

**Gutachten zum**  
**"Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit**  
**in Deutschland"**  
( Abschlussbericht )

**Kommentierte Zusammenfassung**  
**und Vergleich**  
**mit eigenen Untersuchungen**  
**der Landesärztekammer Hessen**

von

Roland H. Kaiser  
Landesärztekammer Hessen

9. 6. 2005

## Ziele des Gutachtens und Einführung

Das im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung von der Unternehmensberatung Ramboll Management erstellte Gutachten verfolgt folgende Ziele:

- Erfassung und Analyse der Datenlage zur Entwicklung der Arztzahlen insbesondere des 'ärztlichen Nachwuchses',
- Analyse der Gründe für Abbruch des Medizinstudiums und Abwanderung von Ärzten ins Ausland und/oder nicht kurativ-ärztliche Tätigkeiten und...
- daraus Ableitung von gegensteuernden Handlungsempfehlungen für die Politik.

Nachfolgend werden ausgewählte wichtige Ergebnisse des Gutachtens in einer seiner systematischen Untergliederung entsprechenden Reihenfolge dargestellt. *(Die kursiven Angaben in Klammern weisen dabei auf die jeweiligen Fundstellen im Gutachten hin.)*

Kommentare und Vergleiche mit eigenen Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen sind zur leichteren Abgrenzung in kleinerer Schrift mit geringerem Zeilenabstand dargestellt. Die Zahlen in Klammern weisen dabei auf das Literaturverzeichnis hin.

Hinweise:

1) Die in dieser Zusammenfassung zitierten Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen finden Sie unter Qualität & Versorgung / [Eigene Veröffentlichungen](#)

2) Das gesamte Gutachten können Sie hier herunterladen:  
<http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F335.pdf>

# Teil A

## 2. Vorgehensweise (S. 10 - 11)

Das Gutachten stützt sich im wesentlichen auf zwei Grundlagen:

- Auswertung und Darstellung der bisher zu diesem Themenbereich vorliegenden und publizierten Daten.
- Ergebnisse einer 07/08 2004 von Ramboll selbst durchgeführten online-Befragung von Ärzten in Aus- und Weiterbildung zu den Gründen für die Aufnahme oder Nichtaufnahme einer kurativ-ärztlichen Tätigkeit bzw. für deren Aufgabe.  
(Hierbei hat auch die Landesärztekammer Hessen die Firma Ramboll Management durch die Bereitstellung nach bestimmten Kriterien ausgewählter Anschriften hessischer Ärzte und verschiedene Beratungsleistungen unterstützt.)

## 4. Bewertung und Analyse der Datenlage (S. 33 - 62)

### Medizinstudium

Die Auswertung und Analyse der bislang verfügbaren Daten ergab die nachfolgenden wichtigen Ergebnisse:

Die Zahl der Studienplätze liegt seit 1991 recht konstant bei 10 575 (*Abb. 2, S. 36*), die Zahl der Bewerber / Studienplatz ist seit 1991 von ca. 3 - mit Zwischentiefs in 1995 / 1996 und 2001 - bis zum Jahre 2003 auf 4 angestiegen. Die Zahl der Studienanfänger Humanmedizin (erstes Fachsemester) ist seit WS 1992/3 von ca. 12 000 auf ca. 13 000 im WS 2002/3 angestiegen. (*Abb. 4, S. 38*)

Ca. 15 % dieser Studienanfänger Medizin studieren aber nicht im ersten Hochschulsemester, d.h. sie waren vor dem Beginn des Medizinstudiums bereits für ein anderes Fach immatrikuliert. (*Abb. 4, S. 38*) Dieses Verhältnis hat sich im Zeitraum 1992 bis 2002 offenbar nicht wesentlich geändert.

Eigene Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen (6) haben ergeben, daß von den hessischen Absolventen des 3. Abschnittes der Ärztlichen Prüfung 2003/4 nur 63,9 % der Frauen und 64,7 % der Männer das Medizinstudium unmittelbar nach der Hochschulreife begonnen hatten. Ca. 14 % hatten zuvor ein anderes Studium und ca. 22 % eine andere Ausbildung begonnen oder sogar abgeschlossen.

Studienabschluß und -abbruch: Insgesamt ist die Zahl der erfolgreichen Absolventen des Studiums von 1993 bis 2002 um ca. 23 % gefallen. Die starke Abnahme insbesondere in den Jahren 1993 - 1997 spiegelt aber ziemlich genau den Rückgang der Facherstsemester zwischen 1987 und 1992 wieder. Auch dem kontinuierlichen leichten Sinken der Absolventenzahlen von 1997 - 2002 entspricht eine Verringerung der Zahl der Studienanfänger im Zeitraum 1992 - 1996.

Es darf nicht davon ausgegangen werden, daß alle Studenten die Regelstudienzeit von 12 Semestern einhalten bzw. auch früher eingehalten haben. Bei der Befragung hessischer Absolventen des 3. Abschnittes der Ärztlichen Prüfung 2003/4 fanden wir in eigenen Untersuchungen (6) eine mittlere Studiendauer von ca. 13 Semestern. 'Schwundberechnungen' aus Studienanfänger- und Absolventenzahlen und deren Zeitreihen sind

als Hinweis auf höhere Abbruchquoten unzuverlässig und werden auch durch zahlreiche andere Faktoren (z.B. Anteil ausländischer Studierender, Fortsetzung des Studiums im Ausland, Unterbrechung des Studiums, methodische Probleme bei der Erfassung der Absolventenzahlen etc.) erschwert.

