



Symposium „Demographischer Wandel und ärztliche Versorgung in Deutschland“ am
27.08.2009 in Berlin

Statement von Dr. Frank Ulrich Montgomery

Vize-Präsident der Bundesärztekammer

Ein Blick in den Stellenmarkt offenbart jede Woche aufs Neue: die Nachfrage nach Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis steigt. In manchen Regionen – längst nicht nur im Osten Deutschlands – werden Ärzte händeringend gesucht. Der Ärztemangel ist dort inzwischen eine tägliche Erfahrung mit gravierenden Folgen für die medizinische Versorgung. Patienten müssen lange auf Termine warten und weite Wege bis in die nächste Arztpraxis in Kauf nehmen. Aber auch in den Krankenhäusern bleiben viele Stellen unbesetzt, in einigen Abteilungen sogar bis zu 50 Prozent.

Noch nie hat sich ein Angebotsmarkt mit Zigtausenden arbeitslosen Ärzten, wie wir es noch vor 10 Jahren beklagen mussten, in ähnlich rasanter Geschwindigkeit zu einem Nachfragemarkt mit Tausenden offener Stellen entwickelt. Der Wechsel von Unterbeschäftigung über Vollbeschäftigung zu Überbeschäftigung mit Traumarbeitungslosenraten ist ein Faktum, das kein ernsthaft argumentierender Politiker mehr wegdiskutieren kann. Obwohl genügend Studenten ein Medizinstudium beginnen, verlassen zu wenige Ärzte die Unis, die bereit sind, in der präventiven oder kurativen Medizin zu arbeiten. Immer mehr ausgebildete Ärzte entscheiden sich gegen eine kurative Tätigkeit und wandern in alternative Berufsfelder oder ins Ausland ab. Die Ursachen für diese Entwicklung sind mannigfaltig. Sie liegen sicher auch im Studium und den deutschen Studienbedingungen. Das ist aber nicht alles. Viel erschreckender ist die Zahl derjenigen, die ihr Studium erfolgreich beenden, dann aber nicht in die Weiterbildung am Krankenhaus einsteigen: das sind ca. 20 Prozent.

Was bewegt einen jungen Menschen, der mit viel Elan und großem Arbeitseinsatz sein Studium erfolgreich beendet hat, dann einen großen Bogen um das Krankenhaus zu machen? Es sind die in unseren Krankenhäusern zum Teil unzumutbaren Arbeitsbedingungen, eine als ungerecht empfundene Bezahlung und die häufige Unvereinbarkeit von Beruf und Fami-

lie. Hinzu kommt ein Übermaß an bürokratischen und administrativen Aufgaben. Das wirkt abschreckend. Diese Hürden müssen wir dringend abbauen.

Es ist doch sehr befremdlich, wenn die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Antwort auf dieses Problem eine Vermehrung der Studienplätze und eine Abschaffung des numerus clausus fordert. Statt die unhaltbaren Zustände intern zu ändern, ruft man nach dem Staat, der einem weiter billige Arbeitskräfte liefern soll. Die deutschen Krankenhäuser verlangen von uns allen junge Menschen teuer auszubilden (ein Studium kostet etwa 300.000 Euro), damit sie dann schlecht entlohnt und mies behandelt von den Krankenhäusern ausgebeutet werden können. So geht das nicht: Die Krankenhausträger haben es selber in der Hand, sich attraktiv zu machen. Das fängt mit anständigen Bedingungen und einer angemessenen Vergütung im „Praktischen Jahr“ an. Nachdem die angehenden Ärzte im letzten Jahr des Studiums, im PJ die Realität des Krankenhausalltags kennengelernt haben, verweigern sich 20 Prozent der Absolventen dieser Knochenmühle. Das PJ wird als Kulturschock empfunden.

In diesem Kontext ist das Verhalten der Universität Mainz, die von Lehrkrankenhäusern verlangt, dass diese ihren PJ'lern keine angemessenen Vergütungen gewähren, antiquiert, absurd und abzulehnen. Das geht weiter mit den Arbeitsbedingungen und Gehältern der Assistenzärzte – auch hier besteht dringender Handlungsbedarf. Die DKG sollte erstmal in ihrem eigenen Haus aufräumen, bevor sie nach staatlichen Regelungen ruft.

Aber der Ärztemangel ist nicht nur Ergebnis der Personalabschreckungspolitik der Arbeitgeber. Es gibt eine Fülle anderer Gründe.

