BGW forschung

Die Berufsgesundheit des medizinischen Fachpersonals auf dem Prüfstand

Angestellte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – Trendbericht 2023

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

BGW forschung

Expertinnen/Experten

Die Berufsgesundheit des medizinischen Fachpersonals auf dem Prüfstand

Angestellte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – Trendbericht 2023

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW

Impressum

Die Berufsgesundheit des medizinischen Fachpersonals auf dem Prüfstand
Angestellte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – Trendbericht 2023
Stand 07/2023

Herausgegeben von
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)
Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg
Tel.: +49 40 20207-0
Fax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Initiiert von
Bjørn Kähler, BGW-Modellvorhaben und Kongresse, Hamburg

Autor
Dr. Matthias Vollbracht, Media Tenor, Zürich

Co-Autorinnen
Kerstin Klemm, Media Tenor, Zürich
Verena Hombücher, BGW-Modellvorhaben und Kongresse, Bochum
Miriam Stuckert, BGW-Modellvorhaben und Kongresse, Hamburg

Redaktion
Sandra Reuke, BGW-Kommunikation, Hamburg
Bonni Narjes, Media Contor, Hamburg

Fotos
(Maskot, S. 1, Titel); (chagin, S. 8/9); (K.A./peopleimages.com, S. 10); (Robert Kneschke, S. 15); (Westend61, S. 20); (Monkey Business, S. 26); (ty, S. 34); (Dan Race, S. 35); (Rawpixel.com, S. 54); (agenturfotografin, S. 57); (metamorworks, S. 61) – stock.adobe.com

Gestaltung und Satz
Creative Comp. – Iddo Franck, Hamburg

Druck
Beisner Druck GmbH & Co. KG, Buchholz in der Nordheide

Inhalt

Vorwort

Jörg Schudmann
Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Liebe Leserinnen und Leser,

die Tätigkeit von angestellten Ärztinnen und Ärzten steht in einem besonderen Spannungsfeld: Auf der einen Seite haben sie sich durch ihre Berufswahl bewusst dafür entschieden, kranken Menschen zu helfen. Diese sinnhafte Arbeit genießt zu Recht hohes Ansehen in unserer Gesellschaft. Der Arztberuf ist daher – trotz begrenzter Studienplatzangebote, einer langen, anspruchsvollen Ausbildung, Nacht- und Wochenendarbeit, aufwendiger berufslebenslanger Verpflichtung zur Fortbildung, zunehmenden Anfeindungen und Gewalterfahrungen – nach wie vor sehr begehrt.

Auf der anderen Seite zeichnet die Medienberichterstattung mit Meldungen wie „Arbeiten am Limit“, „Kaum Zeit für Patientengespräche“ oder „Deutschlands Kliniken läuft das Personal davon“ ein beunruhigendes Bild. Es deutet an, dass die Motivation der Ärztinnen und Ärzte als auch die allgemeine Wertschätzung im Arbeitsalltag ihre Tragkraft verlieren könnten.

Im Krankenhaus, in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren angestellt arbeitende Ärztinnen und Ärzte gehören zu den Versicherten der BGW. Als Berufsgenossenschaft ist es unser gesetzlicher Auftrag, für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu sorgen. Wir wollten daher wissen: Wie empfinden Ärztinnen und Ärzte die Arbeitssituation in ihrem Berufsfeld? Liegen dazu belastbare Auswertungen vor? Können wir Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger mit einer Datenbasis ausstatten, die konkrete Handlungsempfehlungen möglich macht?

Für die Analyse der Gesundheit und der Arbeitssituation nutzten wir ein Instrument, das die BGW im vergangenen Jahr gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelt hat: das Konzept der Berufsgesundheit. Es nimmt ein Berufsfeld ganzheitlich in den Blick und beleuchtet positive und negative Einflussfaktoren. Gesundheit und Arbeitssituation der Beschäftigten in diesem Berufsfeld können so über einen längeren Zeitraum beobachtet und vergleichbar gemacht werden.

In diesem Bericht stellen wir die Untersuchungsergebnisse zur Situation angestellter Ärztinnen und Ärzte vor und ermöglichen einen differenzierten Blick auf das Berufsfeld. Dessen Herausforderungen sind sehr hoch, doch ebenso hoch ist die Motivation der darin arbeitenden Menschen. Sie gilt es durch angemessene Rahmenbedingungen zu unterstützen. Zur positiven Gestaltung dieser Rahmenbedingungen will und wird die BGW aktiv beitragen.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Zahlen zum Berufsumfeld angestellter Ärztinnen und Ärzte

301.700
Ärztinnen und Ärzte waren 2021 in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt.

42,8 Stunden
betrug 2018 die Wochenarbeitszeit angestellter Ärztinnen und Ärzte (inklusive Bereitschaftsdienst).

25 %
von ihnen erwogen 2022, ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben.

72 %
der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus geben „wachsenden bürokratischen Aufwand“ als größtes Problem an.

28,8 %
der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus arbeiteten 2020 in Teilzeit.

46 %
der Krankenhausärztinnen und -ärzte finden, die Therapiefreiheit sei durch den Kostendruck eingeschränkt.

1 Zusammenfassung

1.1 Angestellte Ärztinnen und Ärzte – die Entwicklung eines Arbeitsfelds

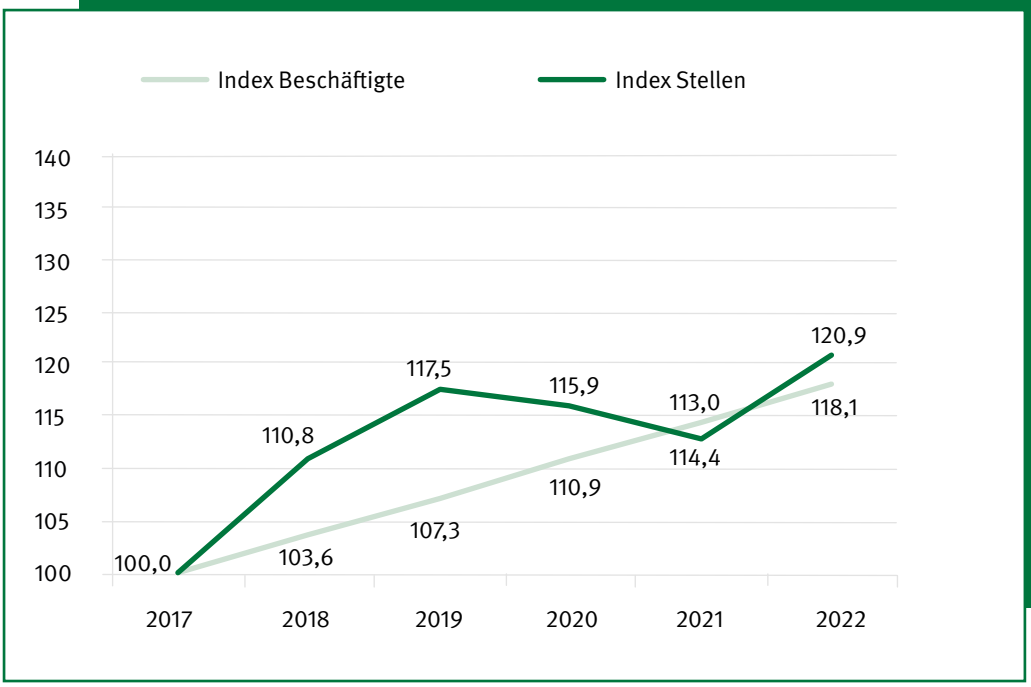
Vor dem Hintergrund der Krankenhausreformpläne des Bundesministeriums für Gesundheit titelte die Wochenzeitung „Die Zeit“ am 20. Juni 2023: „Steht ein Krankenhaussterben vor der Tür?“ Mit diesen Reformplänen versucht das Ministerium mehrere Probleme gleichzeitig anzugehen: den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, die im internationalen Vergleich hohen Gesundheitsausgaben mit einer – an den Kosten gemessenen – durchschnittlichen Leistungsqualität[1], die Engpässe in manchen Bereichen des Gesundheitssystems sowie die Fehlsteuerungen und Ineffizienzen aufgrund vergangener Reformen. Letzteres bezieht sich insbesondere auf die Fallpauschalen.

Diese vermutlich tiefgreifenden Reformen treffen auch eine Berufsgruppe, die bereits in der Covid-19-Pandemie besonders gefordert wurde: Wie alle im Gesundheitswesen Beschäftigten waren Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis während dieser Zeit hohen Belastungen ausgesetzt.[2] Allein in Bezug auf die Ansteckungsgefahr ermittelte die Bundesagentur für Arbeit für Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, ein um ein Drittel höheres Risiko, an Covid-19 zu erkranken. Auch die Daten

1) Vgl. OECD/European Union (2022). Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle.

2) Vgl. BGW (2022): BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege. Branchenmonitoring der BGW und der DRV Bund – 2022. Hamburg, BGW. Und: BGW (2022): Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz. Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege. Hamburg, BGW.

Abbildung 1: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu gemeldeten offenen Stellen im Zeitraum 2017 bis 2022 (indexiert: 2017=100)



Quelle: Indexierte Werte (Basisjahr = 2017) auf Basis der Daten der Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

Gemeldete Stellen: Werte vom Dezember des jeweiligen Jahres; Beschäftigte: Werte vom September des jeweiligen Jahres. Klassifikation der Berufe-Schlüssel (KldB2010): 8140.

der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) lassen hier auf eine hohe spezifische Gesundheitsbelastung schließen.

Fakt ist, dass der Arbeitsmarkt für angestellte Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren deutlich gewachsen ist. Die Bundesagentur für Arbeit weist einen Anstieg der Beschäftigten zwischen 2017 und 2022 um 18,1 Prozent aus. Noch stärker gestiegen ist jedoch die Zahl der gemeldeten offenen Stellen mit 20,9 Prozent.

Vermutlich ist die Entwicklung bei den offenen Stellen noch gravierender, weil möglicherweise Stellen eher in Fachpublikationen der Branche oder entsprechenden Stellenbörsen veröffentlicht werden, als dass über die Bundesagentur für Arbeit gesucht wird. Neben Ärztemangel belastet auch der Personalmangel in der Pflege zunehmend das ärztliche Wirken.

Die Nachfrage nach Leistungen von Ärztinnen und Ärzten steigt dagegen kontinuierlich. Haupttreiber sind der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt. Sofern die Ressourcen nicht mit der Nachfrage Schritt halten, wachsen der Druck und die Belastung im System.

Dabei haben sich die Beschäftigungsverhältnisse der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren stark gewandelt. Zu beobachten ist ein deutlicher Anstieg der Teilzeitquote im Krankenhausbereich von 19,6 im Jahr 2012 auf 28,8 im Jahr 2020. Die wöchentliche Arbeitszeit ist laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten von 47,9 Stunden im Jahr 2012 auf 42,8 Stunden im Jahr 2018 gesunken.

Als Folge davon sehen laut MLP-Ärztemonitor 57 Prozent der befragten Krankenhausärztinnen und -ärzte einen Ärztemangel in ihrer Einrichtung. Aus der gleichen repräsentativen Befragung geht hervor, dass knapp die Hälfte – 46 Prozent – der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte die Therapiefreiheit, also die Wahlfreiheit der Behandlungsmethode nach dem medizinischen Stand, aus Kostengründen eingeschränkt sehen. Mehr als die Hälfte der befragten Mitglieder der Gewerkschaft Marburger Bund gibt an, täglich mehr als zwei Stunden für „Bürokratie" aufwenden zu müssen. Ein Viertel der Befragten erwägt, den ärztlichen Beruf aufzugeben.

Wenn alle diese Faktoren zusammengelegt werden, so scheint die Entwicklung der Berufsgesundheit der angestellten Ärztinnen und Ärzte klar: Der Trend geht eindeutig nach unten. Doch so undifferenziert ist das Bild nicht.

1.2 Entwicklung der Berufsgesundheit angestellter Ärztinnen und Ärzte im Überblick

Dieser Bericht geht der Frage nach, wie sich das Arbeitsumfeld für angestellte Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren entwickelt hat, denn für diese Berufsgruppe ist die BGW zuständig. Etliche der geschilderten Trends und Entwicklungen gelten aber vermutlich auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Was dies für die Berufsgesundheit der Beschäftigten bedeuten könnte, wird besonders fokussiert.

Das von der BGW in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), dem Beratungsunternehmen DIW Econ und dem Institut Media Tenor International entwickelte sozioökonomische Konzept der Berufsgesundheit verfolgt eine ganzheitliche Betrachtung von potenziell be- und entlastenden Faktoren. Dabei wird zwischen **Ressourcen, Arbeitsbedingungen, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** und dem **Medien-Meinungsklima** gegenüber dem Beruf unterschieden. Diese Dimensionen sind wiederum aus einzelnen Indikatoren zusammengesetzt.

Bei den **Ressourcen** weisen zwei der Indikatoren in der Langzeitbetrachtung 2013 bis 2020 eine Verbesserung auf: Die Arbeitszufriedenheit und die Zufriedenheit mit dem Einkommen haben bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten zugenommen. Ein Indikator schlägt negativ aus: der Anteil von Beschäftigten, die im Vorjahr Weiterbildung in Anspruch genommen haben. Weiterbildung bei Ärztinnen und Ärzten ist gesetzlich verpflichtend, sofern sie im Abrechnungsbereich gesetzlicher Krankenkassen tätig sind. Sie kann aber über mehrere Jahre verteilt werden. Ein Rückgang der Inanspruchnahme von Weiterbildung bereits vor der Covid-19-Pandemie deutet auf problematischen Zeitmangel hin. Dies kann Ausdruck der Arbeitsverdichtung sein. Basis der Indikatoren sind die Befragungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), der größten wissenschaftlichen jährlichen Befragung in Deutschland.

Bei den **Arbeitsbedingungen** sind auf Basis der SOEP-Befragung ebenfalls be- und entlastende Trends zu beobachten. Die Sorge um den Arbeitsplatz ist zwischen 2013 und 2020 bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten deutlich zurückgegangen. Der Anteil der befristeten Beschäftigungsverhältnisse bleibt zwar im Vergleich zu anderen Berufsgruppen hoch, ist aber auch gegenüber 2013 erkennbar gesunken. Diese beiden Trends stellen eine Verbesserung dar. Gleichzeitig sind sie ein Spiegel des Fachkräftemangels, der die Verhandlungsposition der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verbessert. Bei zwei anderen Indikatoren für die Arbeitsbedingungen ist dagegen eine negative Entwicklung zu konstatieren: Der Anteil

derjenigen, die Überstunden leisten, liegt inzwischen bei fast 100 Prozent. Ebenfalls der Anteil der Beschäftigten mit vom Arbeitgeber verfügten Wechselarbeitszeiten hat zugenommen.

Die **Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** der angestellten Ärztinnen und Ärzte wird anhand von verschiedenen Indikatoren betrachtet. Dazu gehören Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfälle und Verdachtsmeldungen auf Berufskrankheiten. Für die Berufsunfähigkeit wird in den übrigen Studien der BGW zur sozioökonomischen Berufsgesundheit auf die Daten der DRV Bund zur Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente zurückgegriffen. Aufgrund der Einkommensstruktur fallen angestellte Ärztinnen und Ärzte allerdings häufig aus der gesetzlichen Sozialversicherung heraus. Daher wurden für diesen Bericht Daten zur Berufsunfähigkeit bei der Bundesärztekammer erfragt.

Der Anteil der bei der Bundesärztekammer als berufsunfähig gemeldeten Ärztinnen und Ärzte lag im Jahr 2021 bei 0,49 Prozent und damit im Vergleich aller Berufsgruppen relativ niedrig und geringer als im Jahr 2014 (0,52 Prozent). Hier zeigt sich eher eine positive Tendenz. Der im AOK-Fehlzeitenreport ausgewiesene Krankenstand lag 2021 bei 2,3 Prozent – wesentlich niedriger als beim Krankenpflegepersonal (7,6 Prozent). Wichtige Kennziffern der Berufsgesundheit für die BGW sind die Verdachtsmeldungen auf Berufskrankheiten und die Arbeitsunfälle. Während das Unfallgeschehen auf relativ niedrigem Niveau stabil blieb, ist die Quote bei den Verdachtsmeldungen auf Berufskrankheiten in der Covid-19-Pandemie sprunghaft angestiegen. Hier zeigt sich eine starke Verschlechterung, die auch von den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit zur Einschätzung des Sars-CoV-2-Infektionsrisikos untermauert werden.

Ein Problemfeld der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist daneben der überdurchschnittliche Alkoholkonsum in dieser Berufsgruppe. Eine breitere Studie aus dem Jahr 2018 zeigt, dass gefährlicher Alkoholkonsum vor allem bei alleinstehenden, chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzten mit hohen Wochenarbeitszeiten auftritt. Bei Männern ist gefährlicher Alkoholkonsum wesentlich stärker verbreitet als bei Frauen. Eine Sonderauswertung des SOEP-Panels für diesen Bericht zeigt, dass angestellte Ärztinnen und Ärzte deutlich seltener abstinent leben und häufiger pro Woche Alkohol trinken als der Durchschnitt aller Berufsgruppen.

Das **Medien-Meinungsklima** ist eine Annäherung an die Frage, wie sich die öffentliche Meinung zu einem Berufsfeld entwickelt. In Umfragen zum Ansehen von Berufen schneidet der Arztberuf in der Regel gut bis sehr gut ab. Das Meinungsklima in den Medien zeigt allerdings positive oder negative Nachrichten zum Berufsfeld auf, die negative oder positive Auswirkungen auf das Selbstbild der Ärztinnen und Ärzte, aber auch auf die Wahrnehmung von außen haben können. Bis zum Jahr 2021 war hier der Meinungstrend eher positiv. Das liegt zum einen daran, dass die Medien in der Covid-19-Pandemie immer wieder die Leistung des ärztlichen Personals wie auch des Pflegepersonals anerkennend hervorgehoben haben. Es kommt zum Tragen, dass Ärztinnen und Ärzte vielfach während der Pandemie in den Medien als Expertenstimmen zitiert worden sind und damit das Bild der Berufsgruppe mitprägten. Im Jahr 2022 verschlechtert sich der Trend allerdings bereits wieder. Teilweise liegt das an den Vertreterinnen und Vertretern der Berufsgruppen selbst. So wurde zuletzt verstärkt mit negativen Nachrichten aus der Branche davor gewarnt, dass die Versorgung in Gefahr sei, wenn nicht

zum Beispiel die stark gestiegenen Energie- und Personalkosten ausgeglichen würden.

Aus dem Bericht lassen sich Erkenntnisse für die weitere Gestaltung der Branche ableiten: Die Nachfrage nach Teilzeitbeschäftigung wird den Strukturwandel hin zu größeren Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder der Beschäftigung im Krankenhaus weiter vorantreiben. Angesichts des Fachkräftemangels ist der Druck hoch, die Digitalisierung von Prozessen der Verwaltung und Dokumentation zu beschleunigen. Der latenten Absprungbereitschaft von immerhin einem Viertel der angestellten Ärztinnen und Ärzte kann arbeitgeberseitig mit guten Berufsgesundheitsangeboten begegnet werden. Dazu gehören eine feste Verankerung der Aus- und Fortbildung und mehr Dienstplansicherheit. Im Hinblick auf die wahrgenommene Autonomie und Wirksamkeit des ärztlichen Handelns sind vor allem die Verbände und Standesvertretungen gefragt, die über Kosten- und Leistungen mit politischen Gremien und Krankenkassen verhandeln. Angesichts der hohen Einkommenszufriedenheit dürften deutliche Lohnsteigerungen an dieser Stelle dagegen geringere Effekte als bei der Berufsgruppe Pflegekräfte erzielen. Suchtprävention und die Unterstützung bei Suchterkrankungen werden von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der BGW bereits thematisiert.[3] Doch fordern die empirischen Daten zur Problematik bei angestellten Ärztinnen und Ärzten zum Nachdenken über weitere Möglichkeiten auf.

Die Covid-19-Pandemie hat Schwächen im Gesundheitswesen offengelegt, zum Beispiel beim Vorhalten von Schutzausrüstung, bei der Verfügbarkeit notwendiger Technik und entsprechend qualifiziertem Personal sowie bei Information, Kommunikation und Führung. Die Erfahrungen der Pandemie können auch für eine Verbesserung der Berufsgesundheit bei angestellten Ärztinnen und Ärzten nutzbar gemacht werden. Dazu zählt nicht zuletzt der professionelle Umgang mit der öffentlichen Meinung, wie der Ausblick am Schluss darlegt.

[3] https://dguv.de/de/praevention/themen-a-z/suchtpraevention/index.jsp, abgerufen am 5.7.2023, und https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/gesunde-psyche/vorsicht-abhaengigkeit-72368, abgerufen am 5.7.2023.

2 Einleitung

2.1 Begriffsdefinition, Untersuchungsgegenstand, Basisinformationen

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Entwicklung der Berufsgesundheit von angestellten Ärztinnen und Ärzten. Als gesetzliche Unfallversicherung bietet die BGW ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten. Nach Beschomer et al. (2019) belegen „Prävalenzschätzungen [...] für Ärzte in Deutschland ein hohes Risiko für psychische Beeinträchtigungen“. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, „dass die ärztliche Gesundheit einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung hat“.[4] Studien zur Prävalenz von Burnout bei Ärztinnen und Ärzten variieren zwischen vier und 20 Prozent, für Depression zwischen sechs und 13 Prozent.

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte wählen das Angestelltenverhältnis. 1993 betrug ihre Zahl in der stationären Versorgung 124.000. Im Jahr 2021 waren es bereits 214.000. In der ambulanten Versorgung stieg die Zahl im gleichen Zeitraum von 5.397 auf 49.346.

Im Jahr 2012 arbeiteten 19,6 Prozent der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus in Teilzeit. 2020 waren es 28,8 Prozent.

4) Beschoner, P., Limbrecht-Ecklundt, K. & Jerg-Bretzke, L. (2019). Psychische Gesundheit von Ärzten: Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes. Der Nervenarzt, 90(9), S. 961.

Damit scheint die ärztliche Berufsgruppe stärker von Burnout und Depression betroffen zu sein als die Gesamtbevölkerung (ebd., S. 965). Allgemeine Arbeitsbelastungen sind ein Prädikator für Burnout, Angst und den Gebrauch von Suchtmitteln, wobei besonders Ärztinnen und Ärzte häufig unter arbeits- und berufsbedingtem Stress leiden (ebd., S. 967).

In dieser Berufsgruppe sind berufsbedingte Belastungsfaktoren unter anderem verknüpft mit Arbeitszeiten und Schichtdiensten, zu wenig Freizeit, hoher Verantwortung, Zeitdruck, Bürokratie, mangelnder Anerkennung, hohen Erwartungen, Angst vor Behandlungsfehlern und Leistungsethos (ebd., S. 967-968). Auch eine Studie von Raspe et al. (2020) zu Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärztinnen und Ärzte sowie professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern zeigt „zeitliche und psychosoziale Belastungsfaktoren mit überwiegend erheblicher Ausprägung“.[5] Dabei sind diese Belastungsfaktoren mit „einem reduzierten Gesundheitszustand und erhöhtem Burnout-Risiko sowie einer subjektiv verschlechterten Versorgungsqualität“ assoziiert (ebd., S. 115). Diese Studie wurde unter Schirmherrschaft der BGW erstellt und basiert auf einer Umfrage.

In diesem Kapitel soll zunächst definiert werden, wer zur Berufsgruppe der angestellten Ärztinnen und Ärzte zählt. Anschließend geht es um die Darstellung wichtiger struktureller Trends aus dem Arbeitsumfeld, die Einfluss auf die Berufsgesundheit nehmen können. Die Daten kommen aus verschiedenen Quellen. Dazu gehören die Gesundheitsberichterstattung der Bundesregierung, Veröffentlichungen von Standesorganisationen wie den Ärztekammern und Verbänden sowie aus Umfragen und Studien, die von verschiedenen Organisationen in Auftrag gegeben wurden. Aufgrund unterschiedlicher Interessen dieser Organisationen ist ein kritischer Blick auf Fragestellung, Erhebungsmethoden, Repräsentativität und Zielrichtung der Erhebung sinnvoll und geboten. Doch da es kaum repräsentative Studien mit einer umfassend neutralen Perspektive gibt, kann auf solche Teil-Erhebungen nicht verzichtet werden. Um Trends darstellen zu können, werden jedoch vorzugsweise für die vorliegende Untersuchung Studien und Erhebungen referenziert, die mehrfach mit gleichen oder ähnlichen Methoden erhoben wurden. Eine kurze Charakterisierung der Quellen befindet sich im Anhang.

Das deutsche Gesundheitswesen ist komplex. Das gilt auch für die ärztliche Versorgung. Es gibt rein privat praktizierende Medizinerinnen und Mediziner, solche, die privat und als Vertragsärztinnen und -ärzte der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln, sowie solche, die ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätig sind. Innerhalb der Ärzteschaft, die in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig ist, arbeiten die meisten als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis oder angestellt in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren beziehungsweise Krankenhäusern. Darüber hinaus arbeitet eine weniger große Zahl in Verwaltungsdiensten und Behörden wie zum Beispiel in Gesundheitsämtern, Laboren oder Schulen.

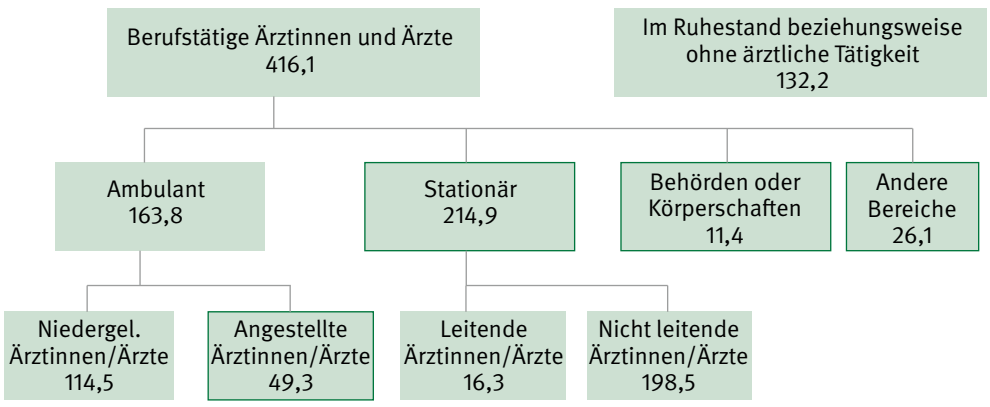
Im Jahr 2021 waren insgesamt rund 548.000 Ärztinnen und Ärzte bei den Ärztekammern gemeldet. Davon sind 416.100 im aktiven Dienst. Sie lassen sich in vier Gruppen einteilen: In der ambulanten Versorgung arbeiten

[5] Raspe, M., Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Bitzinger, D., Gaiser, U., … & Nienhaus, A. (2020). Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 63(1), 113-121.

163.800 (39 Prozent), in der stationären Versorgung 214.900 (52 Prozent), in Behörden und Körperschaften 11.400 (3 Prozent) und in weiteren Bereichen 26.100 (6 Prozent).

