



## **Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes**

zum Grünbuch der Kommission der Europäischen  
Gemeinschaften - Az: KOM(2008)725/3

über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin  
Tel. 030 2408303 – 0  
Fax 030 2408303 – 29  
[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)  
[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 17.04.2009

Der zukünftige Arbeitsmarkt für Fachkräfte im Gesundheitswesen steht vor immensen Herausforderungen. Dazu gehören zum einen das steigende Durchschnittsalter sowie der Mangel an Nachwuchs bei Ärzten und Pflegepersonal. Zum anderen existieren nicht ausreichend Aus-, Weiter- und Fortbildungsplätze, um den erforderlichen Bedarf an medizinischem und pflegerischem Personal zu decken und die berufliche Mobilität innerhalb der Europäischen Union sinnvoll zu fördern.

Ohne Zweifel ist das Gesundheitswesen einer der wichtigsten Wirtschaftszweige der EU. Etwa jede zehnte Arbeitskraft ist im Gesundheitswesen beschäftigt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist deshalb zu erwarten, dass auch die momentane weltweite Wirtschaftskrise einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklungen in den Gesundheitssystemen der Mitgliedsstaaten haben wird.

Vor diesem Hintergrund beteiligt sich der Marburger Bund gerne an der EU-weiten Diskussion zur Zukunft der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen. Er unterstützt das „Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa“, das zum Ziel hat, die Probleme der Gesundheitsberufe in den Vordergrund zu rücken und gemeinsam eine bessere Grundlage dafür zu schaffen, was auf der EU-Ebene zur wirksamen Lösung dieser Probleme unternommen werden kann.

Der Marburger Bund hebt insbesondere den Aspekt der Arbeitsbedingungen und der Förderung der Arbeitskräfte hervor. Darüber hinaus bezieht er Stellung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie zur Frage der Migration.

Hinsichtlich der Vorschläge der Kommission zur Änderung der Arbeitszeitrichtlinie (2003/88/EG) ist die kritische Haltung des Marburger Bundes hinreichend kommuniziert worden. Im Punkt 3 „Rechtlichen Rahmen und Grundlage für Maßnahmen auf EU-Ebene“ sind nach Auffassung des Verbandes allerdings einige Widersprüche enthalten, die in der Stellungnahme abschließend erläutert werden.

### **Förderung der Arbeitskräfte**

Angesichts der wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens in den meisten EU-Staaten und im Hinblick auf die großen Herausforderungen, denen sich die Gesundheitssysteme stellen müssen, kommt der Effizienz der Gesundheitsversorgung und der Qualifikation der Beschäftigten eine erhebliche Bedeutung zu.

Wesentliche Aufgabe der Verantwortlichen ist es, eine ausreichende Zahl hoch qualifizierter Mitarbeiter in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen zu gewinnen und zu motivieren, sie an das Gesundheitswesen zu binden und für ihre kontinuierliche und nachhaltige Weiterentwicklung und Fortbildung Sorge zu tragen.

Für den Bereich der Ärzte ist dies in den vergangenen Jahren offenbar nicht in allen EU-Staaten gelungen, denn nicht wenige Mitgliedsstaaten berichten über einen bereits erkennbaren bzw. drohenden Ärztemangel und eine zunehmende Überalterung der Ärzteschaft.

In Deutschland gibt es erste Anzeichen eines Ärztemangels im niedergelassenen, ambulanten Bereich und bereits deutliche Hinweise im stationären Bereich (Krankenhaus). Hier ermittelte das so genannte Krankenhaus-Barometer 2008 eine Zahl von 4.000 nicht besetzten Arztstellen.

Ursache für diesen Mangel sind nach Ansicht des Marburger Bundes primär die über viele Jahre unattraktiven Arbeitsbedingungen mit überlangen Arbeitszeiten, zahlreichen unbezahlten Überstunden und international nicht konkurrenzfähigen, weil deutlich unterdurchschnittlichen Gehältern. Tausende von Ärzten haben deshalb Stellen im EU-Ausland bzw. in Drittstaaten gesucht bzw. sind in nicht-medizinische oder zumindest nicht-klinische/nicht-kurative Tätigkeitsbereiche ausgewichen.

