

Entwicklung und Konsequenzen des Ärztemangels in Bayern

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.¹

S. Schmidt, U. Gresser, München

Aus der Praxis für Innere Medizin und medizinisch-wissenschaftliche Sachverständigengutachten, Universität München (Leitung: Prof. Dr. U. Gresser)

Zusammenfassung

Zielsetzung

Der deutschlandweit fortschreitende Ärztemangel ist aktuelles Thema zahlreicher gesundheitspolitischer Diskussionen. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Versorgungssituation und ärztlichen Wanderungsbewegungen im ambulanten und stationären Bereich unter besonderer Berücksichtigung von Zuwanderung ausländischer Ärzte nach Deutschland sowie deren Konsequenzen.

Methoden

Die Jahresstatistiken der bayerischen Landes- und Bundesärztekammer wurden in Bezug auf ausländische Ärzte und ärztliche Migration untersucht. Über die ambulante Versorgungslage Bayerns gibt die Analyse unveröffentlichter Fallzahlen und Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns Aufschluss. Der stationäre Bereich ist mit einer orientierenden Befragung bayerischer Krankenhäuser erfasst und erschließt die aktuelle ärztliche Personalsituation.

Ergebnisse

Der Trend zur Emigration deutscher Ärztinnen und Ärzte vor allem in die Schweiz, Großbritannien, USA und Österreich ist ungebrochen. Die ambulante Versorgung für Bayern entspricht im fach- bzw. hausärztlichen Bereich noch der Regel- bzw.

Überversorgung. Die Umfrage konnte dagegen für die stationäre Versorgung bestätigen, dass bei einem erheblichen Teil der befragten bayerischen Krankenhäuser ein Ärztemangel auftritt und bestehende Personalengpässe vielerorts nur durch die Beschäftigung von ausländischen Ärzten trotz erheblicher Sprachdefizite ausgeglichen werden können.

Diskussion

Um dem Ärztemangel langfristig zu begegnen, sind grundlegende Bedarfsplanungsreformen in Verbindung mit strukturellen Verbesserungen und Maßnahmen zur sprachlichen Integration ausländischer Mediziner ein notwendiger Schritt in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung.

Summary

Development and consequences of physician shortages in Bavaria

Aim

Germany's growing shortage of doctors is a current topic of numerous discussions in healthcare policy. The objective of this study is to show the medical supply situation and migratory movement of doctors in the outpatient and inpatient physician care sector, with particular emphasis on the immigration of foreign doctors to Germany and its consequences.

Subjects and methods

The annual statistical reports from the Bavarian Medical Association and the Federal Medical Association were investigated with regard to foreign doctors and migratory movements. To establish Bavaria's situation regarding outpatient physician care, unpublished case reports and planning sheets of the Statutory Health Insurance Physicians in Bavaria (KVB) were analysed. A survey amongst Bavarian hospitals shows the current situation of the inpatient care sector.

Results

The trend of emigration by German doctors continues unabated, especially to Switzerland, UK, USA and Austria. In Bavaria, outpatient care by GPs or specialists is still standard or in oversupply. However, the survey was able to confirm a considerable lack of doctors for inpatient care. So far, it has been possible to compensate existing staff shortages in hospitals by employing foreign doctors, despite significant language deficits.

Discussion and conclusions

To resolve the shortage of doctors in future, a reform of the Medical Requirements Planning in combination with structural improvements and measures to integrate immigrant doctors is essential.

Stichworte: Gesundheitswesen, Statistik

Hintergrund und Fragestellung

In Deutschland herrscht seit einigen Jahren ein *manifest* Ärztemangel, dessen Gründe vielfältig sind. Die ärztliche Versorgung wird wesentlich durch Faktoren wie dem rasanten medizinischen Fortschritt, dem Anwachsen älterer Bevölkerungsgruppen mit veränderter Morbidität und knappen finanziellen

Mitteln im Gesundheitswesen beeinflusst (Köhler 2008).

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 wachsenden Anteil an Ärztinnen (BAEK 2012, GBE 2012, Blum/Löffert 2010). Hinzu kommt das alters-

¹Diese Publikation beruht auf der Dissertationsschrift von Siegfried Schmidt an der Medizinischen Fakultät der LMU München, Betreuerin Prof. Dr. Ursula Gresser, unterstützt von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB).

bedingte Ausscheiden von Medizinerinnen bei einem gleichzeitigen relativen Nachwuchsmangel (BAEK 2012, Destatis 2013, Kopetsch 2010).