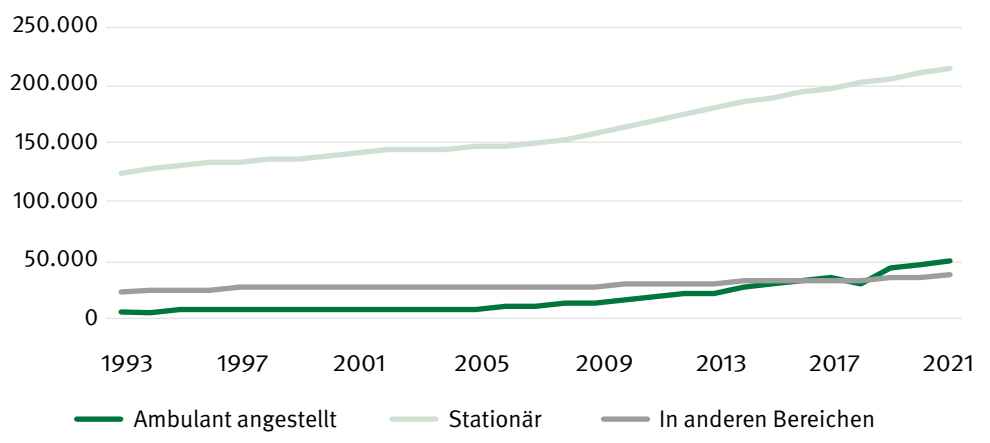
In diesem Bericht wird vorrangig die Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte betrachtet. Sie stellen mit 72,5 Prozent rund drei Viertel der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte. 49.300 von ihnen arbeiten im ambulanten Bereich, im stationären Bereich arbeiten 16.300 in leitender und 198.500 in nicht leitender Funktion. Weitere sind in Behörden und Körperschaften sowie anderen Bereichen beschäftigt. Allerdings können sich die oben beschriebenen Herausforderungen für die Berufsgesundheit in ähnlicher Weise auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stellen.

Abbildung 2: Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland im Jahr 2021 (in Tsd.)



Quelle: Bundesärztekammer, basierend auf den Meldungen der Landesärztekammern, Stand 8.2.2023.

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der berufstätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeit (1993 bis 2021)



Quelle: Bundesärztekammer, nach Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2022, eigene Berechnung und Darstellung.

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte wählen das Angestelltenverhältnis. So ist ihre Zahl in der stationären Versorgung zwischen 1993 und 2021 von 124.000 auf über 214.000 gestiegen, in der ambulanten Versorgung von 5.397 auf 49.346. Dagegen erhöhte sich die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im gleichen Zeitraum nur von 107.000 auf 114.000. Hier lag der Höhepunkt mit 127.000 bereits im Jahr 2007. Seither ist die Zahl rückläufig. Nach Tätigkeitsbereich betrachtet, stieg der Anteil der angestellten Hausärztinnen und -ärzte zwischen 2012 und 2018 von sechs auf 15 Prozent, der Anteil der angestellten Fachärztinnen und -ärzte von elf auf 26 Prozent.[6)]

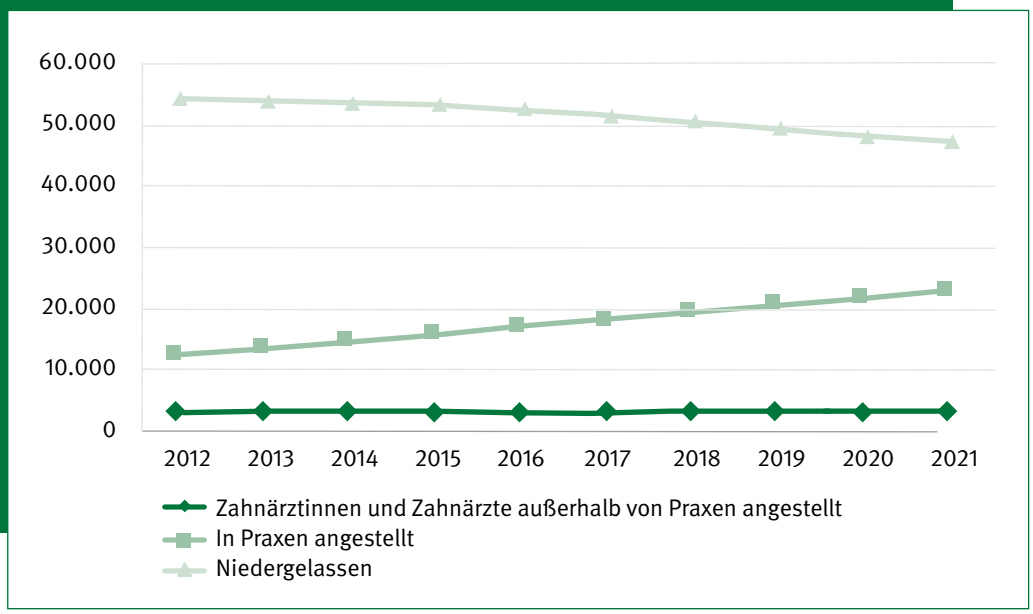
Der Zuwachs an angestellten Ärztinnen und Ärzten ist nicht gleichbedeutend mit der Entwicklung von Vollzeitbeschäftigungsverhältnissen: Der Gesamtzahl von 135.000 angestellten Ärztinnen und Ärzten im Jahr 1995 stehen Vollzeitäquivalente von 101.000 Stellen gegenüber. Im Jahr 2022 betrug das Verhältnis 211.000 angestellte Ärztinnen und Ärzte zu 171.000 Vollzeitstellen.[7)] Im Krankenhaus erhöhte sich die Teilzeitquote von 2012 bis 2020 von 19,6 auf 28,8 Prozent.

Es kann also festgehalten werden, dass sich grundsätzlich die Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren deutlich erhöht hat und es einen Trend zur Teilzeitarbeit gibt.

Seit Erlass der rechtlichen Rahmenbedingungen im Jahr 2004 gewinnt – neben Krankenhaus und klassischer Arztpraxis – eine weitere Betriebsform als Arbeitsplatz an Bedeutung: das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Zahnärztinnen und -ärzte nach Erwerbsstatus (2012 bis 2021)

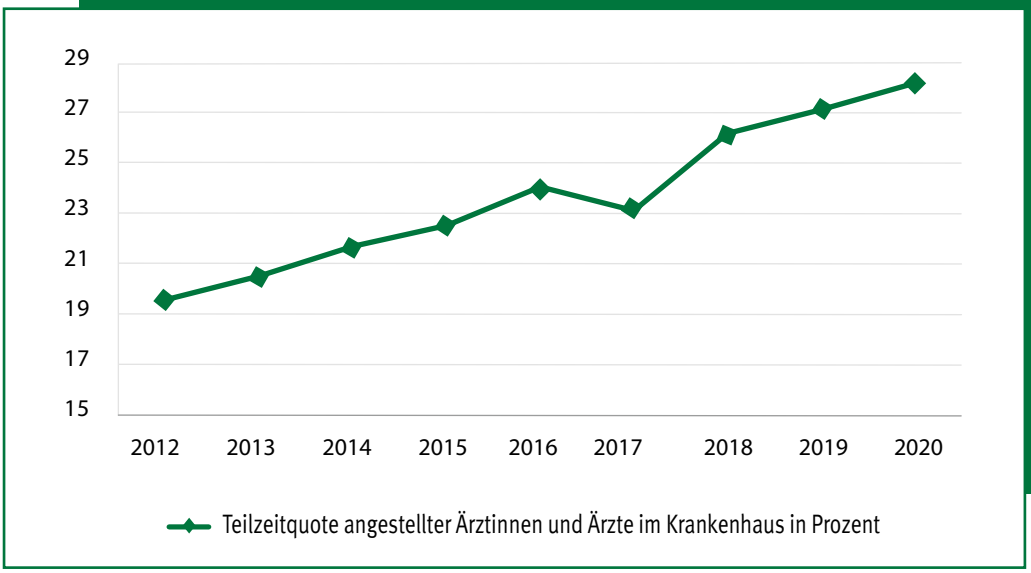
Quelle: Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Daten & Fakten 2023.



6) Infas Ärztemonitor 2018 im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor-2018_LANG.pdf, abgerufen am 9.2.2023.

7) Quelle: Destatis – Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Seite 12.

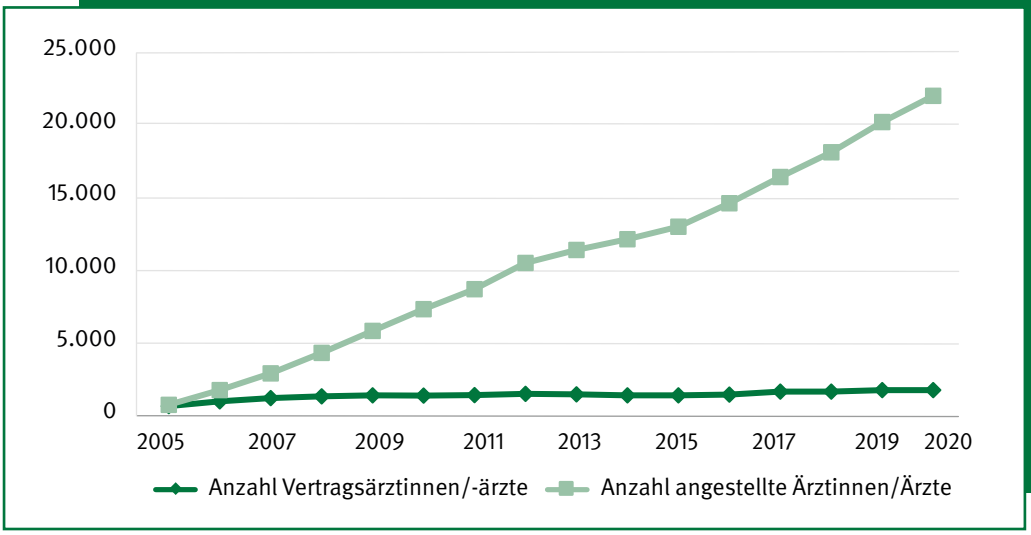
Abbildung 5: Teilzeitquote angestellter Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus (2012 bis 2020)



Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2022). Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung Daten 2021.

Im MVZ sind die Inhaberschaft und die ärztliche Behandlungstätigkeit organisatorisch getrennt.[8] Die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Versorgungszentren stieg von 691 im Jahr 2005 auf rund 22.000 im Jahr 2020.

Abbildung 6: Entwicklung der ärztlichen Beschäftigung in Medizinischen Versorgungszentren (2005 bis 2020)



Quelle: Augurzky, B., Krolop, S., Hollenbach, J., Monsees, D., Pilny, A., Schmidt, C. M. & Wuckel, C. (2022, 12).

8) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html, abgerufen am 9.2.2023.

Im Hinblick auf die Berufsgesundheit wurden medizinische Versorgungszentren als Arbeitsort für Ärztinnen und Ärzte wissenschaftlich bisher kaum betrachtet. Das Konzept der MVZ geht auf das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2003 zurück. Laut Bundesärztekammer ging es ursprünglich darum, „eine Versorgung aus einer Hand“ anzubieten, wobei die „enge Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander und mit nichtärztlichen Leistungserbringern“ erleichtert werden sollte. Zudem sollte „insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit [gegeben werden], an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen“. Doch hat laut Bundesärztekammer eine Entwicklung eingesetzt , die sich immer weiter von der „eigentlich bezweckten Verbesserung der medizinischen Versorgung entfernt hat“.[9)]

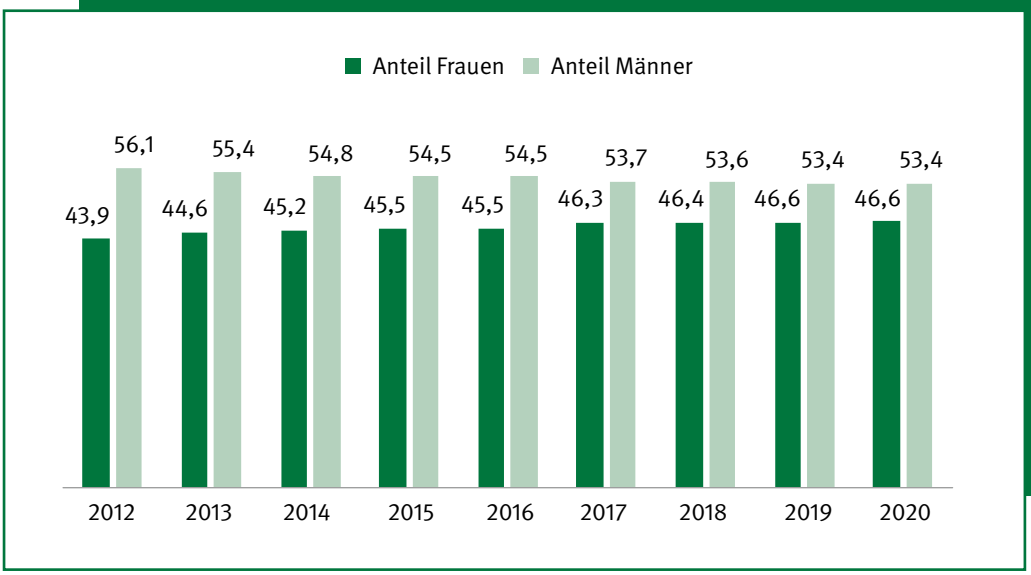
Das Geschäftsmodell MVZ hat zuletzt einige Kritik in prominenten Medien erfahren, zum Beispiel in der ARD am 16. Mai 2023. Unter Bezug auf die Nichtregierungsorganisation „Finanzwende Recherche“ des ehemaligen Grünen-Abgeordneten und Ökonomen Gerhard Schick wurde davor gewarnt, dass die ärztliche Versorgung in Deutschland Schaden nehmen könnte, wenn Unternehmen, die mehrere MVZ in einer Region gekauft haben, insolvent werden. Das Risiko dafür sieht Schick im Geschäftsmodell etlicher Übernahme-Transaktionen begründet: Investorengesellschaften legten dabei einen erheblichen Teil des Kaufpreises von MVZ in Form von Schulden auf diese. Bei steigenden Zinsen bestehe das Risiko, dass die Schulden nicht bedient werden könnten. Es gibt Quellen, die eine deutliche Zunahme von finanzgetriebenen Übernahmen im MVZ-Bereich sehen.[10)]

Eine stärkere Ökonomisierung der Behandlungstätigkeit durch Gewinnorientierung könnte eine Arbeitsverdichtung bedeuten und so zu mehr Berufsbelastung beitragen. Angesichts der zunehmenden Zahl der MVZ erscheint es sinnvoll, die Entwicklung der Berufsgesundheit in diesem Bereich zukünftig in die Forschung einzubeziehen.

9) Bundesärztekammer (9.1.2023): Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung. Berlin.

10) https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/zahl-der-mvz-in-private-equity-besitz-auch-2020-gestiegen, abgerufen am 23.5.2023, und https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/arztpraxen-private-investoren-100.html, abgerufen am 23.4.2023.

Abbildung 7: Anteil hauptamtlicher Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern (2012 bis 2020, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

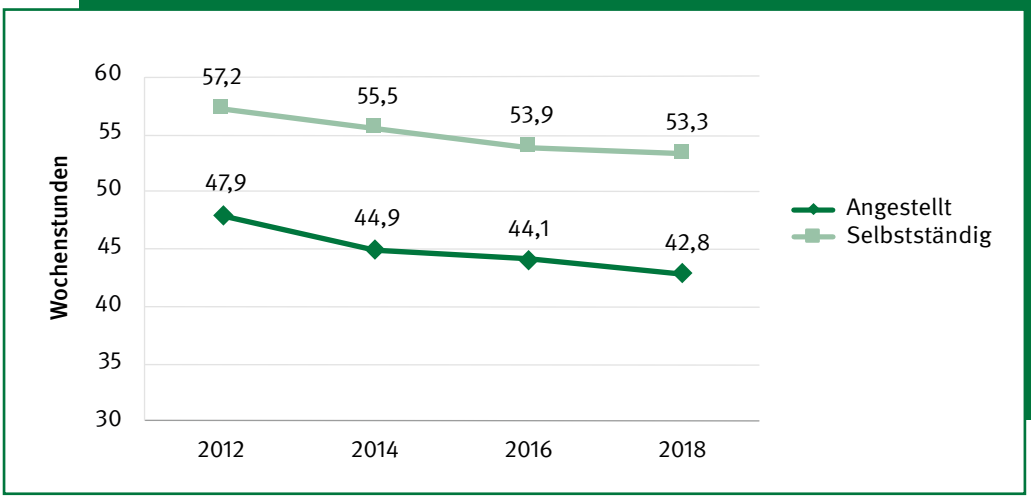


Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2022). Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen. Länderergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Daten 2021.

Die Geschlechterverteilung veränderte sich ebenfalls in den letzten Jahren. Der Anteil an Ärztinnen im Krankenhaus erhöhte sich von 43,9 Prozent im Jahr 2012 auf 46,6 Prozent im Jahr 2020. In absoluten Zahlen entspricht das einem Zuwachs von 68.500 auf 93.000.

Der Ärztemonitor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt eine rückläufige durchschnittliche ärztliche Wochenarbeitszeit zwischen dem Jahr 2012 und 2018 für die Berufsgruppe. Im Angestelltenverhältnis sind es mehr als fünf Stunden (inklusive Bereitschaftsdienste). Allerdings lässt sich nicht aufschlüsseln, welche Rolle die Zunahme von Teilzeitarbeitsverhältnissen hier gespielt hat.

Abbildung 8: Wochenarbeitszeit bei Ärztinnen und Ärzten mit Bereitschaftsdienst (2012 bis 2018)



Quelle: Infas Ärztemonitor 2018, Kassenärztliche Bundesvereinigung, S. 15.

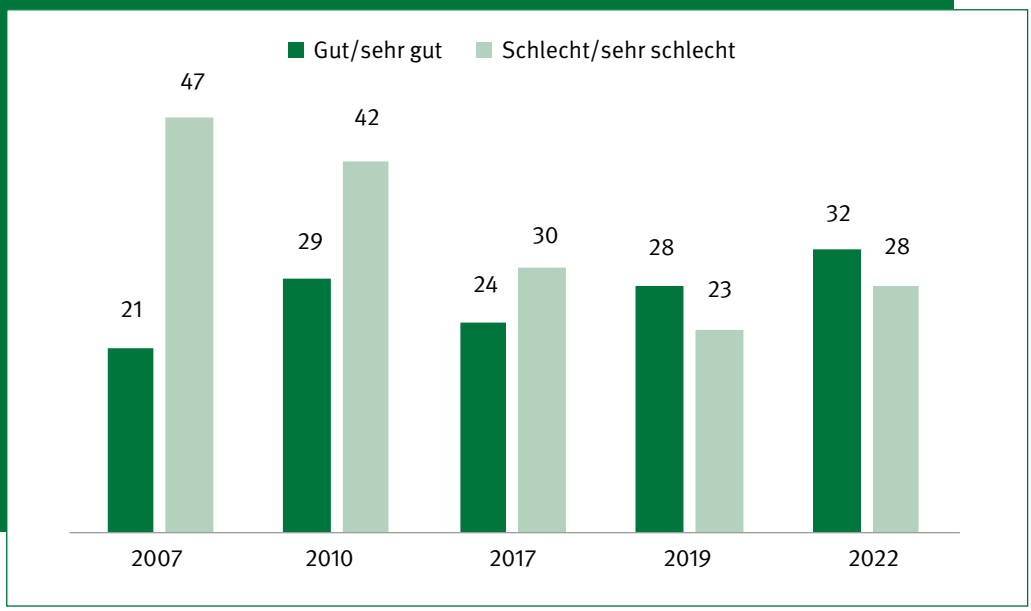
Angesichts der sich verändernden Arbeitszeitmodelle und Anstellungsverhältnisse fällt die Einordnung des Umfelds im Hinblick auf einen möglichen Anstieg der Belastungen und entsprechender Folgen für die Berufsgesundheit nicht ganz leicht. Der Marburger Bund, die Gewerkschaft der angestellten Ärztinnen und Ärzte, veröffentlicht seit einigen Jahren wiederkehrend Ergebnisse aus einer Mitgliederbefragung mit einer stets sehr hohen Beteiligungsquote. Allerdings ist unklar, ob es durch die Gewerkschaftsmitgliedschaft eine inhärent kritischere Wahrnehmung bestimmter Aspekte gibt, da Beschäftigte gegebenenfalls eine sensiblere Sicht auf problematische oder veränderungswürdige Umstände haben.

Während die befragten angestellten Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2007 ihre Arbeitsbedingungen überwiegend kritisch beurteilten, sank im Jahr 2019 – dem Vorjahr der Pandemie – der Anteil der negativen Beurteilungen von 47 Prozent auf 23 Prozent. In der jüngsten Befragung sind die negativen Beurteilungen wieder leicht angestiegen auf 28 Prozent, bleiben aber deutlich unter dem Niveau von 2007 und 2010. Der Anteil der positiven Beurteilungen entwickelte sich weniger eindeutig. Im Jahr 2007 beurteilten nur 21 Prozent der Befragten ihre aktuellen Arbeitsbedingungen als gut oder sehr gut, im Jahr 2022 waren es 32 Prozent. In Summe deutet dies auf einen positiven Trend hin.

Im Hinblick auf den Umgang mit Überstunden scheint es einen Trend zur Abgeltung in Form von Freizeit zu geben. Im Jahr 2013 gaben 44 Prozent der Befragten an, dass ihre Überstunden überwiegend in Freizeit abgegolten werden, im Jahr 2022 waren es 49 Prozent.

Abbildung 9: Mitgliederbefragung des Marburger Bundes unter Ärztinnen und Ärzten: „Wie beurteilen Sie Ihre derzeitigen Arbeitsbedingungen?“ (2007 bis 2022, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

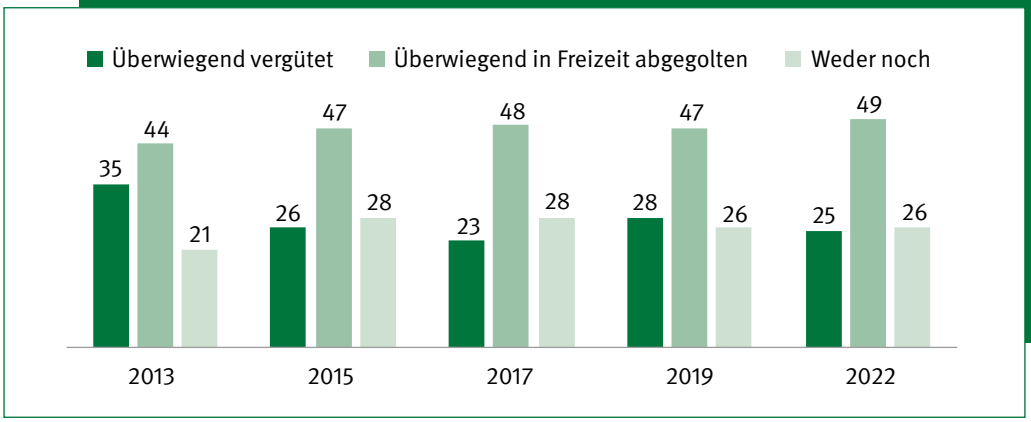
Quelle: Marburger Bund



Mitgliederbefragungen, verschiedene Jahrgänge. Zusammenfassung der Kategorien „gut“ und „sehr gut“ sowie „schlecht“ und „sehr schlecht“. An 100 fehlende Prozent: „mittelmäßig“. Eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 10: Mitgliederbefragung des Marburger Bundes unter Ärztinnen und Ärzten: „Werden Ihre Überstunden überwiegend vergütet oder in Freizeit ausgeglichen?“ (2013 bis 2022, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

Quelle: Marburger Bund

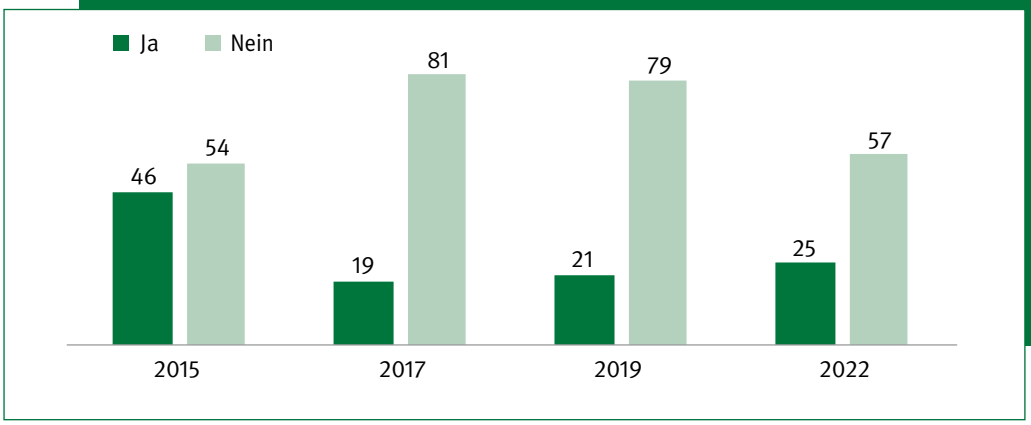


Mitgliederbefragungen, verschiedene Jahrgänge. Eigene Darstellung.

In der gleichen Zeit ist der Anteil der Befragten, die ihre Überstunden überwiegend finanziell kompensieren, von 35 auf 25 Prozent gesunken. Der Anteil der Befragten, die angeben, ihre Überstunden nicht kompensiert zu haben, ist von 21 auf 26 Prozent gestiegen. Dabei scheint dieser Anteil seit 2015 relativ stabil zu sein. Aufgrund weiterer Ergebnisse aus dem Ärzte-Monitor entsteht der Eindruck, dass der Wunsch nach Freizeitgewinn bei angestellten Ärztinnen und Ärzten tatsächlich tendenziell zunimmt. Dem würden die Abgeltungen der Überstunden in Freizeit statt in Geld Rechnung tragen.

Abbildung 11: Mitgliederbefragung des Marburger Bundes unter Ärztinnen und Ärzten: „Erwägen Sie, Ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben?“ (2015 bis 2022, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

Quelle: Marburger Bund



Mitgliederbefragungen, verschiedene Jahrgänge. An 100 fehlende Prozent: „weiß nicht“, „keine Angabe“. Eigene Darstellung.

Bei der Befragung der angestellten Ärztinnen und Ärzte, ob sie erwägen, ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben, sagten im Jahr 2015 immerhin 46 Prozent „ja“, eine knappe Mehrheit von 54 Prozent zog das nicht in Betracht. In den Folgebefragungen lag der Anteil aller, die eine Berufsaufgabe erwägen, bei deutlich geringeren Werten, zuletzt bei 25 Prozent. Das könnte als positives Signal gedeutet werden, wenn nicht der Anteil der Befragten, die sich offenbar sicher sind, den richtigen Beruf auszuüben, von 81 Prozent im Jahr 2017 auf zuletzt 57 Prozent gesunken wäre.

Für einen Vergleich mit der Berufsgruppe „Beschäftigte in der Pflege“ lassen sich die Ergebnisse einer Befragung der Pflegekammer Rheinland-Pfalz im Jahr 2019 heranziehen. Dort gaben 30 Prozent der befragten Kammermitglieder an, öfter mit dem Gedanken zu spielen, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Im Jahr 2021 gaben das sogar 38 Prozent an. Bei Beschäftigten in Funktionsabteilungen der Krankenhäuser und der Intensivpflege lag der Anteil mit 42,5 und 43,3 Prozent sogar noch höher. Auch wenn die Befragungen nicht direkt vergleichbar sind, scheint der „Pflexit“ – der Ausstieg aus dem gewählten Gesundheitsberuf – bei Pflegepersonal zwar stärker ausgeprägt zu sein, doch auch bei angestellten Medizinerinnen und Medizinern wächst offenbar die Verunsicherung.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Relevanz, wie „Aussteiger“ aus dem Ärzteberuf zum „Wiedereinstieg“ gewonnen werden könnten. „2014 lebten in Deutschland 41.039 Ärztinnen und Ärzte im berufsfähigen Alter, die nicht ärztlich tätig waren. Die drei häufigsten Gründe dafür waren Arbeitslosigkeit, Elternzeit und Tätigkeit im Haushalt“, so das Ärzteblatt.[11] Aus dem Artikel geht hervor, dass Teilzeitmodelle und Weiterbildung effektive Instrumente wären, um für einen Wiedereinstieg zu werben.