Wie im Grünbuch erwähnt, besteht auch aus Sicht des Marburger Bundes ein dringender Handlungsbedarf zur Sicherstellung besserer Arbeitsbedingungen für die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen sowie zur Erhöhung von Motivation und Arbeitszufriedenheit. Aufgrund der Zuständigkeitsregelungen für die Organisation des Gesundheitswesens ist diese Problematik letztendlich nur auf nationalstaatlicher Ebene und unter Einbezug der Sozialpartner umzusetzen. Als Maßstab für alle EU-Länder kann dabei nur das höchste erreichte Niveau dienen.

### **Vereinbarkeit von Familie und Beruf – Medizin wird weiblich**

Im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen muss die Tatsache, dass medizinische Leistungen zunehmend von weiblichen Arbeitskräften erbracht werden, besondere Berücksichtigung finden.

Zu Recht weist das Grünbuch darauf hin, dass die Zahl der weiblichen Studienanfänger im Fach Medizin in einigen Ländern schon mehr als 50 Prozent beträgt.

In Deutschland waren Ende 2008 insgesamt 60 Prozent der Medizinstudenten Frauen, im Wintersemester 2008/2009 stieg die Zahl der weiblichen Studienanfänger im Fach Humanmedizin auf 67 Prozent. Unter den berufstätigen Ärzten sind rund 40 Prozent Ärztinnen, in Leitungspositionen beträgt ihr Anteil allerdings nur 11 Prozent.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung fordert der Marburger Bund mit Nachdruck nachhaltige Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Berufs-, Familien- und Privatleben. Insbesondere die im EU „Fahrplan für die Gleichstellung von Frauen und Männern 2006-2010“ erwähnten Aktionsbereiche „flexible Arbeitszeitregelungen für Männer und Frauen“ sowie „Ausbau der Kinderbetreuungsangebote“ müssen für den Gesundheitsbereich konkretisiert und zügig umgesetzt werden.

Darüber hinaus sind zur Bekämpfung des Ärztemangels Kampagnen und Maßnahmen zur Wiedergewinnung von Arbeitskräften (Berufsrückkehrer z. B. nach Elternzeit) sinnvoll und notwendig.

Die im Grünbuch angesprochene Möglichkeit, den Europäischen Strukturfonds stärker für die Infrastruktur zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie zur Weiterentwicklung der Arbeitskräfte des Gesundheitswesens zu nutzen, wird vom Marburger Bund in den oben erwähnten Handlungsfeldern ausdrücklich begrüßt.

### **Migration innerhalb der EU**

Die Freizügigkeit von EU-Bürgern ist eine gemeinschaftsrechtlich garantierte Grundfreiheit. Von dieser Grundfreiheit können alle EU-Bürger profitieren. Einschränkungen der Freizügigkeit für einzelne Berufsgruppen lehnt der Marburger Bund entschieden ab. Es ist nicht hinnehmbar, dass beispielsweise Ärzte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besondere und/oder andere Bedingungen erfüllen müssen, wenn sie von ihren Grundrechten Gebrauch machen wollen. Eine derartige Diskriminierung würde den in vielen Ländern bestehenden Ärztemangel weiter verschärfen und Defizite bei der Lösung der Probleme der Gesundheitsberufe verfestigen.

Jeder Mitgliedstaat sollte sicherstellen, dass er genug Ärzte für den Eigenbedarf ausbildet und diesen attraktive Arbeitsbedingungen und Karrieremöglichkeiten bietet. Hierzu gehören unter anderem geregelte und familienfreundliche Arbeitszeiten, eine angemessene Bezahlung sowie gute Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten.

Um den Ärztemangel in den EU-Ländern, deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zurzeit noch deutlich unter dem EU-Durchschnitt liegt, nicht zu verschärfen, sollte auf aktive Rekrutierungsmaßnahmen von Seiten jener EU-Länder, deren Wirtschaftskraft im/über dem EU-Durchschnitt liegt, verzichtet werden, bis eine entsprechende Angleichung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit stattgefunden hat.

Der Abschluss von bilateralen Kooperationen soll den Nutzen der Migration stärken, der auf Austausch von Praktiken, Wissen und Erfahrung gründet. Mittels der regulierten Mobilität wird die Mitarbeiterbindung gesteigert und ein Mehrwert im Hinblick auf das Fachwissenpotential gewonnen. Gemeinsame Lösungsansätze sollen dabei helfen, komplexen Problemen sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene effizienter zu begegnen.

### **Migration aus Drittstaaten**

Der Marburger Bund vertritt auch hier die Auffassung, dass jeder Mitgliedstaat sicherstellen sollte, dass er genug Ärzte für den Eigenbedarf ausbildet und diesen attraktive Arbeitsbedingungen und Karrieremöglichkeiten bietet. Hierzu gehören unter anderem geregelte und familienfreundliche Arbeitszeiten, eine angemessene Bezahlung und gute Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten.

