

Rambøll-Gutachten

Datenbasis noch unbefriedigend – Empfehlungen für die Politik

Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“

Roland Kaiser¹, Susanne Köhler¹, Michael Popović¹, Ursula Stüwe²

Das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von der Unternehmensberatung Rambøll Management erstellte Gutachten „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ (1) verfolgt folgende Ziele:

- Erfassung/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 nichtkurativ-ärztliche Tätigkeiten und
- die Ableitung von gegensteuernden Handlungsempfehlungen.

Das Gutachten basiert einerseits auf der Auswertung der bisher zu diesem Thema publizierten Daten. Andererseits führte Rambøll im Juli/August 2004 eine Online-Befragung bei Ärzten in Aus- und Weiterbildung durch.

Bewertung der Datenlage

Vom Medizinstudenten zum Arzt im Praktikum (AiP). Die Zahl der Studienplätze liegt seit 1991 relativ konstant bei 10 575, die der Studienanfänger Humanmedizin ist seit dem Wintersemester 1992/1993 von rund 12 000 auf etwa 13 000 im Wintersemester 2002/2003 gestiegen. Circa 15 Prozent der Studienanfänger waren vor dem Beginn des Medizinstudiums bereits für ein anderes Fach immatrikuliert. Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen (5) ergaben, dass von den hessischen Absolventen des dritten Abschnittes der Ärzt-

lichen Prüfung 2002/2003 nur 63,9 Prozent der Frauen und 64,7 Prozent der Männer das Medizinstudium direkt nach dem Abitur begonnen hatten. 14 Prozent hatten zuvor ein anderes Studium und 22 Prozent eine andere Ausbildung begonnen oder abgeschlossen.

Insgesamt ist die Zahl der erfolgreichen Absolventen von 1993 bis 2002 um circa 23 Prozent gesunken. Ein sehr wichtiger Befund ist der starke Anstieg des Anteils von Frauen an den Studienanfängern von circa 50 bis 51 Prozent Mitte der 90er-Jahre auf 62,3 Prozent im Jahr 2002. Die Zahl der Ärzte im Praktikum ist von 1989 bis 1994/1995 kontinuierlich von 10 613 auf über 22 000 gestiegen, um dann bis 2002 wieder auf unter 18 000 zu sinken. Das Gutachten analysiert, dass seit 1996 immer mehr Absolventen ihre AiP-Phase nicht begonnen hätten.

Die Berechnungen des Instituts sind methodisch nicht überzeugend und widersprechen repräsentativen Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen (5). So ergab eine Befragung der Absolventen des dritten Abschnittes der ärztlichen Prüfung 2003/2004 in Hessen, dass nur 1,2 Prozent der Männer und 3,4 Prozent der Frauen nach Bestehen der Prüfung nicht die feste Absicht hatten, als AiP tätig zu werden. Wenn also in nennenswertem Umfang eine Abkehr vom Arztberuf erfolgt, dann erst während oder nach der Berufseinstiegsphase im Krankenhaus.

Stichwort Ärztemangel. Das Gutachten folgert, dass aus der „Zusammenführung der einzelnen Studien . . . kein genereller Ärztemangel in Deutschland abgeleitet beziehungsweise prognostiziert“ werden könne mit der Ausnahme „punktueller Unterver-

sorgung“, die sich auf die „ländlichen ostdeutschen Regionen“ konzentrierte und in den nächsten Jahren verstärken werde. Wegen des wachsenden Frauenanteiles wird in den analysierten Studien empfohlen: Schaffung von Strukturen zur Ermöglichung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wiedereinstiegs Hilfen für Frauen, die die kurative Tätigkeit aus familiären Gründen unterbrochen haben, und attraktivere Rahmenbedingungen, um Ärztinnen für die kurative Tätigkeit zu gewinnen.

Ein wichtiger Aspekt, der beide Geschlechter betrifft, wird außer Acht gelassen: die unattraktiven Arbeitsbedingungen für jüngere Ärzte. Bereits 2002 (3) hat die Landesärztekammer Hessen, basierend auf repräsentativen Umfragen in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland, Gründe für die Unzufriedenheit der Ärzte benannt: Die befragten Ärzte störte vor allem die umfangreiche unbezahlte Mehrarbeit einschließlich des systematischen „Missbrauchs“ von Bereitschaftsdienstzeiten für Routine-tätigkeiten und die außerordentliche Belastung durch Verwaltungsaufgaben.