Insgesamt zeigt die Bestandsaufnahme des beruflichen Umfelds für angestellte Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf Strukturmerkmale wie Arbeitszeit, Teilzeitquote, Umfang des Arbeitsmarkts und Beurteilung der Arbeitsbedingungen sowie „Ausstiegsgedanken“ ein ambivalentes Bild. Ein linearer Trend zu einer allgemeinen Verschlechterung ist jedoch nicht zu entdecken. Wenn dennoch eine hohe psychische Belastung empfunden wird, wie aus den am Eingang dieses Kapitels zitierten Studien ersichtlich wurde, sind offenbar andere Faktoren relevant. Sie werden nachfolgend als „prägende Themen“ beleuchtet.

2.2 Prägende Themen im Arbeitsfeld der angestellten Ärztinnen und Ärzte

Das Arbeitsfeld angestellter Ärztinnen und Ärzte war zwischen 2020 und 2022 – wie das Gesundheitswesen insgesamt – von der Covid-19-Pandemie geprägt. Die Pandemie-Situation führte zu Verschiebungen in den Versorgungsprioritäten, um ausreichende Kapazitäten in der intensivmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Andere Stationen in Krankenhäusern wurden zeitweise geschlossen. Auch erlebten die Einrichtungen eine Zurückhaltung auf Patientenseite, offenbar aufgrund der Angst, sich bei einem Krankenhausaufenthalt zu infizieren.

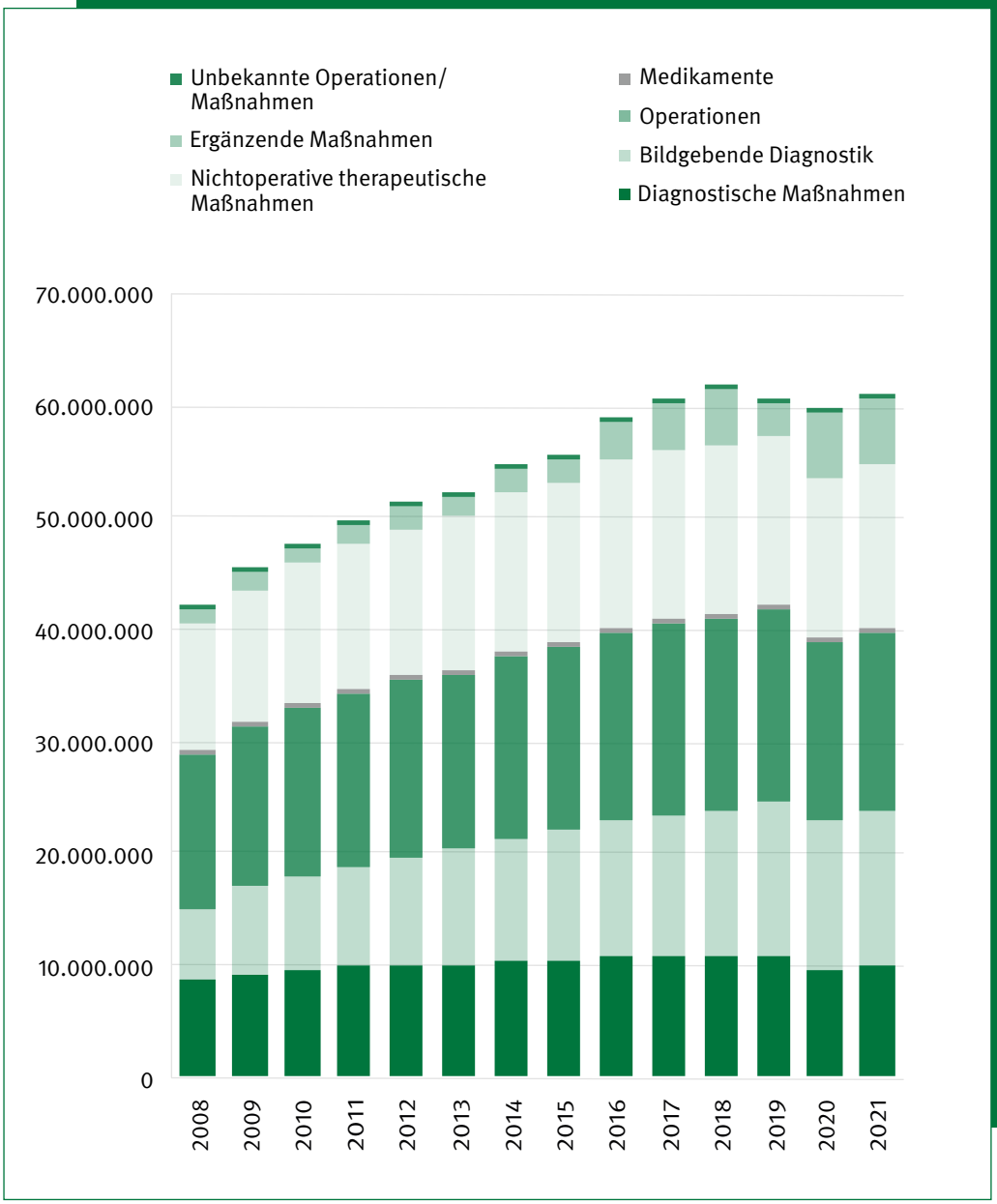
Für diesen ersten Bericht zur sozioökonomischen Berufsgesundheit angestellter Ärztinnen und Ärzte ist daher ein Blick auf längerfristige Entwicklungen notwendig, die Einfluss auf die Berufsbelastung haben

[11] Steinhäuser, J., Weidringer, J. W. & Schneider, D. (2015). Wiedereinstiegsseminare: Die stille Reserve schöpfen. Deutsches Ärzteblatt, 112, A-1466.

können. Dazu zählen die Arbeitsmenge, die Verfügbarkeit qualifizierten Personals, der Verwaltungsaufwand, Indikatoren für Selbstwirksamkeit ärztlicher Tätigkeit im Sinne der wahrgenommenen beruflichen Autonomie (wie Therapieentscheidungen, Zeit für Patientinnen und Patienten et cetera) sowie der Zugang zu Weiterbildung (vgl. Raspe et al., 2020, 118ff.).

Eine Annäherung an die Arbeitsmenge ist die Gesamtzahl der Operationen und Prozeduren bei vollstationären Patientinnen und Patienten im Zeitverlauf. Diese erhöhten sich seit 2008 um mehr als 45 Prozent, wobei der Wert zwischen 2017 und 2021 quasi stagnierte.

Abbildung 12: Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus bei vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (2008 bis 2021)

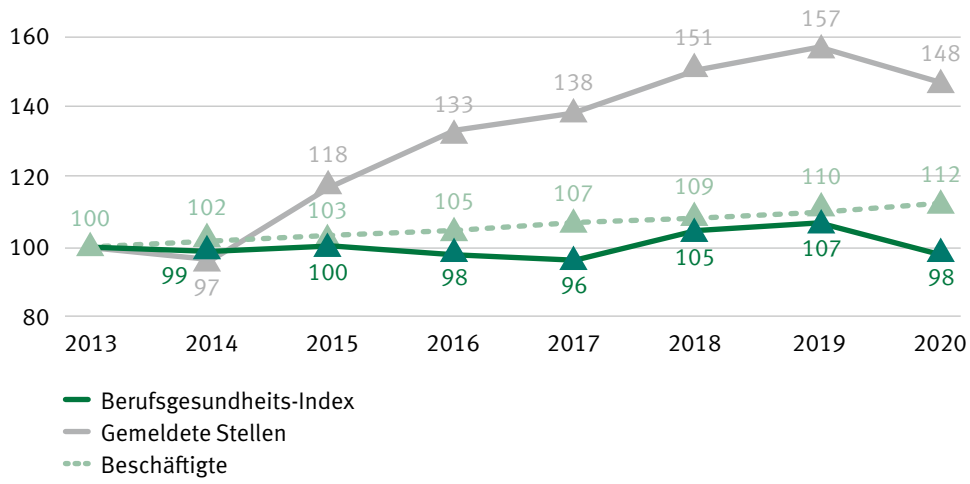


Quelle: Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Die Tabelle wurde am 22.2.2023 um 14.38 Uhr erstellt. Eigene Darstellung.

Inwiefern dieses wachsende Arbeitspensum als Belastung von den angestellten Medizinerinnen und Medizinern erlebt wird, hängt von deren Zahl, Verfügbarkeit und Qualifikation ab, aber auch von der Personalverfügbarkeit im Arbeitsumfeld. Denn viele erbrachte Gesundheitsleistungen, zum Beispiel bei operativen Eingriffen oder der Vor- und Nachsorge, sind Teamwork. Hier zeigen zum einen die Daten aus dem Berufsgesundheitsindex-Report der BGW (BeGX 2021) eine wachsende Lücke beim Pflegepersonal im Zeitverlauf. Zwar ist die Beschäftigung in der Krankenpflege zwischen 2013 und 2020 um zehn Prozent gestiegen, die Zahl der gemeldeten Stellen erhöhte sich jedoch gleichzeitig um 48 Prozent.[12] Zum anderen belegen Untersuchungen eine wachsende Fluktuation beim Pflegepersonal im Krankenhaus.[13]

Abbildung 13: Entwicklung der Beschäftigung im Vergleich zu offenen Stellen in der Krankenpflege (2013 bis 2020)

Quelle: BGW (2022): BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege. Branchenmonitoring der BGW und der DRV Bund. Hamburg, BGW, Seite 22.



12) BGW (2022): BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege. Branchenmonitoring der BGW und der DRV Bund. Hamburg, BGW, Seite 22.

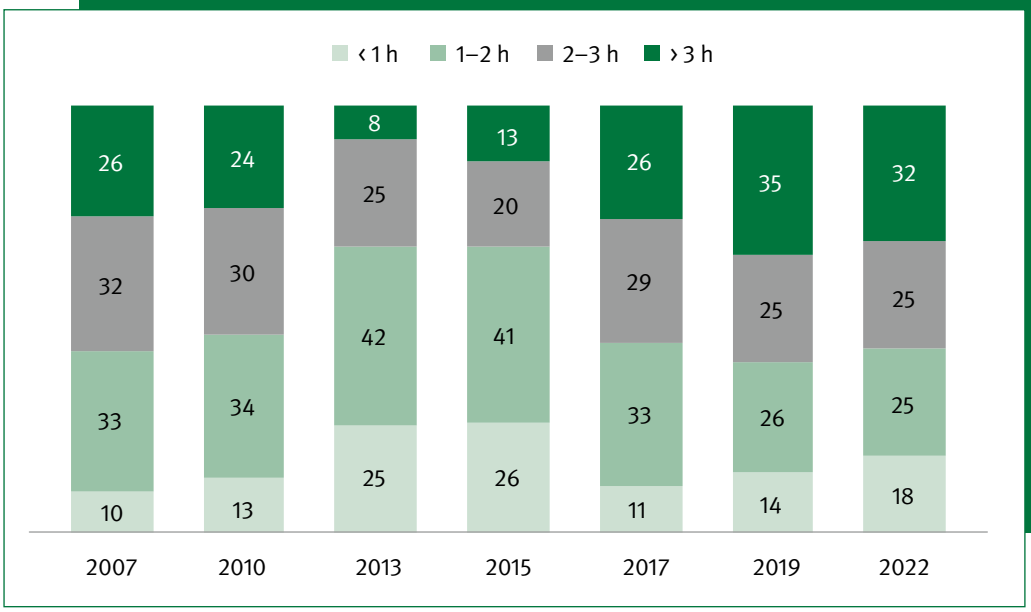
13) Pilny, A. & Rösel, F. (2021). Personalfluktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job. Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt, 267-275.

Pilny und Rösel (2021) berechneten die Entwicklung der Personalfluktuation im Krankenhaus. Sie verglichen dabei die Berufsgruppen Pflegepersonal und Ärztinnen, Ärzte basierend auf Daten der Bundesagentur für Arbeit für den Zeitraum 2004 bis 2006 mit den Jahren 2014 bis 2016. Dabei konstatieren sie zunächst einen Beschäftigungszuwachs von 34 Prozent bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten gegenüber einem Zuwachs von elf Prozent beim Pflegepersonal. Während die gesamtwirtschaftliche Fluktuationsrate in dieser Zeit um ein Prozent sank, stieg sie in Krankenhäusern um neun Prozent. Mit Blick auf die beiden Beschäftigungsgruppen im Krankenhaus sank die Personalfluktuation bei Ärztinnen und Ärzten im Langzeitvergleich leicht, während sie beim Pflegepersonal deutlich anstieg. Hier kommen also zwei ungünstige Entwicklungen in der Dienstausübung der Ärztinnen und Ärzte zusammen: eine wachsende Unterbesetzung beim Pflegepersonal und eine höhere Fluktuationsrate, die mit mehr Friktionen im Dienstalltag verbunden ist.

Der Verwaltungs- und Organisationsaufwand spielt eine wichtige Rolle bei den wahrgenommenen Stressfaktoren in den sozialen Berufen, so auch bei Ärztinnen und Ärzten. In der Studie von Raspe et al. (2020, 118ff.) nennen junge Klinikärztinnen und -ärzte drei Top-Themen für Verbesserungsbedarf: an erster Stelle die Verringerung des Dokumentationsaufwands (88 Prozent), gefolgt von den persönlichen, strukturierten Weiterbildungsmöglichkeiten und der Verringerung der Arbeitsverdichtung (jeweils 86 Prozent).

Abbildung 14: Umfrage bei Krankenhausärztinnen und -ärzten: „Wie hoch ist Ihr täglicher Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten?“ (2007 bis 2022, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

Quelle: Marburger Bund



Mitgliederbefragungen, verschiedene Jahrgänge. Eigene Berechnungen.[14)]

14) Die Ausprägung der abgefragten Items für den täglichen zeitlichen Verwaltungsaufwand wurden im Zeitverlauf verändert und für die vorliegende Grafik daher zusammengefasst.

Die Befragungen des Marburger Bundes unter seinen Mitgliedern erfasst, wie viel Zeit täglich für Verwaltungsarbeiten notwendig ist. Nach einer gewissen Entlastung in den Jahren 2013 und 2015 liegt der Anteil aller, die mehr als drei Stunden täglich angeben, seit 2017 wieder deutlich über 25 Prozent, im Jahr 2022 sogar bei 32 Prozent. Von den 32 Prozent geben 19 Prozent vier Stunden an, sechs Prozent fünf Stunden und sieben Prozent mehr als fünf Stunden.

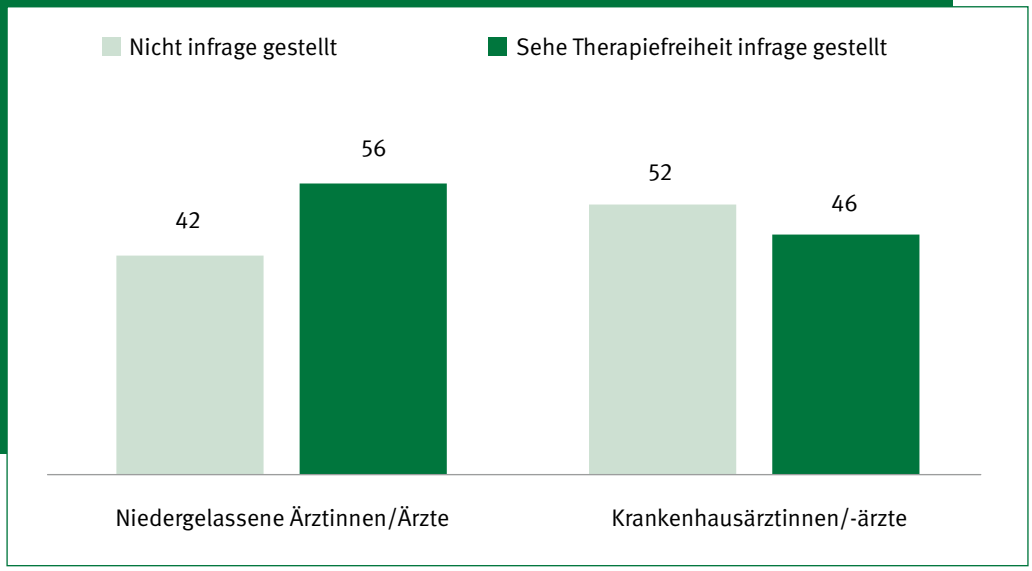
Auch wenn hier keine Kontrolle um den Faktor Vollzeit/Teilzeit-Beschäftigungsverhältnis vorgenommen werden kann, deuten die Indizien auf einen wachsenden Anteil persönlicher Arbeitszeit hin, der auf Verwaltungstätigkeiten entfällt. Gemäß der repräsentativen Allensbach-Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten für den MLP Gesundheitsreport 2022 geben 72 Prozent der im Krankenhaus Beschäftigten „wachsenden bürokratischen Aufwand“ als größtes Problem an. Dies bestätigt die Einschätzung, dass es sich bei Verwaltungstätigkeit um einen erheblichen wahrgenommenen Belastungsfaktor handelt.

Die Frage nach der Entwicklung von Überstunden und Wechselarbeitszeiten wird im folgenden Hauptkapitel behandelt und deshalb hier ausgespart.

Eine wesentliche Voraussetzung für wahrgenommene Selbstwirksamkeit und Autonomie im ärztlichen Handeln ist die Therapiefreiheit.[15] Es gibt Hinweise darauf, dass angestellte Ärztinnen und Ärzte ihre Therapiefreiheit durch den steigenden Kostendruck infrage gestellt sehen.

Abbildung 15: Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2022: „Sehen Sie durch den Kostendruck im Gesundheitswesen Ihre Therapiefreiheit als Arzt infrage gestellt, oder würden Sie das nicht sagen?“ (Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

Quelle: MLP Gesundheitsreport 2022, IfD-Umfrage 8291.



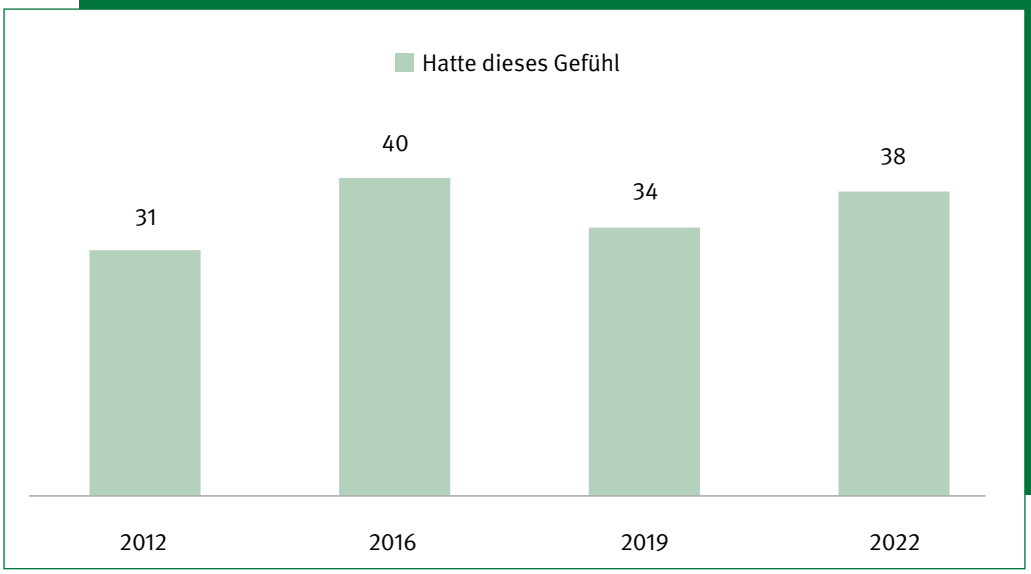
15) Siehe zum Spannungsfeld evidenzbasierte Medizin versus Therapiefreiheit auch: Kienle, G.S. (2008): Evidenzbasierte Medizin und ärztliche Therapiefreiheit: Vom Durchschnitt zum Individuum. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(25): A-1381 / B-1193 / C-1161.

Mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und immerhin 46 Prozent der im Krankenhaus beschäftigten sehen im Jahr 2022 ihre Therapiefreiheit infrage gestellt. Allerdings hatten 2012 mehr der im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzte (60 Prozent) diesbezüglich Sorgen.

Kann das Konzept der Therapiefreiheit als Ausdruck ärztlicher Autonomie angesehen werden, so ist der Eindruck von Patientinnen und Patienten, die jeweils für sie angemessene Versorgung zu bekommen, ebenfalls ein Ausdruck ihrer Autonomie. Er dürfte maßgeblich für die subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung sein. In der Sprache der Wirtschaft könnte man von „Kundenzufriedenheit“ sprechen. Aus entsprechenden Studien ist erkennbar, dass in Bereichen der persönlichen Interaktion eine hohe Kundenzufriedenheit ein wesentlicher Motivationsfaktor für in der Wirtschaft Beschäftigte ist.[16)]

Doch die Bevölkerung hat im Zeitverlauf zunehmend das Gefühl, dass ihr eine Leistung aus Kostengründen vorenthalten wird, wenngleich es auch hier Schwankungen gibt. Im Jahr 2012 gaben 31 Prozent der befragten Bundesbürgerinnen und -bürger an, schon einmal das Gefühl gehabt zu haben, ihnen seien aus Kostengründen bestimmte Behandlungen oder ein bestimmtes Medikament vorenthalten worden. Im Jahr 2022 waren es 38 Prozent. Von den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen waren es zuletzt sogar 41 Prozent.

Abbildung 16: Bevölkerungsumfrage: „Hatten Sie beim Arzt schon einmal das Gefühl, dass Ihnen aus Kostengründen eine bestimmte Behandlung oder ein bestimmtes Medikament vorenthalten wurde, oder hatten Sie dieses Gefühl eigentlich noch nie?“ (2012 bis 2022, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

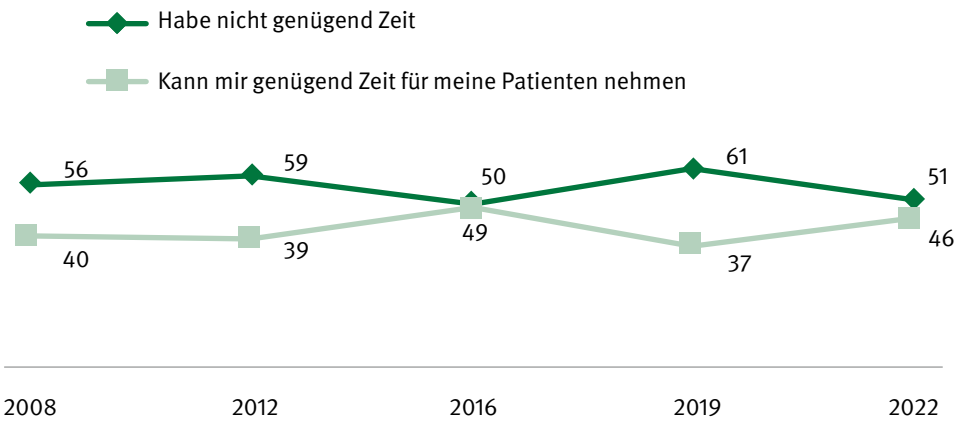


Quelle: MLP Gesundheitsreport, verschiedene Jahrgänge, IfD-Umfragen 10998, 12004, 12502, 11058.

16) Vgl. u.a. Chi, C. G. & Gursoy, D. (2009). Employee satisfaction, customer satisfaction, and financial performance: An empirical examination. International journal of hospitality management, 28(2), 245-253.

Abbildung 17: Umfrage unter Krankenhausärztinnen und -ärzten: „Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich für Ihre Patienten genügend Zeit nehmen können, oder würden Sie das nicht sagen?“ (2008 bis 2022, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

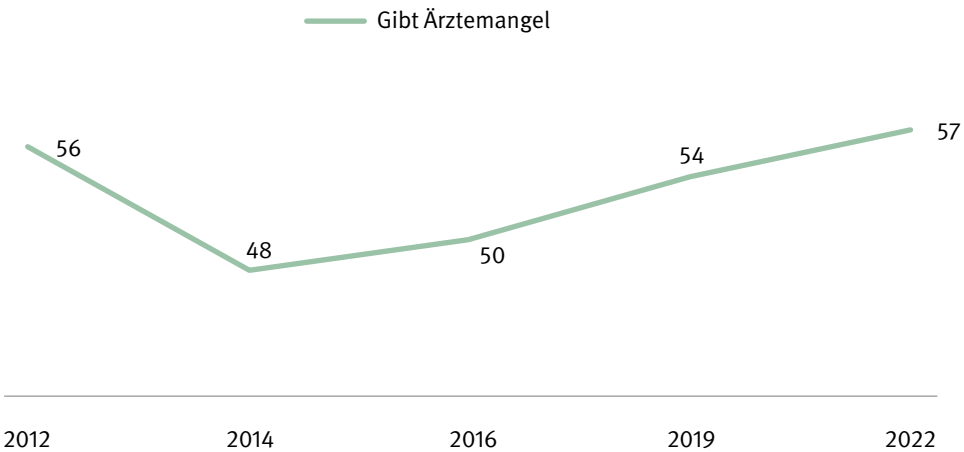
Quelle: MLP Gesundheitsreport, verschiedene Jahrgänge, IfD-Umfragen, 6245, 10998, 12004, 12502, 11058.



Ein weiterer Stressindikator ist für Ärztinnen und Ärzte fehlende Zeit für Patientinnen und Patienten. Hier zeigt die Allensbach-Umfrage für den MLP-Ärztemonitor im Zeitverlauf anhaltend kritische Werte. Bereits seit Langem hat eine knappe oder deutliche Mehrheit der befragten Krankenhausärztinnen und -ärzte das Gefühl, sich nicht genügend Zeit für die Menschen nehmen zu können, die sie behandeln. In der jüngsten Befragung (2022) geben das vor allem Assistenzärztinnen und -ärzte (55 Prozent) an, weniger Chef- oder Oberärztinnen und -ärzte.