Auf die Anwerbung von Ärzten aus Entwicklungsländern sollte aus ethischen Erwägungen verzichtet werden, da diese Berufsgruppe in ihren Heimatländern zur medizinischen

Versorgung der einheimischen Bevölkerung dringend gebraucht wird. Ausnahmen können erwogen werden, wenn es um die Weiterbildung von Ärzten geht, die im unmittelbaren Anschluss an die konkrete Qualifizierungsmaßnahme in ihre Heimatländer zurückkehren. Hierbei ist sicherzustellen, dass die Qualifizierung im Heimatland tatsächlich entsprechend genutzt werden kann.

Die Anwerbung von Ärzten aus Industrienationen mit einer vergleichbaren Wirtschaftskraft kann einen kurzfristigen Beitrag zur Milderung des Ärztemangels darstellen. Hierbei ist allerdings von den nationalen Regierungen sicherzustellen, dass die Qualifikation der Aus- und Weiterbildung des ausländischen Arztes den Mindeststandards der EU-Richtlinie 2005/36/EG entspricht bzw. überschreitet sowie eine ausreichende sprachliche Kompetenz vorhanden ist.

Bei der Rekrutierung ausländischer Ärzte schließt sich der Marburger Bund der Stellungnahme des EGÖD-HOSPEEM vom 7. April 2008 an.

### **Rechtlicher Rahmen und Grundlage für Maßnahmen auf EU-Ebene**

Die EU-Kommission hat vorgeschlagen, die EU-Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG dahingehend zu ändern, dass eine Trennung des Bereitschaftsdienstes in eine „aktive Zeit“ und eine „inaktive Zeit“ erfolgen soll. Eine solche Trennung lehnt der Marburger Bund entschieden ab, wie bereits seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2008 zum Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2003/88/EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung zu entnehmen ist. Auf diese Stellungnahme des Marburger Bundes wird hiermit ausdrücklich verwiesen. Denn die Trennung der Bereitschaftsdienststunden in aktive und inaktive Zeiten kann zwangsläufig nur zur Folge haben, dass die Ärzte wieder – wie früher – überlange Arbeitszeiten leisten und oftmals am Rande der körperlichen und geistigen Erschöpfung Patienten versorgen müssen. Die inhaltliche Arbeitsbelastung und Verantwortung der Ärzte während des Bereitschaftsdienstes ist überdurchschnittlich hoch, da in der Regel Notfälle behandelt werden müssen und nicht genauso viele Spezialisten für besondere Problemfälle zur Verfügung stehen wie während der normalen Arbeitszeit. Bereitschaftsdienst fällt zudem in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen an. Nach jeder denkbaren praktischen Erfahrung ist es nicht vorstellbar, wie im Zuge einer derartigen Umgestaltung die „Gesundheit und Sicherheit“ (Fußnote 3) besser als nach der aktuell gültigen Richtlinie gewährleistet werden kann.

Im Grünbuch vertritt die Kommission unter 3. (5. Absatz) die folgende Argumentation:

*„Der Gerichtshof hat mit seinen Entscheidungen zum Bereitschaftsdienst und zu den Ruhezeiten Fragen aufgeworfen, die für Gesundheits- und Pflegedienste von großer Bedeutung sind.“<sup>3</sup>*

Diese Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Gerichtshofes betrifft die beiden Entscheidungen C-303/98 SIMAP vom 3. Oktober 2000 und C-151/02 Dr. Norbert Jäger vom

9. September 2003. Mit diesen beiden Urteilen hat der Gerichtshof die Richtlinie 2003/88/EG dahingehend ausgelegt, dass die gesamte Zeit des Bereitschaftsdienstes von Klinikärzten in Gesundheitseinrichtungen als Arbeitszeit zu bewerten ist.