Heute wissen wir:

1. Der medizinische Fortschritt bedingt mehr Leistung. Wir können heute mehr – das drückt sich nicht nur in längerer Lebenserwartung und besserer Lebensqualität aus, es fordert auch mehr Personaleinsatz. Man kann das sogar messen. Das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung erhebt in einem sogenannten ADT-Panel Kennzahlen zu Patienten-Arztkontakten. Die Ergebnisse zeigen uns: Hatte ein Allgemeinarzt 1999 3,5 Patientenkontakte pro Fall, so sind es heute 3,7. Beim hausärztlichen Internisten stieg die Kontaktrate von 3,5 auf 3,9; beim Radiologen immerhin von 1,1 auf 1,3. Das bedeutet zwischen zehn und 20 Prozent mehr „Arbeit“ pro Fall – in nur zehn Jahren. Ein Ausdruck des Fortschritts, der längst alle Ebenen der Medizin erreicht hat.

2. Die demografischen Veränderungen in unserer Bevölkerung haben gewaltige Auswirkungen. Der Finanzbedarf für Versicherte über 60 Jahre ist 3,26 mal höher als für 60jährige. Das zumindest ergeben die Daten des Risikostrukturausgleichs. Gleichzeitig hat sich der Anteil dieser Gruppe von 1991 bis 2008 um 20 Prozent von 20,4 auf 25,3 Prozent vermehrt.

Mehr alte Menschen und mehr Arbeit treffen nun aber zeitgleich auf eine Veränderung der Arbeitswelt und eine veränderte Zusammensetzung der Ärzteschaft:

3. Das Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten zueinander hat sich radikal verändert. Die Medizin wird weiblich. Damit Sie mich nicht falsch verstehen: das tut ihr richtig gut. Aber Frauen haben nun oftmals andere Lebensperspektiven als Männer und stellen – das sage ich ohne jeden Unterton von Diskriminierung – nun einmal weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung. Das ist übrigens familienpolitisch gewollt, noch wichtiger: das ist ihr gutes Recht. Und so bedeutet ein Anstieg des Ärztinnenanteils von 33,6 Prozent in 1991 auf 41,5 Prozent in 2008 eine gewaltige Veränderung von zur Verfügung stehendem Arbeitsvolumen. Es gibt eine grobe Faustformel, die besagt, dass drei Frauen einem Arbeitgeber in ihrer Erwerbsarbeit soviel Arbeit zur Verfügung stellen, wie zwei Männer. Das ist völlig in Ordnung, nur wir müssen dies zur Kenntnis nehmen und danach handeln.
4. Hinzu kommen gesetzliche Veränderungen wie das neugefasste Arbeitszeitgesetz, das ja auch die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten in einen vernünftigen Rahmen stellt. Machen wir uns doch nichts vor. In einem qualitätsgesicherten, effizienten und patientensicheren Gesundheitswesen sollte kein Platz sein für übermüdete, ausgelaugte und an ihre körperlichen Grenzen geführte Ärzte. Es wäre fatal, würde man den Verlockungen mancher Kassenfunktionäre oder der Krankenhausträger wieder erliegen und in einer „Rolle rückwärts“ das Arbeitszeitgesetz wieder ändern. Der Schuss ginge nach hinten los. Es gehört nun mal zum funktionierenden Wettbewerb, dass man sich solchen Ansätzen entzieht und ins Ausland geht, in andere Arbeitsbereiche ohne direkte, kurative Patientenversorgung oder aber lieber den Beruf gar nicht ausübt, anstatt sich zu verbrennen.
5. Und damit sind wir bei einem Kernproblem. Wir müssen einfach zur Kenntnis nehmen, dass junge, moderne Menschen mit einer hochqualifizierten Ausbildung und viel Elan nicht mehr bereit sind, ihren Lebensstil, ihre Lebensqualität und ihre Arbeitnehmerrechte an den Pforten der Krankenhäuser, der Medizinischen Versorgungszentren oder am Eingang ihrer Praxis abzugeben. Und statt diese Menschen, die sich nur verhalten, wie wir

alle, dafür zu beschimpfen, anzuklagen, ihnen ihr Verhalten vorzuwerfen, müssen wir uns und die Politik fragen, was wir tun, um wieder ein Gleichgewicht zwischen Arbeit, Leistung und Angebot herzustellen.