Abbildung 18: Umfrage unter Krankenhausärztinnen und -ärzten: „Würden Sie sagen, dass es bei Ihnen im Krankenhaus einen Ärztemangel gibt?“ (2012 bis 2022, Angaben zum Anteil der Befragten in Prozent)

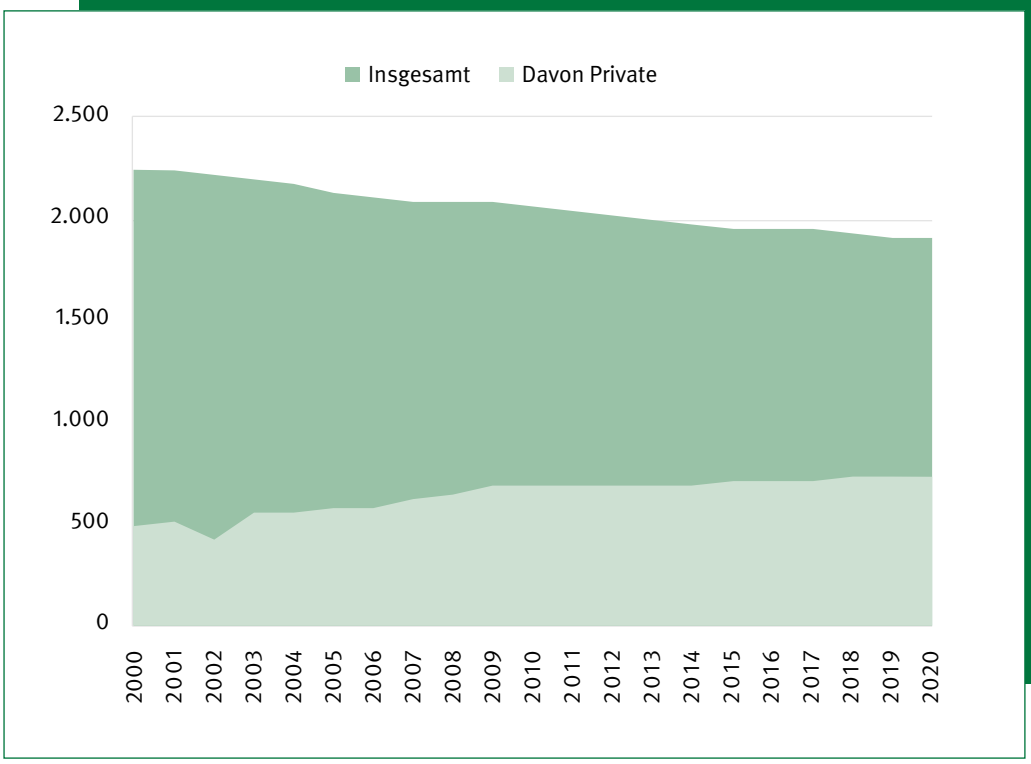
Quelle: MLP Gesundheitsreport, verschiedene Jahrgänge, IfD-Umfragen 10998, 12004, 12502, 11058.



Die Wahrnehmung, das eigene Krankenhaus habe genügend ärztliches Personal, spielt im Zusammenhang mit dem Belastungsempfinden ebenfalls eine wichtige Rolle. Im Jahr 2012 gaben 56 Prozent der von Allensbach befragten Krankenhausärztinnen und -ärzten an, dass es in ihrem Krankenhaus einen Mangel an ärztlichem Personal gibt. Anschließend ging der Anteil auf 48 Prozent zurück, steigt seither jedoch wieder an – auf zuletzt 57 Prozent im Jahr 2022. Wenn die Befragten trotz einer wachsenden Zahl von beschäftigten Ärztinnen und Ärzten einen zunehmenden Mangel in ihrer Einrichtung sehen, kann dies auf den Teilzeit-Effekt und die Reduktion von Wochenarbeitszeiten zurückgehen. Jedenfalls spiegelt ein Umfragewert von rund 50 Prozent, dass wahrgenommener Ärztemangel ein alltägliches (belastendes) Element des Arbeitsumfelds darstellt – zumal dieser Mangel für die Befragten mit zusätzlichen Belastungen einhergeht. Dies gaben zuletzt 56 Prozent der Befragten an, im Jahr 2019 waren es nur 45 Prozent.

Hinsichtlich Anzahl und Trägerschaft von Krankenhäusern gab es in den vergangenen zwanzig Jahren erhebliche Veränderungen. Ihre Zahl sank von 2.242 im Jahr 2000 auf 1.903 im Jahr 2020. Der Anteil der Häuser in privater Trägerschaft verdoppelte sich in diesem Zeitraum nahezu: von 21,7 auf 38,5 Prozent. Entsprechend verringerte sich der Anteil der Krankenhäuser in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft. Da private Träger in der Regel ein ökonomisches Ziel mit dem investierten Kapital verfolgen, also einen Überschuss erwirtschaften wollen, ist davon auszugehen, dass in den privatwirtschaftlich geführten Häusern stärker auf die Kosten geachtet wird und Effizienz-Maßnahmen als Arbeitsverdichtung empfunden werden.

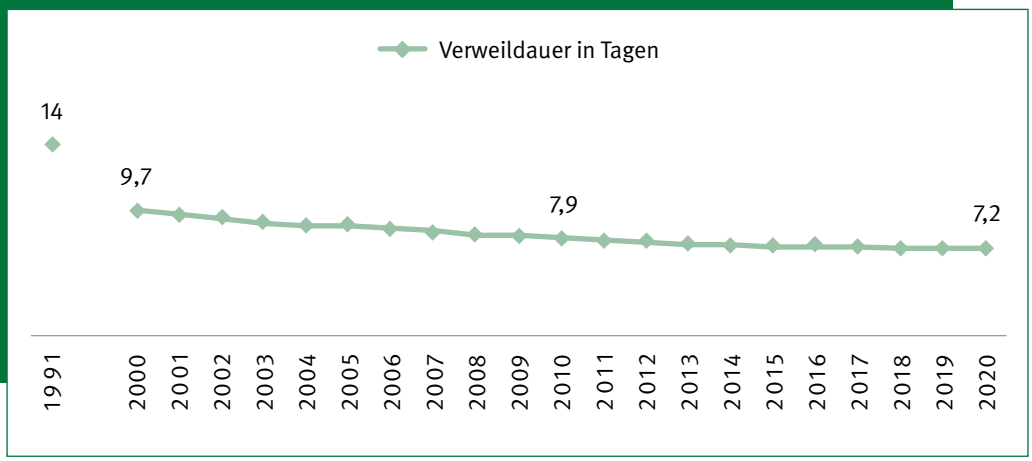
Abbildung 19: Die Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser nach Trägerschaft in Deutschland von 2000 bis 2020



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik. Stand 1.3.2023, eigene Darstellung.

Abbildung 20: Die Entwicklung der durchschnittlichen Patientenverweildauer im Krankenhaus in Tagen von 2000 bis 2020

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik. Stand 1.3.2023, eigene Darstellung.



Die durchschnittliche Verweildauer von Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern lag nach Angaben des Statistischen Bundesamts im Jahr 1991 bei 14 Tagen, im Jahr 2020 nur noch bei 7,2 Tagen. Die Bettenzahl lag im Jahr 1991 bei 665.565, im Jahr 2020 nur noch bei 487.783 Betten. Dies deutet auf einen starken Kapazitätsabbau hin, zugleich auf den Umstand, dass die Einführung von Fallpauschalen für die Behandlung in den Krankenhäusern zwischen 1996 und 2004 einen entsprechenden Kostenspar-Schub ausgelöst hat.

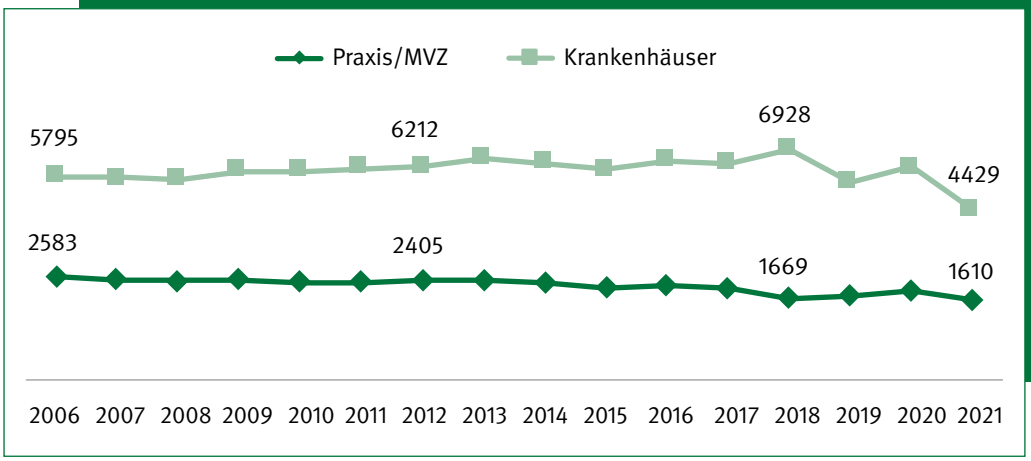
Auf dem Reha-Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung im Februar 2023 äußerten manche Expertinnen und Experten, dass aus Sicht der Reha-Kliniken durch die zeitige Entlassung aus der Erstversorgung bei den Reha-Trägern erheblicher Zusatzaufwand anfällt. Patientinnen und Patienten würden zum Teil „zu früh“ aus den Krankenhäusern entlassen und seien noch nicht Reha-fähig. Sollten diese Beobachtungen mehr als anekdotischen Charakter haben, so können sie den diensthabenden Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern nicht verborgen bleiben. Sie können ein Hinweis für einen Zielkonflikt zwischen qualitativ hochwertiger Versorgung und dem Einhalten von Kostenvorgaben sein. Rosenbrock und Gerling (2014, 218) verweisen zudem darauf, dass die sinkende durchschnittliche Verweildauer zu einem erhöhten Versorgungsbedarf je Pflegetag führt, weil sich der Anteil der betreuungsintensiven Aufnahme-, Operations- und Entlassungstage je Behandlungsfall erhöht. Dies werde zudem durch steigende Behandlungsfallzahlen intensiviert.[17] Der ökonomische Druck und die damit einhergehende Ökonomisierung werden auch stark der politischen Ebene zugerechnet (Marckmann, 2021).[18] Hier hat die Bundesregierung eine Reform angekündigt und erste Umrisse skizziert.[19]

17) Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl. Bern, Verlag Hans Huber.

18) Marckmann, G. (2021). Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. Ethik in der Medizin, 33(2), 189-201.

19) BMG (2023). Lauterbach: „Ein guter Tag für die deutschen Krankenhäuser“. Stellungnahme vom 1.6.2023.

Abbildung 21: Die Entwicklung der Behandlungsfehler-Statistik nach Behandlungsort (Krankenhaus oder Praxis/MVZ) von 2006 bis 2021



Quelle: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer.

Ein letzter potenzieller Belastungsfaktor ist mit dem Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand verbunden, hat jedoch eine eigene Facette. Nach Auskunft von leitenden Klinikärztinnen und -ärzten dient der hohe Bürokratieaufwand einerseits vor allem Abrechnungszwecken, andererseits der Qualitätsdokumentation, sollte es zu Behandlungsfehlern und Schadensersatzansprüchen kommen.

Die Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer[20)] zeigt zwischen 2006 und 2018 einen leichten Anstieg von Anträgen bezüglich Behandlungsfehlern, im ambulanten Bereich ist die Entwicklung dagegen rückläufig. Die Zahl ist allerdings in Relation zur Entwicklung aller Behandlungen in Krankenhäusern zu setzen (Abb. 12), und vor diesem Hintergrund kann nicht ohne Weiteres von einer Verschlechterung der Qualität gesprochen werden. Der deutliche Rückgang bei den Meldungen im Jahr 2021 dürfte auf die reduzierte Behandlungstätigkeit in Krankenhäusern während der Covid-19-Pandemie zurückzuführen sein. Das Statistische Bundesamt wies in einer Pressemitteilung darauf hin, dass die Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 zu fast 2,5 Millionen weniger Krankenhausbehandlungen und gut 690.000 weniger Operationen geführt habe.

Was den ökonomischen Druck anbelangt, scheinen die Versicherungskosten eine stärkere Rolle zu spielen. Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft hat ermittelt, dass der mittlere Schadenaufwand für schwere Personenschäden im Heilwesen von 1,3 Millionen Euro im Jahr 2003 auf 2,6 Millionen Euro im Jahr 2020 angestiegen ist. Einer Studie zu 240 Krankenhäusern zufolge, die vom Versicherungsmakler Ecclesia-Gruppe betreut wurden, stieg der Schadenaufwand je Schadenjahr von 20 Millionen Euro im Jahr 1998 auf 39,5 Millionen Euro im Jahr 2008.[21)]

20) https://www.aerztekammern-schlichten.de/statistik, abgerufen am 7.7.2023.

21) Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. & Wasem, J. (Eds.) (2014). Krankenhaus-Report 2014: Schwerpunkt: Patientensicherheit. Schattauer Verlag. https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhausreport/2014/, abgerufen am 3.3.2023.

3 Quantitative Forschung

6 %

Prozent der angestellten Ärztinnen und Ärzte machten sich 2020 Sorgen um ihren Arbeitsplatz. Im Jahr 2013 waren es noch 29 Prozent.

98 %

der angestellten Ärztinnen und Ärzte machten 2020 Überstunden. Im Jahr 2014 waren es nur 74 Prozent.

Die Berufszufriedenheit liegt bei angestellten Ärztinnen und Ärzten deutlich über der in anderen Beschäftigtengruppen. Das könnte mit einer überdurchschnittlichen beruflichen Sinn-Erfahrung zu tun haben.

3.1 Entwicklung der sozioökonomischen Berufsgesundheit

Für angestellte Ärztinnen und Ärzte existiert nach Wissen der BGW noch keine einheitliche Definition des Begriffs „Berufsgesundheit“. In der öffentlichen Diskussion werden unterschiedliche Kennzahlen verwendet, um die Berufsgesundheit zu bewerten, wobei sich diese Diskussionen mitunter auf einen einzigen Teilaspekt reduzieren, zum Beispiel auf Überstunden. Berufsgesundheit ist jedoch ein mehrdimensionales Konzept und kann daher nicht nur mit einer einzelnen statischen Kennzahl erfasst werden. Aus diesem Grund basiert die nachfolgende Analyse auf einem weit gefassten, mehrdimensionalen Konzept der Berufsgesundheit. Hierbei werden vier Dimensionen der Berufsgesundheit betrachtet:

- Ressourcen
- Arbeitsbedingungen
- Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- Medien-Meinungsklima

Die Dimension „Ressourcen“ erfasst, welche Entwicklungsmöglichkeiten Arbeit bietet und welche Zufriedenheit sie hervorbringen kann. Dafür fließen drei Indikatoren ein: die Teilnahme an Weiterbildungen, die subjektive Zufriedenheit mit der Arbeit und die Zufriedenheit mit dem Einkommen.

In der Dimension „Arbeitsbedingungen“ beziehungsweise der Arbeitssituation werden folgende potenzielle Belastungen dokumentiert: Sorge vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, hohe Anforderungen durch Überstunden und befristete Arbeitsverhältnisse.

In der Dimension „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“ geht es um Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Berufsunfähigkeit.

Die Dimension „Medien-Meinungsklima“ zum Berufsfeld gilt als Indikator für die gesellschaftliche Akzeptanz.

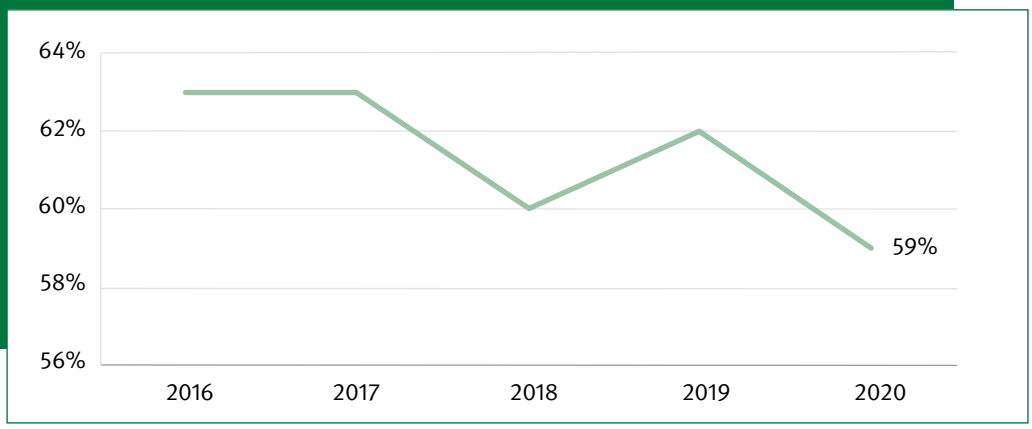
Diese vier Dimensionen der Berufsgesundheit sind im Kontext der Entwicklung von Angebot und Nachfrage zu betrachten. Gemeint sind damit die gesamtwirtschaftliche Nachfrage in dem Berufsfeld und die Größe des Berufsfelds.

3.1.1 Ressourcen

Unter der Dimension Ressourcen werden die Zufriedenheit mit der ausgeübten Beschäftigung und die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten betrachtet. Kennzahlen sind hier der Anteil der Beschäftigten mit beruflicher Weiterbildung im Vorjahr, die subjektive Arbeits- und die subjektive Einkommenszufriedenheit.

Abbildung 22: Entwicklung des Anteils von angestellten Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Weiterbildung (2016 bis 2020)

Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v36 (Item liegt erst seit 2016 im SOEP vor).

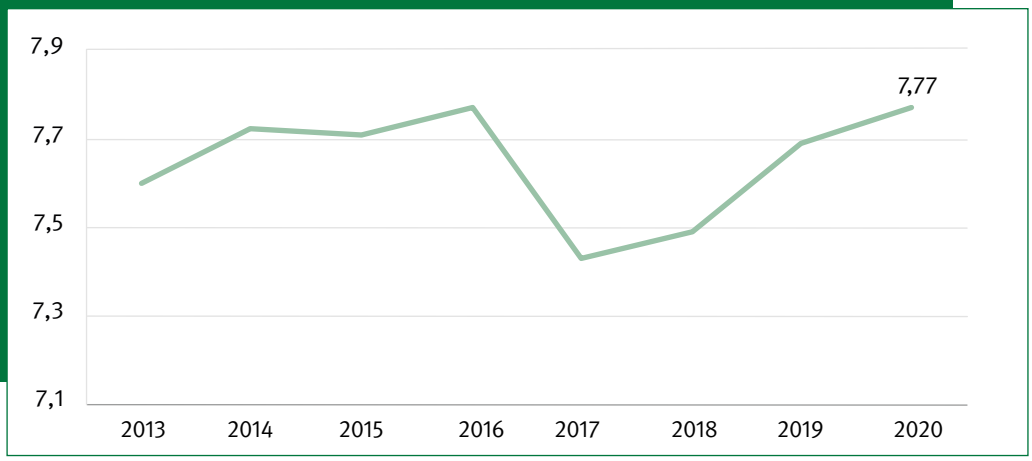


Die Studie von Raspe et al. (2020, a.a.O.) zeigt, wie wesentlich die berufliche Weiterbildung besonders für junge Klinikärztinnen und -ärzte ist. Weiterbildung dient einerseits dazu, die berufliche Fähigkeit entlang neuer Erkenntnisse des medizinischen Fortschritts zu entwickeln. Andererseits geht es darum, vom entwickelten Wissen anderer über geeignete Behandlungsmethoden oder Diagnostik zu profitieren. Für alle, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gibt es sogar gemäß dem Fünften Sozialgesetzbuch eine Fortbildungspflicht, die alle fünf Jahre nachzuweisen ist.

Im Jahr 2016 gaben 63 Prozent der befragten Klinikärztinnen und -ärzte an, sich im Vorjahr beruflich weitergebildet zu haben. Der Anteil blieb im folgenden Jahr stabil. 2020 betrug er allerdings nur noch 59 Prozent, ein Rückgang um vier Prozentpunkte. Dennoch liegt dieser Wert immer noch über dem Wert anderer Sozialberufe und dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Es bleibt zu beobachten, wie sich dieser Trend nach der Covid-19-Pandemie entwickelt. Zunächst einmal ist hier jedoch eine Verschlechterung der Situation und damit eine höhere Belastung zu konstatieren.

Abbildung 23: Entwicklung der Arbeitszufriedenheit von angestellten Ärztinnen und Ärzten (2013 bis 2020)

Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v36.



Die Arbeitszufriedenheit ist ein weiterer wichtiger Indikator für die Berufsgesundheit der angestellten Ärztinnen und Ärzte. Erstens spiegelt die Arbeitszufriedenheit die subjektive Wahrnehmung der gesamten Arbeitssituation wider, die von einer Vielzahl von Faktoren im Arbeitsumfeld beeinflusst wird. Zweitens ist die Arbeitszufriedenheit in sozialen Berufen ein besonders wichtiger Indikator, weil hier gemeinhin von einer hohen intrinsischen Motivation ausgegangen wird.[22] Der Grad der Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit mit der Arbeit kann Differenzen zwischen den eigenen Erwartungen und der wahrgenommenen Arbeitsrealität abbilden.

Die subjektive Bewertung der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten wird im Rahmen des Sozio-oekonomischen Panels auf einer Skala von null bis zehn gemessen. Dabei markiert null den geringsten Zufriedenheitswert und zehn den höchsten. Im Jahr 2013, dem Ausgangspunkt der Betrachtung, lag der Wert bei 7,6, im Jahr 2020 bei 7,77. Dabei zeigte sich zwischen 2013 und 2016 ein leichter Aufwärtstrend, gefolgt von einer deutlichen Verschlechterung im Jahr 2017 und einer anschließenden Erholung bis zum Jahr 2020. Der durchschnittliche Wert aller Berufsgruppen im SOEP lag 2020 bei 7,1 Punkten. In Summe ist die Berufszufriedenheit angestellter Ärztinnen und Ärzte damit höher als die der übrigen befragten Bevölkerung. Für andere soziale Berufe zeigen Untersuchungen von Gambaro, Spieß und Westermaier (2021, 325) zum Teil deutlich geringere Werte. Für den Gesamtzeitraum 2015 bis 2019 ermittelten sie aus den SOEP-Daten (weibliche Beschäftigte): für Krankenpflegerinnen einen Wert von 6,95, für Sozialpädagoginnen lag er bei 7,19 und für Grundschullehrerinnen bei 7,79.

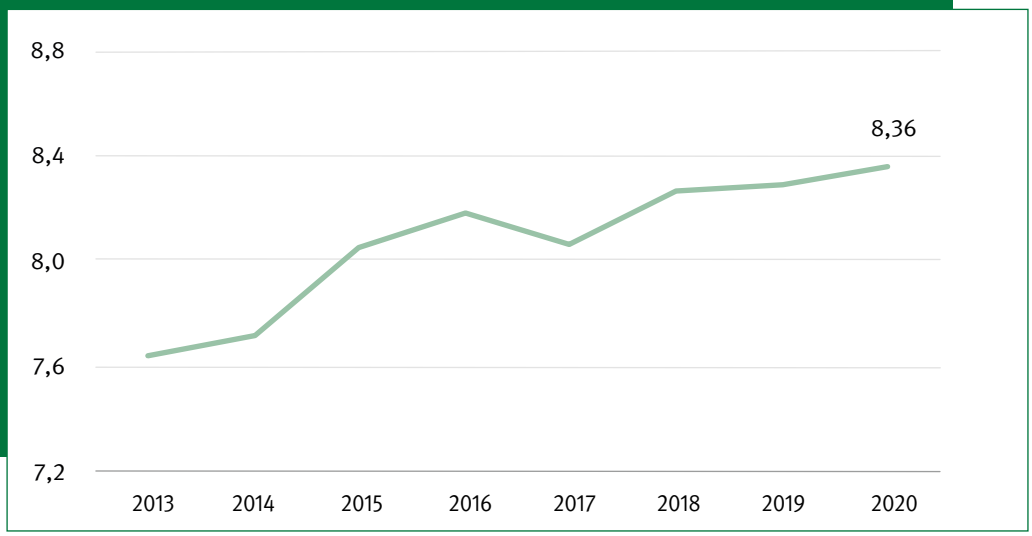
Insgesamt schwankt die Berufszufriedenheit für die angestellten Ärztinnen und Ärzte zwischen 2013 und 2020. Was den Einbruch im Jahr 2017 verursacht hat, kann im Rahmen dieser Auswertung nicht näher untersucht werden. Doch insgesamt liegt die Berufszufriedenheit der Gruppe deutlich über der anderer Beschäftigtengruppen. Das könnte mit einer überdurchschnittlichen Sinn-Erfahrung zu tun haben. Die Berufszufriedenheit ist in dieser Gruppe auch deutlich höher als in Pflegeberufen. Wie sich die Covid-19-Pandemie auf die Berufszufriedenheit auswirkt, wird in künftigen Auswertungen zu beobachten sein.

Der dritte Indikator, der in der Dimension Ressourcen betrachtet wird, ist die Zufriedenheit mit dem Einkommen.

22) Vgl. z. B. Berdud, M., Cabasés, J. M. & Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in healthcare. Gaceta sanitaria, 30(6), 408-414. Die ökonomische Theorie legt nahe, dass Menschen (vor allem/ausschließlich) für Geld arbeiten. Die Verhaltensökonomie hat gezeigt, dass neben finanziellen Motiven andere eine wesentliche Rolle spielen. In der Untersuchung der Motive von Klinikärztinnen und -ärzten in Spanien zeigen sich zwei intrinsische Hauptmotive: Die Befragten mögen/genießen die medizinische Praktik, und sie betrachten ihren Beruf als Berufung.

Abbildung 24: Entwicklung der Einkommenszufriedenheit von angestellten Ärztinnen und Ärzten (2013 bis 2020)

Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v36.



Ein angemessenes Einkommen ist maßgebend für Motivation, Einsatzbereitschaft und Gesundheit von Beschäftigten. Eine geringe Vergütung geht oftmals mit erhöhten gesundheitlichen Risiken einher (vgl. Siegrist 2015). Die Einkommenszufriedenheit der angestellten Ärztinnen und Ärzte hat sich zwischen 2013 und 2020 erheblich verbessert. Sie wird ebenso wie die Arbeitszufriedenheit auf einer Skala von null bis zehn erhoben. Lag sie im Jahr 2013 noch bei 7,64, so stieg sie im Jahr 2020 auf einen Wert von 8,36. Zum Vergleich: Im Durchschnitt aller Berufsgruppen lag der Wert 2020 bei 7,2. In der Kinder- und Jugendhilfe waren die Befragten mit einem Durchschnittswert von 6,8 deutlich unzufriedener mit ihrem Einkommen. In der Alten- und Krankenpflege betrug der Wert im Jahr 2020 jeweils sogar nur 6,6. Im Vergleich der wichtigen Berufe im Gesundheitswesen ist damit die Einkommenszufriedenheit bei angestellten Ärztinnen und Ärzten am höchsten. Die SOEP-Daten zeigen zudem, dass jüngere Angehörige dieser Berufsgruppe, obwohl oft befristet angestellt, zufriedener mit ihrem Einkommen sind als ältere Kolleginnen und Kollegen.