**Ein sehr wichtiger Befund ist aber der starke Anstieg des Anteils von Frauen bei den Studienanfängern von ca. 50 - 51 % Mitte der 90er Jahre auf 62,3 % im Jahre 2002.**

### **Berufstätigkeit**

Bisher fehlen aussagekräftige und zuverlässige Zahlen über die jährlich neu erteilten Approbationen und Berufserlaubnisse auf Landes- und Bundesebene.

Da keine vollständigen routinemäßigen Mitteilungen über erteilte Approbationen an die Ärztekammern erfolgen, sind diesen auch keine zuverlässigen und exakten Aussagen über die tatsächliche Berufsaufnahme oder die Aufgabe des Berufszieles 'kurativ tätiger Arzt' nach Ende der Ausbildung zum Arzt möglich.

### **AiP - Zahlen**

Die Zahl der AiP ist von 1989 bis 1994/5 kontinuierlich von 10 613 auf über 22 000 gestiegen, um dann bis 2002 wieder auf unter 18 000 abzusinken. (S. 51) Berechnungen des Gutachtens (S. 52 - 54) zur Erklärung des Verhältnisses zwischen Absolventen- und AiP-Zahlen kommen zu der Schlußfolgerung (S. 53), daß seit 1996 immer mehr Absolventen des Studiums ihre AiP-Phase nicht begonnen hätten.

**Diese Berechnungen sind aus verschiedenen methodischen Gründen nicht überzeugend und widersprechen auch unseren repräsentativen Untersuchungen (6) an hessischen Absolventen des 3. Abschnittes der ärztlichen Prüfung 2003/4.** Nur 1,2 % der befragten Männer und 3,4% der Frauen hatten nach Bestehen der Prüfung nicht die feste Absicht, als AiP tätig zu werden. Wenn also in nennenswertem Umfange eine Abkehr vom Arztberuf erfolgt, dann erst während oder nach der AiP-Zeit. (Nach der Abschaffung des AiP zum 1.10.2004 wird dies wohl frühestens nach Beginn der Weiterbildung und ersten konkreten Berufserfahrungen eintreten.)

## **5. Synthese der Bewertungen (S. 63 - 70)**

### **5.1. Zwischenfazit - Droht in Deutschland ein Ärztemangel? (S. 63 - 66)**

Das Gutachten kommt hier zum Ergebnis, daß aus der "Zusammenführung der einzelnen Studien... kein genereller Ärztemangel in Deutschland abgeleitet bzw. prognostiziert" werden könne mit der Ausnahme "punktuelle Unterversorgung", die sich auf die "ländlichen ostdeutschen Regionen" konzentriere und in den nächsten Jahre verstärken werde.

**Die Studie von Kopetsch lege nahe, "...dass attraktivere berufliche Alternativen eher schon während des Studiums bzw. kurz danach erkannt und verfolgt werden."**

**Wie bereits vorstehend ausgeführt, können wir dieser Auffassung sowohl aufgrund der im Gutachten referierten Daten als auch unserer eigenen Forschungsergebnisse so nicht zustimmen.**

Der Aspekt des Medizinstudiums und der Ausbildung und der Ausstieg werden überbewertet, das zunehmende Problem der ärztlichen Weiterbildung (Krankenhaussterben usw.) wird nahezu vollständig vernachlässigt. Angesichts des wachsenden Frauenanteiles werden in verschiedenen Studien (Kopetsch, Wido u.a.) empfohlen:

- Schaffung von Strukturen zur Ermöglichung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Wiedereinstiegshilfen für Frauen, die die kurative Tätigkeit aus familiären Gründen unterbrochen haben,
- attraktivere Rahmenbedingungen, um Ärztinnen für die kurative Tätigkeit zu gewinnen.

**Ein aus unserer Sicht außerordentlich wichtiger Gesichtspunkt, der beide Geschlechter in ähnlicher Weise betrifft, wird in diesem Zwischenfazit vollständig vergessen. Es sind dies die insgesamt wenig attraktiven Arbeitsbedingungen für jüngere Ärzte in Deutschland.** Bereits 2002 (3) haben wir aufgrund eigener umfassender repräsentativer Untersuchungen bei Krankenhausärztinnen und Ärzten in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland auf umfangreiche unbezahlte Mehrarbeit einschließlich des systematischen 'Mißbrauchs' von Bereitschaftsdienstzeiten für Routinetätigkeiten und die herausragende Bedeutung der Belastung durch bürokratische Verwaltungsaufgaben für die Unzufriedenheit der Ärzte mit ihrem Beruf hingewiesen.

Ferner werden evtl. mehr Studienplätze, die Ausbildung von mehr Ärzten, sowie ein Mehrangebot an Teilzeitbeschäftigung als Lösungsalternativen zur Diskussion gestellt.

## **5.2. Können Angebot und Bedarf an Ärzten derzeit zuverlässig prognostiziert werden? (S. 66 -70)**

Das Gutachten kommt zum Schluß, daß weitreichende Daten zur akademischen Ausbildung vorliegen, die prinzipiell auch eine Berechnung der Zahl der Studienabbrecher und -wechsler erlauben, weist aber auch auf derzeit dabei bestehende Probleme und Verbesserungspotentiale der Datenlage hin.

