



Positionspapier des Marburger Bundes

Ärztemangel in Deutschland – Muss die Krankheit chronisch werden?

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746 846 – 0
Fax 030 746 846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 23.10.2010

1. Vorbemerkung

Seit einigen Jahren ist in Deutschland ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten deutlich erkennbar. Die Mangelsituation ist sowohl regional als auch bezogen auf die ärztlichen Fachgebiete unterschiedlich ausgeprägt. Waren vor einigen Jahren noch ausschließlich die ländlichen Regionen vom Ärztemangel betroffen, können heute bereits in vielen städtischen Zentren – auch des Westens – Stellen nicht mehr besetzt werden.

Es sind Trends erkennbar, die den Schluss zulassen, dass der Ärztemangel sich eher in einer frühen Phase befindet und mittelfristig verstärken wird. Dies wird zu Problemen bei der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung führen.

Die Arbeitssituation der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und in den Praxen wird durch den Ärztemangel ebenso deutlich tangiert werden. Die verbleibenden Kolleginnen und Kollegen müssen heute bereits über die Maßen Bereitschaftsdienste in der Woche und am Wochenende verrichten sowie Überstunden leisten, um die anfallenden Arbeiten zu erledigen.

Der Marburger Bund hält es daher für dringend angebracht, eine breite Diskussion zum Thema Ärztemangel zu führen. Dabei müssen neben der Analyse der Ursachen Ansätze und Konzepte zur kurz-, mittel- und langfristigen Bekämpfung des Ärztemangels gefunden werden.

2. Steigende Arztzahlen – Zunehmender Ärztemangel Ein scheinbarer Widerspruch

Die Zahl sowohl der ambulant als auch der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte ist seit Jahren steigend. Waren im Jahr 2005 nach Angaben der Ärztekammern noch ca. 307.600 Ärztinnen und Ärzte insgesamt ärztlich tätig, waren dies 2006 bereits 311.300, 2007 314.900 und 2008 319.700 Mediziner.

Dennoch stieg die Zahl der nicht besetzten Stellen laut Deutschem Krankenhaus Institut in den Krankenhäusern von ca. 1.300 (550 in den neuen Ländern, 750 in den alten Ländern) im Jahre 2006 auf ca. 5.000 Stellen (1.200 neue Länder, 3.800 alte Länder) im Jahre 2009 an. Dabei kann noch eine hohe Dunkelziffer vermutet werden, weil in vielen Krankenhäusern mehrere Stellen in einzelnen Abteilungen offen sind, aber nur eine Stelle jeweils ausgeschrieben wird. Damit sollen potenzielle Bewerber über die tatsächliche „Dienstesituation“ im Unklaren gelassen werden, um nicht von vornherein abgeschreckt zu werden.

Hinzu kommen zurzeit ca. 3.000 unbesetzte Arztsitze im niedergelassenen Bereich. Der Trend sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist stark steigend; im Ergebnis herrscht Ärztemangel.

Der Widerspruch – steigende Arztzahlen und gleichzeitig zunehmender Ärztemangel – erklärt sich zum einen durch das auf Basis des EuGH-Urteils zum Bereitschaftsdienst zum 1. Januar 2005 geänderte deutsche Arbeitszeitgesetz und zum anderen durch die arzt-spezifischen Tarifverträge des Marburger Bundes. Über viele Jahre wurde die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern so gut wie nicht erfasst. In den Tarifverhandlungen 2006 wurde die systematische Erfassung tariflich vereinbart. Die Erfassung hat durchweg gezeigt, dass die tatsächlichen Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte regelmäßig über den im neuen Arbeitszeitgesetz festgeschriebenen Arbeitszeithöchstgrenzen lagen. Infolge des mit der Zeiterfassung möglichen Nachweises steigt der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern entsprechend an.

Angemerkt sei an dieser Stelle, dass diese Entwicklung in der Finanzierung der Krankenhäuser nicht ausreichend berücksichtigt wird. Denn zum Zeitpunkt der Kalkulation der DRG's wurden die überlangen Arbeitszeiten bzw. unbezahlten Überstunden der Ärztinnen und Ärzte noch nicht anerkannt und damit auch nicht in die Kalkulation der DRG's einbezogen.