Zur Arztzahlenentwicklung. Nach dem Gutachten liegen zwar weit reichende Daten zur akademischen Ausbildung vor, die auch eine Berechnung der Zahl der Studienabbrecher und -wechsler erlaubten. Derzeit bestünden aber noch erhebliche Probleme und Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Gesamtdatenlage. Alle bisherigen Studien schrieben lediglich die Arztzahlenentwicklung aus der Vergangenheit fort. Es fehle an geeigneten Bedarfsparametern für eine realistische Bedarfsprognose. Für eine solche müsste beispielsweise die epidemiologische und demographische Entwicklung analysiert werden.

¹ Landesärztekammer Hessen

² Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Vorsitzende des Marburger Bundes, Landesverband Hessen

Weitere Parameter seien der medizinische Fortschritt oder die Strukturveränderungen im Gesundheitswesen.

Die Online-Befragung

Die Online-Befragung ist keine repräsentative Erhebung. Der innovative Wert der Studie liegt darin, dass bestimmte Arztgruppen (Ärzte im Ausland, Studienabbrecher, nicht bei Ärztekammern gemeldete und nicht ärztlich Tätige) erfasst wurden, über die kaum andere statistische Daten vorliegen.

Zum Medizinstudium. Als wichtigste Gründe für den Beginn des Medizinstudiums wurden ermittelt: persönliche Neigungen und Begabungen (Studierende: 79 Prozent, Abbrecher: 69 Prozent), wissenschaftliches/fachliches Interesse (beide: 62 Prozent), viel Kontakt zu anderen Menschen (Studierende: 57 Prozent, Abbrecher: 44 Prozent), Beruf als Berufung, Menschen zu helfen (Studierende: 48 Prozent, Abbrecher: 57 Prozent).

69,4 Prozent der Abbrüche erfolgten vor der Ärztlichen Vorprüfung. 20 Prozent der Kandidaten bestanden jeweils die Ärztliche Vorprüfung nicht. 17,2 Prozent aller Studienabbrüche resultieren aus der Tatsache, dass die Betroffenen die Ärztliche Vorprüfung auch nach Wiederholungen endgültig nicht bestanden haben.

Als Gründe für den Abbruch des Studiums wurden mangelnder Praxisbezug des Studiums, Unzufriedenheit mit dem sozialen Klima im Studium und Finanzierung des Studiums als am wichtigsten bewertet. „Zu geringe Bezahlung in der kurativen ärztlichen Tätigkeit“ wurde nur von 15,6 Prozent als sehr wichtig, von 51 Prozent dagegen als völlig unwichtig angegeben. „Zu hohe Arbeitsbelastung in der kurativen ärztlichen Tätigkeit“ war für 36 Prozent sehr wichtig und nur für 22,4 Prozent völlig unwichtig. „Berufliche Neuorientierung“ stuften nur 19,6 Prozent als sehr wichtig, aber 42,9 Prozent als völlig unwichtig ein. Insgesamt war der Faktor „Erwartungen an den Arztberuf“ für die Männer als Abbruchgrund wichtiger als für die Frauen.

Da das Studium mehrheitlich bereits vor Bestehen der Ärztlichen Vorprüfung abgebrochen wurde, muss man davon ausgehen, dass die Befragten einer-

seits nur relativ vage Kenntnisse der ärztlichen Berufswirklichkeit hatten, andererseits für den tatsächlichen Abbruch des Studiums mittel- und langfristige Berufsperspektiven auch nur von nachrangiger Bedeutung waren.

Repräsentative Umfragen der Landesärztekammer Hessen bei hessischen Absolventen des dritten Teils der Ärztlichen Prüfung (5) ergaben, dass 97,6 Prozent der männlichen und 91,8 Prozent der weiblichen Absolventen innerhalb der nächsten sechs Monate eine AiP-Stelle antreten wollten und 16,2 Prozent eine AiP-Tätigkeit im Ausland planten. Lediglich 1,1 Prozent aller Absolventen wollten keine Weiterbildung zum Facharzt beginnen. Zumindes zum Zeitpunkt des Abschlusses des Medizinstudiums hatte nur eine kleine Minderheit dieser Prüfungsabsolventen bereits Pläne, aus der kurativ-ärztlichen Tätigkeit aussteigen, also müssen erst die folgenden „schlechten Erfahrungen“ im Beruf Grund für den späteren Ausstieg sein.

