Chefarztstellen (2%) vakant (Abb. 45).

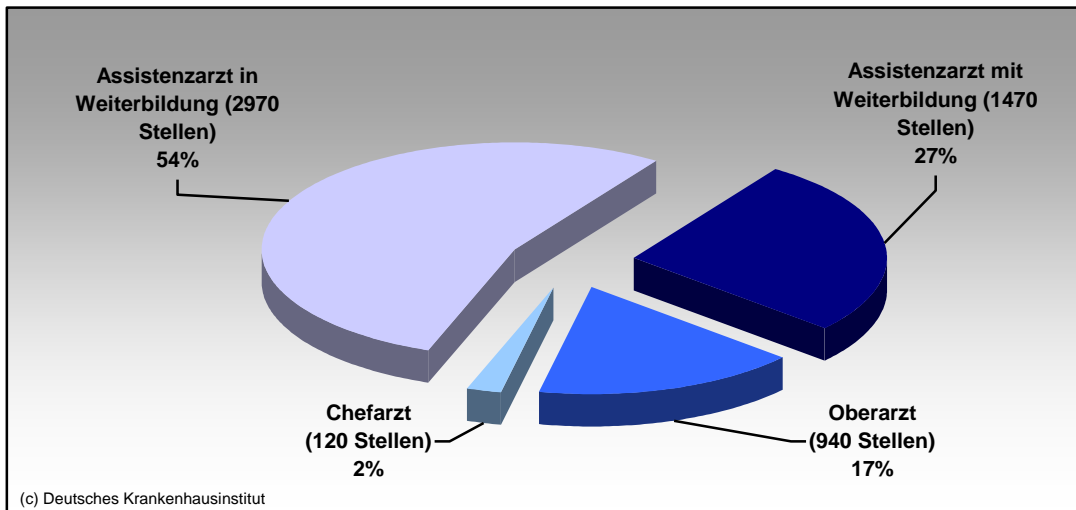


Abb. 45: Verteilung offener Stellen nach Position (n= 5500)

Bezogen auf die Arztstellen insgesamt, fällt der Ärztemangel insbesondere bei den Assistenzärzten überproportional aus. Jeweils 4,8% der Stellen für Assistenzärzte mit bzw. in Weiterbildung können in den deutschen Krankenhäusern nicht besetzt werden. Bei den

Oberarztstellen bleiben bundesweit 3,3% vakant. Hingegen fällt der Ärztemangel bei den Chefärzten (1,0%) merklich unterproportional aus (Abb. 46).⁸⁰

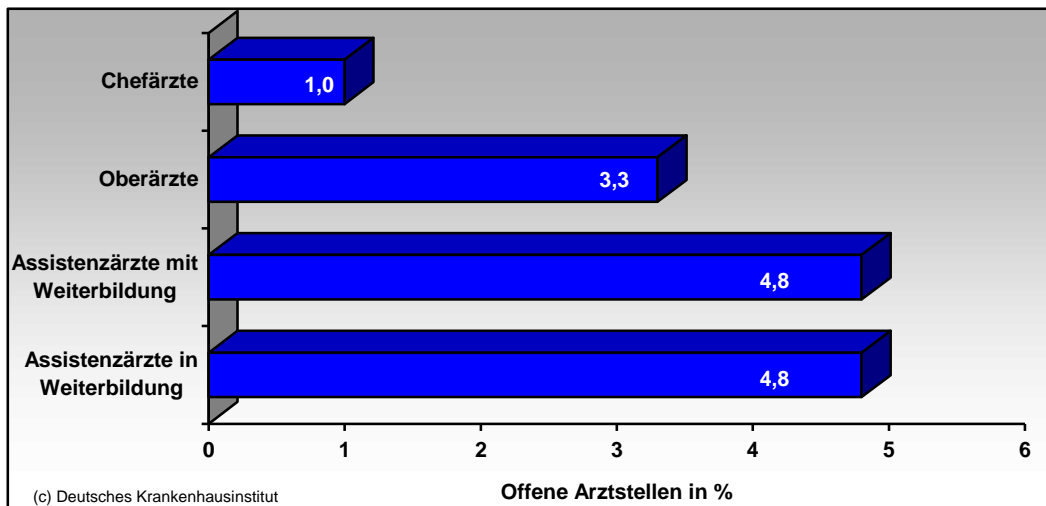


Abb. 46: Offene Arztstellen nach Positionen bundesweit

6.9 Fachabteilungen/Fachgebiete

Zusätzlich zum Ärztemangel im Krankenhaus insgesamt ist in der Krankenhausbefragung auch der Ärztemangel differenziert nach Fachabteilungen erfasst worden. Die Fachabteilungsgliederung folgt dabei der Einteilung des Statistischen Bundesamtes, um Hochrechnungen entsprechend durchführen zu können. Selten vorgehaltene Fachabteilungen bzw. Fachgebiete fanden dabei aus pragmatischen und statistischen Gründen keine Berücksichtigung.

Abb. 47 zeigt zunächst die Ergebnisse für Stellenbesetzungsprobleme in den „größeren“ Fachabteilungen, d.h. in den sechs Fachrichtungen mit den bundesweit höchsten Arztzahlen; in diesen Fachabteilungen arbeiten rund 73 % der Fachärzte im Krankenhaus.⁸¹ Krankenhäuser, welche mehrere (allgemein-)chirurgische oder internistische Fachabteilungen vorhalten, waren im Erhebungsinstrument angehalten, eine Zufallsauswahl zu treffen: Konkret sollten sie in diesem Fall ihre Angaben auf die (allgemein-)chirurgischen bzw. internistischen Fachabteilungen beziehen, deren ärztliche Leitung (Chefarzt) mit Nachnahmen als erste im

⁸⁰ Bei der Ermittlung der Quotienten wurden Vollkraftstellen und offene Stellen im Nenner des Quotienten jeweils addiert.

⁸¹ Statistisches Bundesamt, 2009

Alphabet steht. Bei den psychiatrischen Abteilungen wurden die Angaben für Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien zusammengefasst.

Unter den ausgewählten „größeren“ Fachrichtungen ist der Anteil der Fachabteilungen mit Stellenbesetzungsproblemen in der Chirurgie und der Inneren Medizin mit jeweils rund zwei Dritteln am höchsten. In der Anästhesie und der Psychiatrie weist jeweils jede zweite Abteilung entsprechende Probleme auf. Im Vergleich dazu fällt der Anteil der Abteilungen mit Stellenbesetzungsproblemen in der Gynäkologie und Geburtshilfe (42,9%) sowie der Pädiatrie (27,2%) unterproportional aus (Abb. 47).

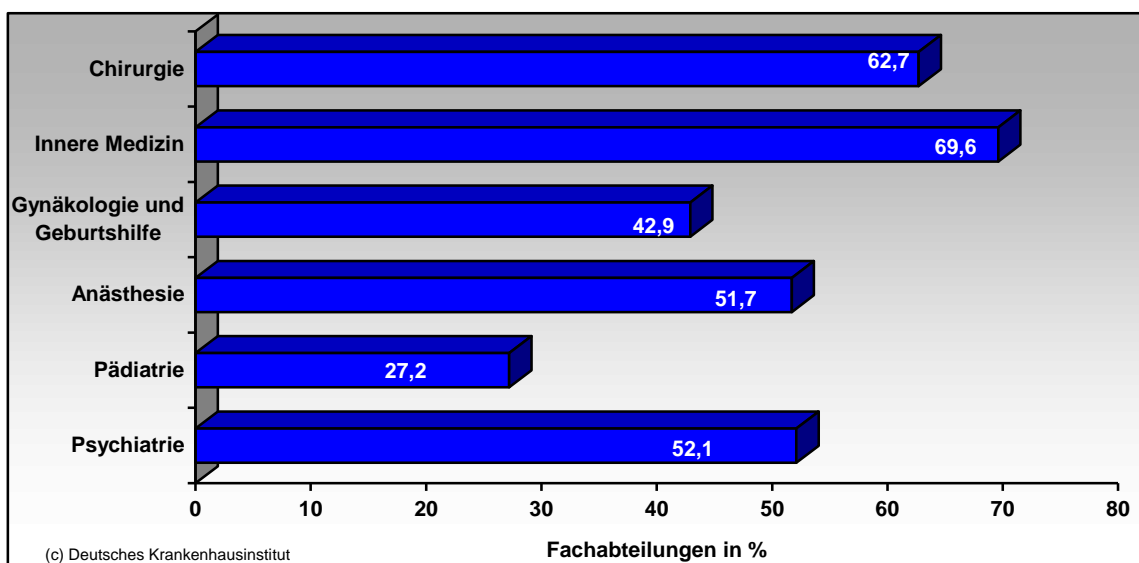


Abb. 47: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst nach Fachabteilungen

Im Durchschnitt (Median) waren in chirurgischen, internistischen und psychiatrischen Fachabteilungen mit Stellenbesetzungsproblemen jeweils zwei Arztstellen pro Abteilung unbesetzt, in den übrigen drei Fachgebieten war es jeweils eine Stelle pro Abteilung.

Die Ergebnisse für die übrigen explizit erfassten Fachabteilungen bzw. „kleineren“ Fachgebiete können Abb. 48 entnommen werden. Für die Funktionsbereiche der Radiologie und Labormedizin beziehen sich die Werte auf Krankenhäuser, die entsprechendes ärztliches Fachpersonal vorhalten. Bei den neurologischen Abteilungen wurden die Angaben für Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien zusammengefasst:

In der Neurologie hat demnach jede zweite Fachabteilung Stellenbesetzungsprobleme. Auch neurochirurgische Abteilungen (44,2%) und radiologische Bereiche (39,9%) sind hiervon überproportional betroffen. In der Urologie, Augen- und HNO-Heilkunde hat etwa jeweils jede dritte Fachabteilung Stellenbesetzungsprobleme. Deutlich unterproportional fallen die

Stellenbesetzungsprobleme in der Labormedizin (13,2%) und vor allem in den Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten aus (2,9%). Die Werte für die Orthopädie werden unter Vorbehalt angegeben, da hier die fachabteilungsbezogene Zuordnung bzw. Abgrenzung zur Unfallchirurgie in den Krankenhäusern höchst unterschiedlich ausfällt.

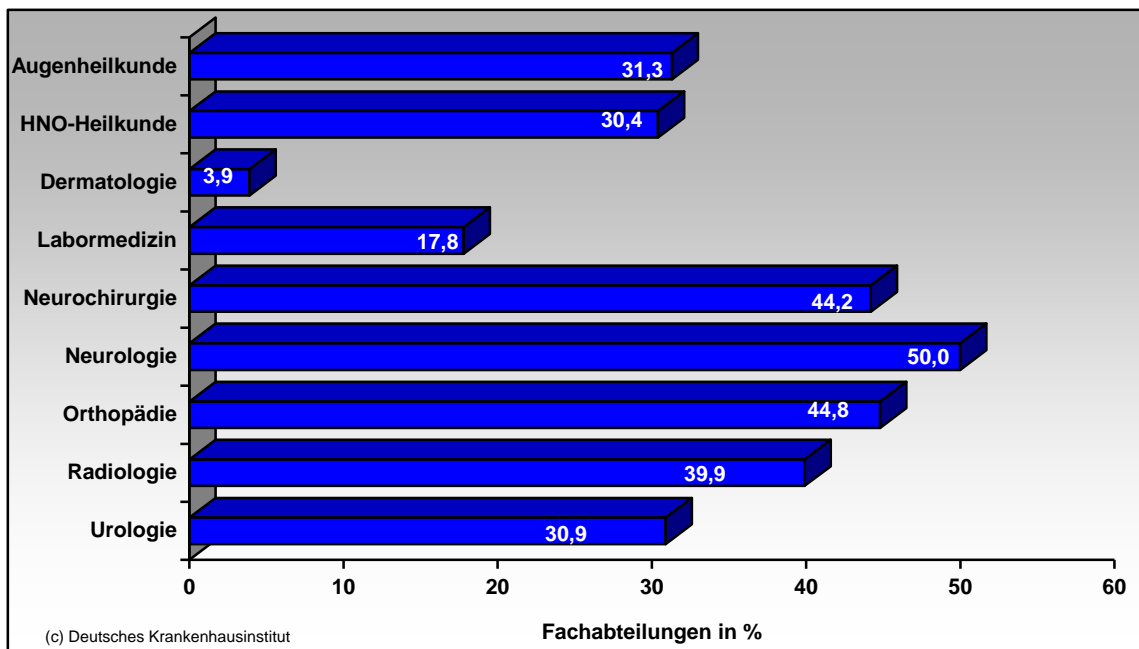


Abb. 48: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst nach Fachabteilungen

Der bundesweite Anteil offener Stellen bezogen auf die Gesamtzahl der Stellen je Fachgebiet lässt sich nur näherungsweise taxieren. Denn die Arztzahlen je Fachgebiet werden vom Statistischen Bundesamt nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, nicht jedoch für Ärzte in Weiterbildung ausgewiesen; zudem beziehen sich die entsprechenden Angaben nur auf die Beschäftigten („Köpfe“) und nicht auf die Vollkräfte. Vor diesem Hintergrund wurde – stark vereinfacht – zur Taxierung der Vollkräfte je Fachgebiet eine konstante Weiterbildungsquote und eine konstante Teilzeitquote je Fachgebiet unterstellt – entsprechend den Weiterbildungs- und Teilzeitquoten der Krankenhausärzteschaft insgesamt.⁸²

⁸² Laut Statistischem Bundesamt (2009) fällt der Anteil der teilzeitbeschäftigten Ärzte je Fachgebiet (jeweils gemessen in „Köpfen“) insbesondere in der Chirurgie unterdurchschnittlich aus und vor allem in der Anästhesie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Psychiatrie überdurchschnittlich. Infolgedessen führt die beschriebene Vorgehensweise zur Übertragung der Teilzeitquote des Ärztlichen Dienstes insgesamt dazu, dass der Anteil der offenen Stellen in den letztgenannten Fachgebieten c.p. etwas unterschätzt bzw. in der Chirurgie etwas überschätzt wird. Zur Streuung der Weiterbildungsquoten je Fachgebiet liegen u. W. keine repräsentativen Daten vor. Aussagen zu den Effekten der Übertragung der Weiterbildungsquote im Ärztlichen Dienst insgesamt auf einzelne Fachgebiete können somit nicht getroffen werden.

Auf der Grundlage der taxierten Vollkräfte je Fachgebiet wurden dann die fachgebietsbezogenen Stellenbesetzungsprobleme geschätzt. Demnach fällt unter den ausgewählten Fachgebieten der Ärztemangel in der Inneren Medizin und der Psychiatrie am höchsten aus. Jeweils fast 6% aller Arztstellen sind hier bundesweit vakant. Mit jeweils 4% offener Stellen liegen die Chirurgie und die Gynäkologie/Geburtshilfe im Bundesdurchschnitt. Dagegen fällt der Ärztemangel in der Anästhesie (3,2%) sowie vor allem in der Pädiatrie (1,2%) eher unterproportional aus. In den übrigen Fachabteilungen waren bundesweit insgesamt 3,6% der Arztstellen vakant (Abb. 49).⁸³

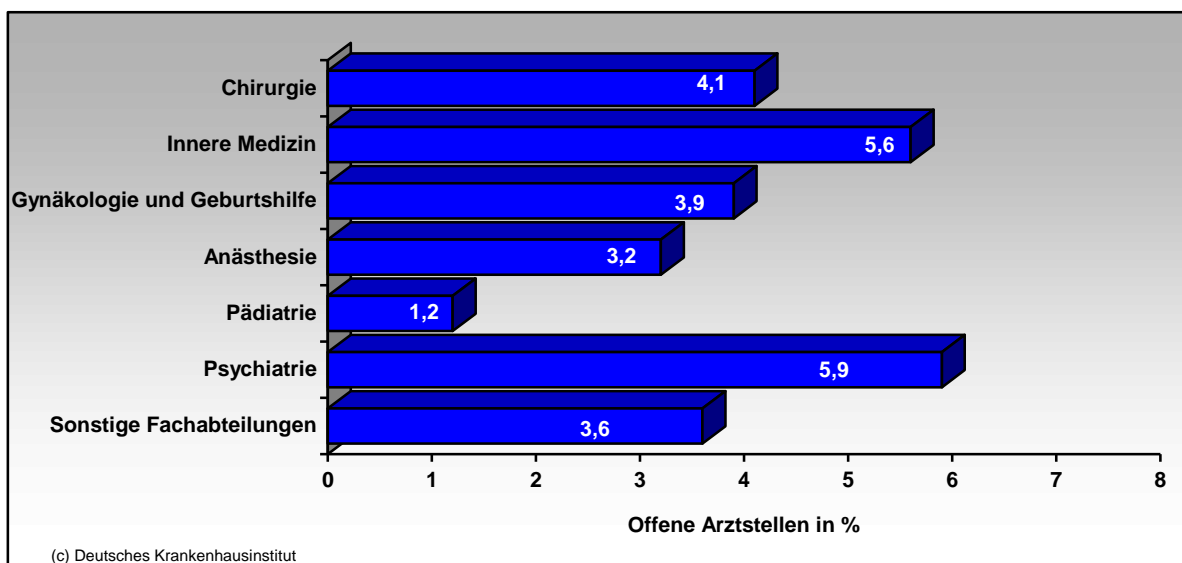


Abb. 49: Offene Arztstellen nach Fachabteilungen bundesweit

Von den 5.500 offenen Arztstellen bundesweit entfallen 4.150 oder 75% auf die sechs „größeren“ Fachgebiete (Abb. 50). Entsprechend dem hohen Anteil der Internisten an der Krankenhausärzteschaft insgesamt bzw. der überdurchschnittlichen Anzahl offener Stellen in den internistischen Abteilungen fällt der Anteil der Inneren Medizin an den offenen Stellen insgesamt mit fast 30% am höchsten aus. Zweistellige Anteilswerte weisen darüber hinaus noch die Chirurgie (16,9%) und die Anästhesie (13,6%) auf. Die Psychiatrie (8,1%), die Gynäkologie/Geburtshilfe (5,9%) und die Pädiatrie (1,4%) liegen entsprechend ihren Anteilen an der Krankenhausärzteschaft dagegen im einstelligen Bereich.

⁸³ Zwar sollten die Befragungsteilnehmer auch für die übrigen („kleineren“) Fachgebiete ihre Anzahl an offenen Stellen ausweisen. Wegen eines relativ großen Anteils fehlender Angaben konnten die Werte aber nicht verlässlich auf die Grundgesamtheit hochgerechnet werden, so dass hier von fachspezifischen Hochrechnungen abgesehen wird. Anzahl und damit auch Anteil der offenen Stellen für diese Fachabteilungen insgesamt entsprechen somit der Differenz von offenen Stellen für Krankenhausärzte insgesamt und der Summe der offenen Stellen in den sechs „großen“ Fachgebieten gemäß Abb. 50.

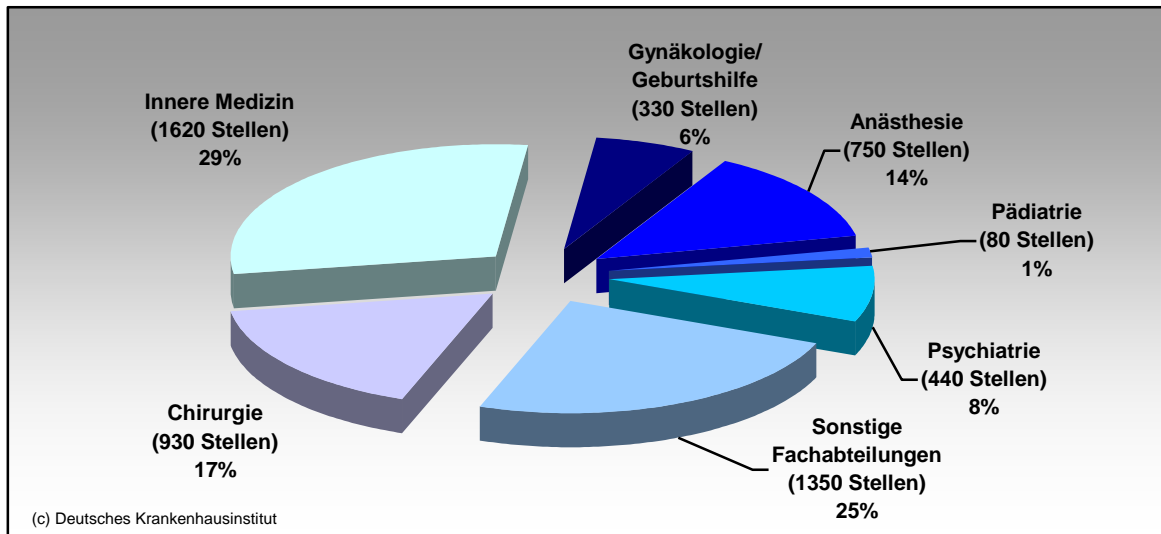


Abb. 50: Verteilung offener Stellen nach Fachabteilungen (n= 5500)

7 Dauer, Ursachen und Folgen des Ärztemangels

7.1 Dauer der Stellenbesetzungsprobleme

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen sollten angeben, wie lange offene Stellen im Ärztlichen Dienst bei ihnen im Durchschnitt unbesetzt sind. Im Durchschnitt (Median) aller Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen sind unbesetzte Stellen 12 Wochen, also rund 3 Monate vakant. Der untere Quartilswert liegt bei 8 Wochen und der obere Quartilswert bei 24 Wochen; d.h. in jeweils einem Viertel der betroffenen Krankenhäuser sind die Stellen im Ärztlichen Dienst bis zu 2 Monaten bzw. mindestens fast ein halbes Jahr unbesetzt (Abb. 51).

Nach Krankenhausgrößen betrachtet, fällt die Dauer der Vakanzen in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten unterdurchschnittlich aus. Hier sind offene Arztstellen im Durchschnitt 8 Wochen unbesetzt. In den übrigen Bettengrößenklassen liegt der Median der Verteilung jeweils bei 12 Wochen, analog zum Bundesdurchschnitt.

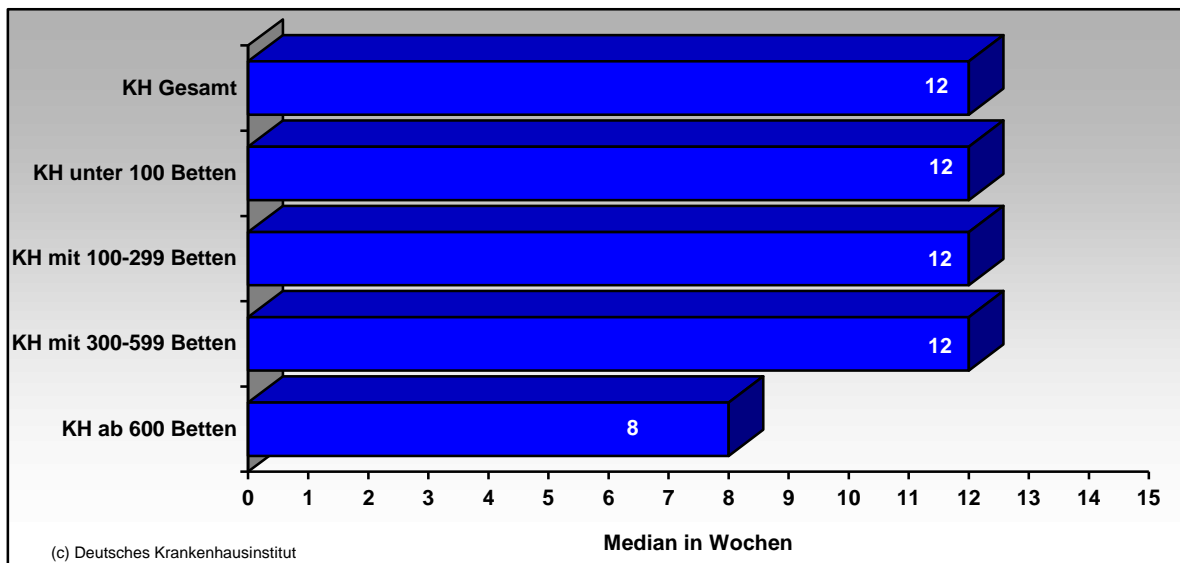


Abb. 51: Durchschnittliche Dauer von Stellenvakanzen im Ärztlichen Dienst

Weitere Auffälligkeiten resultierten insbesondere mit Blick auf den Krankenhaustyp und im Ost-West-Vergleich: So sind auf der einen Seite Arztstellen in den Psychiatrien mit einem Median von 21 Wochen deutlich länger vakant als in Allgemeinkrankenhäusern (12 Wochen). Auf der anderen Seite sind offene Arztstellen in den neuen Bundesländern mit 16 Wochen durchschnittlich 4 Wochen länger unbesetzt als im alten Bundesgebiet mit 12 Wochen.

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Befragungsteilnehmer überdies abgeben, in welchen Fachabteilungen offene Stellen im Durchschnitt am längsten unbesetzt bleiben. Hier dominierten, da auch vielfach vorgehalten, eindeutig die Fachgebiete der Chirurgie, Inneren Medizin und Anästhesie. Darüber hinaus fanden insbesondere die Psychiatrie, die Radiologie und die Gynäkologie/Geburtshilfe häufiger Erwähnung. Alle anderen Fachgebiete wurden hingegen nur in Ausnahmefällen genannt.

7.2 Auswirkungen des Ärztemangels

Angesichts massiver Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst stellt sich die Frage nach den Auswirkungen des Ärztemangels im Krankenhausalltag. Hierzu sollten die Krankenhäuser angeben, welche Probleme primär aufgrund der Nicht-Besetzung offener Stellen im Ärztlichen Dienst bereits aufgetreten sind. Die Prozentsätze in der Abb. 52 beziehen sich nur auf Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen.

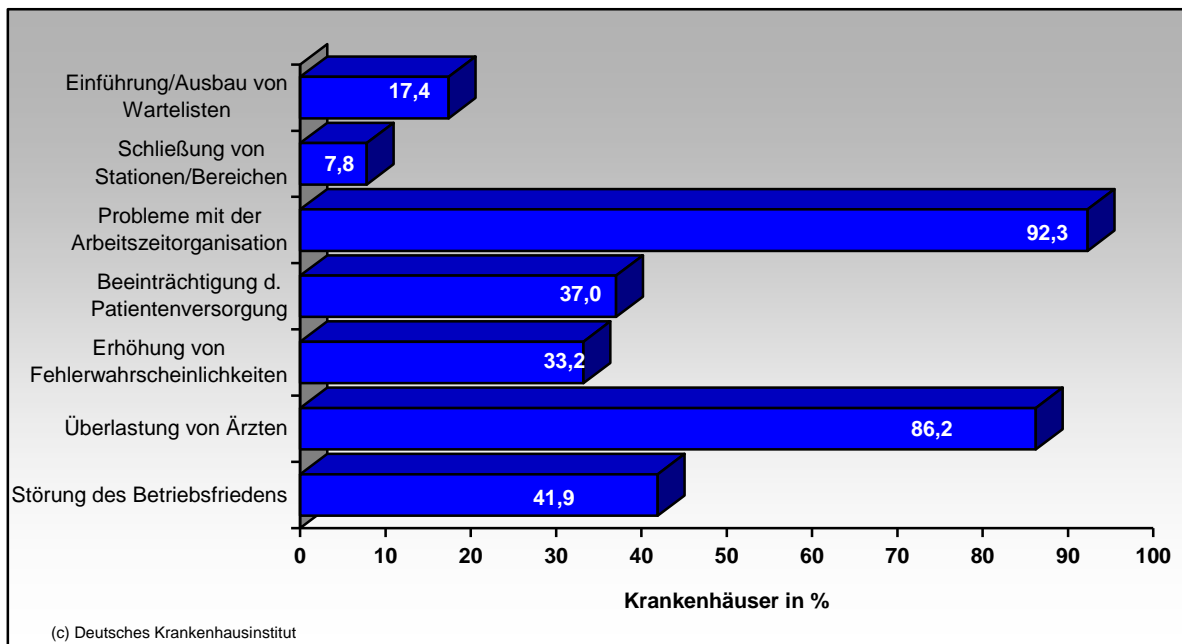


Abb. 52: Auswirkungen des Ärztemangels

Das gravierendste Folgeproblem stellt demnach die Arbeitszeitorganisation dar. Fast jedes betroffene Krankenhaus (92,3%) hat – auch vor dem Hintergrund des novellierten Arbeitszeitgesetzes – entsprechende Schwierigkeiten. Auch die Überlastung von Ärzten wird merklich überproportional angeführt (86,2%). In 42% der Krankenhäuser begünstigt der Ärztemangel Störungen des Betriebsfriedens (z. B. wegen Mitarbeiterkonflikten).