3. Ursachen des Ärztemangels

3.1. Ärzteflucht ins Ausland

Bereits zur Zeit der Ärztestreiks in den Jahren 2005 und 2006 wies der Marburger Bund darauf hin, dass sich eine wachsende Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit dem Gedanken trägt, dauerhaft eine Tätigkeit im Ausland anzustreben. Diese Einstellung hat sich bei den jüngeren Ärztegenerationen verstärkt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem positiv zu bewertenden Interesse, Erfahrungen im Ausland zu sammeln, um diese später bei der Arbeit in Deutschland wieder einzusetzen, und dem Auswandern auf Grund schlechter Arbeitsbedingungen in Deutschland.

Beliebteste Ziele deutscher Ärztinnen und Ärzte sind Großbritannien, die Schweiz, Schweden, Dänemark, Norwegen, die Niederlande, die USA und Australien. Insgesamt arbeiten nach Angaben der Bundesärztekammer ca. 12.000 deutsche Ärztinnen und Ärzte im Ausland (Zahlen aus 2008).

Deutschland ist jedoch nicht nur Exporteur sondern auch Importeur von Ärztinnen und Ärzten. Im Jahre 2008 waren in Deutschland ca. 11.500 ausländische Ärztinnen und Ärzte tätig, wobei die Länder Griechenland, Österreich, Polen und Russland mit je ca. 1.000 Ärztinnen und Ärzten die am stärksten vertretenen Nationen stellten.

Problematisch ist auch hier der Trend. Wanderten im Jahre 2008 beispielsweise 1.350 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ein, verließen im gleichen Jahr ca. 3.065 Mediziner das Land. Hielte dieser negative Wanderungssaldo dauerhaft an, würde er zu einer Verstärkung des Ärztemangels beitragen.

3.2. Auch Ärzte werden älter

Die Betrachtung des künftigen „Ersatzbedarfs“ an Ärztinnen und Ärzten hat für die Erstellung einer Prognose zum Ärztemangel eine signifikante Bedeutung. In den Jahren 2010 bis 2015 werden insgesamt ca. 36.000 Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen ihre ärztliche Tätigkeit beenden. Davon werden ca. 8.200 aus den Kliniken, 12.900 aus hausärztlichen Praxen und 15.000 aus fachärztlichen Praxen stammen.

Für den Zeitraum 2010 bis 2020 wird diese Zahl auf ca. 71.600 – im gleichen Aufteilungsverhältnis wie oben – ansteigen. Betrachtet man die Zahl der Studienanfänger (ca. 9.900 pro Jahr) im Fach Humanmedizin, könnte der „Ersatzbedarf“ durchaus mit Absolventen deutscher medizinischer Fakultäten gedeckt werden. Allerdings kommt weder die Zahl der Studienanfänger noch die geringere Zahl der Absolventen tatsächlich in der kurativen Versorgung an (darauf wird unter 3.4. detaillierter eingegangen). Außerdem könnte der bereits bestehende Ärztemangel durch das Anhalten des negativen Wanderungssaldos (vgl. 3.1.) nicht ausgeglichen werden.

3.3. Medizin wird weiblich

Der Anteil der weiblichen Mediziner an der Versorgung nimmt kontinuierlich zu. So stieg der Anteil berufstätiger Ärztinnen im Zeitraum von 1991 bis 2008 um ca. 33 %, alleine im Jahre 2008 um 1,5 %. Der Anteil der Ärztinnen an den so genannten Erstmeldungen bei den Landesärztekammern betrug 2008 57,9 % und hob insgesamt den Anteil ärztlich tätiger Medizinerinnen auf 41,5 % (von 33,6 % in 1991) an. Dieser Anstieg ist nicht verwunderlich, da der Anteil weiblicher Studenten im Fach Humanmedizin sich in den vergangenen Jahren bei ca. 60 % einpendelte.

Eine Konsequenz aus dem Anstieg des Ärztinnenanteils in der medizinischen Versorgung ist schon jetzt die Notwendigkeit einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Bereits in der Zeit der Weiterbildung werden stärker Teilzeitmodelle gefragt sein, was die Weiterbildungsdauer verlängert. Dies wiederum dürfte eine zumindest vorübergehende Fachärztlücke in der Zukunft verursachen. Teilzeitmodelle bedeuten auch, dass insgesamt mehr Mediziner „Köpfe“ benötigt werden, um die Versorgung sicher zu stellen.

3.4. Demografische Entwicklung

Wir leben in einer älter werdenden Gesellschaft. Der Anteil der 60-Jährigen und Älteren ist im Zeitraum von 1991 (20,4 %) bis 2007 (25,3 %) beträchtlich gestiegen. Der Trend setzt sich fort und hat unmittelbare Auswirkungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen.