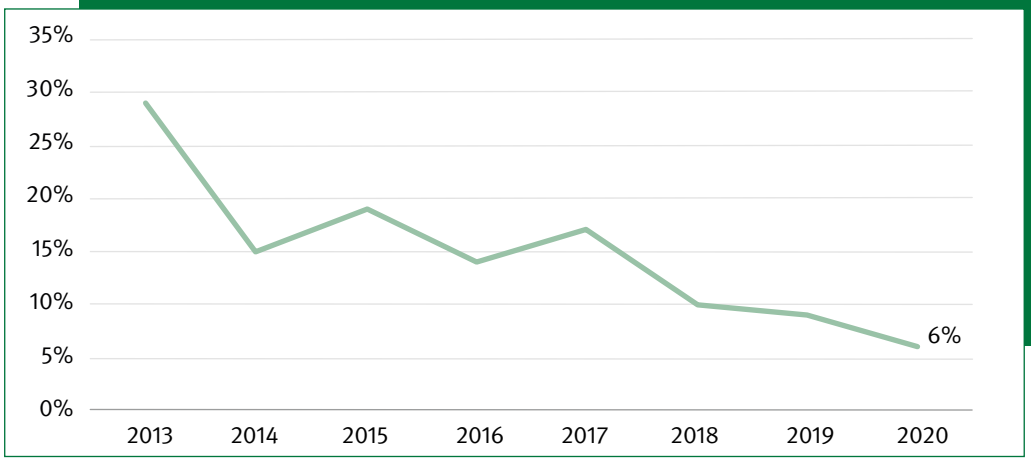
Zusammenfassend zeigt sich bei der Entwicklung der Ressourcen für die angestellten Ärztinnen und Ärzte ein differenziertes Bild: Bei Weiterbildung ist eine klare Verschlechterung zu konstatieren, die schon vor der Pandemie beginnt. Sie könnte ein Indiz sein, dass die erforderliche Weiterbildung aufgrund des mehrjährigen gesetzlichen Gestaltungsspielraums aufgeschoben wird, weil das „Tagesgeschäft“ sie kaum noch zulässt. Bei der Arbeitszufriedenheit gibt es Schwankungen. Die Berufsgruppe ist aber insgesamt zufriedener mit ihrem Beruf als der Rest der arbeitenden Bevölkerung. Beim Einkommen hat sich die Zufriedenheit im Langfristtrend eindeutig verbessert. Die Werte liegen hier deutlich über denen der anderen Berufe in Pflege und Sozialwesen und auch über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ob sich hieran durch die starke Inflationswelle der Jahre 2021/22 etwas ändert, bleibt abzuwarten. Bei den vorliegenden Werten ist es weniger wahrscheinlich als bei Pflegeberufen, dass Einkommenserhöhungen eine deutliche Änderung beim Fachkräftemangel herbeiführen können.

3.1.2 Arbeitsbedingungen

Belastungsfaktoren können die Berufsgesundheit und das generelle Wohlbefinden der Beschäftigten erheblich einschränken. Hier werden vier Indikatoren der Arbeitsbelastungen betrachtet: die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, befristete Beschäftigungsverhältnisse, Überstunden und vom Arbeitgeber festgelegte, wechselnde Arbeitszeiten.

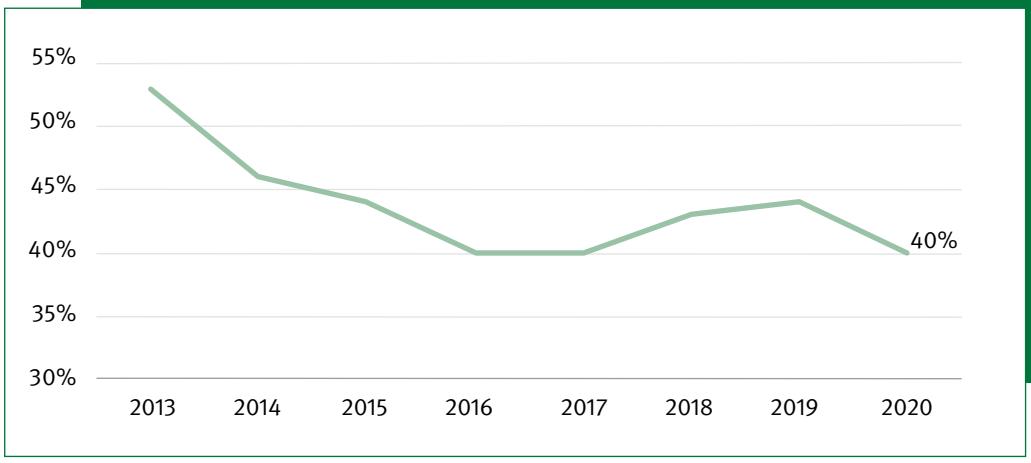
Die Sorge vor dem Verlust des Arbeitsplatzes war zu Beginn des Untersuchungszeitraums im Jahr 2013 noch hoch: 29 Prozent der Befragten äußerten sich entsprechend. Seitdem ist der Anteil deutlich geschrumpft. 2020 gaben nur noch sechs Prozent der Befragten an, sich Sorgen um den Arbeitsplatz zu machen. Im Durchschnitt aller Berufsgruppen lag der Wert im Jahr 2020 bei 33 Prozent. In der Altenpflege betrug der Anteil 14 Prozentpunkte, bei der Krankenpflege 21 Prozentpunkte. Hier zeigt sich der insgesamt große Fachkräftemangel, der in als gut wahrgenommenen Beschäftigungsperspektiven mündet.

Abbildung 25: Entwicklung des Anteils an angestellten Ärztinnen und Ärzten mit Sorgen um den Arbeitsplatz (2013 bis 2020)



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v36.

Abbildung 26: Entwicklung des Anteils der angestellten Ärztinnen und Ärzten mit befristetem Beschäftigungsverhältnis (2013 bis 2020)



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v36.

Befristete Arbeitsverhältnisse werden von Beschäftigten häufig als Belastung empfunden. Zum einen erschweren befristete Beschäftigungsverhältnisse die langfristige Lebensplanung (wie die Familienplanung). Zum anderen kann eine Befristung den Gesundheitszustand beeinträchtigen, falls Beschäftigte mit befristetem Arbeitsvertrag trotz Krankheit arbeiten („Präsentismus"), um die Chance auf eine entfristete Übernahme zu erhöhen.

Im Jahr 2013 gaben 53 Prozent der befragten angestellten Ärztinnen und Ärzte an, in einem befristeten Arbeitsverhältnis zu stehen. Dieser Wert sank bis 2016 auf 40 Prozent und stieg vor dem Ausbruch der Pandemie auf 44 Prozent an. Im ersten Pandemie-Jahr gaben 40 Prozent der Befragten an, in einem befristeten Anstellungsverhältnis zu arbeiten.

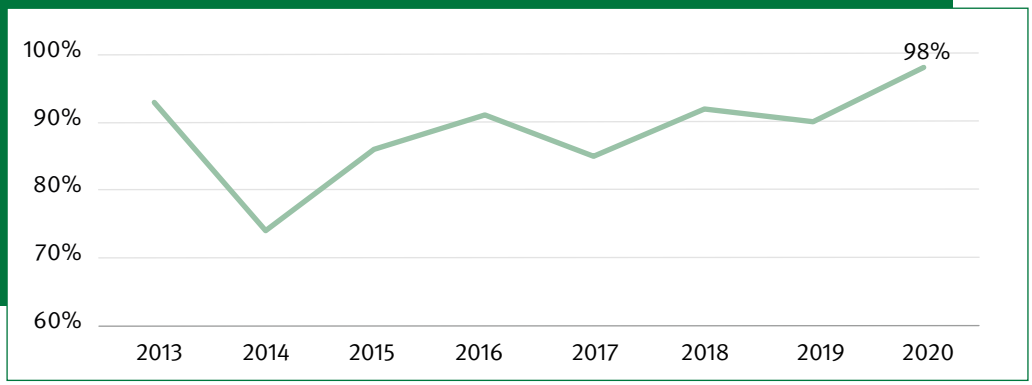
Angestellte Ärztinnen und Ärzte sind damit wesentlich häufiger als der Durchschnitt aller Beschäftigten befristet beschäftigt. Über alle Berufsgruppen liegt der Anteil solcher Arbeitsverhältnisse nur bei acht Prozent. In der Altenpflege waren es 2020 rund zwölf Prozent und in der Krankenpflege rund 13.

Auf den ersten Blick könnte der hohe Anteil befristeter Beschäftigungsverhältnisse als Zeichen einer starken Belastung für angestellte Ärztinnen und Ärzten gedeutet werden. Allerdings spiegeln sich in den Zahlen wohl vor allem die verschiedenen Aus- und Weiterbildungsstufen in der Karriere wider. Die SOEP-Zahlen zeigen, dass Angehörige dieser Berufsgruppe unter 40 Jahren häufiger befristet angestellt sind als ältere. Dazu gibt es ein eigenes Gesetz, das „Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung".[23] Für die Frage, wie der Anteil von 40 Prozent einzuordnen ist, dürfte daher eher die Zeitreihe von Bedeutung sein als die absolute Höhe. Der Trend zeigt an dieser Stelle tatsächlich eine positive Entwicklung im Hinblick auf die Berufsgesundheit.

Wie in vielen anderen Berufsfeldern sind Überstunden auch bei angestellten Ärztinnen und Ärzten ein weit verbreitetes Phänomen. 2013 gaben 93 Prozent der Befragten an, Überstunden zu leisten. Im Jahr 2014 fiel dieser Anteil auf nur noch 74 Prozent. Seither geht der Trend wieder nach oben, und 2020 waren es 98 Prozent. Wie sind diese Werte einzuordnen? Für alle Beschäftigten weist die SOEP-Befragung einen Durchschnitt

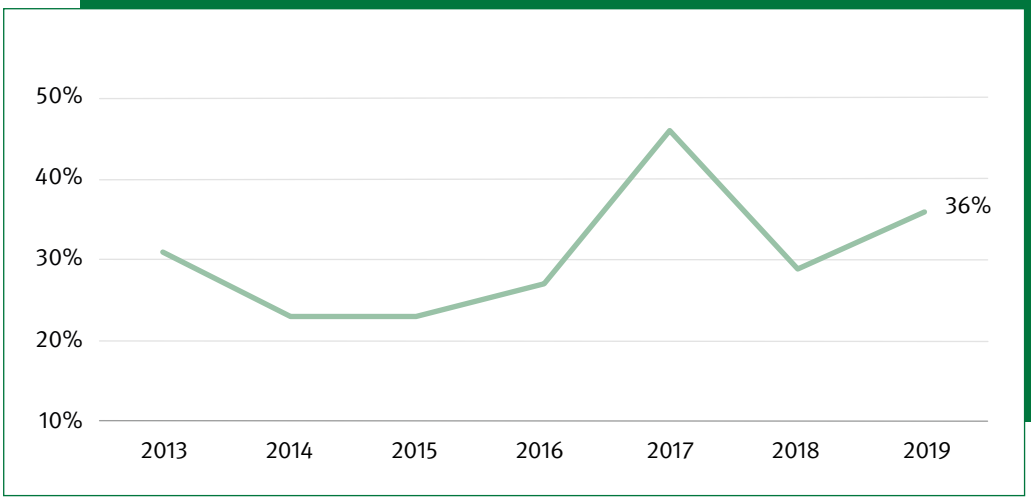
Abbildung 27: Entwicklung des Anteils von angestellten Ärztinnen und Ärzten mit Überstunden (2013 bis 2020)

Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v36.



23) https://www.gesetze-im-internet.de/_arbvtrg/BJNR007420986.html, abgerufen am 14.7.2023.

Abbildung 28: Entwicklung des Anteils der angestellten Ärztinnen und Ärzte mit vom Arbeitgeber festgelegten wechselnden Arbeitszeiten (2013 bis 2019)



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v36.

von82 Prozent aus, für Beschäftigte in der Altenpflege liegt er mit 79 Prozent und in der Krankenpflege mit 77 Prozent sogar noch niedriger. Angestellte Ärztinnen und Ärzte sind also in einem deutlich größeren Ausmaß von Überstunden belastet als andere Beschäftigtengruppen. Überstunden aufgrund eines anhaltenden Fachkräftemangels sind in den sozialen Berufen ein bekannter Risikofaktor für Burnout. Ob sich die Spitzenbelastung nach der Pandemie wieder abbaut, bleibt abzuwarten.

Als letzte Arbeitsbedingung soll hier auf den Indikator Wechselarbeitszeiten oder Schichtarbeit eingegangen werden.

Im Durchschnitt aller Berufsgruppen gaben im Jahr 2019 lediglich 19 Prozent der Befragten an, in Schichtmodellen zu arbeiten. In den sozialen und medizinischen Berufen liegen diese Werte höher. Schließlich geht es darum, Menschen rund um die Uhr zu begleiten, zu pflegen und zu betreuen beziehungsweise im Notfall zu helfen. Bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten lag der Anteil von Beschäftigten mit Wechselarbeitszeiten 2013 bei 31 Prozent und in den folgenden Jahren bis 2016 etwas niedriger. Seither ist der Anteil – mit Schwankungen – gestiegen. Der letzte vorliegende Wert aus dem Jahr 2019 beträgt 36 Prozent. Im Durchschnitt aller Beschäftigten ermittelt das SOEP für dieses Jahr dagegen nur einen Wert von 17 Prozent. In der Altenpflege berichteten 49 Prozent der Beschäftigten von wechselnden Arbeitszeiten, in der Krankenpflege sogar 60 Prozent. In der Kinder- und Jugendhilfe, einer weiteren bei der BGW versicherten Branche, lag der Wert mit 32 Prozent etwas unterhalb von dem der Ärzteschaft.

Insgesamt zeigen diese Umfragewerte, dass angestellte Ärztinnen und Ärzte zwar etwa doppelt so oft wie der Durchschnitt der Berufstätigen Wechselarbeitszeiten ausüben, allerdings wesentlich seltener als das Pflegepersonal in der Alten- und Krankenpflege. Wie sich dieser Trend in Zukunft entwickeln wird, hängt maßgeblich von der Ausgestaltung der geplanten Krankenhausreform ab (siehe Kapitel Ausblick). Für den Augenblick ist eine tendenziell wachsende Belastung für die Berufsgesundheit festzustellen.

3.1.3 Arbeitsunfähigkeiten und Berufskrankheiten

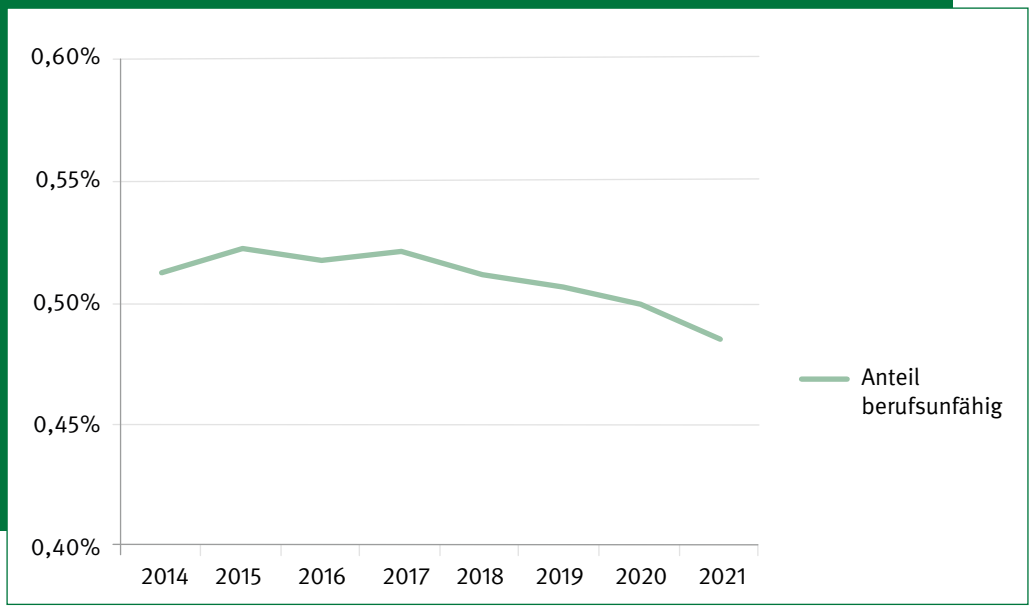
Bei Angestellten in unteren und mittleren Einkommensgruppen gibt die Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung profund Auskunft über die Entwicklung von Fehltagen aufgrund von Krankheiten (Krankheitstagen) und der Inanspruchnahme von Erwerbsunfähigkeitsrente. Bei angestellten Ärztinnen und Ärzten liegt das Durchschnittsgehalt bei 92.597 Euro pro Jahr.[24] Damit sind sie vielfach nicht mehr Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Und im Hinblick auf die Rentenversicherung besteht der Zugang zu ärztlichen Versorgungswerken. Geht es um Erwerbsunfähigkeit, kann sich daher die Darstellung in diesem Report – anders als in anderen Berichten der BGW wie dem Berufsgesundheitsindex-Report (BeGX 2021) oder den Trendberichten zur Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe – nicht nur an Fehlzeiten-Daten der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. Auch alternative Quellen wurden einbezogen.

Der unter anderem im BeGX verwendete Fehlzeitenreport der AOK (Badura et al., 2021) weist für das Jahr 2020 einen Krankenstand von 2,3 Prozent bei Ärztinnen und Ärzten aus. Das liegt deutlich unter dem Durchschnitt der Beschäftigten in der Altenpflege (7,6 Prozent) oder der Kranken- und Fachkrankenpflege (6,6 Prozent).

Die Bundesärztekammer unterhält zentrale Statistiken über die Entwicklung der Ärzteschaft. Auf Anfrage von Media Tenor International wurde hier eine Auswertung für den Zeitraum 2014 bis 2021 erstellt. Erfasst und ausgewiesen ist der Anteil derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund von Berufsunfähigkeit im jeweiligen Jahr ohne ärztliche Tätigkeit gemeldet waren.

Abbildung 29: Die Entwicklung der Zahl gemeldeter Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund von Berufsunfähigkeit nicht ärztlich tätig sind (2014 bis 2021)

Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer, Sonderauswertung vom 10.3.2023, eigene Darstellung.



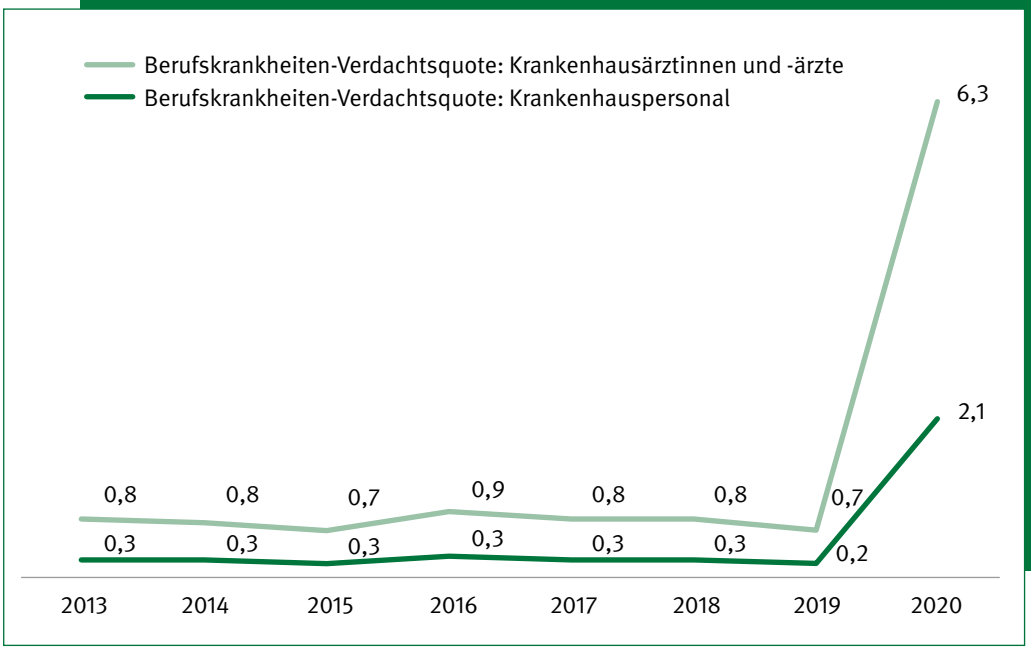
24) https://approbatio.de/arztgehalt/, abgerufen am 28.3.2023.

Die Statistik zeigt, dass der Anteil mit rund 0,5 Prozent relativ stabil und leicht rückläufig ist. Eine alarmierende Entwicklung lässt sich aus diesen Zahlen nicht herauslesen. Die absolute Zahl von als berufsunfähig gemeldeten Ärztinnen und Ärzten ist zwar von 2.467 im Jahr 2014 auf 2.662 im Jahr 2021 angestiegen, allerdings nahm im gleichen Zeitraum auch die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu.

Ein zweiter Indikator für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit kommt von der BGW. Sie erfasst Verdachtsmeldungen auf eine Berufskrankheit und Arbeitsunfälle. Beide Werte werden normalerweise in Form einer Quote für jeweils 1.000 Vollbeschäftigte angegeben. Auf diese Weise spielen Veränderungen der Angestelltenverhältnisse (Vollzeit/Teilzeit) keine Rolle.

Die sogenannten Vollzeitäquivalente liegen allerdings nicht für die einzelnen Berufsgruppen, sondern nur für das gesamte angestellte Personal vor. Allerdings hat sich im Zeitverlauf das Verhältnis von angestellten Ärztinnen und Ärzten zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaussektor verändert. Um eine alternative Betrachtungsweise zu haben, erscheint es sinnvoll, die BGW-Werte auch auf die Beschäftigtenzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhausbereich zu beziehen und nicht nur bezogen auf das gesamte Krankenhauspersonal. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Teilzeitanteil zugenommen hat. Die Werte der Ärztekammer liegen bis Redaktionsschluss lediglich für den Zeitraum 2013 bis 2020 vor. Doch ist bereits erkennbar, dass mit Ausbruch der Covid-19-Pandemie die Verdachtsanzeigenquote sprunghaft angestiegen ist.

Abbildung 30: Verdachtsanzeigenquote in Krankenhäusern und Kliniken zu Ärztinnen und Ärzten bezogen auf die Gesamtzahl der angestellten Klinikärztinnen und -ärzte beziehungsweise die Vollzeitbeschäftigten in Krankenhäusern und Kliniken (2013 bis 2020)



Quelle: BGW, Bundesärztekammer, eigene Berechnungen.

In absoluten Werten gemessen, kletterte die Zahl der Meldungen von 58 im Jahr 2019 auf 1.239 im Jahr 2020, mehr als zwanzigmal so viele Fälle. Und in den Jahren 2021 und 2022, deren Daten bei der BGW bereits vorliegen, erhöhten sich die Meldungen sogar auf 3.061 beziehungsweise 3.906. Hintergrund dabei ist, wie die folgende Grafik zeigt, der starke Anstieg bei den Meldungen zu Infektionskrankheiten. Sie dominieren definitiv das Meldegeschehen in den Jahren 2020 bis 2022.

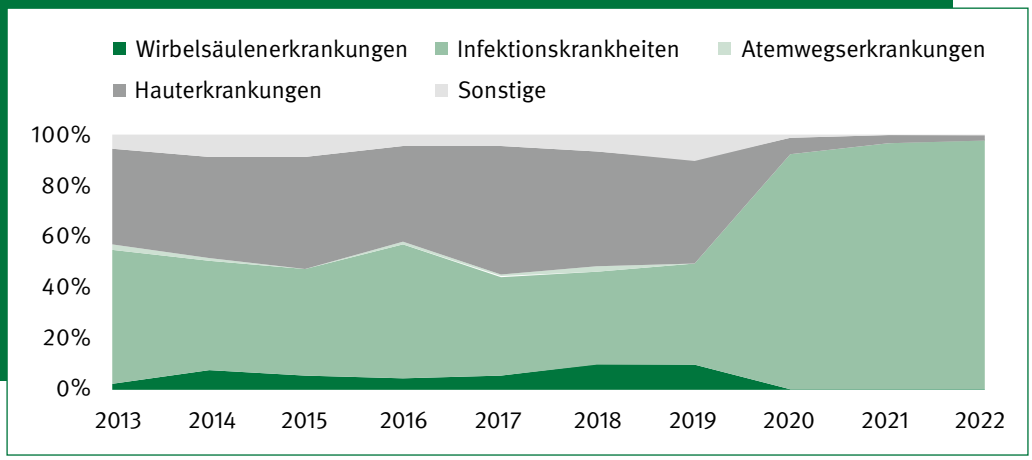
In einer Studie ging das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit der Frage nach, wie hoch das berufsspezifische Ansteckungsrisiko mit Covid-19 in der Pandemie ist. Das IAB hat dazu einen Index entwickelt, um das bei der Ausübung eines Berufs bestehende Ansteckungsrisiko quantifizieren zu können. Dabei wurden fünf potenziell ansteckungsrelevante Arbeitsbedingungen herauskristallisiert:

- Infektionsgefahr durch Umgang mit infizierten Menschen
- enger Körperkontakt mit Menschen
- Einsatz von Desinfektionsmitteln
- betreuender Umgang mit Menschen und
- physischer Kundenkontakt

Die Anwendung dieses Kriterienkatalogs ergab nur für ein knappes Viertel aller Berufe ein erhöhtes berufsspezifisches Ansteckungsrisiko. Am höchsten ist es für die medizinischen und nicht medizinischen Gesundheitsberufe mit 35,2 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, sich in diesen Berufen zu infizieren, war also um mehr als ein Drittel höher als in Berufen ohne ansteckungsrelevante Arbeitsbedingungen.[25] Der starke Anstieg der Berufskrankheits-Verdachtsanzeigen bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2020 ist damit nicht verwunderlich und unterstreicht die besondere Belastung dieser Berufsgruppe sowie der Beschäftigten in der Pflege.

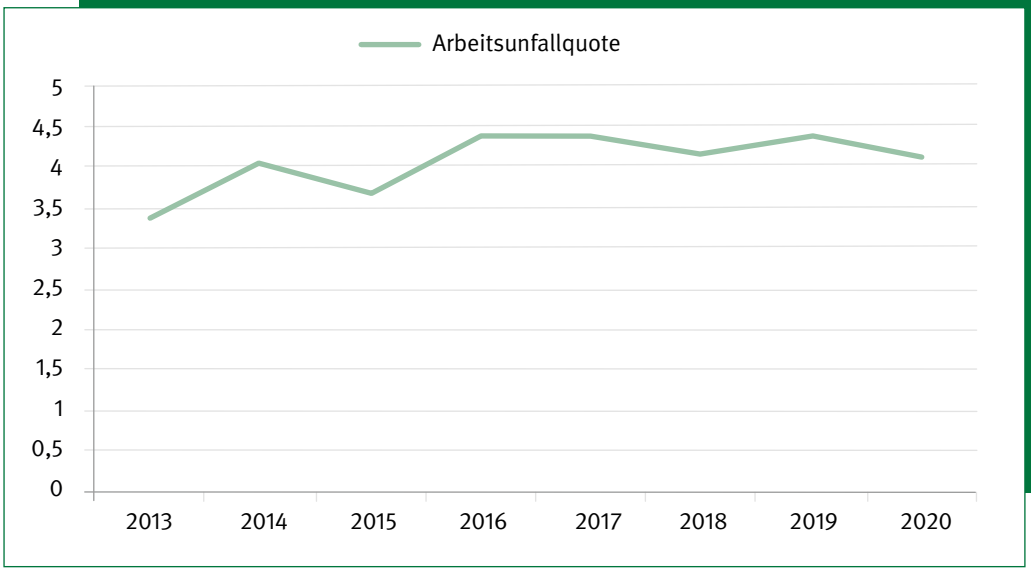
Abbildung 31: Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen für Krankenhausärztinnen und -ärzte unterteilt nach Typ (2013 bis 2022)

Quelle: BGW, eigene Darstellung.



25) Bauer, A., Grienberger, K., Matthes, B., Jucknewitz, R. & Schramm, A. (2021): Berufe und Covid-19-Pandemie: Wie hoch ist das berufsspezifische Ansteckungsrisiko?, In: IAB Forum 21. September 2021.

Abbildung 32: Meldepflichtige Unfallmeldungen in Krankenhäusern und Kliniken zu Ärztinnen und Ärzten bezogen auf die Gesamtzahl der angestellten Klinikärztinnen und -ärzte (2013 bis 2020)



Quelle: BGW, Bundesärztekammer, eigene Berechnung.

Das Arbeitsunfallgeschehen bei angestellten Klinikärztinnen und -ärzten ist weniger spektakulär als die Entwicklung bei den Verdachtsanzeigen auf Berufskrankheiten. Die Quote auf 1.000 Beschäftigte (wieder die Zahl der Bundesärztekammer) steigt zwischen 2013 und 2020 insgesamt nur geringfügig an.

