

Aus der Praxis für Innere Medizin und medizinisch-wissenschaftliche
Sachverständigengutachten
Leiter Prof. Dr.med. Dr.med. habil. Ursula Gresser

Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an ausländischen Ärztinnen und Ärzten mit Darstellung der aktuellen Personalsituation anhand einer Befragung bayerischer Krankenhäuser.

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

Siegfried J. Schmidt

aus
München

2014

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr.med. habil. Ursula Gresser

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Dr. Margot Albus
Prof. Dr. Dennis Nowak
Prof. Dr. Joerg Hasford

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Maximilian Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 23.10.2014

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Anmerkung	VII
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Aufbau der Arbeit	4
1.3 Arztzahlentwicklung in Deutschland	5
1.3.1 Entwicklung der Gesamtzahl und der Ärztestruktur	5
1.3.1.1 Ärztestruktur im ambulanten Bereich.....	6
1.3.1.2 Ärztestruktur im stationären Bereich.....	7
1.3.2 Entwicklung der Ärztinnenzahlen	7
1.3.3 Entwicklung der Altersstruktur und der Studienanfängerzahlen	8
1.3.4 Arbeitslosigkeit bei Medizinern.....	9
1.4 Arztzahlentwicklung in Bayern	9
1.4.1 Darstellung der Arztdichte	10
1.4.2 Ärztestruktur in Bayern	11
1.5 Abwanderungstendenzen deutscher Ärztinnen und Ärzte	12
1.5.1 Voraussetzungen um als deutscher Arzt im Ausland tätig zu sein	12
1.5.2 Emigration von in Deutschland tätigen Ärzten	13
1.5.2.1 Abwanderungstendenzen aus Deutschland	14
1.5.2.2 Abwanderungstendenzen aus Bayern	17
1.5.3 Im Ausland zugelassene deutsche Ärzte	20
1.6 Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland	22
1.6.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	22
1.6.2 Entwicklung der Anzahl ausländischer Ärzte in Deutschland.....	23
1.6.3 Entwicklung der Anzahl ausländischer Ärzte in Bayern.....	24

1.7 Zusammenfassung der Entwicklung der Ärztezahlen in Deutschland und in Bayern	26
2. Forschungsgegenstand und Zielsetzung	27
3. Material und Methoden	28
3.1 Datenmaterial	28
3.1.1 Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern	29
3.1.2 Definition von Begriffen der Bedarfsplanung	31
3.1.2.1 Allgemeine Verhältniszahl und allgemeiner Versorgungsgrad	32
3.1.2.2 Arztgruppen	32
3.1.2.3 Über- und Unterversorgung im Planungsbereich.....	33
3.2 Charakteristika der Umfrage.....	34
3.2.1 Erhebungsinstrument	34
3.2.2 Teilnehmerauswahl	37
3.2.3 Ablauf und Auswertung	37
4. Ergebnisse	38
4.1 Auswertung der Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns	38
4.1.1 Ambulante Versorgungssituation in Bayern	39
4.1.1.1 Fachärztliche Versorgungslage	41
4.1.1.2 Hausärztliche Versorgungslage.....	42
4.1.2 Vergleich der Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit den Zahlen der Bayerischen Landesärztekammer.....	45
4.2 Auswertung des Fragebogens.....	46
4.2.1 Teilnehmer der Umfrage	47
4.2.2 Ärztestruktur an den Krankenhäusern	48
4.2.3 Beschäftigungsdauer ausländischer Ärzte.....	51
4.2.4 Sprach- und Qualifikationsniveau ausländischer Ärzte	52
4.2.5 Beurteilung des B2 Sprachniveaus	54
4.2.6 Sprachförderung und Integration	55
4.2.7 Stellenbesetzungsprobleme bayerischer Krankenhäuser.....	56
5. Diskussion.....	60
5.1 Versorgung im ambulanten Bereich	60
5.2 Versorgung im stationären Bereich	63

5.2.1 Diskussion der Fragen- und Methodenauswahl	63
5.2.2 Diskussion der Umfrageergebnisse	65
5.2.2.1 Stellenbesetzungsprobleme	66
5.2.2.2 Sprach- und Fachkompetenz ausländischer Fachkräfte.....	68
5.3 Strukturelle Anforderungen zur Bekämpfung des Ärztemangels	70
5.3.1 Anforderungen der jungen Ärztegeneration.....	70
5.3.1.1 Monetäre Anreize.....	71
5.3.1.2 Verbesserung der Arbeitsbedingungen.....	71
5.3.1.3 Anforderungen an die Weiterbildung	72
5.3.2 Modifikation der Rahmenbedingungen für Ärztinnen	74
5.4 Ausländische Ärzte als Lösung des Ärztemangels?	78
6. Zusammenfassung	81
7. Ausblick	83
8. Literaturverzeichnis	85
9. Anhang.....	98
10. Danksagung	105
Eidesstattliche Versicherung	106

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: Entwicklung der Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland 2007- 2011	5
Abbildung 02: Entwicklung der Zahl der Unbedenklichkeitsbescheinigungen in Bayern 2006-2012.....	13
Abbildung 03: Wanderungsverhalten von Ärzten 2005-2011 Deutschland.....	17
Abbildung 04: Abwandernde Ärzte aus Bayern 2005 bis 2011	18
Abbildung 05: Beliebteste Abwanderungsalternativen für bayerische Ärzte 2011	19
Abbildung 06: Wanderungsverhalten von Ärzten in Bayern 2005-2011	20
Abbildung 07: Zehn Landkreise mit dem höchsten und zehn Landkreise mit dem niedrigsten hausärztlichen Versorgungsgrad in Bayern 2011	43
Abbildung 08: Hausärztlicher Versorgungsgrad in den 79 bayerischen Planungsbereichen 2011	44
Abbildung 09: Einfluss des Versorgungsgrades auf die Anzahl der Fälle je Arzt, Hausärzte in Bayern 2011	44
Abbildung 10: Antworten nach Funktion in der Klinik.....	47
Abbildung 11: Anteil der Krankenhäuser mit ausländischem ärztlichem Personal.....	48
Abbildung 12: Dauer der Beschäftigung von ausländischen Assistenzärzten	51
Abbildung 13: Dauer der Beschäftigung von ausländischen Fachärzten	52
Abbildung 14: Bewertung der fachlichen Qualifikation	53
Abbildung 15: Bewertung der sprachlichen Qualifikation.....	54
Abbildung 16: Sprach- oder Integrationskurse an den Kliniken.....	56
Abbildung 17: Probleme offene Stellen zu besetzen	57
Abbildung 18: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Krankenhausgröße	58
Abbildung 19: Personalwerbung im Ausland	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 01: Entwicklung der Haus- und Fachärzte in Deutschland seit 2007.....	6
Tabelle 02: Verlust an deutschen Studienabsolventen nach dem Medizinstudium	9
Tabelle 03: Entwicklung der Haus- und Fachärzte im ambulanten Bereich in Bayern seit 2007.....	11
Tabelle 04: Abwanderung ins Ausland 2005-2011.....	14
Tabelle 05: Abwanderungszahlen nach Bundesländern 2008-2011	15
Tabelle 06: Abwandernde deutsche Ärzte und beliebteste Abwanderungsländer	16
Tabelle 07: Anzahl der zugelassenen deutschen Ärzte im Ausland	21
Tabelle 08: Ausschöpfung der Online-Befragung	38
Tabelle 09: Anteil übertensorgter Planungsbereiche in Bayern nach Arztgruppen 2009-2011	39
Tabelle 10: Ambulante Versorgungslage der Planungsbezirke Bayerns 2009	40
Tabelle 11: Ambulante Versorgungslage der Planungsbezirke Bayerns 2010	40
Tabelle 12: Ambulante Versorgungslage der Planungsbezirke Bayerns 2011	41
Tabelle 13: Gegenüberstellung der ambulanten Versorgungszahlen von Kassenärztlicher Vereinigung und Bayerischer Landesärztekammer	46
Tabelle 14: Klinikgröße und Anzahl ärztlicher Mitarbeiter	48
Tabelle 15: Klinikgröße und Anteil ausländischer Ärzte nach Status	50
Tabelle 16: Herkunftsländer der ausländischen Ärzte	50
Tabelle 17: Beurteilung des B2 – Sprachzertifikats von Führungspersonal an bayerischen Krankenhäusern	55

Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAEK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BKG	Bayerische Krankenhausgesellschaft
BKR	Bayerisches Krankenhausregister
BLAEK	Bayerische Landesärztekammer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BP-RL	Bedarfsplanungsrichtlinie
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
Destatis	Statistisches Bundesamt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DKV	Deutsches Krankenhausverzeichnis
EKA	elektronische Krankenakte
EU	Europäische Union
EU-RL	EU Richtlinie
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
IGES	Institut für Gesundheit und Sozialforschung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHWE	Katholische Hospitalvereinigung Weser-Egge
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsens
Lkr	Landkreis
MB	Marburger Bund
MINT	Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik
RegOb	Regierung von Oberbayern
SGB	Sozialgesetzbuch
StKM	Städtischen Klinikum München GmbH
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WifOR	Wirtschaftsforschungsinstitut Darmstadt
WS	Wintersemester

Anmerkung

Die Bezeichnung „Arzt“ wird nachfolgend als Oberbegriff für Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen gebraucht, sofern keine geschlechtsspezifische Differenzierung erfolgt.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

In den letzten Jahren hat der Fachkräftemangel in Deutschland ungeahnte Ausmaße angenommen. Im Jahresdurchschnitt 2012 wurden von der Bundesagentur für Arbeit annähernd eine halbe Million offene Stellen registriert (vgl. BA 2013). Insbesondere fehlt es an Fachkräften in den ingenieurstechnischen Berufen wie Maschinen- und Fahrzeugbau, Mechatronik sowie in der Elektro- und Metallindustrie (vgl. BA 2012a: 3). Die Zahl der offenen Stellen in den MINT-Berufen¹ vergrößerte sich auf das 2,7-fache ausgehend von 104.800 im Januar 2005 auf 280.400 im April 2012 (vgl. Anger et al. 2012: 16). Besonders dramatisch sind die Auswirkungen im Gesundheitssektor zu beobachten. Hier mangelt es flächendeckend bundesweit an ausreichend qualifizierten Fachkräften². Bei den gemeldeten Stellen für Humanmediziner ermittelte die Bundesagentur für Arbeit in allen Teilen Deutschlands - außer in den Stadtstaaten - einen Mangel mit Vakanzzeiten, die mit 40% den Bundesdurchschnitt übersteigen (vgl. BA 2012a: 2,9). Mit 177 Vakanztage stehen Ärzte damit an der Spitze aller Berufe (vgl. ebd.: 9). Auch in Zukunft ist von einem massiven Fachkräftemangel im ärztlichen Bereich auszugehen. In einer prospektiven Studie zum Fachkräftemangel des Wirtschaftsforschungsinstituts WifOR und des Wirtschaftsprüfungsinstituts Price Waterhouse Coopers wird geschätzt, dass ohne entsprechende Reformen bis zum Jahr 2020 mindestens 54.000 Ärzte fehlen, bis 2030 sogar 106.000 (vgl. Burkhart et al. 2012: 20f.). Damit wäre jede dritte Arztstelle unbesetzt (vgl. ebd.). Insbesondere werde es an spezialisierten Fachärzten und Allgemeinmedizinerinnen fehlen, so die Annahmen (vgl. ebd.: 22).

Die noch in den 90er Jahren proklamierte „Ärztenschwemme“ hat sich mittlerweile endgültig gewandelt, ebenso die Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich (vgl. Clade 2010: 62). Faktoren wie der rasante medizinische Fortschritt, das Anwachsen älterer Bevölkerungsgruppen mit veränderter Morbidität und knappen finanziellen Mittel im Gesundheitswesen zwingen die Akteure der Gesundheitspolitik zunehmend, das vorhandene Versorgungssystem zu überarbeiten, um den veränderten Herausforderungen gerecht zu werden (vgl. Köhler 2008).

¹ MINT: Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik

² Definition der Bundesagentur für Arbeit für Fachkräftemangel: „*Vakanzzeit liegt mindestens 40% über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe, und es gibt weniger als 150 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen, oder es gibt weniger Arbeitslose als gemeldete Stellen*“ (BA 2012: 9).

Die veränderte Versorgungssituation im ambulanten Bereich ist schon seit einiger Zeit spürbar: Das Fehlen von Haus- und Fachärzten und die steigende Nachfrage nach ärztlicher Versorgung, welche zugleich auch außerhalb der Großstädte und auf dem Land gut erreichbar sein muss, gibt Anlass zur Besorgnis. Die Tatsache, dass schon jetzt in vielen Landkreisen, vor allem in den neuen Bundesländern, der wohnortnahe Zugang zu ärztlichen Leistungen nicht mehr gegeben oder zumindest eingeschränkt ist, unterstreicht die Brisanz und Problematik des Ärztemangels in Deutschland (vgl. Greß/Stegmüller 2011: 18). Der Medizinklimaindex vom Herbst 2012, der sich seit 2006 konstant auf negativem Niveau gehalten hat, scheint die pessimistischen Zukunftsaussichten für den Gesundheitssektor im Bereich der niedergelassenen Ärzte zu bestätigen (vgl. Obermann 2012: 6). Die Situation wird durch einen vermeintlich vorprogrammierten Nachwuchsmangel noch weiter verschärft, was sich insbesondere im hausärztlichen Bereich abzeichnet: laut einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010 bewerten über 60% der zukünftigen Medizinergeneration die Aussicht, sich als Hausarzt in eigener Praxis niederzulassen, als unattraktiv (vgl. Jacob et al. 2012: 33).

Doch nicht nur die veränderten Bedingungen der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich verzeichnen eine beunruhigende Entwicklung. Auch im stationären Bereich sind bereits weitreichende Folgen erkennbar. Bundesweit konnten nach aktuellen Berechnungen im Jahr 2012 mehr als 6.000 vakante Arztstellen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung nicht mehr besetzt werden (vgl. Blum et al. 2011: 29). Zudem fehlte es schlicht an qualifizierten Bewerbern, die „europaweit nicht zu finden sind“ (eigene Umfrage 2013). Dass (Fach-) Ärzte aktuell händeringend gesucht werden zeigt die neueste Untersuchung im Ärztstellenbarometer des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) vom Herbst 2012: Stellenausschreibungen mit über 3600 Vakanzen zeigen die deutschlandweite Stellenbesetzungsproblematik (vgl. DKI 2012: 6). Über 50% der Anzeigen konzentrieren sich dabei auf die drei Bundesländer mit der bundesweit höchsten Krankenhausdichte: Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen (vgl. ebd.: 13). Setzt man dieses Ergebnis in Relation zur Zahl der in den jeweiligen Bundesländern beschäftigten Krankenhausärzte, so sind die meisten Arztstellen in den neuen Bundesländern zu besetzen (vgl. ebd.: 14f.).

Insbesondere Fachärzte werden verstärkt gesucht. Im jährlich berechneten Facharztindex³ konnte für 2012 ermittelt werden, dass es besonders in psychiatrisch-psychosomatischen Fachgebieten und der Inneren Medizin an qualifizierten Bewerbern mangelt (vgl. Martin 2013: 525). Die Bedingungen werden zudem durch eine jährlich wachsende Zahl an abwandernden Ärzten verschärft, die das Bild eines manifesten Ärztemangels komplettieren. 2011 kehrten über 3400 Ärzte dem deutschen Gesundheitswesen den Rücken und wanderten ins Ausland, insbesondere die Schweiz ab (vgl. BAEK 2012a: 93). Mit annähernd 70% ist der Anteil der deutschen Ärzte an dieser Gruppe besonders hoch (vgl. ebd.). Diese Ärztinnen und Ärzte entfallen damit für die Versorgungsplanung in Deutschland und es entsteht eine jährlich wachsende Lücke, die bis jetzt überwiegend von ausländischen Ärzten geschlossen wird (vgl. Hibbeler 2013: 172). Die sich aktuell vollziehende ärztliche Wanderungsbewegung in Europa gibt Anlass zur Diskussion. Es stellt sich dabei die Frage, welche primären Konsequenzen gezogen werden müssen, um lokale Ärzte im Land zu behalten und um Länder mit instabiler Wirtschaft, Politik und Gesundheitswesen, nicht durch den weiteren Abzug von Ärzten zu schwächen.

Ein effizienter Lösungsansatz für diese multikausale Problematik des Ärztemangels in Deutschland scheint noch lange nicht in Sicht zu sein. Vielmehr bedarf es einer vielschichtigen Analyse der strukturell bedingten Ursachen, um Lösungsansätze überhaupt entwickeln und unter anderem folgende Fragestellungen beantworten zu können: Sind die Rahmenbedingungen ursächlich für den fortschreitenden Prozess des Ärztemangels oder werden lediglich zu wenige junge Ärzte ausgebildet? Der damalige Vizepräsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, sieht wesentliche Gründe in den unattraktiven Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland (vgl. DÄ 2011). Als Folge wanderten viele ins Ausland oder in die Industrie ab (vgl. ebd.). 2011 konstatierte er: „*Wenn es so weitergeht wie bisher, werden uns in 20 Jahren rund 50.000 Ärzte in Krankenhaus und Praxis fehlen*“ (ebd.). Um den Versorgungsbedarf schließlich decken zu können, scheint ein Ausweichen auf Fachpersonal aus dem Ausland damit zwangsläufig erforderlich, wenn nicht unverzichtbar um dem drohenden Ärztemangel in Deutschland entgegen zu steuern. Aktuell werden die fehlenden Ärzte bereits größtenteils durch ausländisches Personal substituiert (vgl.

³Der Facharztindex beschreibt folgendes: „*Die Zahl der für ein Fachgebiet im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Stellenanzeigen wird ins Verhältnis zur Zahl der in diesem Fachgebiet angestellt tätigen Ärztinnen und Ärzte gesetzt. Der Indexwert gibt an, wie viele Fachärztinnen und Fachärzte rein rechnerisch auf eine Stellenausschreibung entfallen. Je niedriger der Indexwert, desto geringer ist für Fachärztinnen und Fachärzte die Zahl potenzieller Mitbewerber bzw. desto weniger Bewerbungen werden aller Voraussicht nach bei den ausschreibenden Krankenhäusern eingehen.*“ (Henniger 2011)

ebd.). Letztendlich muss die kompetente ärztliche Versorgung sichergestellt werden. Ob ausländische Ärztinnen und Ärzte die Lücke jedoch mit ihrer fachlichen und sprachlichen Kompetenz mehr als vorübergehend füllen können, ist diskussionswürdig. Defizite können, vorallem auf Seite der Patienten, schwerwiegende Folgen nach sich ziehen: *"Schon hören wir in den Krankenhäusern die Klage, dass sich auf manchen Stationen kaum noch Ärzte finden lassen, die überhaupt Deutsch sprechen"* (ebd.).

1.2 Aufbau der Arbeit

In den folgenden *Kapiteln 1.3 bis 1.6* wird zunächst, um einen detaillierten Überblick zu erhalten, auf die Entwicklung der Arztzahlen in Deutschland eingegangen. Sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich werden untersucht. Die Altersstruktur, der Anteil der Ärztinnen als auch die Studienanfängerzahlen sollen Aufschluss über Entwicklungsprozesse in der Ärztestruktur geben. Ausgehend von der bundesweiten Gesamtdarstellung wird das Bundesland Bayern mit Hilfe der veröffentlichten Zahlen der Landesärztekammer Bayern im Hinblick auf den ambulanten und stationären Bereich genauer untersucht. Die verstärkte Wanderungsbewegung in der Ärzteschaft soll zudem im Fokus der Ausarbeitung stehen. Dieser Komplex wird zweiseitig dargestellt: zum einen wird die Abwanderungsbewegung deutscher und insbesondere bayerischer Ärzte erfasst. Es soll festgestellt werden, wie viele Ärzte jährlich mit welchem Ziel abwandern und wie sich die Zahl der deutschen Ärzte im Ausland entwickelt hat. Andererseits soll das Wanderungsverhalten aus der Perspektive der ausländischen Ärzte untersucht werden.

Im *Kapitel 2* wird die Forschungsfrage definiert, *Kapitel 3* beschreibt das verwendete Datenmaterial und die in Anspruch genommenen Methoden.

Ausgehend davon wird in *Kapitel 4* die aktuelle Situation des Ärztemangels in Bayern untersucht. Der ambulante Bereich wird mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) beleuchtet. Um das Bild des Ärztemangels in Bayern weiter zu analysieren, wird anschließend die Entwicklung der Arztzahlen im stationären Bereich durch die Darstellung der Ergebnisse im Rahmen der Befragung unter Bayerns Kliniken ergänzt.

Abschließend sollen diese Ergebnisse in *Kapitel 5* im Hinblick auf die aktuelle ärztliche Personalsituation und die entsprechenden Lösungsansätze diskutiert werden. Dabei werden die Ergebnisse der Analysen des ambulanten Bereichs, sowie die Erkenntnisse der Umfrage betrachtet. Es soll untersucht werden, ob eine Veränderung der strukturellen Anforderungen

hinsichtlich der Weiterbildung und der Rahmenbedingungen zu einer Verbesserung beitragen können. In *Kapitel 6* wird die Arbeit zusammenfassend dargestellt und abschließend in *Kapitel 7* ein Ausblick gegeben.

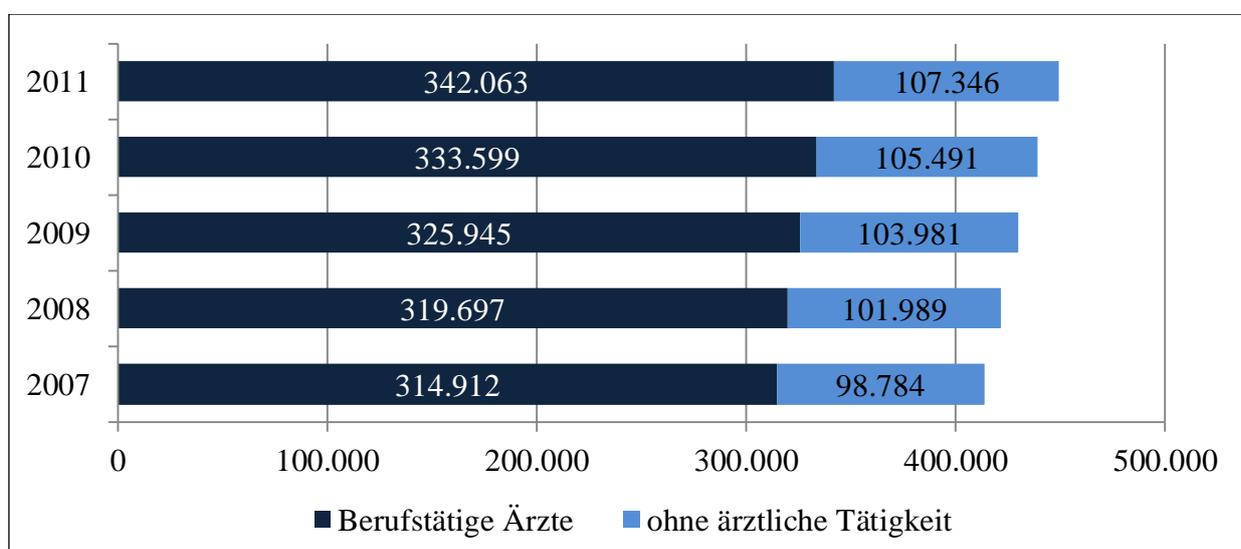
1.3 Arztzahlentwicklung in Deutschland

In den Tätigkeitsberichten der Bundesärztekammer werden jährlich Statistiken zu den Ärztezahlen ausgewiesen und Tendenzen in der Ärzteentwicklung dargestellt. Ausgehend von der Struktur der Ärzteschaft im ambulanten und stationären Bereich werden im Folgenden die Ärztinnenzahlen, die Studienanfängerzahlen sowie die Altersstruktur der Ärzte eingehender untersucht.

1.3.1 Entwicklung der Gesamtzahl und der Ärztestruktur

Hinsichtlich der Gesamtzahl ist im Jahr 2011 eine Summe von 449.409 Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen (vgl. BAEK 2012a: 83). Damit ist seit 2007 die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärzte um 35.713 angestiegen (vgl. BAEK 2008, BAEK 2009, BAEK 2010, BAEK 2011c, BAEK 2012a). Daraus resultiert seit 2007 eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der deutschlandweiten Ärztezahl von knapp 2% (vgl. ebd.).

Abbildung 1: Entwicklung der Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland 2007 -2011 (vgl. BAEK 2008, BAEK 2009, BAEK 2010, BAEK 2011c, BAEK 2012a)



2011 waren aber lediglich 76% (342.100) der Gesamtärztezahl berufstätig (vgl. BAEK 2012a: 83). Von den 107.000 nicht berufstätigen Ärzten bestand der überwiegende Teil aus Medizinern im Ruhestand (63,4%), der verbleibende Anteil hatte andere Gründe (vgl. ebd.: 89). Im Hinblick auf die Struktur der beschäftigten Ärzte zeichnet sich folgendes Bild ab: In der unmittelbaren Patientenversorgung waren insgesamt 312.700 Mediziner beschäftigt, der verbleibende Teil war in Behörden oder Körperschaften (9.700) sowie in anderen Bereichen außerhalb der kurativen Medizin (19.800) tätig (vgl. ebd.: 83). Interessanterweise stieg dieser Anteil insbesondere in Bereichen außerhalb der kurativen Medizin seit 2007 bis 2011 um 15% verstärkt an (vgl. BAEK 2008, BAEK 2009, BAEK 2010, BAEK 2011c, BAEK 2012a).

1.3.1.1 Ärztestruktur im ambulanten Bereich

Im *ambulanten Bereich* waren 2011 142.900 Ärzte tätig; im stationären Bereich dagegen 169.800 (vgl. BAEK 2012a: 83). Mit einer Steigerung von 4% seit 2007 sind damit immer mehr Ärzte im ambulanten Bereich tätig (vgl. BAEK 2008, BAEK 2012a). Das Verhältnis von ambulant und stationär tätigen Ärzten liegt rechnerisch bei 1:1,12 und begünstigt damit das in der Gesundheitswirtschaft angestrebte Prinzip „ambulant vor stationär“ (§13SGB XII). Die Entwicklung der Anzahl der Hausärzte im Vergleich zu den Fachärzten zeigt jedoch ein gegenläufiges Bild: während die Zahl der Fachärzte seit 2007 um knapp 6% stieg, nahm diejenige der Hausärzte um 3% ab (vgl. Tabelle 1). Besondere Beachtung ist dem Anteil der angestellten Ärzte zu schenken, die in Arztpraxen tätig sind. Dieser Anteil ist von 2007 bis 2011 um 45% auf rund 18.800 angestiegen (vgl. BAEK 2008, BAEK 2012a). Der Anteil der Privatärzte dagegen sank kontinuierlich seit 2007 um 70% auf aktuell 2.400 Mediziner (vgl. ebd.).

Tabelle 1: Entwicklung der Haus- und Fachärzte in Deutschland seit 2007 (in Tausend)

(vgl. BAEK 2008, BAEK 2009, BAEK 2010, BAEK 2011c, BAEK 2012a)

Jahr	Hausärzte*	Fachärzte*	Vertragsärzte Gesamt
2007	58,5	61,3	119,8
2008	58,5	61,3	119,8
2009	58,1	62,4	120,5
2010	57,1	64,3	121,4
2011	56,7	65,0	121,7

*inklusive Partnerärzte, ohne Angestellte

1.3.1.2 Ärztestruktur im stationären Bereich

Im stationären Bereich war innerhalb der letzten fünf Jahre ein deutliches Plus in Folge abzuzeichnen (vgl. BAEK 2008, BAEK 2009, BAEK 2010, BAEK 2011c, BAEK 2012a). Dieser stieg im Jahr 2011 nochmals wesentlich um 3,8% an (vgl. BAEK 2012a: 87). Damit sind 170.000 Ärzte oder knapp 50% der Berufstätigen stationär tätig (vgl. ebd.). Dennoch zeichnen sich ernst zu nehmende Stellenbesetzungsprobleme im stationären Bereich ab: Im Jahr 2006 bestanden nur bei 28,4% der deutschen Krankenhäuser Probleme im ärztlichen Personalbereich (vgl. Blum et al. 2011: 16f.). In den Folgejahren stabilisierten sich die Vakanzprobleme im ärztlichen Bereich auf hohem Niveau (betroffen waren insgesamt 80% der Kliniken) und 2011 hatten rund 3/4 der Krankenhäuser massive Probleme, offene Stellen mit Ärzten zu besetzen (vgl. ebd.). Von Kliniken, die einen Personalmangel aufwiesen, konnten im Mittel 3,5 ärztliche Stellen nicht besetzt werden (vgl. ebd.: 18).

1.3.2 Entwicklung der Ärztinnenzahlen

Um Entwicklungen im ärztlichen Bereich zu analysieren, muss auch das Geschlechterverhältnis im ärztlichen Bereich untersucht werden. Betrachtet man den aktuellen Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte, so setzte die Tendenz der letzten Jahre fort und erhöhte sich weiterhin geringfügig. Aktuell sind 44,6% aller Ärzte weiblich (vgl. BAEK 2012a: 87). Zum Vergleich wurde 2007 ein Niveau von 42,4% registriert (vgl. BAEK 2008: 83). Die stetig wachsende Zahl der Ärztinnen ist auf die erhöhte Absolventinnenquote zurückzuführen, die das Studium beendet haben und sich bei den Ärztekammern registrieren. Unter den Erstmeldungen bei den Landesärztekammern ist mehr als jeder zweite Absolvent eine Frau. Im Jahre 2011 waren es 56,9% aller Absolventen (vgl. BAEK 2012a: 87). Gelten nur die deutschen Ärztinnen und Ärzte als Referenzbasis, so lassen sich sogar 60,5% ermitteln (vgl. ebd.). Die Feminisierung des Arztberufes kennzeichnet auch der aktuelle Trend im Medizinstudium. Im Wintersemester 2011/12 waren 61% aller Medizinstudierenden weiblich (vgl. Destatis 2012b: 33). Daraus ergibt sich auch zukünftig eine deutliche Verschiebung des Geschlechterverhältnisses in allen Bereichen der ärztlichen Profession.

1.3.3 Entwicklung der Altersstruktur und der Studienanfängerzahlen

Ein weiterer Prozess, der sich im Wandel befindet ist die sich verändernde Altersstruktur der Ärzteschaft. Der Anteil aller Ärzte, die jünger als 35 Jahre alt sind, stieg im Zeitraum 2007 bis 2011 von 16,0 auf 17,4% (vgl. BAEK 2008: 87, BAEK 2012a: 87). Zugleich wuchs der Anteil der über 59-Jährigen auf aktuell auf 14,3%, bei Krankenhausärzten auf einen Anteil von 5,3% (vgl. BAEK 2012a: 87, 89). Das Durchschnittsalter der Klinikärzte (41,1 Jahre) und der Vertragsärzte (52,5 Jahre) erhöhte sich auf Basis aller unter 69-jährigen Ärzte (vgl. BAEK 2012a: 88). Eine Analyse zur Altersstruktur und zum Ersatzbedarf an Ärzten erfordert auch eine Betrachtung des ärztlichen Nachwuchses.

Bezüglich der Studienanfängerzahlen ist folgender Trend erkennbar: Seit dem WS 1998/99 bis zum WS 2011/12 stiegen die Zahlen kontinuierlich von 6889 auf insgesamt 9432 Studenten an (vgl. Destatis 2013). Insbesondere in den letzten fünf Jahren konnte ein Wachstum von 9% verzeichnet werden (vgl. ebd.).

Die Studienanfängerzahlen sind zwar ein Indikator für die Beliebtheit des Studienfaches Humanmedizin, treffen jedoch keine verlässliche Aussage über die tatsächliche Anzahl derer, die den Beruf des Arztes nach dem Studium auch ausüben. Die Studienabsolventenzahlen verringerten sich seit 1994 (11.978) auf 9.572 im Jahr 2011 zunehmend (vgl. BAEK 2009: 78, Destatis 2012a: 16).

In Tabelle 2 ist die Zahl der Studienabsolventen im Fach Humanmedizin in Deutschland mit der Zahl der Erstmeldungen von deutschen Ärzten bei den Ärztekammern für die Jahre 2007-2011 gegenübergestellt. Deutlich wird das Ausmaß des Verlusts von über 7.500 Absolventen in den letzten fünf Jahren, die sich nach dem Studium gegen eine klinische Tätigkeit entscheiden oder beispielsweise ins Ausland abwandern. In den Erstmeldungen sind auch Ärzte erfasst, die außerhalb Deutschlands ihr Medizinstudium abgeschlossen haben und sich erstmalig bei einer Ärztekammer anmelden. Dies bedeutet, dass sich die Erstmeldungen de facto auf eine größere Zahl an Studienabsolventen beziehen müssen. Somit ist die reale Schwundquote also bei weitem höher als die Berechnung ergab. Durchschnittlich liegt diese in den letzten fünf Jahren bei 15,9% (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Verlust an deutschen Studienabsolventen nach dem Medizinstudium (vgl. Destatis 2008: 15, Destatis 2009: 15, Destatis 2010: 15, Destatis 2011a: 15, Destatis 2012a: 16, BAEK2013b)

	2007	2008	2009	2010	2011
Erstmeldungen	7373	7389	8314	8442	8319
Studienabsolventen	8762	9057	10069	9894	9572
Verlust	1389 (15,8%)	1668 (18,4%)	1755 (17,4%)	1452 (14,7%)	1253 (13,1%)

Kopetsch stellte nach Analyse der Studienabsolventen und Erstmeldungen der Jahre 2003-2008 fest, dass sich 12% der Absolventen nach dem Medizinstudium gegen die klinische Medizin in Deutschland entschieden haben (vgl. Kopetsch 2010: 43). Berücksichtigt man zusätzlich den Verlust im Medizinstudium liegt die Quote dann bei rund 26% (vgl. ebd.: 141).

1.3.4 Arbeitslosigkeit bei Medizinerinnen

Arbeitslosigkeit scheint für Mediziner im Vergleich zu anderen Berufsgruppen definitiv kein Problem mehr zu sein. Nach dem vorläufigen Höhepunkt der Ärztearbeitslosigkeit von 1997, hat die Zahl der von der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldeten Mediziner um 6.976 bzw. 74,2% fortschreitend abgenommen (vgl. BAEK 2012a: 89f.). Die Nachfrage nach ärztlichem Personal vergrößerte sich in den letzten Jahren in erheblichem Maße, infolgedessen 2011 lediglich 2.420 Ärztinnen und Ärzte ohne Beschäftigung waren (vgl. ebd.). Trotzdem ist der Anteil der arbeitslosen Ärztinnen mit 64,7% stets höher als die der männlichen Kollegen (vgl. ebd.). Bezogen auf die aktuelle Zahl der Arbeitslosen ist 2011 bei berufstätigen Ärzten insgesamt eine verschwindend geringe Arbeitslosenquote von nur 0,7% erfasst worden (vgl. ebd.). Betrachtet man nur die Zahl der abhängig beschäftigten Ärzte, liegt diese bei lediglich 1,1% (vgl. ebd.). Mit unter 2% bestätigen diese Zahlen ein Vollbeschäftigungsniveau am ärztlichen Teilarbeitsmarkt (vgl. BA 2012b: 61).

1.4 Arztlageentwicklung in Bayern

Um die Entwicklungen der Ärzteschaft in Bayern darzustellen, werden die von der KVB zur Verfügung gestellten Daten als auch Kennzahlen der Landesärztekammer untersucht. Die ärztliche Versorgungslage in Bayern soll mit Hilfe der Arztdichte und der Ärztestruktur bezogen auf Gesamtzahl, Geschlechterverteilung und Altersstruktur dargestellt werden. Die

verwendeten Zahlen wurden den jeweiligen Tätigkeitsberichten entnommen oder sind als persönliche Mitteilung gekennzeichnet.

1.4.1 Darstellung der Arztdichte

2011 ergab sich aus dem Verhältnis der Summe aktiver Mediziner zur Gesamteinwohnerzahl eine durchschnittliche Arztdichte von 239 Einwohnern je berufstätigem Arzt in Deutschland (vgl. GBE 2013 und BAEK 2012a: 124). Einschränkend für die nachfolgenden Ausführungen muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Arztdichte nur auf Basis von Köpfen erfolgte. Kriterien wie die ärztliche Alters- und Beschäftigungsstruktur (Anzahl der Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten) wurden in die Berechnungen nicht einbezogen.