Jeweils rund ein Drittel der Häuser berichtet von Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung und der Erhöhung von Fehlerwahrscheinlichkeiten. Gut ein Sechstel der Häuser hat infolge von Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst Wartelisten eingeführt oder ausgebaut. Bei rund 8% der Einrichtungen wird die Nichtbesetzung offener Stellen im Ärztlichen Dienst für die Schließung von Stationen oder Bereichen primär verantwortlich gemacht.

7.3 Gründe für den Ärztemangel

An anderer Stelle wurden bereits die Ursachen des Ärztemangels grundlegend diskutiert.⁸⁴ Über diese allgemeine Ursachenanalyse hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, was aus ihrer Sicht wichtige Gründe für eventuelle Stellenbesetzungsprobleme konkret in

⁸⁴ Vgl. Kap.5

ihrem Krankenhaus sind. Abb. 53 zeigt die Mittelwerte für die entsprechenden Items auf einer vierstufigen Skala.

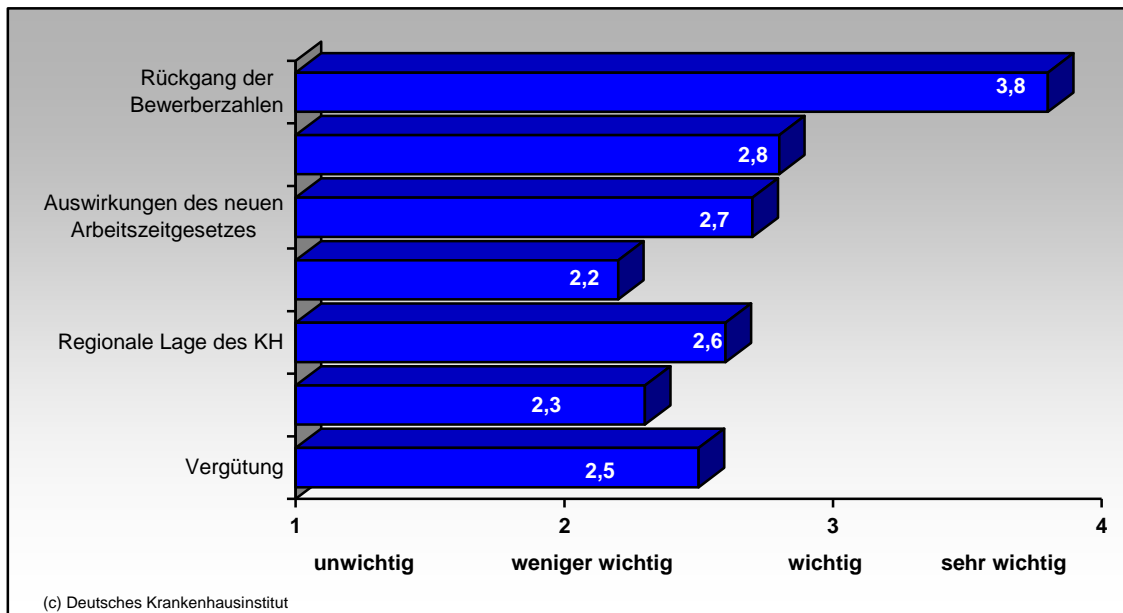


Abb. 53: Gründe für Stellenbesetzungsprobleme – Mittelwerte

Aus Sicht der Krankenhäuser bildet der Rückgang der Bewerberzahlen den mit Abstand wichtigsten Grund für den krankenhausesindividuellen Ärztemangel. Fast alle Krankenhäuser halten diesen Aspekt für sehr wichtig (77,3%) oder wichtig (19,9%). Dementsprechend ist der Durchschnittswert der Skala ($m=3,8$) nahezu identisch mit dem Maximalwert. Die Ergebnisse unterstreichen somit, dass es auch nach den Erfahrungen der Krankenhäuser einen objektiven Mangel an Stellenbewerbern für den Ärztlichen Dienst gibt.

Darüber hinaus wird insbesondere auch die Qualität der Bewerbungen tendenziell kritisch gesehen ($m=2,8$). Rund 60% der Krankenhäuser halten eine mangelnde Qualifikation der Bewerber für einen wichtigen oder sehr wichtigen Grund für Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst.

Von eher mittlerer Relevanz für den Ärztemangel im eigenen Haus werden die Auswirkungen des neuen Arbeitszeitgesetzes, die regionale Lage des Krankenhauses und die Vergütung eingeschätzt.

Weniger wichtig sind aus Sicht der Krankenhäuser eine fehlende oder eingeschränkte Weiterbildungsmöglichkeit sowie das Leistungsspektrum des Krankenhauses. Allerdings gilt dies nur für die Krankenhäuser insgesamt. Nach Krankenhausgröße resultiert hier eine

eindeutige Abstufung nach Bettengrößenklassen derart, dass mit abnehmender Krankenhausgröße die Relevanz eingeschränkter Weiterbildungsermächtigungen und Leistungsspektren signifikant zunimmt.

8 Weiterbildung und Ärztemangel

8.1 Maßnahmen und Instrumente der Weiterbildung

Wie oben dargelegt⁸⁵, haben die Krankenhäuser nicht zuletzt besondere Probleme bei der Besetzung von Weiterbildungsstellen. Mehr als die Hälfte der unbesetzten Arztstellen in deutschen Krankenhäusern insgesamt betreffen Assistenzärzte in Weiterbildung; mit fast 5% offener Stellen bezogen auf die Gesamtzahl der Assistenzarztstellen fällt der Ärztemangel hier zudem überproportional aus.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Krankenhäuser speziell den ärztlichen Nachwuchs akquirieren und an sich binden wollen. Abbildung 54 zeigt die Verbreitung einschlägiger Maßnahmen und Instrumente.

Am weitesten verbreitet sind demnach standardisierte Weiterbildungspläne, regelmäßige Weiterbildungsgespräche und Zusagen zur Einhaltung der vorgesehenen Weiterbildungszeiten. Jeweils rund 40% der Krankenhäuser gaben an, dass diese Maßnahmen bei ihnen häufig zum Einsatz kommen. Dagegen sind vor allem Tutoren- oder Mentorensysteme sowie feste Lernziele je Weiterbildungsperiode deutlich seltener anzutreffen. In der Mehrzahl der Krankenhäuser kommen sie nur manchmal bzw. selten oder nie zum Einsatz.

⁸⁵ Vgl. Kap. 6.8

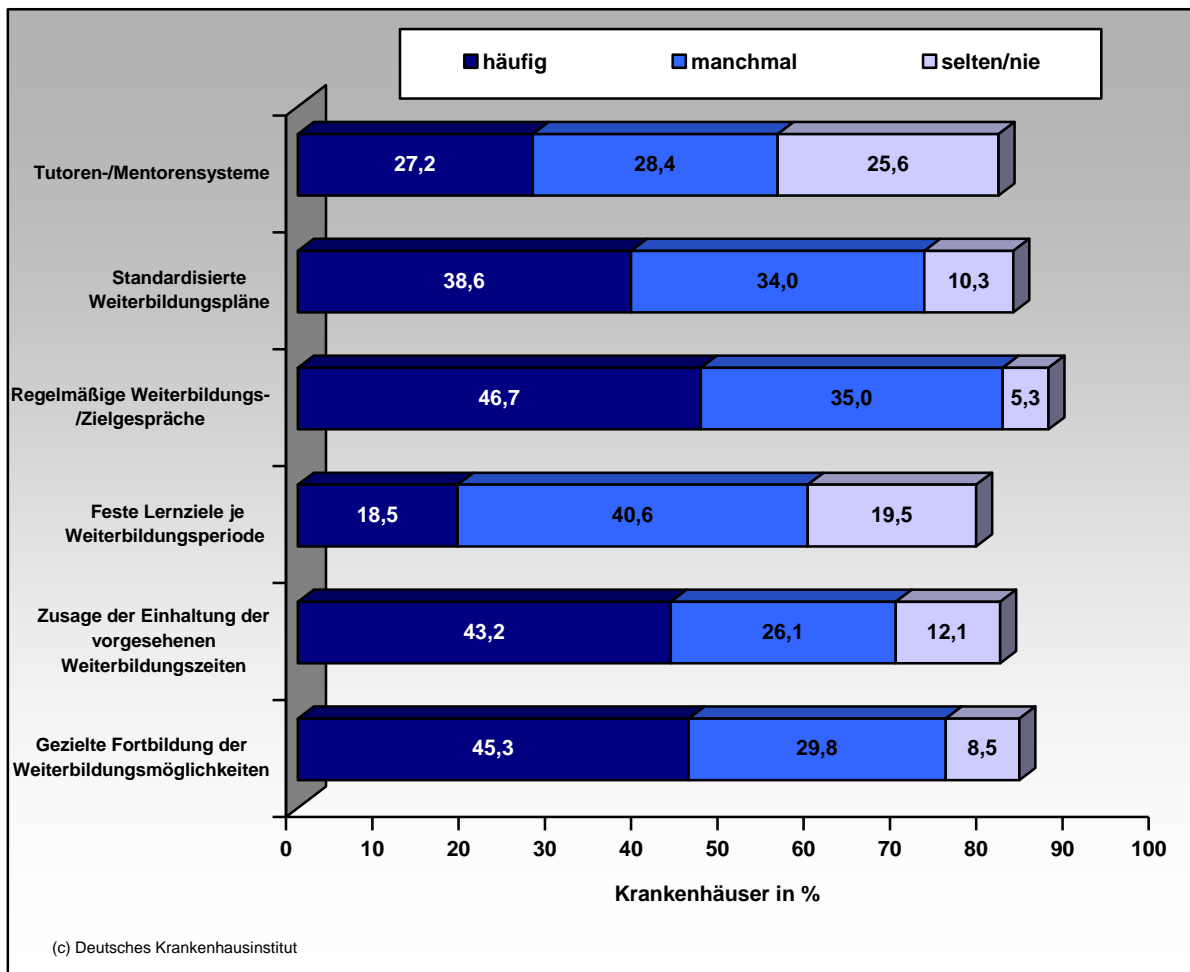


Abb. 54: Instrumente der ärztlichen Weiterbildung

Weiterbündungsverbände mit anderen Krankenhäusern, die es in knapp 20% der Einrichtungen häufig gibt, bieten sich aus nahe liegenden Gründen vor allem in Krankenhäusern mit eingeschränkten Weiterbildungsbefugnissen in den vorgehaltenen Fachgebieten an. Deswegen gibt es sie in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten mit umfassenden Weiterbildungsermächtigungen vergleichsweise selten (11%). Ansonsten gibt es keine systematischen Zusammenhänge zwischen Krankenhausgröße und der Verbreitung von Maßnahmen zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung.

Allerdings existieren teilweise Zusammenhänge zwischen dem Einsatz von Weiterbildungsinstrumenten und dem Ärztemangel (Abb. 55). So sind Tutoren-/ Mentorensysteme, standardisierte Weiterbildungspläne und regelmäßige Weiterbildungsgespräche in Krankenhäusern ohne Ärztemangel signifikant häufiger verbreitet als in Einrichtungen mit Ärztemangel. Darüber hinaus mildert die Zusage der Einhaltung fester Weiterbildungszeiten den Ärztemangel tendenziell ab. Bei den übrigen Instrumenten ließen sich keine statistischen Effekte nachweisen.

Einem objektiven Mangel an Assistenzärzten zum Trotz können Krankenhäuser somit vor allem durch eine mitarbeiterorientierte Organisation der Weiterbildung Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst zumindest partiell vorbeugen.

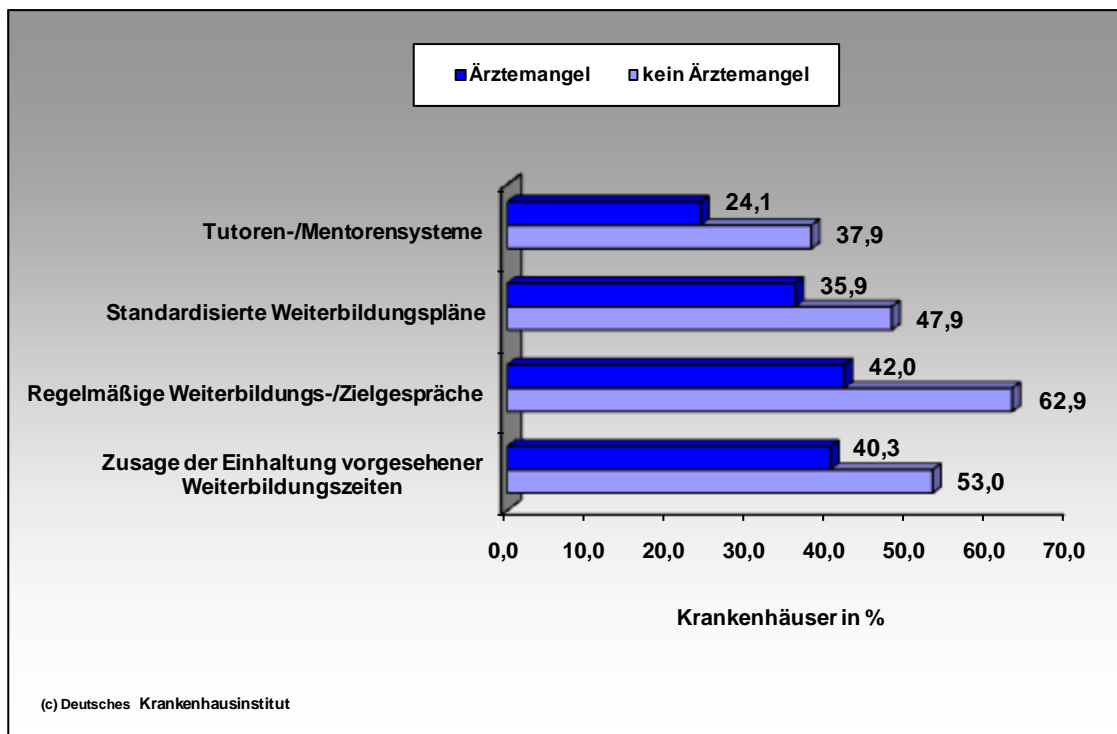


Abb. 55: Ärztemangel nach Einsatz von Weiterbildungsinstrumenten

8.2 Weiterbildungsermächtigungen und Ärztemangel

Mit Blick auf den Ärztemangel bilden Weiterbildungsermächtigungen aus nahe liegenden Gründen einen möglichen Einflussfaktor von Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst. Für ausgewählte Fachgebiete sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, ob sie über eine volle, eingeschränkte oder keine Weiterbildungsermächtigung verfügen. Abbildung 56 zeigt den Ärztemangel in Abhängigkeit von Art und Umfang von Weiterbildungsermächtigungen für die „größeren“ Fachgebiete bzw. Fachabteilungen:

Demnach lässt sich nur für die Chirurgie und die Innere Medizin ein entsprechender Zusammenhang nachweisen. In chirurgischen bzw. internistischen Abteilungen ohne oder mit eingeschränkter Weiterbildungsermächtigung fällt der Ärztemangel signifikant höher aus als in Fachabteilungen mit voller Weiterbildungsermächtigung. Bei den übrigen Fachgebieten hat eine volle Weiterbildungsermächtigung hingegen keinen positiven Einfluss auf die Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst. Zum einen sind die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen überwiegend gering, zum anderen fällt der Ärztemangel in Häusern mit voller Weiterbildungsermächtigung sogar tendenziell höher aus.

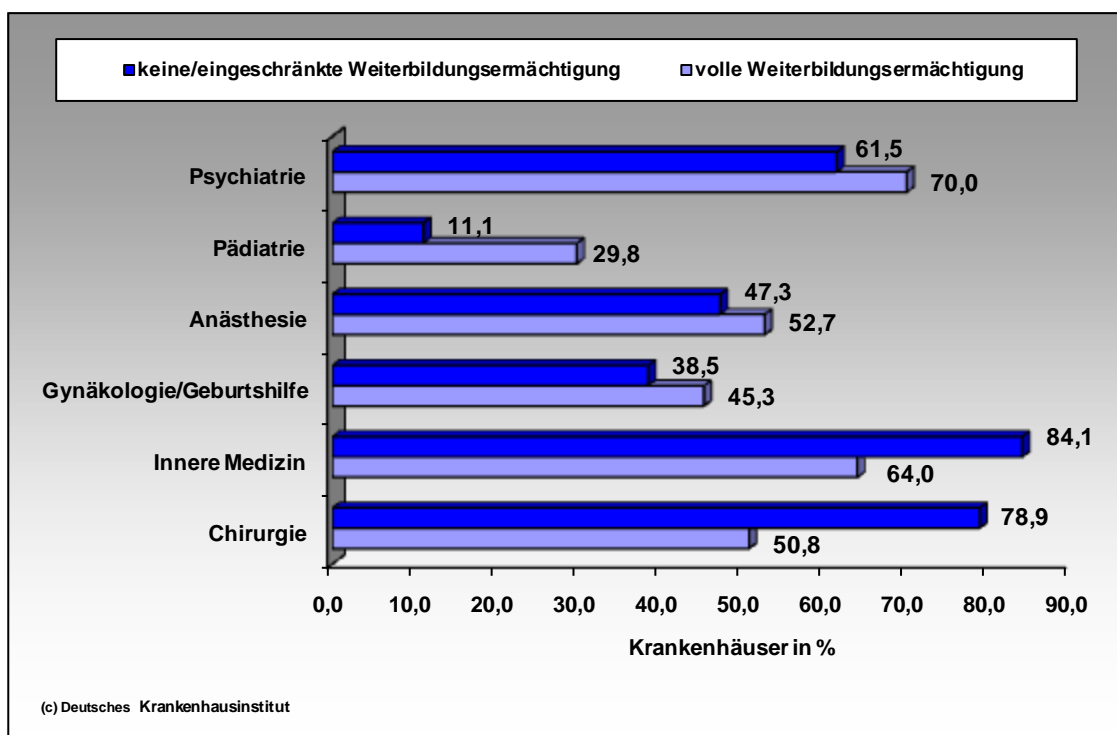


Abb. 56: Ärztemangel je Fachgebiet nach Weiterbildungsermächtigung

In den anderen („kleineren“) Fachabteilungen resultierten im Prinzip ähnliche Ergebnisse. Überwiegend hatten Weiterbildungsermächtigungen keinen signifikanten Einfluss auf den fachgebietsspezifischen Ärztemangel bzw. waren die Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen nicht eindeutig oder konsistent. Einzig für die Neurologie und die Dermatologie waren die Ergebnisse statistisch signifikant ($p < 0,05$): In neurologischen respektive dermatologischen Abteilungen mit voller Weiterbildungsermächtigung fiel der Ärztemangel signifikant niedriger aus als in Einrichtungen mit fehlender oder eingeschränkter Weiterbildungsermächtigung.

8.3 Akademische Lehrkrankenhäuser und Ärztemangel

Neben der Ermächtigung zur Weiterbildung kann auch die Berechtigung zur Ausbildung von Medizinstudenten einen Einflussfaktor des Ärztemangels bilden: Medizinstudenten in Deutschland müssen den klinischen Teil ihres Studiums bzw. das praktische Jahr entweder in einer Universitätsklinik oder an einem akademischen Lehrkrankenhaus absolvieren. Akademische Lehrkrankenhäuser sind vertraglich mit einer medizinischen Fakultät verbunden. Aufgrund ihres vielfach breiten Leistungsspektrums sowie des relativ frühen und vergleichsweise langen Kontaktes mit den angehenden Medizinern könnte es für akademische Lehrkrankenhäuser ggf. leichter sein, Ärzte (vor allem in der Weiterbildung) zu akquirieren oder an sich zu binden.

Diese Hypothese lässt sich nur begrenzt bestätigen. Auf der einen Seite fällt der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst mit jeweils rund drei Vierteln in akademischen Lehrkrankenhäusern und den übrigen Häusern nahezu gleich aus. Auf der anderen Seite sind aber in akademischen Lehrkrankenhäusern 3,3% der Arztstellen unbesetzt, während der entsprechende Anteilswert in den übrigen Einrichtungen bei 5,7% liegt.

8.4 Förderprogramm zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Krankenhäuser führen die ärztliche Weiterbildung nicht nur für den Eigenbedarf, sondern auch für den ambulanten Bereich durch. Gerade angehende Allgemeinmediziner werden nach Abschluss der Weiterbildung nahezu ausschließlich im niedergelassenen Bereich als Hausärzte tätig. Auch vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Ärztemangels im hausärztlichen Bereich haben die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhaus-

gesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband) eine Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin vereinbart, deren zentrales Ziel die langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist. Dies soll primär durch eine vermehrte Bereitstellung von Weiterbildungsstellen erfolgen. Zu diesem Zweck gibt es spezifische Förderbeträge für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.

Mit Beginn des Jahres 2010 hat sich die Fördersumme für angehende Allgemeinmediziner in anderen Fachgebieten als der Inneren Medizin von 1.020 Euro auf 1.750 Euro pro Vollzeitstelle erhöht. Allerdings hat diese Erhöhung nur einen moderaten Effekt auf die Bereitschaft der Krankenhäuser, Allgemeinmediziner weiterzubilden: Rund 20% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland werden auf Grund der erhöhten Fördersumme mehr entsprechende Weiterbildungsstellen in anderen Fachgebieten als der Inneren Medizin anbieten (Abb. 57); 41% verneinen die entsprechende Frage. Allerdings fällt der Anteil der Häuser ohne Angaben bei dieser Fragestellung mit fast 39% relativ hoch aus. Beschränkt man sich auf die Krankenhäuser mit Angaben, dann wird künftig ein Drittel der Einrichtungen mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner anbieten, zwei Drittel hingegen nicht.

Im Bereich der Inneren Medizin liegt die Fördersumme für angehende Allgemeinmediziner konstant bei 1.020 Euro pro Vollzeitstelle. Die Frage, ob bei einer spürbaren Erhöhung der Fördersumme vermehrt Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner geschaffen würden, wird von den Allgemeinkrankenhäusern mit einer vollen oder eingeschränkten Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin tendenziell bejaht: Gut 49% dieser Befragungsteilnehmer (bzw. fast 64% der Häuser mit Angaben) würden in diesem Fall mehr einschlägige Stellen anbieten, rund 28% dagegen nicht. Die übrigen machten hierzu keine Angaben.

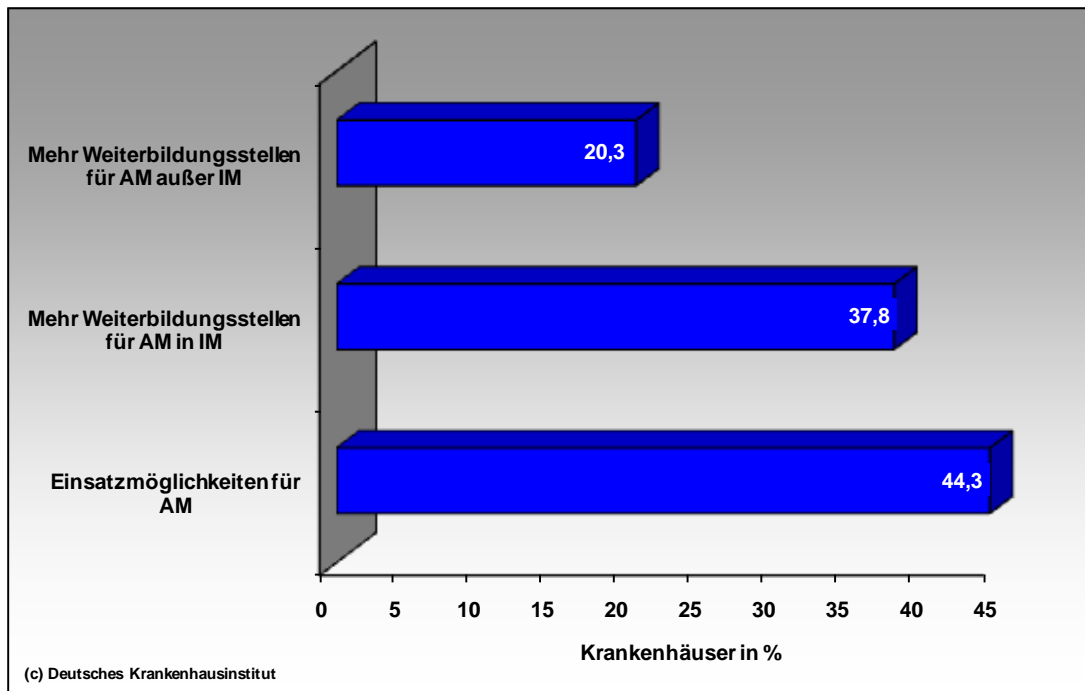


Abb. 57: Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Über die vorrangige ärztliche Tätigkeit im niedergelassenen Bereich hinaus können Allgemeinmediziner ggf. auch im Krankenhaus eingesetzt werden.⁸⁶ Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser befragt, ob sie in ihrem Haus einen Bedarf bzw. Einsatzmöglichkeiten für Fachärzte der Allgemeinmedizin sehen. Diese Frage wurde von gut 44% der Allgemeinkrankenhäuser (bzw. über 64% der Einrichtungen mit Angaben) bejaht (Abb. 57). Ein Viertel hat keinen Bedarf an Allgemeinmedizinern, die übrigen machten hierzu keine Angaben.

Die Häuser mit Bedarf für Allgemeinmediziner sollten im Rahmen einer offenen Frage mögliche Einsatzbereiche von Allgemeinmedizinern im Krankenhaus nennen. Hierbei zeichnen sich drei Schwerpunkte ab: ein Einsatz in der Inneren Medizin bzw. internistischen Teilgebieten (insbesondere Geriatrie), eine Tätigkeit in den ambulanten Bereichen des Krankenhauses (vor allem Ambulanzen, Notfallaufnahmen oder die zentrale Notaufnahme) sowie die Arbeit in der Chirurgie (ggf. mit Schwerpunkt in der Stationstätigkeit).