Alle solche Berechnungen sind aber mit zahlreichen Fehlermöglichkeiten behaftet. Wünschenswert wären aus der Sicht einer Landesärztekammer Daten über Beginn des Studiums, Zahl der Fachsemester und Lebensalter bei Bestehen bzw. Wiederholung der Prüfung, sowie Status Inländer, EU-Ausländer und Nicht-EU-Ausländer. Alle diese Daten liegen bei Landesprüfungsämtern bzw. gleichartigen Behörden vor. Sie müßten lediglich anonymisiert auf Landes- und Bundesebene ausgewertet und zugänglich gemacht werden. Um die Zahl der für eine kurative Tätigkeit zur Verfügung stehenden erfolgreichen jungen Ärztinnen und Ärzte zu ermitteln, wären die jährlich erteilten Approbationen als Arzt auf Landesebene zu erfassen, auf Bundesebene zusammenzuführen und mit den Meldedaten der Kammern zu vergleichen. Hilfreich wäre dafür eine diesbezügliche auch namentliche regelmäßige Unterrichtung der Ärztekammern.

Hinsichtlich einer Prognose des Arztbedarfes kritisiert das Gutachten zu Recht, daß alle analysierten Studien letztlich nur die Arztlzahlentwicklung aus der Vergangenheit fortschrieben, es fehle aber an geeigneten Bedarfsparametern z.B. epidemiologischer und demographischer Art, bzw. den wissenschaftlich-technischen Fortschritt und die Strukturveränderungen im Gesundheitswesen (DRGs, Arbeitszeit für Krankenhausärzte, Bettenabbau etc.) betreffend.

Ähnliche Probleme einer fundierten Bedarfsprognose anstelle einer reinen Trendfortschreibung aus der Vergangenheit gibt es auch bei anderen Fragestellungen im Gesundheitswesen - z.B. hinsichtlich der prospektiven Planung stationärer Versorgungsleistungen in Krankenhäusern. Gerade diese beiden Bereiche (Prognose Ärztebedarf und Krankenhausbedarfsplanung) sind aber untrennbar miteinander verknüpft.

## **Teil B**

### **6. Ergebnisse der Befragung (S. 71-111)**

Die Landesärztekammer Hessen hat diese Befragung durch Stichprobenauswahl, Bereitstellung von Anschriften, Versand von Anschreiben und methodische Beratung aktiv unterstützt. **Es handelt sich um keine repräsentative Erhebung. Durch die Methodik (online-Befragung etc.) bedingte Selektionseffekte hinsichtlich der angesprochenen und antwortenden Ärztopulation konnten nicht kontrolliert oder zuverlässig erfaßt werden. Eine Rücklauf-/Antwortquote im üblichen Sinne war nicht zu ermitteln,** da weder die Zahl derer, die zwar Hinweise auf die Befragung wahrgenommen aber nicht reagiert hatten, noch die Zahl derer, die den Fragebogen zwar aufgerufen, aber nicht bearbeiteten, erfaßt und ausgewertet wurden.

**Der innovative Wert der Erhebung liegt unter anderem darin, daß bestimmte Arztgruppen (z.B. Ärzte im Ausland, Studienabbrecher, nicht bei Kammern gemeldete nicht ärztlich Tätige etc.) erfaßt wurden, über die kaum andere statistische Daten vorliegen und die durch bisherige Untersuchungen nicht erreicht wurden.**

Ein Mangel der Darstellung liegt darin, daß bei vielen Graphiken die zugrunde liegende Gesamtzahl nicht angegeben wird und sich diese auch aus dem Anhang nicht oder nur mit Mühe entnehmen läßt. In einzelnen Fällen stimmen Zahlen aus verschiedenen Tabellen und Graphiken zum gleichen Sachverhalt nicht überein, manche Abbildungen sind unvollständig oder unklar beschriftet. Teilweise sind Gruppenunterscheidungen nicht konsequent nachvollziehbar. So wird z.B. im Anhang bei den befragten Ärzten - gemeint sind wahrscheinlich die antwortenden - in Tab. 29 (*Anhang, S 48*) unterschieden zwischen AiP, approbiertem Arzt, Arzt in Weiterbildung und Arzt mit Facharztabschluß.

Teilweise entspricht die Terminologie nicht dem offiziell üblichen Sprachgebrauch. Einige Beispiele: "Physikum" anstatt Ärztlicher Vorprüfung (1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in der neuen Approbationsordnung aus dem Jahre 2002), "Staatsexamen" anstelle Ärztlicher Prüfung, "Facharzteausbildung" statt Weiterbildung.

Nachfolgend werden ausgewählte, aus unserer hessischen Sicht<sup>1</sup> wichtige Ergebnisse besprochen.

#### **6.1. Methodik (S. 72 - 76)**

Die Erhebungen wurden im Zeitraum Juli/August 2004 als online-Befragung durchgeführt. Die Zielgruppen wurden in verschiedener Weise (direkte Anschreiben durch Ärztekammern und Universitäten, Hinweise in Printmedien etc.) angesprochen. Insgesamt wurden 4 911 Studierende (darunter 124 Studienabbrecher) und 4 356 AiP und Ärzte (davon 621 nicht kurativ tätig und 1 211 im Ausland tätig) erreicht. (*Vgl. Anhang S. 48*). Die Zielsetzung der Studie wird wie folgt beschrieben:

"Ziel der Befragung war es, die Motivation von Personen, die sich in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung befinden, für eine kurative oder nicht-kurative ärztliche Berufstätigkeit und einen Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit zu ermitteln."

Bedauerlich ist, daß trotz des beachtlichem Umfangs (mehr als 200 Seiten) des Gutachtens der eingesetzte Fragebogen nicht dokumentiert wird.

---

<sup>1</sup> Auf die speziellen Probleme und Aspekte in den neuen Bundesländern wird unsererseits nicht näher eingegangen.

## 6.2. Medizinstudium (S. 77 - 86)

Als häufigste Gründe für den Beginn des Medizinstudiums wurden ermittelt (Abb.19, S. 77):

- persönliche Neigungen und Begabungen (Studierende: 79 %, Abbrecher: 69 %),
- wissenschaftliches/fachliches Interesse (beide Gruppen: 62 %),
- viel Kontakt zu anderen Menschen (Studierende: 57 %, Abbrecher: 44%),
- Beruf als Berufung, Menschen zu helfen (Studierende: 48 %, Abbrecher: 57 %).