3.1.4 Gesundheitsverhalten und Substanzgebrauch

Das Gesundheitsverhalten angestellter Ärztinnen und Ärzte ist ein weiterer wichtiger Faktor, wenn es um Berufs(un)fähigkeit geht. So gibt es Hinweise darauf, dass die psychische Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten „einen erheblichen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung ausübt". Ebenso gibt es Hinweise auf Beeinträchtigungen „im Zusammenhang mit Angstzuständen, Suizidalität und Substanzmissbrauch" (Beschoner et al., 2019).

Wissenschaftliche Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Prävalenz von Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit in der Ärzteschaft im Laufe des Lebens etwa zehn bis 15 Prozent beträgt. Damit ist sie etwas höher als in der Allgemeinbevölkerung (Bohigian et al., 1994). Die Frankfurter Allgemeine Zeitung zitierte bereits am 9. Januar 2009 – wenn auch eher reißerisch – einen Betroffenen: „Als Chirurg muss man eben saufen". Einige Studien zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt eine höhere Affinität zu Alkoholkonsum haben (Rosta 2008, 198). Es gibt allerdings auch Studien, die hier keinen Zusammenhang erkennen lassen (z. B. Dunkelberg et. al., 2005, 512). Allerdings werden in den Studien unterschiedliche Kategorien für „riskantes" beziehungsweise „gefährliches"[26] Trinkverhalten angelegt (Pförringer et al., 2018, 2). Das erschwert die Einschätzung der Relevanz.

26) Zur Methodendiskussion ausführlich DAK Gesundheitsreport: Marschall, J., Hildebrandt-Heene, S. & Nolting, H. D. (2019). Gesundheitsreport 2019: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Alte und neue Süchte im Betrieb. medhochzwei Verlag.

Dennoch soll auf dieses Thema kurz eingegangen werden. Die Basis bilden hier die Ergebnisse zweier Studien aus 2014 und 2018 und eine speziell für diesen Bericht erstellte Auswertung aus dem SOEP.

Becker stellte im Jahr 2013/14 fest, dass es noch keine Studien gab, die sich explizit mit dem Sport- und Ernährungsverhalten deutscher Klinikärztinnen und -ärzte befassen (2014, 12). Sie hat daher eine Befragung dieser Berufsgruppe an einer deutschen Universitätsklinik als Vollerhebung mit insgesamt 270 Befragten durchgeführt. Auf Basis dieser Daten kommt Becker zu der Einschätzung, dass sich die Befragten zwar bei Rauchen, Ernährung und Sport „weitestgehend gesundheitsfördernd" verhalten. Allerdings gebe es eine weite Verbreitung von Alkoholkonsum: Acht Prozent der Befragten konsumieren sechs- bis siebenmal wöchentlich Alkohol, knapp 20 Prozent tun dies vier- bis fünfmal pro Woche. Als Einflussfaktoren auf den Alkoholkonsum ermittelte Becker unter anderem beruflichen Stress, Familienstand und Geschlecht. Ledige Männer tendieren eher zu Alkoholkonsum als Verheiratete und Frauen (ebd., 62-63). Stress am Arbeitsplatz hat zudem einen signifikanten Einfluss auf die Ernährung. Becker sieht in unregelmäßiger Ernährung und Alkoholkonsum zwei Lösungsmuster der untersuchten Berufsgruppe für ihre Probleme: den Versuch, mehr Zeit für Patientinnen und Patienten zu gewinnen, indem regelmäßige Essenszeiten nicht eingehalten werden, und Konsum von Alkohol als eine Bewältigungsstrategie für den Stress (ebd. 68).

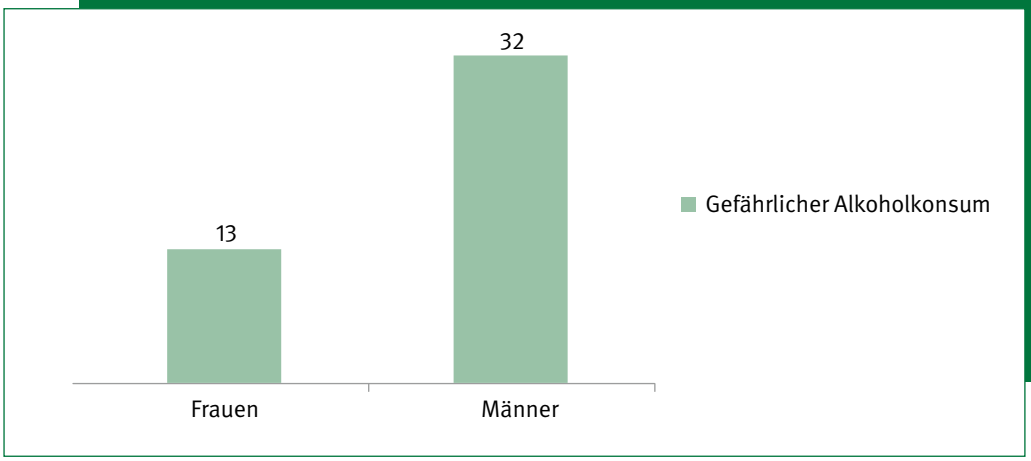
Pförringer et al. (2018) haben einige Jahre später eine breit angelegte Online-Befragung unter Beschäftigen in 38 Universitätskliniken und 296 Lehrkrankenhäusern sowie 1.290 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Sie erhielten 920 auswertbare Fragebögen. Ihre Ergebnisse bestätigen den Einfluss von Familienstand und Geschlecht: 28 Prozent der unverheirateten Ärztinnen und Ärzte hatten einen „gefährlichen" Alkoholkonsum gemäß des AUDIT-C-Tests.[27] Bei Verheirateten waren es dagegen 21 Prozent, bei Verwitweten und Geschiedenen betrug der Anteil 22 Prozent. Kinder im Haushalt hatten ebenfalls einen Einfluss: Bei Befragten ohne Kinder betrug der Anteil mit „gefährlichem" Alkoholkonsum 26 Prozent, bei denen mit Kindern 19 Prozent. Deutliche Unterschiede zeigten sich bei denen mit über 50 Stunden Wochenarbeitszeit (26 Prozent „gefährlicher" Alkoholkonsum) gegenüber denen mit geringerer Wochenarbeitszeit (19 Prozent). Weniger stark unterschieden sich die Ergebnisse dagegen nach Arbeitgebertyp (Universitätsklinik, privates/öffentliches Krankenhaus, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte).

Chirurgisch tätige Ärztinnen und Ärzte zeigten im Vergleich zu anderen eine deutlich höhere Ausprägung beim „gefährlichen" Alkoholkonsum (29 Prozent zu 21 Prozent). Sie beteiligten sich der Umfrage zufolge auch seltener an Vorsorgeuntersuchungen (17 Prozent zu 27 Prozent).

Besonders auffallend ist der unterschiedliche Alkoholkonsum nach Geschlecht der Befragten. „Gefährlicher" Alkoholkonsum fand sich nur bei 13 Prozent der befragten Frauen, aber bei 32 Prozent der befragten Männer.

27) Entspricht fünf und mehr Punkten im AUDIT-C-Test. Zum Test selbst vergl. Bush et al. (1998). Pförringer et al. (2018, 2) verwenden den Begriff „hazardous" und fassen darunter sowohl Alkoholkonsum, welcher das Risiko schädlicher Konsequenz für die Person oder Dritte erhöht, und solchen Alkoholkonsum, der tatsächlich psychischen oder physischen Schaden verursacht, zusammen.

Abbildung 33: Alkoholkonsum von Ärztinnen und Ärzten (Angaben in Prozent)

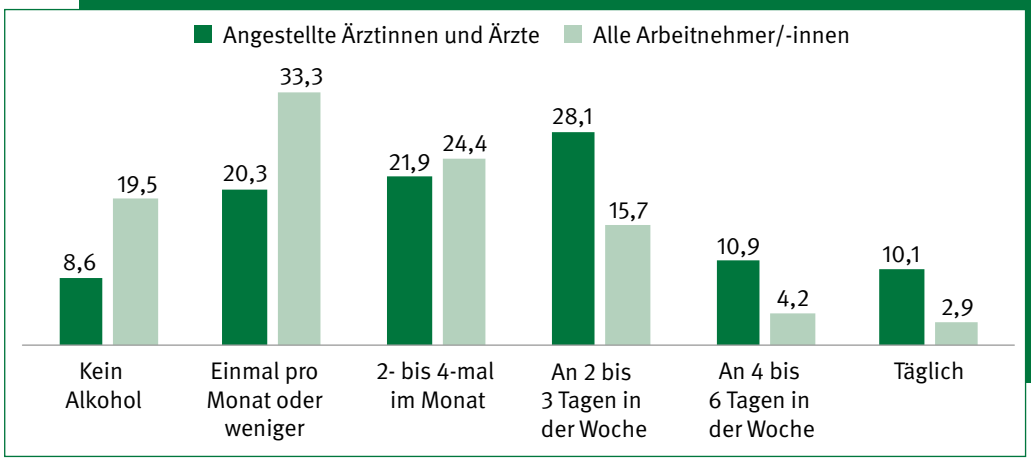


Quelle: Pförringer et al. (2018, 13). Eigene Darstellung.

„Gefährlicher“ Alkoholkonsum entspricht mindestens fünf Punkten im AUDIT-C-Test.

Um eine Einordnung des Alkoholkonsums angestellter Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Gesamtbevölkerung vornehmen zu können, wurde eine Sonderauszählung der Daten aus dem Sozio-oekonomischen Panel für das Jahr 2020 beauftragt. Danach geben 19,5 Prozent der Befragten aller Berufsgruppen an, keinen Alkohol zu trinken, bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten sind nur 8,6 Prozent abstinent. Dagegen geben 10,1 Prozent von ihnen an, täglich alkoholhaltige Getränke zu konsumieren, während das im Durchschnitt aller Berufstätigen nur 2,94 Prozent tun. Ärztinnen und Ärzte sind auch in anderen Kategorien riskanteren Alkoholkonsums auffällig: 28,1 geben an, an zwei bis drei Tagen pro Woche Alkohol zu konsumieren, während das nur 15,7 Prozent aller Befragten tun. 10,9 Prozent der angestellten Ärztinnen und Ärzte geben einen Konsum an vier bis sechs Tagen pro Woche an. Der Durchschnitt für alle Beschäftigten ist mit 4,2 Prozent nicht einmal halb so hoch.

Abbildung 34: Alkoholkonsum von angestellten Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Angaben in Prozent)



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP. Eigene Darstellung. An 100 fehlende Prozent: keine Angabe.

Beim Anteil derjenigen, die fünf und mehr Drinks pro Konsum zu sich nehmen, sind die Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten (5,2 Prozent) und dem Durchschnitt aller Berufstätigen (5,6 Prozent) weniger gravierend. Insgesamt deuten die Daten darauf hin, dass Alkoholkonsum ein überdurchschnittliches Problem für die Berufsgesundheit der angestellten Ärztinnen und Ärzte darstellt.

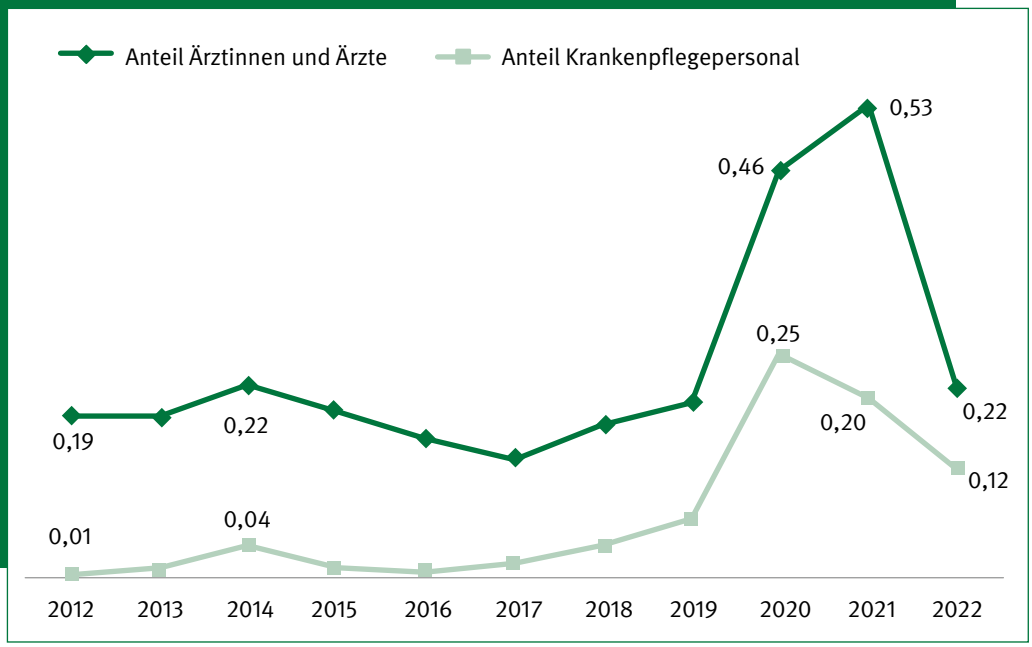
3.2 Meinungsklima und öffentliche Diskussion zur Branche

Die Berichterstattung in den Leitmedien formt Selbst- und Fremdbild der betreffenden Berufsgruppe mit.[28] Das betrifft die Erwartungen an die Berufsgruppe von außen, aber auch ihre Erwartungen an sich selbst. Mit dem öffentlichen Bild eines Berufs wird dieser auch in der Vorstellung des Nachwuchses positiv oder negativ beeinflusst. Maßgeblich für Medienwirkungen sind dabei unter anderem die Aufmerksamkeit für eine Berufsgruppe (Agenda-Setting) und die dargestellten Sichtweisen, Themen und Perspektiven (Framing).

Die Langzeitauswertung aus der Grundlagenforschung von Media Tenor International zeigt, dass über Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenpflegepersonal lange Zeit in den Medien kaum berichtet wurde.

Abbildung 35: Relative Sichtbarkeit von Ärztinnen und Ärzten und Krankenpflegepersonal als Anteil der Gesamtberichterstattung in deutschen Leitmedien (Angaben in Prozent)

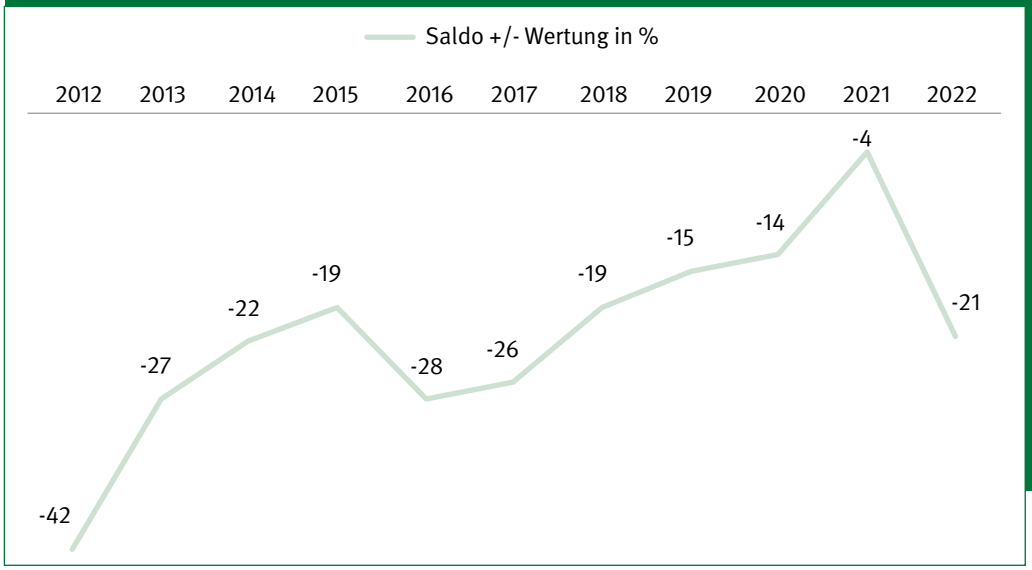
Quelle: Media Tenor International AG.



Basis: 2.754.603 Berichte über Protagonisten in ausgewählten TV-Abendnachrichten, DLF-Nachrichten, BILD und verschiedenen Wochenmedien.

28) Kumar, M. (2021). Nursing as a profession beyond tropes of the image among public, media, and the identity crisis: a discussion paper. International Journal of Science and Healthcare Research, 6(2), 53-57.

Abbildung 36: Bewertung von Ärztinnen und Ärzten in der Gesamtberichterstattung in deutschen Leitmedien (2012 bis 2022, Angaben in Prozent)



Quelle: Media Tenor International AG.

Basis: 2.754.603 Berichte über Protagonisten in ausgewählten TV-Abendnachrichten, DLF-Nachrichten, BILD und verschiedenen Wochenmedien, davon 6.770 Beiträge über Ärztinnen und Ärzte.

Ihr Anteil in den Abendnachrichten von ARD und ZDF sowie anderen ausgewählten Medien lag bei 0,01 bis 0,53 Prozent. Dieser Spitzenwert wurde für Ärztinnen und Ärzte während des zweiten Jahres der Covid-19-Pandemie erreicht. Dabei wurden vielfach prominente Medizinerinnen und Mediziner im Zusammenhang mit der Pandemie zitiert, zum Beispiel Christian Drosten.

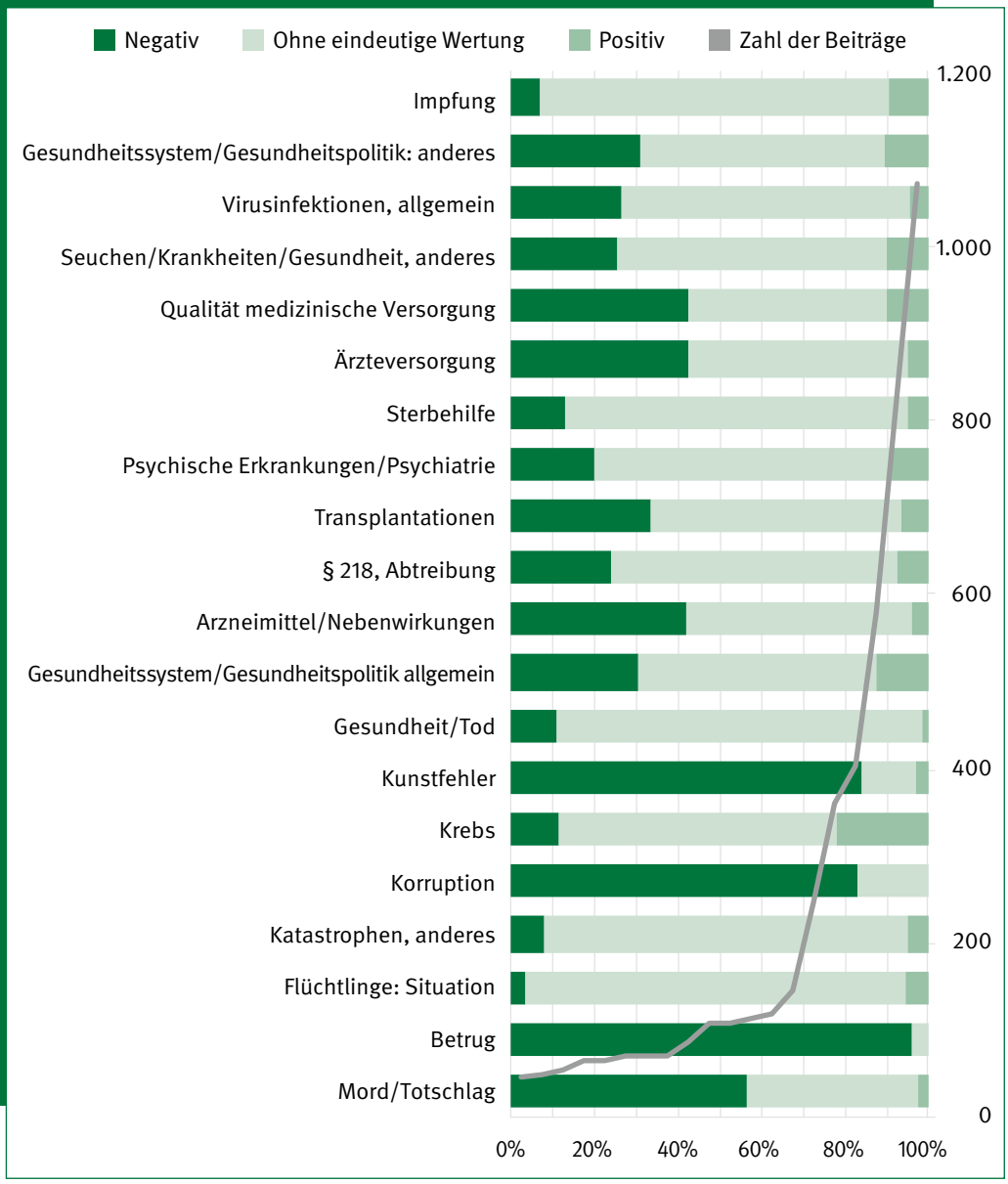
In Befragungen zum Vertrauen in bestimmte Berufsgruppen schneiden Ärztinnen und Ärzte in der Regel gut ab.[29] Das verwundert angesichts des Überhangs negativer Wertungen zwischen 2012 und 2020. Als Bewertung in den Medien wurde hier aber nicht nur explizite Kritik oder Lob gemessen, sondern auch die Beschreibungen des positiven oder negativen Kontexts. So wird etwa die Darstellung von überlangen, belastenden Arbeitszeiten als „negativ“ erfasst.

Der starke Anstieg der Berichterstattung während der Covid-19-Pandemie hat die Themen Impfung und Gesundheitssystem sowie die Pandemie selbst ganz nach oben auf die Agenda gebracht. Beim Thema Impfung wurden Ärztinnen und Ärzte vielfach als Fachkundige zitiert, daher die neutrale Tonalität. Oft wurde auf die Gefahren einer Überlastung des medizinischen Systems oder die Knappheit von Schutzgütern und Medikamenten hingewiesen. Besonders negativ ist die Berichterstattung im Langzeitvergleich allerdings bei Kunstfehlern, Korruption und Betrug sowie Kriminalität.

29) Vgl. z. B. Allensbacher-Berufsprestige-Skala, https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/PD_2013_05.pdf, abgerufen am 2.3.2023.

Abbildung 37: Bewertung von Ärztinnen und Ärzten in der Gesamtberichterstattung in deutschen Leitmedien nach Top-Themen (2012 bis 2022)

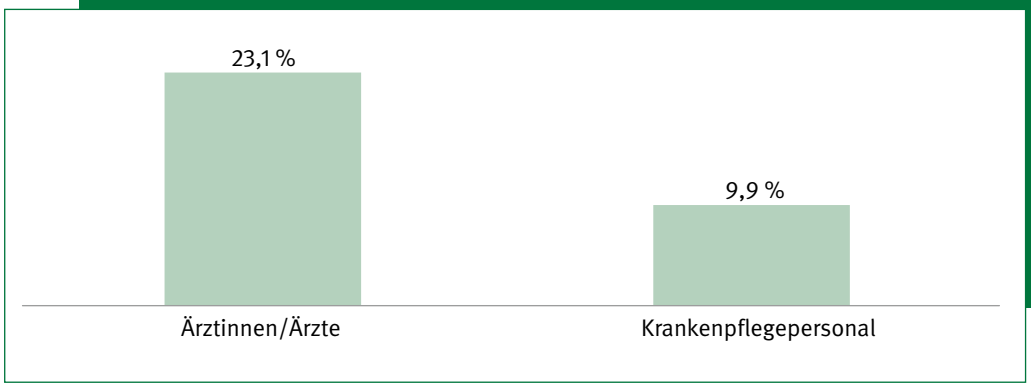
Quelle: Media Tenor International AG.



Basis: 2.754.603 Berichte über Protagonisten in ausgewählten TV-Abendnachrichten, DLF-Nachrichten, BILD und verschiedenen Wochenmedien, davon 6.770 Beiträge über Ärztinnen und Ärzte.

Ärztinnen und Ärzte werden in den Medien deutlich häufiger selbst zitiert, wenn ihre Berufsgruppe angesprochen ist: Der sogenannte Share of Voice (Anteil Eigenzitate) beträgt 23,1 Prozent. Beim Krankenpflegepersonal ist er mit 9,9 Prozent noch nicht einmal halb so hoch. Wenn es also um das Pflegepersonal geht, dann sprechen in neun von zehn Beiträgen andere über die Berufsgruppe. Tendenziell könnte man vermuten, dass diese Eigenzitate, zum Beispiel als fachkundige Person, positiv auf Image und Selbstbild zurückstrahlen.

Abbildung 38: Anteil von Eigenzitaten in der Darstellung von Ärztinnen, Ärzten und Krankenpflegepersonal in den Leitmedien (2012 bis 2022)

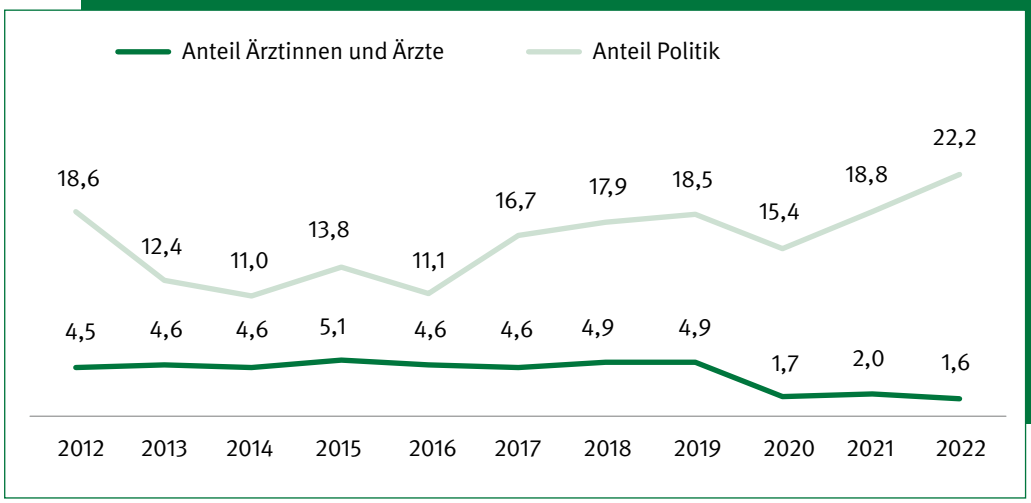


Quelle: Media Tenor International AG.

Basis: 2.754.603 Berichte über Protagonisten in ausgewählten TV-Abendnachrichten, DLF-Nachrichten, BILD und verschiedenen Wochenmedien, davon 6.770 Beiträge über Ärztinnen und Ärzte, 2026 über Krankenpflegepersonal.

Werden allerdings die Bewertungen nach Urheberinnen und Urhebern untersucht, beträgt der Überhang negativer über die positiven Darstellungen bei angestellten Ärztinnen und Ärzten 30 Prozentpunkte, bei Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen fünf Prozentpunkte, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 45 Prozentpunkte und beim Marburger Bund 54 Prozentpunkte. Es scheint, als würde die Medienkommunikation gezielt genutzt, um über negative Kontextfaktoren zum Beispiel für bessere Arbeitsbedingungen oder Bezahlung zu votieren.

Abbildung 39: Der Anteil von Ärztinnen und Ärzten als Protagonisten in der Gesundheitsberichterstattung im Vergleich mit Politikerinnen und Politikern (Angaben in Prozent, 2012 bis 2022)



Quelle: Media Tenor International AG.