Durch die jährlich zunehmende *Ärztewanderung* ins Ausland verschlechtert sich die Versorgungssituation im ambulanten und stationären Bereich in einigen Gebieten Deutschlands dramatisch (BAEK 2012). Auch das *Bundesland Bayern* scheint in dieser Hinsicht nur teilweise verschont zu sein.

Wesentlich wird die Personalsituation durch die sich aktuell vollziehende ärztliche Wanderungsbewegung innerhalb Europas gesteuert.

Ausländische Ärzte decken bereits den Personalbedarf, der durch Emigration deutscher Ärzte entstanden ist. Ob ausländische Mediziner die Lücke jedoch mit ihrer fachlichen und sprachlichen Kompetenz mehr als vorübergehend füllen können, ist diskussionswürdig. Es stellt sich zudem die Frage, welche primären *Konsequenzen* in Hinblick auf die Bedarfsplanung und struktureller Bedingungen gezogen werden müssen, um dem Ärztemangel zu begegnen.

Datenmaterial und Methoden

Um die deutschlandweiten Zu- und Abwanderungsbewegungen darzustellen, wurden relevante Statistiken der *Bundesärztekammer (BAEK)* untersucht. Im Hinblick auf die Ärzteversorgung im Bundesland Bayern konnten anhand der Jahresstatistiken der bayerischen Landesärztekammer (BLAEK) ärztliche Migrationstendenzen analysiert werden.

Über die *ambulante Versorgungslage* Bayerns in den Jahren 2009 bis 2011 gibt die Arbeit nach Analyse aktueller und unveröffentlichter Planungsblätter und Fallzahlen der *Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)* Aufschluss. 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 und beruhten auf der Ermittlung von Durchschnittswerten.

Der *stationäre Bereich* ist mit einer orientierenden Befragung bayerischer Krankenhäuser erfasst und gibt Hinweise auf die aktuelle Personalsituation. Dazu wurden 329 Krankenhäuser angeschrieben und gebeten online einen Fragebogen zur ärztlichen Personalsitu-

ation auszufüllen. 68 Rückantworten erfolgten, 57 Antwortbögen konnten vollständig ausgewertet werden.

Ergebnisse

Analyse der Statistiken der Bundes- und Landesärztekammer

Festzustellen ist, dass ungeachtet der kontinuierlich steigenden Arztzahlen und der hohen Arztdichte ein relativer Ärztemangel zu bestehen scheint (BAEK 2012, Flintrop 2010).

Fast man die Ergebnisse im Überblick zusammen, sind folgende Trends erkennbar, die sowohl für Deutschland als auch Bayern gelten:

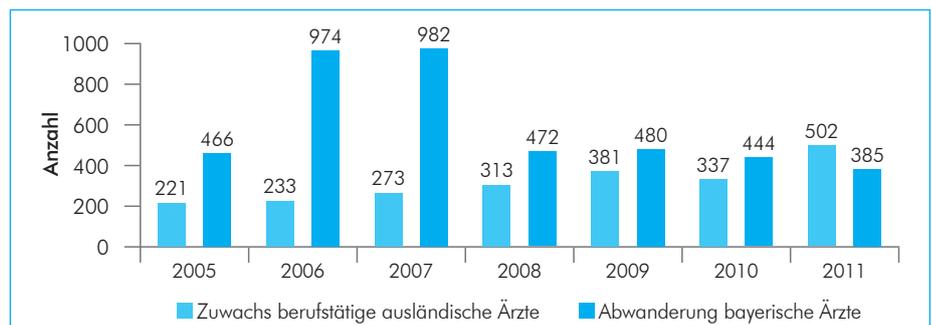
- *Erstens* befindet sich die *Abwanderung von deutschen Ärzten* ins Ausland, derzeit insbesondere in die Schweiz, auf einem recht hohen Niveau mit tendenziell steigenden Zahlen. Während 2011 aus Deutschland 3410 Ärzte abwanderten (BAEK 2012), scheint die ärztliche Emigration in Bayern mit 385 Ärzten allerdings leicht abgemildert (vgl. Abbildung 1, BLAEK 2012). Hessen verzeichnet die höchste Abwanderung (BAEK 2012). Attraktivste Abwanderungsländer sind die Schweiz, Großbritannien, USA und Österreich (ebd.). Insbesondere ist festzustellen, dass zwischen den drei deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz ein reger Austausch an Ärzten stattfindet (BAEK 2012, BLAEK 2012).
- *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 9651 Ärzten seit 2005 bestätigt

das Fehlen von qualifiziertem ärztlichem Personal in Deutschland (Kopetsch 2007, BAEK 2008, BAEK 2009, BAEK 2010, BAEK 2011, BAEK 2012). In Bayern beläuft sich der Negativsaldo auf 1.943 Ärzte (BLAEK 2006, BLAEK 2007, BLAEK 2008, BLAEK 2009, BLAEK 2010, BLAEK 2011, BLAEK 2012).

