

Die ambulante ärztliche Profession – ein Beruf im Wandel

von Klaus Jacobs¹ und Caroline Kip²

ABSTRACT

Während der Frauenanteil in nichtakademischen Gesundheitsberufen traditionell hoch ist, sind Frauen seit einigen Jahren auch bei den akademischen Gesundheitsberufen auf dem Vormarsch. Der Fokus dieses Beitrags richtet sich auf die Profession der Ärzte, auch vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion eines angeblich wachsenden Ärztemangels. Nicht nur die „Feminisierung“ des Arztberufs erfordert veränderte, vor allem flexiblere Berufs- und Arbeitsbedingungen, auch die männlichen Kollegen fordern zunehmend eine verbesserte „Work-Life-Balance“. Medizinische Versorgungszentren und die jüngsten gesetzlichen Maßnahmen im Vertragsarztrecht kommen diesen Anforderungen entgegen. Die dadurch ausgelösten Strukturveränderungen bieten darüber hinaus ein erhebliches Potenzial, einerseits, um die Produktivität und Qualität der ärztlichen Versorgung zu steigern, aber andererseits auch, um Kooperationen zu fördern – sei es unter Ärzten, innerhalb einer Praxis oder in Form der Delegation arztfremder Tätigkeiten an nichtärztliches Personal. Einem bloßen Ruf nach immer mehr Ärzten sind diese Entwicklungen sicherlich überlegen.

Schlüsselwörter: Feminisierung, nichtakademische Gesundheitsberufe, Work-Life-Balance, ambulante Versorgung, Arztzahlen, Medizinische Versorgungszentren

While the proportion of women in non-academic health professions is traditionally high, more and more women have been working in academic health professions in recent years. This paper focuses on the medical profession against the background of the public discussion of an allegedly growing shortage of doctors. The "feminization" of medicine calls for changes, especially flexible working conditions. However, not only female doctors, but their male counterparts as well increasingly demand a better work-life-balance. The establishment of medical service centers and recent legislative actions concerning SHI physicians are steps in the required direction. The corresponding structural changes offer significant potential to increase the productivity and quality of medical care. Moreover, they might promote cooperation – be it among physicians sharing a practice or in the form of delegating non-medical activities to paramedical staff. These developments are certainly superior to a mere demand for more doctors.

Keywords: feminization, non-academic health professions, work-life-balance, outpatient care, number of physicians, medical service centers

1 Einleitung

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nimmt seit Jahren ständig zu. So weist das Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus, dass die Zahl der ambulant tätigen Ärzte zwischen 1990 und

2007 um nahezu 50 Prozent von rund 92.000 auf fast 138.000 gestiegen ist. Gleichzeitig hat sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Zahl der hauptamtlichen Ärzte in deutschen Krankenhäusern von 109.000 (1991) auf mehr als 136.000 (2007) um 25 Prozent erhöht. Die öffentliche Wahrnehmung ist jedoch ganz anders: Die gesund-

¹ Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
Telefon: 030 34646-2182 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

² Caroline Kip, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
Telefon: 030 34646-2148 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: caroline.kip@wido.bv.aok.de

heitspolitische Debatte wird zunehmend durch Warnungen vor Ärztemangel und daraus resultierenden Versorgungsgaps ergriffen. Wie passt das zusammen?

Im April 2009 hat die Bundesärztekammer mit Hilfe einer empirischen Analyse versucht, den vermeintlichen Widerspruch zwischen steigenden Arztlizenzen und Ärztemangel aufzulösen (Bundesärztekammer 2009). Dazu wurden vier zentrale Einflussfaktoren für die Entwicklung von Angebot und Nachfrage an ärztlichen Leistungen betrachtet – nachfrageseitig der medizinische Fortschritt und der demografische Wandel sowie angebotsseitig der allgemeine Trend zur Arbeitszeitverkürzung und die Feminisierung des Arztberufs.

Dabei folgen die Darstellungen zur nachfrageseitigen Begründung von steigendem Ärztebedarf dem weithin bekannten Muster: Zum einen ermöglicht der medizinische Fortschritt die Behandlung von immer mehr Krankheiten, wozu entsprechend mehr Ärzte erforderlich sind. Zum anderen erhöht sich der Behandlungsbedarf zugleich aber auch aufgrund der alternden Bevölkerung – dieser Zusammenhang wird „belegt“, indem bestehende altersspezifische Ausgabenmuster als weithin „zeitstabil“ angenommen werden. Dass dies ein äußerst fragwürdiges Vorgehen ist, hat erst kürzlich Stefan Felder in dieser Zeitschrift eindrucksvoll gezeigt und zusammengefasst auf den Punkt formuliert: „Die demografische Alte-

ring hat nur einen schwachen Einfluss auf die Gesundheitsausgaben der Bevölkerung“ (Felder 2008, 23). Zum überschätzten Einfluss der Alterung der Bevölkerung und des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Gesundheitsausgaben hat sich jüngst auch Hartmut Reiners geäußert (Reiners 2009).