Hierzu macht die Kommission im Grünbuch folgende Aussage: *„Mit der Feststellung, dass der Bereitschaftsdienst von Beschäftigten des Gesundheitswesens als Arbeitszeit gilt, auch wenn diese ruhen, sofern sie am Arbeitsplatz bleiben müssen, hat der Gerichtshof **anerkannt**, dass beispielsweise Ärzte in den meisten Mitgliedstaaten mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten.“* (Fußnote 3)

Diese Feststellung entspricht nicht der Rechtsprechung des Gerichtshofes und kann nach Auffassung des Marburger Bundes nicht aufrechterhalten werden. Der Gerichtshof hat in seinen Urteilen nicht „anerkannt, dass Ärzte mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten“, sondern vielmehr festgestellt, dass die früher gehandhabte Bewertung des Bereitschaftsdienstes als Ruhezeit gegen die Richtlinie 93/104/EG (nunmehr 2003/88/EG) verstößt und damit europarechtswidrig ist. Selbst wenn die Kommission meint, der Gerichtshof habe *festgestellt*, dass die faktische Arbeitszeit vieler Ärzte in europäischen Krankenhäusern deutlich über 48 Stunden liege, würden durch die Aussage, dass der Gerichtshof dies „anerkannt habe“, tatsächliche und rechtliche Umstände miteinander vermischt, so dass beim Leser des Grünbuchs ein Eindruck entstehen könnte, der die aktuell geltende Rechtslage nicht richtig widerspiegelt.

Weiter heißt es: *„Um dieser Entscheidung zu entsprechen, müssten einige Mitgliedstaaten erhebliche Anstrengungen zur Personaleinstellung unternehmen, was nicht immer möglich ist. Kurzfristig ist daher zu erwägen, die Arbeitszeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens und der Pflegedienste so umzugestalten, dass ihre Gesundheit und Sicherheit gewährleistet werden können.“* (Fußnote 3)

Diese Folgeargumentation kann nicht überzeugen, weil sie in sich widersprüchlich ist: Die Kommission stellt zuerst fest, dass Personaleinstellungen nicht immer möglich seien (was zutreffen kann). Wenn Personaleinstellungen nicht möglich sind, muss die weiter zunehmende Arbeitsbelastung von dem gleichen Personalbestand erledigt werden. Daraus würde aber keine Änderung der vom Gerichtshof beanstandeten Situation resultieren.

Weiter argumentiert die Kommission, dass „die Arbeitszeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens ... so umzugestalten sei, dass ihre Gesundheit und Sicherheit gewährleistet werden können“. Mit einer „Umgestaltung“ kann von der Kommission aber doch nur ihr eigener Vorschlag zur Änderung der Richtlinie gemeint sein, der die Trennung in aktive und inaktive Zeiten vorsieht. Inwieweit dadurch die Gesundheit und Sicherheit gewährleistet werden können, wird von der Kommission nicht näher begründet.

Schließlich heißt es im Grünbuch: *„Diese Umgestaltung sollte es den Behörden in allen Mitgliedstaaten ermöglichen, die erforderliche Qualität und Kontinuität von Versorgung und Pflege sicherzustellen (insbesondere in Bereichen wie Notdiensten, Unfallstationen, Intensivstationen und stationärer Pflege, die eine 24stündige Verfügbarkeit von Personal erfordern).“*

Die in Bezug genommene „Umgestaltung“ wurde von der Kommission nicht näher erklärt. Der Marburger Bund geht davon aus, dass es sich um die von der Kommission angestrebte Trennung des Bereitschaftsdienstes in aktive und inaktive Zeiten handelt. Wie bereits erwähnt, kann dies zwangsläufig und denklogisch nur zu einer noch höheren zeitlichen Arbeitsbelastung und zu noch größeren gesundheitlichen Gefahren für das ärztliche Personal führen. Denn in Krankenhäusern herrscht gerade kein „Gleichgewicht“ zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Klinikärzte stehen in einem engen Abhängigkeitsverhältnis. Das Missbrauchspotential der Arbeitgeber hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitszeit wird oft über das rechtlich zulässige Maß hinaus ausgeschöpft. Die zu erwartende höhere Arbeitsbelastung würde daher nicht nur die Gesundheit der Ärzte gefährden, sondern auch zu erheblichen Übermüdungen führen. Wenn ein Arzt aber am Rande seiner körperlichen und geistigen Kapazitäten arbeitet, so besteht darin auch für die Qualität der medizinischen Versorgung ein nicht unerhebliches Risiko. Vor diesem Hintergrund sollte die Kommission klarstellen, inwieweit sie mit ihren Änderungsvorschlägen „die erforderliche Qualität und Kontinuität von Versorgung und Pflege“ sicherstellen will. Ansonsten besteht zwischen der genannten Aussage der Kommission (Fußnote 3 letzter Satz) und den von der Kommission selbst unterbreiteten Änderungsvorschlägen ein diametraler Widerspruch (Perplexität), so dass die in Fußnote zu 3. getroffenen Aussagen nicht haltbar sind.