⁸⁶ Ende 2008 waren allerdings nur 500 Allgemeinmediziner mit abgeschlossener Weiterbildung hauptamtlich in deutschen Krankenhäusern beschäftigt. Das entspricht einem Anteil an den Fachärzten in Krankenhaus von 0,7%. Vgl. Statistisches Bundesamt, 2009

9 Mitarbeiterakquise

9.1 Finanzielle Anreize zur Ärzteakquise

Angesichts eines nahezu flächendeckenden Ärztemangels stellt sich die Frage nach Gegenmaßnahmen der Krankenhäuser, um zusätzliche Ärzte zu gewinnen. Eine nahe liegende Möglichkeit zur Akquise und Bindung ärztlicher Mitarbeiter besteht darin, ihnen besondere finanzielle Anreize zu bieten. Von dieser Möglichkeit machen die Krankenhäuser zusehends Gebrauch (Abb. 58):

So leistet jedes vierte Krankenhaus häufig außer- oder übertarifliche Zahlungen. In rund 40% der Krankenhäuser ist dies zumindest manchmal der Fall.

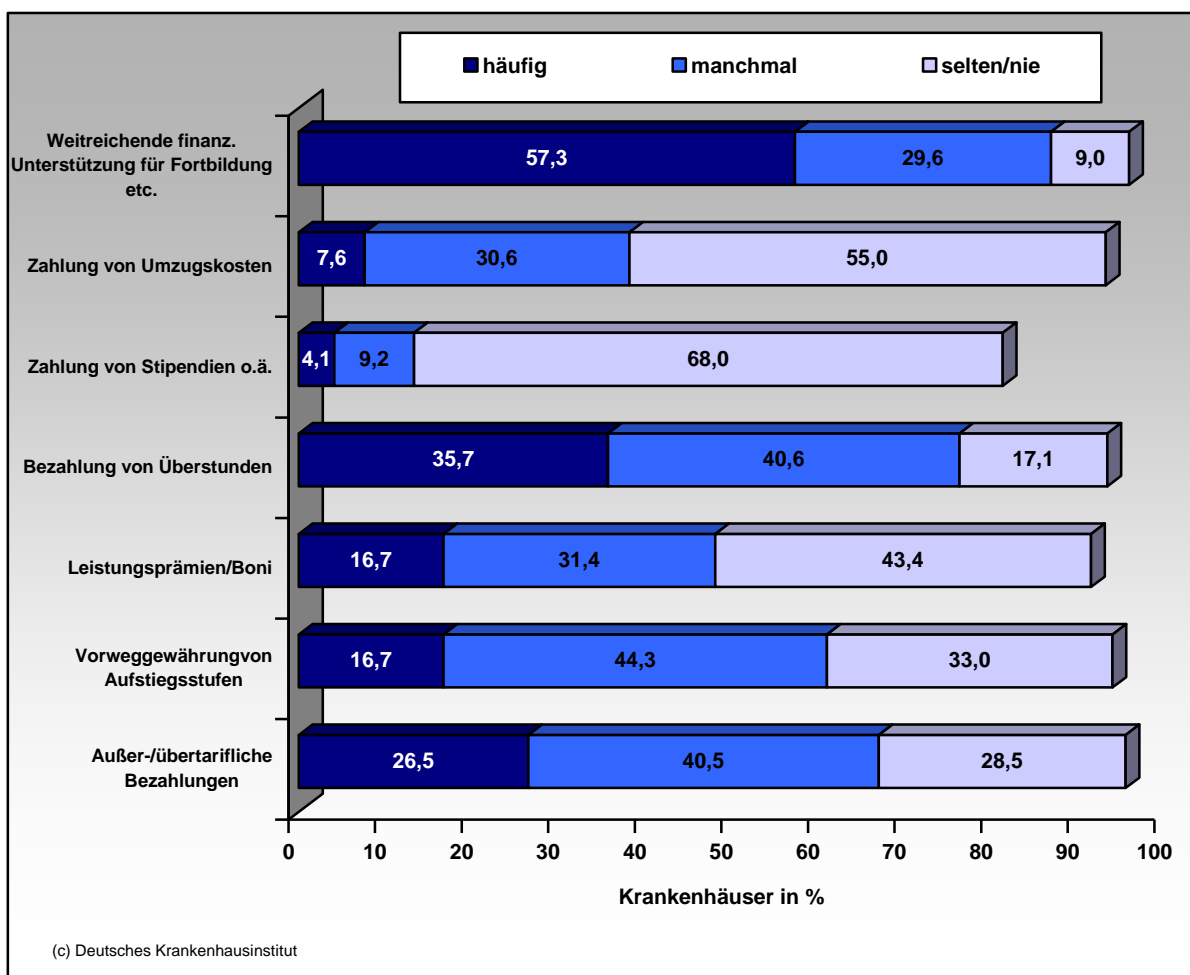


Abb. 58: Finanzielle Anreize zur Ärzteakquise

Darüber hinaus zahlt jeweils jedes sechste Krankenhaus häufig Leistungsprämien, Boni o. ä. für seine Ärzte bzw. offeriert häufig eine Vorweggewährung von Aufstiegsstufen im Tarif.

Rund ein Drittel (Leistungsprämien) bzw. fast die Hälfte der Einrichtungen (Vorziehen von Aufstiegsstufen) bietet entsprechende finanzielle Anreize zudem gelegentlich an.

Am weitesten verbreitet unter den finanziellen Anreizinstrumenten ist die finanzielle Unterstützung für Kosten von Fortbildung, Kongressen etc., die mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (57,3%) häufiger anbietet. Noch eher selten anzutreffen sind die Zahlung von Umzugskosten sowie insbesondere die Zahlung von Stipendien o. ä. für Medizinstudenten bei Verpflichtung zur Fachweiterbildung im jeweiligen Krankenhaus.

Weitere finanzielle Anreize, die im Rahmen einer offenen Frage genannt wurden, sind beispielsweise Erfolgs-, Erlös- oder Poolbeteiligungen, befristete Mietzuschüsse, einmalige Sonderzahlungen bei Arbeitsantritt, die großzügige Gewährung von Nebentätigkeiten sowie die Beteiligung an der privaten Altersvorsorge bzw. der privaten Unfallversicherung.

Entsprechende finanzielle Anreizinstrumente werden überproportional von Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst eingesetzt. Innerhalb dieser Gruppe haben Krankenhäuser, welche finanzielle Anreizinstrumente häufig nutzen, relativ einen größeren Ärztemangel als Einrichtungen, die nur manchmal oder selten bzw. nie besondere finanzielle Anreize bieten, um Ärzte zu akquirieren. Einstweilen bildet ein breiter Einsatz finanzieller Instrumente somit eher eine Reaktion auf bzw. eine Folge des Ärztemangels als eine wirksame Gegenmaßnahme zu dessen Abbau.

9.2 Honorarärzte, Vertragsärzte und ausländische Ärzte im Krankenhaus

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für Stellen im Ärztlichen Dienst findet, kann es ggf. versuchen, Ärzte anderweitig zu akquirieren. Abbildung 59 zeigt die Häufigkeit einschlägiger Maßnahmen diesbezüglich: Demnach beauftragen jeweils mehr als 60% der Krankenhäuser bereits Personalagenturen zur Arztsuche bzw. beschäftigen sog. Honorarärzte.⁸⁷

Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne eigene Praxis bzw. ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen Honorar im Krankenhaus tätig sind. Davon zu

⁸⁷ Da Honorarärzte vielfach über Personalagenturen vermittelt werden, dürfte es bei diesen Fragestellungen Redundanzen in den Antworten geben.

unterscheiden sind honorarärztlich tätige Ärzte, die neben ihrer Tätigkeit in eigener Praxis oder als angestellter Arzt gegen Honorar im Krankenhaus arbeiten.⁸⁸

Darüber hinaus können niedergelassene Ärzte noch gemäß dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) am Krankenhaus beschäftigt sein. Danach können Vertragsärzte zeitlich befristet auch als Angestellte im Krankenhaus arbeiten. Diese Regelung findet mittlerweile in gut einem Viertel der Krankenhäuser (25,8%) Anwendung. Darüber hinaus akquirieren 39% der Häuser gezielt Ärzte aus dem Ausland.

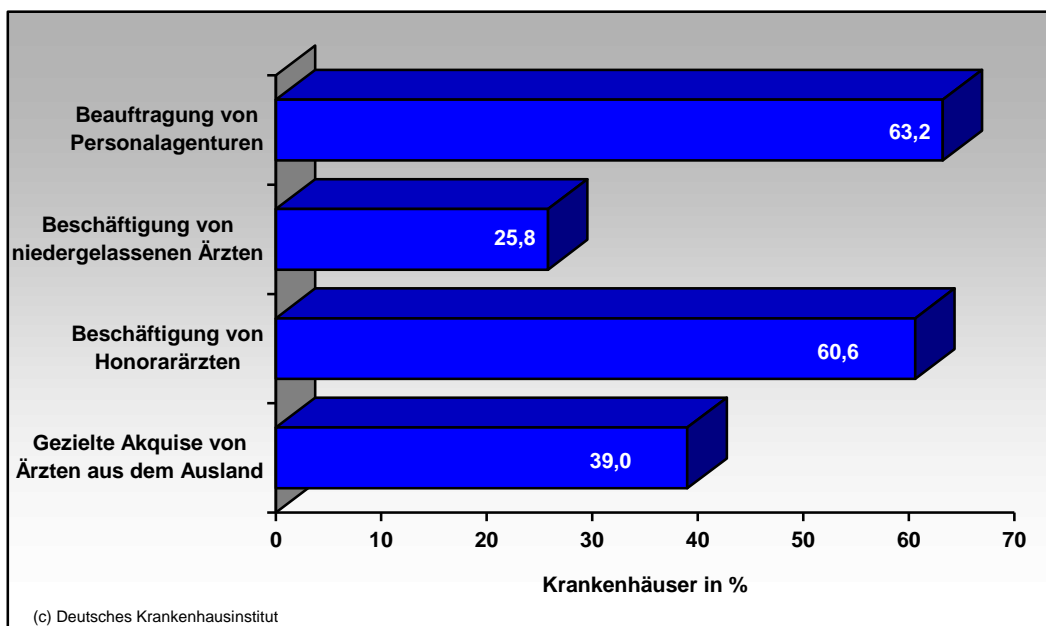


Abb. 59: Sonstige Maßnahmen zur Ärzteakquise

Die Einschaltung von Personalagenturen bzw. der Einsatz von Honorarärzten findet in kleineren Häusern unter 100 Betten signifikant seltener statt. Ansonsten gibt es keine nennenswerten Unterschiede nach Bettengrößenklassen, weder bei diesen Merkmalen noch mit Blick auf die Beschäftigung niedergelassener Ärzte und die gezielte Akquise ausländischer Ärzte.

In Krankenhäusern, welche Honorarärzte beschäftigen, arbeiteten 2009 im Durchschnitt (Median) zwei Honorarärzte auf Vollzeitstellen; der untere Quartilswert lag bei einem Honorararzt und der obere Quartilswert bei drei Ärzten.⁸⁹ Nach Krankenhausgröße variiert der

⁸⁸ Vgl. www.bv-honoraraerzte.de

⁸⁹ Die jeweilige Dauer der Beschäftigung wurde nicht erhoben. Insofern dürfen die Werte nicht als Vollkraftäquivalente bezogen auf das gesamte Jahr interpretiert werden.

Median der Verteilung zwischen einem Honorararzt (Krankenhäuser unter 100 Betten) und drei Ärzten (Krankenhäuser ab 600 Betten), in den mittleren Bettengrößenklassen liegt er bei zwei Honorarärzten.

Krankenhäuser mit der Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten gemäß VÄndG hatten im Durchschnitt (Median) einen niedergelassenen Arzt angestellt. Der untere Quartilswert liegt gleichfalls bei einem Arzt, der obere Quartilswert bei zwei niedergelassenen Ärzten. Der Median der Verteilung lag in den Bettengrößenklassen unter 300 Betten bei einem nach VÄndGVÄndG angestellten Arzt, in den Bettengrößenklassen ab 300 Betten bei zwei niedergelassenen Ärzten.⁹⁰

Aus nahe liegenden Gründen erfolgt die gezielte Akquise ausländischer Ärzte sowie die Zusammenarbeit mit Personalagenturen bzw. Honorarärzten in Krankenhäusern mit Ärztemangel signifikant häufiger als in Einrichtungen ohne entsprechende Probleme. Die Ergebnisse belegen nachdrücklich, dass die Krankenhäuser Honorarärzte sowie teilweise auch ausländische Ärzte gezielt zur Kompensation des Ärztemangels einsetzen. Einzig hinsichtlich der Beschäftigung niedergelassener Ärzte gemäß VÄndG gibt es keine nennenswerten Unterschiede in Abhängigkeit vom Ärztemangel (Abb. 60).

⁹⁰ Bei der ebenfalls erhobenen Anzahl ausländischer Ärzte waren die Ergebnisse nicht verwertbar, weil viele Befragungsteilnehmer die Gesamtzahl ihrer ausländischen Ärzte angegeben haben, also nicht zwischen zur Behebung des Ärztemangels gezielt aus dem Ausland akquirierten Ärzten und sonstigen Ärzten mit ausländischer Herkunft unterscheiden konnten oder wollten.

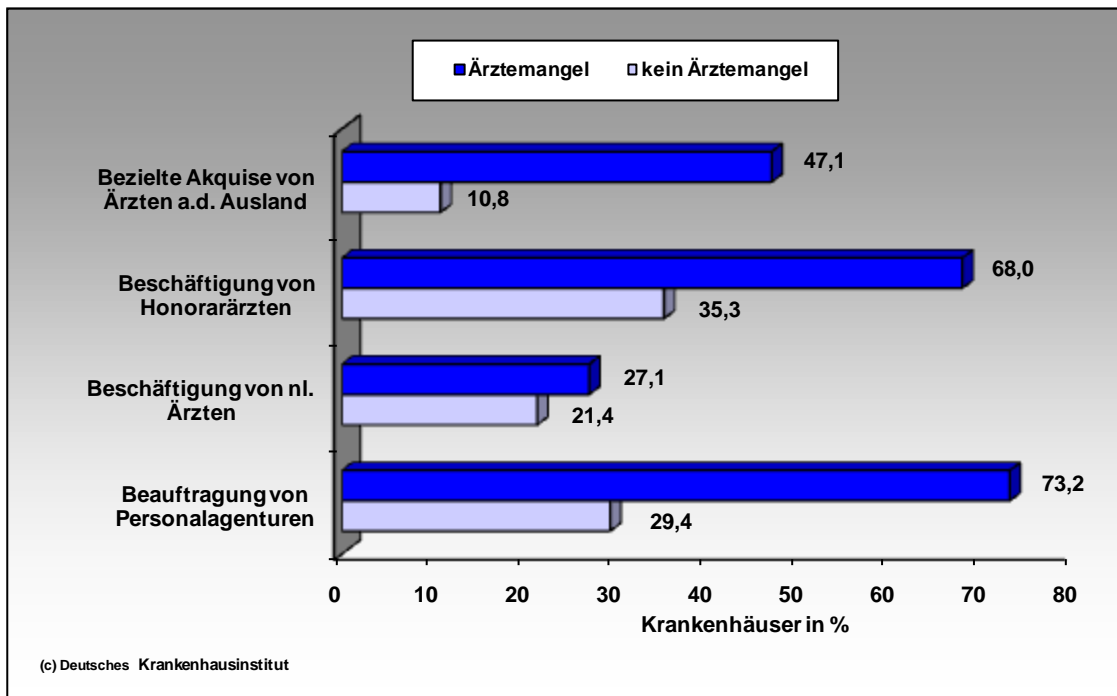


Abb. 60: Ärztemangel nach Einsatz externer Ärzte

9.3 Sonstige Maßnahmen zur Ärzteakquise

Über finanzielle Anreizinstrumente und den Einsatz bestimmter Arztgruppen hinaus sollten die Krankenhäuser angeben, welche weiteren Maßnahmen sie für erfolgsversprechend halten, um neue Ärzte zu gewinnen. Abbildung 61 zeigt die Mittelwerte für die entsprechenden Maßnahmen auf einer vierstufigen Skala.

Demnach betrachten die Krankenhäuser vor allem die Nutzung persönlicher Kontakte sowie Stellenanzeigen in Fachzeitschriften und auf der Homepage des Krankenhauses als vergleichsweise erfolgsversprechend. Auch angesichts einer marginalen Arbeitslosigkeit bzw. einer faktischen Vollbeschäftigung unter Medizinern wird dagegen insbesondere die Einschaltung des Arbeitsamtes als weitgehend nutzlos angesehen.

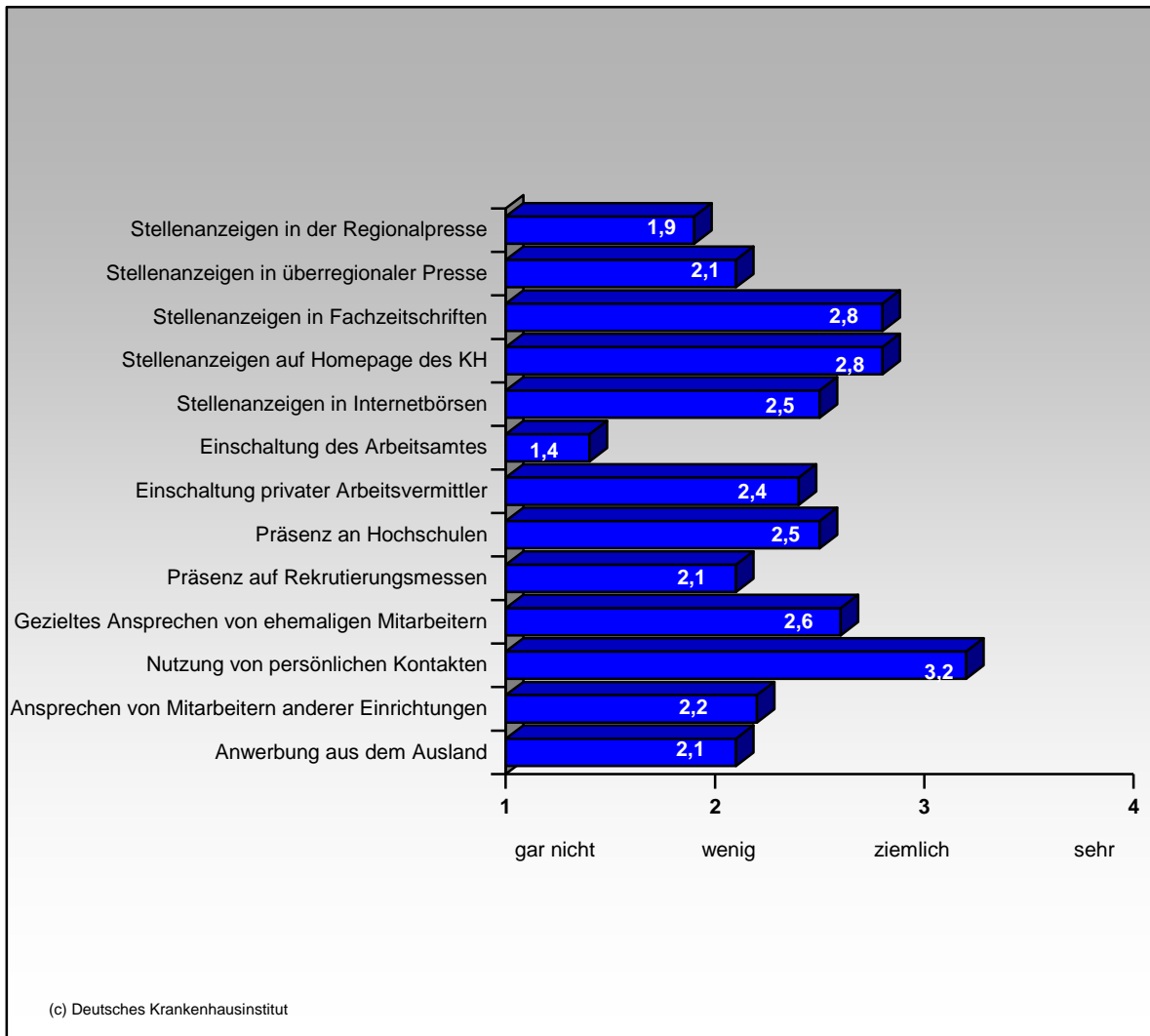


Abb. 61: Erfolgsversprechende Maßnahmen zur Ärzteakquise – Mittelwerte

Die Erfolgsträchtigkeit der übrigen Maßnahmen wird zumindest im statistischen Durchschnitt eher zurückhaltend eingeschätzt. Das schließt nicht aus, dass sie im Einzelfall oder aus Sicht bestimmter Gruppen von Krankenhäusern durchaus wirksam sind.

Ausmaß und Relevanz des Ärztemangels im Krankenhaus lassen sich auch daran ablesen, dass die Ausgaben für Stellenanzeigen, Personalvermittler etc. speziell für den Ärztlichen Dienst in den letzten zwei Jahren in zahlreichen Krankenhäusern spürbar gestiegen sind (Abb. 62): In fast 85% der befragten Krankenhäuser haben sie deutlich (57,7%) oder eher zugenommen (27,0%).

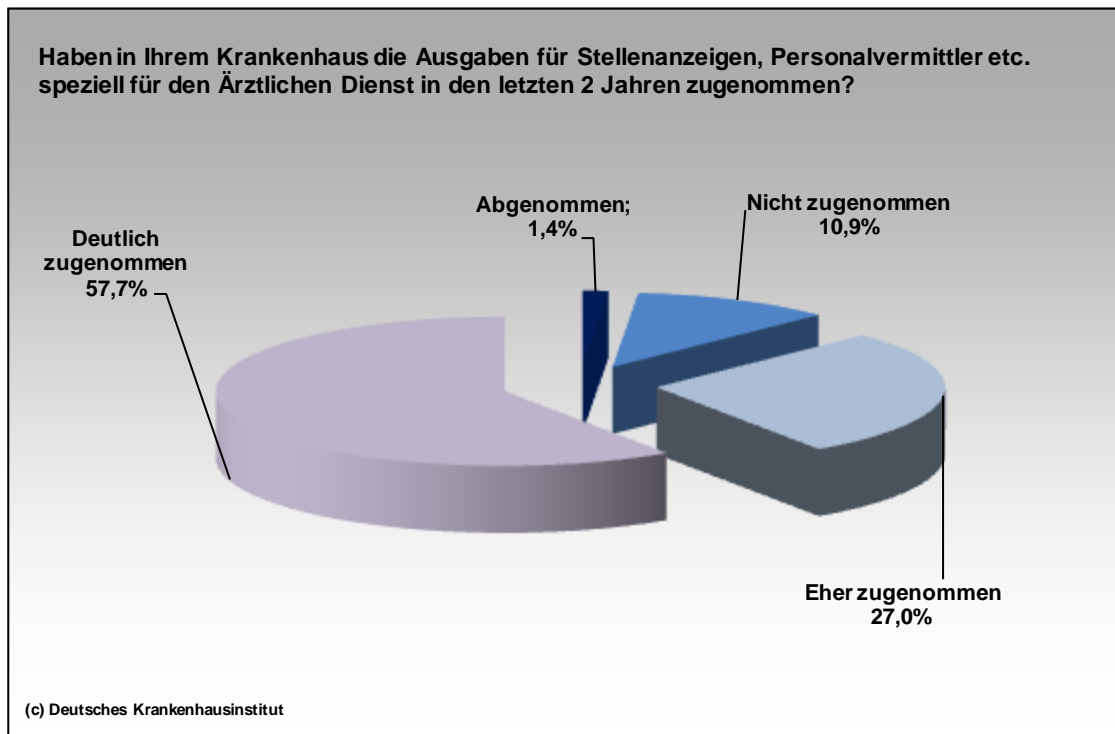


Abb. 62: Entwicklung der Ausgaben für Stellenanzeigen, Personalvermittler, etc. in den letzten zwei Jahren

10 Familienfreundlichkeit

Da in der heutigen Zeit nicht mehr nur hauptsächlich Frauen sondern auch immer mehr Männer Zeit in Familienarbeit investieren, sind die Krankenhäuser verstärkt gefragt, familienfreundliche Arbeitsplätze einzurichten. Zur Unterstützung ihrer Beschäftigten bietet eine Reihe von Häusern schon Kinderbetreuungsmöglichkeiten, flexible Arbeitszeiten oder Qualifizierungsmöglichkeiten während oder nach der Elternzeit an.

10.1 Betriebliche Kinderbetreuung

Mit Hinblick auf den Ärztemangel bilden familienfreundliche Arbeitsbedingungen einen möglichen Einflussfaktor von Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst. Daher sollten die Krankenhäuser angeben, welche Maßnahmen sie im Bereich der betrieblichen Kinderbetreuung durchführen, um ihr Haus attraktiver für Mitarbeiter zu gestalten.

Demnach bieten 19% der Krankenhäuser betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung an und 15% halten betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen (z. B. Kindergärten oder –krippen) vor (Abb. 63).

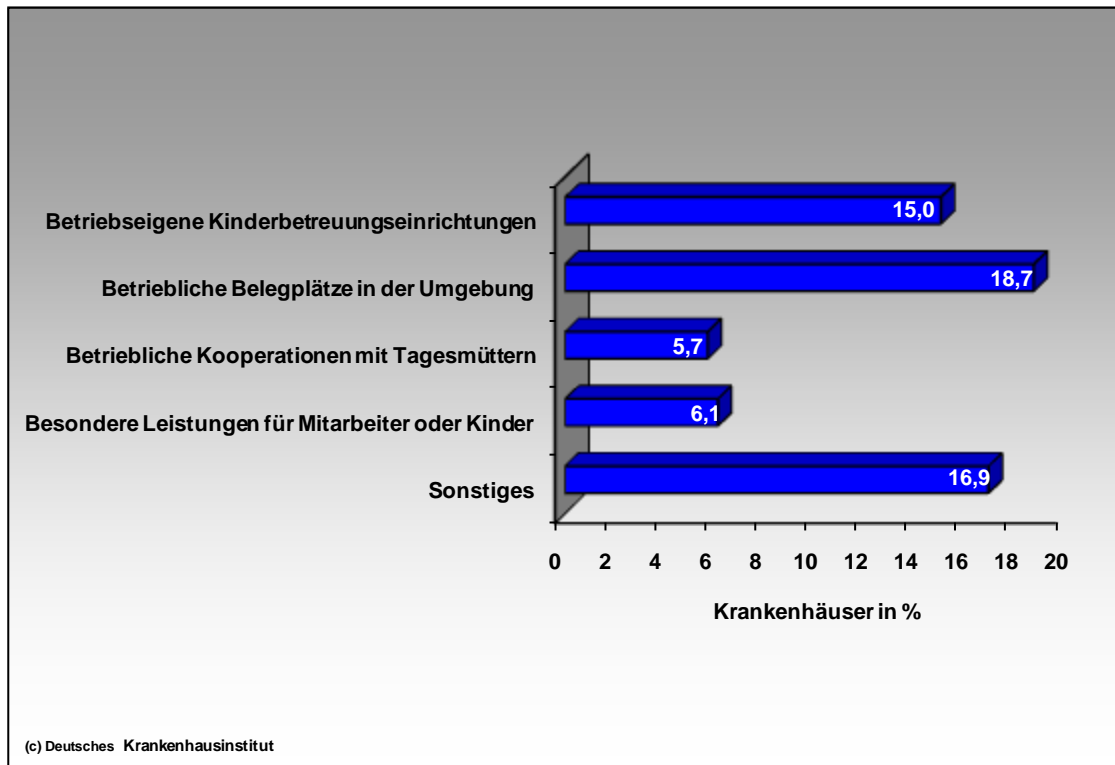


Abb. 63: Maßnahmen im Bereich der Familienorientierung

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Befragungsteilnehmer zudem angeben, welche sonstigen Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder in ihren Kliniken vorgehalten werden. Hier beziehen sich die Angebote zu einem Großteil auf den Bereich der flexiblen Arbeitszeitgestaltung und Einrichtung von Teilzeitmodellen. Einige Kliniken bieten zudem Ferien- und Freizeitbetreuung für Kinder an oder auch finanzielle Unterstützung für Ferien- und Freizeitbetreuung.