69,4 % der Abbrüche erfolgten vor der Ärztlichen Vorprüfung. Ca. 20 % der Kandidaten bestanden jeweils die Ärztliche Vorprüfung nicht. In der Zeitreihe fällt auf, daß nach einem Gipfel der Durchfallquoten mit über 24 % in den Jahren 1988 und 1989 diese Quote auf ein 'historisches Tief' von ca. 18 % in den Jahren 2001 - 2003 gesunken ist. Die Durchfallquoten beim 1., 2. und auch 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung haben sich im gleichen Zeitraum noch stärker verringert.

17,2 % aller Studienabbrüche sind dadurch begründet, daß die Betroffenen die Ärztliche Vorprüfung endgültig (keine weitere Wiederholungsmöglichkeit mehr) nicht bestanden haben. Wie viele sich nach ein oder zwei Fehlversuchen nicht mehr zu einer weiteren Wiederholung dieser Prüfung meldeten, wurde nicht festgestellt.

9,6 % der Abbrüche erfolgten später vor dem 1. Teil der Ärztlichen Prüfung.

### Gründe für Abbruch:

In einem 5-stufigem Rating (völlig unwichtig bis sehr wichtig) verschiedener Fragen zu 8 Faktoren...

- Praxisbezug,
- soziales Klima des Studiums,
- falsches Bild vom Studium,
- falscher Studienort,
- Studienbedingungen,
- finanzielle Aspekte (während des Studiums!),
- familiäre Aspekte,
- Arztberuf (Erwartungen an diesen!) und
- Wissenschaftlichkeit des Studiums

...wurden mangelnder Praxisbezug des Studiums, Unzufriedenheit mit dem sozialen Klima im Studium und Finanzierung des Studiums als am wichtigsten bewertet.

Interessant sind die Einzelergebnisse zum Faktor Erwartungen an den Arztberuf (3 Fragen) als Grund für den Abbruch des Studiums. (vgl. Tabelle auf S. 54 der Anlagen)

"Zu geringe Bezahlung in der kurativen ärztlichen Tätigkeit" wurde nur von 15,6 % als sehr wichtig, von 51 % dagegen als völlig unwichtig angegeben.

"Zu hohe Arbeitsbelastung in der kurativen ärztlichen Tätigkeit" war für 36% sehr wichtig und nur für 22,4 % völlig unwichtig.

"Berufliche Neuorientierung (z.B. bessere Berufsaussichten in einem anderen Bereich)" stuften nur 19,6 % als sehr wichtig aber 42,9 % als völlig unwichtig ein.

Insgesamt war der Faktor Erwartungen an der Arztberuf für die Männer als Abbruchgrund wichtiger als für die Frauen.

Da die überwiegende Mehrheit der Studienabbrüche bereits vor Bestehen der Ärztlichen Vorprüfung erfolgte, muß man davon ausgehen, daß die Befragten einerseits nur relativ vage Kenntnisse der ärztlichen Berufswirklichkeit hatten, andererseits für den tatsächlichen Abbruch des Studiums mittel- und langfristige Berufsperspektiven aber auch nur von nachrangiger Bedeutung waren. Leider findet sich in dem Gutachten keine Analyse der Wichtigkeit der Abbruchgründe differenziert nach Zeitpunkt des Abbruches. (Die Vermutung liegt nahe, daß die Berufsperspektiven für Spätabbrecher einen wesentlich höheren Stellenwert haben als für Frühabbrecher.)

Eigene repräsentative Untersuchungen der LÄKH bei hessischen Absolventen des 3. Teiles der Ärztlichen Prüfung (6) haben ergeben, daß...

- mehr als 30% dieser erfolgreichen Studenten irgendwann während des Studiums ernsthaft dessen Abbruch erwogen haben; (Als wichtigste Gründe dafür wurden genannt: Unzufriedenheit mit den Lerninhalten und Unzufriedenheit mit den Berufsperspektiven im Krankenhaus. Erst auf Platz 3 folgte Überlastung durch Studium/Prüfungen.)
- 97,6 % der männlichen und 91,8 der weiblichen Absolventen innerhalb der nächsten 6 Monate eine AiP-Stelle antreten wollten und insgesamt 16,2 % eine AiP-Tätigkeit im Ausland planen;
- insgesamt nur 1,1% aller Absolventen keine Weiterbildung zum Facharzt beginnen wollten.

**Zumindest zum Zeitpunkt des Abschlusses des Medizinstudiums hat nach unseren Erkenntnissen nur eine verschwindende Minderheit der Prüfungsabsolventen bereits Pläne, aus der kurativ-ärztlichen Tätigkeit auszusteigen, also müssen erst die folgenden 'schlechten Erfahrungen' im Beruf Grund für den späteren Ausstieg sein.**

### 6.3. Wiedereinstieg (S. 86 - 92)

#### **Gründe für den Ausstieg aus Patientenversorgung:**

Die Befragung der nicht mehr kurativ ärztlich Tätigen erbrachte laut Gutachten dazu folgende wichtige Ergebnisse:

- 55,1 % sind erst nach Abschluß einer Weiterbildung zum Facharzt,
- 10 % während der Weiterbildung,
- 22,1 % als approbierter Arzt und...  
(Dabei ist nicht klar, ob diese Gruppe die Approbation überhaupt auch nur kurzfristig zur Ausübung einer kurativ ärztlichen Tätigkeit genutzt hat.)
- 12,9 % als / nach AiP

aus der kurativ ärztliche Tätigkeit ausgeschieden bzw. haben dieses Berufsziel geändert.

