

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

## **Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land**

### **Statement bei der Bundespressekonferenz in Berlin, 21. April 2009**

Es ist unbestritten: Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte steigt seit vielen Jahrzehnten kontinuierlich an – allein im Zeitraum 1991 bis 2008 um mehr als 30 Prozent. Kaum jemand bestreitet auch, dass es einen zunehmenden Ärztemangel gibt, der längst nicht mehr allein im Osten Deutschlands Probleme bereitet.

Wir bewegen uns auf eine Wartelisten-Medizin zu. Patienten bemerken und beklagen Wartezeiten auf Termine, eine Ausdünnung der ambulanten Versorgung in der Fläche und zunehmende Zugangsprobleme zu manchen hochspezialisierten Versorgungsangeboten. In den Krankenhäusern sind heute in vielen Abteilungen 20 bis 50 Prozent der Stellen unbesetzt. Das Deutsche Ärzteblatt platzt vor Stellenanzeigen.

Noch nie hat sich ein Angebotsmarkt mit Tausenden von arbeitslosen Ärzten, wie wir es noch vor zehn Jahren beklagen mussten, in ähnlich rasanter Geschwindigkeit zu einem Nachfragemarkt mit Tausenden offener Stellen entwickelt. Der Wechsel von Unterbeschäftigung über Vollbeschäftigung zu Überbeschäftigung mit Traumrarbeitslosenraten ist ein Faktum, das kein ernsthaft argumentierender Politiker mehr wegdiskutieren kann.

Dass zugleich beklagt wird, dass Privatpatienten und Selbstzahler schneller Termine und leichter Zugang zu medizinischer Versorgung finden, ist der natürliche Ausdruck einer Mangelsituation, die nicht von den Ärzten oder Krankenhäusern verschuldet wurde, sondern von denen, die für die Rahmenbedingungen der Ausübung ärztlicher Tätigkeit zuständig sind. Die heute herrschende Mehr-Klassen-Medizin ist von der Ärzteschaft nicht gewollt – sie ist die Konsequenz eines politisch induzierten Mangels, gepaart mit einem ebenso politisch gewollten Preiswettbewerb.

Ein Widerspruch bleibt: Wie passen steigende Ärztezahlen und zunehmender Ärztemangel zusammen? Unser Ziel ist es, die Dinge zu beschreiben, die dieses Paradoxon erklären, unser Traum wäre es, eine „Formel“ zu entwickeln, die diese Veränderungen mathematisch abbildet und einer vernünftigen Zukunftsplanung zugänglich macht. Das wäre etwas, das den Patienten, den Ärzten und der Politik nutzen würde.

Heute wissen wir:

**1.** Der medizinische Fortschritt bedingt mehr Leistungen. Wir können heute mehr – das drückt sich nicht nur in einer längeren Lebenserwartung und besseren Lebensqualität der Menschen aus, das fordert auch mehr Personaleinsatz. Man kann das sogar messen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) erhebt in einem sogenannten ADT-Panel Kennzahlen zu Patienten-Arztkontakten. Das ZI kam dabei zu folgendem Ergebnis: Hatte ein Allgemeinarzt 1999 durchschnittlich 3,5 Patientenkontakte pro Fall, so sind es heute 3,7. Beim hausärztlichen Internisten stieg die Kontaktrate von 3,5 auf 3,9, beim Radiologen immerhin von 1,1 auf 1,3. Das sind immerhin zwischen 10 und 20 Prozent mehr „Arbeit“ pro Fall – innerhalb von nur zehn Jahren. Auch das ist Ausdruck des Fortschritts, der längst alle Ebenen der Medizin erreicht hat.

**2.** Die demografischen Veränderungen haben gewaltige Auswirkungen. Der Finanzbedarf für Versicherte über 60 Jahre ist 3,26 mal höher als für die unter 60-jährigen. Das zumindest ergeben die Daten des Risikostrukturausgleichs. Gleichzeitig ist der Anteil dieser Gruppe von 1991 bis 2008 um ein Fünftel – von 20,4 auf 25,3 Prozent – gestiegen.

Mehr alte Menschen und mehr Arbeit treffen nun aber zeitgleich auf eine Veränderung der Arbeitswelt und eine andere Zusammensetzung der Ärzteschaft:

**3.** Das Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten zueinander hat sich radikal verändert. Die Medizin wird weiblich. Damit Sie mich nicht falsch verstehen: Das tut ihr richtig gut. Aber Frauen haben nun oftmals andere Lebensperspektiven als Männer und stellen – das sage ich ohne jeden Unterton von Diskriminierung – nun einmal weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung. Das ist übrigens familienpolitisch gewollt, noch wichtiger: Es ist ihr gutes Recht. Und so bedeutet der Anstieg des Frauenanteils in der Ärzteschaft von 33,6 Prozent im Jahr 1991 auf 41,5 Prozent im Jahr 2008 eine gewaltige Veränderung von zur Verfügung gestelltem Arbeitsvolumen. Es gibt eine grobe Faustformel, die besagt, dass in ihrer Erwerbsarbeit drei Frauen einem Arbeitgeber soviel Arbeit zur Verfügung stellen wie zwei Männer. Das ist völlig in Ordnung, nur wir müssen dies zur Kenntnis nehmen und danach handeln.