Anders als in Deutschland schaffte es Bayern jedoch, die Abwanderungszahlen ausländischer Ärzte bis 2011 zu verringern und gleichzeitig den Zustrom von ausländischen Medizinerinnen zu verstärken. Der überwiegende Teil der ausländischen Ärzte ist in Krankenhäusern tätig. Dieser Anteil liegt in Deutschland bei 78% und in Bayern bei 64% (BAEK 2012, BLAEK 2012).

- *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 (ebd.). Diese Entwicklung hat Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in der Medizin und verändert die strukturellen Anforderungen an die Krankenhäuser und ambulante Versorgungseinrichtungen.
- *Als vierter Trend* ist ein kontinuierliches *Ansteigen des Durchschnittsalters* der Krankenhaus- und der Vertragsärzte auf 41,1 bzw. 52,5 Jahre auf Basis aller unter 69-jährigen Ärzte erkennbar (BAEK 2012). Gleichzeitig steigt die Zahl der *Studienanfänger* während die Gesamtzahl der Absolventen sinkt (Destatis 2012). Hinzu kommt, dass sich in den letzten 5 Jahren durchschnittlich 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*

Abbildung 1 Wanderungsverhalten von Ärzten in Bayern 2005 – 2011 (BLAEK 2006, BLAEK 2007, BLAEK 2008, BLAEK 2009, BLAEK 2010, BLAEK 2011, BLAEK 2012)*



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

Tabelle 1: Ambulante Versorgungslage* in den 79 Planungsbezirken 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

* Übersversorgung: Versorgungsgrad > 110%; Regelversorgung: Versorgungsgrad 50/75 – 110%;
Unterversorgung: Versorgungsgrad < 50% im Facharztbereich, <75% im Hausarztbereich

ten Bereich festzustellen - für Deutschland bedeutete dies seit 2007 einen Anstieg von 45% auf aktuell 18800 angestellte Ärzte (BAEK 2008, BAEK 2012). Anfang 2012 waren in Bayern 3349 Ärzte bzw. 13,5% in ambulanten Praxen angestellt (BLAEK 2012). Die Zahl der Angestellten hat sich hier seit 2007 um 35% gesteigert (BLAEK 2008, BLAEK 2012).

Untersuchung der ambulanten und stationären Versorgungssituation Bayerns

Die Analyse eines vermuteten ärztlichen Versorgungsmangels erfolgte auf Seiten des ambulanten Sektors 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 Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) belegen (Tabelle 1):

- Die fachärztliche Versorgung kann überwiegend für alle Fachbereiche und alle Planungsbereiche von 2009 bis 2011 eine ausgezeichnete Versorgungslage von größtenteils über 110% (Übersversorgung) verzeichnen. Durchschnittlich 76 von 79 Planungsbezirken (96%) sind dabei überversorgt. Lediglich ein einziges Mal im zweiten Quartal 2009 wurde eine Unterversorgung des Landkreises Kronach im Fachbereich Anästhesie registriert. Dieser Landkreis ist vom Landesausschuss mit einem An-

ästhesisten 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 Bedarfsplanungsrichtlinie 2009). Im Laufe des ersten Quartals 2010 konnte dieser Mangel wieder ausgeglichen werden.

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

- Bei den Hausärzten zeichnen sich erhebliche regionale Unterschiede ab, die durch Übersversorgung in Ballungsgebieten und südlichen Regionen Bayerns gekennzeichnet sind. In den Jahren 2009 bis 2011 konnte in keinem Planungsbezirk eine Unterversorgung gemäß den Maßstäben der Bedarfsplanungsrichtlinie festgestellt werden (Abbildung 2).

Um eine genaue Darstellung der hausärztlichen Versorgung in Bayern zu erhalten, sind die Versorgungsgrade sowie die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte auf der Ebene der Planungsbereiche 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. Dies umfasste insgesamt neun Planungsbezirke. Im Ergebnis konnte der vermutete Einfluss des Versorgungsgrades in den einzelnen Planungsbezirken (n=70) auf die Anzahl der Fälle je Arzt statistisch nicht nachgewiesen werden (Abbildung 3).