Hierauf soll jedoch im Folgenden nicht näher eingegangen werden. Stattdessen gilt das Hauptaugenmerk dieses Beitrags zentralen Entwicklungslinien auf der Angebotsseite, konkret im Berufsfeld Ärzte als einem wichtigen Teilssegment des Gesamtmarktes Gesundheitswesens. Mit dem wachsenden Anteil von Frauen in der Ärzteschaft soll dabei ein Umstand besondere Beachtung finden, der von der Bundesärztekammer als „Feminisierung“ bezeichnet wird. Zu dieser Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt wird zunächst ein kurzer Überblick gegeben, ehe anschließend einige zentrale Voraussetzungen einer familiengerechten „Work-Life-Balance“ betrachtet werden. Im Anschluss daran werden zentrale Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen in den Blick genommen, die speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung in jüngerer Zeit erfolgt sind und im Ergebnis zu einer deutlichen Flexibilisierung der ärztlichen Berufsform und Arbeitszeitgestaltung führen. Abschließend werden die Qualitäts- und Produktivitätspotenziale skizziert, die sich mit veränderten Berufs- und Angebotsformen der ambulanten ärztlichen Tätigkeit eröffnen.

TABELLE 1

Die Entwicklung des Frauenanteils in den Gesundheitsberufen

ausgewählte nichtakademische Gesundheitsberufe	1997		2001		2007	
	Beschäftigte	davon Frauen	Beschäftigte	davon Frauen	Beschäftigte	davon Frauen
Gesundheits- und Krankenpfleger	694.000	85 %	702.000	85 %	731.000	85 %
med./zahnmed. Fachangestellter	490.000	99 %	492.000	99 %	522.000	99 %
Altenpfleger	199.000	87 %	262.000	87 %	348.000	87 %
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	202.000	76 %	222.000	75 %	224.000	74 %
Physiotherapeut, Masseur, med. Badem.	106.000	71 %	121.000	74 %	152.000	72 %
Gesundheitshandwerker	146.000	45 %	137.000	47 %	134.000	50 %
akademische Gesundheitsberufe						
Arzt	283.000	36 %	298.000	38 %	315.000	41 %
Zahnarzt	62.000	35 %	64.000	36 %	66.000	39 %
Apotheker	54.000	61 %	55.000	64 %	58.000	66 %
psychologischer Psychotherapeut	–	–	–	–	32.000	63 %

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Robert-Koch-Institut 2009, Zahlen für die akademischen Gesundheitsberufe und für das Jahr 2007 ergänzt mit Daten aus www.gbe-bund.de

2 Frauen im Arbeitsmarkt Gesundheitswesen

Mit fast 11 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland ist das Gesundheitswesen eine der beschäftigungsintensivsten Branchen überhaupt. Zudem zählt das Gesundheitswesen zu einem der wenigen Beschäftigungszweige, denen auch in Krisenzeiten ein hohes Stabilitäts-, wenn nicht gar Wachstumspotenzial zugesprochen wird. Zwischen 1997 und 2007 ist die Beschäftigtenzahl um sechs Prozent von 4,1 Millionen auf 4,4 Millionen gestiegen. Eine Besonderheit des Arbeitsmarkts Gesundheitswesen liegt in dem hohen Anteil an weiblichen Beschäftigten, der 2007 fast drei Viertel betrug. Damit liegt der Frauenanteil im Gesundheitswesen weit über dem entsprechenden Anteilswert der Gesamtwirtschaft (44 Prozent).

Bei einer differenzierten Betrachtung der verschiedenen Berufsgruppen wird allerdings schnell deutlich, dass der hohe Frauenanteil im Arbeitsmarkt Gesundheitswesen in erster Linie den nichtakademischen Gesundheitsberufen geschuldet ist (Tabelle 1): Als medizinische und zahnmedizinische Angestellte arbeiten fast ausschließlich Frauen (99 Prozent), die Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpfleger weisen einen Frauenanteil von rund 85 Prozent und die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer von 74 Prozent auf. Fast ebenso hoch ist der Frauenanteil bei den Physiotherapeuten, Bademeistern und Masseuren mit 72 Prozent. Lediglich bei der Berufsgruppe der Gesundheitshandwerker halten sich Frauen- und Männeranteil die Waage. Diese hohen bis sehr hohen Frauenanteile bei den nichtakademischen Gesundheitsberufen sind keineswegs Resultat jüngerer Entwicklungen, sondern vielmehr seit vielen Jahren konstant.

Das ist bei den akademischen Gesundheitsberufen – das sind alle Berufe, bei denen die Approbation Voraussetzung für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit ist – deutlich anders: Hier sind im betrachteten Zehn-Jahres-Zeitraum 1997 bis 2007 deutliche Veränderungen in Richtung eines immer höheren Frauenanteils erfolgt: bei den Zahnärzten von 35 auf 39 Prozent, bei den Ärzten von 36 auf 41 Prozent und bei den Apothekern von 61 auf 66 Prozent. Für die psychologischen Psychotherapeuten liegt keine Zeitreihe vor, weil das Statistische Bundesamt Beschäftigungszahlen erst seit 2007 ausweist; in diesem Jahr betrug der Frauenanteil 63 Prozent.

Noch einmal ein ganzes Stück deutlicher wird die „Feminisierung“ in den akademischen Gesundheitsberufen, wenn mit den Hochschulen auch schon das berufliche Vorfeld in die Betrachtung einbezogen wird. In den Fächergruppen Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften studierten im Wintersemester 2008/2009 63 Prozent Frauen, bei den Studienanfängern im ersten Hochschulsemester betrug der

Frauenanteil in diesen Fachgruppen sogar 68 Prozent (*Statistisches Bundesamt 2009, 146*).