Bei einer vergleichenden Betrachtung der einzelnen Bundesländer unterliegt die Arztdichte jedoch einer relativ großen Variabilität. Das Bundesland Bayern gilt in der ärztlichen Versorgung jedoch bundesweit als Spitzenreiter. Im deutschlandweiten Vergleich rangiert es mit 226 Einwohnern pro Arzt an fünfter Stelle; lediglich die Stadtstaaten Hamburg (157), Bremen (183), Berlin (185) sowie das Bundesland Saarland (224) schnitten besser ab (vgl. BAEK 2012a: 124). Im Ranking weit abgeschieden sind Niedersachsen (273) und die neuen Bundesländer Sachsen-Anhalt (279) und Brandenburg (290) (vgl. ebd.). Die Erhebungen der Bundesärztekammer der letzten drei Jahre (2009-2011) vermitteln auch, dass sich die Arztdichte in allen Bundesländern um durchschnittlich fünf Prozent verbessert hat und somit mehr berufstätige Ärzte weniger Einwohner versorgen (vgl. BAEK 2010, BAEK 2011c, BAEK 2012a). Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) betrug 2010 der deutschlandweite Gesamtversorgungsgrad über alle in der Bedarfsplanung eingeschlossenen Arztgruppen 126,5% (vgl. Klose/Rehbein 2011: 11). Im Bundesland Bayern liegt dieser mit 133,5% im Mittel aller Fachgruppen und damit deutlich oberhalb des definierten Wertes für Überversorgung von 110% (vgl. ebd.). Den Bundesdurchschnitt übertrifft Bayern damit um 7%. In der Analyse der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung wurde 2011 für Bayern ein durchschnittlicher Versorgungsgrad von 109,6% über alle Facharztgruppen ermittelt. Der Wert von 2011 liegt somit nur knapp unter der Grenze für Überversorgung und weist für Bayern eine gute Versorgungslage aus.

1.4.2 Ärztestruktur in Bayern

In Bayern waren bis Anfang 2012 insgesamt 74107 Ärzte bei der Landesärztekammer gemeldet, was einem Zuwachs von 2,3% im Vergleich zum Vorjahr entspricht (vgl. BLAEK 2012a, BLAEK 2012b: 26). Jedoch sind davon nur 75% (55.522) aktiv berufstätig (vgl. ebd.). Die Anzahl der Ärztinnen erhöhte sich um 3,6% auf 31.628 dreimal stärker als die Anzahl der männlichen Kollegen (vgl. ebd.). Diese Gruppe vergrößerte sich auf 42.479 (+1,2%) (vgl. ebd.). Damit sind 43% aller bayerischen Ärzte weiblich.

Von der Gesamtzahl der bayerischen Ärzte waren 24.573 (33,4%) in einer Praxis und 25.487 (34,6%) im stationären Bereich tätig (vgl. ebd.). Die Anzahl der Vertragsärzte vergrößerte sich seit 2007 um 4% und verzeichnete bei den Fachärztinnen nur einen leichten Anstieg während die Zahl der Hausärzte um über 6% zurückging. Dagegen vergrößerte sich die Zahl der Angestellten um 53% auf aktuell 3.349 Ärzte (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Entwicklung der Haus- und Fachärzte im ambulanten Bereich in Bayern seit 2007(vgl. BLAEK 2008a, BLAEK 2009a, BLAEK 2010a, BLAEK 2011a, BLAEK 2012a)

Jahr	Hausärzte*	Fachärzte**	Angestellte	Vertragsärzte Gesamt
2007	8302	13222	2188	23712
2008	8159	13324	2393	23876
2009	8055	13459	2624	24138
2010	7952	13486	3040	24478
2011	7793	13566	3349	24708

* Fachärzte Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung

** Ärzte mit Facharztbezeichnung ohne Allgemeinärzte

Ein wichtiger Aspekt in der Darstellung der Ärztestruktur ist der Altersdurchschnitt der bayerischen Ärztinnen und Ärzte. Dieser liegt für alle Ärzte bei durchschnittlich 49,55 Jahren (vgl. BLAEK 2012b: 26). Die Ärztinnen sind mit 46,30 Jahren im Schnitt fünf Jahre jünger als ihre männlichen Kollegen mit 52,00 Jahren (vgl. ebd.). Betrachtet man die Altersstruktur der Ärzteschaft in Bayern, so zeichnet sich eine dramatische Entwicklung insbesondere im hausärztlichen Bereich ab: Das Durchschnittsalter aller bayerischen Hausärzte beträgt aktuell 52 Jahre, während jeder vierte Hausarzt (23%) über 60 Jahre alt ist (vgl. KVB 2010: 3). Es ist absehbar, dass diese Gruppe in den kommenden 5 bis 10 Jahren altersbedingt in Ruhestand gehen und somit Versorgungslücken begünstigt werden.

1.5 Abwanderungstendenzen deutscher Ärztinnen und Ärzte

In den vorangegangenen Kapiteln konnte gezeigt werden, wie sich die Ärztestruktur in den letzten Jahren entwickelt hat. Um neben den strukturellen Bedingungen ein vollständiges Bild der aktuellen Tendenzen zu erhalten, ist es von erheblicher Bedeutung, Wanderungsbewegungen deutscher Ärzte in Richtung Ausland zu erfassen. Zunächst muss ermittelt werden welche formalen Voraussetzungen notwendig sind um eine Stelle im Ausland anzutreten. Anschließend sollen Abwanderungstendenzen deutscher Mediziner untersucht werden. Das Bundesland Bayern wird im Speziellen untersucht.

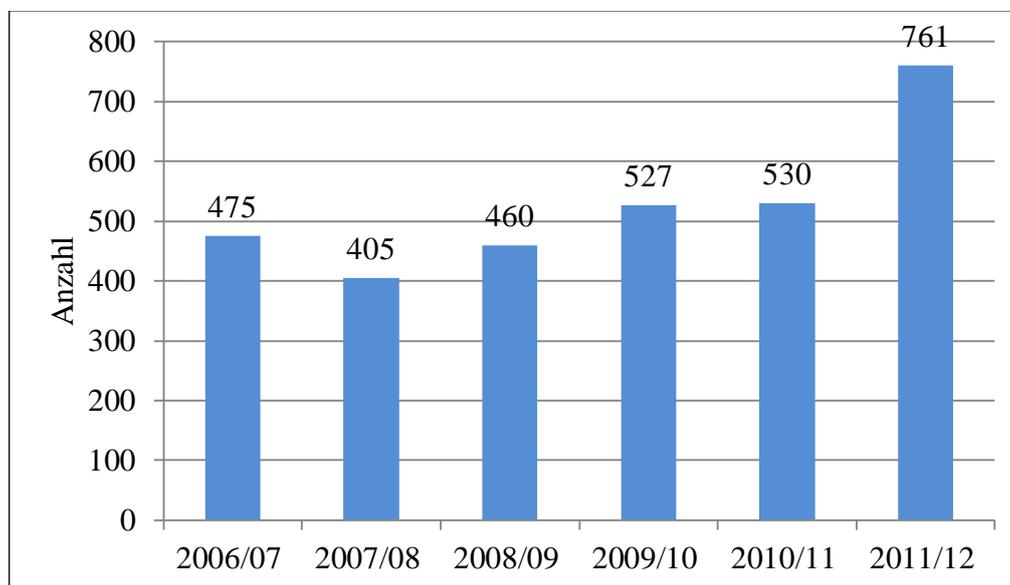
1.5.1 Voraussetzungen um als deutscher Arzt im Ausland tätig zu sein

Um als deutscher Arzt im Ausland entweder dauerhaft oder temporär befristet tätig zu werden, benötigt der Antragsteller ein sogenanntes „*certificate of good standing*“ von der zuständigen Landesprüfungsbehörde. Dieses wird von den ausländischen Arbeitgebern in der Regel verlangt, um im Ausland ärztlich aktiv werden zu können (vgl. RegOb 2009). Dabei ist es nicht entscheidend, ob beantragende Ärzte nur befristet (z.B. als Gastarzt im Rahmen von Wochenendarbeit) tätig sind oder einen dauerhaften Anstellungsvertrag haben (vgl. Kopetsch 2010: 121). Für welche Länder bzw. Tätigkeitsbereiche eine Unbedenklichkeitsbescheinigung verlangt wird, ist jedoch aufgrund unzureichender Datenlage nicht ermittelbar (vgl. Kaiser et al. 2006: 233).

Im Bundesland Bayern wird das Zertifikat auf Antrag von der Regierung von Oberbayern ausgestellt. Damit wird die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes in der Bundesrepublik Deutschland ohne das Vorliegen von berufs- oder disziplinarrechtlichen Verfahren gegen den beantragenden Arzt bestätigt (vgl. RegOb 2009). Elementare Voraussetzung für die Erteilung des Zertifikates in Bayern ist dabei die Unbedenklichkeitsbescheinigung bei der zuständigen bayerischen Landesärztekammer (vgl. ebd.). In ihren Tätigkeitsberichten weist die bayerische Landesärztekammer in diesem Zusammenhang die Eintragungen zu Unbedenklichkeitsbescheinigungen aus. Diese Zahlen sind insofern interessant, als sie einen Indikator für die Anzahl der bayerischen Ärzte darstellen, die Deutschland in Richtung Ausland verlassen. Untersucht man nun die Quantität der eingegangenen Anträge, so stellt man zwischen 2006 und 2011 eine erhebliche Steigerung fest. Waren es lediglich 475 Anträge im Jahr 2006/07, so ist die Gesamtzahl um knapp 40%

auf 761 Anträge im Jahr 2011/12 gestiegen (vgl. BLAEK 2007b: 14, BLAEK 2012b: 18). Zu beachten ist jedoch, dass es sich nicht in jedem Fall um eine dauerhafte Abwanderung handelt, sondern in einigen Fällen lediglich um eine befristete Anstellung. Dennoch sind diese Zahlen als erster Hinweis für eine verstärkte Abwanderung aus Bayern zu betrachten. Relevant und aussagekräftig wird diese Erfassung insbesondere dann, wenn man sie den Statistiken tatsächlicher Abwanderungszahlen gegenüberstellt. So wanderten 2011 tatsächlich nur 385 Ärzte ins Ausland ab, demgegenüber steht die doppelte Anzahl an Unbedenklichkeitsbescheinigungsanträgen (761) (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der Unbedenklichkeitsbescheinigungen in Bayern 2006-2012 (vgl. BLAEK 2007b, BLAEK 2008b, BLAEK 2009b, BLAEK 2010b, BLAEK 2011b, BLAEK 2012b)



1.5.2 Emigration von in Deutschland tätigen Ärzten

Nachdem im letzten Abschnitt dargestellt wurde, welche formalen Voraussetzungen notwendig sind um im Ausland zu arbeiten und in welcher Dimension die Anträge eingehen, soll nun geklärt werden, wie hoch die tatsächlich registrierte Abwanderung ist. Zunächst soll auf Gesamtdeutschland eingegangen werden, um dann im Bundesländervergleich für Bayern Tendenzen zu ermitteln. Bis vor einigen Jahren wurde die Emigration deutscher Ärzte ins Ausland bei den Landesärztekammern nicht dokumentiert, seit 2005 sind aber genauere Daten und Hochrechnungen zum Wanderungsverhalten erhoben (vgl. BAEK 2012a: 132). Ab 2008 sind vollständige Meldungen der Landesärztekammern verfügbar (vgl. BAEK 2012b).

1.5.2.1 Abwanderungstendenzen aus Deutschland

Hinsichtlich der Abwanderungstendenzen in Deutschland, lässt sich seit 2005 ein kontinuierlicher Anstieg feststellen. Der Trend ist eindeutig: waren es 2005 nur 2.249 Ärzte, sind es 2011 über 3.400 Mediziner, die das Land verließen (vgl. BAEK 2012a: 93, BAEK 2012b). Unterbrochen wurde der Trend lediglich 2009 mit 2.486 Ärzten, die sich für eine Abwanderung entschieden (vgl. BAEK 2009: 71, BAEK 2012b). Den überwiegenden Teil stellten dabei mit durchschnittlich 71% deutsche Mediziner, den übrigen Teil stellten ausländische Fachkräfte, die beispielsweise in ihr Heimatland zurückkehrten (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Abwanderung ins Ausland 2005-2011 (vgl. BAEK 2012b)

Abwanderung ins Ausland			
Jahr	Deutsche	Ausländer	Gesamt
2005	1.724	525	2.249
2006	2.004	571	2.575
2007	1.881	558	2.439
2008	2.060	1.005	3.065
2009	1.841	645	2.486
2010	2.226	1.015	3.241
2011	2.339	1.071	3.410

Zu unterscheiden sind die Abwanderungsquoten der einzelnen Bundesländer: die prozentual höchste Abwanderung ist, mit Ausnahme des Jahres 2007, kontinuierlich in Hessen, Bremen und Niedersachsen von der Bundesärztekammer konstatiert worden. 2007 waren Bayern und Baden- Württemberg die Bundesländer mit der höchsten Abwanderung (vgl. Tabelle 5). In diesen beiden Bundesländern hielt sich die Abwanderung seit 2008 auf konstant hohem Niveau von durchschnittlich 468 für Baden- Württemberg bzw. 445 Emigranten für Bayern (vgl. ebd.). Seit 2010 konnte im letzterem jedoch ein Rückgang verzeichnet werden: hier wanderten nur noch 385 Ärzte ab (vgl. ebd.).

Höchste Zahlen verzeichneten 2011 die Bundesländer Hessen mit über 800 abwandernden Ärzten und Niedersachsen, das seine Emigrantenzahlen in den letzten 4 Jahren auf 660 verdoppelte (vgl. ebd.). Die niedrigsten Zahlen weisen Hamburg (23) und Mecklenburg-Vorpommern bzw. im Saarland (je 30) auf (vgl. ebd.).

Tabelle 5: Abwanderungszahlen nach Bundesländern 2008-2011 (vgl. BAEK 2012b)

Ärztammer	2008	2009	2010	2011
Baden-Württemberg	483	470	467	454
Bayern	472	480	444	385
Berlin	131	154	136	242
Brandenburg	47	54	54	42
Bremen	76	86	93	101
Hamburg	21	22	29	21
Hessen	712	55	786	818
Mecklenburg-Vorpommern	32	28	38	22
Niedersachsen	316	434	543	660
Nordrhein	232	226	201	226
Rheinland-Pfalz	60	50	52	41
Saarland	31	37	25	26
Sachsen	99	94	84	89
Sachsen-Anhalt	45	46	34	34
Schleswig-Holstein	85	60	58	43
Thüringen	52	35	38	50
Westfalen-Lippe	171	155	159	156

Nachdem die quantitative Abwanderung aus den einzelnen Bundesländern dargestellt wurde, soll nun geklärt werden welche Abwanderungsländer favorisiert werden. Entsprechend den in den Medien dargestellten Berichten, scheinen die nordischen Länder Norwegen oder Schweden die Rangliste anzuführen (vgl. Anwar 2007: 479, Eide 2007). Nach Analyse der veröffentlichten Zahlen der BAEK zeigt sich ein gegenteiliges Bild. Die beliebtesten Abwanderungsländer sind demnach in absteigender Reihenfolge die Schweiz, Österreich, USA und Großbritannien (vgl. Tabelle 6). Insbesondere ist festzustellen, dass zwischen den drei deutschsprachigen Ländern Deutschland, Schweiz und Österreich ein reger Austausch an Ärzten stattfindet (vgl. ebd.). Dieser hat sich insbesondere in den vergangenen Jahren relativ konstant gehalten was in folgender Tabelle deutlich wird.

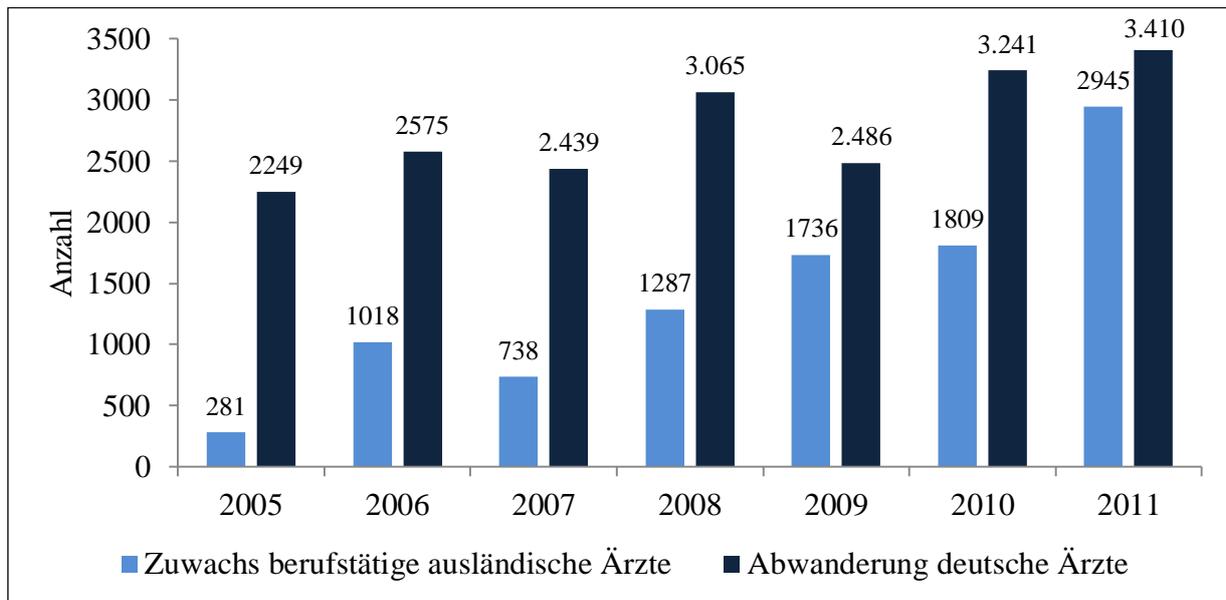
Tabelle 6: Abwandernde deutsche Ärzte und beliebteste Abwanderungsländer (vgl. Kopetsch 2007: 122, BAEK 2008, BAEK 2009, BAEK 2010, BAEK 2011c, BAEK 2012a)

Jahr	Anzahl der Abwandernden Ärzte (absolut)	Anteil deutscher Ärzten (absolut/prozentual)	Beliebteste Abwanderungsländer (absolut)
2005	2249	1724 / 77%	-
2006	2575	2004 / 78%	-
2007	2439	1878 / 77%	Schweiz (684), Österreich (269), USA (195), Großbritannien (101)
2008	3065	2054 / 67%	Schweiz (729), Österreich (237), USA (168), Großbritannien (95)
2009	2486	1840 / 74%	Schweiz (701), Österreich (262), USA (179), Großbritannien (96)
2010	3241	2227 / 69%	Schweiz (736), Österreich (314), USA (182), Großbritannien (113)
2011	3410	2339 / 69%	Schweiz (715), Österreich (302), USA (183), Großbritannien (136)

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich die Zulassungen im Ausland seit 2005 um 30% auf rund 17.000 Ärzte erhöht haben (vgl. Kopetsch 2010: 120). Nicht nur deutsche Ärzte emigrieren, sondern immer mehr ausländische Ärzte verlassen Deutschland. Deren Zahl erhöhte sich bis 2011 auf 1.071 (31%) (vgl. Tabelle 6). Attraktivste Länder sind dabei unangefochten die Schweiz, Großbritannien, USA und Österreich. Insbesondere diese vier Länder fallen ins Gewicht, da sie zeitweise mehr als die Hälfte der Gesamtzahl der Emigranten darstellten (vgl. ebd.).

Doch nicht nur die ärztliche Wanderungsbewegung ins Ausland hat Einfluss auf die Personalsituation im deutschen Gesundheitswesen. Wesentlich abgedeckt wird der Personalmangel im ärztlichen Bereich durch die Zuwanderung von ausländischen Fachkräften. Ein Ausgleich ist bei weitem jedoch noch nicht erreicht worden: stellt man die Zu- und Abwanderungszahlen von Ärzten für Deutschland vergleichend gegenüber, so ergibt sich seit der Registrierung der Abwanderung von deutschen Ärzten ins Ausland im Jahr 2005 stets ein Negativsaldo. Seit 2005 summiert sich die Bilanz auf 9.651 fehlende Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Wanderungsverhalten von Ärzten in Deutschland 2005-2011*(vgl. BAEK 2012a, BAEK 2012b)



*Erläuterung: Ausländische Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit sind nicht berücksichtigt, da sie der Versorgung nicht unmittelbar zur Verfügung stehen.

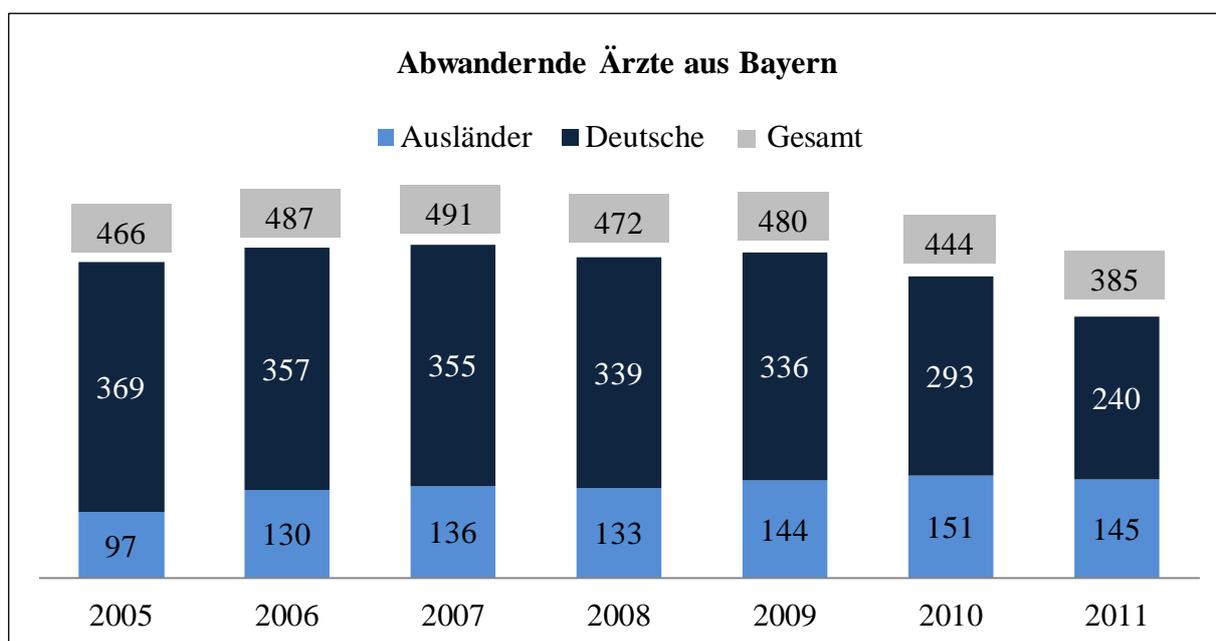
Insgesamt 19.465 deutsche Ärzte kehrten dem Gesundheitssystem von 2005 bis 2011 den Rücken (vgl. Abbildung 3). Gleichzeitig verzeichnet die Zuwanderung neue Höchststände. In Bezug auf die Wanderungszahlen ist jedoch zu beachten, dass die Aufrechnung nach Köpfen nur bedingt aussagekräftig ist, wenn man berücksichtigt, dass viele zuwandernde Ärzte eine gewisse Zeit benötigen, um sich mit dem hochtechnisierten Stand der Medizin in Deutschland vertraut zu machen (vgl. Burkhart et al. 2012: 43). Insofern stehen diese Fachkräfte nicht sofort, sondern erst mit einer gewissen Latenz als Ersatz für die abgewanderten Ärzte zur Verfügung. Dennoch fehlen in Deutschland anhaltend ärztliche Kapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung welche nur durch adäquate Substitution mit ausländischen Ärzten bzw. besseren Rahmenbedingungen ausgeglichen werden kann.

1.5.2.2 Abwanderungstendenzen aus Bayern

Die BLAEK erfasst und veröffentlicht ihre Ärztezahlen in der Jahresstatistik, die nach ausländischen und deutschen Ärzten sowie nach Abwanderungsland differenziert. Untersucht man diese Zahlen unter dem Gesichtspunkt der Migration bayerischer Ärztinnen und Ärzte ins Ausland, so stellt man fest, dass sich die Zahl seit 2005 mit durchschnittlich 460 abwandernden Ärzten auf einem konstanten Niveau bewegt (vgl. Abbildung 4). Erst 2010

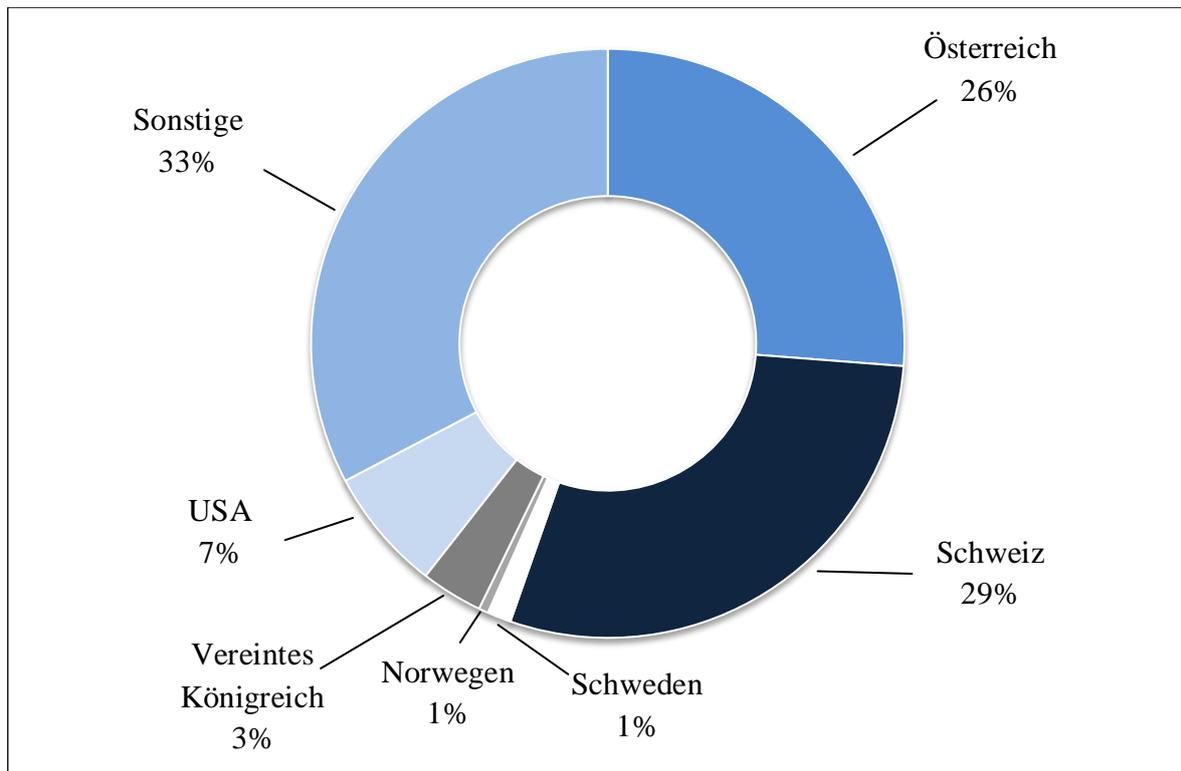
sinkt die Anzahl und pendelt sich 2011 auf dem niedrigsten Stand seit 7 Jahren ein (385) (vgl. ebd.). Bei den Ärzten mit deutscher Staatsangehörigkeit konnte im Mittel eine Abwanderung von 327 Personen errechnet werden (vgl. ebd.). 2011 verzeichnete sie ihren Tiefpunkt mit nur 240 Ärzten, die Bayern den Rücken kehrten. Angesichts des Wanderungsverhaltens ausländischer Ärzte, die beispielsweise in ihr Heimatland zurückkehren, veränderten sich die Zahlen seit 2005 kaum und erreichten durchschnittlich 134 Emigranten (vgl. ebd.).

Abbildung 4: Abwandernde Ärzte aus Bayern 2005 bis 2011 (vgl. BLAEK 2006, BLAEK 2007a, BLAEK 2008a, BLAEK 2009a, BLAEK 2010a, BLAEK 2011a, BLAEK 2012a)



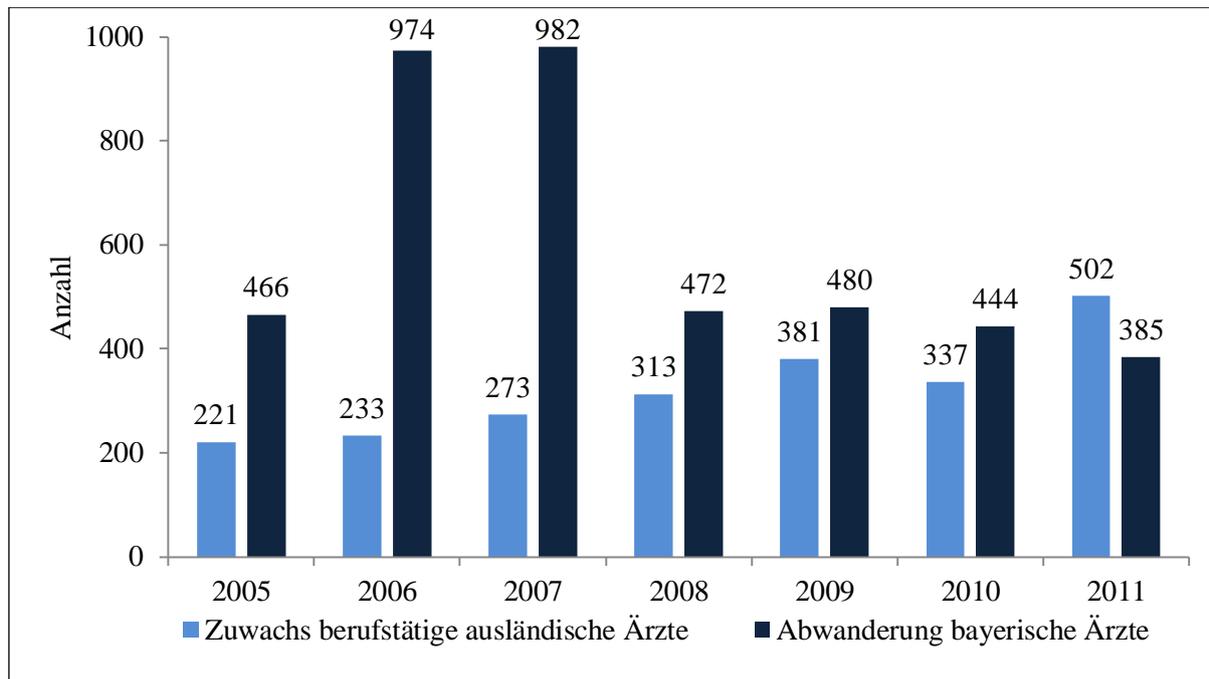
Zu den beliebtesten Abwanderungsländern für bayerische Ärzte zählen seit 2005 konstant die Nachbarländer Österreich und Schweiz (vgl. BLAEK 2006, BLAEK 2007a, BLAEK 2008a, BLAEK 2009a, BLAEK 2010a, BLAEK 2011a, BLAEK 2012a). Nach Österreich wanderten insbesondere ausländische Ärzte ab (2011: 46% aller ausländischen Mediziner), in die Schweiz zog es größtenteils deutsche Ärzte (2011: 42% aller bayerischen Mediziner) (vgl. BLAEK 2012a). Die als attraktiv geltenden Länder Großbritannien, Norwegen und Schweden stellen dagegen eine vergleichsweise verschwindend geringe Abwanderungsalternative dar (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Beliebteste Abwanderungsalternativen für bayerische Ärzte 2011 (vgl. BLAEK 2012a)



Die Entwicklung des ärztlichen Wanderungsverhaltens in Bayern zeigt jedoch ein gegenläufiges Bild - anders als in Deutschland hat es Bayern geschafft, die anfänglich sehr hohen Abwanderungszahlen um mehr als 60% zu verringern (vgl. Abbildung 6). Für ausländische Ärzte wurde die Attraktivität des Standortes Bayern gestärkt. Sichtbar wird dies in den Zuwanderungszahlen, die sich seit 2005 verdoppelten (vgl. ebd.). Dennoch schafft es Bayern nicht, den Wanderungssaldo zu positivieren. In der Bilanz fehlen bis 2011 1.943 Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung. Insgesamt wanderten seit der ersten Aufzeichnung im Jahre 2005 rund 4.200 bayerische Ärzte ab (vgl. ebd.).

Abbildung 6: Wanderungsverhalten von Ärzten in Bayern 2005-2011 (vgl. BLAEK 2006, BLAEK 2007a, BLAEK 2008a, BLAEK 2009a, BLAEK 2010a, BLAEK 2011a, BLAEK 2012a)



*Erläuterungen: Ausländische Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit sind nicht berücksichtigt, da sie der Versorgung nicht unmittelbar zur Verfügung stehen.

1.5.3 Im Ausland zugelassene deutsche Ärzte

Statistiken zu deutschen Ärzten, die im Ausland zugelassen sind und dort arbeiten, sind von offizieller Seite nicht vorhanden. Lediglich in Studien der KBV zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung aus den Jahren 2005, 2007 und 2010 wurden erstmals von Kopetsch fundierte Daten zur Anzahl zugelassener Ärzte im Ausland in Eigenrecherche ermittelt (vgl. Kopetsch 2005, Kopetsch 2007, Kopetsch 2010). In folgender Tabelle sind diese gegenüber gestellt:

Tabelle 7: Anzahl der zugelassenen deutschen Ärzte im Ausland (vgl. Kopetsch 2005, Kopetsch 2007, Kopetsch 2010)

Land, Erhebungsjahre	KBV Studie 2005	KBV Studie 2007	KBV Studie 2010
Belgien, 2001 /2007/ 2007	241	338	338
Dänemark, 2004 /2004/ 2007	87	87	194
Finnland, 2001 /2006/ 2008	103	65	41
Frankreich, 2003 /2006/ 2010	747	975	1073
Großbritannien, 2004 /2007/ 2010	2594	4129	3429
Irland, 2004 /2004/ 2009	104	104	127
Italien, 2001 / 2001/ 2009	538	538	398
Kanada, 2008	-	-	160
Luxemburg, 2001 / 2009	116	116	240
Neuseeland, 2009	-	-	156
Niederlande, 2001 /2007/ 2009	483	585	740
Norwegen, 2004 / 2009	650	650	808
Österreich, 2004 /2007/ 2009	786	1457	1560
Portugal, 2004 /2004/ 2009	106	106	130
Schweden, 2004 /2005/ 2009	708	1116	546
Schweiz, 2005 /2007/ 2009	1926	2565	4026
Spanien, 2001	259	259	259
USA, 2001 /2001/ 2007	2694	2694	2670
Summe	12148	15116	16895

Die Länder mit den meisten zugelassenen deutschen Ärzten im Ausland sind in der Studie von 2005 Großbritannien und die USA gefolgt von der Schweiz (vgl. Tabelle 7, Kopetsch 2005: 38). In der Studie von 2010 zeichnen sich interessante, neue Trends ab. 2010 führt die Schweiz die Rangliste an, mit großen Abstand gefolgt von den USA und Großbritannien (vgl. Kopetsch 2010: 120). Abschließend folgt im Ranking Österreich (vgl. ebd.). Beachtenswert ist die Verdopplung der Zahlen sowohl in der Schweiz als auch in Österreich von 2004/05 auf 2009. In Großbritannien stieg die Zahl um 26% mit einem temporären Höhepunkt von über 4100 Ärzten im Jahr 2007, während in den USA konstante Zulassungen zu verzeichnen sind (vgl. Tabelle 7).

Als beliebte Abwanderungsalternativen werden die Länder Norwegen und Schweden gehandelt (vgl. Anwar 2007: 479, Eide 2007). Finnland und Schweden registrierten jedoch eher schwache Anstiege im Bereich der zugelassenen Ärzte und sind daher im Ranking eher unbedeutend: In Finnland haben sich beispielsweise die Zahlen seit 2001 um über 60% verringert. In Schweden stieg 2005 die Zahl zunächst auf über 1.100 Ärzte und halbierte sich in den darauffolgenden vier Jahren. Ein anderes Bild zeigt Norwegen, hier stieg die Zahl um knapp 20% an (vgl. Tabelle 7).

In der Zusammenschau lassen die vorliegenden Zahlen folgende Konklusion zu: Im Moment zeichnet sich eine erhebliche Zahl an Ärzten ab, die das Land jährlich in Richtung Ausland verlässt. Dieses Niveau scheint sich nicht nur unvermindert fortzusetzen, sondern erhöht sich jedes Jahr um eine nicht unbedeutende Anzahl. Aktuell wanderten 2011 über 3.400 Ärzte ins Ausland ab. Beliebteste Abwanderungsländer sind insbesondere die Schweiz und Österreich, nicht wie allgemein angenommen Großbritannien oder die nordeuropäischen Länder Norwegen, Schweden und Finnland. Durch das Vorliegen von tragfähigem Datenmaterial besteht die begründete Vermutung, dass sich dieser Trend auch zukünftig fortsetzt und unterstreicht den dringenden Handlungsbedarf auf politischer Ebene.