Abbildung 2 Zehn Landkreise mit dem höchsten und zehn Landkreise mit dem niedrigsten hausärztlichen Versorgungsgrad in Bayern 2011 (Darstellung nach Schmidt 2004, Daten der KVB)

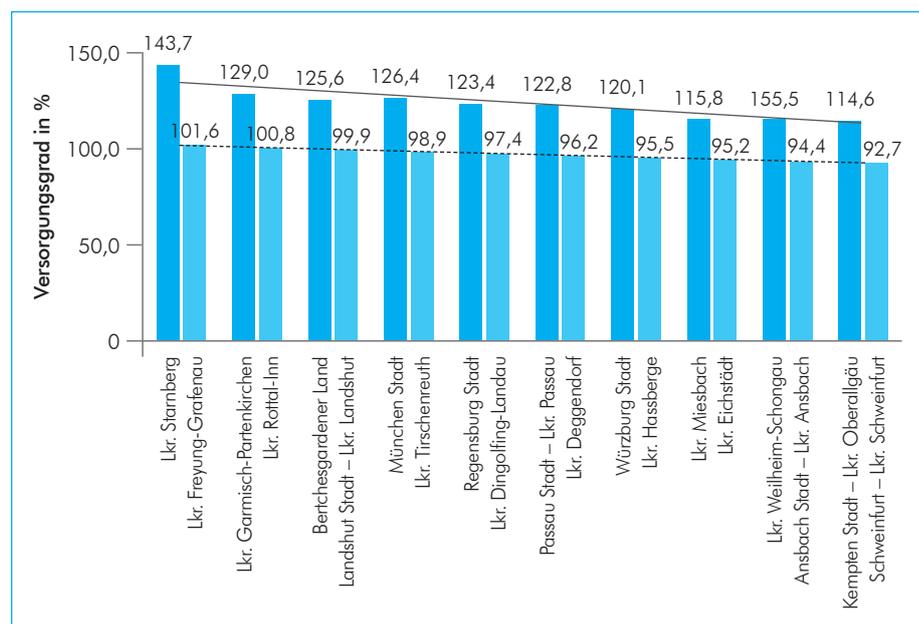
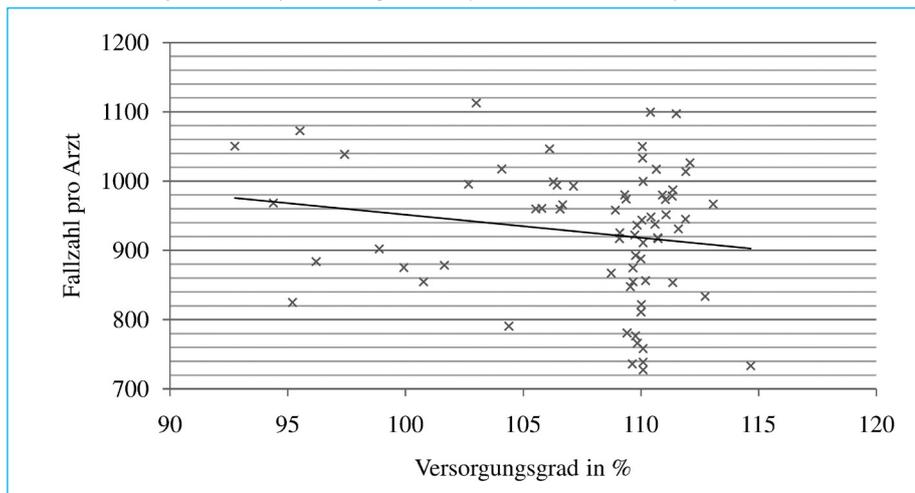


Abbildung 3 Verhältnis zwischen der Anzahl der Fälle je Arzt und dem Versorgungsgrad, Hausärzte in Bayern 2011 (Darstellung nach Kopetsch, Daten der KVB)



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 *Ärztstruktur*, 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 *Herkunftsländer* der ausländischen Fachkräfte konzentrieren sich dabei überwiegend auf Europa und Staaten der europäischen Union, vor allem auf Österreich, Tschechien, Ungarn und 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 diese dem Arbeitsmarkt in Deutschland *längerfristig* zur Verfügung stehen.