3 Anforderungen an eine verbesserte Work-Life-Balance

Auf eine detaillierte Ursachenforschung für den gewachsenen und augenscheinlich weiter wachsenden Frauenanteil in den akademischen Gesundheitsberufen, insbesondere auch in der Ärzteschaft, soll an dieser Stelle verzichtet werden. Unter der Überschrift „Die Medizin wird weiblich“ schreiben die Autorinnen im Deutschen Ärzteblatt, dass sich hinter dieser Entwicklung nach Einschätzung einer Schweizer Journalistin vor allem ein anhaltender Attraktivitätsverlust des Arztberufs verberge – in Bezug auf Prestige und Einkommen – und Frauen lediglich „in die Lücke sprängen“, die von zunehmend wegbleibenden Männern aufgemacht werde. Diese Auffassung werde von Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, für durchaus übertragbar auf deutsche Verhältnisse gehalten (*Hibbeler und Korzilius 2008, A 609*). Allerdings scheint diese Einschätzung doch sehr stark von einer tradierten männerzentrierten Sicht geprägt, bei der dem Ausbildungs- und Berufsgeschehen von Frauen lediglich ein abgeleiteter Stellenwert zugebilligt wird. Deshalb wäre es vermutlich eine mindestens ebenso gute Erklärung, dass Frauen sehr wohl zunehmend eigenständige Ausbildungs- und Berufspläne entwickeln und realisieren und zudem schlicht in vergleichsweise großer Zahl sehr gute Abiturresultate erzielen, die im Numerus-Clausus-Fach Medizin für den Erhalt eines Studienplatzes erforderlich sind. Dass sie sich mit der Entscheidung für den Arztberuf überdies für eine Tätigkeit in einer im nichtakademischen Segment traditionell ohnehin bereits stark weiblich geprägten Branche entscheiden, mag durchaus als zusätzliche Motivation dienen.

Aber ganz unabhängig von den – gewiss vielfältigen – Ursachen für die zu beobachtende Feminisierung des Arztberufs – die Entwicklung als solche ist eine unübersehbare Tatsache und erfordert Konsequenzen, die gemeinhin unter dem Begriff der Work-Life-Balance subsumiert werden. Das Familienmodell, in dem beide Partner arbeiten und sich um die Familie kümmern, ist insbesondere unter Akademikern weit verbreitet. Wenn somit auch die Familienorientierung von Männern zunimmt, sind und bleiben es doch insbesondere die Frauen, die auf praktikable Angebote zur Vereinbarung von Berufs- und Privatleben angewiesen sind. Dass jenseits von Familiengründung und Kindererziehung ein genereller Bedeutungszuwachs der individuellen Freizeit konstatiert werden kann – Stichworte: Freunde und Freizeitaktivitäten –, unterstreicht dieses Erfordernis noch zusätzlich.

Was sind „praktikable Angebote“ im Sinne einer familien-gerechten Work-Life-Balance, die gleichzeitig auch zu mehr

Chancengleichheit im Beruf führen? Die Beantwortung dieser Frage beinhaltet unter anderem (*Fauth-Herkner 2004*):

- mehr Teilzeitangebote, denn Teilzeitarbeit ist vielfach die einzige Möglichkeit, den Spagat zwischen Beruf und Kindererziehung zu bewältigen;
- flexible Arbeitszeitangebote mit einem – zumindest begrenzt – eigenverantwortlichen Gestaltungsspielraum bei der Verteilung der täglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit;
- lebensphasengerechte Arbeitszeiten mit Möglichkeiten unterschiedlicher wöchentlicher oder täglicher Arbeitszeiten im Verlauf des Erwerbslebens in Korrespondenz zu den jeweils aktuellen familiären Versorgungs- und Betreuungsverpflichtungen; der Umstand, dass diese zeitweise auch einen vorübergehenden Ausstieg aus dem Beruf erfordern können, verweist zudem auf die Notwendigkeit der speziellen Förderung von Berufsrückkehrerinnen.

Die bisherigen „klassischen“ Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte wurden diesen Anforderungen bislang kaum oder gar nicht gerecht. In deutschen Krankenhäusern ist es lange Zeit versäumt worden, moderne und flexible Arbeitszeitstrukturen umzusetzen. Es gibt noch immer viele Krankenhäuser, die bis heute an tradierten Arbeitszeitmustern festhalten – Stichworte: feste Tagesarbeitszeiten in der Woche, 24-Stunden-Bereitschaftsdienst am Wochenende, Schichtdienst. Weil zu langen Arbeitszeiten und Überstunden oftmals noch psychische Belastungen hinzukommen, ist die Arbeitssituation des medizinischen Personals – gewiss nicht nur des medizinischen und nicht nur des weiblichen – insgesamt vielerorts durch eine beträchtliche individuelle Belastung gekennzeichnet und entsprechend mit wachsender Unzufriedenheit verbunden (*Hermann 2003*).