1.6 Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Nachdem im Kapitel 1.5 die Abwanderungstendenzen deutscher Ärzte ins Ausland detailliert analysiert wurden, wird im Folgenden auf die Zuwanderung nach Deutschland eingegangen. Neben den gesetzlichen Zulassungsbedingungen um als Arzt tätig zu werden, soll die Entwicklung der Anzahl ausländischer Ärzte in Deutschland und in Bayern untersucht werden.

1.6.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

In Deutschland untersteht das Berufsbild des Arztes den sogenannten „*reglementierten Berufen*“ und setzt eine staatliche Zulassung (Approbation) für die Berufsausübung voraus (BiBB 2013). Die Richtlinien finden sich in der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung für Ärzte (vgl. BMBF 2012: 29). Wenn ein Arzt oder eine Ärztin aus dem Ausland in Deutschland tätig sein möchte, wird neben einer Aufenthalts- und Arbeits-

auch eine Berufserlaubnis benötigt (vgl. ebd.). Bei Bürgern der EU entfallen die ersten beiden Voraussetzungen (vgl. ebd.). Bis 2012 hatten nur Ärzte aus der EU bzw. der Schweiz gemäß der EU-Richtlinie 2005/36/EG Anspruch auf ein Approbationsverfahren (vgl. BAMF 2011: 24f.; EU-RL 2005). Für Mediziner mit Staatsbürgerschaft aus Staaten, die nicht dem Europäischen-Wirtschafts-Raum (EWR) angehören, war es dagegen nur möglich, eine auf vier Jahre begrenzte Berufserlaubnis nach §10 BÄO zu erhalten (vgl. BMBF 2012.: 37).

Nach dem neuen, erst kürzlich verabschiedeten Anerkennungsgesetz vom 01.04.2012 wird nun, *„die Approbation von der Staatsangehörigkeit entkoppelt“* (ebd.: 36). Damit erhalten EWR-Bürger und Schweizer die Approbation automatisch. Nicht EWR-Bürger können ebenfalls die Approbation erhalten, sofern sie bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich der Gleichwertigkeit ihrer Ausbildung erfüllen (vgl. ebd.: 36f.). Sind wesentliche Unterschiede in der Ausbildung vorhanden, können diese jedoch durch entsprechende Kenntnis- oder Eignungsprüfung ausgeglichen und die Approbation erteilt werden (vgl. ebd.: 37). Ansonsten kann eine Berufserlaubnis für zwei Jahre - mit Möglichkeit der Verlängerung- ausgestellt werden (vgl. ebd.: 38).

Zusätzlich muss der Bewerber Sprachkenntnisse vorweisen. Von den Prüfungsbehörden der Bundesländer wird sowohl zur Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach §10 BÄO als auch zur Erteilung einer Approbation nach den §§3 bzw. 14b BÄO die Vorlage einer Bescheinigung eines anerkannten Sprachinstituts über Sprachkenntnisse auf B2-Niveau (entsprechend europäischem Referenzrahmen) gefordert⁴ (BÄO 1987).

1.6.2 Entwicklung der Anzahl ausländischer Ärzte in Deutschland

Ausländische Ärztinnen und Ärzte sind seit einigen Jahren zu einer unverzichtbaren Kapazität geworden, da ohne ihren Ersatz die Versorgung im ambulanten wie stationären Bereich nicht aufrechterhalten werden könnte. Im Jahre 2011 ist die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Mediziner um 3.039 (ca. 11%), auf 28.355 gestiegen (vgl. BAEK 2012a: 92). Im Vergleich dazu waren 2009 nur 23.469 Ärzte bundesweit tätig (vgl. BAEK 2010: 81).

⁴ Das B2 Sprachniveau wird wie folgt definiert: Der Bewerber *„kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben“* (Goethe – Institut 2013).

Im Hinblick auf die berufstätigen ausländischen Ärzte ist 2011 eine Zunahme von 13,6% (2010: 9,1%) zu verzeichnen (vgl. BAEK 2011, BAEK 2012a). Ähnlich zu den Vorjahren, zeigt sich eine besonders ausgeprägte Wachstumsrate mit 16,6% (2010: 12,2%) derjenigen Ärzte, die im Krankenhausbereich tätig sind (vgl. BAEK 2011c, BAEK 2012a). Von der Gesamtzahl der ausländischen Mediziner sind 78% (19.331) im stationären Bereich angestellt, 14% (3.498) im ambulanten Bereich und der verbleibende Teil (8%) ist sonstig ärztlich tätig (vgl. BAEK 2012a).

Die Anzahl ausländischer Ärzte gewinnt dann an Bedeutung, wenn untersucht wird, welchen prozentualen Anteil ausländische Mediziner an der Gesamtärztezahl in Kliniken bzw. Praxen ausmachen. 2011 waren im ambulanten Bereich 2,4% der Ärzte ausländischer Herkunft, im stationären Bereich liegt der Anteil mit 11,3% bei weitem höher (vgl. ebd.).

Die meisten ausländischen Ärzte stammen dabei aus den Staaten der Europäischen Union (73,5%) (vgl. ebd.). Hinsichtlich der Zuwanderungsraten konnten 2011 insgesamt 2.383 Ärzte registriert werden, wobei davon 90% aus der EU stammen. Hauptzuwanderungsländer sind in absteigender Reihenfolge Österreich mit einem Arztbestand von 2.363, Griechenland (2.224) und Rumänien (2.105) gefolgt von Polen (1.636) (vgl. ebd.). Österreich ist hervorzuheben, da es neben dem wichtigsten Zuwanderungsland auch zum beliebtesten Abwanderungsland gehört, wie in Kapitel 1.4.2 gezeigt werden konnte. Die stärksten Zuwachsraten konnten aus Rumänien mit 610 Ärzten verzeichnet werden, es folgen Ungarn (239), Griechenland (208), Österreich (190) und die Tschechische Republik (188) (vgl. ebd.). Insgesamt betrachtet kommen 73,5% aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 17,8% aus Asien, 4,8% aus Afrika und 3,0% aus Amerika (vgl. ebd.).

1.6.3 Entwicklung der Anzahl ausländischer Ärzte in Bayern

Im Folgenden soll der Zuwanderungsstrom aus dem Ausland nach Bayern strukturell untersucht werden. Neben der Gesamtzahl und den Zugängen werden die Herkunftsländer der ausländischen Ärzte dargestellt.

In Bayern vergrößerte sich die Zahl der ausländischen Ärzte zwischen 2010 und 2011 ähnlich wie in Gesamtdeutschland um 12% (vgl. Kapitel 1.6.2, BLAEK 2012a). Im Jahre 2011 sind damit in Bayern 4.841 ausländische Ärzte registriert worden (vgl. BLAEK 2012a). Diese Zahl nahm seit 2005 um 40% (1.963 Ärzte) zu (vgl. BLAEK 2006, BLAEK 2012a). Mit 64% (3.120) war der überwiegende Teil in Krankenanstalten tätig (vgl. BLAEK 2012a). Hauptberuflich niedergelassen waren 10% (530) (vgl. ebd.). Bezieht man diese Zahlen auf die

Gesamtzahl der im Krankenhaus oder in der Praxis tätigen Ärzte so kann folgendes herausgestellt werden: Im ambulanten Bereich sind 2,1% der Ärzte Ausländer, im stationären Bereich sind es 12,1% (vgl. ebd.).

Die meisten der ausländischen Kollegen (67%) verfügen über die volle Approbation (BLAEK 2012a). Die restlichen 1.617 (33%) Mediziner besitzen lediglich eine begrenzte Arbeitserlaubnis nach §10 BÄO (vgl. ebd.). Wie im vorigen Kapitelauszug für Deutschland deutlich wurde, kommen die ausländischen Ärzte dabei hauptsächlich aus dem EU Raum (67,5%), was geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt von 73,5% liegt (vgl. Kapitel 1.6.2). Die Herkunftsländer sind insbesondere Österreich (984 Ärzte), Rumänien (386), Griechenland (353) und Italien (303) (vgl. BLAEK 2012a). Die Gruppe der ausländischen Ärzte aus der EU besitzt den höchsten Anteil an Approbationsinhabern (2011 knapp 80%) und steht damit dem Arbeitsmarkt in vollem Umfang und arbeitsrechtlich unbefristet zur Verfügung (vgl. ebd.). Insgesamt arbeiteten Anfang 2012 über 64% (3.120) aller ausländischen Mediziner in der stationären Versorgung, der Anteil von 11% (530) war hauptberuflich niedergelassen tätig (vgl. ebd.).

Hinsichtlich der Meldungen über Zugänge ausländischer Ärzte verdoppelte sich die Gesamtanzahl seit 2005 (276) auf 539 in 2012 (vgl. BLAEK 2006, BLAEK 2012a). Der überwiegende Anteil der aktuellen Neuzugänge (85%) ist dabei als Krankenhausarzt tätig (vgl. BLAEK 2012a). Die Zuwanderungen aus dem EU Ausland beliefen sich Anfang 2012 auf 372 Ärzte, die zu 90% ohne Facharztqualifikation nach Deutschland kommen und hier Arbeit finden (vgl. ebd.). Den angenommenen Allgemein- und Hausarztmangel in Bayern werden jedoch auch die ausländischen Ärzte nicht ausgleichen können, denn unter den 372 Zugängen aus der EU Anfang des Jahres 2012 befanden sich lediglich 8 Allgemeinärzte (vgl. ebd.).

Gemäß der BLAEK Jahresstatistik sind die Herkunftsländer Anfang 2012 sind insbesondere Österreich mit 98 Ärzten, Tschechien (60), Rumänien (59), Ungarn und Italien (je 27) und Griechenland (19). Festzustellen ist, dass Österreich in den letzten 7 Jahren die Rangliste anführte, jedoch hat sich die Zuwanderung aus diesem Land abgeschwächt (vgl. BLAEK 2006, BLAEK 2007a, BLAEK 2008a, BLAEK 2009a, BLAEK 2010a, BLAEK 2011a, BLAEK 2012a). Immer stärker vertreten sind osteuropäische Länder wie Tschechien, Rumänien und Ungarn. Deren Zuwanderungszahlen haben sich teilweise vervierfacht wie das Beispiel Tschechien zeigt: 2009 waren es 15 und im Jahr 2012 60 Ärzte (BLAEK 2010a, BLAEK 2012a).

1.7 Zusammenfassung der Entwicklung der Ärztezahlen in Deutschland und in Bayern

In den letzten beiden Kapiteln wurden die Entwicklungen in der Ärzteschaft sowohl in Deutschland als auch in Bayern beschrieben. Festzustellen ist, dass ungeachtet der kontinuierlich steigenden Arztzahlen und der hohen Arztdichte ein relativer Ärztemangel zu bestehen scheint (vgl. Kapitel 1.4.1, BAEK 2012a, Flintrop 2010: 126).

Die aktuell ansteigende Zahl der offenen Stellen und somit der Ärztemangel beruht neben dem demographiebedingten Mehrbedarf an Ärzten vor allem auf der Steigerung der Teilzeitquote bedingt durch den Anstieg des Ärztinnenanteils und der Abwanderung ins Ausland (vgl. Kapitel 5.3.2, GBE2012, Blum/Löffert 2010: 28). Hinzu kommt das altersbedingte Ausscheiden von Medizinern bei einem gleichzeitigen relativen Nachwuchsmangel (vgl. Kapitel 1.3.3, BAEK 2012a, Kopetsch 2010: 43, Richter-Kuhlmann 2007: 1881). Fasst man die Ergebnisse im Überblick zusammen, sind folgende fünf Trends erkennbar, die sowohl für Deutschland als auch Bayern gelten:

Erstens befindet sich die Abwanderung von deutschen Ärzten ins Ausland, derzeit insbesondere in die Schweiz, auf einem recht hohen Niveau mit tendenziell jährlich steigenden Zahlen. Während 2011 aus Deutschland 3.410 Ärzte abwanderten, scheint die Abwanderung in Bayern mit 385 Ärzten allerdings leicht abgemildert (vgl. Kapitel 1.4).

Als zweiter Trend zeichnet sich ein sehr hoher Zustrom an ausländischen Ärzten vor allem aus Österreich und Osteuropa ab, der zudem jährlich ansteigt. Ein ausgeglichener Wanderungsbewegungssaldo ist jedoch weder für Deutschland, noch für Bayern feststellbar. Ein Negativsaldo von über 9.651 Ärzten seit 2005 bestätigt das Fehlen von qualifiziertem ärztlichem Personal in Deutschland. In Bayern beläuft sich der Negativsaldo auf 1.943 Ärzte. Anders als in Deutschland schaffte es Bayern jedoch, die Abwanderungszahlen deutscher Ärzte bis 2011 zu verringern und gleichzeitig den Zustrom von ausländischen Medizinern zu verstärken. Der überwiegende Teil der ausländischen Ärzte ist in Krankenhäusern tätig. Dieser Anteil liegt in Deutschland bei 78% und in Bayern bei 64% (vgl. Kapitel 1.6.2, Kapitel 1.6.3).

Drittens vergrößerte sich der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtärztezahl in den letzten Jahren sehr stark und liegt aktuell bei 43% für Bayern bzw. 44,6% für Deutschland. Diese Entwicklung hat Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in der Medizin und verändert die strukturellen Anforderungen an die Krankenhäuser und ambulante Versorgungseinrichtungen (vgl. Kapitel 1.3.2, Kapitel 1.4.2).

Als vierter Trend ist ein kontinuierliches Ansteigen des Durchschnittsalters der Krankenhaus- und der Vertragsärzte erkennbar. Gleichzeitig steigt die Zahl der Studienanfänger, während die Zahl der Absolventen sinkt (vgl. Kapitel 1.3.3). Hinzu kommt, dass sich etwa jeder 6. Studienabsolvent (16%) nach dem Medizinstudium nicht für die klinische Medizin in Deutschland entschieden hat und 60% der zukünftigen Medizinergeneration die Aussicht, sich als Hausarzt in eigener Praxis niederzulassen, als unattraktiv bewerten (eigene Berechnungen nach Destatis und BAEK, Jacob et al. 2012).

Schließlich ist fünftens ein erheblicher Zuwachs an angestellten Ärzten im ambulanten Bereich festzustellen - für Deutschland bedeutete dies seit 2007 einen Anstieg von 45% auf aktuell 18.800 angestellte Ärzte. Anfang 2012 waren in Bayern 3.349 Ärzte bzw. 13,5% in ambulanten Praxen angestellt. Die Zahl der Angestellten hat sich hier seit 2007 um 35% gesteigert (vgl. Kapitel 1.4.2).

2. Forschungsgegenstand und Zielsetzung

Wie im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, scheint der Ärztemangel in Deutschland mittlerweile manifest zu sein, wobei strukturbedingt erhebliche regionale Versorgungsunterschiede in den einzelnen Bundesländern zu finden sind. Die vorliegende Arbeit soll insbesondere auf das Bundesland Bayern eingehen und untersucht den Ärztemangel im ambulanten und stationären Bereich.

Zunächst soll ausgehend von der Gesamtdarstellung der Entwicklung der Ärztezahlen in Deutschland die ärztliche Versorgungssituation Bayerns betrachtet werden. Die Analyse stützt sich zum einen auf Planungsblätter und Fallzahlen der Jahre 2009 bis 2011, die von der KVB zur Verfügung gestellt wurden. Zum anderen werden offizielle Ärztestatistiken wissenschaftlich untersucht, die im Rahmen der Literaturrecherche und schriftlicher Anfragen an die Landesärztekammer Bayern sowie die Bundesärztekammer gestellt wurden⁵. Die vorliegenden Zahlen werden analysiert und miteinander verglichen um eine wissenschaftlich fundierte Aussage über die Entwicklung der Arztzahlen, der Fallzahlen und letztendlich der ambulanten und stationären Versorgungslage in Bayern zu ermöglichen. Die stationäre Versorgungslage wird zudem durch eine orientierende Befragung aller bayerischen Kliniken genauer analysiert.

⁵BLAEK, persönliche Mitteilung vom 08.10.2012, per Email und BAEK, persönliche Mitteilung vom 12.12.2012, per Email.

Des Weiteren werden die Zu- und Abwanderung von Ärzten nach bzw. aus Bayern anhand von Daten der bayerischen Landesärztekammer sowie der Bundesärztekammer untersucht. Darunter fallen die fortschreitenden Abwanderungstendenzen deutscher Ärzte und die für das lokale Gesundheitswesen bedeutsame Zuwanderung ausländischer Ärzte nach Bayern. In diesem Zusammenhang werden die ausgewerteten Ergebnisse der Umfrage unter Bayerns Kliniken vorgestellt und der Frage nach Möglichkeiten und Grenzen beim Einsatz ausländischer Ärzte nachgegangen. Insbesondere steht die Diskussion nach Nachhaltigkeit in Bezug auf den Einsatz von ausländischem Personal in der Versorgungsentwicklung im Fokus der Untersuchungen.

3. Material und Methoden

Im folgenden Kapitel werden die Bedingungen definiert, die zur Berechnung der verwendeten Daten geführt haben. Zudem werden die methodischen Aspekte der Umfrage erläutert.

In *Kapitel 3.1.* wird auf die verwendeten Daten, die von der KVB bereitgestellt wurden, eingegangen. Es werden grundlegende Begriffe der Bedarfsplanung definiert und es wird dargestellt, unter welchen Voraussetzungen die Berechnung der Ergebnisse erfolgte.

Kapitel 3.2. beschreibt die Struktur des Fragebogens und die Überlegungen, die zur Erstellung des Fragebogens geführt haben. Des Weiteren werden Aspekte zur Teilnehmerauswahl sowie der Ablauf der Auswertung beschrieben.

3.1 Datenmaterial

Für die retrospektive Darstellung der Arztentwicklung stellte die KVB unveröffentlichte Daten in Form von Excel Tabellen zur Auswertung zur Verfügung. Das bereitgestellte Material umfasst den Zeitraum von 2009 bis einschließlich 2011. Zur Verfügung stehen zum einen die vom Landesausschuss genehmigten Planungsblätter mit Arztzahlen nach Arztgruppe und Versorgungsgraden der einzelnen Planungsbezirke Bayerns. Zum anderen sind die Fallzahlen pro Facharztgruppe vorhanden.

3.1.1 Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie müssen Planungsblätter erstellt und dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorgelegt werden (vgl. SGB 5: §99). Die vorliegenden Planungsblätter der KVB sind zu unterschiedlichen Stichtagen erhoben worden⁶. Gesetzlich vorgeschrieben ist eine Aktualisierung der Kennzahlen in der Regel alle sechs Monate (vgl. BP-RL 2012). Da die Erhebungszeitpunkte jedoch unterschiedlich sind, ist eine optimale Auswertung und Vergleichbarkeit der Daten nur bedingt möglich.

Um die Problematik anzugehen, wurde folgende Methode angewandt: für die Jahre 2010 und 2011 waren je drei Planungsblätter mit unterschiedlichen Stichtagen vorhanden. Um die durchschnittlichen jährlichen Versorgungsgrade sowie die Gesamtzahl an Ärzten festzustellen, wurde vereinfacht der rechnerische Durchschnitt ermittelt. Für das Jahr 2009 stand lediglich ein Planungsblatt zur Verfügung. Aus diesem Grund bezieht sich die Kalkulation auf den Arztstand vom 25.05.2009. Mit Hilfe dieser Vorgehensweise konnten die Zahlen der Jahre 2009 bis 2011 vergleichbar gemacht werden. Als weitere Datengrundlage stellte die KVB die Fallzahlen pro Facharztgruppe nach Planungsbereichen für denselben Zeitraum zur Analyse zur Verfügung. Ausgangspunkt für die Fallzahlerhebung sind in diesem Zusammenhang alle zugelassenen und abrechnenden Vertragsärzte. Die durchschnittliche Fallzahl wurde dabei von der KVB auf Vollzeitäquivalente hochgerechnet, um eine valide Information zur richtigen Interpretation zu ermitteln. Die statistischen Berechnungen wurden mit Microsoft Excel 2007 durchgeführt.

Um die vorliegenden Zahlen adäquat zu analysieren und ein vollständiges Bild der Versorgungssituation in Bayern abzugeben, ist es von Bedeutung, auf die Grundlagen der Bedarfsplanung einzugehen.

Bundesweit gültige Rechtsgrundlage für die Darstellung der Versorgungssituation ist die allgemeine Bedarfsplanung. Diese erfolgt für bestimmte Arztgruppen in der ambulanten ärztlichen Versorgung und wird nach Maßgabe der Bedarfsplanungsrichtlinie durchgeführt (vgl. BP-RL 2012). Bislang ist diese das einzige zur Verfügung stehende Modell für eine entsprechende Beplanung und statistische Betrachtung der ärztlichen Versorgung.

⁶Planungsblatt vom 03.06.2009 mit Arztstand 25.05.2009; Planungsblatt vom 02.02.2010 mit Arztstand: 20.01.2010; Planungsblatt vom 20.07.2010 mit Arztstand 09.07.2010; Planungsblatt vom 09.11.2010 mit Arztstand 28.10.2010; Planungsblatt vom 08.02.2011 mit Arztstand 24.01.2011; Planungsblatt vom 12.07.2011 mit Arztstand 01.07.2011; Planungsblatt vom 12.12.2011 mit Arztstand 09.12.2011.

Die rechtliche Grundlage der Bedarfsplanung in der heute bekannten Form, fand Ihren Ursprung im Gesundheitsstrukturgesetz, das 1993 in Kraft trat (vgl. Gesundheitsstrukturgesetz 1992, KBV 2012: 8). Durch ihre Einführung sollten weitreichende strukturelle Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden. Die Bedarfsplanung ging damals von einem Überschuss an Ärzten und Psychotherapeuten aus (vgl. KBV 2012: 2). Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes war es, eine Reglementierung des Zugangs von Ärzten zum System der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen und letztendlich eine Kostensenkung für das System zu erreichen (vgl. KVB 2013a).

Basierend auf den Vorschriften des SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden die Maßgaben der Bedarfsplanung vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Bedarfsplanungsrichtlinie festgesetzt (vgl. Ärzte ZV 1957; BP-RL 2009; BP-RL 2011; BP-RL 2012). Grundlage der Bedarfsplanung ist eine „*Verteilungsplanung der Vertragsärzte auf Basis von normativ festgestellten Verhältniszahlen zwischen Vertragsärzten und Einwohnern*“ (KVN 2008). Die Verhältniszahlen variieren dabei nach dem Verdichtungsgrad des Landkreises, welches das Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) abhängig von den Einwohnerdichten festsetzt (vgl. ebd.). Weitere Kriterien zur Über- und Unterversorgung sollen eine gleichmäßige regionale Niederlassung der Ärzte und Psychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland gewährleisten.

Die tatsächlichen Bedürfnisse die auch Größen zur Morbidität, des Nachfrageverhaltens der Bevölkerung oder spezifische sozioökonomische regionale Faktoren beinhalten, blieben bisher jedoch unberücksichtigt (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass der ursprüngliche Überschuss sich in den letzten Jahren in einen manifesten Mangel änderte und eine Überarbeitung somit notwendig machte.

Der Versuch die Bedarfsplanung mit Hilfe der 2010 durchgeführten Einführung eines Demographiefaktors zu verbessern, verfehlte sein Ziel in der Praxis und wurde 2012 ausgesetzt (vgl. G-BA 2012: 2). Um den veränderten Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nun entgegen zu kommen, verabschiedete der G-BA im Zuge des Versorgungsstrukturgesetzes die nach verschiedenen Kriterien veränderte Bedarfsplanungsrichtlinie. Diese ist seit 01.01.2013 als gültige gesetzliche Grundlage für die Bedarfsplanung in Kraft getreten (vgl. BP-RL 2012).

Das vorliegende Material umfasst zum einen die vom Landesausschuss genehmigten Planungsblätter, aufgeschlüsselt nach den 79 Planungsbereichen Bayerns. Für 2009 ist ein, für 2010 und 2011 sind jeweils drei Planungsblätter zur Verfügung gestellt worden. Jedes Planungsblatt wird nach folgenden Kriterien aufgeschlüsselt:

- Allgemeine Verhältniszahl
- Allgemeiner Versorgungsgrad
- Angestellte Ärzte
- Arztbestand
- Arztgruppe gemäß der 14 definierten Facharztgruppen
- Einwohnerzahl
- Grenze zur Überversorgung
- Versorgungsstand: Summe an Ärzten und Versorgungsstand in Prozent

Zum anderen sind die Fallzahlen der Jahre 2009-2011 vorhanden. Um eine valide Information zur richtigen Interpretation über die durchschnittlichen Fallzahlen pro Facharztgruppe zu erhalten, sind die Fallzahlen auf Vollzeitäquivalente hochgerechnet.

Eine Betrachtung die nur auf Basis der reinen Anzahl an Ärzten beruht, ist allein nicht aussagekräftig, da nicht alle Fachkräfte im Gesundheitswesen Vollzeit arbeiten. Aus diesem Grund wird diese Größe in Vollzeitäquivalenten berechnet. Dies sind also Vollzeitarbeitskräfte mit einem 100%-igen Beschäftigungsgrad, beispielsweise mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von rund 40 Stunden abhängig von z.B. Tarifverträgen etc. (vgl. Schmidt et al. 2010: 32). Aus Gründen des Datenschutzes werden von der KVB keine Daten für Fachgruppen in Planungsbereichen angezeigt, in welchen die Anzahl der Ärzte (gemäß Tätigkeitsumfang) kleiner als 5 ist (vgl. Hinweise der KVB Bedarfsplanungsblätter 2009-2011). Des Weiteren werden nach Information der KVB Selektivverträge gemäß § 73b SGB V für Hausärzte, nach § 73c SGB V für Fachärzte und Verträge zur Integrierten Versorgung nach §140a ff. SGB V nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet, folglich erscheinen nicht alle Ärzte abrechnend und die Fallzahlen werden nicht vollständig erfasst.

3.1.2 Definition von Begriffen der Bedarfsplanung

Um eine Bedarfsplanung möglichst „präzise“ zu gestalten, ist die Festlegung von bestimmten Faktoren essentiell, da diese Einfluss auf das Versorgungsgeschehen haben. Dazu zählen insbesondere drei Hauptfaktoren: Arztgruppen, Verhältniszahlen und Planungsbereiche. Im Folgenden sollen diese und weitere Begriffe geklärt werden, die in der Bedarfsplanung von Relevanz sind und die Grundlage des Datenmaterials der KVB darstellen.

3.1.2.1 Allgemeine Verhältniszahl und allgemeiner Versorgungsgrad

Um in einem bestimmten Planungsbereich den Versorgungsgrad im Sinne einer Über- oder Unterversorgung zu ermitteln, werden vom G-BA allgemeine Verhältniszahlen festgelegt. Diese setzen sich aus dem Verhältnis von Bundesbürgern zu Vertragsärzten an einem bestimmten Stichtag zusammen. Errechnet werden daraus Daten für jede einzelne Arztgruppe bzw. Planungsbereichstyp. Die allgemeine Verhältniszahl drückt also den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad aus und versteht sich als 100% der Soll-Versorgung (vgl. KVB 2013a).

3.1.2.2 Arztgruppen

Die Bedarfsplanung von Arztgruppen beschränkt sich auf 14 Facharztbereiche ohne weitere Untergliederung in Spezialisierungen oder Schwerpunkte. Laut KBV werden nur Fachgruppen beplant die mehr als 1000 Ärzte bundesweit umfassen (vgl. KBV 2012: 10). Liegt der Ärztebestand beispielsweise darunter, besteht Niederlassungsfreiheit (vgl. ebd.). Die genaue Definition von ausgewählten Facharztgruppen (Chirurgen, Internisten und Hausärzte) wird beispielhaft in den Fußnoten dargestellt. Folgende Facharztgruppen werden in der Bedarfsplanung berücksichtigt:

- Anästhesisten,
- Augenärzte,
- Chirurgen⁷,
- Fachärztlich tätige Internisten⁸,

⁷ Unter die Arztgruppe der Chirurgen fallen die Fachärzte für Chirurgie, Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Gefäßchirurgie sowie die Fachärzte für Visceralchirurgie. Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie, Thoraxchirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie (vgl. §4 BP-RL 2011).

⁸ „Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß §101 Abs. 5 Satz 3 SGB V gehören Internisten ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung und die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie, Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie, Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie, Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie, Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie sowie Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie. Die Fachärzte für

- Frauenärzte,
- HNO-Ärzte,
- Hausärzte⁹,
- Hautärzte,
- Kinder- und Jugendärzte,
- Nervenärzte (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten),
- Orthopäden,
- Psychotherapeuten (einschl. Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichentherapeuten)¹⁰,
- Radiologen (Fachärzte für diagnostische Radiologie),
- Urologen (vgl. §4BP-RL2011).

Zudem sind angestellte Ärzte zu definieren und in die Versorgungsplanung mit einzubeziehen. Ärzte, die bei niedergelassenen Ärzten (Vertragsärzten) oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, werden entsprechend ihrer Arbeitszeit auf den Versorgungsgrad angerechnet (vgl. §21 BP-RL 2012).

3.1.2.3 Über- und Unterversorgung im Planungsbereich

Räumliche Grundlage für die Bedarfsplanung von Ärzten sind die 79 Planungsbereiche Bayerns. Diese werden in §7 der Bedarfsplanungsrichtlinie von 2012 als Bezugsgröße definiert, welche für alle relevanten Arztgruppen gleichermaßen den Stadt- und Landkreisen entspricht und vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zugeordnet

Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des §73 Abs. 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.“ (ebd.).

⁹„Zur Arztgruppe der Hausärzte nach §101 Abs. 5 SGB V gehören gemäß §73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1, 4 und 5 SGB V Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (nachfolgend Allgemein- / Praktische Ärzte genannt), sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß §73 Abs. 1a Satz 5 SGB V vorliegt, und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß §73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V gewählt haben; ferner gehören dazu, sofern sie die entsprechende Bezeichnung erhalten haben, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).“ (ebd.).

¹⁰ Aufgrund der Komplexität und der Vielfalt im Fachbereich Psychotherapie wird auf die Darstellung der Entwicklung dieser Gruppe in der Ausarbeitung verzichtet.

wurde. Je nach Siedlungsstrukturtypen existieren unterschiedliche Verhältniszahlen (vgl. ebd.: §7). In den Planungsbereichen kann definitionsgemäß Über-, Unter- und Regelversorgung auftreten.

Das Vorliegen einer *Überversorgung* ist nach den Vorschriften der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu unterstellen, wenn die lokale Arzt/Einwohnerrelation die allgemeine Arzt/Einwohnerrelation um mehr als 10% übersteigt (vgl. § 101 SGB V; §24BP-RL 2012). Folglich liegt eine *Überversorgung* vor, wenn der Versorgungsgrad die 110% Marke übersteigt.

Von einer „*anzunehmenden und in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung*“ ist dann auszugehen, wenn der ausgewiesene Versorgungsgrad in den Bedarfsplanungsblättern bei den Hausärzten unter 75% und bei den Fachärzten unter 50% liegt (vgl. §100 SGB V; §§28,29BP-RL 2012).

Regelversorgung tritt nach den vorhergehenden Definitionen in einem Versorgungsbereich zwischen 50 bzw. 75% und 110% auf.

Die Begriffe Über-, Unter- und Regelversorgung werden vom Autor in den Ausführungen der Dissertation stets unter sprachlich neutralen und nicht- wertenden Gesichtspunkten verwendet und sollen eine wissenschaftliche Darstellung der Versorgungssituation nach den Maßstäben der Bedarfsplanungsrichtlinie wiedergeben.

3.2 Charakteristika der Umfrage

Die Umfrage zum Thema Ärztemangel wurde genutzt um ein Bild über die aktuelle Personalsituation an bayerischen Krankenhäusern zu erhalten. Im nachstehenden Kapitel wird zunächst auf die Merkmale der Umfrage und grundlegende Überlegungen eingegangen, die zur Erstellung der Fragen geführt haben. Im Anschluss werden die Kriterien dargestellt, nach welchen die Teilnehmer ausgewählt wurden. Abschließend werden Ablauf und Auswertung der Umfrage vorgestellt.

3.2.1 Erhebungsinstrument

Um neben statistischen Erhebungen eine orientierende Vorstellung über die ärztliche Personalsituation und den Einsatz ausländischer Ärzte an den Kliniken Bayerns zu erhalten, wurde vom Autor dieser Dissertation zusätzlich eine Online- Befragung aller bayerischen

Krankenhäuser durchgeführt. Die Befragung wurde als Online-Befragung mit Hilfe der Webseite <http://www.soscisurvey.de> gestartet, da schnell und kostengünstig Daten zu erheben sind. Im Einzelfall konnte der Fragebogen vom Empfänger unkompliziert an die zuständige bzw. kompetente Stelle weitergeleitet werden. Zudem erwies sich die Auswertung durch digitalisierte Daten einfacher und somit effizienter.

Forschungsgegenstand war es einerseits zu ermitteln, ob ein subjektiver Ärztemangel für die Krankenhäuser besteht und ob dieser empirisch belegbar ist. Andererseits sollte der Frage nachgegangen werden, inwiefern ausländische Ärzte sprachlich und fachlich diesen Mangel decken können und ob dieser Ersatz langfristigen Bestand hat.

Der Fragebogen umfasste 13 Items und war in die folgenden drei Kapitel unterteilt:

1. Strukturdaten: Gesamtanzahl der Ärzte und Anteil der ausländischen Ärzte
2. Sprachliche und fachliche Qualifikation der ausländischen Ärzte
3. Aktuelle Stellensituation

Zur Rücklaufkontrolle war jeder Fragebogen mit einer Seriennummer für das jeweilige Krankenhaus gekennzeichnet und konnte somit auch nur einmal ausgefüllt werden. Zudem wurde ein Pretest durchgeführt um auf valide Inhalte zu überprüfen, etwa hinsichtlich Verständlichkeit von Fragen und Antwortformaten, folgerichtiger und schlüssiger Fragestellung sowie Korrektheit in der Terminologie. Die gestellten Fragen wurden größtenteils als Entscheidungsfragen (ja/nein Fragen) mit oder ohne Ergänzungsantwort und als Freitextfragen (zur Zahlen- und Texteingabe) formuliert. Hinsichtlich der Frage nach sprachlicher und fachlicher Qualifikation der ausländischen Ärzte wurden die Antwortmöglichkeiten auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 5 „mangelhaft“ dargestellt.

Die Befragung fokussierte dabei zwei Hauptthemengebiete: Zum einen der subjektive Ärztemangel an den jeweiligen Krankenhäusern und zum anderen das Thema langfristiger Ausgleich des Ärztemangels mit ausländischen Ärzten. Insbesondere sollte identifiziert werden, inwieweit ausländische Ärzte den Bedarf in quantitativer und qualitativer Hinsicht langfristig decken können. Folgende Überlegungen, Fragestellungen und Hypothesen zum Thema subjektiver Ärztemangel dienten zur endgültigen Erstellung des Fragebogens:

1. Bedarf an Ärzten:

Besteht im jeweiligen Krankenhaus ein Ärztemangel? Ist der subjektiv erlebte Ärztemangel objektiv belegbar und wenn ja, wie? Vakante Stellen bzw. darauf basierende Stellenausschreibungen stellen eine objektive Bedarfsmanifestation dar und können somit herangezogen werden um einen Ärztemangel zu diagnostizieren. Festgestellt werden sollte dieser an Hand von drei Fragen: *Erstens* nach unbesetzten Stellen, *zweitens* nach Schwierigkeiten beim Besetzen von Stellen. Diesen Aspekt sollte *drittens* durch die Frage nach Personalwerbung im Ausland abgerundet werden.

2. Mit ausländischen Ärzten besetzte Stellen:

Wie viele ausländische Ärzte sind in Bezug auf die Gesamtzahl an Ärzten am jeweiligen Krankenhaus tätig? Einen Hinweis auf einen Ärztemangel kann auch der Anteil von ausländischen Ärzten im Krankenhaus geben. Dies würde darauf hindeuten, wie viele Stellen schon durch ausländisches Personal kompensiert wurden.

Im Verlauf sollte das Thema rund um den adäquaten und langfristigen Ausgleich des Ärztemangels mit ausländischen Ärztinnen und Ärzten durch folgende Fragestellungen ergründet werden:

1. Wie wird subjektiv die Qualifikation der ausländischen Ärzte sowohl sprachlich als auch fachlich von den Krankenhäusern empfunden? In diesem Zusammenhang sollte auch eine Einschätzung erfolgen, in wie fern das B2 Sprachniveau¹¹ für den klinischen Alltag ausreicht und welche Maßnahmen zur sprachlichen Integration der ausländischen Ärzte unternommen wird.
2. Für welchen Zeitraum verbleiben ausländische Assistenz- und Fachärzte durchschnittlich an den Kliniken? In diesem Zusammenhang sollten Erfahrungswerte angegeben werden um herauszustellen, ob der Einsatz ausländischer Kollegen eine langfristige Lösung darstellen kann.