Deutliche Unterschiede bei den Unterstützungsangeboten zeigen sich im Hinblick auf die Krankenhausgröße. Die Hälfte aller Krankenhäuser ab 600 Betten hat betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen, während nur knapp ein Viertel der Häuser mit 300 bis 599 Betten diesen Service anbietet. Ebenso bieten eher große Häuser betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung an als kleinere Kliniken.

Die Kinderbetreuungsangebote werden vielfach genutzt, um dem Ärztemangel z. B. bei bereits bestehenden Problemen zu begegnen: So sind betriebliche Belegplätze in Kinderbe-

betreuungseinrichtungen der Umgebung signifikant häufiger im Angebot von Kliniken mit Ärztemangel als von Krankenhäusern ohne Ärztemangel. Die aufwendigere und dauerhaftere Einrichtung von betrieblichen Kinderbetreuungseinrichtungen kann dagegen schon teilweise Abmilderung schaffen: In den Krankenhäusern mit betriebseigenen Kinderbetreuungseinrichtungen sind im Bundesdurchschnitt 3,1% der Arztstellen unbesetzt, während der entsprechende Anteilswert in den übrigen Einrichtungen bei 4,6% liegt.

10.2 Bedarfsgerechtigkeit der betrieblichen Kinderbetreuung

Krankenhäuser, die betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen führen oder betriebliche Belegplätze in der Umgebung haben, sollten nachfolgend angeben, ob die Platzzahlen in diesen Einrichtungen dem Bedarf der ärztlichen Mitarbeiter ihrer Häuser entsprechen.

Ungefähr die Hälfte aller Krankenhäuser gibt an, dass die Platzzahlen der Kinderbetreuungseinrichtungen ihrem Bedarf entsprechen (Abb. 64). Bei einem weiteren Drittel der Befragten ist dies teilweise der Fall.

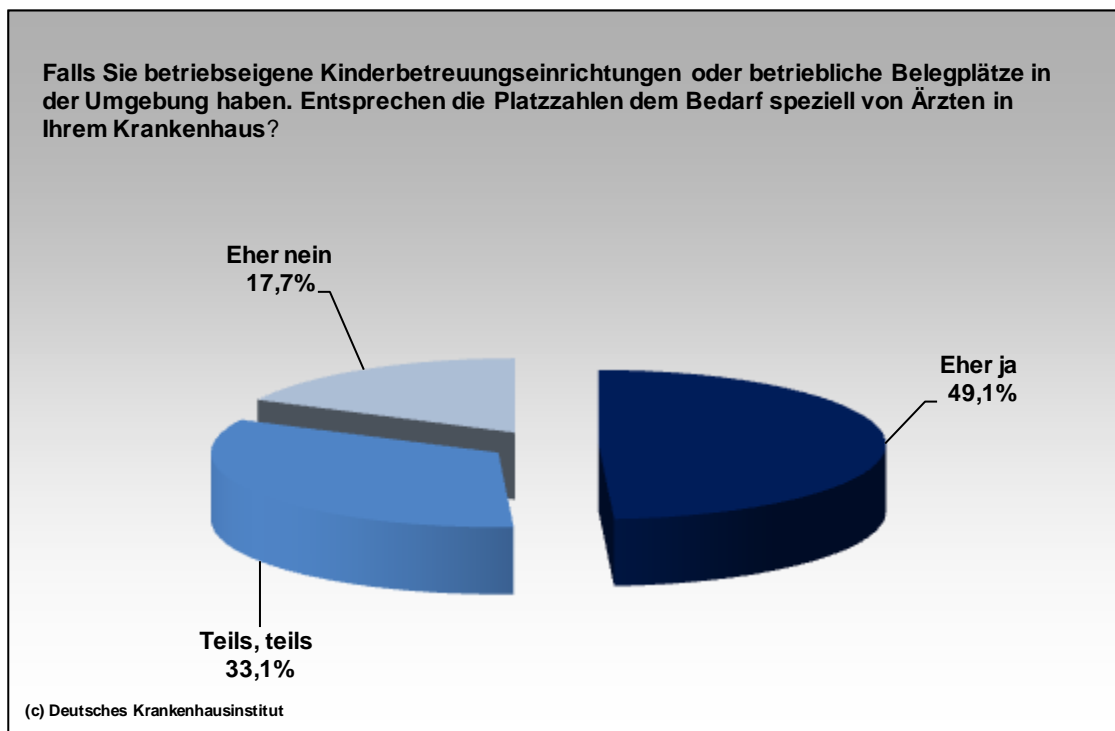


Abb. 64: Bedarfsgerechte Platzzahlen betrieblicher Kinderbetreuungsangebote

Dabei stufen eher kleinere Häuser die Platzzahlen als bedarfsgerecht ein: So wird etwa die Anzahl der angebotenen Plätze von drei Vierteln der Einrichtungen unter 100 als bedarfsent-

sprechend für die dort tätigen Ärzte bewertet. Obwohl große Kliniken und insbesondere Universitätskliniken zu einem hohen Anteil Kinderbetreuungsplätze anbieten, wird dieser Service nur zu einem geringen Prozentsatz (8%) als bedarfsgerecht angesehen.

Hinsichtlich der Anzahl der Plätze in der betrieblichen Kinderbetreuung gibt es keine nennenswerten Unterschiede in Abhängigkeit vom Ärztemangel.

10.3 Öffnungszeiten der betrieblichen Kinderbetreuung

Ein Drittel aller Krankenhäuser mit Kinderbetreuungsangeboten hält die Öffnungszeiten der Einrichtungen den besonderen Dienstzeiten von Ärzten für angemessen (Abb. 65). Bei rund 45% der Häuser ist dies teilweise der Fall.

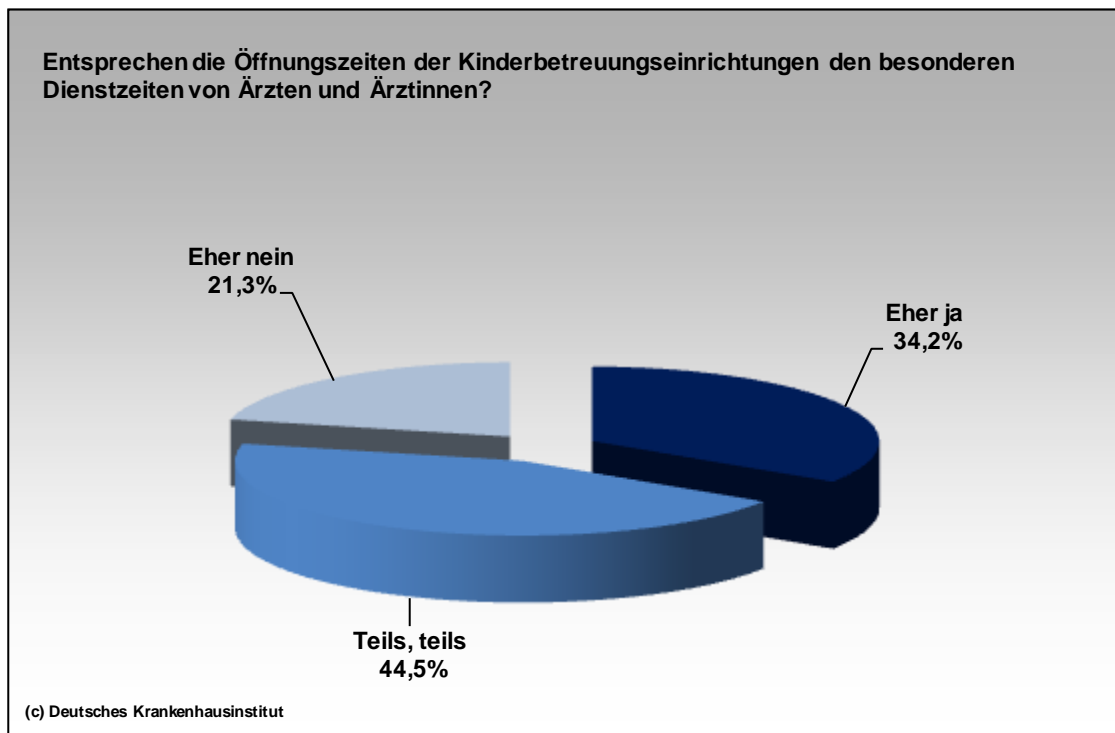


Abb. 65: Bedarfsgerechte Öffnungszeiten betrieblicher Kinderbetreuungseinrichtungen

Trotz hoher Zufriedenheit mit der Anzahl der Kinderbetreuungsplätze bei den Krankenhäusern unter 100 Betten, hält nur knapp ein Viertel der Häuser die Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen für ausreichend. Ungefähr die Hälfte aller größeren Krankenhäuser findet jedoch die Öffnungszeiten ihrer Betreuungseinrichtungen ausreichend.

Die Öffnungszeiten der betrieblichen Kinderbetreuungseinrichtungen korrelieren moderat mit dem Ärztemangel: In den Krankenhäusern, in denen die Dienstzeiten der Kinderbetreuungs-

einrichtungen als bedarfsgerecht für die Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes angesehen werden, sind im Bundesdurchschnitt 3,4% der Arztstellen unbesetzt, während der entsprechende Anteilswert in den übrigen Einrichtungen bei 4,4% liegt.

10.4 Qualifizierungsmöglichkeiten für Ärzte in und nach der Elternzeit

Als weitere wichtige Maßnahme im Bereich der Familienorientierung gilt die Qualifizierungsmöglichkeit in oder nach der Elternzeit. Daher sollten die Krankenhäuser angeben, welche Qualifizierungsmöglichkeiten sie standardmäßig für Ärzte in diesem Bereich anbieten.

Gut zwei Drittel aller Krankenhäuser bieten standardmäßig Arbeitseinsätze während der Elternzeit an und 40% der Häuser haben Kontakthalteprogramme (Abb. 66). Weniger verbreitet sind hingegen Fortbildungsangebote während der Elternzeit (28,2%) sowie Wiedereinstiegsprogramme in den Beruf (9,2%).

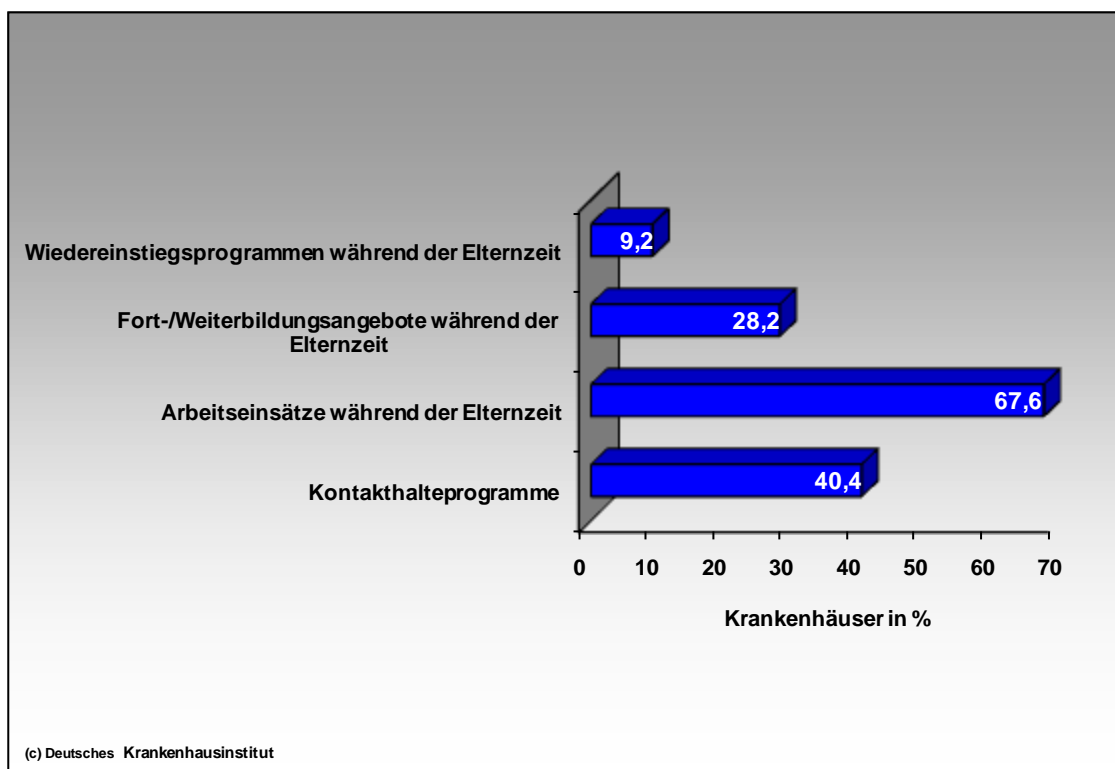


Abb. 66: Qualifizierungsmöglichkeiten für Ärzte in/nach der Weiterbildung

Während Kontakthalteprogramme von Kliniken jeglicher Größe angeboten werden, sind Fort- und Weiterbildungsangebote während der Elternzeit eher im Angebot der größeren Häuser als bei den kleinen Krankenhäusern zu finden. Ebenso sind Arbeitseinsätze während der El-

ternzeit regelmäßig bei den größeren Kliniken zu finden, jedoch in geringerem Maße bei den Krankenhäusern unter 100 Betten.

Deutliche Unterschiede bei den Qualifizierungsmöglichkeiten in und nach der Elternzeit gibt es im Ost-West Vergleich: Wiedereinstiegsprogramme während der Elternzeit bieten nur 8% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern an; doppelt so hoch ist dagegen das Angebot der Kliniken in den neuen Bundesländern. Ein Viertel aller Kliniken in den alten Bundesländern und knapp die Hälfte der Häuser in den neuen Bundesländern bieten Fort- und Weiterbildungsangebote während der Elternzeit an. Auch bei den Kontakthalteprogrammen ist das Angebot der Krankenhäuser in den alten Bundesländern deutlich geringer (37%) als bei den Kliniken in den neuen Bundesländern (63%).

Deutliche Anzeichen für erste Gegensteuerungsmaßnahmen der Kliniken mit Ärztemangel sind, dass Wiedereinstiegsprogramme während der Elternzeit signifikant häufiger in Häusern mit Ärztemangel angeboten werden als in Kliniken ohne Ärztemangel. Auch Kontakthalteprogramme während der Elternzeit werden häufiger von Krankenhäusern mit Ärztemangel als von Einrichtungen ohne Ärztemangel durchgeführt. Auf der anderen Seite versuchen auch Krankenhäuser, in denen kein Ärztemangel vorherrscht, ihr ärztliches Personal während der Elternzeit durch Bildungsangebote und Arbeitseinsätze an die Klinik zu binden. Die Bemühungen der Häuser mit nachgewiesenem Ärztemangel, ihre Ärzte während der Elternzeit weiterhin in der Patientenversorgung einzusetzen oder einen Wiedereinstieg nach der Elternzeit im Haus zu garantieren, sind jedoch deutlich höher (Abb. 67).

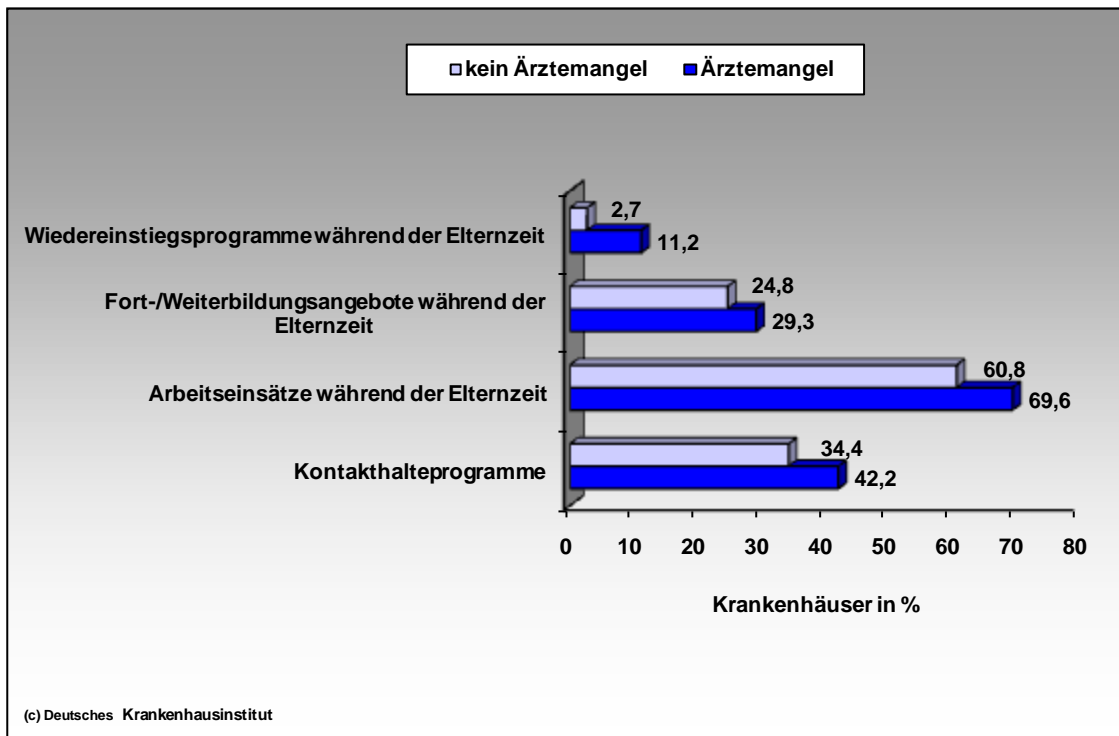


Abb. 67: Ärztemangel nach Qualifizierungsmöglichkeiten in/nach der Weiterbildung

11 Personalmanagement

Die Gewinnung von Mitarbeitern wird durch den spürbaren Ärztemangel für viele Kliniken immer mehr zum Problem. Um dem entgegenzuwirken, wird vielfach schon versucht, mit Mitteln des Personalmanagements Angebote und krankenhausspezifische Konzepte zu entwickeln, welche die Attraktivität des eigenen Hauses für Mitarbeiter erhöhen sollen.

11.1 Arbeitszeitflexibilisierung

Nachfolgend wurden die teilnehmenden Krankenhäuser nach den Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung befragt, die sie standardmäßig im Ärztlichen Dienst anbieten.

Demnach wird von gut drei Vierteln der Einrichtungen Weiterbildung in Teilzeit angeboten. 61% der Kliniken haben eine vom normalen Regel-/ Schichtdienst abweichende Dienstzeitgestaltung bei Vollkräften (z.B. späterer Dienstbeginn, zeitversetzte Dienste o. ä.) und ca. die Hälfte aller Häuser bietet Möglichkeiten zur befristeten Auszeit (Abb. 68).

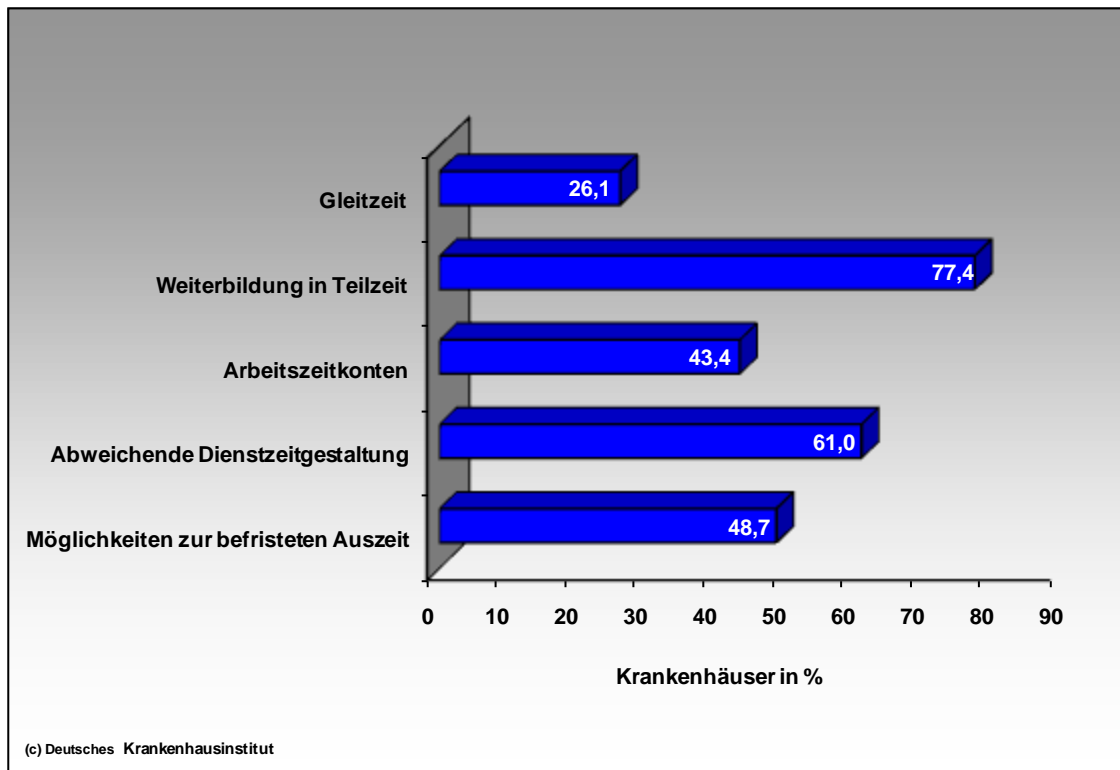


Abb. 68: Angebote der Arbeitszeitflexibilisierung

Sichtbare Unterschiede bei den Angeboten der Arbeitszeitflexibilisierung sind im Hinblick auf die Größe der Krankenhäuser zu finden. Weiterbildung in Teilzeit wird zwar von einem hohen Prozentsatz der kleineren Kliniken angeboten, größere und große Kliniken zeigen in diesem Bereich jedoch ein noch größeres Engagement mit 90% der Häuser mit 300 bis 599 Betten und 84% aller Kliniken ab 600 Betten. Tendenziell werden eine abweichende Dienstzeitgestaltung und Möglichkeiten zur befristeten Auszeit ebenfalls häufiger in größeren als in kleineren Krankenhäusern angeboten.

Das Angebot der Gleitzeit machen die Hälfte aller psychiatrischen Kliniken und lediglich 22% der Allgemeinkrankenhäuser. Im Unterschied zu den Häusern der alten Bundesländer (24%), bietet ein großer Teil der Kliniken der neuen Bundesländer (44%) seinen Mitarbeitern die Möglichkeit zur Gleitzeit.

Hinsichtlich der Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung gibt es keine nennenswerten Unterschiede in Abhängigkeit vom Ärztemangel.

11.2 Vermeidung oder Abbau von Mehrarbeit

Neben den Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie gezielte Maßnahmen zur Vermeidung oder zum Abbau von Mehrarbeit / Überstunden im Ärztlichen Dienst durchführen.

Demzufolge führt ungefähr ein Drittel aller Krankenhäuser gezielte Maßnahmen zur Vermeidung oder zum Abbau von Mehrarbeit / Überstunden durch, während 18% der Kliniken angeben, keine nennenswerte Mehrarbeit zu leisten (Abb. 69).

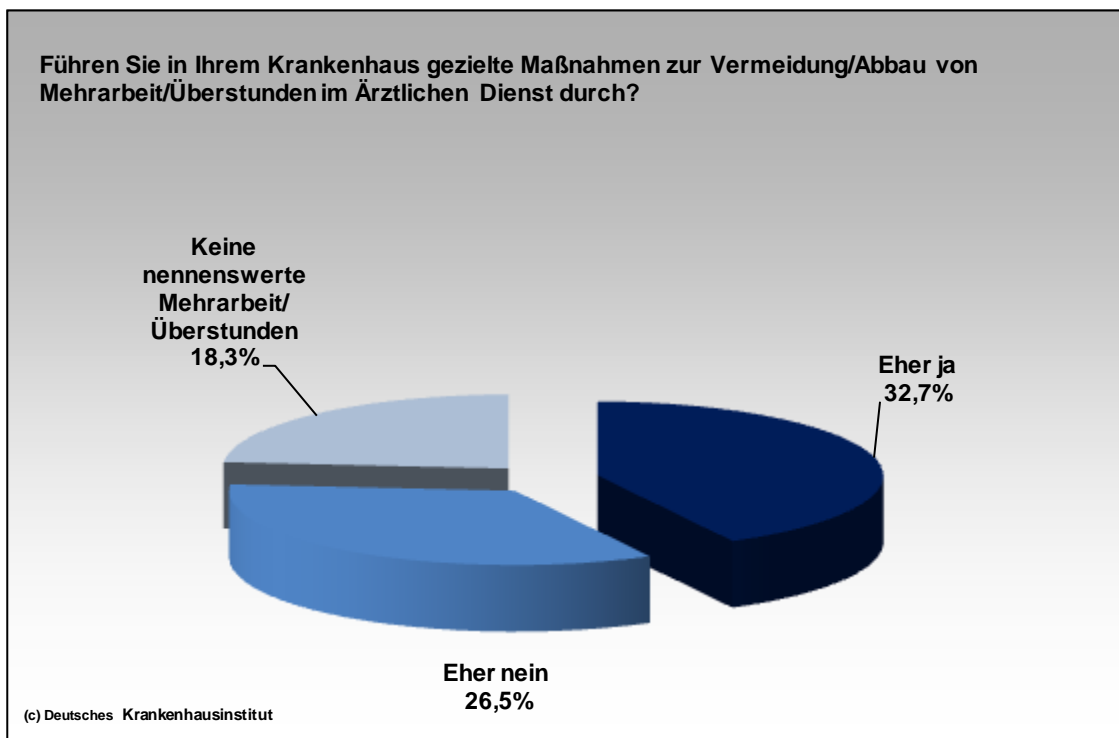


Abb. 69: Durchführung gezielter Maßnahmen zur Vermeidung oder zum Abbau von Mehrarbeit / Überstunden

Gezielte Maßnahmen zur Vermeidung oder zum Abbau von Mehrarbeit werden bevorzugt in großen Kliniken ab 600 Betten durchgeführt. Tendenziell wird in größeren Kliniken mehr Mehrarbeit geleistet, als in kleineren Kliniken. So haben knapp ein Viertel der Häuser unter 100 Betten und lediglich 8% der Häuser ab 600 Betten angegeben, keine nennenswerte Mehrarbeit zu leisten.