In der ambulanten ärztlichen Versorgung war die klassische Berufsform der in „freier Praxis“ niedergelassenen Ärzte lange Zeit weithin alternativlos. Wer als Arzt ambulant tätig sein wollte, musste – von wenigen Ausnahmen abgesehen – (Klein-)Unternehmer werden. Während im Krankenhaus praktisch alle Ärzte als Angestellte tätig sind, war dies in der ambulanten ärztlichen Versorgung lange Zeit verboten. Dabei wird die freiberufliche Erwerbstätigkeit gerade von Familien, in denen beide Partner berufstätig sind und Kinder versorgt werden müssen, als extrem schwierig eingeschätzt, weil neben der „eigentlichen“ Berufsaufgabe, der ambulanten Patientenversorgung in der Praxis, viel zusätzliche Zeit für administrative Tätigkeiten, Notdienste und Fortbildungen aufgebracht werden muss. Dies konnte so lange hinlänglich gut funktionieren, wie die familiäre Arbeitsteilung darin bestand, dass dem männlichen Familienvorstand und Praxisinhaber der Rücken freigehalten wurde, indem seine Ehefrau nicht nur den Großteil der Familienarbeit schulterte, sondern darüber hinaus auch in der Praxis mithalf (dazu auch *SVR-G 2009, Ziff. 679*). In dem Maße aber, in dem aus

„Frau Doktor“ in der Lesart als „Frau vom Doktor“ nunmehr zunehmend eine wirkliche „Frau Doktor“ wird, werden die Grenzen dieses Berufs- und Familienmodells offenbar. Dabei liegt der erstaunliche Anachronismus weniger in der langjährigen Existenz dieses Modells selbst, das ja keineswegs pauschal als erfolglos bezeichnet werden kann, sondern vielmehr in seiner langjährigen Alternativlosigkeit, die – zumindest deutschlandweit – praktisch erst 2004 mit der Einführung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und 2007 mit den erweiterten Flexibilisierungs- und Kooperationsmöglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) beendet wurde.

4 Neue Berufs- und Arbeitszeitoptionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Ehe die für den hier betrachteten Themenkontext relevanten Regelungen des GMG und VÄndG kurz dargestellt werden, sei zunächst – 20 Jahre nach dem Mauerfall – ein zumindest kurzer historischer Rückblick gestattet. Das Potenzial für flexible Arbeitszeitregelungen auf der Grundlage von Angestelltenverhältnissen auch für ambulant tätige Ärzte war bis zur deutschen Vereinigung in der DDR selbstverständlich. Dort war nämlich der überwiegende Großteil der ambulant tätigen Ärzte als Angestellte in Polikliniken und Ambulatorien beschäftigt. Damit wurde allerdings nach der deutschen Vereinigung rasch „aufgeräumt“, wobei es im Nachhinein müßig erscheint zu entscheiden, inwieweit der Erosionsprozess der Polikliniken und der rasante „Run in die Niederlassung“ das Ergebnis von freien Entscheidungen der einzelnen Ärzte zwischen alternativen Handlungsoptionen war oder als weithin alternativloser Schritt angesehen wurde. Ohne Widerspruch dürfte wohl die Aussage bleiben, dass die Vertreter der westdeutschen Ärzteschaft ein massives Interesse an einem möglichst schnellen flächendeckenden Niederlassungsprozess hatten, damit sich konkurrenzfähige Alternativen zur Niederlassung erst gar nicht etablieren konnten. Auf welchem Niveau die Diskussion seinerzeit geführt wurde, mag ein „Argument“ von damals veranschaulichen: „Auf Dauer sollten Polikliniken und Ambulatorien im Interesse der Systemklarheit in Deutschland nicht bestehen bleiben“ (*Arnold und Schirmer 1990, 131*).

Bei einem derartigen Gegenwind gestalteten sich alle Versuche entsprechend schwierig, die Polikliniken und Ambulatorien der DDR halbwegs geordnet in zukunftsfähige kooperative Versorgungsformen zu transformieren und dabei den einzelnen Ärzten echte Entscheidungsoptionen bezüglich der von ihnen präferierten Berufsform anzubieten. Mit gezielter öffentlicher Unterstützung geschah dies allein im Land Brandenburg unter Gesundheitsministerin Regine Hildebrandt.

TABELLE 2

Die Entwicklung der Angestelltenzahlen in der vertragsärztlichen Versorgung mit dem speziellen Fokus auf die Entwicklung bei den Frauen

		2000	2005	2006	2007	2008
teilnehmende Ärztinnen und Ärzte insgesamt		126.832	131.802	132.895	134.172	135.388
Vertragsärzte	Gesamt	114.019	117.547	118.277	118.858	119.038
	Frauen	37.512	40.332	41.067	41.748	42.326
	Frauenanteil	33 %	34 %	35 %	35 %	36 %
Partnerärzte	Gesamt	472	1.287	1.277	1.374	1.434
	Frauen	226	557	668	711	693
	Frauenanteil	48 %	43 %	52 %	52 %	48 %
angestellte Ärzte	Gesamt	1.572	2.170	2.266	2.963	4.292
	Frauen	1.215	1.639	1.686	2.046	2.911
	Frauenanteil	77 %	76 %	74 %	69 %	68 %
ermächtigte Ärzte	Gesamt	10.769	10.798	11.075	10.977	10.624
	Frauen	1.372	1.503	1.608	1.683	1.700
	Frauenanteil	13 %	14 %	15 %	15 %	16 %

Quelle: Daten aus www.gbe-bund.de

Dass es sich keineswegs um Abwicklungs- oder Auslaufmodelle handelte, was 1991 unter der Bezeichnung „Gesundheitszentrum“ konzipiert und immerhin an 16 Standorten in Brandenburg realisiert wurde (Schröder und Jacobs 1997), ist deutschlandweit allerdings erst mehr als zehn Jahre später deutlich geworden, als das Modell der Gesundheitszentren die Blaupause für die 2004 unter der Bezeichnung „Medizinische Versorgungszentren“ (MVZ) eingeführten kooperativen Versorgungseinrichtungen lieferte.