Das ISGF (Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel) gab 2009 mit seiner Morbiditätsstudie eine Prognose über die quantitative Entwicklung von Krankheiten ab. Als Vergleichszeitraum wurde die Zeitspanne zwischen 2007 und 2050 festgelegt. Danach werden beispielsweise Schlaganfälle um 62 %, Herzinfarkte um 75 %, Demenz um 104 % und Makuladegeneration um 125 % steigen. In absoluten Zahlen bedeutet dies auf die beiden letzt genannten Beispiele bezogen einen Anstieg auf 2,2 Millionen Demenzpatienten und 1,6 Millionen Makuladegeneration-Erkrankungen.

Diese Zahlen bedeuten aller Voraussicht nach einen wesentlich höheren Bedarf sowohl an Ärzten als auch an Pflegekräften.

3.5. Arzt ja – ärztliche Tätigkeit nein

Bereits im Studium bzw. zwischen Studienabschluss und Beginn der Weiterbildung zum Facharzt in einem Krankenhaus gehen viele Jungmediziner der kurativen Tätigkeit verloren.

In den Jahren 1996 bis 2001 begannen im Durchschnitt der Jahre 10.252 Studienanfänger das Medizinstudium. 8.419 Absolventen beendeten im Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2008 das Medizinstudium (durchschnittlicher Verlust: 17,9 %; Quelle: Statistisches Bundesamt). Von diesen 8.419 durchschnittlichen Absolventen erreichten nur 7.444 Erstmeldungen die Ärztekammern im Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2008 (minus 11,6 %; Quelle: Bundesärztekammer, Statistisches Bundesamt).

Es stellt sich die Frage, warum ein so großer Anteil der Medizinstudenten trotz sehr hoher Einstiegshürden zum Studium und einer sehr geringen Quote an Durchfallern im abschließenden Examen (vor Änderung der Approbationsordnung mit Einführung des Hammerexams 2006 unter 5 %, danach zwischen 5 und 10 %) oder Abbrechern (nach HIS-Studien unter 5 %) letztlich in dem angestrebten Beruf Arzt nicht arbeiten will. Die hohen Verluststraten zwischen dem Praktischen Jahr (PJ) und der Erstmeldung bei den Ärztekammern lässt unter anderem die Frage nach dem sogenannten Praxisschock im PJ aufkommen. Ein Problem

scheint die häufig von Medizinstudenten im PJ geschilderte Praxis des Eingebundenseins in die Stationsarbeit zu sein. Statt einer praxisnahen Ausbildung am Patienten werden die Medizinstudierende im PJ als Ersatz für fehlende Ärzte und Pflegekräfte oder einfach für Handlangerdienste missbraucht, was als „Ausbeutung“ angesehen wird.

3.6. Demotivierende Arbeitswelt Krankenhaus

Viele angestellte Ärztinnen und Ärzte beklagen demotivierende Arbeitsbedingungen in ihren Häusern. So nimmt die Bürokratie ständig zu. Je höher der für bürokratische Tätigkeiten benötigte Zeitaufwand ist, desto weniger Zeit bleibt für die Patientinnen und Patienten übrig.

Der ökonomische Druck auf die Abteilungen und die Finanzknappheit in vielen Häusern steigen. Es entsteht bei Ärztinnen und Ärzten der Eindruck, dass ärztliches Handeln – aber auch das der Pflege – sich stärker an ökonomischen Vorgaben und einzelnen Diagnosen als an einer umfassenden Versorgung der Patienten mit allen ihren Krankheiten und in einer konkreten biographischen Situation orientieren soll. Das wird als Absage an Kernelemente des ärztlichen Berufsverständnisses wahrgenommen.

Ökonomischer Druck, Finanzknappheit und der bereits vorhandene Ärztemangel führen zu einer weiteren Arbeitsverdichtung bei den verbleibenden Ärztinnen und Ärzten. Dies führt wiederum zur Frustration mittelalter Ärztgenerationen und schließlich zum Burnout. Die schlechten Erfahrungen werden wiederum an junge Medizinergenerationen und angehende Mediziner (Praktikanten, Medizinstudierende im PJ) weiterkommuniziert, was dort zu Ängsten und Demotivation führt.

Alles dies hat zur Konsequenz, dass der Arbeitsplatz Krankenhaus unter den Medizinern ein „negatives Image“ bekommt, das zu „Fluchtgedanken“ führt.