6. Das Spektrum medizinischer Leistungen unterliegt aber ebenfalls einem natürlichen, gewollten und begrüßenswerten Wandel. Stichwort ist: „Soviel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig“. Diese ideologische Formel hat weit über die reine Abrechnungsfrage hinausgehende Implikationen. Viele Eingriffe und Verfahren finden heute in Krankenhäusern gar nicht mehr statt. Sie sind in den ambulanten Bereich verlagert worden. Aber das bedeutet auch: Sie können an Krankenhäusern nicht mehr erlernt werden. Wir brauchen also viel mehr Weiterbildung im ambulanten Bereich. Hierzu müssen Kolleginnen und Kollegen auf dem Wege zum Facharzt auch in Praxen mitarbeiten und lernen dürfen. Unter Bedingungen mit gedeckelten Budgets kann man aber auch beim besten Willen nicht erwarten, dass Praxisinhaber dies alleine finanzieren. Ich will das an einem kurzen Beispiel erläutern. Wenn es wirklich stimmt, dass der Durchschnittsertrag einer deutschen Praxis 120.000 € im Jahr beträgt (Zahlen des Statistischen Bundesamtes), dann führt die Einstellung eines Weiterbildungsassistenten mit Tarifgehalt (ca. 50.000 €) dazu, dass der Praxisinhaber auf die Hälfte seines Ertrages verzichten müsste. Gleichzeitig kann er aber seinen Praxisumsatz nicht steigern. Er wird also entweder kein Tarifgehalt zahlen oder keine Weiterbildungsassistenten einstellen. Beides ist schlecht, beides verstärkt den Ärztemangel; denn unter Tarifgehalt geht niemand mehr in die Praxis, wenn er dieses im Krankenhaus angeboten bekommt. Wir müssen also über die Finanzierung von Weiterbildung im niedergelassenen Bereich reden und nicht über die Finanzierung im Krankenhaus durch DRG-Zuschläge. So etwas gibt es ja schon ansatzweise in der Allgemeinmedizin. Hier müssen die politischen Anstrengungen verstärkt werden.
7. Der Konzentrationsprozess der Krankenhäuser und die Verdichtung zu komplexeren Verfahren an größeren Zentren führen zu einem Wegfall von Weiterbildungsmöglichkeiten an kleineren Krankenhäusern. Im Klartext: die Weiterbildungszeiten, die man dort ableisten kann, werden eher kürzer als länger. Volle Weiterbildungsbefugnisse wird es in Zukunft nur nach an wenigen Hochleistungszentren geben. Das erfordert mehr Flexibilität und Mobilität bei Assistenzärzten. Die muss man ihnen aber auch ermöglichen: durch Kooperationen, Verbundverträge und einen angemessenen materiellen Ausgleich.

Im Ergebnis all dieser Faktoren stellen wir fest: zwischen 2000 und 2007 führen 6,9 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte gleichwohl zu 1,6% weniger Arbeitsangebot. Da aber zeitgleich die Arbeitslast steigt, kommt es in zunehmendem Maße zu einer Verdichtung von Arbeit, zu

Überlastung von Mitarbeitern und zu Demotivation. Dies wiederum führt zu ganz natürlichen Reaktionen. Ärztinnen und Ärzte steigen aus der präventiven und kurativen Medizin aus, gehen ins Ausland, machen etwas anderes, sind unzufrieden, verlieren ihre Freude an und ihr Engagement für den Beruf. Kurz gesagt: Arbeit in der Medizin ist unattraktiv geworden.

Wir müssen sie wieder attraktiver gestalten. Wenn wir die jungen Menschen wieder für unsere Arbeit begeistern wollen, müssen wir die Bedingungen auch ihren Bedürfnissen anpassen. Wir müssen viel verändern. Platt formuliert: „Der Köder Arbeit muss den Fischen schmecken und nicht den Anglern“.

Wir können heute beweisen, mehr Ärzte und ein gleichzeitig vorhandener Ärztemangel schließen sich nicht aus. Sie sind auch kein Widerspruch, sondern natürliche Folge gesellschaftlicher Veränderungen und einer unzureichenden politischen Antwort. Wenn Politiker und Krankenkassen heute immer noch gebetsmühlenartig alle Probleme als „reine Verteilungsprobleme“ der Ärzteschaft kleinreden wollen, dann werden sie ihrer politischen Verantwortung nicht gerecht. Die Rahmenbedingungen müssten sich ändern, wenn wir keine Zunahme von Wartelisten, Mehrklassenmedizin als Ausdruck des Mangels und eine Ausdünnung der ambulanten Versorgung in der Fläche akzeptieren wollen. Ärztliche Arbeit in Klinik und Praxis muss wieder attraktiv werden.

Dazu gehören zuallererst:

- mehr Stellen in den Krankenhäusern und eine bessere Bezahlung,
- mehr Angebote für Teilzeitarbeit im Krankenhaus mit gleichzeitigem Schutz vor Ausbeutung,
- flankierende Maßnahmen wie Abbau von Überstunden und Diensten, Entlastung von Bürokratie und Kinderbetreuung
- Bessere Anerkennung und Vergütung niedergelassener Ärzte
- Finanzierung von Weiterbildung im niedergelassenen Bereich