Wie schon die Brandenburger Gesundheitszentren sind MVZ ärztlich geleitete, fachübergreifende Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft, in denen Ärzte als (niedergelassene) Vertragsärzte oder als Angestellte tätig sind. Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) waren zum Ende des zweiten Quartals 2009 insgesamt 1.325 MVZ zugelassen. Von den fast 6.300 dort tätigen Ärzten arbeiteten nahezu 80 Prozent als Angestellte. Damit ist die Zahl der angestellten MVZ-Ärzte in den gerade einmal vier Jahren, in denen entsprechende Daten erhoben werden, um das Dreizehnfache gestiegen; dabei ist ein kontinuierlicher Zuwachs erfolgt, der noch längst keine Sättigung erkennen lässt. Zwar weist die KBV den Frauenanteil unter den angestellten MVZ-Ärzten nicht eigens aus, doch lässt sich aus den Gesamtangaben zur vertragsärztlichen Versor-

gung (Tabelle 2) unschwer ableiten, dass in den MVZ überproportional viele Ärztinnen im Angestelltenverhältnis tätig sind. Dies unterstreicht die hohe Attraktivität dieser neuen ambulanten Einrichtungsform gerade für Frauen.

Allein schon aus diesem Grund mutet es in hohem Maße unverständlich an, dass die neue Bundesregierung die Gründung und Führung von MVZ künftig offenbar erschweren will. Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP heißt es, dass MVZ nur „unter bestimmten Bedingungen zugelassen werden (sollen). Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird“ (CDU/CSU/FDP 2009, 88). Da passt manches noch nicht wirklich zusammen: Auf der einen Seite wird im Koalitionsvertrag explizit das Ziel „Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung“ ausgegeben und dabei ausdrücklich angekündigt, dass „die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen (werden), der den Versicherten und Patienten zugute kommt, sie in den Mittelpunkt stellt und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglicht“ (CDU/CSU/FDP 2009, 87), und gleichzeitig sollen auf der anderen Seite die

Voraussetzungen für die Gründung und Führung von MVZ eingeschränkt werden. Ob das die Entscheidungsspielräume der Patienten erhöht und ihnen zugute kommt? In dem hier betrachteten Kontext muss aber auch – gewiss ebenfalls rhetorisch – gefragt werden: Erhöht das die Entscheidungsspielräume der Ärzte und Ärztinnen und stärkt Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung? Von Potenzialen für mehr Versorgungseffizienz einmal ganz abgesehen – hierauf wird in Abschnitt 5 dieses Beitrags noch näher eingegangen.

Weitere nennenswerte Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung hat neben den MVZ insbesondere das 2007 in Kraft getretene VÄndG geschaffen (Orlowski et al. 2006). Danach dürfen Vertragsärzte nunmehr Ärzte in begrenzter Anzahl auf Dauer in ihrer Praxis anstellen, darunter auch Ärzte anderer Facharztgruppen, wobei die Beschäftigungszeiten der angestellten Ärzte flexibel gestaltet werden können. Aber auch Praxisinhaber erhielten in Bezug auf ihre Arbeitszeit mehr Gestaltungsspielräume. War die Zulassung zu einem Vertragsarztsitz in der Vergangenheit stets mit einem vollen Versorgungsauftrag und der Verpflichtung des Arztes zu einer Vollzeit-Berufstätigkeit verbunden, erlauben die Regelungen des VÄndG jetzt auch die Möglichkeit einer

Teilzulassung und der hälftigen Reduzierung des Versorgungsauftrags. Damit erhält der Arzt deutlich mehr Möglichkeiten, für andere Tätigkeiten mehr Zeit aufzubringen, wozu nicht zuletzt auch zählen dürfte, sich familiären Verpflichtungen besser widmen zu können.

Auch wenn die GMG- und VÄndG-Regelungen noch neu sind und gewiss sehr viel Zeit mehr benötigen, um stärker sichtbar zu werden, so ist doch bereits jetzt schon erkennbar, dass die neuen Regelungen auf positive Resonanz bei den Ärzten stoßen: Im Jahr 2008 arbeiteten 4.292 als angestellte Ärzte. Das ist eine vergleichsweise geringe Zahl. Beachtlich ist jedoch, dass sich die Zahl der angestellten Ärzte seit dem Jahr 2005 innerhalb kürzester Zeit fast verdoppelt hat (Tabelle 2) und dieser Trend offenbar ungebrochen ist. Unter den angestellten Ärzten stellen Frauen übrigens mit 68 Prozent die große Mehrheit dar.

In welchem Maße sich die jüngste Gesetzgebung im Vertragsarztrecht auf den Umfang der Teilzeitbeschäftigung auswirken wird, ist abschließend noch nicht zu sagen. Die Zunahme der Angestelltenverhältnisse und die Möglichkeit der Teilzulassung machen jedoch einen Bedeutungszuwachs

TABELLE 3

Die Entwicklung der Teilzeitverhältnisse unter Ärztinnen und Ärzten

	1998	2001	2004	2007
Beschäftigungsverhältnisse insgesamt	287.000	298.000	306.000	315.000
Männer	183.000	186.000	188.000	128.000
Frauen	104.000	112.000	118.000	187.000
Teilzeit	25.000	32.000	37.000	47.000
davon Frauen	18.000	24.000	28.000	34.000
[Alter in Jahren] unter 35	3.000	2.000	4.000	5.000
35 bis unter 50	10.000	16.000	17.000	18.000
50+	5.000	6.000	6.000	11.000
davon Männer	7.000	8.000	9.000	13.000
[Alter in Jahren] unter 35	1.000	1.000	1.000	1.000
35 bis unter 50	4.000	3.000	4.000	6.000
50+	4.000	3.000	4.000	6.000
Teilzeitquote Frauen	17%	21%	24%	27%
Teilzeitquote Männer	4%	4%	5%	7%