4. Lösungsansätze

Die Ausbildung zum Arzt ist ein komplexer Prozess. Bereits die Auswahl von Kandidaten für das Medizinstudium erfordert einen erheblichen Zeitaufwand. Eindimensionale und schnelle Aktionen zur Beseitigung der unter 3. aufgezeigten Ursachen des Ärztemangels sind nicht zielführend. Vielmehr werden Konzepte benötigt, die kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zur konkreten Behebung der Probleme und bezogen auf die Zielgruppe enthalten. Kurz gesagt, die Lösungsansätze müssen zielgenau passen, damit die „Krankheit Ärztemangel“ nicht chronisch wird. Insofern helfen kurzsichtige Vorschläge wie die Wiederanhebung der Arbeitszeitgrenzen (DKG) oder die Substitution ärztlicher Leistungen (viele) zur Behebung des Ärztemangels in der aktuellen Diskussion nicht. Im Folgenden soll der Blick auf die Situation im Studium und im Krankenhaus konzentriert sein.

4.1. Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch arzt spezifische Tarifverträge

Seit dem Jahre 2005 steht der Marburger Bund tarifpolitisch auf eigenen Beinen. Durch den Abschluss arzt spezifischer Tarifverträge mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder für die Uniklinika, der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände für die kommunalen Krankenhäuser sowie nahezu allen privaten Klinikbetreibern konnten dort bereits wesentliche strukturelle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen erreicht werden.

Durch die Dokumentation der Arbeitszeiten beispielsweise konnten diese transparenter dargestellt und auf die in den Tarifverträgen festgeschriebenen Höchstgrenzen (Vollarbeit und Bereitschaftsdienste) reduziert werden. Die Anzahl der Befristung von Arbeitsverträgen

während der Weiterbildungszeit wurde ebenfalls begrenzt. Erste Arbeitgeber waren bereit, Aufwandsentschädigungen für Medizinstudierende im PJ zu „tarifizieren“.

Mit diesen grundlegenden Maßnahmen konnte das Vertrauen der Ärztinnen und Ärzte in ihren Beruf und in ihre berufliche Zukunft bereits wesentlich regeneriert werden. Die positiven Effekte schreiben die Ärztinnen und Ärzte ihrem Ärzteverband Marburger Bund zu. Das Vertrauen äußerte sich im deutlichen Zuwachs der Mitglieder (plus 30.000) in den Jahren 2005 bis 2007.

4.2. Steigerung der Arbeitsplatzzufriedenheit und Motivation

„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital einer Firma.“ So werden heute häufig Führungskräfte-seminare begonnen. Mitarbeiter sollen motiviert und damit an den Betrieb gebunden werden.

Viele Ärztinnen und Ärzte, insbesondere jüngere, beklagen einen unangemessenen Ton zwischen den Kollegen, von Vorgesetzten zu „Untergebenen“ oder zwischen der kaufmännischen Leitung und der Ärzteschaft. Wünschenswert wäre daher, wenn sich der oben genannte Leitgedanke aus der „freien Wirtschaft“ auf die Krankenhäuser übertragen ließe. So genannte „weiche Faktoren“ wie Arbeitsplatzzufriedenheit können z. B. durch Lob und Anerkennung von Vorgesetzten verbessert werden. Strukturierte Weiterbildung und regelmäßige Fortbildungen haben positive Effekte auf die Zufriedenheit der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein erklärender, gewinnender Ton in der Ansprache verbessert das Betriebsklima nachhaltig.

Der Marburger Bund hat bereits in seinen Beschlüssen zur „Teamarbeit im Krankenhaus“ anlässlich der 82. Hauptversammlung im November 1992 treffend festgestellt: „Vorbedingung für das Gelingen echter Teamarbeit ist die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung aller Beteiligten. Damit verbunden ist der gegenseitige Respekt vor der fachlichen Kompetenz der jeweils anderen Berufsgruppe, ihrer Zuständigkeit und Verantwortlichkeit sowie den sich daraus ergebenden Tätigkeiten“.

Die beschriebenen Maßnahmen fördern die Kollegialität; die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich „mitgenommen“.

Ärztinnen und Ärzte wünschen sich für ihren Arbeitsalltag weniger Bürokratie und mehr Patientenkontakte. Der Anteil bürokratischer Tätigkeiten hat in allen Fachgebieten zugenommen. Im Fach Innere Medizin soll er zurzeit ca. 40 % der täglichen Arbeit ausmachen. Maßnahmen zur Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit führten zu einer wesentlichen Steigerung der Arbeitszufriedenheit.