Basis (100%) dieser Prozentangaben ist offenbar die Gesamtheit aller antwortenden Ausgestiegenen. Diese Prozentzahlen stimmen allerdings nicht mit den Absolutzahlen in Tab. 31 (*Anhang, S. 51*) überein. Hier ist - wie auch an anderen Stellen - nicht klar, was mit "approbierter Arzt" gemeint ist. Nahezu alle (Ausnahme vorläufige Berufserlaubnis für Ausländer) Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung sind natürlich auch approbierte Ärzte. Es bleibt somit nur eine Ausschlußdefinition im Sinne von Ärzten, die zwar bereits eine Approbation erhalten aber noch keine Gebietsanerkennung erworben haben und derzeit nicht an zur Weiterbildung ermächtigter Stelle tätig sind.

Von den nicht kurativ ärztlich Tätigen (*Abb. 27 S. 87*) arbeiteten 20 % im Gesundheitsmanagement, 19% gutachterlich, 18 - 19 % in der Arbeitsmedizin und 17% in der Forschung; diesbezüglich besteht kein relevanter Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Methodisch stellt sich hier natürlich, wie auch bei Auswertungen von Meldedaten der Kammern und anderen Statistiken, die Frage, inwieweit alle drei Kategorien tatsächlich mit "nicht kurativ" gleichzusetzen sind, bzw. nach der Eignung bestimmter Abgrenzungsmerkmale.

Nur von ca. 17 % wurden andere, nicht im engeren Sinne ärztliche und mit Patientenversorgung verbundene Tätigkeiten genannt, für ca. 9 % der Männer und 8 % der Frauen fehlen Angaben zur Art der Tätigkeit völlig.

44,4 % aller in obigem Sinne derzeit nicht kurativ Tätigen gaben an, gerne wieder im alten Beruf arbeiten zu wollen. Als wichtige diesem Wunsch entgegenstehende Barrieren wurden zu hohe Arbeitsbelastung (52 der Männer, 54% der Frauen) und mangelnde Vereinbarkeit des Berufes mit Familie / Freizeit (37 % der Männer, 54% der Frauen) angesehen.

Für Männer ist außerdem die Entlohnung (51 %) ein wichtiger Grund, für die Frauen zu geringe bzw. nicht mehr aktuelle berufliche Erfahrung (40%).

In einer Befragung (4) aller aktuell nicht in der Patientenversorgung tätigen jungen hessischen Ärztinnen und Ärzte (Geburtsjahrgang 1963 und jünger) fanden wir im Frühjahr 2003 als wichtige Gründe (Mehrfachnennungen möglich!) für deren Ausstieg aus der Patientenversorgung:

- Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (79 %),
- Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten (77 %),
- Wunsch nach beruflicher Neuorientierung (54 %),
- Unzufriedenheit mit der Weiterbildung (41 %).

Bedeutsame geschlechterspezifische Unterschiede bestanden hinsichtlich folgender Gründe:

- Unzufriedenheit mit Entwicklung beruflicher Karriere (Frauen: 42 %, Männer: 75 %),
- Unzufriedenheit mit der Bezahlung (Frauen: 34 %, Männer: 64 %),
- Unvereinbarkeit von ärztlicher Tätigkeit und Familie (Frauen: 56 %, Männer: 29 %).

Etwas mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte konnte sich eine spätere Rückkehr in die Patientenversorgung vorstellen.

**Es zeigt sich also eine sehr gute Übereinstimmung beider Untersuchungen dahingehend, daß die wichtigsten Gründe für den Ausstieg aus der Patientenversorgung bei den Ärztinnen Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten sowie Unvereinbarkeit von Beruf und familiären Verpflichtungen und bei den Ärzten Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, beruflicher Karriere und Bezahlung sind.**

### **Tätigkeit im Ausland:**

Eine detaillierte Aufstellung über die Art der Tätigkeit im Ausland findet sich nicht. 82 % der im Ausland kurativ Tätigen wollen dauerhaft **nicht** nach Deutschland zurückkehren. Als wichtigste Gründe gegen eine Rückkehr aus dem Ausland (*Abb. 29 S. 89*) nannten die Befragten:

- gut eingelebt,
- berufliche Perspektive,
- Verdienst,
- fachliche Interessen.

Geschlechterspezifische Unterschiede fanden sich betreffend:

- Verdienst (Männer: 64 %, Frauen: 53 %) und...
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Frauen: 64%, Männer: 51 %).

Von den, die zurück wollen, hatten 40 % bereits vorher einen nur befristeten Auslandsaufenthalt geplant. Über 80 % wollen aus privat/familiären Gründen wieder zurück.

## **Elternzeit:**

Mehr als 60 % der Frauen und ca. 20 - 25 % der Männer unter 35 planen die Inanspruchnahme einer Elternzeit. Ca. 3/4 der Studierenden und 2/3 der Ärztinnen und Ärzte äußern die Befürchtung, daß ein Wiedereinstieg nach Elternzeit in den Beruf schwierig werde.

Eine repräsentative Befragung der in Elternzeit befindlichen oder im Haushalt tätigen jüngeren hessischen Ärztinnen im Jahre 2003 (5) zeigte, daß 77 % dieser Frauen nach der 'Familienpause' wieder ärztlich tätig werden wollen. Nur 1 % wollen nicht in den Beruf zurück, 4 % streben eine nicht ärztliche Tätigkeit an, und 18 % waren noch unentschlossen. Bemerkenswert ist, daß mit Dauer der Unterbrechung der Wunsch, den Arztberuf wieder aufzunehmen, deutlich abnimmt: von 85% bei weniger als 5 Jahren auf 40 % nach mehr als 5 Jahren Pause. 84 % der Ärztinnen mit Kindern, die wieder in ihren Beruf zurück wollen, bekundeten ihr Interesse, auch langfristig in Teilzeit zu arbeiten.