**4.** Hinzu kommen gesetzliche Veränderungen wie das neugefasste Arbeitszeitgesetz, das ja auch die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten in einen vernünftigen Rahmen stellt. Machen wir uns doch nichts vor: In einem qualitätsgesicherten, effizienten und patientensicheren Gesundheitswesen sollte kein Platz sein für übermüdete, ausgelaugte und an ihre körperlichen Grenzen geführte Ärztinnen und Ärzte. Es wäre fatal, würde man den Verlockungen mancher Kassenfunktionäre oder der Krankenhausträger wieder erliegen und in einer „Rolle rückwärts“ das Arbeitszeitgesetz erneut verschlechtern. Der Schuss ginge total nach hinten los. Es gehört nun einmal zum funktionierenden Wettbewerb, dass man sich solchen Ansätzen entzieht und ins Ausland geht, in andere Arbeitsbereiche ohne direkte, kurative Patientenversorgung oder aber lieber den Beruf gar nicht ausübt, anstatt sich zu verbrennen.

**5.** Und damit sind wir bei einem Kernproblem: Wir müssen einfach zur Kenntnis nehmen, dass junge, moderne Menschen mit einer hochqualifizierten Ausbildung und viel Elan nicht mehr bereit sind, ihren Lebensstil, ihre Lebensqualität und ihre Arbeitnehmerrechte sozusagen an den Pforten der Krankenhäuser, der Medizinischen Versorgungszentren oder am Eingang ihrer Praxis abzugeben. Und statt diese Menschen, die sich nur verhalten, wie wir alle, dafür zu beschimpfen, anzuklagen, ihnen ihr Verhalten vorzuwerfen, müssen wir uns und die Politik fragen, was wir tun, um wieder ein Gleichgewicht zwischen Arbeit, Leistung und Angebot herzustellen.

Im Ergebnis all dieser Faktoren (3-5) stellen wir fest: Zwischen 2000 und 2007 führte der Anstieg der Arztzahlen um 6,9 Prozent nicht zu mehr, sondern zu 1,6 Prozent weniger Arbeitsangebot. Da aber zeitgleich die Arbeitslast steigt (1-2),

kommt es zu einer zunehmenden Verdichtung von Arbeit, Überlastung von Mitarbeitern und Demotivation. Dies wiederum führt zu ganz natürlichen Reaktionen. Ärztinnen und Ärzte steigen aus, gehen ins Ausland, machen etwas anderes, sind unzufrieden, verlieren Freude und Engagement am und für den Beruf. Einfach gesagt: Arbeit in der Medizin ist unattraktiv geworden.

Wir müssen die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung wieder attraktiver gestalten. Wenn wir die jungen Menschen für unsere Arbeit begeistern wollen, müssen wir die Bedingungen den Bedürfnissen und den Wünschen anpassen. Wir müssen viel verändern. Salopp formuliert: „Der Köder Arbeit muss den Fischen schmecken und nicht den Anglern“.

Wir können heute belegen, mehr Ärzte und zugleich Ärztemangel schließen sich nicht aus, sind auch kein Widerspruch, sondern eine natürliche Folge gesellschaftlicher Veränderungen und einer unzureichenden politischen Antwort darauf. Wenn Politiker und Krankenkassen heute noch immer gebetsmühlenartig alle Probleme als „reine Verteilungsprobleme“ der Ärzteschaft kleinreden wollen, dann werden sie ihrer politischen Verantwortung nicht gerecht. Es muss sich etwas ändern. Ärztliche Arbeit in Klinik und Praxis muss wieder attraktiv werden.

Dazu gehören zuallererst:

- mehr Stellen in den Krankenhäusern und eine bessere Bezahlung,
- flankierende Maßnahmen wie Abbau von Überstunden und Diensten, Entlastung von Bürokratie und Angebote für Kinderbetreuung,
- bessere Anerkennung und Vergütung der Arbeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte,
- Anerkennung der Leistung der Selbstverwaltung statt fortwährender Zermürbungstaktik gegenüber dem KV-System.

**Dr. med. Frank Ulrich Montgomery**  
Vizepräsident der Bundesärztekammer  
Präsident der Ärztekammer Hamburg