4.3. Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Familienfreundliches Krankenhaus

In einer Untersuchung der Fachhochschule Münster aus dem Jahre 2009 über Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobverhalten von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten sowie Studierenden der Humanmedizin wurde festgestellt, dass Vereinbarkeit mit der Freizeit, geregelte Arbeitszeiten und familienfreundliche Arbeitszeiten die drei wichtigsten Faktoren für junge Mediziner sind.

Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Marburger Bund Umfrage aus dem Jahre 2007, bei der 86 % der an der Umfrage teilnehmenden Mitglieder des Verbandes angaben, dass Vereinbarkeit von Familie und Beruf für sie wichtig bis sehr wichtig sei. Auf die Frage, ob sie die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit tatsächlich hätten, antworteten nur 29 % mit ja, 71 % dagegen mit nein. Der Marburger Bund hat dieses Problem aufgegriffen und seine

Kampagne „Familienfreundliches Krankenhaus“ gestartet. Alle Krankenhäuser in Deutschland sollen motiviert werden, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Teil ihrer Unternehmenskultur zu definieren und familienfreundliche Strukturen zu implementieren, etwa betriebseigene Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeitmodelle, Wiedereinstiegsmodelle u. ä.

Work-Life-Balance ist eines der „Zauberwörter“ der heutigen Zeit. Ein wesentlicher Ansatz zur Verbesserung der Situation ist die verlässliche Begrenzung der Arbeitszeiten. Auch hierzu gibt die Marburger Bund Umfrage Aufschluss.

Die Frage nach der gewünschten wöchentlichen Arbeitszeit erbrachte folgende Ergebnisse:

bis zu 20 Stunden:	2 %
20 bis 30 Stunden:	6 %
30 bis 40 Stunden:	39 %
40 bis 50 Stunden:	47 %
mehr als 50 Stunden:	6 %.

Dies bedeutet also, dass insgesamt 94 % der Befragten eine wöchentliche Arbeitszeit inklusive Bereitschaftsdienst (!) von 50 Stunden für sich wünschen. An diesem Beispiel wird deutlich, dass Wunsch und Wirklichkeit in deutschen Krankenhäusern bezüglich der Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte noch immer auseinander klaffen. Sowohl Arbeitgeber als auch ärztliche Vorgesetzte müssen die Wünsche zur Kenntnis nehmen, um eine dauerhafte Demotivation und Abwanderung aus den Häusern zu vermeiden.

4.4. Bessere Verzahnung der Sektoren

Angesichts des zunehmenden Ärztemangels müssen ggf. vorhandene Reserven in der medizinischen Versorgung durch eine stärkere Verzahnung des stationären und des ambulanten Sektors gehoben werden. Mehrere Hauptversammlungen des Marburger Bundes haben festgestellt, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte bei der Lösung komplexer Patientenprobleme nicht in Konkurrenz zueinander treten, sondern sich als gleichberechtigte Partner ergänzen.

Zu diesem Zweck müssen Verfahren zur Messung des regionalen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten entwickelt werden. In den Prozess der besseren Verzahnung der Sektoren muss der Marburger Bund als der Vertretung der Krankenhausärztinnen und -ärzte, eingebunden werden.

4.5. Verbesserung der Lehre

Der Arztberuf hat das höchste Sozialprestige unserer Gesellschaft. Daran knüpft die Frage, ob bei allen Kandidaten für das Medizinstudium die spätere Tätigkeit als Kranker versorgender Arzt hinreichend im Vordergrund bei der Berufswahl Arzt steht. Bereits bei der Auswahl von Medizinstudierenden müssen daher neben der Abiturnote soziale und kommunikative Kompetenzen erfasst und bewertet werden.

Die in der Lehre tätigen Ärztinnen und Ärzte sind durch unzureichende Ausstattung, knappe Zeitbudgets oder relativ geringe Vergütungen (W-Besoldung) häufig demotiviert. Dies wirkt sich negativ auf die Ausbildung der jungen Medizinstudenten aus. Durch eine verbesserte Personalausstattung und eine erhöhte Vergütung, insgesamt also eine höhere Investition in das Personal, kann hier Abhilfe geschaffen werden.

Die Approbationsordnung bedarf einer ständigen Weiterentwicklung. Die Ausbildung der Medizinstudierenden im PJ muss liberalisiert werden. Den Medizinstudierenden im PJ müssen größere Gestaltungsspielräume bei der Wahl des Ausbildungskrankenhauses gewährt werden.