## **6.4. Krankenhausorganisation (S. 92 -100)**

Als Faktoren, die einen wichtigen negativen Einfluß auf die Absicht im System zu bleiben haben, ermittelte die Studie bei Ärztinnen und Ärzten in vergleichbarer Weise:

- Bezahlung,
- zeitliche Belastung / mangelnde Vereinbarkeit von Familie Freizeit und Beruf,
- Ausmaß nicht-medizinischer Tätigkeiten. (Verwaltungsarbeit u. wirtschaftliche Aspekte)

Weiter waren von Bedeutung: Hierarchische Strukturen und autoritärer Führungsstil. (Besonders bei Noch-nicht-Fachärztinnen', bei Männern weniger vom Status abhängig.)

## **Arbeitszufriedenheit bei in Deutschland Tätigen:**

Für Ärztinnen und Ärzte besonders bedeutsame Ausstiegsgründe waren:

- hierarchische Strukturen und autoritäre Führung,
- Ausmaß nicht-medizinischer Aufgaben,
- zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf.
- Für die Ärzte hatte zusätzlich die Bezahlung einen hohen Stellenwert.

Die Gründe für die Unzufriedenheit der in Deutschland im Krankenhaus kurativ Tätigen und die wichtigsten Beweggründe der Ausgestiegenen stimmen weitgehend überein:

- nicht als angemessen erachtete Bezahlung,
- zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Freizeit,
- autoritärer Führungsstil und Hierarchiestrukturen,
- Ausmaß nicht-ärztlicher Aufgaben.

Ergebnisse eigener Untersuchungen der LÄKH zu den Ausstiegsgründen jüngerer (1963 oder später geboren) als nicht in der Patientenversorgung tätig gemeldeter hessischer Ärztinnen und Ärzte wurden oben bereits dargestellt.

Umfangreiche Erhebungen zur Arbeitszufriedenheit bei Krankenhausärzten im Jahre 2001 (3) ergaben als wichtigste Ursachen der Unzufriedenheit mit der aktuellen Arbeitssituation im Krankenhaus:

- zuviel Verwaltungsarbeit,
- lange Arbeitszeiten,
- Zeitdruck,

- schlechte Bezahlung. (Besonders häufig von AiP und insgesamt häufiger von Männern genannt.)

**Da die vorliegenden Studien zu Berufszufriedenheit, Ausstiegsmotivation etc. unterschiedliche Befragungsinstrumente und Methoden zur Auswahl der Untersuchungspopulation benutzten, sind die Ergebnisse natürlich nur beschränkt vergleichbar. Angesichts dessen beeindruckt die weitgehende Übereinstimmung der identifizierten Probleme und Ursachen.**

## 7. Ableitung der Handlungsempfehlungen

### 7.1. Medizinstudium (S. 113 - 115)

Das Gutachten hält eine Verringerung der errechneten Schwundquoten von 19 - 25 % der Studienanfänger, die später nicht als Ärzte 'im System erscheinen' durch Reduzierung der "prüfungsinduzierten und der nicht prüfungsinduzierten Abbrecherzahlen" für erforderlich.

Als geeignete Maßnahmen werden vorgeschlagen:

- "Anreizsysteme - Bindung der Universitätsfinanzierung an die Prüfungserfolge ihrer Studierenden",
- "Anreizsysteme - finanzielle Anreizsteuerung von Lehrenden",
- "Weiterentwicklung der Approbationsordnung" im Sinne einer Verbesserung der Praxisorientierung.

Die Abbruchquoten des Medizinstudiums im Bereich der Vorklinik sind im Vergleich zu anderen Fächern keineswegs besonders hoch, nach Bestehen der Ärztlichen Vorprüfung vergleichsweise sogar recht gering. Die Berechnung der Gesamt-Schwundquote ist mit erheblichen methodischen Problemen behaftet. Ein wesentlicher Bedingungsfaktor für die Mißerfolgsquote im Studium ist die mit der Hochschulzugangsberechtigung erworbene tatsächliche 'Studierfähigkeit' der Studienanfänger. Dieses Problem läßt sich durch finanzielle Anreize im universitären Bereich nicht lösen.

Eigene Untersuchungen (Vollerhebungen bei den hessischen Absolventen des 3. Abschnittes der Ärztlichen Prüfung eines Jahres) der LÄKH in Zusammenarbeit mit dem hessischen Landesprüfungsamt für Heilberufe (6) zeigten, daß trotz nur geringfügiger Überschreitung der Mindeststudiendauer von 12 Semestern (Median der absolvierten Semester: 13, Mittel: 13,6 ) nur 31,3 % der Studentinnen und 12,5 % der Studenten das Studium vor Vollendung des 26. Lebensjahres abschlossen. 20,7 % der Frauen und 22 % der Männer waren am Ende des Studiums bereits 30 Jahre oder älter. Dies erklärt sich vor allem dadurch, daß nur ca. 64 % das Medizinstudium direkt als Erststudium begonnen haben. Die übrigen haben vorher entweder ein anderes Studium oder eine andere Ausbildung abgeschlossen oder zumindest begonnen.