Basis: 2.754.603 Berichte über Protagonisten in ausgewählten TV-Abendnachrichten, DLF-Nachrichten, BILD und verschiedenen Wochenmedien.

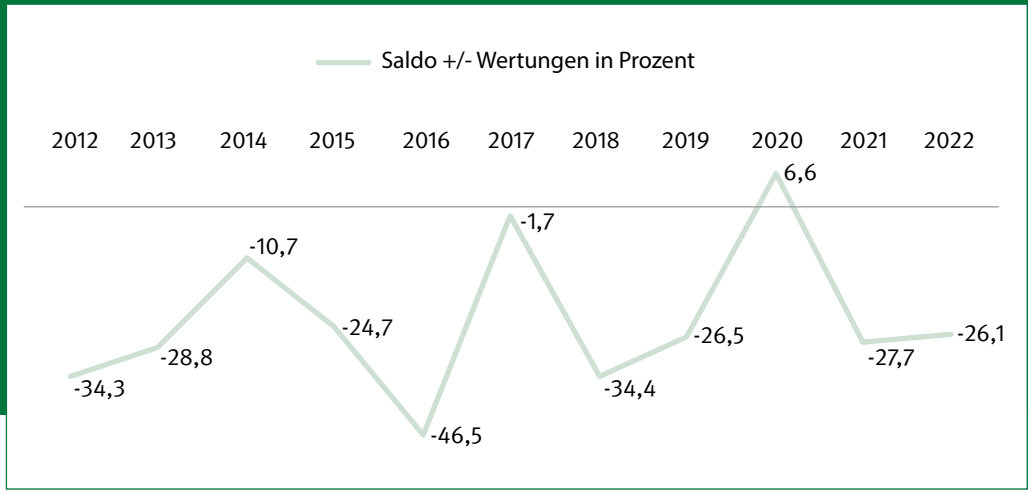
Die Sichtbarkeit dieser Berufsgruppe ist während der Pandemie zwar den absoluten Zahlen nach größer geworden. Im Vergleich zur Politik ist der Anteil aber regelrecht eingebrochen. Das könnte aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte problematisch sein und ein Stressfaktor hinsichtlich der Berufsbelastung sein. Zwischen 2012 und 2018 lag der Anteil der Ärztinnen und Ärzte in der Berichterstattung über alle Themen zur Gesundheit (Gesundheitspolitik, Gesundheitssystem, Krankheiten etc.) recht stabil bei um die fünf Prozent. Während der Pandemie brach der Anteil ein und reduzierte sich auf 1,6 Prozent.

Nicht nur die Berichterstattung über die ärztliche Tätigkeit und die handelnden Personen an sich, sondern auch über die Einrichtung Krankenhaus und Klinik dürfte das Meinungsklima zu angestellten Ärztinnen und Ärzten beeinflussen. Hier zeigt die Langzeituntersuchung mit Ausnahme des Pandemie-Jahres 2020 einen mehr oder weniger deutlichen Saldo an negativ wertenden Darstellungen. Zwar gibt es Felder mit positiven Nachrichten. Die sind – in der Langzeitbetrachtung – oft verknüpft mit medizinischem Fortschritt und Forschung (Saldo von positiven und negativen Wertungen: +52,4 Punkte). Aber in vielen anderen Themenfeldern ist das Bild von Kliniken und Krankenhäusern eher negativ oder sogar stark negativ gefärbt. Deutlich erkennbar ist das bei Skandalen, aber auch wenn es um die Qualität der Versorgung geht. Kritisch gezeichnet wird in den Medien ebenso das Bild vom Krankenhaus als Arbeitsort (Personalpolitik/Human Ressources: - 40,8).

Es verwundert vor diesem Hintergrund nicht, dass die Bevölkerung mit Blick auf Krankenhäuser und die aktuellen Vorschläge zur Krankenhausreform ambivalent und teilweise widersprüchlich reagiert. Laut einer Bevölkerungsumfrage durch Forsa im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung votieren 89 Prozent der Befragten dafür, dass kleinere Krankenhäuser auf dem Land „unbedingt erhalten“ werden sollten.

Abbildung 40: Bewertung von Krankenhäusern und Kliniken in deutschen Leitmedien (Angaben in Prozent, 2012 bis 2022)

Quelle: Media Tenor International AG.



Basis: 2.754.603 Berichte über Protagonisten in ausgewählten TV-Abendnachrichten, DLF-Nachrichten, BILD und verschiedenen Wochenmedien; 1.049 Berichte über Kliniken und Krankenhäuser mit Bezug zu Deutschland.

Gleichzeitig geben 87 Prozent an, sie würden einen längeren Weg in Kauf nehmen, wenn sie von einer Spezialistin oder einem Spezialisten mit besonders viel Erfahrung behandelt werden könnten.[30] Es gibt folglich sowohl den Wunsch, im Fall der Fälle nahe versorgt zu sein, als auch den Wunsch, fachlich besonders gut versorgt zu sein. Die mögliche Qualität ärztlicher Versorgung hängt nicht nur an der individuellen ärztlichen Kompetenz, sondern ebenso an den zur Verfügung stehenden Mitteln (Geräte, Medikamente, Personal-Team). Das Meinungsklima schlägt in den letzten Jahren hier eher nicht zugunsten einer wahrgenommenen Kompetenz der Krankenhäuser aus.

BGW-Podcast „Herzschlag – Für ein gesundes Berufsleben“
Ärzte und Ärztinnen am Limit

In Folge 66 der BGW-Podcast-Reihe spricht Moderator Ralf Podszus mit Prof. Dr. Sylvie Vincent-Höper und Dr. Peter Koch über die Belastungssituation in Krankenhäusern und Kliniken. Er erfährt, was Ärztinnen und Ärzte am meisten stresst und wie Führungskräfte helfen können.

www.bgw-online.de/podcast66

30) Bertelsmann-Stiftung (2023). Bevölkerungsbefragung: Grundlegende Reformen im Gesundheitswesen notwendig. Gütersloh, Juni 2023.

4 Ausblick und Diskussion

Angesichts der komplexen Planungs- und Verhandlungsprozesse im Rahmen der Krankenhausreform kann angenommen werden, dass die psychologische Belastung der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaussektor auf kurze Sicht eher zunimmt.

Eine wichtige Lehre aus der Covid-19-Pandemie ist das Angebot und die Inanspruchnahme von Beratung und Austausch bei ungewohnten, neuen und überfordernden Situationen. Dies spiegeln die positiven Reaktionen auf das Angebot des Coachings von Führungskräften im Gesundheitswesen wider, welches die BGW während der Covid-19-Pandemie angeboten hat.

Die Nachfrage nach Behandlungsleistungen wird im Rahmen des steigenden Altersdurchschnitts der Bevölkerung deutlich zunehmen. Gleichzeitig geht das Angebot an ärztlicher Leistung aufgrund des Trends zur Teilzeitarbeit und sinkender Nachwuchszahlen zurück.

Im Folgenden sollen noch Trends angerissen werden, die Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Berufsgesundheit der angestellten Ärztinnen und Ärzte haben können und zu denen daher Forschungsbedarf besteht.

4.1 Mögliche Auswirkungen der Krankenhausreform

Die Covid-19-Pandemie sorgt im Sommer 2023 nur noch selten für Schlagzeilen. Sie ist eher als Rückblick ein Thema der öffentlichen Meinung. Somit stellt sich für die angestellten Ärztinnen und Ärzte die Frage, welche absehbaren großen Veränderungen auf sie und ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zukommen.

Hier dürfte die geplante Krankenhausreform des Bundesgesundheitsministers Prof. Karl Lauterbach eine wesentliche Rolle spielen. Zum Mai 2022 wurde entsprechend dem Koalitionsvertrag eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" eingesetzt. Sie soll Stellungnahmen vorlegen und Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung erarbeiten. Herauskommen soll nicht weniger als eine „notwendige Revolution", so der Bundesgesundheitsminister Lauterbach.[31] Bislang bekannte Elemente der Reform sind unter anderem:

- Vorhaltepauschalen statt Fallpauschalen
- Einführung von Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien

Insgesamt geht es um eine Überarbeitung des wesentlichen Finanzierungsinstruments, der sogenannten Fallpauschalen. Es zeichnet sich bereits ab, dass ein so weitgehender Reformvorschlag Auswirkungen auf die Struktur – also Zahl, Lage und Ausstattung der Krankenhäuser – hat, wenn er umgesetzt wird.

Bislang ist das Medienimage von Bundesgesundheitsminister Lauterbach beim Thema Gesundheitsreform und Qualität der Pflege nicht wesentlich schlechter oder besser als das seiner Amtsvorgänger in den letzten Jahren. Mediale Skandalisierung kann politische Prozesse erheblich beeinflussen, wie dies gerade im Frühjahr 2023 am Beispiel des Gebäudeenergie-Gesetzes sichtbar geworden ist. Ein derartiges Ausmaß an Kritik hat sich in den Medien bis zum Frühsommer 2023 noch nicht eingestellt.

Parallel zur Reformdiskussion zeigen sich Krankenhausleitungen allerdings besorgt, dass sie die aufgelaufenen Kostensteigerungen aufgrund von Energiepreiserhöhungen und Tariflohnsteigerungen nicht finanzieren können. Sie fordern von der Politik kurzfristige Unterstützung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) warnt vor einem „kalten Strukturwandel" mit „zahlreichen Insolvenzen und Krankenhausschließungen".[32]

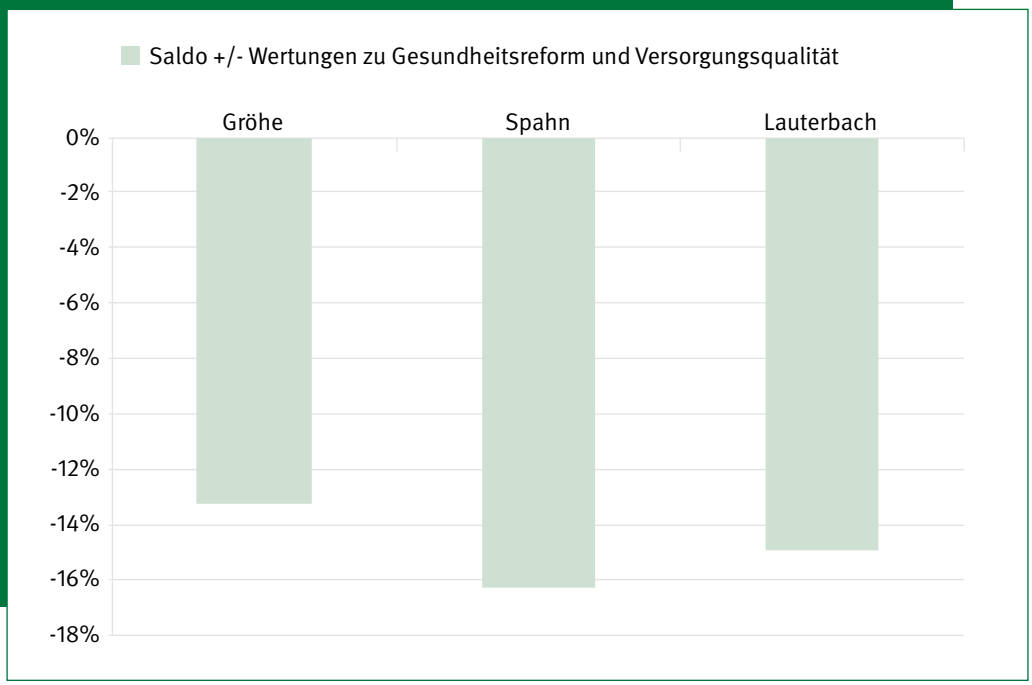
Die Effekte ökonomischer Unsicherheit (wie sie von der DKG für den Krankenhaussektor dargestellt wird) auf Gesundheit und Wohlbefinden von Beschäftigten sind nicht zu unterschätzen.

31) BMG (2023): Krankenhausreform. Informationen auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums (Stand 22.6.2023).

32) DKG (2023): Vorschläge des Bundes werden Krankenhausschließungen nicht verhindern. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pressemitteilung vom 22.5.2023.

Abbildung 41: Bewertung der Bundesgesundheitsminister in deutschen Leitmedien (Angaben in Prozent, 2013 bis 2023)

Quelle: Media Tenor International AG.



Basis: 2.754.603 Berichte über Protagonisten in ausgewählten TV-Abendnachrichten, DLF-Nachrichten, BILD und verschiedenen Wochenmedien; ausgewiesen ist der Saldo der positiven und negativen Wertungen zu den genannten Ministern in den Jahren ihrer Amtszeit mit Blick auf die Themen „Gesundheitsreform“ und „Qualität der medizinischen Versorgung“.

Nach Godinic und Obrenovi (2020, 61) ist „wirtschaftliche Unsicherheit eine Hochrisikoperiode für das allgemeine psychische Wohlbefinden von Einzelpersonen sowie deren Ehepartnern und Angehörigen“.[33)]

Angesichts der komplexen Planungs- und Verhandlungsprozesse im Rahmen der Krankenhausreform kann angenommen werden, dass die psychologische Belastung der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaussektor auf kurze Sicht eher zunimmt. Schließlich müssen sie sich auf Strukturveränderungen einstellen, die ihre gesamten Lebensumstände betreffen können. Doch sollte es nach erfolgreicher Gesetzgebung zu einer Umstellung auf Bereithaltungsfinanzierung kommen, würde mittelfristig potenziell ein wesentlicher Druckfaktor der letzten zwei Jahrzehnte in seiner Wirkung zurückgenommen. Das könnte eine Entlastung in der psychischen Berufsgesundheit bringen.

Die erweiterte Einführung von Qualitätskriterien könnte dagegen ebenfalls kurzfristig zu mehr Belastungen der Berufsgesundheit durch höheren Stress aufgrund von Dokumentations- und Planungsaufgaben führen. Es könnte aber mittelfristig ein positiver Effekt auf die Berufsgesundheit abstrahlen, wenn dadurch zum Beispiel die Sterblichkeitsraten im Krankenhaus gesenkt werden können. Diese sind im Vergleich mit anderen westlichen Ländern in Deutschland relativ hoch (Reinhart et al., 2021).

33) Übersetzung durch den Verfasser.

4.2 Mögliche Entwicklung in Praxen und MVZ

Praxen und MVZ betreffend, ist aktuell von vergleichbar großen politischen Reformen auf der Refinanzierungsseite nicht die Rede. Daher können hier lediglich allgemeine Hinweise auf Basis der vorhandenen Trends gegeben werden. Laut „PwC-Transaktionsmonitor Gesundheitswesen 2022/2023“ ist der Markt für Fusionen und Übernahmen mit 186 Transaktionen zuletzt stärker in Bewegung gewesen als in den Vorjahren. Als wesentlichen Treiber sieht die Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft dabei Zukäufe von Praxen durch MVZ-Ketten, die von „Finanzinvestoren und strategischen Investoren aus dem Ausland“ getätigt werden.[34] Für ihren vorherigen Bericht weist PwC noch 172 Transaktionen aus.

Insofern Finanzinvestoren und strategische Investoren aus dem Ausland hinter den Übernahmen von Praxen und dem Ausbau von MVZ stehen, ist von entsprechenden Renditeerwartungen auszugehen. Für die Beschäftigten in diesen Bereichen wäre entsprechend eine weiterhin oder zunehmend prägende Rolle von Renditeüberlegungen auf den Berufsalltag anzunehmen.

Gleichzeitig ist für wirtschaftlich orientierte Unternehmen typisch, dass Investitionen in kostensenkende Prozesse erfolgen (zum Beispiel bessere IT-Technologie und Software) und in Diagnose- und Therapiefelder, in denen Wachstum erwartet wird. Zudem kann das Betriebsmodell damit aufwarten, Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse entsprechend den Wünschen der Beschäftigten zu organisieren. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sieht allerdings die Gefahr, dass „ein Promi-Arzt seinen Namen für Dutzende Praxen hergibt, in denen junge Ärzte Hamsterradmedizin mit unnützen Behandlungen in schlechter Qualität betreiben, um absurde Profitziele zu erreichen“. Er will daher Einschränkungen. Sollte es dazu kommen, dass Finanzinvestoren der Zugang zur Übernahme ambulanter medizinischer Einrichtungen untersagt wird[35], ist unklar, wie sich die oben skizzierten Tendenzen weiter darstellen.

4.3 Telemedizin und künstliche Intelligenz

Neben den oben genannten Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Beschäftigung und der Berufsgesundheit im Bereich angestellter Ärztinnen und Ärzte, die regulatorischer Natur sind, gibt es andere Faktoren, die eher technologiegetrieben sind. Ein Thema, welches bereits seit Jahren öffentlich häufig diskutiert wird, ist Telemedizin.

34) PwC (2023). Transaktionen im Gesundheitswesen: Investoren greifen bei Arztpraxen zu, bevor Regulierung greift. PwC Deutschland, 2.5.2023.

35) Vgl. z. B. MDR vom 26.12.2022: Lauterbach will Aufkauf von Arztpraxen durch Investoren stoppen.

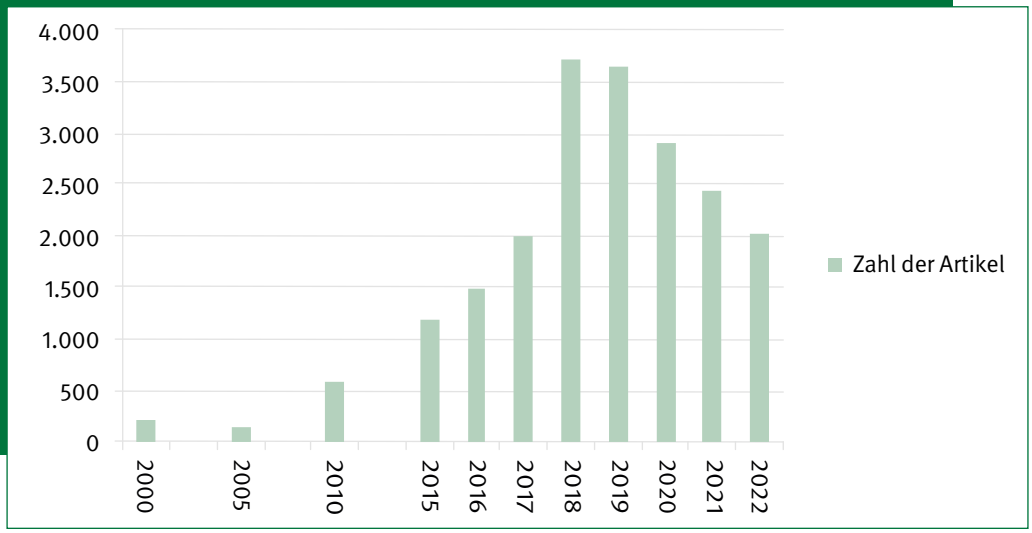
Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt bis heute noch keine Zahlen dazu heraus. Insofern ist statistisch nicht nachvollziehbar, welche Rolle Telemedizin tatsächlich in der Versorgung spielt. Zumeist wird unter Telemedizin verstanden, dass Leistungen im Gesundheitswesen in räumlichem und zeitlichem Abstand über Medien wie Telefon, soziale Medien oder Video erbracht werden. Eine Fundstellensuche in der Presse-Datenbank Genios zeigt, dass die Präsenz des Begriffs Telemedizin bis zum Jahr 2018 stark zugenommen hat, seither aber wieder rückläufig ist. Dies ist nicht unbedingt als Indikator für die tatsächliche Menge an erbrachten Gesundheitsleistungen via Telemedizin zu verstehen. Für die Medien spielt der Faktor „Neuigkeit“ oft eine größere Rolle als der Faktor „Repräsentanz“.

Ein Innovationsprojekt an der Berliner Charité zeigt das Potenzial telemedizinischer Lösungen beispielhaft auf.[36] Demnach werden 2,1 Millionen Menschen in Deutschland jährlich intensivmedizinisch behandelt. Für das Projekt ERIC (Enhance Recovery after Intensive Care) wurde eine E-Health-Plattform aufgebaut, an der 15 Intensivstationen in einem telemedizinischen Zentrum gebündelt wurden. Über die Plattform konnte die Charité das jeweils neueste Wissen zur intensivmedizinischen Behandlung von Covid-19 zeitnah in der Metropolregion Berlin/Brandenburg verfügbar machen. Die systematische Auswertung zeigte, „dass die telemedizinischen Visiten an den beteiligten Intensivstationen erfolgreich durchgeführt werden konnten“.

Der Innovationsausschuss empfiehlt das Projekt in der Regelversorgung zu überführen. Die Gesundheitsministerien der Länder werden gebeten zu prüfen, „ob in ihrem Bundesland telemedizinische Visiten auf Intensivstationen etabliert werden sollten“.

Abbildung 42: Medienpräsenz des Themas Telemedizin (2000 bis 2022)

Quelle: Genios-Datenbank.



Fundstellenabfrage „Telemedizin“. Treffer pro Jahr. Datenbank „Presse Deutschland“.

36) Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Pressemitteilung vom 24.1.2022.

Sofern Telemedizin sich in Deutschland in den kommenden Jahren stark ausweitet, dürften sich die Arbeitsverhältnisse von angestellten Ärztinnen und Ärzten verändern. Denn wie bei anderen Berufen auch würde die Erbringung der Leistung – hier die medizinische Beratung – in Zukunft weniger an den Arbeitsort Krankenhaus und die dort entsprechend festgelegten Zeiten gebunden werden.

Ein weiteres Thema, welches öffentlich intensiv diskutiert wird, ist künstliche Intelligenz (KI). Das Europäische Parlament definiert KI als „die Fähigkeit einer Maschine, menschliche Fähigkeiten wie logisches Denken, Lernen, Planen und Kreativität zu imitieren".[37] Mit Blick auf die Berufsgesundheit interessieren beim Thema KI direkt zwei Fragen: „In welchem Umfang führt der Einsatz von KI zur Substituierung von Menschen (Fachkräften) durch Maschinen?" und „In welchem Bereich bringt KI potenziell eine Entlastung, in welchem Bereich möglicherweise eine zusätzliche Belastung durch zum Beispiel eine weitere Verdichtung der verbleibenden Arbeit?".

Zur ersten Frage hat das Forschungsinstitut der Nürnberger Bundesagentur für Arbeit, IAB, eine Analyse der Entwicklung nach Berufsfeldern verbunden mit einer Projektion der Substituierbarkeitspotenziale erstellt.[38] Insgesamt wird für die medizinischen und nicht medizinischen Gesundheitsberufe dort für das Jahr 2019 ein Substituierungspotenzial von 23,4 Prozent angegeben. Das liegt deutlich unter dem Durchschnitt der übrigen Berufsgruppen. Insofern gehen die Fachleute hier offenbar nicht davon aus, dass es kurz- bis mittelfristig zu einem starken Wegfall von Arbeitsplätzen im medizinischen Bereich aufgrund von KI kommt. Dennoch ist davon auszugehen, dass KI einen starken Einfluss auf das „Tagesgeschäft" haben wird.[39] Welzel (2022) nennt am Beispiel der Dermatologie sieben Aspekte für Clinical Decision Support Systems, also klinische Entscheidungsunterstützungssysteme:

- Sie dienen der Unterstützung ärztlicher Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie.
- Sie greifen auf große Datenmengen mithilfe von KI zurück.
- Sie sollen Entscheidungsprozesse optimieren und Patientensicherheit verbessern.
- Sie können nur Lösungen vorschlagen, nicht aber Entscheidungen übernehmen.
- Sie können helfen, Ressourcen einzusparen.
- Sie ermöglichen den Übergang von einer evidenzbasierten Medizin hin zu einer Präzisionsmedizin.
- Sie werden die Ärztinnen und Ärzte nicht ersetzen, sondern deren Arbeit erleichtern.

Einige Aspekte von Welzel dürften relativ unumstritten sein, in anderen Bereichen gibt es Kontroversen. KI-Optimisten dürften tatsächlich den Ersatz von Ärztinnen und Ärzten in ihren Entwicklungen als Ziel anstreben. Im Hinblick auf die Berufsgesundheit angestellter Ärztinnen und Ärzte lassen sich die Auswirkungen des vermehrten Einsatzes von KI derzeit noch nicht valide einschätzen.

37) Europäisches Parlament (2020): Was ist künstliche Intelligenz und wie wird sie genutzt? Brüssel, REF: 20200827STO85804.

38) Dengler, K., & Matthes, B. (2021). Folgen des technologischen Wandels für den Arbeitsmarkt: Auch komplexere Tätigkeiten könnten zunehmend automatisiert werden (No. 13/2021). IAB-Kurzbericht.

39) Welzel, J. (2022). Werden ärztliche Entscheidungen in Zukunft von der künstlichen Intelligenz übernommen? Die Dermatologie, 73(8), 656-658.

Bünte (2022) rechnet zudem damit, dass sich das Gesundheitswesen in Europa durch den Einsatz von KI von einem „eher reaktiven Krankensystem“ hin zu einem „mehr proaktiven Gesundheitssystem“ verändern wird.

4.4 Demografie

Der demografische Wandel in Deutschland führt zu einer wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen. Nach Schätzungen der Unternehmensberatung Deloitte[40] wird die Zahl der Krankenhausbehandlungen in der Altersgruppe 80+ Jahre von 3,24 Millionen pro Jahr auf 5,03 Millionen im Jahr 2030 ansteigen. Für die Altersgruppe 60 bis 80 Jahre geht sie von einem Anstieg von 6,81 Millionen auf 8,3 Millionen aus. Die Nachfrage nach Behandlungsleistungen wird im Rahmen des steigenden Altersdurchschnitts der Bevölkerung also deutlich zunehmen. Gleichzeitig geht das Angebot an ärztlicher Leistung aufgrund des Trends zur Teilzeitarbeit und sinkender Nachwuchszahlen zurück. Unbeachtet der möglichen Finanzierung einer steigenden Nachfrage nach Krankenhausbehandlungen führt die Schere von Angebot und Nachfrage vermutlich zu einer weiter steigenden Verdichtung. Ohne deutliche Verbesserungen durch den Einsatz neuer Techniken, Zuwanderung von Fachkräften und Mittel zur Effizienzverbesserung lässt der demografische Wandel eine steigende Belastung für angestellte Ärztinnen und Ärzte erwarten.

4.5 Resilienz und Lehren aus der Pandemie

Eine Stichwort-Abfrage nach wissenschaftlichen Publikationen mit den Stichworten „Resilienz“ und „Ärzte“ führt auf der Plattform Google-Scholar zu rund 12.600 Treffern.[41] Im Zuge der Diskussion um Burnout bei Beschäftigten im Gesundheitswesen – auch bei Ärztinnen und Ärzten – stellt sich die Frage, wie mehr Widerstandskraft aufgebaut werden kann und ob es hierzu Lehren aus der Covid-19-Pandemie gibt. Die Ursachen für wachsende psychische Belastungen im Arztberuf sind gut erforscht (vgl. z. B. Zwack et al., 2011) und sind zum Teil struktureller Natur: Dokumentationspflichten, steigende Fallzahlen, immer neue Abrechnungs- und Klassifizierungssysteme, hierarchischer Druck, Personalknappheit und Budgetdeckelung zählen dazu (Zwack 2015, 15). Auf individueller Ebene setzt sich Resilienz („seelische Elastizität“) aus einer Reihe von Faktoren zusammen, zum Beispiel einer starken physischen Konstitution, einem ausgeglichenen Temperament, sozialer Intelligenz, einer stabilen Emotionsregulation und effizienter Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeit. Hinzu kommen äußere Ressourcen wie ein gutes soziales Umfeld und (materielle/professionelle) Wertschätzung (ebd., 16). Eine Förderung der Resilienz braucht die Auseinandersetzung mit der Frage, wie angestellte Ärztinnen und Ärzte Bewältigungsstrategien finden, die die Wahrscheinlichkeit des Ge- und Missbrauchs von Suchtmitteln reduzieren.