Jede vierte psychiatrische Klinik und jedes dritte Allgemeinkrankenhaus führt Maßnahmen zur Vermeidung oder zum Abbau von Mehrarbeit / Überstunden durch. Jedoch geben auch 40% der psychiatrischen Kliniken an, keine nennenswerte Mehrarbeit zu leisten, während dies nur 15% der Allgemeinkrankenhäuser bestätigen können.

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Befragungsteilnehmer zusätzlich angeben, welche Maßnahmen zum Abbau von Mehrarbeit in ihren Einrichtungen durchgeführt werden. Hier dominierten Modelle der Arbeitszeitflexibilisierung und zum Freizeitausgleich, wie z.B. Arbeitszeitkonten und flexible Dienstzeitgestaltung. Einige der Häuser setzen dagegen auf gezieltes Monitoring und Controlling der Arbeitszeiten. In anderen Kliniken wurden Organisationsprozesse (z.B. ärzteentlastende Maßnahmen durch delegierbare Aufgaben, Einsatz von Assistenzberufen, etc.) verändert oder optimiert. Nur wenige Krankenhäuser haben Anpassungen im Stellenplan vorgenommen und zusätzliches Personal akquiriert.

Einen mildernden Effekt auf die Anzahl der offenen Stellen haben Bemühungen der Krankenhäuser zur Vermeidung von Mehrarbeit im Ärztlichen Dienst. So sind in Krankenhäusern, die gezielt Maßnahmen zur Vermeidung oder zum Abbau von Mehrarbeit / Überstunden im Ärztlichen Dienst durchführen, im Bundesdurchschnitt 3,3% der Arztstellen unbesetzt. Demgegenüber haben Einrichtungen, die keine Maßnahmen durchführen, 4,8% offene Stellen zu verzeichnen.

11.3 Personalentwicklung

Ein mitarbeiterorientiertes Personalmanagement erhöht die Arbeitsplatzattraktivität und kann somit positiv zur Mitarbeiterbindung beitragen. Daher wurden die Krankenhäuser gefragt, welche Maßnahmen zur Personalentwicklung in ihren Einrichtungen zum Einsatz kommen.

In jeweils mehr als 40% der Krankenhäuser kommen schriftliche Einarbeitungskonzepte und strukturierte Mitarbeitergespräche häufig zum Einsatz. Knapp ein Drittel aller Kliniken führt häufig mit ihren Mitarbeitern Zielvereinbarungsgespräche durch bzw. verfügt häufig über schriftliche Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen der Weiterbildungskonzepte. Beurteilungssysteme für Vorgesetzte und Führungskräftebildungen für Chefarzte oder Oberärzte sind hingegen weniger verbreitet und Karriereplanungen für Ärzte werden nur sporadisch durchgeführt (Abb. 70).

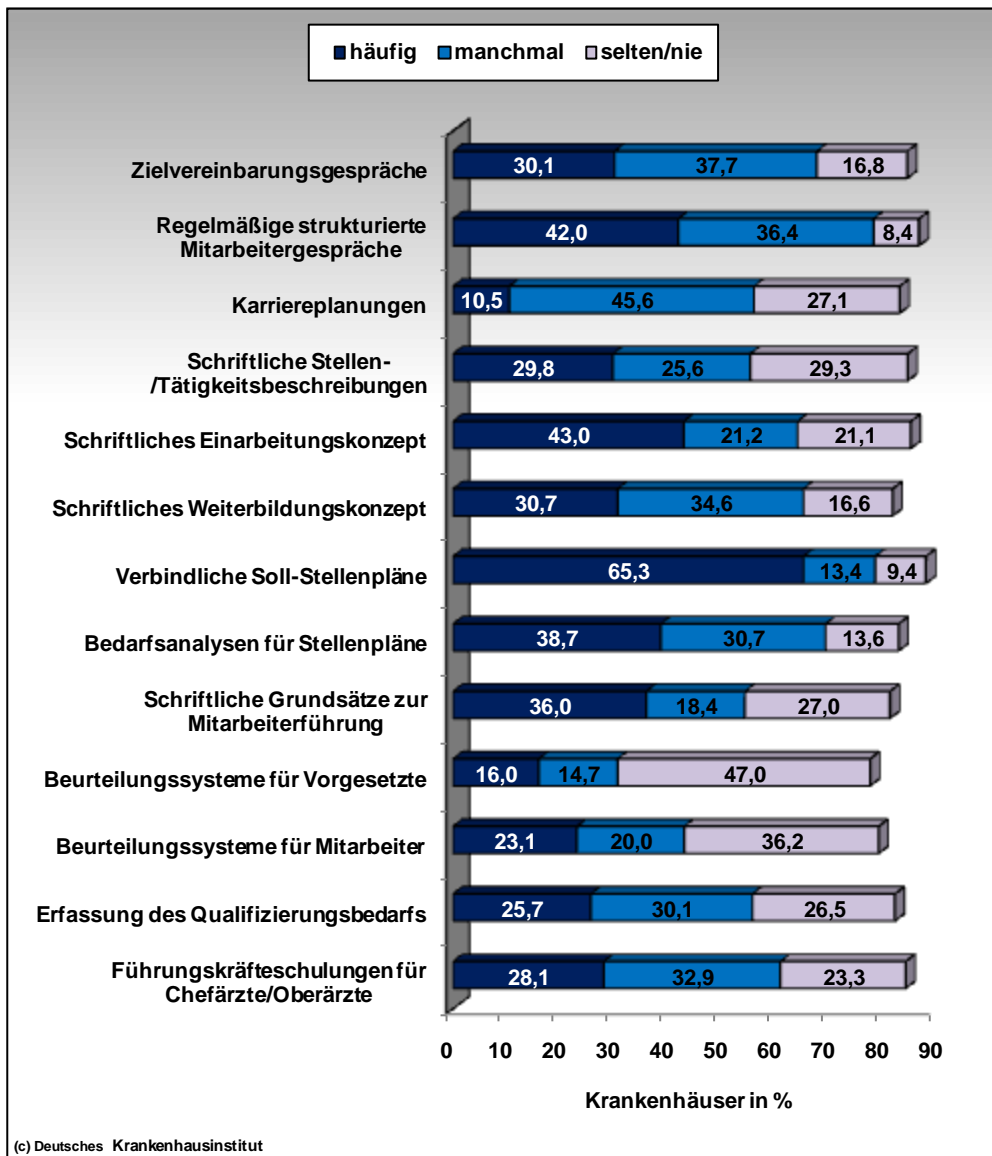


Abb. 70: Maßnahmen einer systematischen Personalentwicklung

In einer offenen Frage genannte sonstige Maßnahmen der Personalentwicklung beziehen sich auf Management- und Coaching-Angebote für Mediziner und spezielle interne oder externe Fort- und Weiterbildungen.

Signifikante Unterschiede im Einsatz einiger Personalentwicklungsmaßnahmen zeigen sich in Bezug auf die Krankenhausgröße: Beurteilungssysteme für Mitarbeiter werden von jeder dritten Klinik mit 300 bis 599 Betten und jeder fünften anderen Klinik eingesetzt. Führungskräfte-schulungen für Chefarzte oder Oberärzte werden ungefähr doppelt so häufig von den größeren Häusern wie von den kleinen Einrichtungen angeboten.

Ein Ost-West Vergleich zeigt, dass Personalentwicklungsmaßnahmen vermehrt in den neuen Bundesländern zum Einsatz kommen. So haben die Hälfte aller Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und gut ein Viertel der Kliniken in den alten Bundesländern schriftliche Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen vorliegen.

Zum Teil können positive Effekte bestimmter Personalentwicklungsmaßnahmen der Krankenhäuser auf den Ärztemangel beobachtet werden: So gibt es schriftliche Einarbeitungs- und Weiterbildungskonzepte signifikant häufiger in Krankenhäusern ohne Ärztemangel als in Häusern mit ausgewiesenem Ärztemangel (Abb. 71). Bei den anderen Personalentwicklungsmaßnahmen zeigen sich allerdings keine entsprechenden Zusammenhänge.

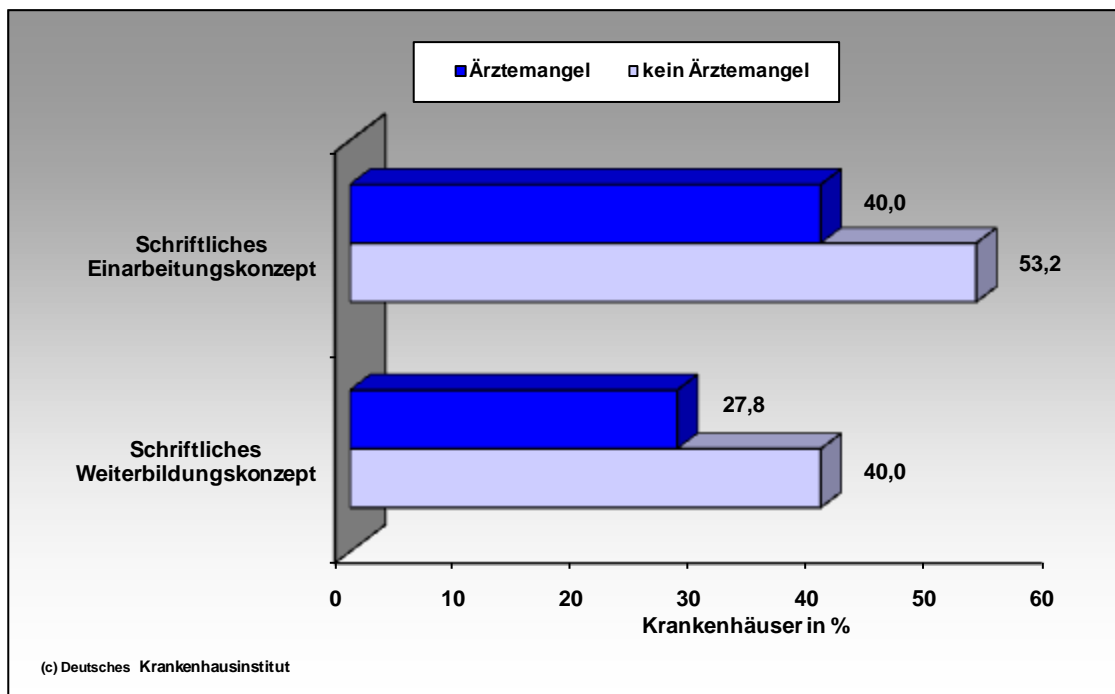


Abb. 71: Ärztemangel nach Personalentwicklungsmaßnahmen

11.4 Maßnahmen zur Arztentlastung

Angesichts oft geschilderter Probleme mit zu hohen Arbeitsbelastungen im Ärztlichen Dienst⁹¹ sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit in ihren Krankenhäusern bestimmte Maßnahmen zur Arztentlastung durchgeführt werden.

⁹¹ Vgl. Kap. 5.3, 5.4

Die am weitesten verbreitete Maßnahme zur Arztentlastung ist demnach die Delegation von Dokumentation und Administration, welche in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser häufig stattfindet. Knapp die Hälfte aller Häuser delegiert zudem ausgewählte ärztliche Tätigkeiten zumindest manchmal an Pflegekräfte. Die Einstellung oder Qualifizierung neuer Berufsgruppen zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten gehört dagegen noch nicht zum Krankenhausalltag: In 41% der Häuser werden neue Berufsgruppen selten oder nie zur Entlastung der Ärzte eingesetzt (Abb. 72).

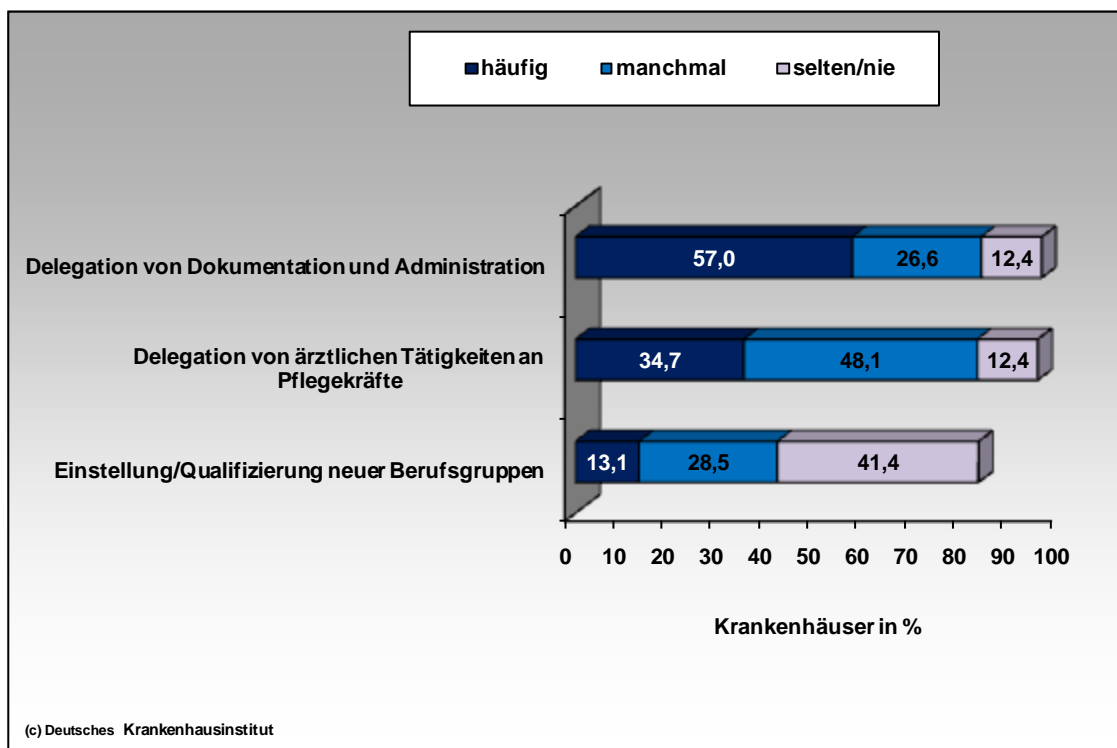


Abb. 72: Entlastungsmaßnahmen für Ärzte

In einer offenen Frage genannte sonstige Maßnahmen zur Entlastung der Ärzte sind die Einführung elektronischer Patientenakten, das Einführen von Case Management und der Einsatz von Psychologen.

Deutliche Unterschiede bei den Maßnahmen zur Arztentlastung zeigen sich in Bezug auf die Krankenhausgröße: 28% der Häuser unter 100 Betten und 43% der Häuser ab 600 Betten delegieren ausgewählte ärztliche Tätigkeiten häufig an Pflegekräfte. Ebenso setzt jede fünfte Klinik ab 600 Betten häufig neue Berufsgruppen zur Arztentlastung ein, dagegen führen kleinere Häuser nur halb so oft diese Maßnahme durch.

Ebenfalls Unterschiede sind bei einer Betrachtung der Maßnahmen zur Arztentlastung nach Krankenhaustyp sichtbar: Allgemeinkrankenhäuser führen deutlich häufiger Delegationen durch als psychiatrische Kliniken. So veranlassen 60% aller Allgemeinkrankenhäuser Delegationen von Dokumentation und Administration und nur 34% aller Psychiatrien. Die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegekräfte wird von 36% aller Allgemeinkrankenhäuser und 28% der psychiatrischen Kliniken durchgeführt.

Maßnahmen zur Arztentlastung werden signifikant häufiger in Krankenhäusern mit ausgewiesenem Ärztemangel durchgeführt als in Häusern ohne Ärztemangel: So werden ausgewählte ärztliche Tätigkeiten in 38% aller Kliniken mit Ärztemangel häufig an Pflegekräfte delegiert, jedoch nur in 23% der Häuser ohne Ärztemangel. Die Einstellung oder Qualifizierung neuer Berufsgruppen zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten wird nur in 5% der Kliniken ohne Ärztemangel ausgeführt, jedoch schon in 17% aller Kliniken mit ausgewiesenem Ärztemangel (Abb. 73).

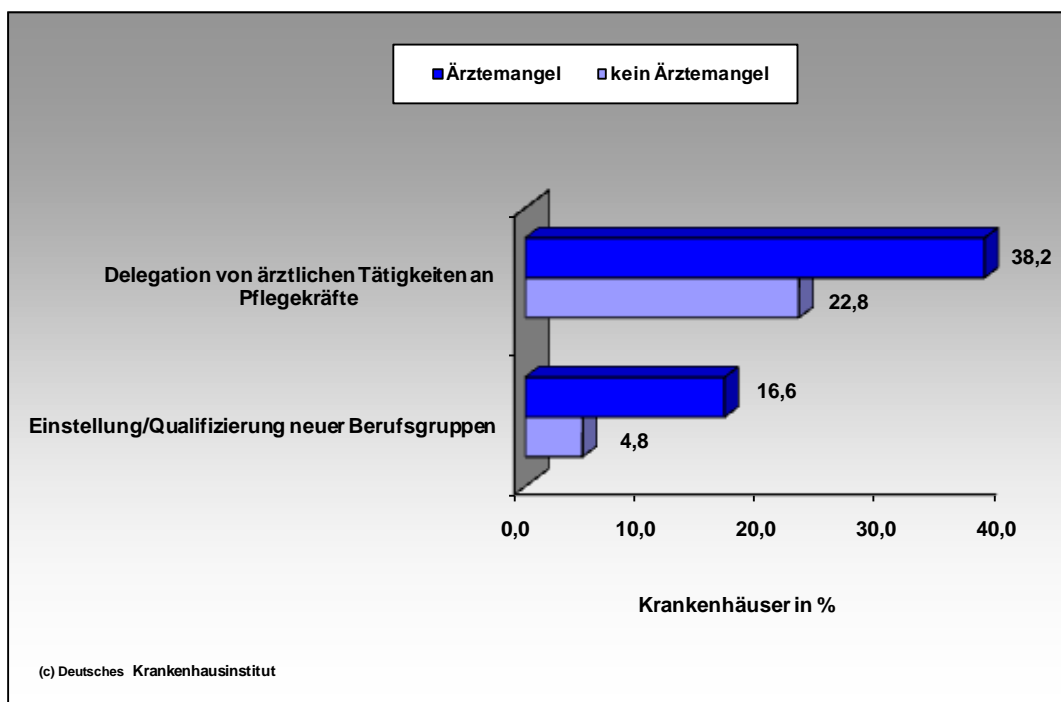


Abb. 73: Ärztemangel nach Entlastungsmaßnahmen

11.5 Einschätzung der Arbeitsbedingungen aus Mitarbeitersicht

Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ist ein wichtiger Einflussfaktor der Mitarbeiterbindung im Ärztlichen Dienst. Um die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihren Arbeitsbedingungen festzustellen, werden vielerorts Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Da es auf-

grund des methodischen Vorgehens dieser Befragung nicht möglich war, Ärzte direkt zu befragen, sollten stellvertretend die Befragungsteilnehmer angeben, wie die Arbeitsbedingungen speziell vom Ärztlichen Dienst ihrer Klinik im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen oder anderen Informationsquellen gesehen werden.

Demnach bewertet die Ärzteschaft in jeweils rund der Hälfte aller Krankenhäuser das Betriebsklima und die Qualität der Weiterbildung positiv. Auch die Kommunikation und Zusammenarbeit im Ärztlichen Dienst sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Ärztlichem Dienst und anderen Berufsgruppen werden eher positiv eingeschätzt. Dagegen werden die Arbeitsbelastungen und die Arbeitszeiten bzw. Arbeitszeitorganisation am kritischsten gesehen (Abb. 74).

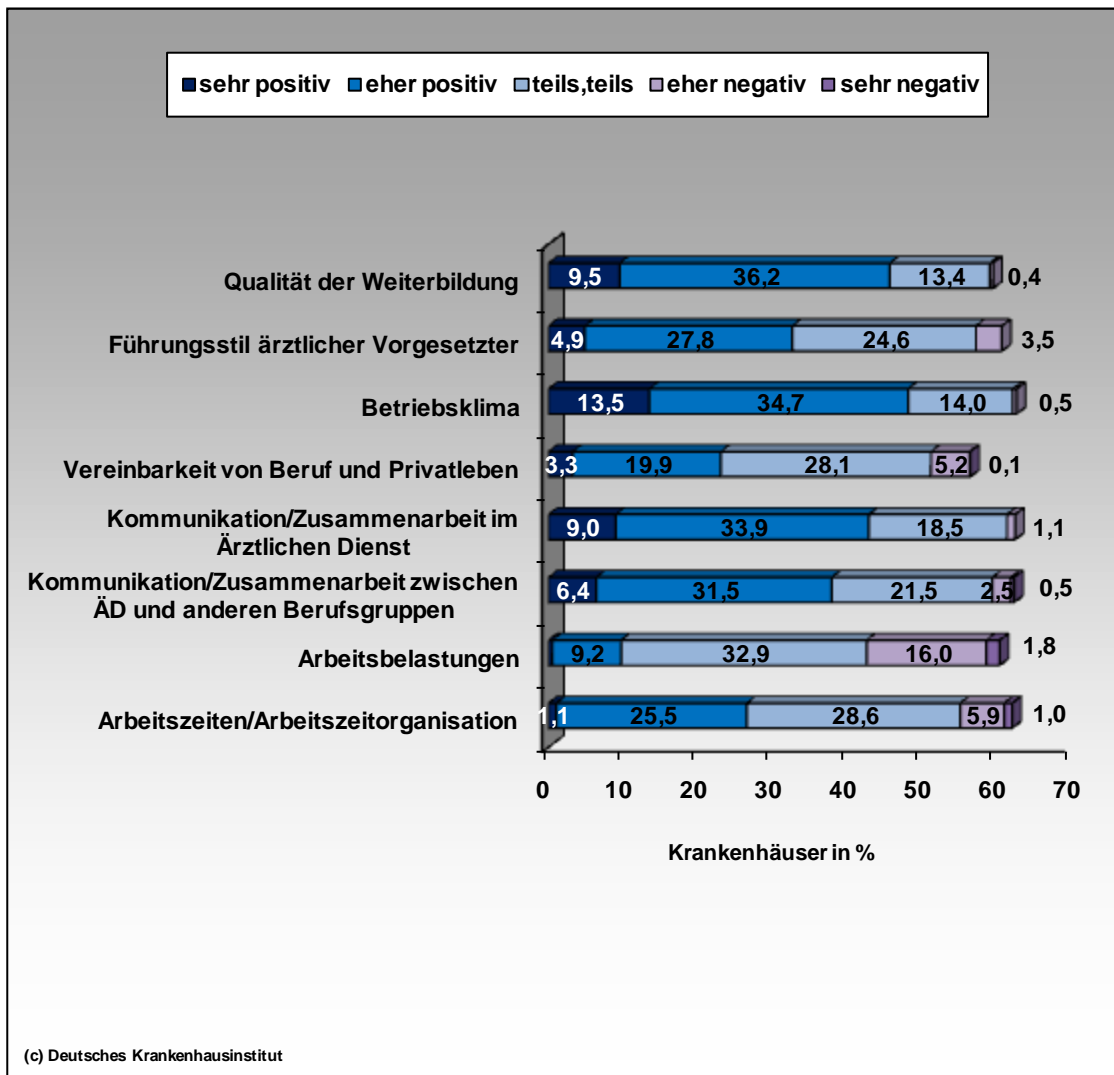


Abb. 74: Arbeitsbedingungen im Ärztlichen Dienst

Signifikante Unterschiede bei den Einschätzungen der Arbeitsbedingungen zeigen sich hinsichtlich der Krankenhausgröße: Die Beurteilungen der Arbeitsbedingungen, wie z. B. das Betriebsklima, die Arbeitsbelastungen oder auch die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, sind in kleineren Krankenhäusern deutlich positiver als in größeren Häusern. Bei einer Analyse der Einschätzung der Arbeitsbedingungen nach Krankentyp zeigt sich, dass die Arbeitsbedingungen allgemein in den psychiatrischen Kliniken positiver eingeschätzt werden, als in den Allgemeinkrankenhäusern.

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich zwischen Ärztemangel und Arbeitsbelastungen bzw. Arbeitszeiten im Ärztlichen Dienst: So bewerten die Ärzte in 23% der Kliniken mit Ärztemangel und 38% der Einrichtungen ohne Ärztemangel die Arbeitszeiten und Arbeitszeitorganisation positiv. Krankenhäuser, in denen die Arbeitszeiten und Arbeitszeitorganisation vom Ärztlichen Dienst positiv eingeschätzt wird, haben im Bundesdurchschnitt 3,6% offene Stellen, gegenüber den übrigen Häusern mit 4,2% offenen Arztstellen. Gleichermaßen sind in Krankenhäusern, in denen die Arbeitsbelastung positiv bewertet wird, 3,0% der Arztstellen unbesetzt, während der entsprechende Anteilswert in den übrigen Einrichtungen bei 4,3% liegt (Abb. 75).

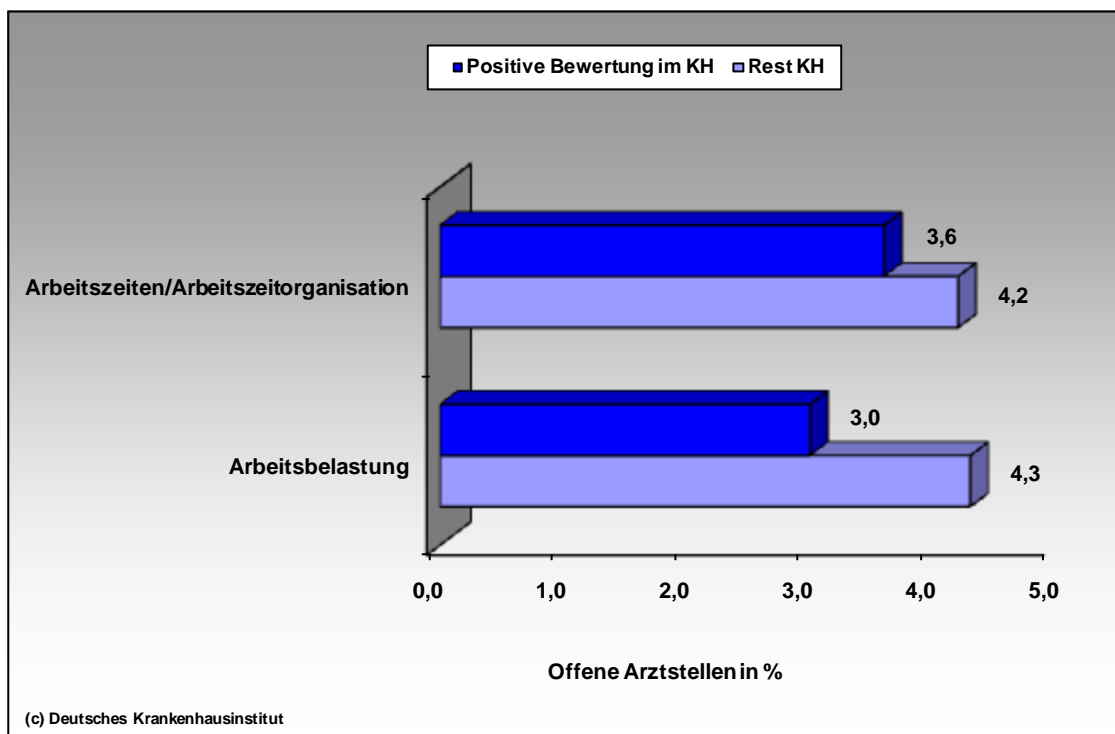


Abb. 75: Ärztemangel nach Arbeitsbedingungen

Allerdings haben Maßnahmen des Personalmanagements noch nicht durchgängig Einfluss auf den Ärztemangel. So ist z. B. in Häusern, in denen die Ärzte den Führungsstil von Vorgesetzten oder die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben positiv bewerten, der Ärztemangel einstweilen noch größer.