Quelle: Daten aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Eigene Zusammenstellung der Tabelle unter www.gbe-bund.de am 15.08.2009

der Teilzeitarbeit im vertragsärztlichen Bereich wahrscheinlich. Mit Sicherheit kann gesagt werden, dass es generell in den letzten zehn Jahren einen deutlichen Anstieg der Teilzeitbeschäftigung unter Ärzten gegeben hat (Tabelle 3). Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten Ärzte hat sich insgesamt innerhalb von zehn Jahren fast verdoppelt. Im Jahr 2007 arbeitete bereits fast jeder siebte Arzt in Teilzeit. Ein Großteil davon (mehr als 70 Prozent) sind Frauen. Aber auch bei den Männern ist durchaus ein Trend zu mehr Teilzeitarbeit zu beobachten, immerhin waren im Jahr 2007 bereits sieben Prozent aller männlichen Ärzte teilzeitbeschäftigt.

5 Beträchtliche Qualitäts- und Produktivitätspotenziale

Die mit dem GMG und dem VÄndG geschaffenen neuen Regelungen sorgen aber keineswegs allein für deutlich erweiterte Freiräume zur Arbeitszeitflexibilisierung, wie sie insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Feminisierung des Arztberufs speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung notwendig sind und im Grunde längst überfällig waren. Sie stellen zugleich einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung dar. So ist in der Begründung des Gesetzgebers zur Einführung von MVZ sogar primär die Rede davon, dass sich diese Einrichtungen „durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen aus(zeichnen), die den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten“ (*Bundestagsdrucksache 2003, 74*). Mit den MVZ werde „eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern“ liege (*Bundestagsdrucksache 2003, 108*).

Die Zielsetzungen, die für die Gründung von MVZ genannt werden, sind sehr unterschiedlich. Zum einen stehen eindeutig Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsvorteile im Interesse von Patienten und Versicherten (Beitragszahler der Krankenversicherungen als Finanzierungsträger der Gesundheitsversorgung) im Mittelpunkt. Im Weiteren geht es auch um die Konzentration und Bündelung von fachübergreifender Kompetenz, eine patientenorientierte Organisationsstruktur, eine sehr gute Grundlage für das Versorgungsmanagement chronisch Kranker, flexiblere Öffnungszeiten und Vertretungsmöglichkeiten, Kooperation und Koordination der ärztlichen und nichtärztlichen Tätigkeiten durch gemeinsame Strukturen sowie effizientere Betriebsstätten durch zentralen Einkauf, Personalpool und gemeinsame Managementstrukturen. Erst ergänzend werden weitere Vorteile aus Sicht der beteiligten Ärzte genannt, etwa dass eine Anstellung in einem MVZ den Vorteil aufweise, dass keine

Praxisgründungskosten anfallen und entsprechend auch kein unternehmerisches Risiko getragen werden muss (*Ame lung und Lägel 2008, 48*).

Auch bei den Neuregelungen des VÄndG wird dem Ziel der Erleichterung ärztlicher Kooperationen im Interesse von mehr Versorgungsqualität und -effizienz ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Konkret wurde dazu die Palette bereits bestehender Kooperationsformen (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Praxisnetz oder belegärztliche Versorgung) um die überörtliche und die Teil-Berufsausübungsgemeinschaft erweitert. Dabei steht der neu eingeführte Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft für alle Formen eines rechtlich verbindlichen Zusammenschlusses zwischen Teilnehmern der vertragsärztlichen Versorgung mit dem Ziel der gemeinsamen Berufsausübung. So können zum Beispiel Ärzte in einer Teilberufsausübungsgemeinschaft ihren unabhängigen Vertragsarztsitz beibehalten und sich nur für die Behandlung von bestimmten Leistungen zusammenschließen – etwa bei einer Kooperation von Onkologen und Gynäkologen zur Behandlung von Krebspatientinnen (*Orlowski et al. 2007*).

Wie wichtig verbesserte Kooperationsmodelle in der Gesundheitsversorgung gerade in einer alternden Gesellschaft mit einer wachsenden Zahl an chronisch kranken und multimorbiden alten und hoch betagten Menschen ist, hat das jüngste Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nachdrücklich aufgezeigt. Im Hinblick auf einen erhöhten und generationengerechten Versorgungsbedarf, wird neben der Bedeutung von Kooperationen unterschiedlicher Leistungserbringer und der Integration von Versorgungsprozessen, auch die Notwendigkeit der Arbeitsteilung innerhalb einer Praxis hervorgehoben, darunter die Delegation bestimmter Aufgaben, an andere, nichtärztliche Teammitglieder (*SVR-G 2009*).