Gründe für den Ausstieg aus Patientenversorgung. Die Rambøll-Befragung der nicht mehr kurativ ärztlich Tätigen lieferte dazu wichtige Ergebnisse: 55,1 Prozent der Befragten sind erst nach Abschluss einer Weiterbildung zum Facharzt und nur 12,9 Prozent schon als AiP beziehungsweise unmittelbar danach aus der kurativ ärztlichen Tätigkeit ausgeschieden. 44,4 Prozent aller antwortenden, 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 Prozent der Männer, 54 Prozent der Frauen) und mangelnde Vereinbarkeit des Berufes mit Familie/Freizeit (37 Prozent der Männer, 54 Prozent der Frauen) angegeben. Für Männer ist außerdem die Entlohnung (51 Prozent) ein wichtiger Grund, für die Frauen zu geringe oder nicht mehr aktuelle berufliche Erfahrung (40 Prozent).

In einer Befragung (4) aller aktuell nicht in der Patientenversorgung tätigen jungen hessischen Ärzte (Geburtsjahrgang 1963 und jünger) ermittelte die Landesärztekammer Hessen im Frühjahr 2003 ähnliche Gründe für den Ausstieg aus der Patientenversorgung (Mehrfachnennungen möglich), nämlich: Unzufriedenheit mit den Arbeits-

bedingungen (79 Prozent), Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten (77 Prozent), Wunsch nach beruflicher Neuorientierung (54 Prozent) und Unzufriedenheit mit der Weiterbildung (41 Prozent). Dabei wurden geschlechterspezifische Unterschiede offenbar: Unzufriedenheit mit Entwicklung beruflicher Karriere (Frauen: 42 Prozent, Männer: 75 Prozent), Unzufriedenheit mit der Bezahlung (Frauen: 34 Prozent, Männer: 64 Prozent), Unvereinbarkeit von ärztlicher Tätigkeit und Familie (Frauen: 56 Prozent, Männer: 29 Prozent). Etwas mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte konnte sich eine spätere Rückkehr in die Patientenversorgung theoretisch vorstellen.

Es zeigt sich also eine sehr gute Übereinstimmung zwischen dem Gutachten und hessischen Studien: Die wichtigsten Gründe für den Ausstieg aus der Patientenversorgung sind bei den Ärztinnen Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen/Arbeitszeiten und die Unvereinbarkeit von Beruf und familiären Verpflichtungen. Die Unzufriedenheit der Ärzte ergibt sich vor allem aus den Arbeitsbedingungen, den Arbeitszeiten, den Karrierechancen und der Bezahlung.

Handlungsempfehlungen

Medizinstudium. Das Rambøll-Gutachten hält eine Verringerung der errechneten Schwundquoten von 19 bis 25 Prozent 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“ und
- „Weiterentwicklung der Approbationsordnung“ im Sinne einer Verbesserung der Praxisorientierung.

Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Landesprüfungsamt für Heilberufe (5) zeigten, dass trotz nur geringfügiger Überschreitung der Mindeststudiendauer von zwölf Semestern nur



Lästige Bürokratie:
Vor allem die Prüfpraxis
des MDK nervt die Klinikärzte.
Das Rambøll-Gutachten
klammert dies aus.

Foto: JOKER

schem Sozialministerium und Hessischer Krankenhausgesellschaft) mit dieser Frage deshalb erneut befassen.

Krankenhausorganisation. Zur „Steigerung der Attraktivität der Berufsausübung“ fordert das Gutachten die Reduzierung bürokratischer Belastungen (unter anderem durch Delegation von Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten an Assistenzkräfte), eine bessere Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf und eine Veränderung der Führungskultur. Dazu empfehlen die Gutachter mehr Personalentwicklungsmaßnahmen, eine andere Führungskultur, die Optimierung der Prozesse, die Institutionalisierung der Kinderbetreuung, eine strategische Anreizsteuerung sowie eine transparentere Organisation der Weiterbildung an den Krankenhäusern.

Nicht genannt wird jedoch die Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Diese ist eine der Hauptursachen der wachsenden Bürokratielast für Klinikärzte. Diese Fehlentwicklung sollte sofort gestoppt werden.

Auch die Landesärztekammer Hessen sieht in der stärkeren Delegation bisher von Ärzten ausgeführter Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben an dafür qualifiziertes Assistenzpersonal ein wichtiges Verbesserungspotenzial und hat deshalb ein Fortbildungscurriculum „Klinikassistenz“ entwickelt (2, 6).