11.6 Mediziner außerhalb der Patientenversorgung

Auch vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl von Ärzten, die nicht mehr ärztlich tätig sind⁹², wurden die an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser gebeten, die Anzahl der Ärzte anzugeben, die in ihren Einrichtungen - ganz oder teilweise - nicht unmittelbar in der Patientenversorgung arbeiten (ausdrücklich ausgenommen den nebenamtlichen Ärztlichen Direktor).

Im Durchschnitt sind 2,2 Ärzte / Mediziner im Krankenhaus ganz oder teilweise nicht in der Patientenversorgung tätig (z.B. in der Geschäftsführung, im Medizincontrolling oder Qualitätsmanagement). Die Hälfte aller Kliniken haben einen Arzt außerhalb der Patientenversorgung und bis zu drei Viertel der Häuser 2 Mediziner patientenfern eingesetzt (Tab. 8).

Tab. 8: Mediziner außerhalb der Patientenversorgung

	VK außerhalb der Patientenversorgung
Mittelwert	2,2
Median	1
25% - Perzentil	1
50% - Perzentil	1
75% - Perzentil	2

Die Anzahl der nicht in der Patientenversorgung tätigen Mediziner zeigt deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Krankenhausgröße: Krankenhäuser unter 600 Betten haben im Durchschnitt 1,5 bis 1,8 Mediziner (Median = 1) patientenfern eingesetzt, die Krankenhäuser ab 600 Betten im Durchschnitt jedoch 6,5 Mediziner (Median = 3). Bei einer Betrachtung der Mediziner außerhalb der Patientenversorgung nach Krankenhausart wird deutlich, dass Universitätskliniken (Mittelwert = 18,5; Median = 14) im Gegensatz zu Plankrankenhäusern (Mit-

⁹² Vgl. Kap. 5.2, 5.4

telwert = 1,9; Median = 1) einen erheblich größeren Anteil an nicht kurativ tätigen Ärzten haben.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser gibt es schätzungsweise rund 4.400 Ärzte bzw. Mediziner insgesamt, die - ganz oder teilweise - nicht unmittelbar in der Patientenversorgung tätig sind. Angesichts einer größeren Anzahl fehlender Werte bei dieser Fragestellung (gerade bei den kleineren Krankenhäusern) liegt hier aber ggf. eine leichte Überschätzung vor.

12 Gegenmaßnahmen

In Anbetracht des ausgeprägten Ärztemangels stellt sich die Frage nach geeigneten Gegenmaßnahmen. Dabei ist grundsätzlich zwischen politischen und krankenhausespezifischen Maßnahmen zu unterscheiden.

12.1 Politische Maßnahmen

Die teilnehmenden Krankenhäuser sollten zunächst angeben, welche politischen Maßnahmen aus ihrer Sicht zum Abbau des Ärztemangels im Krankenhaus sinnvoll seien (Abb. 76).

Die wichtigste politische Maßnahme zum Abbau des Ärztemangels ist demnach der Bürokratieabbau im Ärztlichen Dienst. Insgesamt 92% aller Krankenhäuser halten diese Maßnahme für sehr wichtig oder wichtig.

Als zweitwichtigste Maßnahme zum Abbau des Ärztemangels wird der Abbau von MDK-Anfragen und –Prüfungen genannt. Hier halten 85% der Einrichtungen die Senkung von MDK-Anfragen und –Prüfungen für sehr wichtig oder wichtig.

Als drittes wichtiges Thema wird der Ausbau der Studienkapazitäten genannt, gefolgt von Änderungen der Zugangs- und Auswahlkriterien für das Medizinstudium. Gut die Hälfte aller Krankenhäuser hält den Ausbau der Studienkapazitäten in der Medizin als Maßnahme zum Abbau des Ärztemangels für sehr wichtig und ein Viertel der Häuser noch für wichtig. Ebenfalls die Hälfte aller Kliniken beurteilt Änderungen der Zugangs- und Auswahlkriterien für das Medizinstudium als sehr wichtig und 27% der Häuser als wichtig.

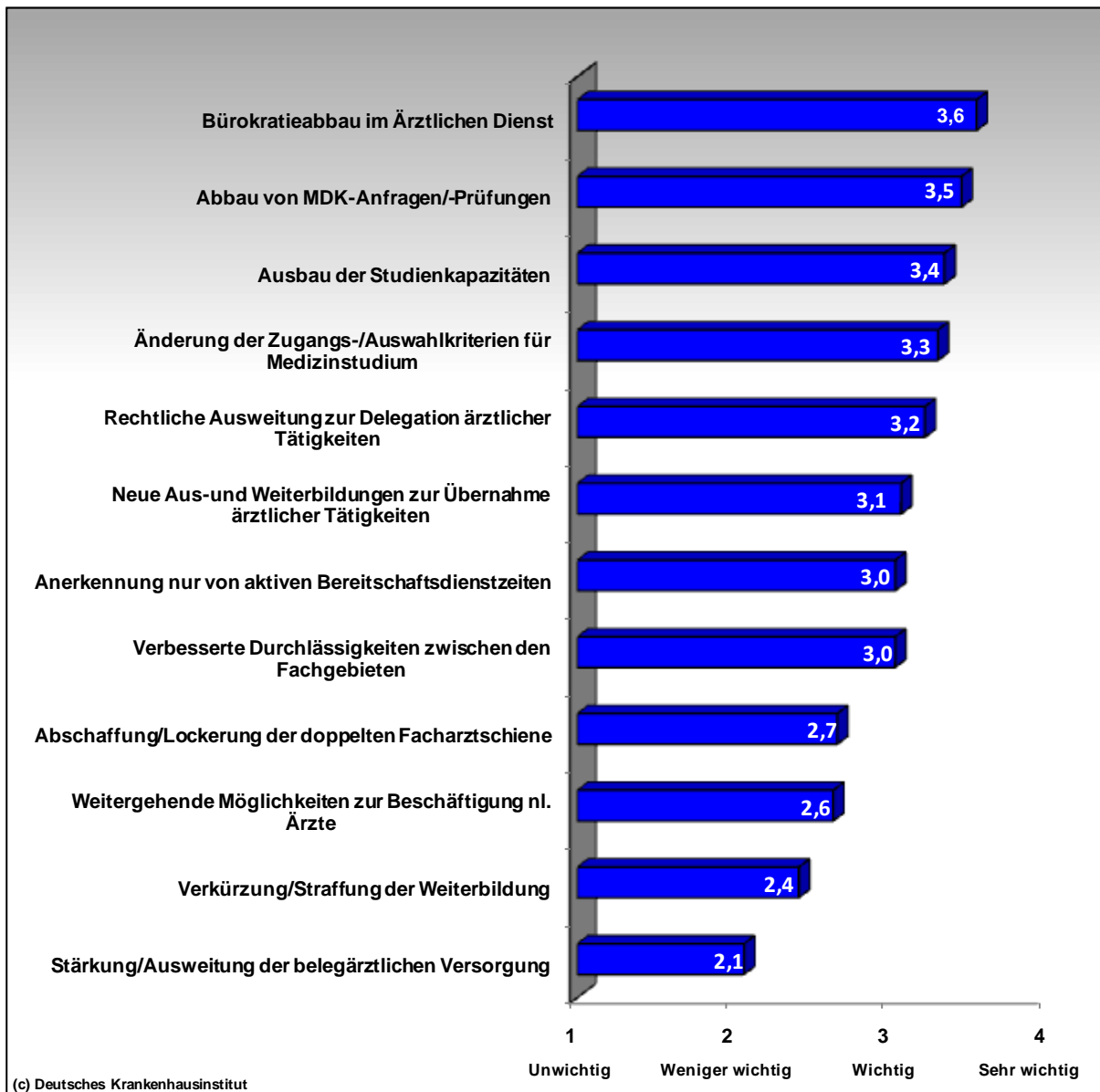


Abb. 76: Politische Maßnahmen zum Abbau des Ärztemangels

Auch die Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes ist für die Krankenhäuser von hoher Relevanz: Die Ausweitung des rechtlichen Rahmens zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an vorhandene Berufsgruppen (z. B. Pflege oder MTA) wird ebenfalls von den Krankenhäusern für wichtig gehalten, gefolgt von der Etablierung und rechtlichen Anerkennung neuer Aus- und Weiterbildungen zur Übernahme ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten. Die Ausweitung des rechtlichen Rahmens zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an vorhandene Berufsgruppen wird von gut einem Drittel der Krankenhäuser für sehr wichtig gehalten und von 42% der Häuser für wichtig. Zusätzlich wird die Etablierung und rechtliche Anerkennung

neuer Aus- und Weiterbildungen zur Übernahme ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten von 29% der Häuser für sehr wichtig und von 41% der Kliniken für wichtig gehalten.

Von eher untergeordneter Wichtigkeit sind für die Kliniken dagegen die Schaffung weitergehender Möglichkeiten zur Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten, eine Verkürzung und Straffung der Facharztweiterbildung und die Stärkung und Ausweitung der belegärztlichen Versorgung: Die Schaffung weitergehender Möglichkeiten zur Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus wird insgesamt von gut einem Drittel der Häuser als weniger wichtig oder unwichtig beurteilt, während die Verkürzung und Straffung der Facharztweiterbildung von 39% der Krankenhäuser als weniger wichtig und von 10% der Häuser als unwichtig angesehen wird. Die Stärkung und Ausweitung der belegärztlichen Versorgung wird sogar von über der Hälfte der Krankenhäuser als weniger wichtig oder unwichtig eingeschätzt.

In einer offenen Frage geben die Krankenhäuser als sonstige Maßnahmen zum Abbau des Ärztemangels u. a. Verbesserungen der Arztentlohnung und eine inhaltliche Reform des Studienganges Medizin, verbunden mit einer Qualitätsverbesserung des Studiums, an.

Die Einschätzungen zu den politischen Gegenmaßnahmen korrelieren teilweise mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst: Einrichtungen, welche die Stärkung / Ausweitung der Belegärztlichen Versorgung und weitergehende Möglichkeiten zur Beschäftigung niedergelassener Ärzte im Krankenhaus für sehr wichtig oder wichtig halten, weisen einen überdurchschnittlich Anteil unbesetzter Arztstellen auf. Ein Ausbau der Studienkapazitäten und Änderungen der Zugangs- / Auswahlkriterien für das Medizinstudium werden ebenfalls von Einrichtungen mit einer erhöhten Anzahl offener Stellen für wichtiger erachtet als von Kliniken mit einer geringeren Anzahl unbesetzter Arztstellen. Dagegen wird der Bürokratieabbau im Ärztlichen Dienst in Krankenhäusern mit übermäßigen Stellenbesetzungsproblemen für weniger wichtig gehalten (Abb. 77).

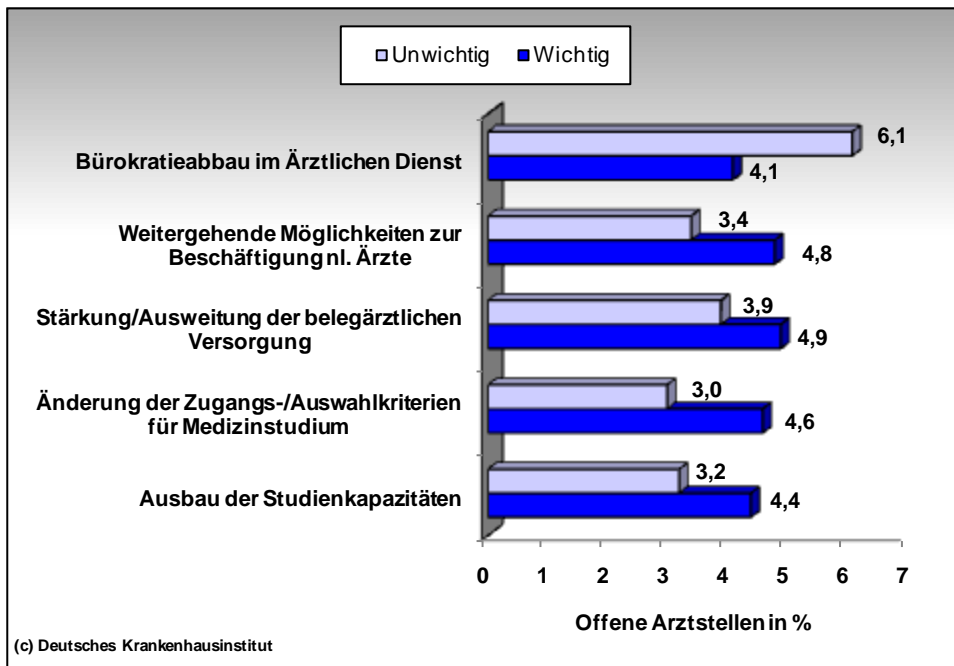


Abb. 77: Ärztemangel nach politischen Maßnahmen zum Abbau des Ärztemangels

12.2 Krankenhausindividuelle Maßnahmen

In einer resümierenden Schlussfrage des Erhebungsinstrumentes wurden die Krankenhäuser schließlich gefragt, ob sie speziell für ihr Haus Änderungsbedarf sehen, um künftig für Ärzte (noch) attraktiver zu werden.

Über die Hälfte der Krankenhäuser sieht entsprechenden Änderungsbedarf für ihr Haus (Abb. 78). Der Änderungsbedarf steigt mit zunehmender Bettengrößenklasse: Während gut die Hälfte aller Krankenhäuser unter 100 Betten Änderungsbedarf bei sich sieht, geben 71% der Häuser ab 600 Betten Änderungsbedarf an.

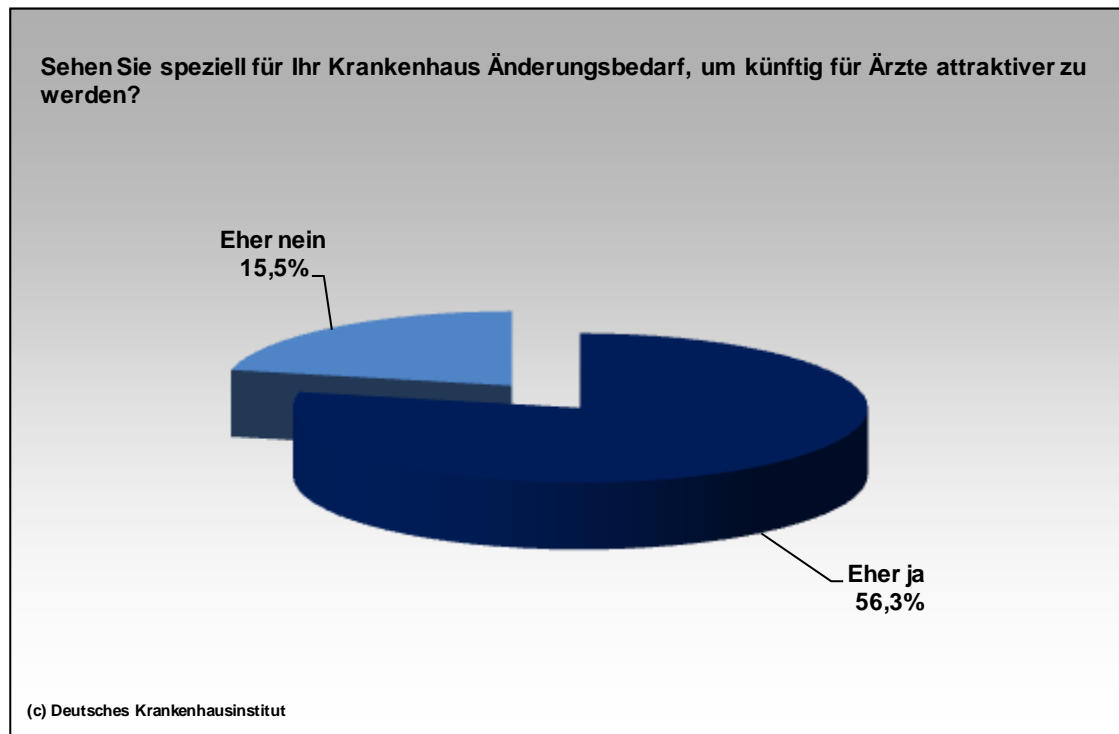


Abb. 78: Krankenhausindividueller Änderungsbedarf zur Attraktivitätssteigerung

Deutliche Unterschiede in Bezug auf den Änderungsbedarf bestehen im Ost-West Vergleich: In den neuen Bundesländern sehen 42% der Krankenhäuser Änderungsbedarf im eigenen Haus, um attraktiver für den Ärztlichen Dienst zu werden. In den alten Bundesländern liegt der Anteil der Einrichtungen mit Änderungsbedarf bei 58%.

Die Notwendigkeit von Änderungen hängt teilweise auch mit dem Ärztemangel zusammen: So geben 59% der Einrichtungen mit ausgewiesenem Ärztemangel Änderungsbedarf im eigenen Haus an, um künftig die Attraktivität für den Ärztlichen Dienst zu steigern. Jedoch auch in knapp der Hälfte der Kliniken ohne Ärztemangel wird die Notwendigkeit für Veränderungen gesehen (48%).

Gefragt nach den Veränderungen, die aus der Sicht der Krankenhäuser besonders wichtig sind, um für Ärzte attraktiver zu werden, haben 47% der Befragungsteilnehmer (n=210) Verbesserungsvorschläge genannt. Von diesen nennt jedes vierte Haus Verbesserungen der Weiterbildungsangebote als eine Möglichkeit, ihre Einrichtung attraktiver zu gestalten. Jedes fünfte Krankenhaus hält Angebote von Kinderbetreuungsplätzen für wichtig und 10% der Kliniken weitergehende Maßnahmen des Personalmanagements wie z. B. strukturierte Personalentwicklung und spezielle Schulungen für Führungskräfte. Eine Erhöhung der Vergütung

für Ärzte wird lediglich von 7% der Krankenhäuser für ein wichtiges Mittel gehalten, um die Attraktivität des Arbeitgebers zu erhöhen (Abb. 79).

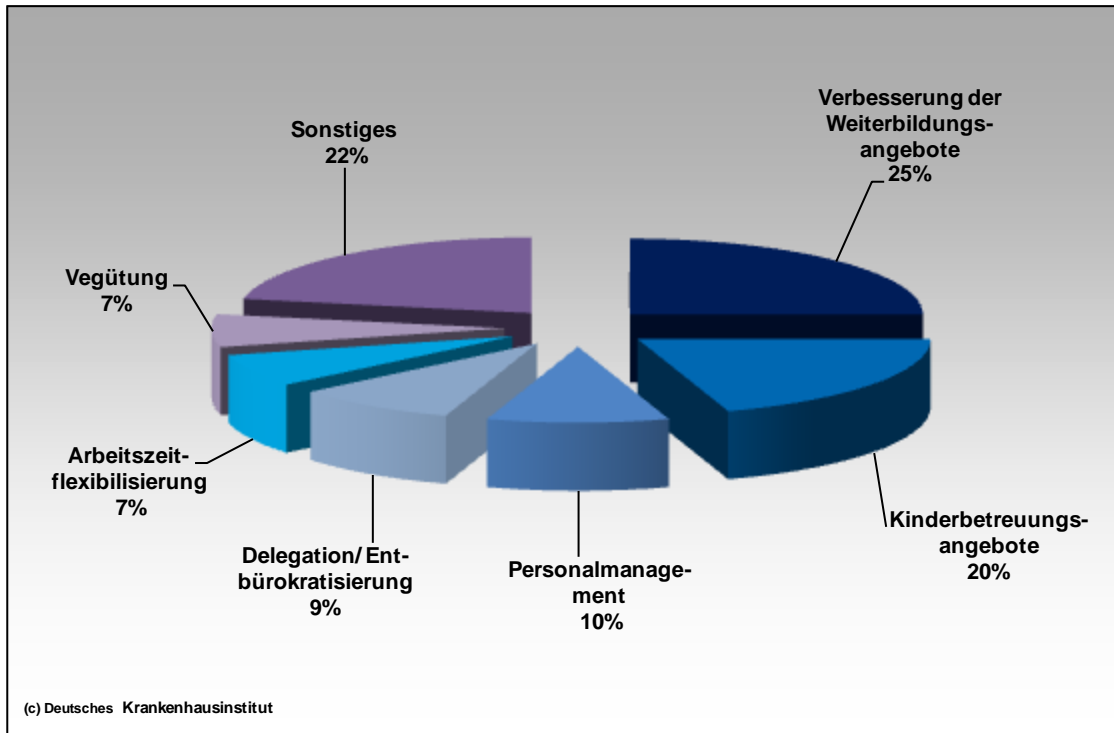


Abb. 79: Sonstige Änderungsmaßnahmen zur Attraktivitätssteigerung

IV Diskussion

13 Handlungsempfehlungen

Neben einer Analyse und Prognose des Ärztemangels bildet die Ableitung von Handlungsempfehlungen zu seiner Behebung das zentrale Ziel der vorliegenden Studie. In diesem Sinne werden nachfolgend die wesentlichen praktischen und politischen Schlussfolgerungen aus der Studie gezogen.

13.1 Abbau von Versorgungsgrenzen

Eine Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens ist die hochgradige Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Dadurch sind gerade in der fachärztlichen Versorgung sektoral separierte Parallelstrukturen entstanden. Diese Parallelstrukturen sind kostenaufwendig, begünstigen Schnittstellenprobleme zwischen den Leistungssektoren und erschweren eine patientenorientierte Versorgung. Die strenge Trennung zwischen den Sektoren wird durch den künftigen Ärztemangel zusätzlich in Frage gestellt, insofern er gleichermaßen die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung zu treffen droht.

Die bestehenden Versorgungsgrenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sind deswegen abzubauen und die Durchlässigkeiten zwischen ihnen zu verbessern, um eine effektive Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen in der fachärztlichen Versorgung zu ermöglichen.⁹³ Dies bedeutet die weit gehende und regelhafte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, konkret die Möglichkeit zur ambulanten fachärztlichen Behandlung durch Krankenhausärzte über persönliche und Institutsermächtigungen hinaus, also beispielsweise standardmäßig im Rahmen von Krankenhaus- oder Institutsambulanzen. Damit können Versorgungslücken in der vertragsärztlichen Versorgung geschlossen, die Attraktivität ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus erhöht und die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden.

Umgekehrt sollten aber auch freiberufliche Fachärzte stärker als bislang an der Patientenversorgung im Krankenhaus mitwirken können, etwa als Honorar- oder Konsiliarärzte, über Teilzeitanstellungen am Krankenhaus, im Rahmen von Praxen oder MVZ auf dem Krankenhaushausgelände oder über den Ausbau und die Optimierung der belegärztlichen Versorgung. Dadurch können qualifizierte Fachärzte und ihr Know-how zumindest teilweise an das Kran-

⁹³ Deutscher Städtetag, 2010

kenhaus gebunden und eine vollständige Abwanderung in den vertragsärztlichen Bereich verhindert werden.⁹⁴

13.2 Neuordnung von ärztlichen Aufgaben

Der sich abzeichnende Ärztemangel im Krankenhaus wird voraussichtlich nur unzureichend durch eine Senkung von Drop-out-Raten im Medizinstudium oder eine Erhöhung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin kompensiert werden können. Deswegen wird es künftig unumgänglich sein, die Krankenhausärzte durch eine Neuordnung von ärztlichen Tätigkeiten umfassend zu entlasten.

In dieser Hinsicht gibt es eine Vielzahl einschlägiger Tätigkeiten bzw. Tätigkeitsbereiche. Dabei ist grundsätzlich zwischen kurzfristig übertragbaren Leistungen (z. B. Dokumentation und Kodierung, Injektionen, Infusionen und venöse Blutentnahmen), mittelfristig übertragbaren Leistungen (wie die nicht-ärztliche Chirurgieassistenz oder das Wund- und Schmerzmanagement) und langfristig übertragbaren Leistungen zu unterscheiden (etwa die nicht-ärztliche Anästhesieassistenz oder endoskopische Untersuchungen durch nicht-ärztliches Personal). Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten kann dabei durch verschiedene Berufsgruppen erfolgen:

Im Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung können ärztliche Tätigkeiten an vorhandene bzw. etablierte Gesundheitsberufe delegiert werden, z. B. in der Stations- und Funktionspflege oder in den verschiedenen MTA-Berufen. Diese Berufsgruppen sind entweder gemäß ihrer Ausbildung oder bei gezielter Fort- und Weiterbildung durchaus qualifiziert, bestimmte ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen.⁹⁵

Im Bereich von Dokumentation, Administration und Organisation können vor allem Stationssekretärinnen, medizinische Dokumentationsassistenten, Case-Manager und Medizincontroller die Ärzte entlasten. Da sie einschlägig geschult sind, führen sie die entsprechenden Tätigkeiten ggf. sogar effizienter und effektiver durch.

Schließlich können ärztliche Tätigkeiten an neue Berufsgruppen delegiert werden, deren Tätigkeitsprofil maßgeblich durch die Übernahme bislang ärztlicher Tätigkeiten definiert ist. Solche Berufe, die nach einer besonderen Qualifizierung regelmäßig bestimmte ärztliche Tätig-

⁹⁴ vgl. DKG, 2009, VKD 2008

⁹⁵ Vgl. ausführlich Blum et al., 2009, Offermanns, 2008

keiten übernehmen, haben im angelsächsischen Raum in unterschiedlichen Varianten der „physician assistance“ eine lange Tradition. In Deutschland gibt es hier erste Ansätze vor allem im Bereich der nicht-ärztlichen Chirurgie- und Anästhesieassistenz.⁹⁶

Durch Delegation ärztlicher Tätigkeiten bestehen erhebliche Entlastungs- und Rationalisierungspotenziale mit Blick auf den Ärztemangel. Zu diesem Zweck sind die übertragbaren Tätigkeiten im Einzelnen festzulegen, Anforderungs- und Kompetenzprofile für die anderen Berufsgruppen zu definieren und die erforderlichen qualifikatorischen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen.⁹⁷

13.3 Entbürokratisierung der ärztlichen Arbeit

Der Ärztemangel lässt sich teilweise zurückfahren, wenn sich die Ärzte künftig wieder mehr auf ihre Kernkompetenzen in der Versorgung von Patienten konzentrieren können. Von ihren Kernaufgaben werden die Krankenhausärzte jedoch durch eine überbordende Bürokratie zusehends abgehalten. Im Durchschnitt ist jeder Krankenhausarzt täglich rund drei Stunden mit Dokumentation und Administration beschäftigt.⁹⁸ In den letzten Jahren und Jahrzehnten wurden die Dokumentationsanforderungen fortwährend ausgedehnt, etwa auf Grund gesetzlicher und vertraglicher Vorgaben, zur Absicherung gegen haftungsrechtliche Risiken oder wegen erweiterter Auskunftspflichten gegenüber Kostenträgern, MDK, Behörden, weiterbehandelnden Leistungserbringern etc. Wird hier nicht interveniert, dürfte sich die Entwicklung weiter fortsetzen. Dieser Trend muss in Zukunft gestoppt und umgekehrt werden.