In der eingangs bereits angesprochenen Analyse der Bundesärztekammer kommen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte im Kontext unterschiedlicher Formen der ärztlichen Berufsausübung dagegen gar nicht erst vor. Betrieben wird stattdessen „Erbenszählerei“, bei der die vermeintliche Innovation darin bestehen soll, dass nunmehr anstelle der bislang üblichen Ärzte-Köpfe die durchschnittlichen Arbeitsstunden von Ärzten gezählt und summiert werden. Obwohl es – so die Botschaft – mehr Ärzte gibt, ist das ärztliche Arbeitszeitvolumen insgesamt gesunken – eine Folge des allgemeinen Trends zur Verkürzung der Wochenarbeitszeit, die sich durch den gleichzeitigen Anstieg des Anteils von Frauen noch einmal verstärkt, weil Frauen im Durchschnitt eine geringere Arbeitszeit leisten als ihre männlichen Kollegen. So wie früher von der Fiktion „Ein Arzt ist ein Arzt“ ausgegangen wurde, soll die Öffentlichkeit heute die Gleichsetzung „Eine ärztliche Arbeitsstunde ist eine ärztliche Arbeits-

stunde“ schlucken und angesichts des bereits gesunkenen und bei fortschreitender Feminisierung gewiss weiter sinkenden ärztlichen Arbeitszeitvolumens der Forderung nach immer mehr Ärzten bereitwillig zustimmen. Zu dieser Sichtweise passt auch eine Aussage des KBV-Vorstandsvorsitzenden Andreas Köhler, der bei der Präsentation des MVZ-Surveys 2008 der KBV im Mai 2009 behauptete, dass die Produktivität angestellter Ärzte im Vergleich zu selbstständig tätigen niedriger liege, und hierfür als (einzige) Begründung anführte, dass (bei angestellten Ärzten) Überstunden bezahlt werden müssten (Köhler 2009).

Arbeitsstunden können jedoch nicht nur unterschiedlich vergütet werden – bei angestellten Ärzten im Übrigen vermutlich im Durchschnitt ein Stück geringer als bei selbstständig tätigen –, sondern sie können vor allem auch unterschiedlich genutzt werden. Wenn Ärzte ihre Arbeitszeit für eigentlich „arztfremde“ Aufgaben verwenden, also zum Beispiel für Verwaltungs- und Managementaufgaben ihres Praxisbetriebs oder für die Erbringung von Versorgungsleistungen, die ebenso gut von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe erbracht werden könnten – auch neuer Gesundheitsberufe, die eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Professionen ermöglichen (Höppner und Kuhlmeier 2009) –, verweist dies auf beträchtliche Produktivitätsdefizite (und nicht etwa die Notwendigkeit zur Bezahlung von Überstunden). Diese Defizite fallen naturgemäß umso größer aus, je mehr „arztfremde“ Aufgaben von den Ärzten selbst wahrgenommen werden. Mit anderen Worten: Ein teilzeitbeschäftigter Arzt, der seine komplette Arbeitszeit medizinischen Aufgaben der Patientenversorgung widmen kann, ist unter Umständen kaum „unproduktiver“ als ein selbstständig tätiger Kollege, der von einer 40-Stunden-Woche träumt. Dass ärztliche Kooperationen erhebliche Produktivitätspotenziale aufweisen, ist für Managed-Care-Modelle in der Schweiz bereits nachgewiesen worden (Beck et al. 2009; Lehmann und Zweifel 2004).

Auch im Kontext der Schaffung von organisatorischen Voraussetzungen für eine produktivere Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau ist die Absicht der neuen Bundesregierung, die Gründung und Führung von MVZ zu erschweren, kritisch zu bewerten. Wohl in keiner anderen Wirtschaftsbranche werden potenzielle Investoren, die zur Übernahme unternehmerischer Risiken bereit sind, so systematisch ausgegrenzt wie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Während in anderen Branchen Investoren jeglicher Herkunft hochwillkommen sind und von der Politik rote Teppiche ausgerollt bekommen, werden sie hier diskriminiert und stellenweise sogar diffamiert (so etwa „Warnungen“ des bayerischen Gesundheitsministers Söder vor „internationalen Medizin-Heuschrecken“) (Jacobs 2009). Dabei wird meist allzu schnell übersehen, dass die Implementierung neuer Dienstleistungstechnologien – und nichts ande-

res sind kooperative Versorgungseinrichtungen mit patientenorientierten Aufbau- und Ablaufstrukturen – beträchtliche Investitionen erfordert. Wenn diese aber unterbleiben, verharrt die Gesundheitsversorgung in Deutschland in großen Teilen weiterhin auf dem bescheidenen Produktivitätsniveau, das zwangsläufig in der Natur atomistischer Versorgungsstrukturen mit unzähligen Kleinunternehmen liegt.

Dabei wird die gesundheitspolitische Debatte nicht zuletzt auch durch Missverständnisse in Bezug auf den Begriff der Freiberuflichkeit erschwert. Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung heißt es dazu: „Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit.“ Da dieser Satz keine Einschränkung auf die vertragsärztliche Tätigkeit enthält, gilt er offenbar auch für Krankenhausärzte, obwohl diese ganz überwiegend im Angestelltenverhältnis tätig sind – sogar zunehmend bei Kapitalgesellschaften mit Börsennotierung –, aber gleichwohl ebenfalls Therapiefreiheit genießen und insoweit „Freiberufler“ sind. Etwas ganz anderes ist dagegen die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte als wirtschaftlich selbstständige Unternehmer, die keineswegs eine zwingende Vorbedingung für ärztliche Therapiefreiheit darstellt, wie das Beispiel der Krankenhausärzte beweist. Vielleicht ist es hilfreich, dass der neue Bundesgesundheitsminister diesen Sachverhalt aus seiner eigenen ärztlichen Berufserfahrung kompetent beurteilen kann und mithilft, überkommene ideologische Verkrustungen zu überwinden.