Effektive und effiziente ärztliche Weiterbildung ist nur dann möglich, wenn qualifizierte Weiterbilder in genügender Zahl zur Verfügung stehen und auch Zeit für diese Aufgabe finden. Darüber hinaus müssen die Weiterzubildenden in geeigneter Weise eingesetzt werden können und in den weiterbildenden Einrichtungen die erforderlichen Patienten behandelt werden. In diesen Bereichen drohen jedoch wegen der aktuellen Strukturveränderungen im Krankenhaus weitere Verschlechterungen und Engpässe.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 2297–2301 [Heft 34–35]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit3405 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Michael Popovic
Im Vogelsang 3
60488 Frankfurt/Main

31,3 Prozent der Studentinnen und 12,5 Prozent der Studenten das Studium vor Vollendung des 26. Lebensjahres abgeschlossen. 20,7 Prozent der Frauen und 22 Prozent der Männer waren am Ende des Studiums bereits 30 Jahre oder älter. Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass nur 64 Prozent das Medizinstudium als Erststudium begannen. Die übrigen hatten vorher entweder ein anderes Studium oder eine andere Ausbildung abgeschlossen oder begonnen.

Ein Vergleich der „Approbationsjahrgänge“ 1995 und 2003 der bei der Ärztekammer Gemeldeten (7) zeigt, dass 1995 60,3 Prozent der Frauen und 40,5 Prozent der Männer bei Erhalt der Approbation jünger als 30 Jahre waren. Im Jahr 2003 waren es nur noch 50,1 Prozent der Frauen und 37,2 Prozent der Männer. 1995 erhielten nur 10,4 Prozent der Frauen und 9,6 Prozent der Männer die Approbation erst mit 35 oder später, im Jahr 2003 waren dies schon 19,4 Prozent der Frauen und 10,7 Prozent der Männer. Dieses Problem der Überalterung bei Beginn der ärztlichen Berufstätigkeit weist auf eine verbesserungsbedürftige Regelung des Zugangs zum Medizinstudium hin.

Wiedereinstieg. „Partiellen Aussteigern“ soll gemäß Gutachten der Wiedereinstieg erleichtert werden. Dazu sollen spezielle Fachkurse während und nach der Auszeit angeboten werden. Empfohlen werden auch das Angebot von Coaching und Mentoring, die Sicherstellung der Kinderbetreuung, die Flexibilisierung der Auszeit und Teilzeitar-

beit sowie der Abbau von gesetzlichen Beschränkungen zum Mutterschutz.

Diese Konzentration auf die Erleichterung des Wiedereinstieges überrascht. Sehr viel wirksamer wäre eine Prävention des Ausstieges durch geeignete Strukturmaßnahmen, etwa durch eine Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen.

Befragungen in Hessen zeigen: 77 Prozent der jüngeren Ärztinnen in „Berufspause“ (in Elternzeit oder als im Haushalt tätig gemeldet) wollen nach dieser Pause wieder in den Beruf zurück. 85 Prozent der „wiedereinstiegswilligen“ Ärztinnen mit Kindern wünschen sich einen Teilzeitarbeitsplatz. Die Forderungen der Gutachter nach Flexibilisierung der Auszeit, besseren Teilzeitarbeitsangeboten und Sicherstellung der Kinderbetreuung sind deshalb richtig.

Jedoch sieht die Realität anders aus. Kinderbetreuung an hessischen Krankenhäusern gibt es nur in Einzelfällen. Eine Umfrage der Landesärztekammer Hessen (2001) bei 163 hessischen Kliniken (es antworteten 132) ergab, dass nur 17 Kindertagesstätten in eigener Trägerschaft der Kliniken vorhanden waren. In zwei 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 Ärztekammer will sich (eventuell in Kooperation mit Hessi-

Literaturverzeichnis Heft 34–35/2005, zu:

Rambøll-Gutachten

Datenbasis noch unbefriedigend – Empfehlungen für die Politik

Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“

Roland Kaiser¹, Susanne Köhler¹, Michael Popović¹, Ursula Stüwe²

Literatur

1. Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ – Abschlußbericht, Hamburg: Ramboll Management 2004 (erstellt im Auftrag des BMGS).
2. Happel S, Kaiser R: Arzthelferinnen sollen Krankenhausärzte von Verwaltungstätigkeiten entlasten. Hess Ärztebl 2003; 8: 393–394.
3. Kaiser R: Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2002.
4. Köhler S, Kaiser R: Junge Ärzte – Ausstieg aus der Patientenversorgung? Hess Ärztebl 2003; 9: 462–464.
5. Köhler S, Kaiser R, Napp L: Medizinstudium – und was dann? Hess Ärztebl 2004; 10: 565–568.
6. Kaiser R, Stüwe U, Happel S: „Klinikassistenten“ zur administrativ-organisatorischen Unterstützung von Krankenhausärzten. Der Anästhesist 2005; 1: 57–60.
7. Köhler S, Kaiser R, Lochner A: Junge Ärzte – Mangelware? Hess Ärztebl 2005; 6: 373–377.