Der Dokumentationsaufwand im Krankenhaus ist nicht zuletzt das Ergebnis externer Dokumentationsanforderungen vor allem der Politik, der Selbstverwaltung sowie der Kostenträger und des MDK. Der Abbau des ärztlichen Dokumentationsaufwandes erfordert deswegen zwingend auch flankierende politische Maßnahmen: So ist erstens eine weitere Ausdehnung von Dokumentationsvorschriften zu verhindern. Künftig sollten daher Gesetze und Verordnungen seitens der Politik oder Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses bereits im Vorfeld unter dem Aspekt der Bürokratievermeidung und der Bürokratiefolgekosten bewertet werden.⁹⁹ Zweitens sollte die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit bestehender Doku-

⁹⁶ Vgl. Blum et al., 2009

⁹⁷ Vgl. im Einzelnen Offermanns, 2008

⁹⁸ Blum/Müller 2003

⁹⁹ Vgl. DKG, 2009

mentationsanforderungen kritisch überprüft werden. Bislang sind alle diesbezüglichen Versuche gescheitert. Erneute Initiativen sind angesichts des sich abzeichnenden Ärztemangels gleichwohl dringender denn je. Darüber hinaus haben drittens Kostenträger und MDK in Zukunft dafür Sorge zu tragen, die ärztliche Arbeitszeit nicht über Gebühr durch Anfragen und Prüfungen zu belasten.

Des Weiteren können auch die Krankenhäuser zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes beitragen, etwa durch Standardisierung und Delegation von Dokumentationstätigkeiten, durch Vermeidung von Doppel- oder Mehrfachdokumentation und durch effiziente technische Lösungen (etwa über Krankenhausinformationssysteme und elektronische Patientenakten). Diesbezügliche Maßnahmen sollten in eine gezielte Strategie zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes eingebettet sein.

Krankenhauseitige und politische Maßnahmen können maßgeblich zu einer Absenkung der Dokumentationszeiten und einer Endbürokratisierung der Arbeit von Krankenhausärzten beitragen. Über entsprechende arbeitszeitliche Entlastungen wird der Ärztemangel direkt abgemildert. Indirekt steigert der Bürokratieabbau die Attraktivität ärztlicher Arbeit im Krankenhaus. Dies dürfte seinerseits zur Reduktion von Schwundquoten im Medizinstudium bzw. von Abwanderungen in andere Tätigkeitsbereiche beitragen.

13.4 Mitarbeiterorientierte Weiterbildung

Knapp die Hälfte der Krankenhausärzte befindet sich in der Weiterbildung zum Facharzt. Aus naheliegenden Gründen hat daher die Qualität der Weiterbildung Einfluss auf die Akquise und Bindung von Weiterbildungsassistenten. Darüber hinaus dürfte das Image der Weiterbildung im Krankenhaus im Allgemeinen die Bereitschaft von Medizinstudenten und Absolventen mit beeinflussen, ärztlich tätig zu werden bzw. den Arztberuf zu ergreifen.

Für eine strukturierte und mitarbeiterorientierte Weiterbildung gibt es eine Reihe von einschlägigen Instrumenten und Maßnahmen, z. B. Tutoren- oder Mentorensysteme, standardisierte Weiterbildungspläne (ggf. mit festen Lernzielen je Weiterbildungsperiode), regelmäßige Weiterbildungsgespräche oder die feste Zusage der Einhaltung vorgesehener Weiterbildungszeiten. Deren Verbreitung variiert nach wie vor stark innerhalb und zwischen den Krankenhäusern, sodass diesbezüglich fraglos noch Verbesserungspotenziale bestehen. Die vorliegende Studie konnte im Übrigen zeigen, dass der intensive Einsatz dieser Instrumente einen moderierenden Effekt auf den Ärztemangel hat.

Auch Änderungen mit Blick auf Dauer und Inhalt der Facharztweiterbildung begünstigen möglicherweise die ärztliche Berufswahl bzw. den Verbleib im Beruf. Selbst bei Einhaltung der Regelweiterbildungszeiten dauert die ärztliche Weiterbildung derzeit in der Regel vier bis sechs Jahre. Allerdings sind diese Vorgaben vielfach nicht einzuhalten, sodass sich die Weiterbildungszeiten entsprechend verlängern.¹⁰⁰ Des Weiteren sind die Weiterbildungskataloge immer anspruchsvoller und umfangreicher geworden; hinzu kommt ein Trend zu einer immer früheren Spezialisierung. Auch vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Weiterbildung den Anforderungen junger Ärzte sowie dem Praxisbedarf gerade in der ambulanten und stationären Grundversorgung, aber teilweise auch darüber hinaus noch genügt.

Daher sind die Weiterbildungsordnungen auf Straffungs- und Verschlankungspotenziale zu überprüfen, um die Absolvierung der Facharztweiterbildung in der Regelweiterbildungszeit zu gewährleisten. Daneben könnte die Weiterbildung modulartig, etwa nach künftigen Einsatzbereichen (Krankenhaus oder Praxis) oder nach Versorgungsstufen der Krankenhäuser, gestaffelt werden, um einen zielgenaueren Einsatz im Krankenhaus respektive in anderen Leistungsbereichen zu ermöglichen.¹⁰¹

Mittel- bis langfristig könnte durch eine Verschlankung oder Modularisierung die ärztliche Weiterbildung für den medizinischen Nachwuchs wieder attraktiver werden. Einschränkend sei jedoch erwähnt, dass durch eine Verkürzung der Weiterbildungszeiten und eine schnellere Abwanderung in andere Bereiche der Ärztemangel im Krankenhaus kurzfristig sogar erhöhen werden könnte.

13.5 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird für viele Beschäftigte im Krankenhaus zusehends wichtiger. Familienorientierung im Krankenhaus begünstigt daher die Gewinnung und Bindung von Mitarbeitern und beugt dem Mangel an Fachkräften im Allgemeinen bzw. von Ärzten im Besonderen vor. Am Arbeitsplatz *Krankenhaus* bildet die Schaffung von familienfreundlichen Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Standort-, Image- und Wettbewerbsfak-

¹⁰⁰ DKG, 2009

¹⁰¹ Vgl. DKG, 2009, Norden, 2008

tor.¹⁰² Dies gilt umso mehr, als die Feminisierung der Medizin in den nächsten Jahren noch merklich zunehmen wird.

Eine bedarfsgerechte Kinderbetreuung ist die wichtigste Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die öffentlichen Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen reichen derzeit nicht aus oder genügen hinsichtlich ihrer Infrastruktur (z. B. Öffnungszeiten) teilweise nicht den Anforderungen berufstätiger Ärzte. Eine Alternative hierzu bildet die betriebliche Kinderbetreuung, sei es über betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen, Belegplätze in der Umgebung oder betriebliche Kooperationen mit Tagesmüttern. Davon profitieren beide Seiten: Die Mitarbeiter erhalten mehr Spielraum zwischen Privatleben und Arbeit; die Unternehmen fördern eine schnelle Rückkehr aus der Elternzeit, verringern Fehlzeiten, erzielen Imageeffekte und verbessern vor allem ihre Position auf dem Bewerbermarkt.¹⁰³

Im Vergleich mit Unternehmen ähnlicher Größe in anderen Branchen entspricht die Verbreitung betrieblicher Kinderbetreuung im Krankenhaus in etwa dem Bundesdurchschnitt.¹⁰⁴ Im Grundsatz stehen die Krankenhäuser mit ihrer betrieblichen Kinderbetreuung also keineswegs schlechter dar. Gleichwohl steht außer Frage, dass in Deutschland die Infrastruktur der betrieblichen Kinderbetreuung im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf branchenübergreifend noch deutlich ausbaufähig ist. Das entbindet die öffentliche Hand aber nicht davon, die öffentliche Infrastruktur der Kinderbetreuung ihrerseits zu verbessern.

Weitere wichtige Maßnahmen im Rahmen der Familienorientierung sind flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit zur Weiterbildung in Teilzeit oder Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramme während der Elternzeit. Auch hier haben viele Krankenhäuser mittlerweile entsprechende Anstrengungen unternommen. Insgesamt bestehen hier - auch im Branchenvergleich¹⁰⁵ - aber noch Verbesserungspotenziale.

Durchgängige Effekte familienorientierter Maßnahmen auf den Ärztemangel ließen sich zwar in dieser Studie nicht nachweisen. In diesem Zusammenhang ist allerdings auch in Rechnung zu stellen, dass die Angebote teilweise noch nicht lange oder nur selektiv vorgehalten werden respektive erst längerfristig wirken. Nichtsdestotrotz fällt schon heute der Ärztemangel in Krankenhäusern mit betrieblicher Kinderbetreuung tendenziell geringer aus als in den übrigen Häusern.

¹⁰² Vgl. Bühren 2008

¹⁰³ Vgl. BMFSJ, 2008

¹⁰⁴ DKI, 2008

¹⁰⁵ DKI, 2008

Künftig dürfte gerade bei weiblichen Medizinabsolventen die Entscheidung, überhaupt ärztlich tätig zu werden, von einer die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichternden Infrastruktur im Krankenhaus begünstigt werden. Auch die Wahl junger Ärztinnen und Ärzte für ein bestimmtes Krankenhaus, etwa als Weiterbildungseinrichtung, wird von familienfreundlichen Arbeitsbedingungen beeinflusst sein. Perspektivisch wird die Familienorientierung die Attraktivität des Arbeitsplatzes *Krankenhaus* und mittelbar auch die Attraktivität des Arztberufes erhöhen.

13.6 Professionelles Personalmanagement

Dem Ärztemangel kann schließlich auch durch eine weitere Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus teilweise vorgebeugt werden. Einschlägige Studien haben wiederholt gezeigt, dass eine hohe Arbeitsbelastung, die Arbeitszeiten, Betriebsklima und Führungskultur im Krankenhaus wichtige Gründe unter anderen etwa für den Ausstieg aus dem Arztberuf bzw. die Abwanderung ins Ausland oder in andere Bereiche darstellen. Verbesserte Arbeitsbedingungen fördern insofern die Attraktivität des Berufes und den Verbleib im Krankenhaus. Dazu sind insbesondere Maßnahmen im Bereich der Arbeitszeitorganisation und der Personalentwicklung angezeigt.

Die Personalentwicklung bezeichnet die gezielte und systematische Entwicklung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiter. Durch Stärkung von Kompetenz, Motivation und Selbstverantwortung bildet sie einen zentralen Aspekt einer mitarbeiterorientierten Unternehmensführung.¹⁰⁶ Zur Umsetzung einer systematischen Personalentwicklung existiert eine Reihe einschlägiger Instrumente, wie strukturierte oder standardisierte Einarbeitungs-, Fort- und Weiterbildungskonzepte, Karriereplanungen, Beurteilungssysteme für Vorgesetzte und Mitarbeiter oder schriftliche Grundsätze der Mitarbeiterführung. Trotz vieler positiver Ansätze sind diese Instrumente der Personalentwicklung im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser weniger verbreitet als etwa im Pflegedienst.¹⁰⁷ Gerade beim Ärztlichen Dienst besteht hier insofern noch Nachholbedarf.

Die Personalentwicklung ist ein aktiver Beitrag zur Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbindung, welche zur Attraktivität der Arbeit im Krankenhaus beitragen kann. Einige positive

¹⁰⁶ Vgl. KTQ, 2008

¹⁰⁷ Vgl. Blum et al., 2009

Effekte von Personalentwicklungsmaßnahmen auf den Ärztemangel ließen sich auch in dieser Studie beobachten. So ist etwa der Ärztemangel in Krankenhäusern mit schriftlichen Einarbeitungs- und Weiterbildungskonzepten etwas geringer als in Häusern ohne entsprechende Konzepte.

Die ärztliche Arbeit im Krankenhaus zeichnet sich durch eine besondere zeitliche Beanspruchung aus, etwa infolge regelmäßiger Wochenendarbeit und häufiger Ruf- und Bereitschaftsdienste. Selbst wenn dies maßgeblich den Erfordernissen einer kontinuierlichen Patientenversorgung geschuldet ist, zeigen zahlreiche Ärztebefragungen gleichwohl, dass vor allem die Arbeitszeiten und die Arbeitszeitorganisation im Krankenhaus eher kritisch gesehen werden. Nicht zuletzt eine stärkere Arbeitszeitflexibilisierung und die Verhinderung von Mehrarbeit können hier teilweise Abhilfe schaffen.

Soweit mit den Besonderheiten der Leistungserbringung im Krankenhaus vereinbar, begünstigt die Arbeitszeitflexibilisierung (z.B. in Form von zeitversetzten Diensten, Gleitzeitregelungen oder Arbeitszeitkonten) sowie eine weitergehende Vermeidung von Mehrarbeit, die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Davon sind im Grundsatz moderierende Effekte auf den Ärztemangel zu erwarten. Auch die vorliegende Studie konnte zeigen, dass Krankenhäuser mit gezielten Maßnahmen zur Vermeidung von Mehrarbeit und positiver Bewertung der Arbeitszeitorganisation durch die Ärzteschaft tendenziell weniger mit dem Ärztemangel konfrontiert sind als andere Häuser.

Darüber hinaus dürften auch andere krankenhauseitige Maßnahmen eines professionellen Personalmanagements, die etwa auf die Verbesserung des Betriebsklimas, der Führungskultur oder der Kooperation innerhalb und zwischen den Berufsgruppenzielen zielen, die Attraktivität der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus erhöhen und somit mittelbar den Ärztemangel abfedern.

13.7 Senkung der Drop-out-Raten im Medizinstudium

Trotz aller krankenhauseitigen Verbesserungsmöglichkeiten handelt es sich beim Ärztemangel im Krankenhaus um ein Problem, das in hohem Maße durch den Mangel an verfügbaren Fachkräften bedingt ist. Ein maßgeblicher Einflussfaktor des Ärztemangels sind die hohen Drop-Out-Raten im Medizinstudium. Je nach Jahrgang werden derzeit ca. 30-40% der Erstsemester in der Humanmedizin nicht ärztlich tätig, sei es weil sie ihr Studium abbrechen oder sich nach Studienabschluss beruflich anderweitig orientieren. Angesichts hoher Drop-

out-Raten kann dem Ärztemangel vor allem durch eine Senkung der Schwundquote im bzw. nach dem Medizinstudium wirksam begegnet werden.

Zu diesem Zweck ist ggf. die Attraktivität des Medizinstudiums noch weiter zu erhöhen. Zentrale Kritikpunkte am Medizinstudium sind dabei u. a. die geringe Praxisnähe, die starke Verschulung, die große Fülle an Lerninhalten, die (natur-)wissenschaftliche Überfrachtung, antiquierte Lehr- und Lernformen etc. Eine Neuorganisation des Medizinstudiums, welche diese Defizite gezielt angeht, erscheint vor diesem Hintergrund angezeigt. Kritisch bleibt anzumerken, dass differenzierte Untersuchungen zu den Ursachen des Drop-outs in verschiedenen Studienphasen weitestgehend fehlen. Fundierte Ursachenanalysen in dieser Hinsicht würden auch eine gezieltere Planung von Gegenmaßnahmen erlauben.

Angesichts eines hohen Drop-outs liegt die Schlussfolgerung nahe, dass viele angehende Mediziner falsche Vorstellungen vom Arztberuf hatten und deswegen ihre Berufswahl revidieren. Mit Blick auf die Zugangskriterien des Medizinstudiums sind daher ggf. auch der Numerus Clausus für Medizinstudenten zu hinterfragen bzw. ergänzend dazu andere Auswahlkriterien zu entwickeln. Konkret sollte geprüft werden, inwieweit das Auswahlverfahren für das Medizinstudium dahingehend geändert werden kann, dass denjenigen das Medizinstudium ermöglicht wird, die danach mit hoher Wahrscheinlichkeit ärztlich tätig sein möchten oder werden.¹⁰⁸ Entsprechende Assessmentverfahren (z.B. durch Eignungstests oder strukturierte Interviews) liegen national wie international vor.¹⁰⁹

Ein weiterer Grund für den Drop-out im oder nach dem Medizinstudium ist darin zu sehen, dass der Arztberuf mit zunehmender Dauer der Ausbildung sukzessive an Attraktivität verliert, z.B. wegen der Arbeitsbedingungen. Will man die Drop-out-Raten senken, müssen auch die Arbeitsbedingungen für Ärzte attraktiver gestaltet werden, damit wieder mehr Medizinstudenten bzw. Absolventen eine ärztliche Tätigkeit aufnehmen. Hier sind Krankenhäuser, Politik und Selbstverwaltung gleichermaßen gefragt, die Attraktivität der Arbeitsbedingungen ärztlicher Tätigkeit und damit auch die Attraktivität des Arztberufes zu erhöhen.¹¹⁰

Allerdings wird die berufliche Situation von Ärzten im und außerhalb des Krankenhauses in der Öffentlichkeit auch teilweise verzerrt dargestellt. Für eine höhere Wertschätzung des Arztberufes erscheinen daher Imagekampagnen sinnvoll, etwa von Krankenhausgesellschaften.

¹⁰⁸ Vgl. DKG, 2009, Norden, 2008

¹⁰⁹ Hampe et al., 2010

¹¹⁰ Vgl. im einzelnen Kap. 13.3ff.

ten, Ärztekammern oder Berufsverbänden, durch Präsentationen von Krankenhäusern an Universitäten und Schulen, mittels intensiv vorbereiteter und engagiert durchgeführter Schüler- und Studentenpraktika etc. Dadurch kann das Interesse junger Menschen auf die Ergreifung des Arztberufes oder die Aufmerksamkeit von Studenten der Humanmedizin auf bestimmte Krankenhäuser gelenkt werden.¹¹¹

13.8 Erhöhung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin

Durch eine deutliche Reduktion der Drop-out-Raten nach dem Medizinstudium kann der Ärztemangel fraglos nachhaltig reduziert werden. Angesichts der Erfahrung der Vergangenheit muss allerdings offen bleiben, ob der Drop-out mittelfristig überhaupt spürbar gesenkt werden kann. Zudem wird der Bedarf an Krankenhausärzten – auch über den Prognosezeitraum dieser Studie hinaus – künftig weiter steigen, nicht zuletzt infolge demographischer Entwicklungen.

Vor diesem Hintergrund ist eine sukzessive Erhöhung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin ernsthaft zu prüfen. Von 2000 bis 2008 ist die Anzahl der Erstsemesterstudienplätze um 7% von 10.750 auf knapp 10.000 Plätze gesunken. Diese Entwicklung sollte in jedem Fall wieder umgekehrt und kurzfristig die Studienkapazität zunächst wieder auf den Ausgangsstand zu Beginn des Jahrzehnts hochgefahren und angemessen finanziert werden.¹¹²

Perspektivisch sind darüber hinaus bei der Fortschreibung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin sowohl die Entwicklung des Drop-outs als auch die Prognose des Ärztebedarfs stärker zu berücksichtigen. Die Studienkapazitäten sind dabei stärker als bislang am künftigen Ärztebedarf sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung auszurichten. Erwartete Drop-out-Raten sind in die Planung der Studienkapazitäten einzubeziehen.

¹¹¹ Vgl. Deutscher Städtetag, 2010, Norden, 2008

¹¹² Es sei allerdings erwähnt, dass die Anzahl der Erstsemesterstudenten stets höher ist als die Zahl der entsprechenden Studienplätze. Deswegen muss die Forderung streng genommen lauten, dass die Anzahl der Erstsemesterstudenten proportional zu den Studienplätzen zu erhöhen ist.

14 Zusammenfassung

14.1 Hintergrund

Der Ärztemangel im Krankenhaus entwickelt sich zusehends zu einem gravierenden Problem der stationären Versorgung. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit einer empirischen Studie zur aktuellen und künftigen Situation im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser beauftragt. Das Projekt umfasste zwei Forschungsmodule: eine schriftliche Repräsentativbefragung von insgesamt 450 Krankenhäusern sowie Sekundäranalysen der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes bzw. der Ärztestatistik der Bundesärztekammer.

Von 2000 bis 2008 ist die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte in deutschen Krankenhäusern zwar um 27.700 oder 25% auf 139.300 Ärzte gestiegen. Dieser Anstieg ist aber maßgeblich durch statistische Effekte wie der Zunahme der ärztlichen Teilzeitkräfte (+12.200), der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AIP) und einer damit verbundenen Änderung in der amtlichen Statistik (+10.370) sowie darüber hinaus durch Arbeitszeitverkürzungen in Folge des neuen Arbeitszeitrechts zu erklären. Ärztemangel und steigende Arztzahlen im Krankenhaus bilden daher ausdrücklich keinen Widerspruch.

14.2 Ausmaß des Ärztemangels

Zu Jahresbeginn 2010 hatten rund drei Viertel der Krankenhäuser (74,2%) Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Diese Krankenhäuser konnten im Mittel 3,6 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Hochgerechnet konnten bundesweit 5.500 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser nicht besetzt werden. Bezogen auf die Gesamtzahl der Arztstellen in deutschen Krankenhäusern blieben bundesweit 4,1% aller Stellen im Ärztlichen Dienst unbesetzt. Im Durchschnitt sind diese Arztstellen rund drei Monate vakant.

Vom Ärztemangel sind vor allem kleinere Krankenhäuser bis 300 Betten (6,3% offene Stellen bundesweit), Psychiatrien (7,1%) und Krankenhäuser in ländlichen Räumen (5,0%) überproportional betroffen. Eher unterdurchschnittlich fällt dagegen der Ärztemangel vor allem in Universitätskliniken (1,8%) und bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft aus (3,1%). Unter regionalen Aspekten fällt der Ärztemangel in den südlichen Bundesländern Bayern (3,3%) und Baden-Württemberg (3,6%) etwas niedriger aus als im übrigen Bundesgebiet. Dagegen gibt es zwischen alten und neuen Bundesländern keine Unterschiede mehr (jeweils 4,1%).

Nach Positionen fällt der Ärztemangel insbesondere bei den Assistenzärzten überproportional aus. Jeweils 4,8% der Stellen für Assistenzärzte mit bzw. in Weiterbildung können in deutschen Krankenhäusern nicht besetzt werden. Bei den Oberärzten blieben bundesweit 3,3% der Stellen vakant und bei den Chefärzten lediglich 1,0%. Nach Fachgebieten sind vor allem die Psychiatrie (5,9%) und die Innere Medizin (5,6%) überproportional vom Ärztemangel betroffen.

Die gravierendsten Folgen des Ärztemangels stellen Probleme bei der Arbeitszeitorganisation und die Überlastung von Ärzten dar, darüber hinaus teilweise auch Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung, die Erhöhung von Fehlerwahrscheinlichkeiten und die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten.

14.3 Prognose des Ärztemangels

Maßgebliche Einflussfaktoren für die Entwicklung der Arztzahlen bis 2019 bilden insbesondere der Ersatzbedarf für aus der Versorgung ausscheidende Ärzte, der Mehrbedarf an zusätzlichen Ärzten sowie der erwartete Zugang neuer Ärzte:

Der Ersatzbedarf bis 2019 liegt bei gut 108.000 Ärzten. Dieser resultiert maßgeblich durch die altersbedingte Berufsaufgabe von rund 19.000 Krankenhausärzten bzw. ca. 51.800 Vertragsärzten. Weitere Bestimmungsfaktoren des Ersatzbedarfs sind Abwanderungen ins Ausland (11.300 Ärzte) sowie altersbedingte Berufsaufgaben von Ärzten in sonstigen ambulanten Tätigkeiten (10.000 Ärzte), in Rehabilitationseinrichtungen (1.300 Ärzte), bei Behörden, Körperschaften und andere Bereichen (14.900 Ärzte).

Der Mehrbedarf an Ärzten bis 2019 liegt bei knapp 31.000 Ärzten. Dieser resultiert aus einem Sofortbedarf von aktuell 6.000 fehlenden Krankenhausärzten (Beschäftigte oder „Köpfe“, das entspricht 5.500 Vollkraftstellen) bzw. für 3.600 vakante Vertragsarztsitze, darüber hinaus infolge demographiebedingter Fallzahlsteigerungen in den verschiedenen Versorgungssektoren (10.600 Ärzte) sowie einer Steigerung der Teilzeitquoten (11.200 Ärzte).

Der Zugang an neuen Ärzten wird im Wesentlichen durch Studenten bzw. Absolventen des Medizinstudiums bestimmt. Je nach Schwundquote im Medizinstudium liegt dieser bis 2019 zwischen 145.320 Neuzugängen (Best-Case-Szenario: Drop-Out 0%) und 79.930 Neuzugängen (Worst-Case-Szenario: Drop-Out 45%). Gemäß der aktuellen Drop-Out-Rate von rund 30% sind bis 2019 101.720 Neuzugänge an Ärzten zu erwarten (Status-Quo-Szenario).

Zur Bedarfsdeckung wird bis zum Jahr 2019 ein Zugang von 139.000 Ärzten benötigt. Diese Zahl setzt sich zusammen aus dem Mehrbedarf von 31.000 Ärzten und dem Ersatzbedarf von 108.000 Ärzten. Saldiert man diesen Wert mit den Neuzugängen aus dem Medizinstudium, dann würde es nur nach der unrealistischen Annahme eines gänzlich fehlenden Drop-Outs unter den Medizinstudenten bzw. Absolventen zu einem Ärzteüberschuss von ca. 6.200 Ärzten im Jahr 2019 kommen (Best-Case-Szenario). Gemäß dem realistischsten Status-Quo-Szenario einer Schwundquote von 30% würden bis zum Jahr 2019 somit etwa 37.400 Ärzte fehlen.

Der Ärztemangel wird also in jedem Fall deutlich zunehmen, falls die Schwundquoten bei Medizinstudenten bzw. Absolventen nicht deutlich gesenkt werden können. Mittelbar muss der Ersatz- und Mehrbedarf an Ärzten letztlich komplett über den Krankenhausbereich gedeckt werden, insofern die Neuzugänge hier im Wesentlichen ihre Weiterbildung absolvieren. Damit wird der Ärztemangel vorderhand im Krankenhaus am frühesten und am drastischsten spürbar werden.

Der Ärztemangel im Krankenhaus könnte vor allem durch eine reduzierte Abwanderung in den vertragsärztlichen oder andere Bereiche zurückgefahren werden; allerdings könnte dann der Bedarf in diesen Bereichen nicht gedeckt werden. Per Saldo fehlen diese Ärzte also in jedem Fall. Folglich ist in den kommenden Jahren von einem verschärften Wettbewerb zwischen ambulanter und stationärer Versorgung um ärztliche Fachkräfte auszugehen.

Weitere Effekte auf den Ärztemangel im Krankenhaus sind allenfalls durch eine – wenig realistische – Trendumkehr bzw. eine merkliche Trendabschwächung bei den Teilzeitquoten oder beim Wanderungssaldo ins Ausland zu erwarten. Selbst eine im Grundsatz sinnvolle Aufstockung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin hätte zumindest für den Prognosezeitraum bis 2019 eher moderate Effekte auf den Ärztemangel.