¹¹ Eine Definition findet sich in Kapitel 1.6.1

3.2.2 Teilnehmerauswahl

Für Befragung musste die Grundgesamtheit der Krankenhäuser ermittelt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die bayerische Landeskrankenhausgesellschaft veröffentlicht diese Grundgesamtheit im Bayerischen Krankenhausregister (BKR) bzw. Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV)¹². Betreut wird diese durch das Deutsche Krankenhaus Trust Center und Informationsverarbeitung GmbH (vgl. BKG 2013). Das DKV nimmt alle Krankenhäuser in ihre Suchmaschine auf, die seit 2005 gesetzlich verpflichtet sind, einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Dieser wird von den Krankenhäusern alle zwei Jahre neu verfasst (vgl. ebd.). Mit Hilfe der Filterfunktion wurde für Bayern eine Gesamtzahl von 329 Krankenhäusern ermittelt (Stand: 24. November 2012). Anschließend wurden die Kontaktadressen manuell gefiltert und auf den Webseiten der entsprechenden Krankenhäuser verifiziert bzw. ergänzt. Dabei sind Krankenhäuser aller Größen und Versorgungsstufen sowie jeglicher Trägerschaft mit eingeschlossen worden. Ebenso Kliniken mit Mischstruktur (z.B. Belegarztkliniken, Kliniken mit Konsiliarärzten, etc.) wurden erfasst und in die Befragung integriert. Die Befragung richtete sich an die ärztliche Leitung und die Personalabteilung der Krankenhäuser.

3.2.3 Ablauf und Auswertung

Im Email-Anschreiben des Fragebogens wurden die Befragungsteilnehmer darüber informiert, dass die übermittelten Informationen und Daten vertraulich behandelt und die Ergebnisse ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt werden. Die Erhebung wurde im November 2012 gestartet und dauerte bis Anfang Februar 2013. Erhebungsstand für die Umfragedaten zum Thema Ärztemangel und Einsatz ausländischer Ärzte in bayerischen Krankenhäusern und ist somit das 1. Quartal 2013.

Generell variiert die Rücklaufquote bei Online Befragungen stark wobei mit vergleichsweise geringeren Rücklaufquoten als bei traditionellen Befragungsverfahren zu rechnen ist (vgl. Batinic 2003: 10). Je nach Art der Umfrage ist von 6% bis 73% auszugehen und liegt bei einem Mittelwert von 41% (vgl. ebd.). Aufgrund der vergleichsweise eher gering zu erwartenden Rücklaufquote wurde wöchentlich eine Erinnerungsmail geschickt. Zwei weitere Faktoren die den Rücklauf beeinflusst haben, mussten bedacht werden: zum einen die hohe Arbeitsauslastung beim Personal bzw. Personalmangel welcher eine Beantwortung des

¹²<http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de>

Fragebogens verhinderte. Zum anderen ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Beantwortung der Items spezielles Wissen über die Personalsituation der Klinik (z.B. Anzahl der Ärzte, Qualifikation etc.) erfordert und mehr Aufwand in der Recherche benötigt.

Insgesamt hatte die Befragung zum Thema Ärztemangel eine Rücklaufquote von 20,7%. Eine Rückantwort erfolgte von insgesamt 68 Teilnehmern. Davon waren 57 Fragebögen vollständig auswertbar, die übrigen 11 Teilnehmer beantworteten den Fragebogen aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur unvollständig¹³.

Tabelle 8: Ausschöpfung der Online-Befragung

	Grundgesamtheit	Rücklauf	Rücklaufquote
Krankenhäuser	329	68	20,7%

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse über den Ärztemangel in Bayern im ambulanten und im stationären Bereich dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse der Auswertung der Zahlen der KVB vorgestellt. Anschließend sollen die Resultate der Umfrage einen Eindruck der ärztlichen Personalsituation im stationären Bereich geben.

4.1 Auswertung der Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die Auswertung gliedert sich in die Untersuchung der ambulanten Versorgungslage im fach- und hausärztlichen Bereich. Zudem wird die Entwicklung der Fallzahlen im Freistaat Bayern vorgestellt. Datengrundlage sind die Planungsblätter und die Fallzahlen, die durch die KVB bereitgestellt wurden. Zunächst wird zusammenfassend die Entwicklung über alle (Fach-)Arztbereiche in den Jahren 2009 bis 2011 dargestellt. Anschließend ist einerseits die Entwicklung der beplanten Facharztgruppen im Fokus, um Tendenzen herauszustellen. Andererseits werden Entwicklungen in der Hausärztlichen Versorgung untersucht. In Ergänzung wird ein möglicher Zusammenhang von Versorgungsgraden und Abrechnungsdaten der Vertragsärzte (Fallzahlen) auf der Ebene der Planungsbereiche

¹³ Gründe werden in Kapitel 4.4 angeführt.

untersucht. Außerdem werden die Zahlen der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich betrachtet. Schließlich werden die Daten der KVB und der BLAEK verglichen und Unterschiede herausgestellt.

4.1.1 Ambulante Versorgungssituation in Bayern

In den nachfolgenden Tabellen wird die ambulante Versorgungslage der 79 Planungsbereiche Bayerns für die Jahre 2009 bis 2011 nach Facharztgruppe dargestellt. Dabei wurde zwischen Über-, Unter- und Regelversorgung unterschieden¹⁴. Die Zahlen werden sowohl in absoluten als auch in relativen Werten ausgewiesen. Datenbasis für die Tabellen 9 - 12 sind Durchschnittsdaten der Planungsblätter der KVB¹⁵. Die Ermittlung der Durchschnittsdaten wird in Kapitel 3.1.1 erläutert. Tabelle 9 gibt zunächst einen Überblick derjenigen bayerischen Planungsbereiche, die in den Jahren einzelnen Jahren 2009 bis 2011 prozentual überversorgt waren. Die Tabellen 10-12 gehen detailliert auf die Versorgungslage in Bayern nach Fachbereichen ein und untersuchen Regel- und Unterversorgung der Planungsbezirke.

Tabelle 9: Anteil überversorgter Planungsbereiche in Bayern nach Arztgruppen 2009-2011, in Prozent (eigene Darstellung, Planungsblätter der KVB)

Facharztgruppe	2009	2010	2011
Anästhesisten	97	100	100
Augenärzte	84	86	88
Chirurgen	100	99	98
Fachärztl. tät. Internisten	100	100	100
Frauenärzte	92	95	93
HNO-Ärzte	91	93	91
Hautärzte	92	93	93
Kinder- und Jugendärzte	97	94	92
Nervenärzte	97	99	95
Orthopäden	100	99	99
FAE Diagn. Radiologie	100	100	100
Urologen	97	99	100
Hausärzte	47	57	50

¹⁴ Überversorgung: Versorgungsgrad > 110%; Regelversorgung: Versorgungsgrad 50/75 - 110%; Unterversorgung: Versorgungsgrad < 50% im Facharztbereich, <75% im Hausarztbereich, vgl. Kapitel 3.1.2.3.

¹⁵Die Planungsblätter werden in Kapitel 3.1.1 definiert

Tabelle 10: Ambulante Versorgungslage der Planungsbezirke Bayerns 2009 (eigene Darstellung, Planungsblätter der KVB)

Facharztgruppe	Übersversorgung		Regelversorgung		Unterversorgung	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Anästhesisten	77,0	97,5	1,0	1,3	1,0	1,3
Augenärzte	66,0	83,5	13,0	16,5	0,0	0,0
Chirurgen	79,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fachärztl. tät. Internisten	79,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Frauenärzte	73,0	92,4	6,0	7,6	0,0	0,0
HNO-Ärzte	72,0	91,1	7,0	8,9	0,0	0,0
Hautärzte	73,0	92,4	6,0	7,6	0,0	0,0
Kinder- und Jugendärzte	77,0	97,5	2,0	2,5	0,0	0,0
Nervenärzte	77,0	97,5	2,0	2,5	0,0	0,0
Orthopäden	79,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FAE Diagn. Radiologie	79,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Urologen	77,0	97,5	2,0	2,5	0,0	0,0
Hausärzte	37	46,8	42,0	53,2	0,0	0,0

Tabelle 11: Ambulante Versorgungslage der Planungsbezirke Bayerns 2010 (eigene Darstellung, Planungsblätter der KVB)

Facharztgruppe	Übersversorgung		Regelversorgung		Unterversorgung	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Anästhesisten	79	100,0	0	0,0	0	0
Augenärzte	68	86,1	11	13,9	0	0
Chirurgen	78	99,2	1	0,8	0	0
Fachärztl. tät. Internisten	79	100,0	0	0,0	0	0
Frauenärzte	75	95,4	4	4,6	0	0
HNO-Ärzte	74	93,2	5	6,8	0	0
Hautärzte	74	93,2	5	6,8	0	0
Kinder- und Jugendärzte	74	94,1	5	5,9	0	0
Nervenärzte	78	98,7	1	1,3	0	0
Orthopäden	78	99,2	1	0,8	0	0
FAE Diagn. Radiologie	79	99,6	0	0,4	0	0
Urologen	78	98,7	1	1,3	0	0
Hausärzte	45	56,5	34	43,5	0	0

Tabelle 12: Ambulante Versorgungslage der Planungsbezirke Bayerns 2011 (eigene Darstellung, Planungsblätter der KVB)

Facharztgruppe	Übersversorgung		Regelversorgung		Unterversorgung	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Anästhesisten	79	99,6	0	0,4	0	0
Augenärzte	70	88,2	9	11,8	0	0
Chirurgen	77	97,9	2	2,1	0	0
Fachärztl. tät. Internisten	79	100,0	0	0,0	0	0
Frauenärzte	73	92,8	6	7,2	0	0
HNO-Ärzte	72	90,7	7	9,3	0	0
Hautärzte	73	92,8	6	7,2	0	0
Kinder- und Jugendärzte	73	92,4	6	7,6	0	0
Nervenärzte	75	94,9	4	5,1	0	0
Orthopäden	78	99,2	1	0,8	0	0
FAE Diagn. Radiologie	79	100,0	0	0,0	0	0
Urologen	79	100,0	0	0,0	0	0
Hausärzte	39	49,8	40	50,2	0	0

4.1.1.1 Fachärztliche Versorgungslage

Bayern kann im Hinblick auf die Versorgungslage im fachärztlichen Bereich überwiegend für alle Fachbereiche und für alle Planungsbereiche von 2009 bis 2011 eine ausgezeichnete Versorgungslage von größtenteils über 110% (Übersversorgung) verzeichnen (vgl. Tabelle 9-12). Durchschnittlich 76 von 79 Planungsbirken (96%) sind dabei übersversorgt. Lediglich ein einziges Mal im zweiten Quartal 2009 wurde eine Unterversorgung des Landkreises Kronach im Fachbereich Anästhesie registriert (vgl. Tabelle 10). Dieser Landkreis ist vom Landesausschuss mit einem Anästhesisten beplant worden. Da in diesem Zeitraum kein Anästhesist in diesem Landkreis tätig war, sank die Versorgung auf 0%. Gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie ist hier eine fachärztliche Unterversorgung zu vermuten, sie liegt jedoch nicht beschlossen vor (§29 BP-RL 2009). Im Laufe des ersten Quartals 2010 konnte dieser Mangel wieder ausgeglichen werden (vgl. Tabelle 11).

Für die folgenden vier Fachbereiche ist von 2010 bis 2011 eine dauerhafte Versorgung von unter 75% in immer denselben Landkreisen notiert worden:

- Augenärzte: Landkreis Fürth;
- Frauenärzte: Landkreis Kulmbach;
- Hautärzte: Landkreis Hassberge;
- HNO Ärzte: Landkreis Main Spessart.

Dies bedeutet zwar noch keine fachärztliche Unterversorgung, kommt der Grenze jedoch nahe und gilt im Hinblick auf zukünftige Planungsvorhaben zu berücksichtigen.

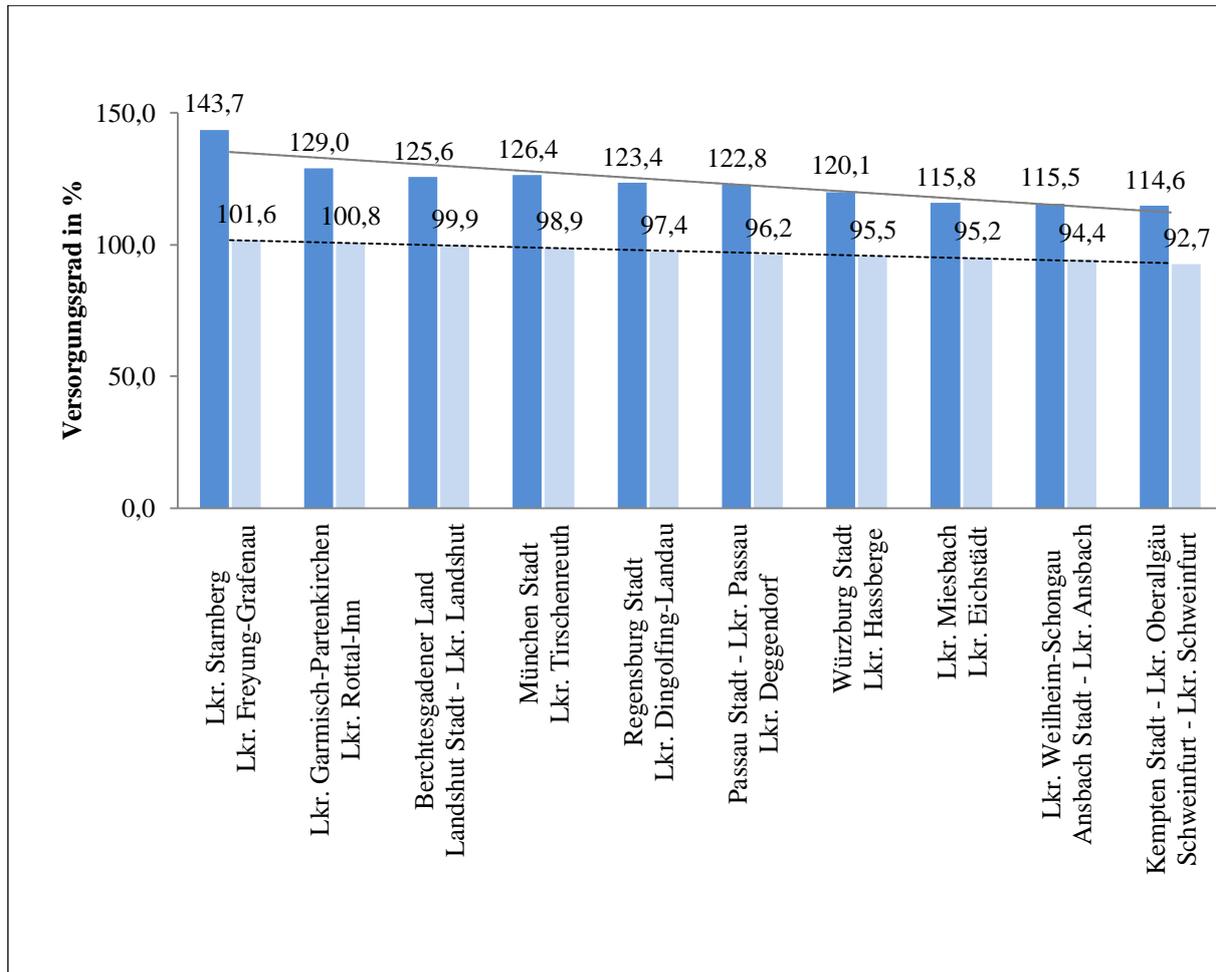
4.1.1.2 Hausärztliche Versorgungslage

Die hausärztliche Versorgung zeigt zum Teil enorme regionale Unterschiede: während eine massive lokale Überversorgung in Ballungsgebieten und Regionen vorherrscht, die für Ärzte attraktiv sind, steht dem gegenüber eine geringere lokale Hausarztversorgung in einigen Gebieten Bayerns. Die prozentual höchsten Versorgungsgrade weisen die strukturell gut gestellten Gebiete im Süden Bayerns auf:

Die unverändert attraktivste Adresse für Hausärzte in 2011 stellte Starnberg mit einem Versorgungsgrad von 143,6% dar, gefolgt vom Landkreis Garmisch-Partenkirchen (129%), dem Landkreis Berchtesgadener Land (125,5%) und München mit 126,4% (vgl. Daten der KVB).

Am unteren Ende der Skala wurde Schweinfurt mit einem Hausarzt-Versorgungsgrad von 92,7% notiert, gefolgt vom mittelfränkischen Ansbach und dessen Landkreis mit 94,4% und dem Landkreis Eichstätt mit 95,2% (vgl. ebd.). Insgesamt lässt sich aber eine hausärztliche Unterversorgung nach den Vorschriften der Bedarfsplanungsrichtlinie nicht unterstellen, da der Versorgungsgrad immer über 75% liegt. Im Gegenteil: beinahe die Hälfte aller Planungsbereiche weist eine Überversorgung auf, die andere Hälfte ist regelversorgt. Kein Planungsbereich war in den letzten drei Jahren unterversorgt (vgl. Tabelle 9-12 und Abbildung 7).

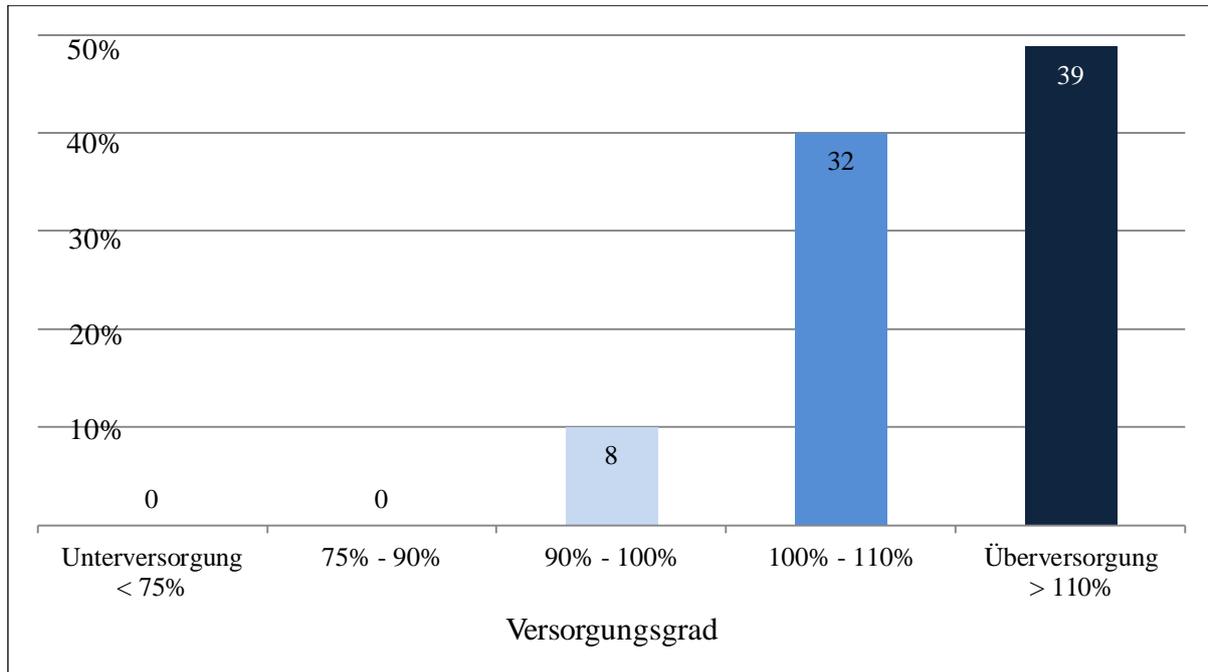
Abbildung 7: Zehn Landkreise mit dem höchsten und zehn Landkreise mit dem niedrigsten hausärztlichen Versorgungsgrad in Bayern 2011 (Darstellung nach Schmidt 2004, Daten der KVB)



Vergleicht man die Entwicklung der hausärztlichen Versorgung über die letzten drei Jahre so ist ein Absinken des Versorgungsgrades um über sechs Prozentpunkte in fast allen Planungsgebieten erkennbar (vgl. Daten der KVB). Besonders in den Landkreisen Hassberge (-6,4%), Dingolfing-Landau (-4,6%) und den überversorgten Gebieten wie Starnberg (-4,4%) und München (-4,1%) ist die Versorgungsdichte zurückgegangen (vgl. ebd.). Doch auch eine positive Entwicklung ist zu verzeichnen: in Passau (+0,6%), Würzburg (+0,8%) sowie den Landkreisen Deggendorf (+1,1%) und Eichstätt (+1,6%) hat sich die Lage verbessert (vgl. ebd.).

Des Weiteren zeichnet sich folgender Trend auch in den überversorgten Gebieten ab: 2009 waren knapp 47% (37) der 79 Planungsbezirke mit mehr als 110% hausärztlich überversorgt. 2010 stieg dieser Anteil sogar auf durchschnittlich 57% (45 Bezirke). Dieses Niveau konnte aber 2011 mit knapp 50% (39 Bezirke) nicht mehr gehalten werden (vgl. Abbildung 8).

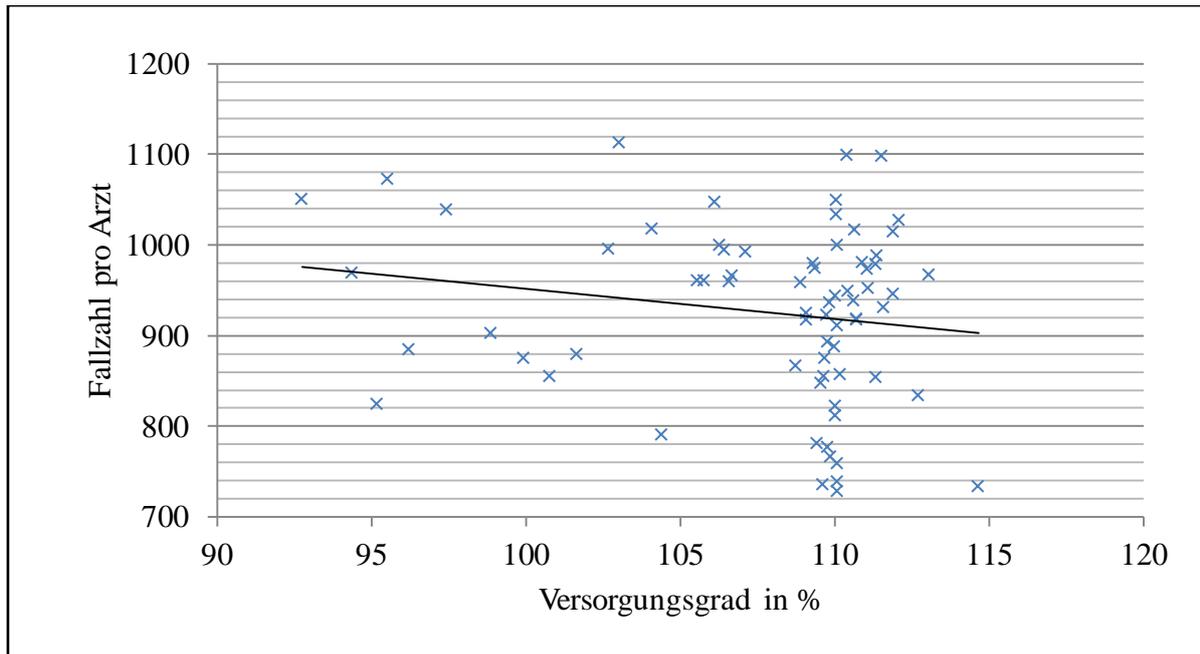
Abbildung 8: Hausärztlicher Versorgungsgrad in den 79 bayerischen Planungsbereichen 2011
(eigene Darstellung, Daten der KVB)



Um die hausärztliche Versorgung in Bayern darzustellen, sind die Versorgungsgrade sowie die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte auf der Ebene der Planungsbereiche (n= 79) analysiert worden. In diesem Zusammenhang wurde ein möglicher Einfluss des Versorgungsgrades auf die Anzahl der Fälle je Arzt mit Hilfe der Regressionsanalyse untersucht. Da der gesamte Wertebereich hinsichtlich der Anwendung einer Regression ungeeignet erscheint, insbesondere weil eine wesentliche Hebelwirkung auf die Regressionsgrade derjenigen Planungsbereiche zu erwarten ist, die eine deutliche Übersversorgung (>115%) aufweisen, wurden diese letzteren aus der Berechnung herausgenommen. In Bayern umfasste dies im Jahre 2011 insgesamt neun Planungsbezirke (vgl. Abbildung 7). Aus diesem Grund wurde in den folgenden Ausführungen statistisch mit 70 Planungsbereichen gerechnet.

Als Ergebnis konnte der Einfluss des Versorgungsgrades auf die Anzahl der Fälle je Arzt statistisch nicht nachgewiesen werden ($p=0,15$). Die statistischen Werte und die grafische Darstellung ergeben somit keine Anhaltspunkte, dass ein geringerer Versorgungsgrad in den einzelnen Planungsbezirken mit einer höheren Versorgungsleistung des einzelnen Arztes in Verbindung steht (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Einfluss des Versorgungsgrades auf die Anzahl der Fälle je Arzt, Hausärzte in Bayern 2011 (Darstellung nach Kopetsch 2010, Daten der KVB)



Hinsichtlich der angestellten Ärzten im ambulanten Bereich zeichnet sich diese Entwicklung ab: Waren Ende 2009 knapp 11% (2.624) der ambulant arbeitenden Ärzte angestellt, so stieg die Anzahl im Januar 2011 auf 12,4% (3.040) an (vgl. BLAEK 2010a, BLAEK 2011a). Zum Vergleich waren 2005 nur 1.834 (8%) der ambulanten Ärzte im Angestelltenverhältnis tätig (vgl. BLAEK 2006). Anfang 2012 waren 3.349 Ärzte oder 13,5% in ambulanten Praxen im Dienst (vgl. BLAEK 2012a). Damit hat sich die Zahl der Angestellten seit 2005 um 45% gesteigert.

4.1.2 Vergleich der Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit den Zahlen der Bayerischen Landesärztekammer

In diesem Abschnitt werden über den Zeitverlauf von 2009 bis 2011 die von der KVB erfassten Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit den Zahlen der Bayerischen Landesärztekammer gegenübergestellt. Es wird untersucht, ob eine Differenz besteht und wie sich die Zahl der privatärztlich abrechnenden Praxen an Hand von ausgewählten Facharztgruppen entwickelt hat. Beispielhaft werden ausgewählte Facharztgruppen wie Hausärzte, Internisten, Chirurgen und Dermatologen anhand folgender Methodik überprüft: Um die Zahlen vergleichbar zu machen wurde ähnlich verfahren, wie in Kapitel 3.1.1 für die Versorgungsgrade beschrieben. Zunächst wurden die entsprechenden Zahlen der

Facharztgruppe aus den Planungsblättern für das jeweilige Jahr summiert und anschließend der rechnerische Durchschnitt ermittelt.

Für die Facharztzahlen der BLAEK wurde folgendermaßen verfahren: Mit Hilfe der jeweiligen Facharztdefinition aus der Bedarfsplanungsrichtlinie von 2011 (BP-RL 2011) wurde anhand der in den Jahresberichten der BLAEK nach Facharzt-, Spezial- und Teilgebieten untergliederten Arztlzahlen aufsummiert. Die entsprechenden Haus- und Facharztdefinitionen der Bedarfsplanungsrichtlinien nach denen die Zahlen ermittelt wurden, finden sich in Kapitel 3.1.2.2.

Bei der Ermittlung der Arztlzahlen von BLAEK und KVB sind die angestellten Ärzte jeweils nicht berücksichtigt worden. In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse dargestellt:

Tabelle 13: Gegenüberstellung der ambulanten Versorgungszahlen von Kassenärztlicher Vereinigung und Bayerischer Landesärztekammer* (eigene Darstellung nach Daten der KVB, BLAEK 2010a, BLAEK 2011a, BLAEK 2012a)

		2009	2010	2011
KVB	Internisten	1269	1269	1256
	Hausärzte	8680	8634	8521
	Chirurgen	569	559	543
	Dermatologen	505	501	496
BLAEK	Internisten	3002	2972	2989
	Hausärzte	8447	8374	8261
	Chirurgen	456	464	461
	Dermatologen	614	614	616

*jeweils ohne angestellte Ärzte

Sowohl bei der BLAEK als auch der KVB ist eine Abnahme der Hausärztlzahl um 2,2% bzw. 1,8% festzustellen. Auffallend ist, dass die Anzahl der Chirurgen und der Hausärzte von der KVB stets mit höheren Zahlen ausgewiesen werden, als diejenigen der BLAEK. Bei den Dermatologen und den Internisten zeigt sich hingegen ein umgekehrtes Bild: hier sind die Zahlen der BLAEK über die Jahre 2009 bis 2011 beständig höher.

4.2 Auswertung des Fragebogens

In Kapitel 4.1 wurde der Ärztlmangel im ambulanten Bereich genauer untersucht. Mit Hilfe der durchgeführten Befragung aller bayerischen Krankenhäuser soll nun genauer auf die Versorgungslage im stationären Bereich eingegangen werden, um das Gesamtbild des Ärztlmangels in Bayern zu vervollständigen.

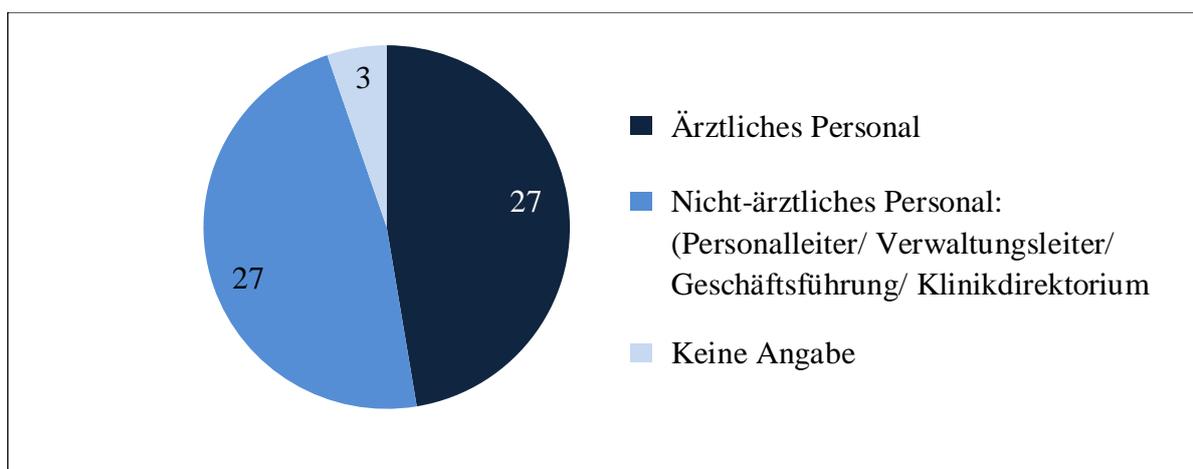
Zudem wird der Einsatz ausländischer Ärzte genauer untersucht. Es wird ermittelt, inwieweit ein Ärztemangel an bayerischen Kliniken herrscht und wie Führungspersonal den Einsatz ausländischer Ärzte hinsichtlich Sprach- und Fachkompetenz einschätzt.

4.2.1 Teilnehmer der Umfrage

In die Umfrage zum Thema Ärztemangel wurden insgesamt 329 bayerische Kliniken einbezogen, wovon 69 Kliniken daran teilnahmen. Eine vollständige Auswertung war bei 57 Kliniken möglich. Die verbleibenden 12 Krankenhäuser beantworteten aus unterschiedlichen Gründen die Umfrage nicht. Darunter waren drei Häuser, die keinen Ärztemangel aufweisen, vier riefen den Fragebogen ohne Beantwortung der Fragen auf und eine Klinik konnte aufgrund akuten Ärztemangels den Fragebogen nicht beantworten. Die übrigen vier Kliniken hatten weitere Gründe wie z.B. reine Belegarzt- oder Mischkliniken.

Die Umfrage war im Anschreiben an die Personalabteilung bzw. die ärztliche Leitung gerichtet¹⁶. Um unterscheiden zu können, wer den Fragebogen letztendlich beantwortete, sollte in der ersten Frage, neben den Kontaktdaten des Krankenhauses, ein Ansprechpartner und dessen Funktion angegeben werden. Zu gleichen Teilen haben ärztliches und nicht-ärztliches Personal den Fragebogen beantwortet. Bei drei Krankenhäusern war der Beantwortende nicht mehr zu ermitteln (vgl. Abbildung10).

Abbildung 10: Antworten nach Funktion in der Klinik (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



¹⁶ Das Anschreiben befindet sich im Anhang, Kapitel 9

4.2.2 Ärztestruktur an den Krankenhäusern

Im ersten Teil des Fragebogens wurden Daten bezüglich der Ärztestruktur des jeweiligen Krankenhauses abgefragt. Die Krankenhausgröße wurde an Hand der angegebenen ärztlichen Personalstärke bestimmt und auf dieser Basis in drei Kategorien unterteilt: klein, mittel und groß. Diese Aufteilung wurde für die Auswertung aller Fragen beibehalten. In Tabelle 14 sind die Ergebnisse dargestellt.

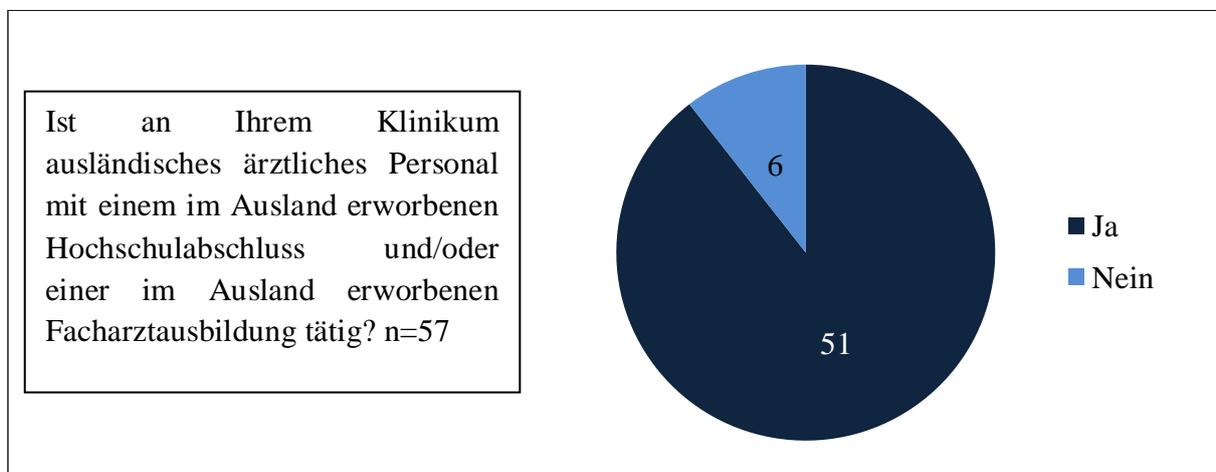
Tabelle 14: Klinikgröße und Anzahl ärztlicher Mitarbeiter (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Klinikgröße	Anzahl ärztliche Mitarbeiter	Nennungen
klein	2-50	34
mittel	51-500	16
groß	ab 500	4

n=57; Ohne Angabe: n=3

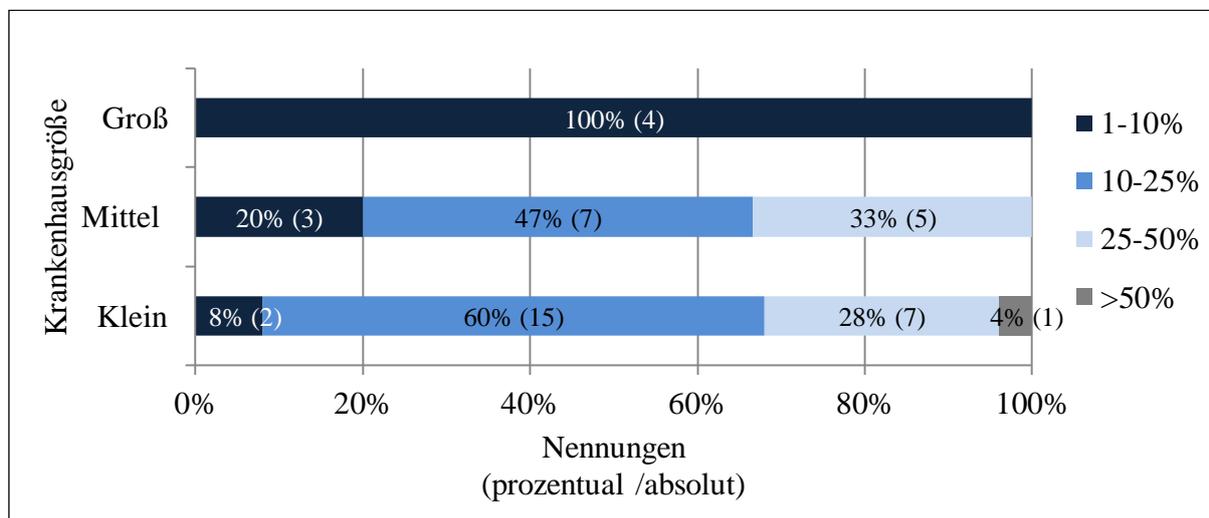
An der Befragung nahmen überwiegend kleinere Häuser (63%) mit bis zu 50 ärztlichen Mitarbeitern teil. Kliniken von mittlerer Größe waren zu 30% vertreten. Größere Häuser mit über 500 Ärzten waren mit 7% an der Umfrage beteiligt. Im Hinblick auf angestellte ausländische Ärzte gaben fast 90% der Krankenhäuser an, Ärzte mit einem im Ausland erworbenen Hochschulabschluss und/oder einer im Ausland erworbenen Facharztausbildung zu beschäftigen (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Anteil der Krankenhäuser mit ausländischem ärztlichem Personal (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



Um einen Eindruck zu gewinnen, welcher Anteil ausländischer Ärzte an bayerischen Krankenhäusern beschäftigt ist, sollten die Befragten angeben, wie viele ausländische Ärzte am Klinikum tätig sind. Diese Anzahl wurde auf die Gesamtärztezahl bezogen, wobei Fachärzte, Assistenzärzte und Gastärzte in die Berechnung einbezogen wurden. Der Anteil aller ausländischen Ärzte an der Gesamtärztezahl beläuft sich bei der Hälfte der Nennungen auf 10-25%. Ein Viertel der Kliniken beschäftigt bis zu 50% ausländische Ärzte, ein Krankenhaus sogar 62,5%. Bezieht man diesen Anteil auf die Klinikgröße, so stellt sich heraus, dass überwiegend kleine Häuser vermehrt ausländische Fachkräfte beschäftigen. In Abbildung 12 die Ergebnisse im Überblick dargestellt.