Eine wichtige Lehre aus der Covid-19-Pandemie ist das Angebot und die Inanspruchnahme von Beratung und Austausch bei ungewohnten, neuen und überfordernden Situationen. Dies spiegeln die positiven Reaktionen auf das Angebot des Coachings von Führungskräften im Gesundheitswesen wider, welches die BGW während der Covid-19-Pandemie angeboten hat.

40) Statista (2015): Entwicklung der Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern nach Altersgruppen in den Jahren von 2015 bis 2030. Online-Veröffentlichung.

41) Abfrage am 27.6.2023.

Im Abschnitt 4.3 wurde auf die positiven Erfahrungen der Berliner Charité mit dem Aufbau einer digitalen Plattform zur Erfahrungsweitergabe aufmerksam gemacht. Die Interviews mit Führungskräften aus der Pflege haben gezeigt, dass transparente interne Information vor allem in Krisen wichtig ist. Eine Führungskraft berichtete dabei von den guten Erfahrungen mit einem Blog, in dem eine Führungskraft kontinuierlich über alle Covid-19-relevanten Informationen für das Haus informiert habe. Das betraf auch den Bestand an Schutzkleidung und die Benennung von Schwierigkeiten.[42)]

Zur Stärkung der organisatorischen Resilienz gehört auch, dass Führungskräfte in der Lage sind, Kooperationsbeziehungen herzustellen und am Laufen zu halten sowie Grundsatzdebatten bis hin zu Verschwörungstheorien nicht das Feld zu überlassen. Zur Stärkung der Resilienz gehören weiter das Wissen um die Macht der öffentlichen Meinung und der Umgang mit derselben. Untersuchungen von Media Tenor International haben gezeigt, dass die Sorge der Bevölkerung über die Pandemie vor allem mit der Menge an Berichterstattung über Covid-19 im Vormonat korrelierte und nicht mit dem tatsächlichen Infektionsgeschehen.

BGW-Podcast „Herzschlag – Für ein gesundes Berufsleben“
Inspirierende Menschen im Berufsalltag

In Folge 67 der BGW-Podcast-Reihe befragt Moderator Ralf Podszus Dr. Cornelius Weiß, Gründer des Bündnisses junger Internisten, was sich für Assistenzärztinnen und -ärzte unbedingt ändern muss und warum für ihn berufspolitisches Engagement so wichtig ist.

www.bgw-online.de/podcast67

42) BGW (2022). Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz. Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege. Hamburg, BGW, S. 71.

5 Anhang

5.1 Kurzcharakterisierung wichtiger zitierter Umfrage-Quellen

MLP Gesundheitsreport

Repräsentative Studie durch das Institut für Demoskopie Allensbach zum deutschen Gesundheitssystem. Bevölkerungsbefragung mittels Face-to-Face-Interviews. Stichprobe rund 1.100 Befragte, repräsentativ für die Bevölkerung ab 16 Jahre. Befragung mittels telefonischer Befragung. Stichprobe rund 400 Ärztinnen und Ärzte, repräsentativ für die als Ärztin/Arzt tätigen Medizinerinnen und Mediziner in Deutschland, Zuordnung zum ambulanten und stationären Bereich möglich.

Beginn der Untersuchungen: 2006. Letzte Veröffentlichung: 2022.

Auftraggeber: MLP Finanzberatung; MLP SE, Wiesloch/Heidelberg.

https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2022/report/mlp-gesundheitsreport-2022.pdf, abgerufen am 25.5.2023.

Infas Ärztemonitor

Zwischen 2012 und 2018 wurden alle zwei Jahre rund 11.000 zufällig ausgewählte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen durch Infas befragt. Die Befragung erfolgte mittels telefonischer Interviews.

Beginn der Untersuchungen: 2012. Letzte Veröffentlichung: 2018.

Auftraggeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und NAV-Virchow-Bund. https://www.infas.de/studien/der-aerztemonitor/

https://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php, abgerufen am 25.5.2023.

Marburger Bund-Monitor

Mitgliederbefragung innerhalb des Verbands der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. Marburger Bund durch das Institut für Qualitätsmessung und Evaluation IQME. Online-Erhebung seit 2010 in unterschiedlichen Abständen.

Beginn der Untersuchungen: 2010. Letzte Veröffentlichung: 2022.

Auftraggeber: Marburger Bund.

https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie, abgerufen am 25.5.2023.

SOEP – Sozio-oekonomisches Panel
Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist die größte und am längsten laufende multidisziplinäre Langzeitstudie in Deutschland. Sie ist am DIW Berlin angesiedelt und Teil der Forschungsinfrastruktur in Deutschland unter dem Dach der Leibniz-Gemeinschaft. Jährliche Befragung von rund 30.000 Personen in etwa 15.000 Haushalten.

Beginn der Untersuchungen: 1984; letzte verfügbare Daten: 2020. Basisdaten zur Befragung der angestellten Ärztinnen und Ärzte:

Angest. Ärzte	2013	164
Angest. Ärzte	2014	137
Angest. Ärzte	2015	148
Angest. Ärzte	2016	141
Angest. Ärzte	2017	145
Angest. Ärzte	2018	124
Angest. Ärzte	2019	128
Angest. Ärzte	2020	128

https://www.diw.de/de/diw_01.c.412809.de/sozio-oekonomisches_panel__soep.html, abgerufen am 22.6.2023.

5.2 Literaturverzeichnis

Augurzky, B., Krolop, S., Hollenbach, J., Monsees, D., Pilny, A., Schmidt, C. M. & Wuckel, C. (2022). Krankenhaus Rating Report 2022: Vom Krankenhaus zum Geisterhaus? Heidelberg, medhochzwei Verlag

Baars, C. & Roesner, B. (2023). Gewinn für Investoren, Risiko für Patienten. ARD Tagesschau Online, 16.5.2023. https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/arztpraxen-private-investoren-100.html, abgerufen am 25.5.2023

Badura, B. (2021). Prävention schützt die Bevölkerung und stützt die Wirtschaft. Fehlzeiten-Report 2021: Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie. Berlin, Springer

Bauer, A., Grienberger, K., Matthes, B., Jucknewitz, R. & Schramm, A. (2021): Berufe und Covid-19-Pandemie: Wie hoch ist das berufsspezifische Ansteckungsrisiko? In: IAB-Forum, 21.9.2021. https://www.iab-forum.de/berufe-und-covid-19-pandemie-wie-hoch-ist-das-berufsspezifische-ansteckungsrisiko/, abgerufen am 27.6.2023

Becker, N. (2014). Gesundheitsverhalten bei Klinikärzten: Eine quantitative Analyse auf Basis von Individualdaten 2013. Hamburg, Diplomica Verlag

Berdud, M., Cabasés, J. M. & Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in healthcare. Gaceta sanitaria, 30(6), 408–414. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.013, abgerufen am 3.7.2023

Bertelsmann Stiftung (2023). Bevölkerungsbefragung: Grundlegende Reformen im Gesundheitswesen notwendig. Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/BST-HTH_Befragung_Gesundheit_Factsheet.pdf, abgerufen am 22.6.2023

Beschoner, P., Limbrecht-Ecklundt, K. & Jerg-Bretzke, L. (2019). Psychische Gesundheit von Ärzten: Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes. Der Nervenarzt, 90(9), 961

BGW (2022). BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege. Branchenmonitoring der BGW und der DRV Bund. Hamburg, BGW

BGW (2022). Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz. Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege. Hamburg, BGW

Bohigian, G. M., Croughan, J. L. & Sanders, K. (1994). Substance abuse and dependence in physicians: an overview of the effects of alcohol and drug abuse. Missouri Medicine, 91(5), 233–239

Bundesministerium für Gesundheit (2022). Daten des Gesundheitswesens (2022). Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/230223_BMG_DdGW_2022.pdf, abgerufen am 24.5.2023

Bundesministerium für Gesundheit (2023). Lauterbach: „Ein guter Tag für die deutschen Krankenhäuser“. Stellungnahme auf der Website vom 1.6.2023. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/lauterbach-ein-guter-tag-fuer-die-deutschen-krankenhaeuser.html, abgerufen am 22.6.2023

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Krankenhausreform. Informationen auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums (Stand 22.6.2023). Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html, abgerufen am 22.6.2023

Bundesministerium für Gesundheit (ohne Jahresangabe). Medizinische Versorgungszentren. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html, abgerufen am 25.5.2023

Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2022). Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Daten 2021. https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-2021.html, abgerufen am 9.2.2023

Bundeszahnärztekammer & Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2023). Daten & Fakten 2023. Berlin. https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df23/Daten_Fakten_2023.pdf, abgerufen am 24.5.2023

Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (2022). Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2021. Berlin. https://www.aerztekammern-schlichten.de/statistik, abgerufen am 16.7.2023

Bundesärztekammer (9.1.2023): Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier_BAEK_Regelungsbedarf_MVZ_2023_01_09.pdf, abgerufen am 5.7.2023

Bünte, C. (2022). Künstliche Intelligenz – Ein Überblick über die aktuelle und zukünftige Bedeutung von KI in der Wirtschaft und im Gesundheitswesen in Europa. In: Pfannstiel, Mario A. (Hrsg.). Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen: Entwicklungen, Beispiele und Perspektiven. Wiesbaden, Springer, 81–100

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., Bradley, K. A. & Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP) (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Archives of Internal Medicine, 158(16), 1789–1795

Chi, C. G. & Gursoy, D. (2009). Employee satisfaction, customer satisfaction, and financial performance: An empirical examination. International Journal of Hospitality Management, 28(2), 245–253

Dengler, K. & Matthes, B. (2021). Folgen des technologischen Wandels für den Arbeitsmarkt: Auch komplexere Tätigkeiten könnten zunehmend automatisiert werden. IAB-Kurzbericht No. 13/2021

Destatis (2020). Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. – 2020. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207004.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 25.5.2023

Destatis (2021). Corona-Pandemie führt zu deutlich weniger Behandlungsfällen: Fast 2,5 Millionen weniger Krankenhausbehandlungen und gut 690.000 weniger Operationen als im Vorjahr. Pressemitteilung Nr. 445 vom 22.9.2021. Berlin. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_445_231.html, abgerufen am 4.7.2023

DKG (2023): Vorschläge des Bundes werden Krankenhausschließungen nicht verhindern. Pressemitteilung vom 22.5.2023. Berlin. https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/vorschlaege-des-bundes-werden-krankenhausschliessungen-nicht-verhindern/, abgerufen am 22.6.2023

Dunkelberg, S. et al. (2005). Substanzgebrauch bei jungen Ärzten und Ärztinnen. Hamburger Ärzteblatt, 512–515

Europäisches Parlament (2020). Was ist künstliche Intelligenz und wie wird sie genutzt? Brüssel, REF: 20200827STO85804. https://www.europarl.europa.eu/news/de/headlines/society/20200827STO85804/was-ist-kunstliche-intelligenz-und-wie-wird-sie-genutzt, abgerufen am 26.6.2023

Gambaro, L., Spieß, C. K. & Westermaier, F. (2021). Erzieherinnen empfinden vielfache Belastungen und wenig Anerkennung. DIW Wochenbericht, 88(19), 324–332

Godinić, D. & Obrenovic, B. (2020). Effects of Economic Uncertainty on Mental Health in the COVID-19 Pandemic Context: Social Identity Disturbance, Job Uncertainty and Psychological Well-Being Model. International Journal of Innovation and Economic Development, 6(1), 61–74

Gunkel, C. (9.1.2009). Burnout am OP-Tisch. „Als Chirurg muss man eben saufen". Frankfurter Allgemeine Zeitung Online. https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/burnout-am-op-tisch-als-chirurg-muss-man-eben-saufen-1751063.html#void, abgerufen am 30.6.2023

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (2022). Innovationsausschuss empfiehlt für zwei Digitalprojekte Überführung in die Regelversorgung. Pressemitteilung vom 24.1.2022. Berlin. https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1018/, abgerufen am 26.6.2023

Institut für Demoskopie Allensbach (2013). Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer – Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. Allensbach, IfD. https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/PD_2013_05.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). Infas Ärztemonitor 2018. Berlin. https://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor-2018_LANG.pdf, abgerufen am 24.5.2023

Kienle, G. S. (2008). Evidenzbasierte Medizin und ärztliche Therapiefreiheit: Vom Durchschnitt zum Individuum. Deutsches Ärzteblatt, 105(25), A1381, B1193, C1161. https://www.aerzteblatt.de/archiv/60581/Evidenzbasierte-Medizin-und-aerztliche-Therapiefreiheit-Vom-Durchschnitt-zum-Individuum, abgerufen am 11.5.2023

Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. & Wasem, J. (Hrsg.) (2014). Krankenhaus-Report 2014: Schwerpunkt: Patientensicherheit. Stuttgart, Schattauer Verlag

Köcher, R. & Schroeder-Wildberg, U. (2008). MLP Gesundheitsreport 2008. MLP. https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2008/praesentation-zur-pm-gesundheitsreport-2008.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Köcher, R. & Schroeder-Wildberg, U. (2013). MLP Gesundheitsreport 2012–2013. Wiesloch, MLP. https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2012-2013/praesentation-zur-pm-gesundheitsreport-2013-2012.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Köcher, R. & Schroeder-Wildberg, U. (2014). MLP Gesundheitsreport 2014. Wiesloch, MLP. https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2014/praesentation-gesundheitsreport-2014.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Köcher, R. & Schroeder-Wildberg, U. (2016). MLP Gesundheitsreport 2016. Wiesloch, MLP. https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2016/mlp-gesundheitsreport-2016-pk-praesentation-final.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Köcher, R. & Schroeder-Wildberg, U. (2019). MLP Gesundheitsreport 2019. Wiesloch, MLP. https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2019/report/mlp-gesundheitsreport-2019.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Köcher, R. & Schroeder-Wildberg, U. (2022). MLP Gesundheitsreport 2022. Wiesloch, MLP. https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2022/report/mlp-gesundheitsreport-2022.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Kumar, M. (2021). Nursing as a profession beyond tropes of the image among public, media, and the identity crisis: a discussion paper. International Journal of Science and Healthcare Research, 6(2), 53–57

Marburger Bund (2010). Mitgliederbefragung MB-Monitor. Die tarifpolitischen Erfolge des Marburger Bundes haben gefruchtet. Berlin. http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/mitgliederbefragung-2010-gesamtauswertung.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Marburger Bund (2013). Mitgliederbefragung MB-Monitor. Ärzte fühlen sich durch überlange Arbeitszeiten gesundheitlich beeinträchtigt. Berlin. http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/3.gesamtauswertung-mb-monitor-2013-1-08032013-pk.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Marburger Bund (2014). Mitgliederbefragung MB-Monitor. Mehrheit der jungen Ärztinnen und Ärzte will im Krankenhaus bleiben. Berlin. http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2021-08/Gesamtauswertung%20-%20MB-Monitor%202014.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Marburger Bund (2015). Mitgliederbefragung MB-Monitor. Klinikärzte klagen über hohen Zeitdruck. Berlin, Marburger Bund. http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/gesamtauswertung-mb-monitor-2015-pk.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Marburger Bund (2017). Mitgliederbefragung MB-Monitor. Zu wenig Zeit für Patienten, zu viel Arbeit mit Bürokratie. Berlin, Marburger Bund. http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/gesamtauswertung-mb-monitor-2017-presse-pk-website.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Marburger Bund (2019). Mitgliederbefragung MB-Monitor. Überlastung führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Berlin. http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2020-01/Gesamtauswertung%20-%20MB-Monitor%202019-presse.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Marburger Bund (2022). Mitgliederbefragung MB-Monitor. Zu wenig Personal, zu viel Bürokratie, unzulängliche Digitalisierung. Berlin. http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/5%20-%20Gesamtauswertung%20MB-Monitor%202022%20-%20IQME_1.pdf, abgerufen am 25.5.2023

Marckmann, G. (2021). Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. Ethik in der Medizin, 33(2), 189–201

Marschall, J., Hildebrandt-Heene, S. & Nolting, H. D. (2019). Gesundheitsreport 2019: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Alte und neue Süchte im Betrieb. Heidelberg, medhochzwei Verlag

MDR Aktuell (2022). Medizinische Versorgungszentren. Lauterbach will Aufkauf von Arztpraxen durch Investoren stoppen. https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/politik/lauterbach-arztpraxen-investoren-gesetz-100.html, abgerufen am 22.6.2023

OECD/European Union (2022). Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/507433b0-en/1/3/2/4/1/index.html?itemId=/content/publication/507433b0-en&_csp_=69a1197833db420974a2940c01518500&itemIGO=oecd&itemContentType=book, abgerufen am 27.6.2023

Pförringer, D., Mayer, R., Meisinger, C., Freuer, D. & Eyer, F. (2018). Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians – results of an online survey. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 13(1), 1–13

Pilny, A. & Rösel, F. (2021). Personalfluktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., & Mostert, C. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Berlin, Springer, 267–275

Pobuda, L. (2023). Arzt Gehalt – Wie viel verdienen Ärzte? Hannover, Approbatio Ärztevermittlung. https://approbatio.de/arzt-gehalt/, abgerufen am 25.5.2023

PwC (2023). Transaktionen im Gesundheitswesen: Investoren greifen bei Arztpraxen zu, bevor Regulierung greift. PwC Deutschland, 2.5.2023. https://www.pwc.de/de/pressemitteilungen/2023/transaktionen-im-gesundheitswesen-investoren-greifen-bei-arztpraxen-zu-bevor-regulierung-greift.html, abgerufen am 22.6.2023

Raspe, M., Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Bitzinger, D., Gaiser, U., ... & Nienhaus, A. (2020). Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 63(1), 113–121

Rosta, J. (2008). Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. Alcohol & Alcoholism, 43(2), 198–203

Reinhart, K., von Butler, A. & Graf, J. (2021). Strategien zur Überwindung der Struktur- und Qualitätsmängel im deutschen Gesundheitswesen. Berlin, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. Denkanstöße aus der Akademie, 5, Juli 2021, 143–152

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl. Bern, Verlag Hans Huber

Siegrist, J. (2015). Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München, Urban & Fischer Verlag

Statista (2015): Entwicklung der Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern nach Altersgruppen in den Jahren von 2015 bis 2030. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/472117/umfrage/entwicklung-der-fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-nach-altersgruppen/, abgerufen am 26.6.2023

Steinhäuser, J., Weidringer, J. W. & Schneider, D. (2015). Wiedereinstiegsseminare: Die stille Reserve schöpfen. Deutsches Ärzteblatt, 112, A1466

Wasner, A. (2021). Zahl der MVZ in Private-Equity-Besitz auch 2020 gestiegen. Medical Tribune Wiesbaden, MedTriX, 23.2.2021. https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/zahl-der-mvz-in-private-equity-besitz-auch-2020-gestiegen, abgerufen am 25.5.2023

Welzel, J. (2022). Werden ärztliche Entscheidungen in Zukunft von der künstlichen Intelligenz übernommen? Die Dermatologie, 73(8), 656–658

Zwack, J., Abel, C. & Schweitzer, J. (2011). Resilienz im Arztberuf – salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. PPmP – Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 61(12), 495–502

Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg
Tel.: +49 40 20207-0
Fax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Diese Übersicht wird bei jedem Nachdruck aktualisiert. Sollte es kurzfristige Änderungen geben, finden Sie diese hier:

www.bgw-online.de/kontakt

Berlin · Spichernstraße 2–3 · 10777 Berlin

Bezirksstelle	Tel.: +49 30 89685-3701	Fax: -3799
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 30 89685-0	Fax: -3625
schu.ber.z*	Tel.: +49 30 89685-3696	Fax: -3624

Bochum · Universitätsstraße 78 · 44789 Bochum

Bezirksstelle	Tel.: +49 234 3078-6401	Fax: -6419
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6249
schu.ber.z*	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6379
studio78	Tel.: +49 234 3078-6478	Fax: -6399

Bochum · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44789 Bochum

campus29	Tel.: +49 234 3078-6333	Fax: –

Delmenhorst · Fischstraße 31 · 27749 Delmenhorst

Bezirksstelle	Tel.: +49 4221 913-4241	Fax: -4239
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 4221 913-0	Fax: -4225
schu.ber.z*	Tel.: +49 4221 913-4160	Fax: -4233

Dresden · Gret-Palucca-Straße 1 a · 01069 Dresden

Bezirksverwaltung	Tel.: +49 351 8647-0	Fax: -5625
schu.ber.z*	Tel.: +49 351 8647-5701	Fax: -5711
Bezirksstelle	Tel.: +49 351 8647-5771	Fax: -5777
	Königsbrücker Landstraße 2 b · Haus 2	
	01109 Dresden	
BGW Akademie	Tel.: +49 351 28889-6110	Fax: -6140
	Königsbrücker Landstraße 4 b · Haus 8	
	01109 Dresden	

Hamburg · Schäferkampsallee 24 · 20357 Hamburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 40 4125-2901	Fax: -2997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 40 4125-0	Fax: -2999
schu.ber.z*	Tel.: +49 40 7306-3461	Fax: -3403
	Bergedorfer Straße 10 · 21033 Hamburg	
BGW Akademie	Tel.: +49 40 20207-2890	Fax: -2895
	Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg	

Hannover · Anderter Straße 137 · 30559 Hannover

Außenstelle von Magdeburg		
Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7930	Fax: -7939

Karlsruhe · Philipp-Reis-Straße 3 · 76137 Karlsruhe

Bezirksstelle	Tel.: +49 721 9720-5555	Fax: -5576
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 721 9720-0	Fax: -5573
schu.ber.z*	Tel.: +49 721 9720-5527	Fax: -5577

Köln · Bonner Straße 337 · 50968 Köln

Bezirksstelle	Tel.: +49 221 3772-5356	Fax: -5359
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 221 3772-0	Fax: -5101
schu.ber.z*	Tel.: +49 221 3772-5300	Fax: -5115

Magdeburg · Keplerstraße 12 · 39104 Magdeburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7920	Fax: -7922
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 391 6090-5	Fax: -7825

Mainz · Göttelmannstraße 3 · 55130 Mainz

Bezirksstelle	Tel.: +49 6131 808-3902	Fax: -3997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 6131 808-0	Fax: -3998
schu.ber.z*	Tel.: +49 6131 808-3977	Fax: -3992

München · Helmholtzstraße 2 · 80636 München

Bezirksstelle	Tel.: +49 89 35096-4600	Fax: -4628
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 89 35096-0	Fax: -4686
schu.ber.z*	Tel.: +49 89 35096-0	

Würzburg · Röntgenring 2 · 97070 Würzburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 931 3575-5951	Fax: -5924
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 931 3575-0	Fax: -5825
schu.ber.z*	Tel.: +49 931 3575-5855	Fax: -5994

*schu.ber.z = Schulungs- und Beratungszentrum

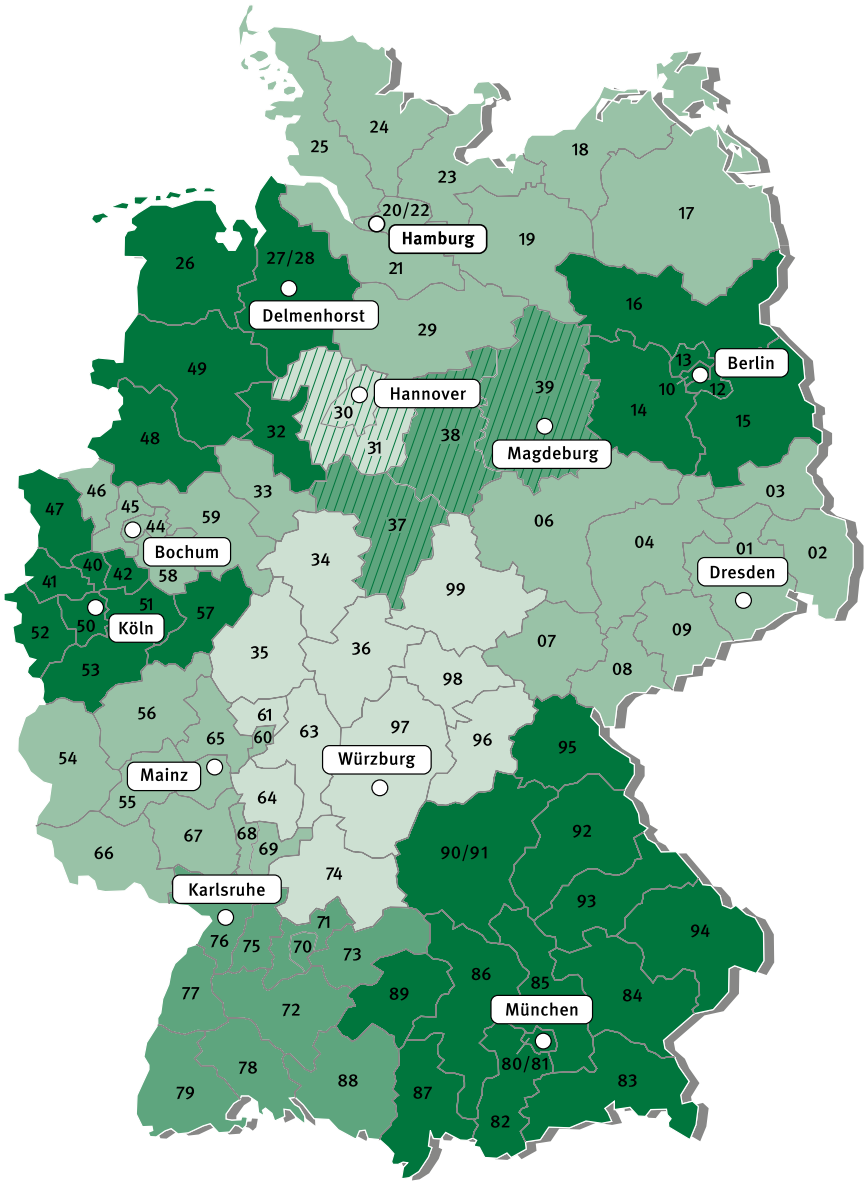
So finden Sie Ihr zuständiges Kundenzentrum

Auf der Karte sind die Städte verzeichnet, in denen die BGW mit einem Standort vertreten ist. Die farbliche Kennung zeigt, für welche Region ein Standort zuständig ist.

Jede Region ist in Bezirke unterteilt, deren Nummer den ersten beiden Ziffern der dazugehörenden Postleitzahl entspricht.

Ein Vergleich mit Ihrer eigenen Postleitzahl zeigt, welches Kundenzentrum der BGW für Sie zuständig ist.

Auskünfte zur Prävention erhalten Sie bei der Bezirksstelle, Fragen zu Rehabilitation und Entschädigung beantwortet die Bezirksverwaltung Ihres Kundenzentrums.



Beratung und Angebote

Versicherungs- und Beitragsfragen

Tel.: +49 40 20207-1190
E-Mail: beitraege-versicherungen@bgw-online.de

Unsere Servicezeiten finden Sie unter:

www.bgw-online.de/beitraege

BGW-Medien

Tel.: +49 40 20207-4846
E-Mail: medienangebote@bgw-online.de
Das umfangreiche Angebot finden Sie online in unserem Medien-Center.

www.bgw-online.de/medien

BGW · 07/2023

BGW · Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg

BGW