6 Fazit

Der wachsende Frauenanteil in akademischen Gesundheitsberufen, nicht zuletzt in der ärztlichen Profession, ist unübersehbar. Keineswegs jedoch allein Frauen – aber sie ganz besonders – verlangen veränderte, vor allem flexiblere Berufs- und Arbeitszeitmodelle, um Berufs- und Privatleben besser miteinander verbinden zu können. In der ambulanten ärztlichen Versorgung, in der das Berufsbild des in freier Praxis niedergelassenen Freiberuflers – zumindest im Gebiet der „alten“ Bundesrepublik – lange Zeit ohne jegliche Alternative war, sind solche Modelle durch die Einführung von MVZ mit angestellten Ärzten sowie neue Flexibilisierungs- und Kooperationsoptionen im Vertragsarztrecht zunehmend möglich geworden. Diese Modelle bieten aber nicht nur den Ärzten verbesserte Realisierungschancen einer familien- und freizeitgerechteren Work-Life-Balance, sondern sie bergen zugleich – hierin liegt sogar ihr primärer Zweck – beträchtliche Qualitäts- und Produktivitätspotenziale für die Gesundheitsversorgung, sei es durch die Übernahme von Managementaufgaben durch Spezialisten, durch verbesserte Kooperation zwischen Ärzten untereinander oder zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Vielleicht trägt die Feminisierung des Arztberufs sogar dazu bei, die offenkundig noch beträchtlichen Schwierigkeiten bei der Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen zu vermindern. Möglicherweise bereitet es Frauen im Arztberuf auf Dauer deutlich weniger Probleme, unterschiedliche Aufgabenzuständigkeiten bei der qualitätsorientierten Patientenversorgung kollegial mit anderen (ohnehin frauendominierten) Professionen zu teilen als vielen ihrer männlichen Kollegen. Zu wünschen wäre dies in jedem Fall den Patienten im Hinblick auf eine bessere Versorgungsqualität und den Krankenversicherten im Hinblick auf eine höhere Dienstleistungsproduktivität der Gesundheitsversorgung. Dem bloßen Ruf nach immer mehr Ärzten scheint diese Zukunftsperspektive jedenfalls allemal überlegen.

Literatur

- Amelung V, Läger R (2008):** Neue Versorgungsformen – Eine Idee setzt sich durch. In: Amelung V, Meyer-Lutterloh K, Schmid E et al. (Hrsg.). Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren: Von der Idee zur Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 35–75
- Arnold M, Schirmer B (1990):** Gesundheit für ein Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Beck K, Käser U, Trottmann M, von Rotz S (2009):** Effizienzsteigerung durch Managed Care? Erfahrungen aus der Schweiz. Referat auf der 21. Jahrestagung des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik am 09./10.10.2009 in Bielefeld
- Bundesärztekammer (2009):** Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. Analyse der Abteilung Statistik der Bundesärztekammer, vorgestellt auf der Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land!“ am 21.04.2009 in Berlin; Download unter: www.bundesaeztekammer.de/downloads/Analyse-Kopetsch.pdf (Zugriff am 15.10.09)
- Bundestagsdrucksache (2003):** Begründung zum GMG, Bundestags-Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003
- CDU, CSU, FDP (2009):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, unterzeichnet am 26.10.2009; www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf (Zugriff am 29.10.09)
- Fauth-Herkner A (2004):** Flexible Arbeitszeitmodelle zur Verbesserung der „Work-Life-Balance“. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2003. Berlin, Heidelberg: Springer, 91–106
- Felder S (2008):** Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. G + G Wissenschaft (GGW), Jg. 8, Heft 4, 23–30
- Hermann I (2003):** Arbeitszeit-Innovation im ärztlichen Dienst. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart: Schattauer, 290–306
- Hibbeler B, Korzilius H (2008):** Die Medizin wird weiblich. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 2, A 609–612
- Höppner K, Kuhlmeier A (2009):** Gesundheitsberufe im Wandel – Relation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 9, Heft 2, 7–14
- Jacobs K (2009):** Ambulante Versorgung: Unverständliches Arztgetöse. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 12, Heft 3, 17
- Köhler A (2009):** Statement beim KBV-Pressesgespräch anlässlich der Vorstellung des MVZ-Surveys 2008; www.kbv.de/presse/23514.html (Zugriff am 15.10.09)
- Lehmann H, Zweifel P (2004):** Innovation and risk selection in deregulated social insurance. Journal of Health Economics, Jg. 23, 997–1012
- Orlowski U, Halbe B, Karch T (2007):** Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG). Chancen und Risiken. Heidelberg: C.F. Müller
- Reiners H (2009):** Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Hans Huber
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2009):** Beschäftigte im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Schröder WF, Jacobs K (1997):** Von der Politik zum Gesundheitszentrum. Umstrukturierung der ambulanten Versorgung im Land Brandenburg. 2., korrigierte Auflage. Berlin: IGES-Eigenverlag
- Statistisches Bundesamt (2009):** Statistisches Jahrbuch 2009 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden
- SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009):** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Gutachten 2009. Bundestags-Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009

DIE AUTOREN



Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der



Dipl.-Volkswirtin Caroline Kip, Jahrgang 1979, Studium der Volkswirtschaft an der Universität Heidelberg, danach Mitarbeit an Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung an einem privatwirtschaftlichen Institut. Seit

FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Lehrbeauftragter am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen (Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement).

April 2009 Trainee in der Abteilung Gesundheitspolitik und Systemanalysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).