14.4 Ursachen des Ärztemangels

Eine maßgebliche Ursache des Ärztemangels im Krankenhaus ist die Novellierung des Arbeitszeitrechts im Jahr 2004. Bis dahin wurden nur die aktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit anerkannt. Die Anerkennung bisheriger inaktiver Bereitschaftsdienstzeiten als Arbeitszeit bedingte einen erheblichen Mehrbedarf an ärztlichem Personal. Denn angesichts tariflicher und arbeitszeitrechtlicher Höchstgrenzen für die tägliche bzw. wöchentliche

Arbeitszeit konnten zusätzliche Arbeitszeiten nicht oder kaum auf das vorhandene Personal verteilt werden. Vielmehr waren in der Regel Neueinstellungen erforderlich.

Eine weitere Ursache für den Ärztemangel ist die hohe Schwundquote vom ersten Fachsemester des Medizinstudiums bis zum Beginn der Weiterbildung im Krankenhaus. Im Jahr 2006 lag beispielsweise die entsprechende Schwundquote bei 34% (bezogen auf die Erstsemester des Jahres 2000).

Auch die zunehmende Abwanderung von Ärzten ins Ausland trägt zum Ärztemangel bei. So sind in den Jahren 2000 bis 2008 insgesamt rund 19.300 Ärzte aus Deutschland abgewandert, während im selben Zeitraum rund 13.900 Ärzte zugewandert sind. Im Ganzen sind in diesem Zeitraum somit etwa 5.400 Ärzte für die Patientenversorgung in Deutschland verloren gegangen.

Maßgebliche Motive für Auswanderungen und den Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit sind insbesondere die hohen Arbeitsbelastungen, die langen Arbeitszeiten sowie die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben.

Auch die Feminisierung der ärztlichen Profession, also der zunehmende Frauenanteil unter Medizinstudenten und Ärzten, begünstigt den Ärztemangel im Krankenhaus. Auf Grund der oft höheren Relevanz der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben unter weiblichen Ärzten wirkt sich dies mittelbar auf den Personalbedarf im Krankenhaus aus, etwa wegen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen höheren Teilzeitquoten, einem größeren Interesse an geregelten Arbeitszeiten oder einer längeren elternzeitbedingten Unterbrechung der Berufstätigkeit.

14.5 Gegenmaßnahmen zum Ärztemangel

Zur Bekämpfung des Ärztemangels setzen viele Krankenhäuser zusehends finanzielle Anreizinstrumente ein. Am weitesten verbreitet ist hier die finanzielle Unterstützung für Kosten von Fortbildung, Kongressen etc., die mehr als die Hälfte der Krankenhäuser häufiger anbietet. Weitere Instrumente, die häufiger zum Einsatz kommen, sind etwa außer- oder übertarifliche Bezahlungen, Leistungsprämien oder Boni sowie die Vorweggewährung von Aufstiegsstufen. Solche Anreizinstrumente werden überproportional von Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst bzw. größerem Ärztemangel eingesetzt. Einstweilen bildet ein breiter Einsatz finanzieller Instrumente somit eher eine Reaktion auf bzw. eine Folge des Ärztemangels als eine wirksame Gegenmaßnahme zu dessen Abbau.

Zur Behebung des Ärztemangels beauftragen jeweils mehr als 60% der Krankenhäuser bereits Personalagenturen zur Arztsuche bzw. beschäftigen sog. Honorarärzte. Darüber hinaus akquirieren 39% der Häuser gezielt Ärzte aus dem Ausland. Ein Viertel der Einrichtungen beschäftigt zeitlich befristet Vertragsärzte als Angestellte im Krankenhaus. Die Ergebnisse belegen nachdrücklich, dass die Krankenhäuser Honorarärzte sowie teilweise auch ausländische Ärzte gezielt zur Kompensation des Ärztemangels einsetzen.

Mehr als die Hälfte der unbesetzten Arztstellen in deutschen Krankenhäusern betreffen Assistenzärzte in Weiterbildung. Instrumente zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung haben deswegen eine besondere Bedeutung. Am weitesten verbreitet sind standardisierte Weiterbildungspläne, regelmäßige Weiterbildungsgespräche und Zusagen zur Einhaltung der vorgesehenen Weiterbildungszeiten. Dagegen sind vor allem Tutoren- oder Mentorensysteme sowie feste Lernziele je Weiterbildungsperiode deutlich seltener anzutreffen. Krankenhäuser, welche Instrumente zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung standardmäßig einsetzen, haben einen etwas geringeren Ärztemangel als die übrigen Einrichtungen. Eine mitarbeiterorientierte Organisation der Weiterbildung kann Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst also zumindest teilweise vorbeugen.

Mit Blick auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen bieten 19% der Krankenhäuser betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung an, 15% halten betriebs-eigene Betreuungseinrichtungen vor. Betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung finden sich häufiger im Angebot von Kliniken mit Ärztemangel als von Krankenhäusern ohne Ärztemangel. Die aufwendigere und dauerhaftere Einrichtung von betrieblichen Kinderbetreuungseinrichtungen kann dagegen schon teilweise Abmilderung schaffen. Denn in Krankenhäusern mit betriebseigener Kinderbetreuung fällt der Ärztemangel etwas niedriger aus als in anderen Krankenhäusern.

Eine systematische Personalentwicklung kann die Arbeitsplatzattraktivität erhöhen. Entsprechende Instrumente sind im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser allerdings noch weniger verbreitet als etwa im Pflegedienst. So kommen in jeweils mehr als 40% der Krankenhäuser schriftliche Einarbeitungskonzepte und strukturierte Mitarbeitergespräche häufig zum Einsatz. In knapp einem Drittel aller Kliniken kommen standardmäßig Zielvereinbarungsgespräche, schriftliche Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen oder Weiterbildungskonzepte zur Anwendung. Zum Teil können positive Effekte bestimmter Personalentwicklungsmaßnahmen auf den Ärztemangel beobachtet werden. So gibt es schriftliche Einarbeitungs- und Weiter-

bildungskonzepte häufiger in Krankenhäusern ohne Ärztemangel als in den übrigen Häusern.

Darüber hinaus haben gezielte Maßnahmen der Krankenhäuser zur Vermeidung oder zum Abbau von Mehrarbeit einen mildernden Effekt auf den Ärztemangel. In Krankenhäusern, welche entsprechende Maßnahmen gezielt durchführen, sind im Durchschnitt weniger Arztstellen unbesetzt als in anderen Einrichtungen. Darüber hinaus fällt der Ärztemangel in Krankenhäusern, in welchen die Arbeitsbelastungen, die Arbeitszeiten bzw. die Arbeitszeitorganisation von den Krankenhausärzten eher positiv bewertet werden, in der Tendenz etwas niedriger aus als in Krankenhäusern mit eher kritischer Einschätzung seitens der Ärzte.

Die wichtigsten politischen Gegenmaßnahmen zum Ärztemangel bilden aus Sicht der Krankenhäuser insbesondere der Bürokratieabbau im Ärztlichen Dienst, der Abbau von MDK-Anfragen-/Prüfungen, der Ausbau der Studienkapazitäten in der Humanmedizin sowie die Änderung der Zugangs- oder Auswahlkriterien für das Medizinstudium. Darüber hinaus wird die Ausweitung des rechtlichen Rahmens zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an vorhandene Berufsgruppen sowie die Etablierung und rechtliche Anerkennung neuer Aus- und Weiterbildungen zur Übernahme ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten als besonders relevant eingestuft.

14.6 Handlungsempfehlungen

Die bestehenden Versorgungsgrenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sind abzubauen, um eine effektive Nutzung der knappen Personalressourcen in der fachärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Dies bedeutet zum einen die weit gehende und regelhafteste Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, also beispielsweise standardmäßig im Rahmen von Krankenhaus- oder Institutsambulanzen. Zum anderen sollten aber auch freiberufliche Fachärzte stärker als bislang an der Patientenversorgung im Krankenhaus mitwirken können, etwa als Honorar- oder Konsiliarärzte, über Teilzeitanstellungen am Krankenhaus, im Rahmen von Praxen oder MVZ auf dem Krankenhaugelände oder über den Ausbau und die Optimierung der belegärztlichen Versorgung.

In Zukunft wird es unumgänglich sein, die Krankenhausärzte durch eine weitergehende Delegation ärztlicher Tätigkeiten umfassend zu entlasten. Ärztliche Tätigkeiten können an vorhandene bzw. etablierte Gesundheitsberufe (z. B. Pflege- oder MTA-Berufe) oder an neue Berufsgruppen delegiert werden, deren Tätigkeitsprofil maßgeblich durch die Über-

nahme bislang ärztlicher Tätigkeiten definiert ist (sog. „physician assistants“). Zu diesem Zweck sind delegierbare Tätigkeiten im Einzelnen festzulegen, Anforderungs- und Kompetenzprofile für die anderen Berufsgruppen zu definieren und die erforderlichen qualifikatorischen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen.

Der Ärztemangel lässt sich teilweise durch eine Entbürokratisierung der ärztlichen Arbeit zurückfahren. Der Trend einer fortwährenden Ausweitung von Dokumentationsanforderungen an den Ärztlichen Dienst durch Politik, Selbstverwaltung, Kostenträger und MDK muss gestoppt und umgekehrt werden. Die Krankenhäuser können ihrerseits etwa durch Standardisierung und Delegation von Dokumentationstätigkeiten sowie innovative technische Lösungen zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes im Ärztlichen Dienst beitragen.

Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung ist weiter zu verbessern. Für eine strukturierte und mitarbeiterorientierte Weiterbildung gibt es eine Reihe von einschlägigen Instrumenten, z. B. Tutoren- oder Mentorensysteme, standardisierte Weiterbildungspläne, regelmäßige Weiterbildungsgespräche oder die feste Zusage der Einhaltung vorgesehener Weiterbildungszeiten. Darüber hinaus sind die Weiterbildungsordnungen auf Straffungs- und Verschlinkungspotenziale zu überprüfen, um die Absolvierung der Facharztweiterbildung in der Regelweiterbildungszeit zu gewährleisten. Auch eine Differenzierung oder Modularisierung der Weiterbildung nach künftigen Einsatzbereichen ist ggf. zu prüfen.

Im Krankenhaus bildet die Schaffung von familienfreundlichen Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Standort- und Wettbewerbsfaktor. Eine bedarfsgerechte betriebliche Kinderbetreuung ist die wichtigste Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Weitere wichtige Maßnahmen im Rahmen der Familienorientierung sind flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit zur Weiterbildung in Teilzeit oder Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramme während der Elternzeit.

Eine systematische Personalentwicklung ist ein aktiver Beitrag zur Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbindung. Zur Umsetzung einer systematischen Personalentwicklung existiert eine Reihe einschlägiger Instrumente, wie strukturierte Einarbeitungs-, Fort- und Weiterbildungskonzepte, Karriereplanung, Beurteilungssysteme für Vorgesetzte und Mitarbeiter etc. Gerade beim Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser besteht hier noch Nachholbedarf. Das gleiche gilt mit Blick auf eine stärkere Arbeitszeitflexibilisierung und die Verhinderung von Mehrarbeit.

Trotz aller krankenhauseseitigen Verbesserungsmöglichkeiten handelt es sich beim Ärztemangel im Krankenhaus um ein Problem, das in hohem Maße durch den Mangel an verfügbaren Fachkräften bedingt ist. Deswegen sind zum einen die Drop-Out-Raten während des Medizinstudiums und in der Übergangsphase zwischen Studium und Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit zu senken. Zu diesem Zweck sind das Medizinstudium ggf. noch attraktiver und praxisnäher zu gestalten sowie ergänzend zum Numerus clausus andere Auswahlkriterien für das Medizinstudium zu entwickeln. Zum anderen sollten die Studienkapazitäten in der Humanmedizin sukzessive erhöht werden. Die Studienkapazitäten sollten dabei stärker als bislang am künftigen Ärztebedarf unter Berücksichtigung der erwarteten Drop-Out-Raten ausgerichtet werden.

Abbildungsverzeichnis

ABB. 1: ÄRZTLICHE VOLLKRÄFTE IM JAHRESDURCHSCHNITT JE BETTENGROßENKLASSE VON 2000 BIS 2008	13
ABB. 2: ENTWICKLUNG DER ÄRZTLICHEN VOLLKRÄFTE IM JAHRESDURCHSCHNITT JE BETTENGROßENKLASSE SEIT 2000	14
ABB. 3: HAUPTAMTLICHE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT UND OHNE WEITERBILDUNG VON 2000 BIS 2008 (STICHTAG 31.12)	16
ABB. 4: ENTWICKLUNG DER HAUPTAMTLICHEN ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT UND OHNE WEITERBILDUNG SEIT 2000 (STICHTAG 31.12)	17
ABB. 5: HAUPTAMTLICHE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT WEITERBILDUNG GEGLIEDERT NACH FACHGEBIETEN VON 2000 BIS 2008 (STICHTAG 31.12)	19
ABB. 6: HAUPTAMTLICHE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT WEITERBILDUNG GEGLIEDERT NACH FACHGEBIETEN VON 2000 BIS 2008 (STICHTAG 31.12)	20
ABB. 7: HAUPTAMTLICHE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT WEITERBILDUNG GEGLIEDERT NACH FACHGEBIETEN VON 2000 BIS 2008 (STICHTAG 31.12)	21
ABB. 8: HAUPTAMTLICHE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT WEITERBILDUNG GEGLIEDERT NACH FACHGEBIETEN VON 2000 BIS 2008 (STICHTAG 31.12)	22
ABB. 9: HAUPTAMTLICHE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT WEITERBILDUNG GEGLIEDERT NACH FACHGEBIETEN VON 2000 BIS 2008 (STICHTAG 31.12)	23
ABB. 10: ENTWICKLUNG DER STUDIENPLÄTZE, ERSTSEMESTER IN DER MEDIZIN, MEDIZINSTUDENTEN (INSGESAMT) UND MEDIZINABSOLVENTEN SEIT 2000	24
ABB. 11: WANDERUNGSSALDO DER AUS DEUTSCHLAND AUSGEWANDERTEN UND NACH DEUTSCHLAND EINGEWANDERTEN ÄRZTE VON 2000 BIS 2008	43
ABB. 12: ANZAHL DER HAUPTAMTLICHEN ÄRZTE INSGESAMT MIT PROZENTUALER GESCHLECHTERVERTEILUNG VON 2000 BIS 2008	46
ABB. 13: ANZAHL DER HAUPTAMTLICHEN ÄRZTE MIT EINER ABGESCHLOSSENEN WEITERBILDUNG MIT PROZENTUALER GESCHLECHTERVERTEILUNG VON 2000 BIS 2008	47
ABB. 14: ANZAHL DER HAUPTAMTLICHEN ÄRZTE OHNE BZW. IN EINER WEITERBILDUNG MIT PROZENTUALER GESCHLECHTERVERTEILUNG VON 2000 BIS 2008	48
ABB. 15: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH KRANKENHAUSGRÖßE	52
ABB. 16: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH KRANKENHAUSGRÖßE – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	52
ABB. 17: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH KRANKENHAUSGRÖßE (N=5500)	53
ABB. 18: OFFENE ARZTSTELLEN NACH BETTENGROßENKLASSEN BUNDESWEIT	54
ABB. 19: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH KRANKENHAUSTYP	55
ABB. 20: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH KRANKENHAUSTYP – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	55

ABB. 21: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH KRANKENHAUSTYP (N= 5500)	56
ABB. 22: OFFENE ARZTSTELLEN NACH KRANKENHAUSTYP BUNDESWEIT	56
ABB. 23: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH TRÄGERSCHAFT	57
ABB. 24: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH KRANKENHAUSTRÄGERSCHAFT – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	58
ABB. 25: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH KRANKENHAUSTRÄGERSCHAFT (N= 5500)	58
ABB. 26: OFFENE ARZTSTELLEN NACH KRANKENHAUSTRÄGERSCHAFT BUNDESWEIT	59
ABB. 27: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH KRANKENHAUSART	60
ABB. 28: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH KRANKENHAUSART – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	60
ABB. 29: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH KRANKENHAUSART (N= 5500)	61
ABB. 30: OFFENE ARZTSTELLEN NACH KRANKENHAUSART BUNDESWEIT	61
ABB. 31: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST IM OST-WEST-VERGLEICH	62
ABB. 32: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST IM OST-WEST-VERGLEICH – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	63
ABB. 33: VERTEILUNG OFFENER STELLEN IM OST-WEST-VERGLEICH (N= 5500)	63
ABB. 34: OFFENE ARZTSTELLEN IM OST-WEST-VERGLEICH	64
ABB. 35: STELLENBESETZUNGSPROBLEME NACH BUNDESLÄNDERN	65
ABB. 36: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH BUNDESLÄNDERN – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	65
ABB. 37: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH BUNDESLÄNDERN (N= 5500)	66
ABB. 38: OFFENE ARZTSTELLEN NACH BUNDESLÄNDERN BUNDESWEIT	66
ABB. 39: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH REGIONSTYP	67
ABB. 40: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH REGIONSTYP – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	68
ABB. 41: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH REGIONSTYP (N= 5500)	68
ABB. 42: OFFENE ARZTSTELLEN NACH REGIONSTYP BUNDESWEIT	69
ABB. 43: STELLENBESETZUNGSPROBLEME NACH POSITIONEN	70
ABB. 44: NICHT BESETZTE STELLEN IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH POSITIONEN – KRANKENHÄUSER MIT STELLENBESETZUNGSPROBLEMEN	71
ABB. 45: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH POSITION (N= 5500)	71
ABB. 46: OFFENE ARZTSTELLEN NACH POSITIONEN BUNDESWEIT	72
ABB. 47: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH FACHABTEILUNGEN	73
ABB. 48: STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST NACH FACHABTEILUNGEN	74
ABB. 49: OFFENE ARZTSTELLEN NACH FACHABTEILUNGEN BUNDESWEIT	75
ABB. 50: VERTEILUNG OFFENER STELLEN NACH FACHABTEILUNGEN (N= 5500)	76
ABB. 51: DURCHSCHNITTLICHE DAUER VON STELLENVAKANZEN IM ÄRZTLICHEN DIENST	77

ABB. 52: AUSWIRKUNGEN DES ÄRZTEMANGELS	78
ABB. 53: GRÜNDE FÜR STELLENBESETZUNGSPROBLEME – MITTELWERTE.....	79
ABB. 54: INSTRUMENTE DER ÄRZTLICHEN WEITERBILDUNG.....	81
ABB. 55: ÄRZTEMANGEL NACH EINSATZ VON WEITERBILDUNGSINSTRUMENTEN.....	82
ABB. 56: ÄRZTEMANGEL NACH WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG.....	83
ABB. 57: WEITERBILDUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZIN	86
ABB. 58: FINANZIELLE ANREIZE ZUR ÄRZTEAKQUISE	87
ABB. 59: SONSTIGE MAßNAHMEN ZUR ÄRZTEAKQUISE	89
ABB. 60: ÄRZTEMANGEL NACH EINSATZ EXTERNER ÄRZTE	91
ABB. 61: ERFOLGSVERSPRECHENDE MAßNAHMEN ZUR ÄRZTEAKQUISE - MITTELWERTE	92
ABB. 62: ENTWICKLUNG DER AUSGABEN FÜR STELLENANZEIGEN, PERSONALVERMITTLER, ETC. IN DEN LETZTEN ZWEI JAHREN.....	93
ABB. 63: MAßNAHMEN IM BEREICH DER FAMILIENORIENTIERUNG	94
ABB. 64: BEDARFSGERECHTE PLATZZAHLEN BETRIEBLICHER KINDERBETREUUNGSANGEBOTE	95
ABB. 65: BEDARFSGERECHTE ÖFFNUNGSZEITEN BETRIEBLICHER KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNGEN.....	96
ABB. 66: QUALIFIZIERUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR ÄRZTE IN/NACH DER WEITERBILDUNG.....	97
ABB. 67: ÄRZTEMANGEL NACH QUALIFIZIERUNGSMÖGLICHKEITEN IN/NACH DER WEITERBILDUNG.....	99
ABB. 68: ANGEBOTE DER ARBEITSZEITFLEXIBILISIERUNG	100
ABB. 69: DURCHFÜHRUNG GEZIELTER MAßNAHMEN ZUR VERMEIDUNG ODER ZUM ABBAU VON MEHRARBEIT / ÜBERSTUNDEN.....	101
ABB. 70: MAßNAHMEN EINER SYSTEMATISCHEN PERSONALENTWICKLUNG.....	103
ABB. 71: ÄRZTEMANGEL NACH PERSONALENTWICKLUNGSMÄßNAHMEN	104
ABB. 72: ENTLASTUNGSMÄßNAHMEN FÜR ÄRZTE	105
ABB. 73: ÄRZTEMANGEL NACH ENTLASTUNGSMÄßNAHMEN.....	106
ABB. 74: ARBEITSBEDINGUNGEN IM ÄRZTLICHEN DIENST	107
ABB. 75: ÄRZTEMANGEL NACH ARBEITSBEDINGUNGEN.....	108
ABB. 76: POLITISCHE MAßNAHMEN ZUM ABBAU DES ÄRZTEMANGELS.....	111
ABB. 77: ÄRZTEMANGEL NACH POLITISCHEN MAßNAHMEN ZUM ABBAU DES ÄRZTEMANGELS	113
ABB. 78: KRANKENHAUSINDIVIDUELLER ÄNDERUNGSBEDARF ZUR ATTRAKTIVITÄTSSTEIGERUNG	114
ABB. 79: SONSTIGE ÄNDERUNGSMÄßNAHMEN ZUR ATTRAKTIVITÄTSSTEIGERUNG	115

Tabellenverzeichnis

TAB. 1:	AUSSCHÖPFUNG DER KRANKENHAUSBEFragung	11
TAB. 2:	HAUPTAMTLICHE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN (ABSOLUT) MIT WEITERBILDUNG	18
TAB. 3:	STUDIENKAPAZITÄTEN.....	23
TAB. 4:	ERSATZBEDARF AN KRANKENHAUSÄRZTEN BIS 2019	26
TAB. 5:	MEHRBEDARF AN KRANKENHAUSÄRZTEN BIS 2019.....	29
TAB. 6:	NEUZUGÄNGE AN KRANKENHAUSÄRZTEN BIS 2019.....	33
TAB. 7:	PROGNOSE DES ÄRZTEMANGELS IM KRANKENHAUS BIS 2019	35
TAB. 8:	MEDIZINER AUßERHALB DER PATIENTENVERSORGUNG.....	109

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):
Ausübung der Heilkunde muss in ärztlicher Hand und Verantwortung bleiben. Press re-
lease (05.02.2008; 09:21). <http://idw-online.de/pages/en/news?print=1&id=258375>
- Blum, K., Grohmann, G.: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der
technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Düsseldorf, 2009
- Blum, K., Grosse Frie, K., Klein, J., Knesebeck, O.v.d.: Betriebliches Gesundheitsmanage-
ment im Krankenhaus. Das Krankenhaus, 2009 (8), 731-738
- Blum, K., Müller, U.: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Be-
standsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Düsseldorf 2003.
- Blum, K., Müller, U., Offermanns, M.: Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Düssel-
dorf 2004.
- Blum K, Offermanns M, Perner P: Ärztemangel im Krankenhaus. Arzt und Krankenhaus,
2009 (02), 36-39.
- Buxel H: Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. Deutsches Ärzteblatt, 2009 (37), A1790-
1793.
- Bühren, A.: Das familienfreundliche Krankenhaus. Arzt und Krankenhaus, 2006 (8), 173-175
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Familienbewusste Personal-
politik. Berlin 2008
111. Deutscher Ärztetag: Delegation ja – Substitution nein. Rheinisches Ärzteblatt, 2008 (7),
14
- Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2009. Düsseldorf 2009. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2008. Düsseldorf 2008. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2006. Düsseldorf 2006. www.dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2005. Düsseldorf 2005. www.dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2004. Düsseldorf 2004. www.dki.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft: Ärztemangel – Handlungsbedarf aus Sicht der DKG. Berlin 2009

Deutsche Krankenhausgesellschaft: Auswirkungen einer geänderten EU-Arbeitszeitrichtlinie auf die Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus. Berlin 2008

Deutscher Städtetag: Äußerung zum Ärztemangel. Köln 2010

Hampe W , Hissbach , J: Auswahlverfahren für das Medizinstudium – kein Ersatz für die Abi-
turnote. Deutsches Ärzteblatt, 2010, 107 (26), A1298-1299

Heublein U, Schmelzer R, Sommer D: Die Entwicklung der Studienabbruchquote an den
deutschen Hochschulen. Ergebnisse einer Berechnung des Studienabbruchs auf der
Basis des Absolventenjahrgangs 2006. Hannover 2008.

Kienbaum: Arbeitszeitmanagement in deutschen Krankenhäusern 2009. Düsseldorf 2009.

Kopetsch T: Attraktives Ausland. Eine Untersuchung zu Ärztewanderungen. f&w führen und
wirtschaften im Krankenhaus, 2010 (1), 30-31.

Kopetsch T: Gute Chancen als Ärztin/Arzt in Deutschland. Kongress „Perspektiven und Kar-
riere“, Berlin, 23. Oktober 2009a.

Kopetsch T: Hohe Abwanderung ins Ausland – sehr geringe Arbeitslosigkeit. Deutsches Ärz-
teblatt, 2009b (16), A757-760.

Kopetsch T: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruk-
tur- und Arztzahlenentwicklung. Berlin 2007.

KTQ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen: KTQ-Manual. Düs-
seldorf 2007

Norden G: VLK-Initiativpakt gegen Ärztemangel. Konzept verabschiedet. Arzt und Kranken-
haus, 2009 (12), 356-358.

Norden G: Ärztemangel ist nicht schicksalhaft. Positionspapier des Verbandes der Leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands (VLK). Arzt und Krankenhaus, 2008 (08), 227-233.

- Offermanns M: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Düsseldorf 2008.
- Rambøll Management: Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland – Abschlussbericht. Hamburg 2004. (erstellt im Auftrag des BMGS).
- Rosta J: Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, 2007 (36), A2417-2423.
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009
- Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Fachserie 11/Reihe 4.3.1. Wiesbaden 2003-2009.
- Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2000-2008. Fachserie 12/Reihe 6.1. Wiesbaden 2001-2009.
- Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2008.
- Via medici: Motivationsbarometer, Teil 2. 2006, URL: <http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/politik/motivationsbarometer2.html> (abgerufen am 08.02.10)
- Wegner R , Kostava P , Poschadel B , Manuwald U , Baur X: Belastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 2009, 44 (7), S. 389-399

Projektbegleitende Arbeitsgruppe

Peer Köpf	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Prof. Dr. Dieter Behrenbeck	Deutscher Städtetag, Solingen
Dr. Lutz Blase	Klinikum Altenburger Land GmbH, Altenburg
Horst Defren	Kliniken Essen-Mitte, Essen
Thorsten Ganse	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf
Dr. Bernd Hackenjos	Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V., Hannover
Dr. Gösta Heelemann	Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V., Halle
Joachim Klähn	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf
Rainer Kontermann	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V., Stuttgart
Thilo Rübenstahl	Kliniken Essen-Mitte, Essen
Christian Schu	Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln
René Schubert	Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V., Leipzig
Dr. Michael Weber	Amper Kliniken AG, Dachau