Abbildung 12: Prozentualer Anteil ausländischer Ärzte nach Klinikgröße* (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



*Erläuterungen: n=57, Nennungen n=44, 6 Kliniken ohne ausländisches Personal, 7 Kliniken ohne Antwort

Die 57 befragten Krankenhäuser beschäftigen in Summe 720 ausländische Ärzte, davon sind 63% Assistenzärzte, 22% Fachärzte und 15% Gastärzte. Betrachtet man die Klinikgröße und die Anzahl der beschäftigten ausländischen Ärzte, so wird ersichtlich, dass kleinere und mittlere Häuser überwiegend Assistenzärzte beschäftigen. In mittleren und großen Kliniken machen Fachärzte annähernd ein Viertel der ausländischen Ärzte aus. Mit über 40% sind Gastärzte prozentual am stärksten an großen Kliniken vertreten (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Klinikgröße und Anteil ausländischer Ärzte nach Status*(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Klinikgröße (ärztliche Mitarbeiter)	Fachärzte	Assistenzärzte	Gastärzte	Gesamt
Klein (2-50)	16,1	81	2,9	100
Mittel (51-500)	23,6	72,2	4,2	100
Groß (ab 500)	21,4	35	43,6	100

* Erläuterungen: n= 57, Nennungen n=44, 6 Kliniken ohne ausl. Personal, 7 Kliniken ohne Antwort; Angaben in %; Basis: Gesamtzahl der ausländischen Ärzte

Die Herkunftsländer der ausländischen Ärzte konzentrieren sich dabei überwiegend auf die Staaten der europäischen Union (86 Nennungen) und insbesondere die angrenzenden Nachbarstaaten. Überwiegend aus Rumänien (17), Ungarn (11) und Griechenland (11) stammen die ausländischen Kollegen. Besonders viele Ärzte aus den Nachbarländern Bayerns wie Österreich (16) und Tschechien (11) sind an den Kliniken tätig.

Eine ebenso große Anzahl kommt aus der ehemaligen Sowjetunion (14). Ein geringerer Anteil stammt aus weiteren Teilen der Welt: arabischer (12) und asiatischer Raum (3) sowie Südamerika (3) (vgl. Tabelle 16). Insgesamt kommen 64% der ausländischen Ärzte aus den Staaten der Europäischen Union. Damit liegen die bayerischen Krankenhäuser 10% unter dem Bundesdurchschnitt (74%) (vgl. Kapitel 1.6.2). Aus dem restlichen europäischen Ausland kommen 21% der Ärzte, der arabische Raum ist mit 9% vertreten (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Herkunftsländer der ausländischen Ärzte* (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

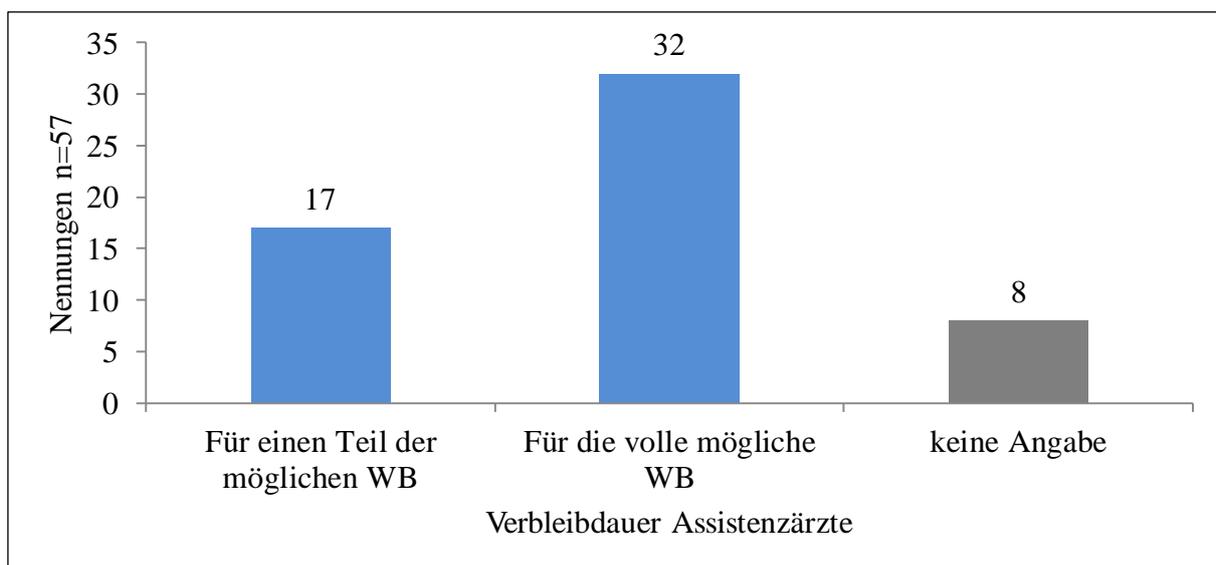
Europa EU				Europa - Nicht EU		Arabischer Raum		Sonstige	
Österreich	16	Bulgarien	3	Türkei	1	Syrien	3	China	2
Rumänien	17	Ungarn	11	Kroatien	2	Ägypten	2	Kolumbien	1
Polen	7	Griechenland	11	Ukraine	5	VAE	2	Argentinien	1
Italien	3	Spanien	1	Russland	14	Irak	1	Mexiko	1
Tschechien	11	Niederlande	1	Osteuropa	3	Armenien	1	Mongolei	1
Slowakei	4	Lettland	1	Serbien	1	Marokko	1	Georgien	1
				Moldawien	1	Israel	1	Kamerun	1
				ehem. Jugoslawien	1	naher Osten	1		

*Erläuterungen: 47 Antworten insgesamt, 134 Nennungen, Mehrfach-Nennungen möglich

4.2.3 Beschäftigungsdauer ausländischer Ärzte

Eine wichtige Größe, zur langfristigen Kalkulation des Ärztemangels, zeigen die Umfrageergebnisse hinsichtlich der Dauer der Beschäftigung von ausländischen Assistenz- und Fachärzten. Für die volle mögliche Weiterbildungs- bzw. Ausbildungsdauer verbleiben 65% und damit der größte Teil der Assistenzärzte am Klinikum. Ein Drittel verbleibt nur für einen Teil der Weiterbildung (vgl. Abbildung 12).

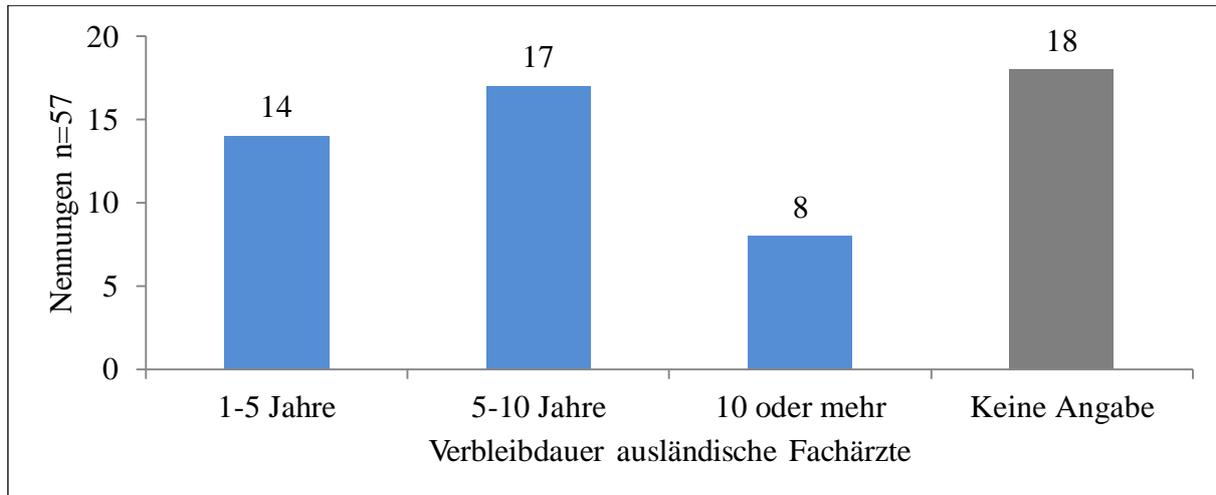
Abbildung 12: Dauer der Beschäftigung von ausländischen Assistenzärzten (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



Da die Weiterbildungsermächtigungen an den Kliniken in den Fachabteilungen unterschiedlich sind, fällt auch die Dauer der Beschäftigung für Assistenzärzte unterschiedlich aus. Ausländische Assistenzärzte, die einen Teil der Weiterbildung am Klinikum ableisten, verbleiben zwischen 6 und 36 Monaten. Durchschnittlich ergeben sich für eine Teilausbildung 22,3 Monate (n=18). Für die volle Weiterbildung bleiben die ärztlichen Kollegen zwischen 24 und 72 Monaten, im Durchschnitt sind 46,5 Monate zu ermitteln (n=30).

Für ausländische Fachärzte zeigt sich folgendes Bild: Über ein Drittel der Fachkräfte ist nur kurzfristig zwischen ein und fünf Jahren am Klinikum beschäftigt. Länger als fünf Jahre verbleiben dagegen 64% der ausländischen Akademiker. Davon sind 20% langfristig, d.h. mehr als 10 Jahre in ihrer Funktion als Facharzt tätig (vgl. Abbildung 13). Dass die Beschäftigungsdauer eher langfristig orientiert ist, zeigt der Kommentar eines ärztlichen Leiters: „ausländische Ärzte bleiben häufig lange in unserer Klinik, unabhängig von Weiterbildungszeiten“ (Antwort eines Teilnehmers, Frage 13).

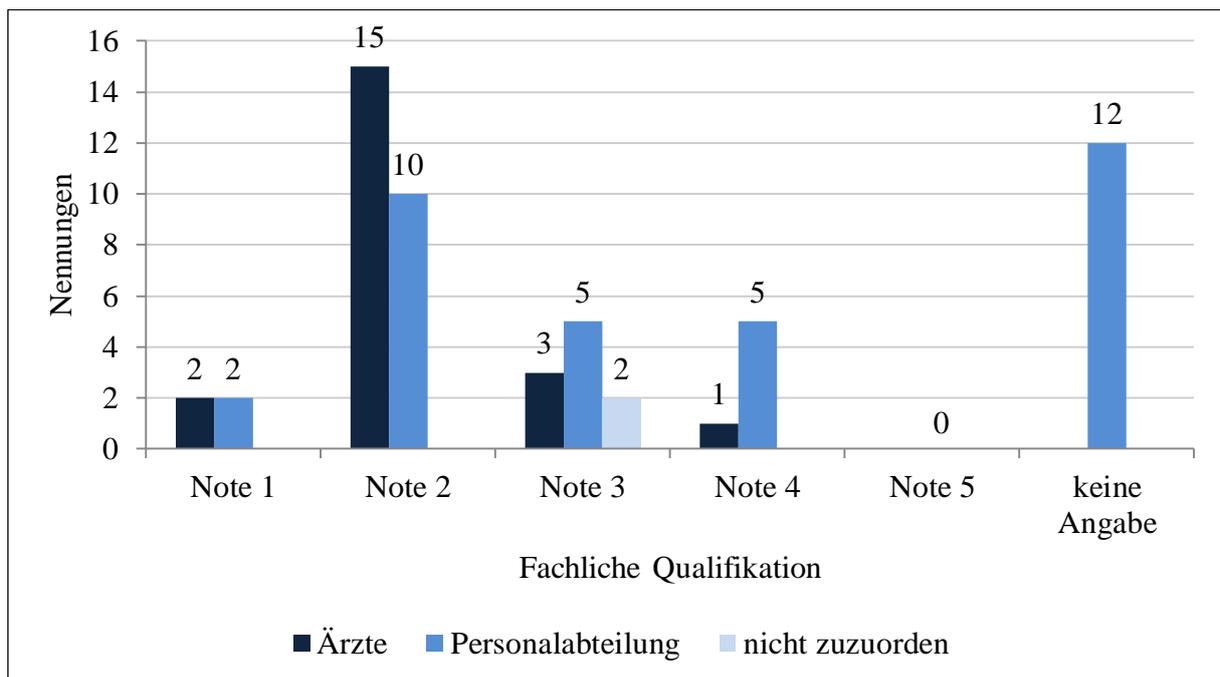
Abbildung 13: Dauer der Beschäftigung von ausländischen Fachärzten (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



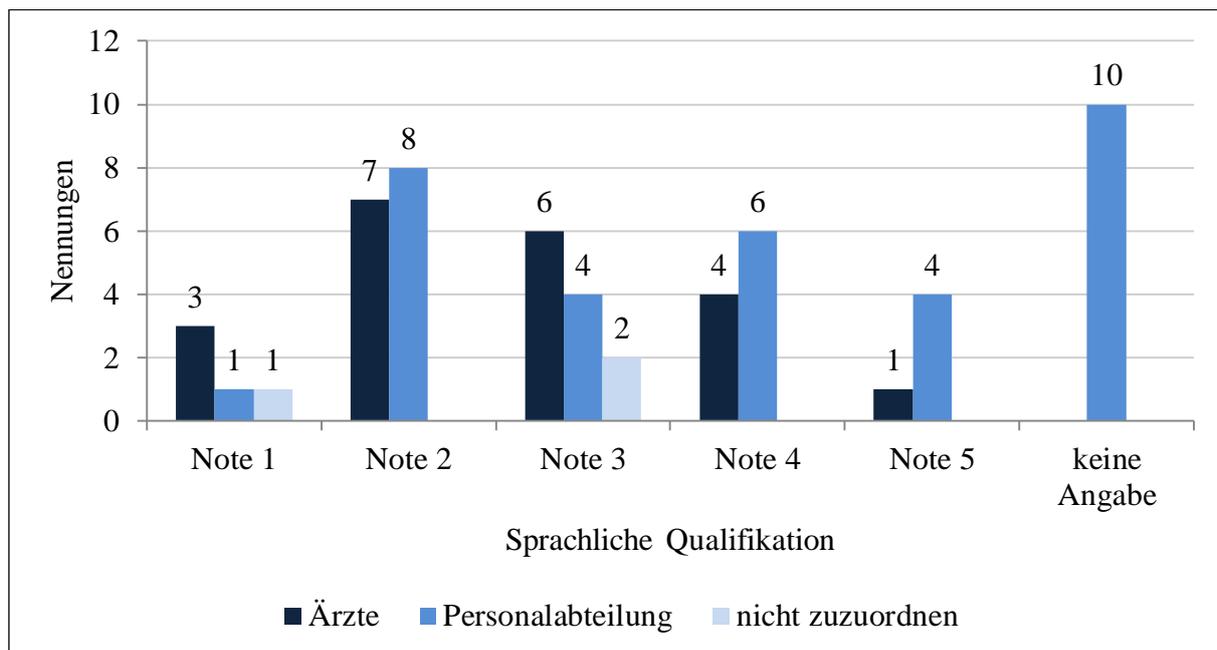
4.2.4 Sprach- und Qualifikationsniveau ausländischer Ärzte

Darüber hinaus wurde die Frage nach Einschätzung der fachlichen und sprachlichen Fähigkeiten gestellt. Die Befragungsteilnehmer konnten an Hand der Schulnoten 1 bis 5 die fachlichen und sprachlichen Kompetenzen Ihrer angestellten ausländischen Ärzte beurteilen. (vgl. Abbildungen 14 und 15).

Die fachliche Qualifikation wurde von insgesamt 45 Befragten beantwortet. 12 Kliniken gaben keine Antwort. Bei zwei befragten Kliniken war der Beantwortende nicht zu ermitteln. Die Bewertung erfolgte annähernd zu gleichen Anteilen von ärztlichem Führungspersonal (21 Stimmen) und Personal- bzw. Klinikleiter (22 Stimmen). Im Unterschied zu den ärztlichen Leitern bewerteten Personal- bzw. Klinikleiter die fachliche Kompetenz der ausländischen Kollegen schlechter. Während über ein Viertel des ärztlichen Führungspersonals die Schulnote 2 vergaben, bewerteten nur 17% der Personalchefs die fachlichen Fähigkeiten als gut. Eine ausgezeichnete Einschätzung der fachlichen Qualifikation im klinischen Alltag erfolgte lediglich von sieben Prozent der Teilnehmer. Knapp 30% der Kliniken schätzten die Qualifikation im Bereich befriedigend oder gar nur ausreichend ein. Mangelhafte fachliche Kenntnisse wurden den ausländischen Kollegen nicht bescheinigt. Insgesamt stuften Personalchefs die fachliche Leistung schlechter ein als ärztliche Führungskräfte. Allerdings sind die Kliniken mit einem Durchschnittswert von 2,4 (Median $z=2,0$) grundsätzlich mit den fachlichen Fähigkeiten ihrer ausländischen Mitarbeiter sehr zufrieden (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Bewertung der fachlichen Qualifikation (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Neben der fachlichen Qualifikation spielen auch die sprachlichen Kompetenzen im klinischen Alltag eine wesentliche Rolle. Insgesamt beantworteten 47 Krankenhäuser die Frage nach Sprachfertigkeiten ihrer Angestellten. 10 Kliniken verblieben ohne Antwort. Bei drei befragten Kliniken war der Beantwortende nicht zu ermitteln. Die Bewertung erfolgte durch ärztliches Führungspersonal mit 21 Stimmen und durch Personal- bzw. Klinikleiter mit 23 Stimmen. Die Verteilung ist in Abbildung Nr. 15 dargestellt. Sieben Prozent der Teilnehmer schätzten die sprachlichen Fertigkeiten als sehr gut ein wobei überwiegend ärztliche Führungskräfte mit den Sprachkenntnissen sehr zufrieden waren. Über ein Viertel der Antworten, sowohl von ärztlicher Seite als auch aus der Sicht der Personalabteilungen, bescheinigten im Hinblick auf den klinischen Alltag gute Sprachkenntnisse. Während noch 21% zufriedenstellende Bewertungen abgaben, vergaben knapp 32% der Kliniken nur ausreichende und mangelhafte Schulnoten. Schlechter wurden die Kommunikationsfähigkeiten der ausländischen Ärzte überwiegend durch Personal- bzw. Klinikleiter beurteilt (17% im Bereich Note 4 und 5), während sich ärztliche Leiter überwiegend zufrieden zeigten (nur 9% im Bereich Note 4 und 5). Mit einem Durchschnittswert von 2,9 (Median $z=3,0$) stufen die Kliniken die sprachlichen Fähigkeiten ihrer ausländischen Mitarbeiter letztlich als befriedigend ein.

Abbildung 15: Bewertung der sprachlichen Qualifikation (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Die "Qualität" ausländischer Ärzte, hinsichtlich ihrer Qualifikation und Integration, ist dabei nach Aussagen einer teilnehmenden Klinik sehr unterschiedlich. „*Manche integrieren sich gut, entwickeln sich weiter (sprachlich wie fachlich), machen Karriere und werden zu langjährigen guten Mitarbeitern. Andere haben Hemmungen im persönlichen Umgang und Integrationsprobleme. Neben schlechterer fachlicher Ausbildung ist die Sprache oft das größte Problem*“ (Antwort eines Teilnehmers, Frage 13).

Eine weitere Klinik stellte fest, dass insbesondere in Fachbereichen, die im klinischen Alltag viel Kommunikation erfordern, wie z.B. die Psychotherapie, Sprach- und kulturelle Probleme den effektiven Einsatz behinderten (vgl. ebd.). Für ein anderes Klinikum besteht das Sprachproblem der ausländischen Ärzte vor allem im Verständnis des lokalen Dialekts (z.B. Niederbayerisch) (vgl. ebd.). Ein weiteres angegebenes Problem tritt beim Telefonieren im Bereitschaftsdienst auf. Hier könne nie sichergestellt werden, ob Anordnungen auch tatsächlich verstanden werden (vgl. ebd.).

4.2.5 Beurteilung des B2 Sprachniveaus

Bezüglich der sprachlichen Qualifikationen ausländischer Ärzte wurden die Kliniken befragt, wie sie das B2 Sprachniveau, welches zur Erteilung der deutschen Approbation oder

Berufserlaubnis notwendig ist¹⁷, einschätzen. Entsprechend den Erfahrungen des jeweiligen Beantwortenden, sollte beurteilt werden, inwieweit dieses Sprachlevel den Anforderungen im klinischen Alltag genügt. Abgestuft wurde in gleichen Abständen zwischen „entspricht voll den Anforderungen“ bis zu „reicht für den klinischen Alltag nicht aus“.

Von den 57 Befragten beurteilten 50 ärztliche Leiter und Personalleiter das B2 Zertifikat im Hinblick auf die klinische Alltagstauglichkeit. Hier stufte knapp die Hälfte der Befragten (47,3%) dieses Sprachniveau als nichtvollständig ausreichend für den klinischen Alltag ein. Lediglich 8,7% beurteilten das B2 Zertifikat als adäquat, um für den ärztlichen Arbeitsalltag sprachlich gewappnet zu sein. Ein Drittel der Befragten tendiert zur Mitte.

Zu unterscheiden ist nach der Funktion in der Klinik. Festzustellen ist, dass ärztliche Leiter das B2 Sprachniveau nicht wesentlich besser einschätzen als Personalleiter. Im Gegenteil, sowohl ärztliche Leiter als auch Personalleiter stufen einstimmig das B2 Niveau mit je 10,5% als unzureichend ein (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Beurteilung des B2 – Sprachzertifikats von Führungspersonal an bayerischen Krankenhäusern*(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Das B2 Sprachzertifikat ist für die Erteilung der Berufserlaubnis nach §10 BÄO bzw. für die Erteilung der Approbation für ausländische Ärztinnen und Ärzte notwendig. Entsprechend Ihren Erfahrungen, wie würden Sie dieses Sprachniveau im Hinblick auf die Anforderungen im klinischen Alltag einstufen?	entspricht voll den Anforderungen					reicht für den klinischen Alltag nicht aus				
										
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Ärztliche Leiter (21)	0	2 (3,5)	9 (15,8)	4 (7,0)	6 (10,5)					
Personalleiter (26)	0	2 (3,5)	7 (12,3)	11 (19,2)	6 (10,5)					
Nicht zuzuordnen (3)	1 (1,7)	-	2 (3,5)	-	-					
Gesamt (n=57, keine Angabe=7)	1 (1,7)	4 (7,0)	18 (31,6)	15 (26,3)	12 (21,0)					

*Angaben in absoluten Zahlen, in Klammern in %

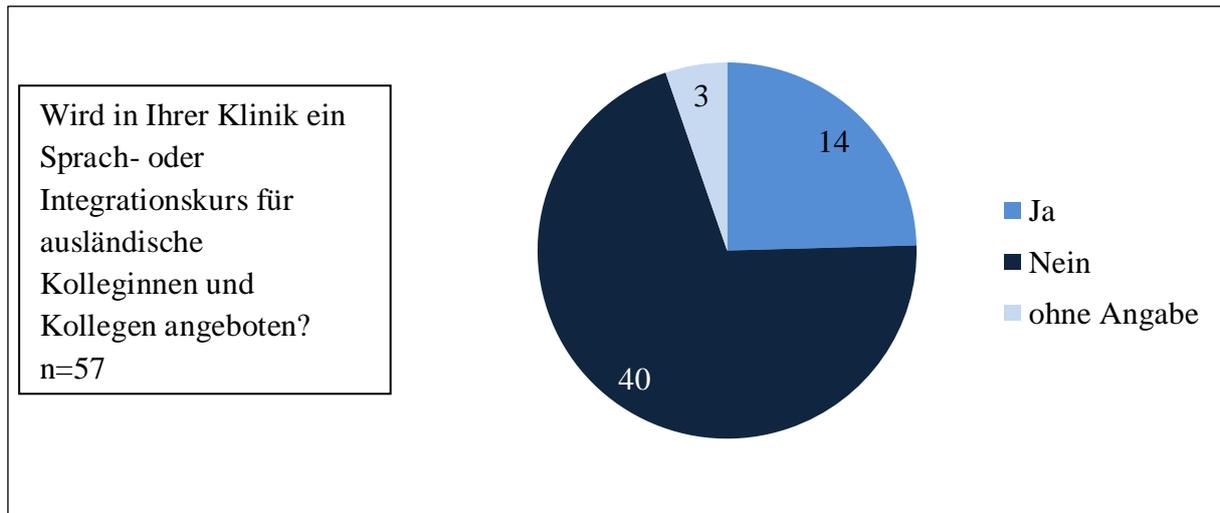
4.2.6 Sprachförderung und Integration

Neben der Frage nach den vorhandenen sprachlichen Fähigkeiten der ausländischen Kollegen besteht auch die Frage nach der Förderung von Integration und sprachlicher Kompetenz.

¹⁷ Vgl. Kapitel 1.5.1

Obwohl über 90% der Häuser über ausländisches Personal verfügen sind bieten nur rund ein Viertel entsprechende Kurse an. Über 70% verfügen dagegen nicht über die Möglichkeiten um die Integration bzw. die sprachlichen Fähigkeiten der ausländischen Kollegen zu fördern (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Sprach- oder Integrationskurse an den Kliniken (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



Falls Sprach- oder Integrationskurse angeboten werden, sollten die befragten Kliniken die Art des Angebots angeben. Von den 14 Antworten gaben 15% (2 Antworten) der Krankenhäuser an, Kurse im Gesamtunternehmen oder hausintern durchzuführen. Konversationstrainings, Schulungskurse zum Beispiel zur elektronischen Krankenakte (EKA) und Deutschkurse werden explizit von 50% (7 Antworten) der Kliniken durchgeführt. Eine Klinik bietet zudem einen „Relocation-Service“ (Angebot zur Umzugshilfe) an.

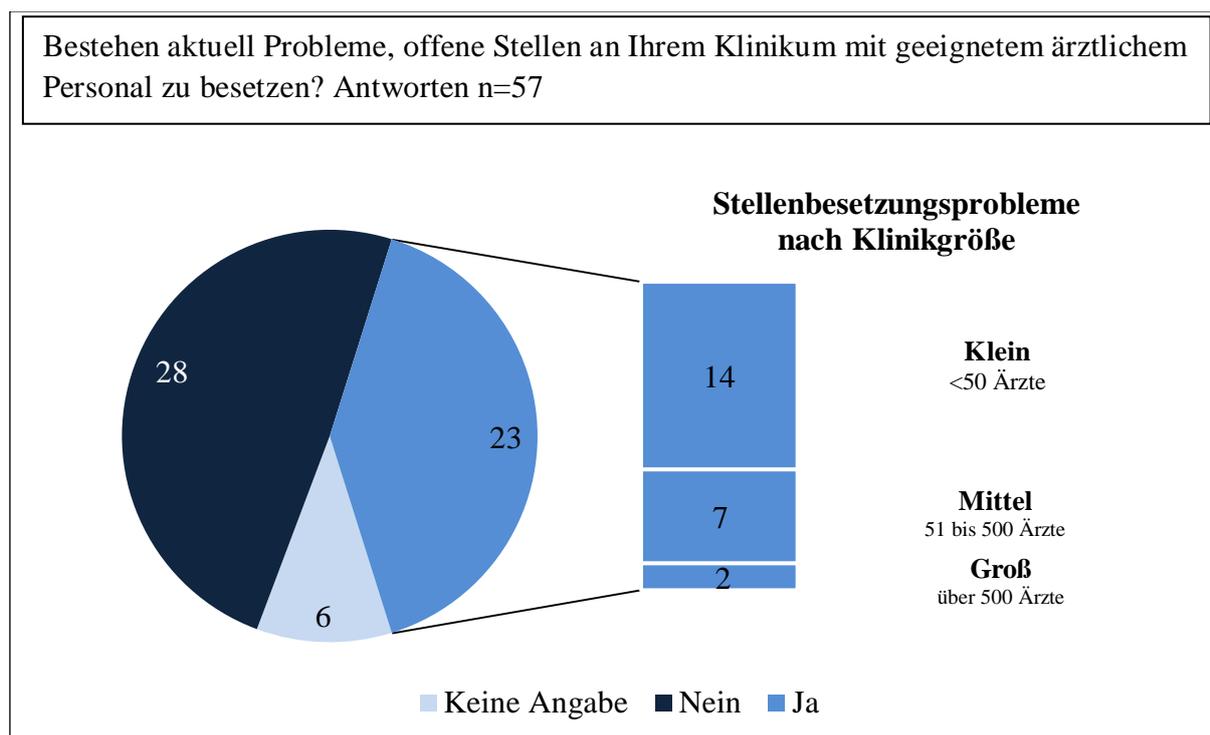
Auch externe Kooperationspartner wie die Volkshochschule oder das VIA Institut Nürnberg wurden von knapp 30% (4 Antworten) benannt. Außerdem wurden spezielle Sprachförderprogramme beispielsweise über den Bezirk Schwaben genannt.

4.2.7 Stellenbesetzungsprobleme bayerischer Krankenhäuser

Um der Frage nach einem Ärztemangel an Bayerns Kliniken nachzugehen wurde die Frage nach Stellenbesetzungsschwierigkeiten gestellt. Vakante Stellen mit geeigneten Bewerbern zu besetzen, scheint für viele Kliniken in Bayern kein Problem darzustellen (vgl. Abbildung 17). Knapp die Hälfte der Befragten (49%) gab dabei an, keine Probleme in der Stellenbesetzung zu haben. Nach Angaben vieler Kliniken kann der ärztliche Personalbedarf durch Spontan- bzw. Initiativbewerbungen oder Übernahme von Studenten im Praktischen Jahr grundsätzlich

ausreichend gedeckt werden. Jedoch ist die „*Arztsituation im Vergleich zu früher schwieriger*“ was sich auch in den starkrückläufigen Bewerberzahlen niederschlägt (Antwort eines Teilnehmers, Frage 13). Trotzdem konnten die Hälfte aller Kliniken die freien Stellen termingerecht auch ohne den Einsatz ausländischer Ärzte besetzen. Dagegen klagen über 40% (23) der Krankenhäuser darüber, Vakanzen nicht adäquat besetzen zu können. Ein Klinikum gab an, dass der Ärztemangel so stark sei, dass auch monatelange Ausschreibungen von Arztstellen erfolglos waren. In einem anderen Klinikum seien im Fachbereich Anästhesie europaweit keine geeigneten Bewerber zu finden. Zudem würde es in einem anderen Haus an Fachärzten für Pneumologie und Thoraxchirurgie fehlen (vgl. ebd.). Diese seien nur sehr schwer zu rekrutieren und auch hier könne man passendes Fachpersonal europaweit nicht akquirieren. Diese Problematik verschärft sich zunehmend und allgemein seien nur sehr wenige deutsche Bewerber/-innen für Arztstellen vorhanden (vgl. ebd.).

Abbildung 17: Probleme offene Stellen zu besetzen (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

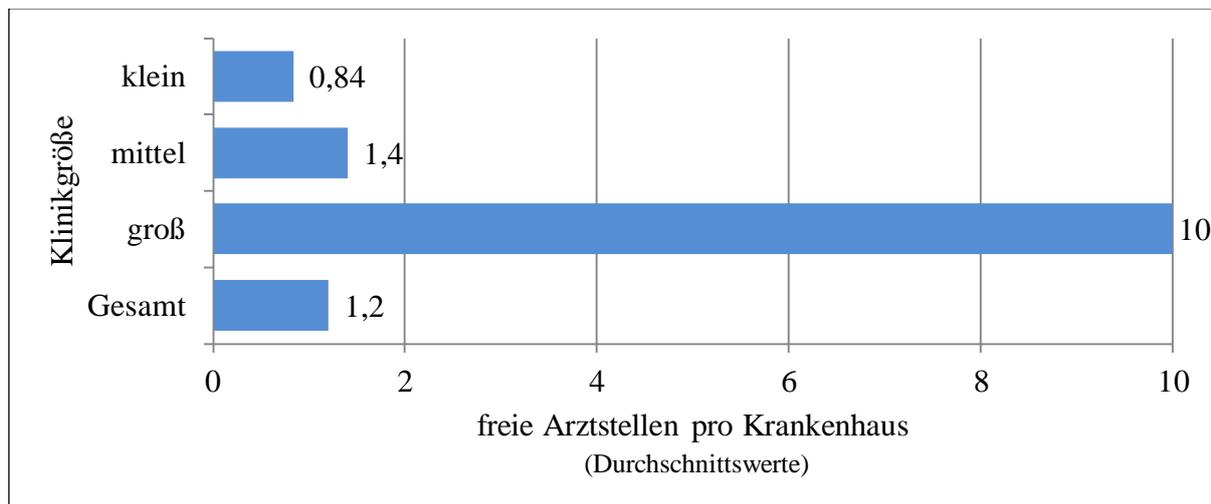


Aus den oben dargelegten Aussagen wird ein über alle Fachrichtungen hinweg bestehendes Problem deutlich. Es wurde angegeben, dass „*es wie mittlerweile fast überall Schwierigkeiten gibt, geeignete Kollegen zu finden um Stellen zu besetzen*“ (Antwort eines Teilnehmers, Frage 13). Insbesondere besteht eine Mangelsituation für spezialisierte Fachkräfte oder für Positionen bei denen Spezialkenntnisse oder Zusatzbezeichnungen erforderlich sind. Als

solche „besonderen Stellen“ wurde z.B. eine vakante Stelle für einen „*Facharzt mit Qualifikation als Strahlentherapeut und gleichzeitig als Radiologe*“ angegeben (ebd.).