Ein Vergleich der 'Approbationsjahrgänge' 1995 und 2003 der bei der LÄKH Gemeldeten (7) zeigt, daß 1995 60,3 % der Frauen und 40,5 % der Männer bei Erhalt der Approbation weniger als 30 Jahre alt waren. Im Jahre 2003 waren es nur noch 50,1 % der Frauen und 37,2 % der Männer. 1995 erhielten nur 10,4 der Frauen und 9,6 % der Männer die Approbation erst mit 35 oder später, im Jahre 2003 waren dies schon 19,4 % der Frauen und 10,7 der Männer.

Diese **zunehmende, volkswirtschaftlich und demographisch sehr wichtige Problem der Überalterung bei Beginn der ärztlichen Berufstätigkeit** weist auf eine insgesamt verbesserungsbedürftige Regelung des Zugangs zum Medizinstudium hin.

Die Forderung nach mehr Praxisnähe des Medizinstudiums wird seit vielen Jahren immer wieder erhoben und war ein wichtiges Ziel der zum 1.10.2003 in Kraft getreten Änderungen der Approbationsordnung für Ärzte, deren Auswirkungen bisher noch nicht zu beurteilen sind. Insofern erscheint diese Empfehlung wenig substantiiert und formelhaft.

## 7.2. Wiedereinstieg (S. 115 - 118)

"Partiellen Aussteigern" soll gemäß Gutachten der Wiedereinstieg erleichtert werden durch:

- "Angebot spezieller Fachkurse während und nach der Auszeit",
- "Angebot von Coaching und Mentoring",
- "Sicherstellung der Kinderbetreuung",
- Flexibilisierung der Auszeit, Teilzeitarbeit,
- Abbau von gesetzlichen Beschränkungen hinsichtlich des Mutterschutzes.

**Die Fokussierung der Handlungsempfehlungen auf die Erleichterung des Wiedereinstieges verwundert etwas. Sehr viel wirksamer und sinnvoller wäre eine Prävention des Ausstieges durch geeignete Strukturmaßnahmen - z.B. Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen.**

Es gibt bereits ein sehr breites Angebot fachgebietspezifischer Fortbildungsmöglichkeiten, wir sehen hier keinen besonderen Handlungsbedarf. Das Problem dürfte eher darin liegen, inwieweit es den Betroffenen möglich ist, solche Angebote wahrzunehmen.

Grundsätzlich ist Wiederauffrischung des Wissen vor allem ein Problem nach längerer Berufsunterbrechung. Ziel muß es deshalb viel mehr sein, die Möglichkeiten für eine Verkürzung solcher Berufspausen dadurch zu verbessern, daß z.B. auch Eltern mit (kleineren) Kindern in geeigneten Arbeitszeitmodellen wieder in den Beruf zurück können.

Aus einer repräsentativen Befragung (2) von ca. 6 000 Krankenhausärztinnen und -ärzten im Jahre 2001 wissen wir, daß etwa ein Fünftel dieser Ärztinnen in Teilzeit arbeiteten. Von den Ärzten taten dies nur 2 % - wahrscheinlich gibt es für sie auch kaum akzeptable Teilzeitarbeitsmöglichkeiten. Über 36 % der Teilzeitärztinnen hatten bereits eine Weiterbildung abgeschlossen, und von den Assistenzärztinnen mit Facharztanerkennung arbeiteten 37 % in Teilzeit.

**Wie oben bereits näher ausgeführt, wollen 77 % der jüngeren hessischer Ärztinnen in 'Berufspause' (in Elternzeit oder als im Haushalt tätig gemeldet) nach der Pause wieder in den Beruf zurück. Ca. 85 % der 'Wiedereinstiegs-willigen' Ärztinnen mit Kindern wünschen sich einen Teilzeitarbeitsplatz. Die Forderung des Gutachtens nach Flexibilisierung der Auszeit, besseren Teilzeitarbeitsangeboten und Sicherstellung der Kinderbetreuung findet deshalb unsere volle Unterstützung.**

Leider sieht nach unserer Kenntnis die Realität anders aus. Kinderbetreuung an hessischen Krankenhäusern existiert nur in Einzelfällen. Eine Umfrage<sup>2</sup> der LÄKH im Jahre 2001 bei 163 hessischen Kliniken (Es antworteten 132.) ergab, daß nur 17 Kindertagesstätten in eigener Trägerschaft der Kliniken vorhanden waren. In 2 Fällen bestanden Kooperationen mit einem benachbarten von der Klinik unabhängigen Kindergarten. Es gibt Hinweise, daß einige der damals bestehenden Betreuungseinrichtungen inzwischen aus Kostengründen geschlossen wurden. **Der Ausschuß Ärztinnen der LÄKH will sich ( evtl. in Kooperation mit HSM und HKG ) mit dieser Frage deshalb erneut intensiv befassen.**

**In Hessen gibt es bereits seit einiger Zeit ein gemeinsames Projekt 'Mentoring für Ärztinnen' der Landesärztekammer und des HSM<sup>3</sup> mit engem Kontakt zur Arbeit des vorgenannten Kammerausschusses Ärztinnen. In Gutachten werden aber die dadurch erzielbaren Wirkungen und die dafür verfügbaren Ressourcen überschätzt.**

---

<sup>2</sup> unveröffentlicht

<sup>3</sup> B. Dexler-Gormann: Neue Chancen für Ärztinnen, HÄBl 6/2002, 346

C. Franke-Lompa, B. Drexler-Gormann, B. Wimmer: Mentoring für Ärztinnen, HÄBL 2/2003, 70

B. Drexler-Gormann: 17 Tandems in Hessen gebildet, HÄBL 1/2004, 39

S. Köhler: Aktionsprogramm der Landesärztekammer zur Unterstützung junger Ärztinnen. HÄBl 06/2005, 396

### 7.3. Krankenhausorganisation (S. 118 - 122)

Das Gutachten fordert zur "Steigerung der Attraktivität der Berufsausübung...

