



Dr. Karl Blum, Dr. Sabine Löffert

Ärztmangel im Krankenhaus

- Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen -

Kurzfassung

Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**

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.

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.

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.

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.

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 Weiterbildungskonzepte 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.

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 regelhaftete 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 Krankenhausgelände 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 Übernahme 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 Verschlangungspotenziale 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 krankenseitigen 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 mit Blick auf das Medizinstudium 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.