Die Zahl der unbesetzten Stellen, sowie die Frage nach Stellenbesetzungsproblemen geben Aufschluss über das Ausmaß des Ärztemangels. In der Befragung geben 84% der bayerischen Krankenhäuser an, unbesetzte Stellen zu haben. Die Kliniken mit Stellenbesetzungsproblemen konnten nach eigenen Angaben im Mittel 1,2 Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen. Die Anzahl offener Stellen variiert zwischen durchschnittlich 0,84 in den kleinen Häusern und 10 in den größeren Krankenhäusern. In Kliniken der mittleren Größe sind 1,4 Stellen nicht besetzt (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst nach Krankenhausgröße (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



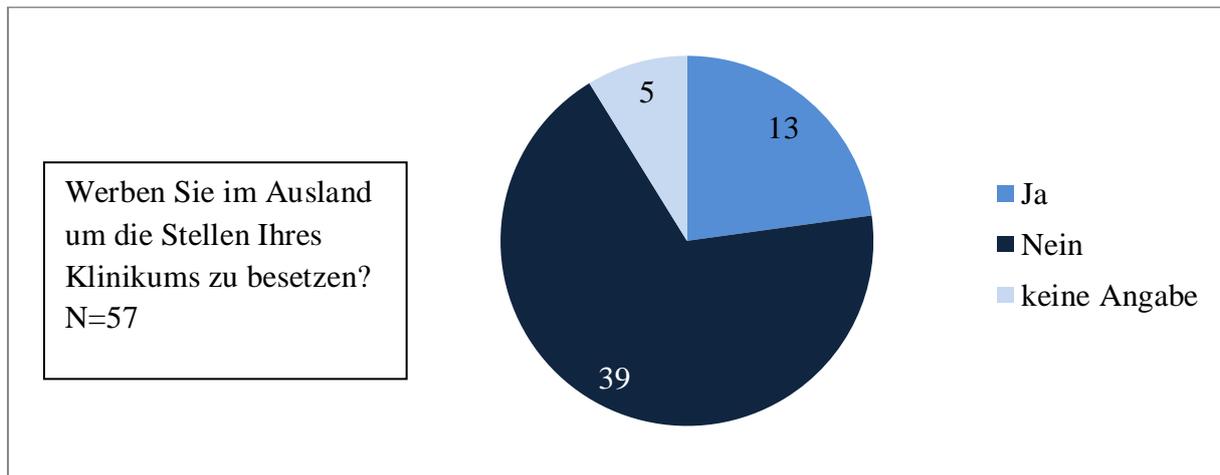
Untersucht man die Besetzungsprobleme nach Klinikgröße¹⁸, so ergab die Befragung, dass insbesondere kleinere Häuser mit weniger als 50 ärztlichen Mitarbeitern Schwierigkeiten aufweisen, ärztliches Personal zu finden. Unter den 23 Kliniken mit Stellenbesetzungsproblemen sind zu 60% kleinere Häuser vertreten. Lediglich 8% der großen bayerischen Lehr-, Kommunal- und Universitätskrankenhäuser weisen Personalprobleme auf (vgl. Abbildung17).

Um letztendlich vakante Stellen zu besetzen, greifen die Personalabteilungen der Klinken auf verschiedene Möglichkeiten zurück. Neben der klassischen Stellenwerbung auf dem lokalen ärztlichen Arbeitsmarkt gehen manche Personalabteilungen auf Grund der angespannten

¹⁸Die Klinikgröße wird in Tabelle 14 definiert.

Situation sogar schon so weit, Stellenausschreibungen im Ausland zu schalten und auf Ärztemessen im europäischen Ausland zu werben. Annähernd ein Viertel (23%) wirbt bereits im Ausland für medizinischen Nachwuchs, während 70% noch auf den lokalen Arbeitsmarkt zurückgreifen (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Personalwerbung im Ausland (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



Personalwerbung wird von den Kliniken überwiegend im europäischen Ausland betrieben. Mit den häufigsten Nennungen steht das Nachbarland Österreich an erster Stelle, gefolgt von Tschechien. Hier wurde die Ärztemesse in Prag explizit genannt. Auch andere osteuropäische Länder wie Ungarn, Bulgarien, Slowenien oder die baltischen Staaten wurden angeführt. Südliche EU Staaten wie Griechenland oder Spanien sind weniger häufig vertreten. Auch das entfernte Georgien kommt für eine Klinik zur Personalwerbung in Betracht. Diese Ergebnisse stehen mit den Herkunftsländern der ausländischen Ärzte im Einklang, wonach der größte Anteil von österreichischen und tschechischen Ärzten gebildet wird.

5. Diskussion

5.1 Versorgung im ambulanten Bereich

Die Zahlen für Bayern, die im ambulanten Bereich erhoben wurden, verdeutlichen, dass die fach- als auch hausärztliche Versorgung in Bayern rein statistisch sichergestellt ist. Mit einer über 90%-igen Überversorgung der Planungsbereiche für die Facharztgruppen scheint ein Ärztemangel weit entfernt. Ähnliches gilt für Hausärzte, bei denen eine 50%-ige Überversorgung in immerhin 40 von 79 Planungsbereichen identifiziert wurde (vgl. Kapitel 4.1.).

In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die begründete Frage nach dem Fachärztemangel und den hausärztlichen Versorgungslücken, die allorts spürbar sind. Dass die erhobenen Zahlen die Versorgungsrealität nicht ausreichend abdecken können, zeigen die folgenden Aspekte:

Erstens können statistische Erhebungen nicht die tatsächliche Anzahl der Hausärztinnen und -ärzte erfassen, die den Versorgungsauftrag in Bayern erfüllen (vgl. KVB 2011: 1f.). In Kapitel 4.1.2 konnte beispielhaft gezeigt werden, dass je nach Erhebungsverfahren der Institutionen KVB und BLAEK unterschiedliche Versorgungszahlen für den Haus- bzw. Facharztbereich vorliegen. Diese Differenz könnte sich beispielsweise durch den Anteil der Niedergelassenen ohne Kassenzulassung bzw. Privatärzte erklären. Die unterschiedlichen Zahlen ergeben sich zudem daraus, dass nur die niedergelassenen Ärzte ohne Angestellte in den Berechnungen berücksichtigt wurden. Insgesamt ist zusammen mit den angestellten Ärzten ein Arztzahlenanstieg festzustellen; der Anteil der Zugelassenen verschiebt sich aber gegenüber den Angestellten (vgl. Kapitel 1.4.2; Kapitel 4.1.1; Tabelle 3). Zugelassene werden in der Tendenz somit weniger, jedoch bei steigenden Gesamt-Arztzahlen. Ob die ermittelten Unterschiede und Annahmen nur für die ausgewählten Beispiele gelten oder auf alle Facharztgruppen anzuwenden sind, muss in weiteren Berechnungen gezeigt werden.

Weitere Gründe bezüglich der abweichenden Arztzahlen ergeben sich durch die unterschiedliche Zählweise der Ärzte. Hervorzuheben sind dabei die unterschiedlichen Haus- und Facharztdefinitionen von BLAEK und KVB.

Die Erhebungsmethode der KVB erfolgt nach den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie und den darin enthaltenen Facharztdefinitionen (vgl. Kapitel 3.1.2.2). Der Zugang von Ärzten zum System der vertragsärztlichen Versorgung wird von der KVB auf Grundlage der Bedarfsplanung gesteuert. Somit sind in den Planungsblättern ausschließlich

bedarfsplanungsrelevante Ärzte erfasst, die in den §11 ff. der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie 2013 definiert sind (vgl. BP-RL 2012). Mit der Zulassung entsteht für den Arzt die Berechtigung und gleichzeitig die Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. KVB 2013b: 1). Entsprechend dem Umfang des Versorgungsauftrags wird die ärztliche Tätigkeit dann mit einem Anrechnungsfaktor in der Bedarfsplanung berücksichtigt (vgl. ebd.).

Die Statistik der BLAEK hingegen ermittelt die reine numerische Anzahl („Köpfe“) von Ärztinnen und Ärzten zu einem bestimmten Stichtag in den jeweiligen ärztlichen Tätigkeitsbereichen (vgl. BLAEK 2012b: 26). Merkmale wie beispielsweise Anrechnungsfaktor, Zulassungsumfang oder Ort der ärztlichen Tätigkeit können aber aus den Zahlen nicht ermittelt werden (vgl. ebd.).

Zudem erschweren entsprechende Bundesvorgaben in den Bedarfsplanungsrichtlinien für die Kassenärztlichen Vereinigungen eine adäquate Versorgungsplanung. Dies führte am Beispiel der hausärztlichen Versorgung in Bayern so teilweise zu unbefriedigenden Ergebnissen. Im Jahre 2011 waren in Bayern 9285 Hausärzte im ambulanten Bereich tätig (vgl. KVB 2011). Von dieser Zahl waren aber nach Aussagen der KVB rund 1.600 Hausärzte nicht typisch hausärztlich tätig sind (vgl. ebd.). Somit sind also rund 20% der Ärzte, die in den Statistiken im hausärztlichen Versorgungsbereich aufgeführt werden, nicht direkt an der Umsetzung des hausärztlichen Versorgungsauftrags beteiligt. Diese Ärzte erbringen schwerpunktmäßig Leistungen aus dem fachärztlichen Bereich und ihre Kapazität fehlt damit in der klassischen hausärztlichen Versorgung (vgl. ebd.).

Zweitens wurde in Kapitel 4.1.1.2 mit Hilfe der Regressionsanalyse ein möglicher Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Versorgungsgrad ermittelt. Kopetsch konnte für die neuen Bundesländer zeigen, dass ein statistischer Zusammenhang zwischen den Fallzahlen und dem Versorgungsgrad besteht (Kopetsch 2010: 86f.). Für Bayern wurde die Vermutung, dass bei niedrigen Versorgungsgraden sehr hohe Durchschnittsfallzahlen erwartet werden können, statistisch jedoch nicht bestätigt. Zusätzlich muss die Analyse auch hinsichtlich folgender Aspekte mit Einschränkungen betrachtet werden. Aufgrund der Hausarztverträge nach §73b SGB V sind die durchschnittlichen Fallzahlen bei Hausärzten nur bedingt vergleichbar (vgl. Daten der KVB). Auch die behandelten Privatpatienten sind in den Fallzahlen der KVB nicht berücksichtigt.

Drittens muss als weiterer Aspekt auch die Methodik der Bedarfsplanung selbst kritisch untersucht werden. Scheinbar kann mit der Bedarfsplanungsrichtlinie nur unzureichend ein objektives Bild von Regionen mit Über- und Unterversorgung dargestellt und nur teilweise die Versorgungsrealität erfasst werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen dabei strengen bedarfsplanungsrechtlichen Regeln hinsichtlich der Versorgungsplanung ohne ausreichende Handlungsspielräume, flexibel und lokalspezifisch die Versorgung vor Ort besser steuern zu können. Auch die Auswertung der bereitgestellten Planungsblätter und Fallzahlen erwies sich aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeiträume in ihrer Vergleichbarkeit als komplex. Eine präzise Untersuchung und eine daraus resultierende verlässliche Ermittlung von Tendenzen in der Bedarfsplanung waren deshalb nur bedingt möglich. Dennoch konnte, wie in Kapitel 3.1.1 dargestellt, eine wissenschaftliche Methode angewandt werden, um die Zahlen systematisch vergleichbar zu machen. Eine valide Datenanalyse war somit möglich und die statistische Versorgungslage in Bayern konnte abgebildet werden.

Um den realen Bedürfnissen gerecht zu werden und die statistische Bedarfsplanung anzupassen, trat zum 01.01.2013 die neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft (vgl. BP-RL 2012). Ziel der neuen Richtlinie war es, eine stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu erreichen. Die Einflussgrößen Demografie und Morbidität werden stärker in die Berechnungen einfließen (vgl. BAEK 2013A: 134). Unter anderem wird dies durch die Anpassung der Verhältniszahlen, den Einbezug spezialfachärztlicher Versorgung und der Neufassung der regionalen Planungsbereiche erfolgen (vgl. ebd.). Zusätzlich werden bei der Berechnung des Versorgungsgrades die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie die in den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen Ärzte in den Prozess miteinbezogen (vgl. ebd.).

Ein weiterer Vorteil der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie liegt darin, dass sogenannte „*Mitversorgungsleistungen*“ berücksichtigt werden (vgl. BP-RL 2012: 63). Im Konzept der „*Großstadtreionen*“ wird versucht, Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt und Umland zu berücksichtigen (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang muss jedoch einschränkend festgestellt werden, dass Patienten auf Grund der Ärztemangelsituation gezwungen sind, vom ländlichen Raum in die Stadt zu pendeln, um eine Behandlung zu erhalten. Problemfelder könnten für Patienten entstehen, die in Regionen wohnen, die als „*mitversorgt*“ kategorisiert werden (Faubel 2013: 4).

Insbesondere kommt dies dann zu tragen, wenn Facharztgruppen ausdrücklich wohnortnahe Leistungen erbringen und regelmäßig von mobilitätseingeschränkten Bevölkerungsgruppen

wie Kindern und Älteren aufgesucht werden (vgl. ebd.). Diese Patienten müssten längereAnfahrtswegeund Konkurrenz um Behandlungsplätze zwangsweise in Kauf nehmen (vgl. ebd.). Eine solche Konzeption der Mitversorgung stellt somit keine nachhaltige Lösung der bestehenden Defizite in den regionalen Versorgungsbedürfnissen dar und überdeckt die Probleme im Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung. Als weitere Kritikpunkte sind anzuführen, dass noch immer sozioökonomischeFaktoren und die Morbidität der Patienten zu wenig Bedeutung beigemessen wird (vgl. Rieser 2013: 11).

Ein Lösungsvorschlag wird in einem Gutachten zur Neuordnung der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanungdes Instituts für Gesundheit und Sozialforschung (IGES) von 2012 gegeben. Eine Verbesserung der Versorgung könnte unter anderem durch die Einführung eines sogenanntenBedarfsindexerfolgen. Basierend auf„*demographischen, morbiditätsbezogenen und sozioökonomischen Faktoren*“ermöglicht der Bedarfsindex die Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs (Albrecht et al. 2012: 10, 44). Dabei wird die Abweichung des regionalen Versorgungsbedarfs vom Bundesdurchschnitt, differenziert nach Bevölkerungsgruppe (Kinder und Erwachsene), für Landkreise und Städte ermittelt (vgl. ebd.). Der Bedarfsindex hat dann Einfluss auf die Soll-Ärztzahlen der jeweiligen Fachgruppe und ermöglicht somit eine bedarfsgerechte Versorgung (vgl. ebd.).

Ob die neuen Vorgaben den tatsächlichen Bedürfnissen gerecht werden bleibt abzuwarten. In Zukunft müssen Aspekte wie die lokale Bevölkerungsentwicklung vor Ort oder die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bei weitem stärker berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist es von essentieller Bedeutung, die Kassenärztlichen Vereinigungen noch stärker in die Gestaltung des Bedarfsplanungsprozessesmit einzubeziehen und erweiterte Handlungsspielräume zu schaffen, um somit langfristig eine ausgeglichene Versorgungsstruktur sicherzustellen.

5.2 Versorgung im stationären Bereich

5.2.1 Diskussion der Fragen- und Methodenauswahl

In der Umfrage unter den 329 bayerischen Krankenhäusern wurde der Frage nachgegangen, welche Ausmaße der Ärztemangel bereits im stationären Bereich angenommen hat und wie ausländische Ärzte die Personallücken mit fachlichen und sprachlichen Qualifikationen

decken. Die Umfrage stellt dabei ausdrücklich keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern hatte lediglich orientierenden Charakter.

Trotzdem bietet die Umfrage in der Zusammenschau wichtige und zielführende Informationen zur subjektiven Personalsituation der bayerischen Kliniken. In der Literatur ist eine Befragung für die Grundgesamtheit der bayerischen Kliniken hinsichtlich der Personalsituation nicht zu finden. Sie bietet die Möglichkeit, eine quantitative Vorstellung der Zahl der offenen Stellen im stationären Bereich zu erhalten – Zahlen, die bis jetzt noch nicht erhoben wurden (BLAEK, persönliche Mitteilung vom 29.04.2013, per Email). Darüber hinaus liefert sie wertvolle Hinweise zu den Einsatzmöglichkeiten ausländischer Mediziner, welche im folgenden Kapitel diskutiert werden. Insbesondere konnte die Umfrage quantitativ und qualitativ zeigen, dass ein Ärztemangel auch in Bayern besteht und dass ausländische Mediziner zwar häufig Personallücken füllen, aber sprachliche Defizite bestehen. Besonders hervorzuheben ist der eingeschränkte Nutzen des B2 Sprachzertifikats für den klinischen Alltag.

Die Ergebnisse sind in Hinblick auf Methodenwahl und Fragensauswahl zu diskutieren: Hinsichtlich der Methodenauswahl stellte sich das Befragungsinstrument „Umfrage“ als eine schnelle und kostengünstige Methode heraus, um Einschätzungen einer Vielzahl an Kliniken zu erhalten. Die Befragung der Grundgesamtheit bildet eine solide Grundlage um ein Meinungsbild zu erstellen. Jedoch nahmen an der Befragung lediglich 68 Kliniken oder 20,7% der Grundgesamtheit teil. Davon waren nur 57 Fragebögen vollständig auswertbar, denn nicht jeder Befragte beantwortete alle Fragen vollständig. Diese Gruppe wurde in der Auswertung unter „keine Angabe“ geführt. Die Teilnehmerzahl ließe sich durch eine wiederholte Befragung eventuell noch weiterausdehnen. Diese könnte dann schriftlich in Briefform und mit entsprechenden Erinnerungen erfolgen.

Bezüglich der Fragensauswahl in der Umfrage bestehen noch weitere Ausbaumöglichkeiten: Einerseits weisen die Fragen einen relativ hohen Verallgemeinerungsgrad auf, welche die Validität beeinflussen könnten. Auch eine ausschließlich auf Selbstauskünften der Umfrageteilnehmer beruhende Erhebungsmethode führt zwangsläufig zu Verzerrungen. Zudem hängt die Beantwortung der Fragen vom Betrachter ab: Personalleiter urteilen anders als ärztliche Führungskräfte. Dies war dem Verfasser bewusst und es sollte gezielt ein Unterschied herausgestellt werden. Beide Gruppen haben jeweils unterschiedlichen Bezug zu den ausländischen Kollegen und geben damit eine unterschiedliche subjektive Einschätzung ab, die unter Umständen nicht zwangsläufig auf einem persönlichen Eindruck beruhen muss.

Dies zeigt sich insbesondere in Bezug auf die Fach- und Sprachkompetenz¹⁹. Theoretisch müssten beide Gruppen einer Klinik den Fragebogen ausfüllen um die Realität besser abbilden zu können. Die Einschätzung der Teilnehmer müsste zudem begründet erfolgen.

Neben dieser Argumentation ist auch davon auszugehen, dass die Befragten versuchen könnten, Ihre Klinik in einem positiven Licht zu präsentieren. Von einem solchen Sachverhalt ist wiederum bei den Fragen zur sprachlichen und fachlichen Qualifikation der ausländischen Ärzte auszugehen²⁰. Auch Auskünfte über Stellenbesetzungsprobleme und Personalwerbung²¹ im Ausland dürften nicht immer die Realität abbilden. Die Verzerrung der Ergebnisse durch die Tendenz zur positiven Selbstdarstellung könnte durch die Einbeziehung weiterer Erhebungsmethoden wie zum Beispiel einer Analyse der vakanten Stellen auf der Webseite der jeweiligen Klinik oder im Stellenteil des deutschen Ärzteblatts, verringert werden. Ein anderes Problemfeld könnte auch durch Flüchtigkeitsfehler, beispielsweise bei der Frage nach der Anzahl der Ärzte im Klinikum²², entstanden sein und dazu geführt haben, dass der Beantwortende die Ärztezahl nur auf seine Fachabteilung bezogen hat. Dies würde das Ergebnis der Klinikgröße im Hinblick auf die Personalanzahl verzerren. Die Klinikgröße könnte zudem nach Bettenzahl ermittelt werden und die Personalanzahl in den Qualitätsberichten verifiziert werden. Bei den Stellenbesetzungsproblemen wäre zudem noch zu evaluieren, wie lange die Stellen vakant sind. Ein weiterer Faktor der nicht zum Tragen kommt, ist die Entwicklung der ausländischen Kollegen in fachlicher und sprachlicher Hinsicht.

5.2.2 Diskussion der Umfrageergebnisse

Die Resultate der Befragung der bayerischen Kliniken sind bezüglich des festgestellten Ärztemangels und der Besetzung mit ausländischen Medizinern zu diskutieren und den Ergebnissen der Fachliteratur gegenüberzustellen. Zunächst wird auf die Stellenbesetzungsproblematik von Krankenhäusern eingegangen und diskutiert wie die Ergebnisse einzuordnen sind. Abschließend wird der Einsatz ausländischer Fachkräfte bezüglich ihrer Sprach- und Fachkompetenz erörtert.

¹⁹ Frage 6 des Fragebogens

²⁰ Frage 6 des Fragebogens

²¹ Fragen 10 und 11 des Fragebogens

²² Frage 2 des Fragebogens

5.2.2.1 Stellenbesetzungsprobleme

Im stationären Bereich zeigen die Umfrageergebnisse einen deutlichen Ärztemangel, der in mehreren Punkten belegbar ist. Um die Personallücken zu füllen, beschäftigen 90% der Kliniken ausländische Ärzte vor allem aus dem EU-Raum und den Nachbarländern Österreich und Tschechien. Überwiegend kleinere Häuser können so ihre Vakanzen decken. Des Weiteren weisen rund 40% der befragten bayerischen Kliniken Stellenbesetzungsprobleme auf. Die meisten davon sind kleinere Häuser (60%), während größere Kliniken Ihre Arztstellen ohne größere Probleme besetzen können.

Betrachtet man Gesamtdeutschland, so hatten im Jahr 2006 lediglich 28% der Allgemeinkrankenhäuser (ab 50 Betten) Schwierigkeiten, ihre Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen (vgl. Blum/Löffert 2010: 5). Im Jahr 2009 waren bereits 80% der Kliniken betroffen (vgl. ebd.). Eine Umfrage des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) vom April 2012 ergab sogar, dass 93% der 547 befragten deutschen Kliniken es aufgrund des Ärztemangels als „*schwierig*“ oder „*sehr schwierig*“ bezeichneten, Vakanzen zu besetzen (vgl. DÄ 2012).

Um den Ärztemangel zu quantifizieren, werden im Stellenanzeigenbarometer des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) systematisch Webseiten deutscher Allgemeinkrankenhäuser nach Stellenanzeigen/ Stellenbörsen für Ärzte durchsucht. Die Analyse des DKI von 2012 beruht auf der Durchsicht von 1.647 Webseiten von Allgemeinkrankenhäusern, was 92% aller deutschen Allgemeinkrankenhäuser entspricht (vgl. DKI 2012: 4).

Die meisten Stellenanzeigen kommen aus den flächenmäßig größten Bundesländern mit einer großen Anzahl an Krankenhäusern wie beispielsweise Bayern (490), das an zweiter Stelle steht (vgl. DKI 2012: 13). Weitaus mehr Stellenanzeigen wurden lediglich in Nordrhein-Westfalen (804) registriert (vgl. ebd.).

Jedoch fällt der Ärztemangel insbesondere in den südlichen Bundesländern mit im Mittel 2,5 vakanten Stellen je Krankenhaus unterdurchschnittlich aus (vgl. Blum/Löffert 2010: 65). In der Befragung konnte ein durchschnittlicher Wert von 1,2 offenen Stellen für Bayern ermittelt werden. Zudem konnte verifiziert werden, dass kleinere Krankenhäuser größere Stellenbesetzungsprobleme haben.

Das DKI setzte in einer deutschlandweiten Betrachtung die Stellenanzeigen in Relation zu Arztstellen nach Größenklasse und stellte ebenso fest, dass mit 7,2% besonders kleinere Krankenhäuser unter 50 Betten überdurchschnittlich Stellenbesetzungsprobleme haben (vgl. DÄ 2012 und DKI 2012: 12). Häuser mit 600 und mehr Betten weisen dagegen nur

einenprozentualen Wert von 1,3 auf (vgl. ebd.). Die ermittelten Ergebnisse hinsichtlich Aussagen über Stellenbesetzungsprobleme und somit dem Ärztemangel sind jedoch mit Einschränkungen zu betrachten.

Zum einen schreiben nicht alle Krankenhäuser ihre Vakanzen auf den erfassten Webseiten aus und zum anderen bleibt die Frage offen, wie lange die Stellen bei Ausschreibung vakant waren (vgl. DKI 2012: 4). 2010 geht das DKI von insgesamt 5.500 unbesetztenVollkraftstellen im ärztlichen Dienst der Krankenhäuseraus (vgl. Blum et al. 2011: 53). Nach Schätzungen des Marburger Bundes (MB) liegen die Zahlen jedoch weitaus höher:wenn davon ausgegangen wird, dass 1,5 Arztstellen pro Abteilung unbesetzt sind und auf alle rund 8.500 Krankenhausabteilungen in Deutschland hochgerechnet wird, so ergibt sich, dass bis zu 12.000 Arztstellen unbesetzt sind(vgl. MB 2011b). Dies istmehr als doppelt so hoch wie in offiziellen Zahlen ausgewiesen wird (vgl. Meißner/Osterloh 2012: 2280). Diese Zahl ist jedoch seit 2011 wieder rückläufig, was nicht zuletzt auf den Einsatz von Honorarärzten zurückzuführen ist, die zeitlich befristet personelle Engpässe ausgleichen konnten (vgl. Blum et al. 2011: 18f.).

In Deutschland wird davon ausgegangen, dass bereits 60% der Kliniken den Einsatz von Honorarärzten erwägen oder bereits durchführen (vgl. BAEK 2011b: 6). Für Bayern ist die Zahl der offenen Stellen nach Aussagen der BLAEK nicht zu ermitteln (BLAEK; persönliche Mitteilung vom 29.04.2013, per Email). Um Personalprobleme zu mindern, ist die Mehrheit der Krankenhäuser bereits gezwungen auf ausländische Fachkräfte zurückzugreifen. 39% der deutschen Krankenhäuserakquirieren bereits gezielt Ärzte aus dem Ausland (vgl. Blum/Löffert 2010: 89). Die Umfrage konnte für Bayern zeigen, dass 23% der befragten Kliniken im Ausland Stellenwerbung betreiben.In Bezug auf die Verbleibdauer wurde erkennbar, dass die Dauer der Anstellung längerfristig ausgelegt ist. Assistenzärzte streben vor allem den Facharztabschluss an und verbleiben zu 65% für die gesamte Weiterbildungszeit am Klinikum. Fachärzte verbleiben zu 64% länger als fünf Jahre an den Kliniken.

Folglich ist davon auszugehen, dass diese Ärzte dem bayerischen Gesundheitswesen dauerhaft zur Verfügung stehen. Festzustellen ist jedoch auch, dass Ärzte aus Ländern mit funktionierenden und gut ausgestatteten Gesundheitssystemen wieder in ihr Heimatland oder in ein anderes für sie attraktives Land abwandern. Dies gilt zum Beispiel für zugewanderte Ärzte aus dem arabischen und zentralasiatischen Raum, die nach erfolgreicher Facharztausbildung wieder in ihre Heimatländer zurückkehren (vgl. Sons et al. 2011: 3). Aus

Bayern emigrierten ausländische Ärzte überwiegend nach Österreich. Insgesamt verließen im Jahr 2011 145 ausländische Ärzte Bayern (vgl. Kapitel. 1.5.2.2).

5.2.2.2 Sprach- und Fachkompetenz ausländischer Fachkräfte

Die Umfrage verdeutlichte den Unterschied in der Beurteilung der sprachlichen und fachlichen Kompetenz der ausländischen Ärzte je nach Funktion des Beantwortenden. Ärztliche Leiter beurteilen sowohl die Sprach- und Fachkompetenz der ausländischen Kollegen insgesamt besser als Personalleiter. Dies könnte mit zwei Argumenten begründet werden: Erstens haben ärztliche Leiter größeres Interesse daran die Fachqualifikation ihrer Abteilung und deren Ärzte positiv darstellen zu wollen. Zweitens stehen sie in engerem Kontakt mit ihren Mitarbeitern und beurteilen damit sowohl Sprach- als auch Fachqualifikationen der ausländischen Kollegen unter anderen Gesichtspunkten.

Wichtigster Aspekt einer qualitativen Behandlung von Patienten ist neben der fachlichen Kompetenz insbesondere die Förderung der sprachlichen Integration. Die Humanmedizin ist eine der Berufe, welche vom persönlichen Umgang und somit der Sprache lebt. Detaillierte Sprachkenntnisse sind somit für jeden Arzt unerlässlich und stellen die Grundlage einer patientenorientierten Behandlung dar. Das Verständnis der medizinischen Fachsprache ist dabei weniger das Problem ausländischer Mediziner. Vielmehr stellt das Verständnis von Umgangssprache und Dialekt die größten Hürden dar. In der Umfrage schildert eine Klinik die Problematik, dass der lokale Dialekt (z.B. Niederbayerisch) nicht verstanden wird. Auch das Telefonieren im Bereitschaftsdienst ist ein Problemfeld, da durch das Fehlen von Mimik und Gestik nie sichergestellt werden kann, ob Anordnungen auch verstanden werden (vgl. Kapitel 4.4). Die Anforderungen an die Qualität ärztlicher Arbeit überfordern ausländische Kollegen, die lediglich Basiskenntnisse der deutschen Sprache aufweisen. Speziell diese Sprachbarrieren und die dadurch entstehenden Missverständnisse fördern das Risiko gefährliche Behandlungsfehler zu begehen, und stellen gleichzeitig auch eine Belastung der Arzt-Patient-Beziehung dar (vgl. Hibbeler 2013: 173). Die Folge kann auf Patientenseite der Verlust des Vertrauens in die Medizin sein.

Damit solche Szenarien nicht entstehen, besteht Handlungsbedarf bei der Integration ausländischer Kollegen. In der Umfrage konnte bestätigt werden, dass die Befragten überwiegend die Tragfähigkeit des B2 Sprachniveaus im klinischen Alltag als unzureichend einstufen. Nach Angaben des MB muss das Sprachniveau B2 im Hinblick auf die derzeitigen

Erfahrungen im Klinikalltag, als nicht ausreichend angesehen werden (vgl. MB 2012). Als Lösungsvorschlag wurde vom MB in der 121. Hauptversammlung ein Handlungskonzept vorgelegt, welches anschließende Aspekte impliziert (vgl. ebd.). Neben dem Test der die mündliche Sprachkompetenz prüft, müssen auch schriftliche Kenntnisse abgefragt werden (vgl. ebd.). Diese müssen unter anderem in einem Kurzvortrag zu einem medizinischen Fall dargeboten werden (vgl. ebd.). Des Weiteren sind in der klinischen Arbeit Arztbriefe unersetzliches Handwerkszeug eines Mediziners. Ein verständlicher und korrekter Arztbrief mit den wesentlichen Inhalten zu Anamnese, Epikrise, Untersuchungsergebnisse und Therapievor schlägen führt zum Bestehen des schriftlichen Teils (vgl. ebd.). Geringe orthographische Mängel würden in bestimmten Rahmen akzeptiert (vgl. ebd.). Die Korrektur und Konzeption der Prüfungsfälle könnte in Zusammenarbeit mit Kliniken, Approbationsbehörden und Ärztekammern erfolgen (vgl. ebd.). Eine Möglichkeit zur Deckung der entstehenden Kosten sieht der MB in den zu entrichtenden Antragsgebühren im Approbationsverfahren. Wichtigste Forderung des MB ist der verpflichtende Nachweis des Sprachniveau mindestens im Level C1²³ für jeden ausländischen Arzt (vgl. ebd.).

Auch die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg im Juli 2012 beurteilte das Sprachniveau B2 als nicht ausreichende Grundlage zur Ausübung des ärztlichen Berufs (vgl. Nabeel 2013: 741). Die Anhebung des Sprachniveaus auf C1 ist jedoch nicht als Lösung anzusehen, da wie beim B2 Niveau lediglich „*allgemein-sprachliches Wissen*“ vermittelt wird (ebd.). Wesentlich nachhaltiger sind „*fachbezogene, praxisorientierte und breite Sprachkenntnisse zur Patientenkommunikation*“ (ebd.). Im Zuge dessen wurde 2011 im Universitätsklinikum Freiburg ein Patientenkommunikationstest konzipiert, der Kommunikationsfähigkeiten ausländischer Ärzte mit Fachsprachkursen und klinischen Hospitationen verbessern konnte (vgl. ebd.). Der konzipierte Patientenkommunikationstest umfasst im Wesentlichen berufsbezogene Sprachkenntnisse von ärztlichen Fachkompetenzen wie Anamneseerhebung, Patientenvorstellung und Patientenaufklärung. Diesbezüglich kann der Einsatz von standardisierten Schauspielern als Patienten eine zielführende und praxisnahe Prüfung ermöglichen und dient aktuell für einige Bundesländer als Nachweis ausreichender Sprachkenntnisse (vgl. ebd.: 742).

²³ Das C1 Niveau wird wie folgt definiert: Der Bewerber „*kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. Kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben oder in Ausbildung und Studium wirksam und flexibel gebrauchen. Kann sich klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten äußern und dabei verschiedene Mittel zur Textverknüpfung angemessen verwenden.*“ (Goethe – Institut 2013)

Die Integration ausländischer Ärzte ist jedoch ein komplexer Prozess und schließt nicht nur die Anforderungsänderungen im sprachlichen Niveau der ausländischen Mediziner ein. Ein wesentlicher Aspekt ist die Förderung der Integration in die Klinik. In der Umfrage konnte für Bayern gezeigt werden, dass nur wenige Kliniken (rund 25%) Integrationskurse anbieten. Diese sind aber von enormer Bedeutung, um den Eingliederungsprozess des ausländischen Arztes zu fördern. Viele Prozesse in deutschen Kliniken sind den ausländischen Kollegen neu, ganz abgesehen von den sprachlichen Hürden, die es zu überwinden gilt.

Nichtsdestotrotz muss die Integration auch von Seiten der Klinik finanziell gefördert werden. Ein Praxisbeispiel für eine optimale Förderung von ausländischen Ärzten gibt der Klinikverbund Katholische Hospitalvereinigung Weser-Egge (KHWE). Bevor die ausländischen Mediziner aktiv ihre Arbeit beginnen können, nehmen sie zunächst an einem dreimonatigen Sprach- und Integrationskurs teil (vgl. Hibbeler 2013: 173). Je Arzt entstehen dabei Kosten von 10.000 Euro (vgl. ebd.). Besonders für kleinere Krankenhäuser, die mehr ausländische Ärzte beschäftigen und zugleich gehäuft Stellenbesetzungsprobleme aufweisen (vgl. Kapitel 4.2), werden die Kosten nicht in diesem Umfang tragbar sein. Eine verstärkte Investition in Integration und Sprachförderung wird sich langfristig jedoch für alle Gruppen, sowohl Patienten als auch ausländische Ärzte und Klinik, auszahlen.

5.3 Strukturelle Anforderungen zur Bekämpfung des Ärztemangels

Um dem Ärztemangel langfristig zu begegnen, sind weitreichende strukturelle Veränderungen im bestehenden System notwendig. Zur Diskussion stehen Ansatzpunkte hinsichtlich Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Weiterbildungsstruktur sowie der zeitgemäßen Anpassung der Rahmenbedingungen an die Anforderungen von Ärztinnen.

5.3.1 Anforderungen der jungen Ärztegeneration

Um die Problematik des zukünftigen Ärztemangels auf dem Land zu erfassen, ist die Betrachtung der Sachlage aus der Perspektive der zukünftigen Ärzte notwendig. Bereits während des Studiums schließen 10% der Studierenden eine klinische Tätigkeits zukünftiges Betätigungsfeld aus (vgl. Richter-Kuhlmann 2007: 1881). Letztendlich etwa jeder 6. Studienabsolvent hat sich nach dem Medizinstudium nicht für die klinische Medizin in Deutschland entschieden (vgl. Kapitel 1.3.3). Dennoch zeigt eine Studie zum Berufsstart und

Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen andere Zahlen: So waren bis ein Jahr nach Beendigung des Studiums ca. 96% der Absolventen des Prüfungsjahrgangs 2009 in ärztlicher Tätigkeit beschäftigt (vgl. Schwarzer/Fabian 2012: 15).

Die Gründe für oder gegen eine Tätigkeit in der klinischen Medizin in Deutschland sind vielfältig. Unbestritten ist, dass die neue „Generation Y“, darunter wird die Ärztegeneration ab Jahrgang 1980 verstanden, besondere Ansprüche im Hinblick auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitsbedingungen und Weiterbildung stellt (vgl. Korzilius 2013a). Neben der Frage ob monetäre Anreize die Situation verbessern können, ist die Forderung einer nachhaltigen Veränderung der Arbeitsbedingungen mit gleichzeitiger Verbesserung der Weiterbildung Gegenstand der Diskussion.

5.3.1.1 Monetäre Anreize

Die Vergütung rückt in Bezug auf die Ansprüche an das Arbeitsleben zu Gunsten weicher Faktoren in den Hintergrund. In einer Mitgliederbefragung der Ärztegewerkschaft Marburger Bund 2010, bei der über 12.000 Mitglieder zu Arbeitsbedingungen befragt wurden, wird die Vergütung der Ärzte lediglich an 4. Stelle als Grund für die mangelnde Attraktivität des Arztberufs angeführt (vgl. MB 2011a: 31). In der Studie des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen von 2013 stellt sich ebenfalls heraus, dass die Bezahlung für die junge Ärztegeneration kein wesentliches Kriterium für die Arbeitsplatzzufriedenheit sei (vgl. Ansorg/Geiger 2013, BDC 2013). Wesentlich wichtiger sind die Aspekte Familienfreundlichkeit sowie Möglichkeiten flexiblerer Arbeitszeitmodelle, eine ausgeglichene Work-Life-Balance und eine exzellente Weiterbildung (vgl. ebd.). Der Versuch, mit Hilfe von finanziellen Anreizen die Lage zu verbessern, ist laut DKI nicht als wirksame Maßnahme zum Abbau des Ärztemangels anzusehen, sondern eher eine Reaktion der Krankenhäuser auf den Ärztemangel (vgl. Blum/Löffert 2010: 129).