- "Reduzierung bürokratischer Belastungen" unter anderem durch Delegation von Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten an dafür geeignete Assistenzkräfte,
- "bessere Vereinbarkeit von Familie / Freizeit und Beruf",
- "Veränderung der Führungskultur",

...und gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen:

- Personal- und Führungskräfteentwicklung,
- Veränderung der Führungskultur in Krankenhäusern,
- Prozessoptimierung,
- Institutionalisierung der Kinderbetreuung,
- Strategische Anreizsteuerung und transparentere Organisation der Weiterbildung an den Krankenhäusern.

Die im Gutachten beschriebenen Mißstände bei den Arbeitsbedingungen und die daraus resultierende Unzufriedenheit der Krankenhausärztinnen und -ärzte sind seit längerem bekannt und wurden von uns als Ergebnisse umfangreicher repräsentativer Untersuchungen bei Krankenhausärzten in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland in den Jahren 2001/2002 auch bereits mehrfach publiziert. Dabei haben wir umfassend die unzumutbare Überlastung des Krankenhausärzte durch regelmäßige unbezahlte Mehrarbeit und den systematischen Mißbrauch des Bereitschaftsdienstes für Routinetätigkeiten dokumentiert und auf die ausufernde Verwaltungsbürokratie als wichtigste Ursache der Arbeitsunzufriedenheit bei Krankenhausärzten hingewiesen. **Eine der Hauptursachen der wachsenden Bürokratielast für Krankenhausärzte ist aber die gegenwärtige Prüfungspraxis des MDK im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen. Dieser Fehlentwicklung, die immer mehr ärztliche Arbeitskraft der Patientenversorgung entzieht, sollte sofort und konsequent Einhalt geboten werden.**

**Das Gutachten zeigt auf, daß die gleichen Mißstände auch die wichtigsten Beweggründe für den Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Krankenhaustätigkeit in Deutschland sind. Dies war bisher zwar vermutet aber in dieser Form noch kaum systematisch untersucht worden.**

**Auch die LÄKH sieht in der stärkeren Delegation bisher von Ärzten ausgeführter Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben an dafür speziell qualifiziertes Assistenzpersonal eine wichtige Verbesserung, hat deshalb an ihrer Carl-Oelemann-Schule für Arzthelferinnen bereits ein spezielles Fortbildungscurriculum<sup>4</sup> "Klinikassistentz" entwickelt und führt regelmäßig einschlägige Kurse durch.**

Der Bedarf an geeigneten Kinderbetreuungsangeboten für Krankenhauspersonal wurde oben bereits diskutiert.

Die Forderungen des Gutachtens nach Verbesserung der Führungskultur und der Organisation der ärztlichen Weiterbildung sind im Grunde unstrittig. Die ständig wachsende allgemeine Arbeitsverdichtung, die 'Verbürokratisierung' und der zunehmende ökonomische Druck in den Krankenhäusern behindern derzeit jedoch solche Verbesserungen in vielfältiger Weise. Vernünftige ärztliche Weiterbildung ist nur dann möglich, wenn....

- qualifizierte Weiterbilder in genügender Zahl zur Verfügung stehen und auch Zeit für diese Aufgabe finden;
- die Weiterzubildenden in geeigneter Weise eingesetzt werden können;
- in den weiterbildenden Einrichtungen die erforderlichen Patienten behandelt werden.

---

<sup>4</sup> S. Happel u. R. Kaiser: Arzthelferinnen sollen Krankenhausärzte von Verwaltungstätigkeiten entlasten, HÄBl 8/2003 393-394

R. Kaiser, U. Stüwe, S. Happel: "Klinikassistentz" zur administrativ-organisatorischen Unterstützung von Krankenhausärzten, Anesthesist 1/2005, 57-60

**In all diesen Bereichen drohen aufgrund der aktuellen Strukturveränderungen im Krankenhausbereich weitere Verschlechterungen und Engpässe. Die LÄKH hat deshalb mehrfach nachdrücklich z.B. die angemessene Berücksichtigung der Belange der ärztlichen Weiterbildung bei der Krankenhausbedarfsplanung und -finanzierung gefordert - bisher leider ohne Erfolg.** Das vorliegende Gutachten zeigt hierfür keine konkreten erfolgversprechenden Perspektiven auf.

### **Literaturverzeichnis:**

- 1) Gutachten zum "Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland" - Abschlußbericht, Ramboll Management, Hamburg, 2004  
(Erstellt im Auftrage des BMGS)
- 2) Drexler-Gormann, B. und Kaiser, R.: Arbeitsbedingungen und Berufszufriedenheit bei Krankenhausärztinnen in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland  
Hess. Ärzteblatt 12/ 2002, 682 - 685
- 3) Kaiser, R.: Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus  
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2002
- 4) Köhler, S. und Kaiser, R.: Junge Ärzte - Ausstieg aus der Patientenversorgung ?  
Hess. Ärzteblatt 09 / 2003, 462 - 464
- 5) Köhler, S., Napp, L., Kaiser, R.: Ärztin - Traumberuf oder Alptraum ?  
Hess. Ärzteblatt 12 / 2003, 631 - 633
- 6) Köhler, S., Kaiser, R., Napp, L.: Medizinstudium - und was dann ?  
Hess. Ärzteblatt 10 / 2004, 565 - 568
- 7) Köhler, S., Kaiser, R., Lochner, A.: Junge Ärzte - Mangelware ?  
Hess. Ärzteblatt 06 / 2005, 367 - 369