Es sollte flächendeckend während des PJ eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden, damit der im PJ praktisch kaum mögliche Nebenerwerb zur Studienfinanzierung entfallen kann.

4.6. Mehr Studienplätze

Insbesondere die demografische Entwicklung und die daraus ableitbare Erhöhung der Krankheitszahlen (vgl. 3.4.) führen allerdings zu dem Schluss, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden medizinischen Versorgung erhöht werden muss. Für Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten muss ein Zeitraum von 12 bis 15 Jahren eingeplant werden. Dies bedeutet, dass ab sofort die Ausbildungskapazitäten für Ärztinnen und Ärzte erhöht werden müssen! Die Studienplatzzahl muss in geplanten Schritten an den absehbaren Bedarf an medizinischer Versorgung angepasst werden. Gleichzeitig müssen die Kapazitäten in der klinischen Ausbildung – am Krankenbett des Patienten also – erweitert werden.

Der Ruf nach einer kurzfristigen Erhöhung der Studienplatzkapazitäten ohne eine grundlegende Verbesserung der Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in Deutschland wird den Mangel nur wenig lindern. Wenn Löcher im Boden der Gießkanne sind, müssen diese gestopft werden. Das Befüllen mit mehr Wasser ist sonst nutzlos.

Die gelegentlich genannten Alternativen (z. B. Substitution ärztlicher Leistungen) würden zu einer Minderung der Versorgungsqualität führen und sind weder aus medizinischer noch aus gesellschaftspolitischer Sicht akzeptabel.

4.7. Der Blick auf die Generationen

Soziologen verschiedener Länder haben die unterschiedlichen Werte und Wünsche der Generationen systematisch erfasst und dargestellt. Dabei wurde deutlich, dass beispielsweise zwischen der heute in den Führungspositionen angekommenen 68er-Generation (geboren ca. 1940 bis Anfang der 50er Jahre), der darauf folgenden Babyboomer-Generation (geboren ca. 1955 bis 1966), der Generation X (ca. 1967 bis 1979) – in Deutschland auch Generation Golf genannt – und der Generation Y (geboren ab 1980) wesentliche Unterschiede erkennbar sind. Die Quantität der jeweiligen Generationsangehörigen oder die politische Ausrichtung der jeweiligen Eltern-Generation führten zu unterschiedlichen Ausprägungen von Werten und Wünschen.

Bei der Ausformung der unter 4. genannten Maßnahmen müssen die jeweiligen Ausrichtungen der Generationen in einer Querschnittsbetrachtung mit berücksichtigt werden. So ist die Generation Y gewohnt, in (virtuellen) Teams zu arbeiten statt in tiefen Hierarchien, und sie sucht aktiv die Veränderung. Werden Angehörige dieser Generation also in hierarchische Strukturen gepresst, besteht die Gefahr, dass sie sich aus dem System hinaus begeben. Die Mangelsituation tut ein Übriges. Die Gefahr der dauerhaften Arbeitslosigkeit selbst bei kurzfristigen Arbeitsplatzwechseln besteht bis auf absehbare Zeit nicht mehr. Es ist daher wahrscheinlicher, dass der den Idealen entsprechende Arbeitsplatz weiter gesucht wird, als dass die Ideale aus der Not geändert werden müssen.

5. Fazit

Der vor wenigen Jahren noch abgestrittene Ärztemangel ist Realität. Dies wird mittlerweile auch nicht mehr von den Politikern oder den Arbeitgebern bestritten. Die Faktenlage ist eindeutig. Nur einige Vertreter von Krankenkassen kommentieren die Situation gelegentlich noch mit dem theoretischen Hinweis auf die Fehlverteilungen der Ärzteschaft in Deutschland.

Verschiedene Zukunftsfaktoren lassen den Schluss zu, dass der Ärztemangel in den kommenden Jahren eher zunehmen als abnehmen wird.

Die Konsequenz daraus ist die Notwendigkeit von Konzepten, die in konkreten Maßnahmen münden müssen. Zur Erarbeitung und Umsetzung der Konzepte bedarf es einer konzentrierten Aktion aller betroffenen Akteure im Gesundheitswesen, der Politik auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, der ärztlichen Selbstverwaltung, der Tarifparteien, der ärztlichen Fachverbände, der Krankenhausgesellschaften sowie der Medizinstudierenden und Fakultäten.

Die Zeit drängt! Die Probleme sind heute allerdings schon greifbar, so dass kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen ergriffen werden müssen.