5.3.1.2 Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Der Ärztemangel hat dabei unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen: Unbesetzte Stellen bedeuten, dass die anfallende Arbeit auf die vorhandenen Klinikärzte verteilt wird. Mit jeder Vakanz steigt damit die Arbeitsbelastung für den einzelnen Arzt erheblich an. In der Umfrage des Marburger Bund 2010 gaben 35% der Befragten an, eine

wöchentliche Arbeitszeit inklusive Bereitschaftsdienst von 60 Stunden oder mehr zu haben (vgl. MB 2011a: 12,16). Bei 40% konnte ein Arbeitspensum von 50 bis 59 Stunden ermittelt werden. Beachtenswert ist, dass bei mehr als der Hälfte aller Ärzte (53%), die tariflich festgesetzten Höchststärbeitsgrenzen nicht eingehalten werden (vgl. ebd.: 24f.). Bei Assistenzärzten ist die Zahl mit 59% sogar noch höher (vgl. ebd.). Vor diesem Hintergrund ist eine wesentliche Forderung die Nacht-/Wochenend-/Ruf-/Bereitschaftsdienste, die Arbeitszeit, als auch den Personalmangel sowie Bürokratie zu reduzieren (vgl. MB 2011a: 31). Auch im ambulanten Bereich spielt die Belastung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst für eine Entscheidung zur Niederlassung eine wesentliche Rolle (vgl. BAEK 2013A: 133). Insbesondere betrifft dies die Niederlassungsentscheidung in ländlichen Gebieten (vgl. ebd.).

Ebenso Maßnahmen zur Entbürokratisierung können langfristig die Mitarbeiterzufriedenheit fördern. Im Krankenhaus nehmen im Fach Innere Medizin beispielsweise Verwaltungsaufgaben ca. 40% der täglichen Arbeit ein (vgl. MB 2010: 6). Im ambulanten Bereich scheinen die Zahlen niedriger zu sein: Im Ärztemonitor 2012 wird der Anteil der nicht-ärztlichen Verwaltungstätigkeiten auf 14% der wöchentliche Arbeitszeit beziffert (Leinert/Follmer 2012: 22). Resultat der Befragung von 11.000 Ärzten und Psychotherapeuten ist außerdem, dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Belastung (hohem Verwaltungsaufwand) besteht (vgl. ebd.). 52% der Befragten gaben an, dass die Anforderungen der Arbeit das Privat- und Familienleben stören (vgl. ebd.: 29).

Eine Lösung zur Arbeitsentlastung könnte die Schaffung paramedizinischer Berufsfelder sein. Indem Pflegepersonal stärker akademisiert wird, können Aufgaben delegiert werden, die bisher die Ärzte leisteten. Ein Beispiel für diese Entwicklung zeigt das Konzept AgnES, das seit 2005 in verschiedenen Bundesländern durchgeführt wurde (vgl. van Berg et al. 2009: 3-9). AgnES steht als Akronym für Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention und sieht die Delegation medizinischer Tätigkeiten an qualifizierte Mitarbeiter vor, um so den Arzt zu entlasten (vgl. ebd.).

5.3.1.3 Anforderungen an die Weiterbildung

Im Hinblick auf die Attraktivität des Arztberufes steht für die junge Ärztegeneration auch die Qualität der Ausbildung im Fokus und wirft die Fragestellung auf, wie Weiterbildung attraktiv gestaltet und implementiert werden kann. Die Entwicklung, die sich in den letzten Jahren vollzogen hat, verfolgte das Prinzip „*ambulant vor stationär*“ (§13 SGB XII). Dies

bedeutet, dass bestimmte Krankheitsbilder aufgrund des medizinischen Fortschritts ausschließlich im ambulanten Bereich behandelt werden.

Für die Praxis impliziert dies, dass in Krankenhäusern zunehmend hochspezialisierte Leistungen erbracht werden, wohingegen viele Bereiche der Grundversorgung von Patienten in den ambulanten Bereich verschoben werden. Seit 2002 haben sich in Deutschland beispielsweise die ambulanten Operationen verdreifacht (vgl. Destatis 2011b). Als unmittelbare Folge ergibt sich somit ein erhöhter Bedarf an hochqualifizierten Ärzten im ambulanten Bereich. In diesem Zusammenhang bleibt offen, ob Ärzte in Weiterbildung diejenigen Qualifikationen im Krankenhaus erwerben, die sie benötigen um Patienten adäquat versorgen zu können (vgl. Korzilius 2013b: 639). Dass bestimmte Behandlungen außerdem ausschließlich ambulant durchgeführt werden, führt dazu, dass die Weiterbildungsassistenten wichtiges Wissen und Techniken der ambulanten Grundversorgung von Patienten nicht erlernen können (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass Krankheitsverläufe und unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen nicht oder nur unzureichend kennengelernt werden (vgl. ebd.).

Eine daraus resultierende Forderung des 115. Deutschen Ärztetags im Jahre 2012 ist deshalb die gleichzeitige ambulante Weiterbildung in allen Fachrichtungen (vgl. ebd.). Für eine langfristige Qualitätssicherung der Ausbildung im Sinne des Weiterzubildenden und des Patienten müssen die Weiterbildungsordnung überarbeitet und angemessene finanzielle Voraussetzungen geschaffen werden. Denkbar wäre ein Förderprogramm für alle Facharzttrichtungen, analog den bereits erfolgreich praktizierten Konzepten in der Allgemeinmedizin. In Bayern wird beispielsweise die Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich mit einem Stipendium von 3.500 Euro brutto monatlich gefördert (vgl. BLAEK 2013).

Die Forderung nach einer verpflichtenden Weiterbildung überwiegend im ambulanten Bereich ist aber nicht vollständig umsetzbar, solange Finanzierungsmöglichkeiten nicht erörtert worden sind. Unter anderem ist es für niedergelassene Ärzte, die einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen, noch nicht möglich, mehr Patienten zu behandeln und die erbrachten Leistungen auch entsprechend abzurechnen (vgl. Korzilius 2013b: 640). Jedoch ist die Attraktivität einen Weiterbildungsassistenten zu beschäftigen, was Ausbildungszeit und Lohnkosten für den Niedergelassenen bedeutet, aber betriebswirtschaftlich keinerlei Erlöse erwirtschaftet, schlicht unattraktiv.

Eine Möglichkeit zur Steigerung des Praxisvolumens und die Gewährleistung einer angemessenen Vergütung des Weiterzubildenden stellen dagegen sinnvolle Ansatzpunkte dar

(vgl. ebd.). Zusätzlich müssten auch mehr niedergelassene Ärzte die volle Weiterbildungsbefugnis erhalten und gleichzeitig muss die Weiterbildungsordnung so geändert werden, dass eine längere Ausbildung im ambulanten Bereich möglich gemacht wird. In Bayern waren Mitte 2012 insgesamt 9.609 Weiterbildungsbefugnisse erteilt, wobei davon 23% (2.172) in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zum Facharzt für Allgemeinmedizin vergeben waren (BLAEK 2012b: 32). Die Zahl der Weiterbildungsbefugten müsste vergrößert werden um somit die Zahl der Ausbildungsplätze zu erhöhen.

Um die Versorgungssituation grundlegend zu verbessern, sind die Gesundheitspolitik, die KBV sowie die Krankenkassen in diesem Zusammenhang vom Deutschen Ärztetag 2012 aufgefordert worden, Lösungskonzepte zu erarbeiten (vgl. Korzilius 2013b: 640).

Doch nicht nur im ambulanten Bereich besteht hinsichtlich der Weiterbildung ein enormer Handlungsbedarf: Laut einer Studie des DKI betreffen über 50% der Vakanzen im stationären Bereich Stellen für Ärzte in Weiterbildung (vgl. Blum/Löffert 2010: 130). Es fehlt massiv an ärztlichem Nachwuchs und an Strategien zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung.

Neben standardisierten Weiterbildungsplänen oder Zusagen zur Einhaltung von Weiterbildungszeiten können Tutoren- oder Mentorensysteme sowie feste Lernziele je Weiterbildungsperiode dazu beitragen, ärztlichen Nachwuchs für die Klinik zu gewinnen und langfristig zu binden (vgl. ebd.). Letztendlich ist es Tatsache, dass Kliniken mit einer mitarbeiterorientierten Gestaltung der Weiterbildung einen geringeren Ärztemangel aufweisen (vgl. ebd.).

5.3.2 Modifikation der Rahmenbedingungen für Ärztinnen

Nachdem im vorangegangenen Kapitel der Frage nachgegangen wurde, welche Faktoren zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und einer Förderung der Weiterbildung führen könnten, wird nachfolgend erörtert, welche Anforderung in Bezug auf den erhöhten Ärztinnenanteil gelten. Im ersten Teil wird das Lebensarbeitszeitvolumen von Ärztinnen untersucht um anschließend auf Möglichkeiten einzugehen, dieses unter Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erhöhen. Ergänzend sollen praktische Maßnahmen aufgezeigt werden, die letztendlich zur Bekämpfung des Ärztemangels beitragen.

In den letzten Jahren stieg der (Ersatz-)Bedarf an Ärztinnen und Ärzten kontinuierlich an und das Berufsbild Arzt wird zunehmend durch die Fähigkeiten von Ärztinnen geprägt. So waren 2011 deutschlandweit über 44% der Ärzteschaft Frauen (vgl. Kapitel 1.3.2). Ähnliches gilt

auch für die Studienabsolventenzahlen: Im Jahre 2011 wurden 56,9% Absolventinnen registriert (vgl. ebd.).

Dieser fortschreitende Trend in der Medizin erfordert in mehreren Aspekten von der Gesundheitspolitik langfristige Konzepte aus einer ärztinnenspezifischen Sicht. Zunächst muss die Frage gestellt werden, wie der Ärztemangel in Deutschland mit dieser Entwicklung zusammenhängt. Denn interessanterweise können mit der gleichen Anzahl nachrückender Ärztinnen und Ärzte immer weniger Vollzeitstellen abgedeckt werden (vgl. Schumacher 2011). In diesem Zusammenspiel ist zu berücksichtigen, dass nicht die Zahl der Ärztinnen und Ärzte als solches („Köpfe“), sondern das in der unmittelbaren Patientenversorgung tatsächlich zur Verfügung stehende Arbeitszeitvolumen ausschlaggebend ist (vgl. ebd.).

Bedeutung gewinnt dieser Aspekt dann, wenn man berücksichtigt, dass viele Medizinerinnen die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit nutzen (vgl. Bühren/Schoeller 2010: 52). Hier fällt die Phase der Weiterbildung mit der Familiengründung zusammen und die Möglichkeit die Weiterbildung in Teilzeit auszuführen gewinnt an erheblicher Relevanz.

Insbesondere für Medizinerinnen mit Absichten einer Familienplanung stellt dies einen ausschlaggebenden Grund für die Wahl des Arbeitsplatzes dar. So bekamen während ihrer fachärztlichen Weiterbildung 62,2 % der Ärztinnen mindestens ein Kind (vgl. Köhler et al. 2007: 424).

Die Teilzeitquote der Ärztinnen betrug 2011 26%, wohingegen diejenige der männlichen Kollegen sich auf 8% belief (vgl. GBE 2012). Besonders markant ist der Anteil der teilzeitbeschäftigten Ärztinnen in der Altersgruppe 35 bis 50 Jahre. Hier sind annähernd ein Drittel der Ärztinnen teilzeitbeschäftigt (30%) (vgl. ebd.). Dieser Sachverhalt begründet mitunter das Paradoxon des Ärztemangels trotz steigender Arztzahlen wie es Kopetsch formuliert hat (vgl. Kopetsch 2010). Obwohl die Zahl der Ärztinnen und Ärzte jährlich steigt, sinkt gleichzeitig das geleistete Arbeitsvolumen (vgl. Flintrop 2009: 1704, Kopetsch 2010: 134f.).

In einer „Lebenszyklusanalyse“ betrachtet Kopetsch den beruflichen Werdegang von Ärztinnen (vgl. Kopetsch 2010: 99ff.). Zunächst lassen die Absolventinnenzahlen auf eine starke Feminisierung der ärztlichen Profession in den nächsten Jahren schließen. Dass diese jedoch geringer als vermutet ausfällt, basiert auf der Tatsache, dass die Frauenquote zwischen dem Abschluss des Examens und dem Zeitpunkt der Erlangung des Facharztes um 10% absinkt. Zurückzuführen ist dieser Schwund vor allem auf die mangelnden strukturellen Angebote um Beruf und Familienplanung zu vereinbaren.

In einer anderen Untersuchung zum Verlauf der beruflichen Laufbahn, wurde von Köhler et al. das Lebensarbeitszeitvolumen von Ärztinnen betrachtet (vgl. Köhler et al. 2007: 424). Dieses ist naturgemäß auf Grund der langen Ausbildung im Medizinstudium kürzer. Daneben kommen noch Aspekte der Familienplanung (vgl. ebd.). Darüber hinaus muss man berücksichtigen, dass unter den derzeitigen Rahmenbedingungen Berufseinsteigerinnen etwa 11% ihrer theoretischen Lebensarbeitszeit nicht berufstätig sind (vgl. Deter 2010: 200, Köhler et al. 2007: 424). In Bezug auf das Lebensarbeitszeitvolumen müsste somit die Aus- und Weiterbildung von drei Ärztinnen erfolgen, damit zwei von ihnen vollzeitig zur Verfügung stünden (vgl. ebd.). Dieser Sachverhalt ist bei der Kalkulation des Bedarfs an Ärzten zu berücksichtigen. Das WIFOR Institut sieht als letztendliches Ziel aller Maßnahmen eine Anhebung der Vollzeitquote (vgl. Burkhardt et al. 2012: 36). Durch eine Steigerung dieser um nur 10% kann prospektiv bis zum Jahr 2030 der Ärztemangel um 24% oder 18100 Vollzeitäquivalente verringert werden (vgl. ebd.).

Neben der kürzeren Lebensarbeitszeit spielt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärztinnen eine vorrangige Rolle. Diese wird dabei durch drei Gesichtspunkte beeinflusst: die unflexible Arbeitszeiteinteilung, die Arbeitsbelastung und schließlich die fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten (vgl. Richter-Kuhlmann 2007: 1882).

Um den ärztinnenspezifischen Anforderungen hinsichtlich der Faktoren Arbeitszeit und -belastung entgegenzukommen, ist bereits eine Weiterbildung in Teilzeit unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Die Weiterbildungsordnung von 2004 für Bayern sieht diesbezüglich folgendes vor: *„Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend“* (Bayerischer Ärztetag 2011). Dennoch reichen Ansätze wie dieser nicht aus und lediglich 14% der Ärztinnen und Ärzte an deutschen Krankenhäusern können sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie vorstellen (vgl. Richter-Kuhlmann 2007: 1882). Um die Frage zu klären, wie eine effektive fachärztliche Weiterbildung in Teilzeit unter Berücksichtigung der familiären Vereinbarkeit gewährleistet werden könnte, wurden 2011 in einer qualitativen Studie vom Städtischen Klinikum München GmbH (StKM) Empfehlungen erarbeitet (vgl. Rothe 2011). Neben einer Erhöhung der Planungssicherheit der ärztlichen Leitung sollten tragfähige Konzepte etabliert werden, um einen Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte attraktiv zu machen (vgl. ebd.: 4). Effektive Lösungsansätze werden dabei in den Handlungsfeldern

Weiterbildung, Teilzeittätigkeit, Arbeitszeit- sowie Wiedereinstiegsmodelle gesehen (vgl. ebd.). Um nun Verbesserungen zu realisieren, müssten Verträge über die gesamte Weiterbildungszeitangeboten, als auch über Weiterbildungscurricula frühzeitig informiert werden (vgl. ebd.: 18). Zudem sollen häuserübergreifende Rotationen die Qualität der Ausbildung beschleunigen und damit zu verbessern (vgl. ebd.: 21f.). Mit der Möglichkeit von Teilzeittätigkeit über Arbeitszeitmodelle für den Wiedereinstieg sowie der Einführung eines „*klinikweiten Kontakt-Halte-Programms*“ war es Ziel, die Rückkehr an die Klinik zu vereinfachen (ebd.: 18).

Jedoch scheint eine Beschäftigung in Teilzeit sowohl bei den Klinikleitungen als auch den in Vollzeit angestellten Ärzten negativ belastet und unerwünscht. In einigen Fällen behindert eine Teilzeittätigkeit die Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten (vgl. Dinkelacker/Iblher 2011: 1341). Somit besteht eine Lösungskonzeption nicht nur in der Notwendigkeit Teilzeitarbeitsplätze zu schaffen, sondern im selben Ansatz muss die Akzeptanz von Klinikleitungen und Kollegium gefördert werden (vgl. Bühren/Schoeller 2010: 52).

Nicht nur das mangelnde Angebot von Teilzeitarbeitsplätzen fördert eine Abwendung vom Berufsbild Ärztin, sondern auch die Tatsache, dass Betreuungskapazitäten an den Kliniken fehlen. Zu diesem Schluss kommt eine repräsentative Forschungsstudie zum Thema Ärztemangel im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahr 2010. Im Rahmen dieser Studie wurden 450 Kliniken zum Thema Familienfreundlichkeit im Krankenhaus befragt (vgl. Blum/Löffert 2010). Als Auswahlkriterien für die Arbeitsplatzwahl, stehen - wie im vorigen Kapitel erörtert - vor allem strukturelle Anreize im Vordergrund.

Familienfreundliche Arbeitszeiten und Krankenhäuser mit Kindertagesbetreuungen sind gefragter denn je; der Aufbau bzw. die Erweiterung von Betreuungsmöglichkeiten sind in diesem Zusammenhang also unerlässlich. Zugleich müssen Betreuungseinrichtungen auf die Anforderungen von Schicht- und Nachtarbeit eingestellt sein (vgl. Burkhart et al. 2012: 36). Es hat sich gezeigt, dass Kliniken, die entsprechende Betreuungsmöglichkeiten anbieten, ihren Ärztemangel effektiv senken konnten. So haben Häuser mit Ärztemangel erkannt, dass es sich lohnt, in Betreuungsangebote zu investieren - diese Krankenhäuser weisen im Bundesdurchschnitt nur 3,1% Vakanzen auf, während der entsprechende Anteilswert in den übrigen Einrichtungen bei 4,6% liegt (vgl. Blum/Löffert 2010: 95). Zudem fördern entsprechende Angebote eine schnelle Rückkehr aus der Elternzeit, verringern Fehlzeiten, erzielen positive Imageeffekte und verbessern die Position des Krankenhauses auf dem Bewerbermarkt (vgl. Klaus 2011: 26). Bis heute sind allerdings nur 15% der Krankenhäuser

mit betriebseigenen Kinderbetreuungsangeboten und Kitaplätzen ausgestattet; 19% stellen Betreuungsangebote in der Umgebung bereit, was jedoch von einer Bedarfsgerechtigkeit weit entfernt ist (vgl. Blum/Löffert 2010: 93f.).

5.4 Ausländische Ärzte als Lösung des Ärztemangels?

Aus den bisher in den Kapiteln 1.5 und 1.6 erarbeiteten Statistiken ist ein massiver Ärztemangel ersichtlich. Anzunehmen ist auch, dass dieser in naher Zukunft weiter voranschreitet. Dies zeigt sich beispielsweise in der enormen Fluktuation deutscher Ärzte ins Ausland, was wesentliche Konsequenzen nach sich zieht. Nicht nur das Entstehen einer erheblichen Versorgungslücke stellt ein Problem für das Gesundheitssystem dar, sondern auch die fiskalischen Auswirkungen, die durch den „Verlust“ von (Fach-) Ärzten und Studienabsolventen entstehen, belasten das Gesundheitssystem.

Nach Berechnungen des Wirtschaftsforschungsinstituts IFO gehen pro emigrierten Arzt über eine Million Euro verloren (vgl. Holzner et al. 2009: 32). Diese Größe berechnet sich aus den entgangenen Einnahmen der öffentlichen Haushalte und Sozialkassen über die gesamte Lebenszeit wie z.B. Steuern (vgl. ebd.). Neben der kurzen Lebensarbeitszeit bei Medizinern auf Grund der langen Ausbildung kommt noch ein kostspieliges Studium hinzu (vgl. ebd.).

Durch eine jährlich steigende Zahl an Medizinern, die das deutsche Gesundheitswesen verlassen, profitieren insbesondere Nachbarländer wie die Schweiz. Dort waren 2010 über 4000 deutsche Mediziner tätig (vgl. Kapitel 1.4.3). *„Wären die deutschen Mediziner an Schweizer Universitäten ausgebildet worden, hätte dies das Budget von Bund und Kantonen mit geschätzten 4 Milliarden Franken (2,68 Milliarden Euro) belastet“* (Hämmerli 2009).

Für Deutschland ist die ärztliche Wanderungsbewegung deshalb nicht wirklich profitabel und selbst durch hohe Zuwanderung wird noch keine ausgeglichene Bilanz ermöglicht: Die Summe an fehlenden Fachkräften beläuft sich seit 2005 auf 9651 Ärzte (vgl. Kapitel 1.5). Dennoch werden die abwandernden deutschen Ärzte zunehmend durch Mediziner aus Europa ersetzt. Insbesondere aus Osteuropa und Griechenland zieht es die Ärzte nach Deutschland (vgl. ebd.). In diesen Ländern entsteht wiederum eine erhebliche Lücke mit dramatischen Folgen für das Gesundheitswesen. In Rumänien beispielsweise verlassen fast 40% der Ärzte das Land direkt nach dem Studium (vgl. Hämmerli 2009). In Osteuropa sieht die Lage besonders bei den Hausärzten dramatisch aus: Erhebungen der OECD von 2009 zeigen, dass es fast nirgendwo in Europa so wenig Hausärzte gibt wie in Polen: Dort kommen auf 1000

Einwohner 0,2 Hausärzte, in Deutschland dagegen sind es dreimal so viele (vgl. OECD 2011: 63). Bei den Fachärztezahlen erreicht Polen mit 1,7 Fachspezialisten auf 1.000 Bewohner fast den OECD-Durchschnitt von 1,8. In Deutschland sind es dagegen 2,04 Fachärzte (vgl. ebd.). Die Darstellung der Arztdichte im internationalen Vergleich hat jedoch begrenzte Aussagekraft. Beim internationalen Vergleich der OECD muss einschränkend berücksichtigt werden, dass die Versorgungsdichte nur auf Basis von Köpfen erfolgte (vgl. OECD 2011: 62). Kriterien wie die ärztliche Alters- und Beschäftigungsstruktur (Anzahl der Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten) als auch die Altersstruktur und Morbidität der Bevölkerung wurden in die Berechnungen nicht einbezogen (vgl. ebd.).

Für Deutschland hat die verstärkte Immigration wesentliche Vorteile, wobei eine Lösung des Ärztemangels durch die Zuwanderung und den Einsatz von ausländischem Personal in greifbare Nähe zu rücken scheint. Einerseits ist die Anwerbung von ausländischen Ärzten vor allem in strukturell schwachen Nachbarländern einfach. Andererseits entstehen meist erhebliche Schwierigkeiten bei der kulturellen, sprachlichen und fachlichen Integration, wie auch die Umfrage zeigen konnte. Zudem kommen noch bürokratische Hürden im ausländischen und deutschen Behördenapparat (vgl. Komorowski 2012: 32).

Eine verstärkte Zuwanderung scheint jedoch eine vielversprechende Möglichkeit, den Ärztemangel grundlegend abzufedern. Für ausländische Fachkräfte ist Deutschland ein begehrtes Ziel, um hier zu arbeiten und sich eine neue Existenz aufzubauen (vgl. ebd.). Es werden sowohl der hohe Standard der akademischen Aus- und Weiterbildung ebenso wie die Arbeits- und Lebensbedingungen geschätzt (vgl. ebd.).

Neben den Arbeitsbedingungen ist eine weitaus bessere Gehaltsperspektive im Vergleich zum Heimatland der ausschlaggebende Faktor nach Deutschland zu kommen (vgl. Boy 2013). So liegt der Verdienst bulgarischer Ärzte bei umgerechnet 500 Euro (vgl. ebd.). Im Vergleich dazu verdient ein Assistenzarzt im ersten Weiterbildungsjahr durchschnittlich 4.136,88 Euro (vgl. MB 2013). Hinsichtlich des hohen Lohnniveaus und der Stabilität des Wirtschaftsstandortes Deutschland können ausländische Fachkräfte als Lösung angesehen werden, um kurzfristig Personallücken vor allem in strukturschwachen Regionen Deutschlands zu überbrücken. Solange die strukturellen Unterschiede zwischen Deutschland und dem Ausland bestehen, scheint eine langfristige Zuwanderung gesichert.

Stützt man den Ausgleich der Personallücken jedoch ausschließlich auf kontinuierliche Zuwanderungszahlen, könnte dies zu einer zunehmenden Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften führen. Auch das neue Anerkennungsgesetz von 2012, das den ausländischen Ärzten insbesondere aus den Nicht EU - Staaten die Arbeitsaufnahme in Deutschland

vereinfacht, kann nicht als Allheilmittel gegen den fortschreitenden Ärztemangel gesehen werden (vgl. BAEK 2011a: 8f.). Lediglich die Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung der bestehenden Zuwanderungsströme nach Deutschland werden dadurch erreicht. Sie sind faktisch eine kurzfristige Reaktion auf eine sich akut abzeichnende Mangelsituation.

Aus dem Fokus geraten dabei auch die sich verschlechternden Rahmenbedingungen im eigenen Land. Sofern sich der Gesundheitsmarkt in den Herkunftsländern verbessert oder andere europäische Länder für auswanderungswillige Ärzte attraktiver werden, könnte die von der Bundesregierung erhoffte Einwanderungswelle schnell verebben (vgl. ebd.).

Eine weitere wesentliche Anforderung in der Umsetzung des neuen Anerkennungsgesetzes muss insbesondere die Sicherstellung des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland sein, was zukünftig in Form einer Integrationsförderung ausländischer Kollegen geschehen könnte.

6. Zusammenfassung

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der ärztlichen Versorgungssituation Bayerns im ambulanten und stationären Bereich. Die Analyse eines vermuteten ärztlichen Versorgungsmangels erfolgte auf Seiten des ambulanten Sektors ausschließlich auf Basis von statistischen Kennzahlen, im stationären Bereich hingegen auf Basis von subjektiven Einschätzungen von Krankenhäusern im Rahmen einer orientierenden Umfrage.

Im ambulanten Bereich ist die statistische Versorgungslage im Freistaat Bayern noch ausgezeichnet, wie die Zahlen der KVB belegen. So waren in den letzten drei Jahren durchschnittlich 96% der Planungsbezirke im fachärztlichen Bereich überversorgt. Bei den Hausärzten zeichnen sich erhebliche regionale Unterschiede ab, die durch Überversorgung in Ballungsgebieten und südlichen Regionen Bayerns gekennzeichnet sind. 2011 konnte in keinem Planungsbezirk eine Unterversorgung gemäß den Maßstäben der Bedarfsplanungsrichtlinie festgestellt werden.

Trotzdem sind zukünftig durch strukturelle Veränderungen wie beispielsweise die Anforderungen der jungen Ärztegeneration und die Altersstruktur der bayerischen Ärzteschaft - insbesondere bei den Hausärzten - erhebliche Versorgungsengpässe im ambulanten Bereich zu erwarten. Aufgrund dieses Sachverhalts müssen den Kassenärztlichen Vereinigungen noch weitreichendere und flexiblere Handlungsspielräume in Bezug auf eine bedarfsgerechte Verteilungsplanung eingeräumt werden. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie 2013 könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein.

Im stationären Bereich sind die Auswirkungen des Ärztemangels in Form von Stellenbesetzungsproblemen zu spüren. Die entstandenen Lücken werden aktuell überwiegend durch ausländische Fachkräfte gedeckt. Diesbezüglich konnte die durchgeführte Umfrage mit der Zielsetzung, den subjektiven Ärztemangel an den bayerischen Kliniken genauer zu untersuchen, herausstellen, inwieweit ausländische Ärzte den Bedarf in quantitativer und qualitativer Hinsicht langfristig decken können. In der Zusammenschau konnten die nachfolgenden Ergebnisse erarbeitet werden:

Erstens ist festzustellen, dass ein Ärztemangel an bayerischen Krankenhäusern auftritt. In diesem Zusammenhang bestätigten 40% der Befragten dies durch die Angabe von Stellenbesetzungsproblemen im ärztlichen Dienst. Es konnte herausgestellt werden, dass an bayerischen Krankenhäusern 1,2 Stellen im Mittel nicht besetzt sind. Die Umfrage ergab diesbezüglich, dass der Ärztemangel ein nicht nur über alle Fachrichtungen hinweg

bestehendes Problem darstellt, sondern auch besonders spezialisierte Fachkräfte (beispielsweise Positionen bei denen Spezialkenntnisse oder Zusatzbezeichnungen erforderlich sind) gesucht werden. Probleme in der Stellenbesetzung sind zudem abhängig von der Größe des Krankenhauses²⁴: bis zu 60% der kleineren Häuser weisen Schwierigkeiten in der Personalbesetzung auf. Lediglich 8% der großen bayerischen Lehr-, Kommunal- und Universitätskrankenhäuser haben mit Personalproblemen zu kämpfen.

Zweitens konnte gezeigt werden, dass Kliniken, um dem bestehenden Ärztemangel zu begegnen, auf ausländisches Personal zurückgreifen. Die überwiegende Anzahl (fast 90% der Krankenhäuser) beschäftigt ausländische Ärzte und kompensiert damit Defizite, die durch inländisches Personal nicht ausreichend gedeckt werden können. Betrachtet man die Ärztestruktur, so ergab die Befragung, dass kleinere und mittlere Häuser überwiegend ausländische Assistenzärzte beschäftigen. In mittleren und großen Kliniken machen Fachärzte annähernd ein Viertel der ausländischen Ärzte aus. Gastärzte sind prozentual am stärksten an großen Kliniken vertreten. Hervorzuheben ist, dass besonders kleinere Krankenhäuser mehr ausländische Ärzte beschäftigen und zugleich häufiger Probleme bei der Stellenbesetzung aufweisen.

Die Umfrage konnte ebenso ermitteln, aus welchen Herkunftsländern die ausländischen Fachkräfte stammen. Diese konzentrieren sich dabei überwiegend auf Europa und Staaten der europäischen Union, vor allem auf Österreich, Tschechien, Ungarn, Griechenland. Dies verwundert nicht, da Personalwerbung bereits von einem Viertel der bayerischen Kliniken im europäischen Ausland betrieben wird. Hinsichtlich der Beschäftigungsdauer sind ausländische Assistenzärzte mehrheitlich (65%) für die volle Weiterbildungszeit am jeweiligen Klinikum tätig. Bei den Fachärzten zeigt sich, dass 64% ihre Tätigkeit mehr als fünf Jahre ausüben. Dies weist darauf hin, dass eine frühzeitige Rückkehr der ausländischen Mediziner in ihre Heimatländer unwahrscheinlich ist und die Arbeitskräfte längerfristig dem Arbeitsmarkt in Deutschland zur Verfügung stehen.

Drittens waren die Untersuchung des sprachlichen und fachlichen Qualifikationsniveaus als auch die Bewertung der Tragfähigkeit des B2 Sprachniveaus Gegenstand der Befragung. Bezüglich der fachlichen Fähigkeiten konnte gezeigt werden, dass die Kliniken mit einem Durchschnittswert von 2,4 grundsätzlich mit ihren ausländischen Mitarbeitern sehr zufrieden sind. Allerdings wurde die fachliche Kompetenz von Personalchefs schlechter eingestuft als von ärztlichen Führungskräften.

²⁴ Die Krankenhausgröße wird in Tabelle 13 definiert.

Die sprachliche Kompetenz wurde ebenfalls durch Personal- bzw. Klinikleiter schlechter bewertet als durch ärztliche Führungskräfte. Insgesamt wurden die sprachlichen Fähigkeiten ihrer ausländischen Mitarbeiter von den Kliniken letztlich als befriedigend eingestuft. In der Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten sehen die meisten Kliniken jedoch die größte Herausforderung. In Zusammenhang mit den mangelnden Sprachkenntnissen wurde eine Einschätzung der Tragfähigkeit des B2 Sprachniveaus im klinischen Alltag erfragt. Insgesamt stufte knapp die Hälfte der Befragten (47,3%), sowohl ärztliche Führungskräfte als auch Personalleiter das Sprachniveau als unzureichend für den klinischen Alltag ein. Obwohl es an den Sprachkenntnissen bei ausländischen Ärzten wesentlich mangelt, bieten lediglich 25% der Krankenhäuser Sprach- und /oder Integrationskurse an.

7. Ausblick

Die Zukunft des Gesundheitswesens in Deutschland wird erheblich von ausländischen Ärzten abhängen. Schon jetzt ist der „Import“ ausländischer Mediziner zum Motor einer adäquaten Versorgungssituation im ambulanten und vielmehr noch im stationären Bereich geworden. 2011 konnten durch die Zuwanderung von über 3.000 ausländischen Ärzten eine große Anzahl an offenen Stellen erfolgreich besetzt werden. Hohe Zuwanderungszahlen sind dennoch kein Garant für eine ausreichende Versorgung wenn man in Betracht zieht, dass die Abwanderungszahlen aus Deutschland seit Beginn der Registrierung im Jahr 2005 stets höher sind als die Zuwanderung (vgl. Kapitel 1.5). Auch Bayern verzeichnete erst 2011 einen positiven Wanderungssaldo.

Ebenso garantieren ausländische Fachkräfte nicht in allen Fällen eine qualifizierte Versorgung aufgrund erheblicher Sprachbarrieren. Um schwerwiegende Folgen für Patienten abzuwenden, müssen ausländische Ärzte daher gezielt durch Sprach- und Integrationsprogramme seitens der Kliniken gefördert werden. Finanzielle und personelle Aufwendungen für Anwerbung von Fachkräften im Ausland sowie deren zeitintensive Einarbeitung müssen mit einberechnet werden. Der Mehrwert einer solchen Investition ist sowohl auf Patienten- und Klinikseite als auch aus Sicht der ausländischen Ärzte von erheblichem Vorteil. Im Zuge dessen stellt sich jedoch auch die berechtigte Frage, ob diese Investition besser in die Optimierung der Arbeitsbedingungen angelegt wäre, um damit die

Entlastung des Bestandspersonals und eventuell eine geringere Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland zu erreichen.

Grundsätzlich erforderlich ist die Implementierung adäquater Richtlinien um die vollständige sprachliche und fachliche Integration ausländischer Kollegen zu gewährleisten. Der Gesetzgeber ist in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern aufgerufen, entsprechende Verordnungen zu erarbeiten, um sicherzustellen, dass die sprachliche Qualifikation den Anforderungen im klinischen Alltag genügt. Ein vielversprechender Lösungsansatz könnte neben der Anhebung des Sprachniveaus von B2 auf C1, auch durch die verpflichtende Einführung von Patientenkommunikationstests erfolgen.

Ein noch weitgehend unterbewertetes Problem ist die rechtliche Bedeutung unzureichender oder lückenhafter Sprachkenntnisse von Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Langfristig kann die Funktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems jedoch nicht nur durch Zuwanderung gelöst werden. Personallücken werden durch diese Maßnahmen nur kurzfristig und notdürftig gestopft. Die eigentlichen strukturellen und gesundheitspolitischen Ursachen werden ignoriert. Im ambulanten Bereich könnte eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung mit gleichzeitiger Erweiterung der Handlungsspielräume der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Annäherung an eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung führen.

Zusätzlich zwingen auch die veränderten Anforderungen der Ärzteschaft zum Umdenken: Neben einer deutlichen Feminisierung der Medizin, einem erhöhten Durchschnittsalter in der Ärzteschaft, verschärfen auch die unattraktiven Arbeitsbedingungen wie Arbeitszeiten und mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie den Ärztemangel.

Eine Steigerung der Attraktivität des Arztberufes ist unerlässlich, um die Nachwuchsmediziner für das Berufsbild „Arzt“ zu begeistern und gleichzeitig die Fluktuation in nicht-ärztliche Tätigkeitsfelder zu verringern. Dazu müssen die Rahmenbedingungen zwingend zu Gunsten flexibler Arbeitszeitmodelle und einer Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit umgestaltet werden. Wünschenswert und ausschlaggebend sind außerdem optimierte Weiterbildungschancen für Ärztinnen und Ärzte als auch die Notwendigkeit, Möglichkeiten zu schaffen, um den ärztlichen Beruf und die Familie zu vereinbaren.