Drittens waren die Bewertung des sprachlichen und fachlichen Qualifikationsniveaus als auch die Untersuchung der Tragfähigkeit des *B2 Sprachniveaus*, welches Voraussetzung zum Berufszugang ist, Gegenstand der Befragung.

Bezüglich der *fachlichen Fähigkeiten* konnte gezeigt werden, dass die Kliniken mit einem Durchschnittswert von 2,4 (nach Schulnoten) grundsätzlich mit ihren ausländischen Mitarbeitern *sehr zufrieden* sind. Allerdings wurde die fachliche Kompetenz von Personalchefs schlechter eingestuft als von ärztlichen Führungskräften.

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* (Durchschnittswert 2,9) eingestuft. In der Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten sehen die meisten Kliniken jedoch die größte Herausforderung.

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.

- Erstens scheint ein Ärztemangel an bayerischen Krankenhäusern vorhanden zu sein. In diesem Zusammenhang bestätigten 40% der Befragten dies durch die Angabe von Stellenbesetzungsproblemen im ärztlichen Dienst.

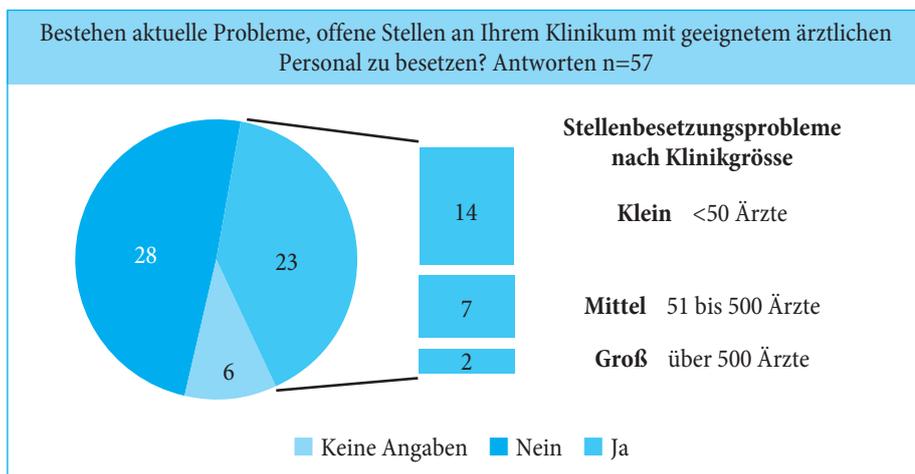
Durchschnittlich können 1,2 Stellen an bayerischen Krankenhäusern nicht besetzt werden. Die Umfrage ergab, dass der Ärztemangel ein nicht nur über *alle Fachrichtungen* hinweg bestehendes Problem darstellt, sondern auch *besonders spezialisierte Fachkräfte* (beispielsweise Positionen bei denen Spezialkenntnisse oder Zusatzbezeichnungen erforderlich sind) gesucht werden.

Probleme in der Stellenbesetzung sind zudem abhängig von der *Größe des Krankenhauses*: 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 (Abbildung 4).

- Zweitens konnte gezeigt werden, dass Kliniken, um dem bestehenden Ärztemangel zu begegnen, auf *ausländisches Personal*

Abbildung 4 Stellenbesetzungsprobleme an bayerischen Kliniken

(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



In Zusammenhang mit den mangelnden Sprachkenntnissen wurde eine Einschätzung der Tragfähigkeit des B2 Sprachniveaus im *klinischen Alltag* erfragt (Tabelle 2). 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.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Schon jetzt ist der „Import“ ausländischer Mediziner zum Motor einer adäquaten Versorgungssituation im ambulanten und vielmehr noch im stationären Bereich geworden.

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 (BAEK 2012). Auch Bayern verzeichnete erst 2011 einen positiven Wanderungssaldo (BLAEK 2012).

Ebenso garantieren ausländische Fachkräfte nicht in allen Fällen eine qualifizierte Versorgung aufgrund *erheblicher Sprachbarrieren* (vgl. Umfrageergebnisse). 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 die verpflichtende Einführung von *Patientenkommunikationstests* erfolgen.

Ein noch weitgehend unterbewertetes Problem in diesem Zusammenhang 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. Die neue *Bedarfsplanungsrichtlinie 2013* könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein.

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.

(Literatur bei den Verfassern)

Anschrift für die Verfasser:
Siegfried Schmidt,
Biedersteiner Straße 3, 80802 München

Tabelle 2 Beurteilung des B2 – Sprachzertifikates durch 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 %