Zum erklärten Ziel in der Gesundheitspolitik muss darüber hinaus die Förderung eines geschlechtergerechten Gesundheitswesens werden. Nur somit kann die Abwanderung von qualifiziertem ärztlichem Personal langfristig gestoppt und die noch überdurchschnittliche Gesundheitsversorgung Deutschlands auch in Zukunft aufrechterhalten werden.

8. Literaturverzeichnis

Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) (1957): „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist.“ Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/zo_rzte/BJNR005720957.html, zuletzt geprüft am 27.01.2013.

Albrecht, Martin; Nolting, Hans-Dieter; Schliwen, Anja; Schwinger, Antje (2012): „Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach §140f SGB V.“ Berlin. Online verfügbar unter http://www.iges.de/presse07/pressearchiv/pressemeldungen_2012/bedarfsplanung/e12722/infoContent12725/IGESInstitut_GutachtenzurNeuordnungderrztlichenBedarfsplanung_Mai2012_ger.pdf, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Anger, Christa; Geis, Wido; Plünnecke, Axel (2012): „MINT – Frühjahrsreport 2012.“ Hg. v. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln. Online verfügbar unter http://www.etracker.de/lnkcnt.php?et=1KbSM9&url=http%3A%2F%2Fwww.iwkoeln.de%2F_storage%2Fasset%2F86135%2Fstorage%2Fmaster%2Ffile%2F1898328%2Fdownload%2FMINT_Fr%25C3%25BChjahrsreport_2012-05-20.pdf&lnkname=MINT_Fr%C3%BChjahrsreport_2012-05-20.pdf, zuletzt geprüft am 05.05.2013.

Ansorg, Jörg; Geiger, Margit (2013): „Generationenumfrage Chirurgie 2012/2013“. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54002/Chirurgen-Vergleichende-Studie-zu-Arbeitseinstellungen>, zuletzt geprüft am 26.04.2013.

Anwar, André(2007): „Deutsche Ärzte in Schweden: Viel Licht, ein wenig Schatten“. In: Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(8): A479 – A481.

Batinic, Bernad (2003): Internetbasierte Befragungsverfahren. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie (28), S. 6–18.

Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG) (2013): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Online verfügbar unter <http://www.bkg-online.de/dkv/herzlich-willkommen-beim-bayerischen-krankenhausregister>, zuletzt geprüft am 22.01.2013.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2006): „Ärztestatistik 2005, Datenbestand vom 04.01.2006“, persönliche Mitteilung der BLAEK von vom 08.10.2012.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2007a): „Ärztstatistik 2006, Datenbestand vom 09.01.2007“, persönliche Mitteilung der BLAEK vom 08.10.2012.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2008a): „Ärztstatistik 2007, Datenbestand vom 02.01.2008“, persönliche Mitteilung der BLAEK vom 08.10.2012.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2009a): „Ärztstatistik 2008, Datenbestand vom 05.01.2009“, persönliche Mitteilung der BLAEK vom 08.10.2012.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2010a): „Ärztstatistik 2009, Datenbestand vom 30.12.2009“, persönliche Mitteilung der BLAEK vom 08.10.2012.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2011a): „Ärztstatistik 2010, Datenbestand vom 03.01.2011“, persönliche Mitteilung der BLAEK vom 08.10.2012.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2012a): „Ärztstatistik 2011, Datenbestand vom 02.01.2012“, persönliche Mitteilung der BLAEK vom 08.10.2012.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2007b): „Tätigkeitsbericht 2006/07 der Bayerischen Landesärztekammerdem 66. Bayerischen Ärztetag vorgelegt“. In: Bayerisches Ärzteblatt Spezial (62), September 2007, S.14.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2008b): „Tätigkeitsbericht 2007/08 der Bayerischen Landesärztekammerdem 67. Bayerischen Ärztetag vorgelegt“. In: Bayerisches Ärzteblatt Spezial (63), September 2008, S.14.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2009b): „Tätigkeitsbericht 2008/09 der Bayerischen Landesärztekammerdem 68. Bayerischen Ärztetag vorgelegt“. In: Bayerisches Ärzteblatt Spezial (64), September 2009, S.14.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2010b): „Tätigkeitsbericht 2009/10 der Bayerischen Landesärztekammerdem 69. Bayerischen Ärztetag vorgelegt“. In: Bayerisches Ärzteblatt Spezial (65), September 2010, S.16.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2011b): „Tätigkeitsbericht 2010/11 der Bayerischen Landesärztekammerdem 70. Bayerischen Ärztetag vorgelegt“. In: Bayerisches Ärzteblatt Spezial (66), September 2011, S.16-17.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2012b): „Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 2011/12dem 71. Bayerischen Ärztetag vorgelegt“. In: Bayerisches Ärzteblatt SPEZIAL (67), September 2012, S. 18-19 und S. 26-36.

Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) (2013): „Fördermöglichkeiten“. Online verfügbar unter<http://www.BLAEK.de/weiterbildung/koordinierungsstelle/foerdermoeglichkeiten.cfm>, zuletzt geprüft am 16.04.2013.

Bayerischer Ärztetag (2011): „Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 - in der Fassung der Beschlüsse vom 16. Oktober 2011“. Online verfügbar unter http://www.BLAEK.de/weiterbildung/wbo_2004/download/WBO%202004_2010%2010.pdf, zuletzt geprüft am 14.04.2013.

Bedarfsplanungsrichtlinie (BP-RL) (2009): „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15. Februar 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S.3 491, zuletzt geändert am 18. Juni 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 S.3 898 in Kraft getreten am 18. November 2009.“ Online verfügbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-388/RL_Bedarf-2009-06-18.pdf zuletzt geprüft am 22.01.2013.

Bedarfsplanungsrichtlinie (BP-RL) (2011): „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), in der Neufassung vom 15. Februar 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S. 3 491 zuletzt geändert am 18. August 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 S.3 810 in Kraft getreten am 29. Oktober 2011“. Online verfügbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-567/BPL-RL_2011-08-18.pdf, zuletzt geprüft am 22.01.2013.

Bedarfsplanungsrichtlinie (BP-RL) (2012): „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013. Online verfügbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-666/BPL-RL_2012-12-20-Neufassung.pdf, zuletzt geprüft am 22.01.2013.

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) (2013): BDC-Generationenumfrage Chirurgie 2013, Email - Anfrage an den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vom 26.04.2013. Ausgewertetes Material zur Studie.

Blum, Karl; Löffert, Sabine (2010): „Ärztmangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen.“ Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf.

Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2011): Krankenhaus Barometer 2011. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf.

Boy, Ann-Dorit (2013): „Auswanderung bulgarischer Ärzte: Frau Doktor geht nach Deutschland – Europa“. Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH. Online verfügbar unter <http://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/europa/auswanderung-bulgarischer-aerzte-frau-doktor-geht-nach-deutschland-12160950.html>, zuletzt geprüft am 27.04.2013.

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2012a): „Aktuelle Fachkräfteengpassanalyse 2012“. Nürnberg. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/BA-FK-Engpassanalyse-2012-12.pdf>, zuletzt geprüft am 14.02.2013. S. 1-16.

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2012b): „Arbeitsmarktberichterstattung: Der Arbeitsmarkt für Akademikerinnen und Akademiker in Deutschland - Gute Bildung - gute Chancen“. Nürnberg 2012, S. 61-65.

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2013): „Arbeitsstellen im Zeitverlauf Januar 2013“. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistik-nach-Themen/Zeitreihen/Generische-Publikationen/Arbeitsstellen-Zeitreihe.xls>, zuletzt geprüft am 14.02.2013.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2011): „Anerkennung und Berufszugang für Ärzte und Fachärzte mit ausländischen Qualifikationen in Deutschland. Informationsbroschüre für Zugewanderte und Beratungsstellen.“ Online verfügbar unter <http://www.kvsh.de/db2b/upload/downloads/broschuere-erkennung-zugang-aerzte.pdf>, zuletzt geprüft am 18.05.2013, S. 56-66.

Bundesärztekammer (BAEK) (2008): „Tätigkeitsbericht 2007 der Bundesärztekammer“. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeit2007_03.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2013, S. 83-95.

Bundesärztekammer (BAEK) (2009): „Tätigkeitsbericht 2008 der Bundesärztekammer“. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.7128>, zuletzt geprüft am 27.01.2013. S. 69-80.

Bundesärztekammer (BAEK) (2010): „Tätigkeitsbericht 2009 der Bundesärztekammer“. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175>, zuletzt geprüft am 27.01.2013, S. 71-81.

Bundesärztekammer (BAEK) (2011a): „Anerkennungsgesetz: Kein Allheilmittel gegen Ärztemangel. BAEK sieht Gesetz kritisch / EU-Kommission will Berufsankennungsrichtlinie überarbeiten“. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/BAeK_intern_Dezember_2011_kennwortgeschuetzt.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2013, S. 8-9.

Bundesärztekammer (BAEK) (2011b): „Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/honoraraerzte_26052011.pdf#page=1&zoom=auto,0,676, zuletzt geprüft am 27.04.2013.

Bundesärztekammer (BAEK) (2011c): „Tätigkeitsbericht 2010 der Bundesärztekammer“. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.9237>, zuletzt geprüft am 27.01.2013, S. 77-87.

Bundesärztekammer (BAEK) (2012a): „Tätigkeitsbericht 2011 der Bundesärztekammer“. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.10275>, zuletzt geprüft am 26.01.2013, S. 83-93.

Bundesärztekammer (BAEK) (2012b): „Abwanderung von Ärzten ins Ausland gesamt 2005-2011 und nach Ärztekammer 2008-2011“, persönliche Mitteilung vom 12.12.2012, per Email.

Bundesärztekammer (BAEK) (2013a): „Tätigkeitsbericht 2012 der Bundesärztekammer“. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/taetigkeitsbericht_2012.pdf, zuletzt aktualisiert am 19.04.2013, zuletzt geprüft am 20.04.2013, S. 133-144.

Bundesärztekammer (BAEK) (2013b): „Zugänge von Ärztinnen und Ärzten in die Ärztekammern nach Jahr: 2007 – 2012“, persönliche Mitteilung vom 12.09.2013, per Email.

Bundesärzteordnung (BÄO) (1987): „Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 4c des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist“. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html, zuletzt geprüft am 20.05.2013.

Bundesinstitut für Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) (2013): „Glossar: Reglementierte Berufe“. Online verfügbar unter <http://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/glossar.php>, zuletzt geprüft am 15.06.2013.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2012): „Erläuterungen zum Anerkennungsgesetz des Bundes. Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen, Stand: 15. März 2012“. Online verfügbar unter http://www.anererkennung-in-deutschland.de/media/20120320_erlaeuterungen_zum_anererkennungsg_bund.pdf, S. 29-32, 36.

Burkhart, Michael; Ostwald Dennis A.; Erhard, Tobias (2012): „112 – und niemand hilft“. Hg. von PriceWaterhouseCoopers und WifOR-Institut.

Bühren, Astrid; Schoeller, Annegret (Hg.) (2010): „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte - Lebensqualität in der Berufsausübung“. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Handbuch_Familie_Arbeitsplatz.pdf zuletzt geprüft am 19.04.2013.

Clade, Harald (2010): „Ärztarbeitsmarkt: Ein Paradoxon – und die Folgen“, in: *Arzt&Wirtschaft*, Ausgabe 12 vom 15.12.2010. Online verfügbar unter <http://www.genios.de/fachzeitschriften/artikel/AUW/20101215/-rztarbeitsmarkt-ein-paradoxon-und/735070332DB16C11AE71673375AAE006.html>, zuletzt geprüft am 19.02.2013, S. 62-63.

Deter, Hans-Christian (Hg.) (2010): „Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin: Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde“. 1. Aufl.: Vandenhoeck& Ruprecht. Göttingen. S. 195-200.

Deutsches Ärzteblatt (DÄ) (2011): „Neue GOÄ gegen den Ärztemangel – Praxen finden keine Nachfolger“. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46034/Neue-GOÄ-gegen-den-Aerztmangel-Praxen-finden-keine-Nachfolger>, zuletzt geprüft am 29.04.2013.

Deutsches Ärzteblatt (DÄ) (2012): „Ärztmangel: Kleine Krankenhäuser haben größere Probleme“. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52301/Aerztmangel-Kleine-Krankenhaeuser-haben-groessere-Probleme>, zuletzt geprüft am 17.04.2013.

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2012): „Ärztstellen Barometer Herbst 2012“. Düsseldorf/ Hamburg. S. 6-15.

Dinkelacker, Claudia; Iblher, Tonia (2011): „Ärztmangel in den Krankenhäusern: Attraktiv durch Teilzeitangebote“. In: Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(23): S. 1341-2.

Eide, Eugen (2007): „Chirurg in Norwegen“. Online verfügbar unter http://www.bdc.de/index_level3.jsp?documentid=77E5298DDE512F50C1257353003DCDE D&form=Dokumente, zuletzt geprüft am 09.05.2013.

EU Richtlinie (EU-RL) (2005): „Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen“, Online verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF>, zuletzt geprüft am 04.05.2013.

Faubel, Ursula (2012): „Positionen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Neufassung einer Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) am 20. Juni 2012. Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss“. Online verfügbar unter http://www.diabetikerbund.de/sites/default/files/Positionen%20Patientenvertretung%20Bedarfsplanung%20121221_end.pdf, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Flintrop, Jens (2009): „Wenn der Nachwuchs fremdgeht“, In: Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(36): S. 1704-5.

Flintrop, Jens (2010): „Krankenhäuser: Über den richtigen Umgang mit dem Mangel“, In: Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(4): S. 126.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2012): „Tragende Gründe“, Online verfügbar unter http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2004/2012-07-19_BPL-RL_Au%C3%9Ferkraftsetzen%20Demografiefaktor_TrG.pdf, zuletzt geprüft am 22.01.2013.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2012): „Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1000“. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Art der Beschäftigung, Berufe. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt geprüft am 14.04.2013.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2013): „Arztdichte“. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/glossar/Arztdichte.html>, zuletzt geprüft am 01.03.2013.

Gesundheitsstrukturgesetz (1992): „Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch Artikel 205 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) geändert worden ist“. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gsg/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 22.01.2013.

Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus (2011): „Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land - ein Zukunftskonzept : Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung“, Hg: Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung, Wiesbaden 2011, S. 8-22.

Goethe – Institut (2013): „Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Lernen, lehren, beurteilen“. Online verfügbar unter <http://www.goethe.de/z/50/commeuro/303.htm>, zuletzt geprüft am 01.05.2013.

Hämmerli, Alexander (2009): „Deutsche finanzieren unsere Spitäler mit“. Online verfügbar unter <http://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/konjunktur/Deutsche-finanzieren-unsere-Spitaeler-mit/story/24867273>, zuletzt geprüft am 26.04.2013.

Henniger, Wolfgang (2011): „Aktueller Stellenindex von mainmedico“. Online verfügbar unter <http://www.mainmedico.de/Stellenindex.html>, zuletzt aktualisiert am 11.02.2011, zuletzt geprüft am 15.04.2013.

Hibbeler, Birgit (2013): „Fachkräftemangel: Ausländische Ärzte schließen die Lücke“. In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(5): S.172-5.

Hibbeler, Birgit; Korzilius, Heike (2008): „Arztberuf: Die Medizin wird weiblich“ In: Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(12): 609-12.

Holzner, Christian; Munz, Sonja; Übelmesser, Silke (2009): „Fiskalische Wirkungen der Auswanderung ausgewählter Berufsgruppen“. In: IFO Schnelldienst. 62 (12):S. 28-33

Jacob, Rüdiger; Heinz, Andreas; Müller, Carl-Heinz (2012): „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010“. Deutscher Ärzte Verlag, Köln: S. 17-91.

Kaiser, Roland H.; Köhler, Susanne; Baumann, Liina(2006): „Warum wollen immer mehr deutsche Ärzte ins Ausland?“. In: Hessisches Ärzteblatt 4/2006: S. 233-235.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012): „Das Versorgungsstrukturgesetz“. Online verfügbar unter http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/gkv_vsg/praxiswissen_vsg.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2013.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2010): „Versorgungsatlas Hausärzte 2010“. Online verfügbar unter <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Partner/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas-Hausaerzte2010.pdf>, zuletzt geprüft am 08.04.2013.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2011): „Hausärztliche Versorgung – Statistik versus Realität“. Online verfügbar unter <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Weitere/KVB-Hintergrundinfos-Hausaerztliche-Versorgung-070711.pdf>, zuletzt geprüft am 04.04.2013, S. 1-2.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2013a): „Bedarfsplanung“. Online verfügbar unter <http://www.kvb.de/praxis/online-angebote/niederlassungssuche/bedarfsplanung/>, zuletzt geprüft am 21.01.2013.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2013b): „Allgemeine Informationen zum Thema Zulassung / Teilzulassung von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten“. Online verfügbar unter: <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Praxisfuehrung/Zulassung/KVB-Merkblatt-Zulassung-Teilzulassung.pdf>, zuletzt geprüft am 31.10.2013

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) (2008): „Prognose zur Entwicklung der Arztzahlen für das Jahr 2020 im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen“. Online verfügbar unter <http://www.kvn.de/icc/internet/med/e6b/e6b7012a-a9fd-4821-48ae-85b06fa453d5,11111111-1111-1111-1111-111111111111,isDownload.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2013.

Klaus, Reinhardt (2011): „Gender und ärztliche Berufsausübung: gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Medizin – eine Voraussetzung für eine bessere Gesundheitsversorgung“. Vortrag im Rahmen des Gendermed Kongresses in Berlin 4. - 5.11. 2011.

Klose, Joachim; Rehbein, Isabel (2011): „Ärztatlas 2011: Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“. Wissenschaftliches Institut der AOK (Wido), Berlin 2011: S. 8-11.

Köhler, Andreas (2008): Zukunft der (Einzel-)Praxis - Herausforderungen in Stadt und Land. In: puls.b - Magazin für die Akteure der Gesundheit (1). Online verfügbar unter http://www.puls-b.de/index.php?option=com_content&task=view&id=30, zuletzt geprüft am 04.04.2013.

Köhler, Susanne; Trittmacher Susan; Kaiser, Roland (2007): „Der Arztberuf wird zum „Frauenberuf“ – wohin führt das?“. In: Hessisches Ärzteblatt 7/2007, S. 423-425.

Komorowski, Joachim (2012): „Assistenzarzt verzweifelt gesucht! Aufgrund der Mangelsituation steigt der Aufwand, der bei Stellenbesetzungen zu betreiben ist“. In: KU Gesundheitsmanagement 2012; 81 (8): S. 30-32.

Kopetsch, Thomas (2005): „Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlientwicklung: Daten, Fakten, Trends.“ 3. Aktual. und überarb. Aufl. Online verfügbar

unter www.laekh.de/upload/Presse/2005/presse2005_09_282.pdf, zuletzt aktualisiert am 20.10.2005, zuletzt geprüft am 26.11.2013

Kopetsch, Thomas (2007): „Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends.“ Hg. v. Bundesärztekammer. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf, zuletzt aktualisiert am 09.10.2007, zuletzt geprüft am 06.02.2013.

Kopetsch, Thomas (2010): „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“. 5. aktual. und überarb.Aufl. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010.

Korzilius, Heike (2013a): „Weiterbildung für die Generation Y: Sie fordern, was alle immer wollten“. In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(10): S.421-2.

Korzilius, Heike (2013b): „Ambulante Weiterbildung: Von der Rotation profitiert jeder“. In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(14): S. 639-40.

Leinert, Johannes; Follmer, Robert (2012): „Ärztemonitor 2012“. Online verfügbar unter <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003765546>, zuletzt geprüft am 06.05.2013.

Marburger Bund (MB) (2010): „Positionspapier des Marburger Bundes Ärztemangel in Deutschland – Muss die Krankheit chronisch werden?“. Berlin 23.10.2010. Online verfügbar unter http://p151586.webspaceconfig.de/presse/stellungnahmen/Aerztmangel-in-Deutschland_Positionspapier_Versand_HV.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2013.

Marburger Bund (MB) (2011a): „Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung Marburger Bund 2010. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland - Gesamtauswertung“. Online verfügbar unter <http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mitgliederbefragung/mitgliederbefragung-2010-gesamtauswertung.pdf>, zuletzt geprüft am 23.04.2013.

Marburger Bund (MB) (2011b): „Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung Marburger Bund 2010. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland - Hintergrundinfos“. Online verfügbar unter <http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mitgliederbefragung/mitgliederbefragung2010-hintergrundinfo.pdf>, zuletzt geprüft am 23.04.2013.

Marburger Bund (MB) (2012): „121. Hauptversammlung des Marburger Bundes. Sprachkenntnisse verbessern - Beschluss Nr. 8“. Online verfügbar unter <http://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund/hauptversammlung/121-marburger-bund-hauptversammlung/beschlusse/beschluss08>, zuletzt geprüft am 27.04.2013.

Marburger Bund (MB) (2013): „Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte) vom 30. Oktober 2006 in der Fassung des Änderungstarifvertrages Nr. 4 vom 11. April 2013 (Stand: 1. März 2013)“. Online verfügbar unter <http://www.marburgerbund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2013/tv-aerzte-tdl/13-05-16-tdl-tv-aerzte-idf-4aenderungstv.pdf>, zuletzt geprüft am 15.05.2013.

Martin, Wolfgang (2013): „Ärztlicher Arbeitsmarkt: Gegenläufige Tendenzen“. In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(11): S. 525-6.

Meißner, Marc; Osterloh, Falk (2012): „Ärztmangel im Krankenhaus: Erfolgsfaktor Familie“. In: Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(46): S. 2280-1.

Nabeel, Farhan (2013): „Ausländische Ärzte in deutschen Kliniken: Mehr als nur B2-Niveau“. In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(15): S. 741-2.

Obermann, Konrad (2012): „Medizinklimaindex Herbst 2012“. Online verfügbar unter http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Medizinklimaindex_Herbst_2012.pdf, zuletzt geprüft am 14.02.2013, S. 1-7.

OECD (2011): „Health at a Glance 2011. OECD INDICATORS“. S.59-76. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en, zuletzt geprüft am 27.04.2013.

Regierung von Oberbayern (RegOb) (2009): „Merkblatt für die Beantragung eines "Certificates of good Standing" für Ärztinnen/Ärzte“. Online verfügbar unter http://www.regierung.oberbayern.bayern.de/imperia/md/content/regob/internet/dokumente/formulare/f_bereich5/sg_55-2/55.2_229_i.pdf, zuletzt aktualisiert am 11.08.2009, zuletzt geprüft am 06.02.2013.

Richter-Kuhlmann, Eva (2007): „„Ja“ zum Arztberuf, „Nein“ zu deutschen Verhältnissen“. In: Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(26): S. 1881-2.

Rieser, Sabine (2013): „Bedarfsplanung: Genauerer Blick auf die Versorgung.“ In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(1-2): S.11.

Rothe, Andrea (2011): „Fast Track für die fachärztliche Weiterbildung. Möglichkeiten und Ansatzpunkte für eine Beschleunigung und Verbesserung der fachärztlichen Weiterbildung in Teilzeit“. Online verfügbar unter http://www.klinikum-muenchen.de/fileadmin/01-Unternehmen/02-Chancengleichheit/Fast_Track_fuer_fachaerztliche_Weiterbildung_Rothe_14-11-2011.pdf, zuletzt geprüft am 26.04.2013.

Rothe, Andrea (2012): „Krankenhaus: Karriere trotz Teilzeit“. In: Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(6): S.289-90.

Schmelz, Pedro (2012): „Statement zur Jahrespressekonferenz der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) „,“ Online verfügbar unter <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/RedenStatements/JPK-KVB-111212/KVB-Statement-121211-Jahrespressekonferenz-2012-Schmelz.pdf>, zuletzt geprüft am 04.04.2013.

Schmidt Harald; Ostwald Dennis A.; Ehrhard Tobias et al. (2010): „Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“. PricewaterhouseCoopers AG 2010. Online verfügbar unter: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Schmidt Siegfried H. (2004): „Die Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern“. In: Beiträge zur Hochschulforschung (26), Heft 1, S.40.

Schumacher, Horst (2011): „Neue Ärztinnen braucht das Land“. Online verfügbar unter: <http://www.aekno.de/page.asp?pageId=9101&noredir=True>, zuletzt geprüft am 27.05.2013.

Schwarzer, Anke; Fabian, Gregor (2012): „HIS Medizinerreport 2012 Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern“. Online verfügbar unter www.his.de/pdf/22/medizinerreport_2012.pdf, zuletzt geprüft am 26.04.2013.

SGB 5 (1988): „Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 4 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S.868) geändert worden ist“. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2013.

SGB 12 (2003): „Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 7. Mai 2013 (BGBl. I S. 1167) geändert worden ist“. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_12/gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2013.

Sons, Sebastian; Hollmig, Susen; Mambrey Alina (2011): „Kooperation mit dem Nahen und Mittleren Osten und Zentralasien: Facharztweiterbildung in Deutschland. Aktuelle Situation, Herausforderungen, Perspektiven“. Deutsches Orientinstitut. Berlin 2011.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2008): „Bildung und Kultur, Prüfungen an Hochschulen 2007“. Fachserie 11 Reihe 4.2., Wiesbaden 2008.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2009): „Bildung und Kultur, Prüfungen an Hochschulen 2008“. Fachserie 11 Reihe 4.2., Wiesbaden 2009.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2010): „Bildung und Kultur, Prüfungen an Hochschulen 2009“. Fachserie 11 Reihe 4.2., Wiesbaden 2010.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011a): „Bildung und Kultur, Prüfungen an Hochschulen 2010“. Fachserie 11 Reihe 4.2., Wiesbaden 2011.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011b): „Staat & Gesellschaft - Gesundheit - Ambulante Operationen seit 2002 verdreifacht“. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Doorpage/Schlaglicht.html, zuletzt geprüft am 16.04.2013.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2012a): „Bildung und Kultur, Prüfungen an Hochschulen 2011“. Fachserie 11 Reihe 4.2., Wiesbaden 2012.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2012b): „Studierende an Hochschulen - Wintersemester 2011/2012“. Fachserie 11 Reihe 4.1, Wiesbaden 2012.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013): „Studienanfänger: Deutschland. Statistisches Bundesamt“. Tabelle 21311-0012 nach den Kriterien: Studienanfänger: Deutschland, Semester, Nationalität, Geschlecht, Studienfach; Zeitraum: WS 1998/99-WS 2011/12, online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>.

van Berg, Neeltje den; Meinke, Claudia; Heymann, Romy et al. (2009): „AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz“. In: Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(1-2): S. 3-9; DOI: 10.3238/arztebl.2009.0003.

9. Anhang

Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen meiner Promotionsarbeit an der Ludwig Maximilians-Universität München untersuche ich das Thema Ärztemangel in Bayern. Dazu sollen alle Kliniken Bayerns zur aktuellen Personalsituation befragt werden und speziell die Rahmenbedingungen für den Einsatz ausländischer Ärztinnen und Ärzte wissenschaftlich beleuchtet werden. Die Befragung richtet sich an die ärztliche Leitung und die Personalabteilung. Falls Sie nicht der richtige Ansprechpartner sind, möchte ich Sie bitten diesen Fragebogen an die entsprechende Stelle weiterzuleiten. Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 10 min. in Anspruch nehmen. Ihre Daten werden selbstverständlich zu 100% anonym und unter Wahrung des Datenschutzes behandelt.

Hier geht es zum Fragebogen: <https://www.soscisurvey.de/aerztemangel/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihre Unterstützung im Rahmen meines Forschungsprojektes!

Siegfried Schmidt

Arzt

Prof. Dr. med. Ursula Gresser

wissenschaftliche Betreuung

LMU

Ludwig-Maximilians-Universität München

Geschwister-Scholl-Platz 1

80539 München

Fragebogen

1. Bitte geben Sie den Namen Ihres Klinikums und einen Ansprechpartner an. Vielen Dank!
[SD12]

2. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind an Ihrem Klinikum tätig? [SD09]

Assistenzärzte (_____)

Fachärzte (_____)

3. Ist an Ihrem Klinikum ausländisches ärztliches Personal mit einem im Ausland erworbenen Hochschulabschluss und/oder einer im Ausland erworbenen Facharztausbildung tätig? (Bitte markieren) [SD01]

JA

NEIN

4. Wenn JA, wie viele ausländische Ärztinnen und Ärzte mit im Ausland erworbenen Hochschulabschluss sind an Ihrer Klinik tätig?

[S102]

Assistenzärzte (_____)

Fachärzte (_____)

Gastärzte (zeitlich begrenzter Aufenthalt) (_____)

5. Aus welchen Ländern stammen die ausländischen Kolleginnen und Kollegen überwiegend? (Bitte angeben!) [S109]

6. Qualifikation (Bitte markieren)

[SU01]

Wie beurteilen Sie die **fachliche** Qualifikation der ausländischen Kolleginnen und Kollegen im klinischen Alltag?

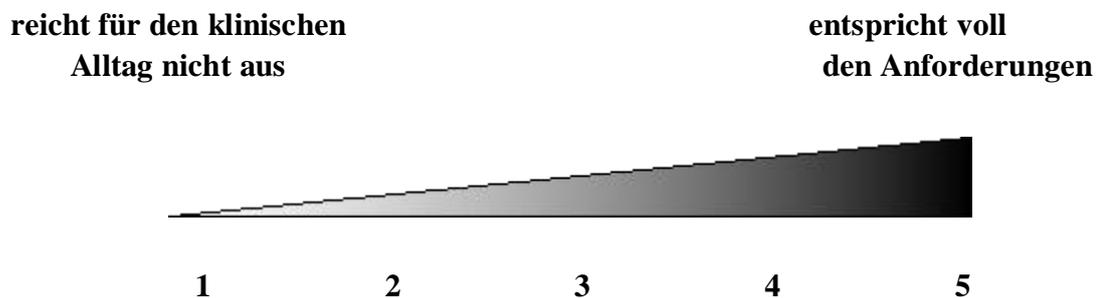
sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft Keine Antwort

Wie beurteilen Sie die **sprachliche** Qualifikation der ausländischen Kolleginnen und Kollegen im klinischen Alltag?

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft Keine Antwort

7. Das B2 Sprachzertifikat ist für die Erteilung der Berufserlaubnis nach §10 BÄO bzw. für die Erteilung der Approbation für ausländische Ärztinnen und Ärzte notwendig. [AB01]

Entsprechend Ihren Erfahrungen, wie würden Sie dieses Sprachniveau im Hinblick auf die Anforderungen im klinischen Alltag einstufen? (Bitte geben Sie eine Zahl an)



8. Wird in Ihrer Klinik ein Sprach- oder Integrationskurs für ausländische Kolleginnen und Kollegen angeboten? (Bitte markieren) [SD03]

JA und zwar:

NEIN

9. Wie lange bleiben die ausländischen Ärztinnen und Ärzte durchschnittlich an Ihrem Klinikum? (Bitte markieren) [S106]

ausländische Assistenzärzte

Für einen Teil der möglichen Weiterbildung (_____Monate)

Für die volle mögliche Weiterbildungszeit (_____Monate) und länger

[S107]

ausländische Fachärzte (Bitte markieren)

1 – 5 Jahre

5 – 10 Jahre

10 Jahre und mehr

10. Wie viele unbesetzte ärztliche Stellen gibt es derzeit an Ihrem Klinikum? (Bitte markieren) [SD08]

Anzahl der offenen Stellen: _____

keine Angabe

11. Bestehen aktuell Probleme, offene Stellen an Ihrem Klinikum mit geeignetem ärztlichen Personal zu besetzen? (Bitte markieren) [S101]

JA

NEIN

Keine Angabe

12. Werben Sie im Ausland um die Stellen Ihres Klinikums zu besetzen? (Bitte markieren) [S110]

JA und zwar in: _____

NEIN

13. Möchten Sie zu dieser Befragung oder zum besseren Verständnis Ihrer Antworten noch etwas anmerken? [S112]

Danke für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe an dieser wissenschaftlichen Studie bedanken.

Siegfried Schmidt

Prof. Dr. med. Ursula Gresser

Siegfried Schmidt, AG Prof. Gresser, Ludwig-Maximilians-Universität München – 2012

Antworten auf die offene Frage (Frage 13):

Wenn Stellen offen sind, gibt es wie mittlerweile fast überall Schwierigkeiten geeignete Kollegen zu finden um sie zu besetzen.
Im Bereich "Anästhesie" gibt es keine geeigneten Bewerber (europaweit !). Auch Fachärzte für Pneumologie und Thoraxchirurgie sind nur sehr schwer zu bekommen. Es fehlen auch hier europaweit geeignete Bewerber/innen. Diese Problematik verschärft sich immer mehr ! Es gibt generell nur sehr wenige deutsche Bewerber/innen für Arztstellen !
ausländische Ärzte bleiben häufig lange in unserer Klinik, unabhängig von Weiterbildungszeiten.
Im Jahre 2012 war die Situation in unserem Hause, gerade in den Sommermonaten, höchst angespannt. Erst im Herbst waren unsere Stellen wieder besetzt. Die Vakanzen Mitte des Jahres konnten nicht geschlossen werden.
Da in unserer Klinik nur 2 Fachärzte beschäftigt sind, bedarf es keiner häufige Suche, die Kollegin ist schon sein mehreren Jahren hier beschäftigt.
Für die derzeit offenen Stellen sind besondere Qualifikationen erforderlich. Grundsätzlich können wir unseren ärztlichen Personalbedarf derzeit gut decken (durch Initiativbewerbungen, Übernahme von PJ-Studenten, etc.)
Die "Qualität" ausländischer Ärzte ist sehr unterschiedlich. Manche integrieren sich gut, entwickeln sich weiter (sprachlich wie fachlich), machen Karriere und werden zu langjährigen guten Mitarbeitern. Andere haben Hämungen im persönlichen Umgang und Integrationsprobleme. Neben schlechterer fachlicher Ausbildung ist die Sprache oft das größte Problem.
Arztsituation im Vergleich zu früher schwieriger, Bewerberzahlen stark rückläufig. Bisher konnten aber noch alle Stellen einigermaßen termingerecht ohne Einsatz von ausländischen Ärzten besetzt werden
Konnten über Spontanbewerber die Stellen mit gewissen Latenzen bisher immer wieder füllen, Ausschreibungen von Arztstellen brachten nichts. Sprach-/kulturelle Probleme behinderten den Einsatz bei der Psychotherapie.
Die Aussagekraft der Verbleibdauer ist nicht zu hoch zu hängen. Einige Ärzte gehen bereits nach 6 Monaten wieder, andere absolvieren die volle Weiterbildung.
Das Sprachproblem der B2-Ärzte besteht 1. Im Verständnis niederbayerischer Sprache (da haben auch deutsche Zugereiste Probleme) 2. Beim Telefonieren im Bereitschaftsdienst. da die Mimik und Gestik fehlt, kann sich der Hintergrunddienst nie sicher sein, ob Anordnungen tatsächlich verstanden wurden.

Glücklicherweise sind die Kollegen aus den KuK-Staaten (insbesondere aus Ungarn) schon innerhalb eines Jahres auf Niveau C1 meist C2
Ich wäre an die Endergebnisse interessiert
geförderter Sprachkurs über den Bezirk Schwaben in Augsburg, genauer Programmname mir nicht bekannt
Die Fragen sind sehr global gestellt und daher ist die Validität der Befragung sehr fragwürdig.
Anzahl Fachärzte = Oberärzte / Chefärzte und Ärzte welche als Facharzt eingesetzt werden Anzahl Assistenzärzte = Assistenzärzte, sowie Fachärzte welche eine Assistentenstelle belegen
Personalprobleme mit Besetzung von Arztstellen nur bei besonderen Stellen, z.B. Arzt mit Qualifikation als Strahlentherapeut und gleichzeitig als Radiologe

10. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. med. Dr.med. habil. Ursula Gresser für die Überlassung des Themas und die stets freundliche und umfassende Unterstützung bei der Ausarbeitung der Dissertation.

Des Weiteren bedanke ich mich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die Überlassung des Datenmaterials zur Ausarbeitung des Ärztemangels im ambulanten Bereich. Insbesondere gilt mein Dank Frau Adelheid Röben, Frau Andrea Fembacher und Herrn Jochen Maurer von der KVB für die tatkräftige und kompetente Unterstützung.

Darüber hinaus möchte ich mich bei allen bayerischen Krankenhäusern bedanken, die sich die Zeit genommen haben um an der Befragung teilzunehmen.

Eidesstattliche Versicherung

Siegfried J. Schmidt

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema:

„Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an ausländischen Ärztinnen und Ärzten mit Darstellung der aktuellen Personalsituation anhand einer Befragung bayerischer Krankenhäuser“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand