

Der Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung
V 2 – 5624.2 – 54/72

Bonn, den 4. Mai 1972

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Betr.: **Ärztemangel im Bereich der Sozialmedizin**

Bezug: **Kleine Anfrage der Abgeordneten Burger, Maucher,
Biechele, Baier, Dr. Hauser (Sasbach) und Genossen
— Drucksache VI/2964 —**

Die Kleine Anfrage beantworte ich im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern und dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wie folgt:

Vorweg darf ich darauf hinweisen, daß die Zuständigkeit des Bundes zur Lösung des Ärztemangels im Bereich der Sozialmedizin, wie auch in der Anfrage bereits festgestellt, nur begrenzt ist. Es war daher notwendig, die Arbeitsminister und Senatoren für Arbeit der Länder für die landeseigenen Verwaltungen und für die der Länderaufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger, das Bundesversicherungsamt für die der Bundesaufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger sowie die Bundesanstalt für Arbeit um Auskunft zu bitten. Die Antworten dieser Behörden sind bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt.

Die Funktion unseres Systems der Sozialen Sicherheit hängt wesentlich von Ärzten ab, denen vor allem in den Bereichen der Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung, Arbeitsverwaltung, Sozialhilfe und öffentliche Gesundheitspolitik immer neue und differenziertere Aufgaben und Entscheidungen übertragen worden sind.

Zahlreiche Arztstellen im Bereich der Sozialmedizin sind unbesetzt. So sind z. B. bei den neun Versorgungsämtern in Baden-Württemberg von 81 Stellen 14 frei. Die Fehlstellen werden sich in naher Zukunft noch vermehren, weil das Alter der Ärzte im Mittel 58 Jahre beträgt und in den nächsten Jahren mit dem Ausscheiden einer größeren Zahl von Ärzten, vor allem aus Altersgründen, gerechnet werden muß.

In vielen Bereichen ist die Lage ähnlich ernst. Leider muß man feststellen, daß sich sehr wenige Ärzte bereitfinden, in der sozialen Medizin tätig zu werden.

Dieser Ärztemangel führte bereits in vielen Fällen zu Verzögerungen bei Anträgen, deren Genehmigung einer ärztlichen Begut-

achtung bedürfen. Hierdurch wird nicht nur die persönliche Lage der hilfesuchenden und kranken Menschen oft monatelang verunsichert und der Zustand der Betroffenen ungünstig beeinflusst, sondern es entstehen auch insgesamt volkswirtschaftliche Verluste.

Obwohl die Zuständigkeit des Bundes zur Lösung dieses Ärztemangels direkt meist nicht gegeben ist, darf ihm dieser Notstand nicht gleichgültig sein. Wenn er nicht behoben wird, werden wesentliche Systeme der Sozialen Sicherheit nicht mehr funktionieren.

Wir fragen deshalb die Bundesregierung:

1. Wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Der angesprochene Ärztemangel wird auch von der Bundesregierung seit Jahren mit Sorge verfolgt.

Nach Mitteilung der befragten Behörden ist die Personallage im sozialmedizinischen Bereich in allen ärztlichen Diensten zumindest als angespannt zu bezeichnen, bei einigen bereits als sehr ernst anzusehen. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der ungünstigen Altersstruktur der Ärzte und den großen Schwierigkeiten, jüngere Ärzte zur Mitarbeit zu gewinnen.

Die Gründe für diese Situation sind vielfältig.

Das Studium der Medizin ist weit überwiegend auf die Behandlung des kranken Menschen ausgerichtet. Das Berufsbild des Arztes wird davon entscheidend bestimmt. Die Bedeutung und die großen Aufgaben der Sozialmedizin werden im Studium bislang nur sehr wenig angesprochen. Schon unter diesen Umständen erscheint jüngeren Ärzten eine Tätigkeit in sozialmedizinischen Diensten nicht erstrebenswert. Hinzu kommen Vorbehalte gegenüber dem Einbau in eine Behördenorganisation und gegenüber der relativen Enge des Betätigungsfeldes sowie das vermeintlich geringere Ansehen, das Ärzte in den sozialmedizinischen Diensten genießen. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen die Einkommensunterschiede im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten und Leitenden Krankenhausärzten, vor allem wenn man berücksichtigt, daß vornehmlich Ärzte mit mehrjähriger praktischer Erfahrung in den sozialmedizinischen Diensten tätig sein sollten.

2. Gibt es Überlegungen, Vorstellungen, Modelle oder Pläne darüber, wie diesem Notstand abgeholfen werden kann?

Soweit Überlegungen angestellt werden, gehen sie allgemein in drei Richtungen:

1. Intensivierung der sozialmedizinischen Ausbildung während des Studiums.

Die neue Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 hat hierfür die Voraussetzungen geschaffen.

2. Nachwuchsförderung durch eine Bindung an den zukünftigen Dienstherrn schon während des Studiums (etwa durch Zusicherung eines Studienplatzes, finanzielle Unterstützung

während des Studiums und die damit verbundene Verpflichtung, bei einem ärztlichen Dienst im Bereich der Sozialmedizin nach entsprechender Einarbeitung tätig zu sein).

Eine derartige Nachwuchsförderung hat sich bereits im Bereich des Bundesministers der Verteidigung als ein nützlicher Beitrag zur Minderung des akuten Mangels an Sanitätsoffizieren erwiesen (vgl. Verordnung vom 23. September 1970, BGBl. I S. 1362).

Für den Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes haben die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder auf ihrer 28. Sitzung am 28. und 29. Oktober 1971 in Hamburg in einer Entschließung den Aufbau einer gleichartigen Nachwuchsförderung gefordert.

3. Finanzielle Besserstellung der im Bereich der Sozialmedizin tätigen Ärzte durch Stellenanhebungen, Stellenzulagen und Sonderlaufbahnen.

Von der Gesundheitsministerkonferenz ist die Bundesregierung gebeten worden, für Beamte des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine Sonderlaufbahn gemäß § 53 des Bundesbesoldungsgesetzes unter den Voraussetzungen und nach Maßgabe des Modells zur Nachwuchsförderung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum frühestmöglichen Zeitpunkt zuzulassen.

Für Ärzte im Bereich der Sozialmedizin sollte nach Auffassung eines Teils der befragten Behörden eine gleichartige Regelung angestrebt werden.

Derartige Überlegungen können nach Auffassung der für die Gestaltung des Besoldungsrechts maßgebenden Gremien allerdings nicht isoliert für sich, sondern nur im Rahmen eines Gesamtkonzepts zur Besoldungsreform behandelt werden.

Unabhängig von solchen Überlegungen ist man verschiedentlich bemüht, den gegenwärtigen und zukünftigen Engpaß dadurch erträglicher zu gestalten, daß die Ärzte in den sozialmedizinischen Diensten weitgehend von reiner Verwaltungstätigkeit entlastet werden.

3. Sieht man überhaupt Chancen im Rahmen des Beamtenrechts, durch Stellenanhebungen die Ämter attraktiver zu machen und damit auf die Dauer das Problem zu lösen?

Durch das Erste Besoldungsvereinheitlichungsgesetz vom 18. März 1971 sind u. a. die allgemeinen Obergrenzen des § 5 Abs. 6 Satz 1 BBesG für die Anteile der Beförderungsämters im höheren Dienst von bisher 28 v. H. in den Besoldungsgruppen A 15 und A 16 (davon 6 v. H. in A 16) auf nunmehr 40 v. H. in den Besoldungsgruppen A 15, A 16 und B 2 (davon 10 v. H. in A 16 und B 2) verbessert worden. Diese Maßnahme, durch die

eine erhebliche Anzahl zusätzlicher Beförderungsmöglichkeiten geschaffen wurde, hat auch im Bereich der Beamten des ärztlichen Dienstes zu einer wesentlichen Verbesserung der Beförderungsverhältnisse geführt.

Der Deutsche Bundestag hat in einer anlässlich der Verabschiedung des 1. BesVNG gefaßten EntschlieÙung die Bundesregierung aufgefordert, Gesetzentwürfe zur Höherstufung der Eingangsamter und zur Neuordnung der Besoldungsordnung B vorzulegen.

Entsprechende Regelungen würden auch dem ärztlichen Dienst zugute kommen.

Die Schaffung eines höheren Eingangsamtes oder zusätzliche Stellenanhebungen könnten jedoch nicht auf den Bereich der beamteten Ärzte beschränkt bleiben. Die aufgeworfenen Probleme können daher nur im Zusammenhang mit der Neuordnung des Besoldungsrechts sowie den Auswirkungen auf weitere Bereiche, insbesondere das Versorgungs- und Tarifrecht, geprüft werden.

Solche Verbesserungen können sicherlich dazu beitragen, die Ämter attraktiver zu machen. Ob damit eine Lösung des Problems auf Dauer erreicht werden könnte, bleibt abzuwarten.

4. Könnte evtl. die englische Praxis, den Ärzten in bestimmtem Umfang Nebentätigkeiten zu erlauben, eine Alternative darstellen?

Den Ärzten werden bereits heute im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auf Antrag Nebentätigkeiten erlaubt. Die Möglichkeiten einer ärztlichen Nebentätigkeit hängen jedoch weitgehend von den örtlichen Gegebenheiten ab und sind durch den Umfang der dienstlichen Anforderungen eng begrenzt, so daß der Anreiz zur Ausübung einer Nebentätigkeit nicht überbewertet werden darf.

Eine Alternative stellt die Genehmigung einer Nebentätigkeit nicht dar.

5. Müssen gegebenenfalls, durch die Entwicklung erzwungen, Aufgaben an frei praktizierende Ärzte oder Krankenhausärzte übertragen werden?

Gutachtenaufträge werden bereits heute in örtlich verschiedenem Umfang an Ärzte und Krankenhäuser außerhalb der ärztlichen Dienste erteilt.

Da aber ein Gutachter in jedem Fall mit besonderen sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Problemen vertraut sein muß, sind der Vergabe von Gutachtenaufträgen an Außengutachter relativ enge Grenzen gesetzt.

6. Gibt es Überlegungen oder Pläne, die vorsehen, einer „Körperschaft für Sozialmedizin“ die ärztlichen Aufgaben im Rahmen des gegliederten Systems der sozialen Sicherheit zu übertragen?

Die beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gebildete Sachverständigenkommission für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung ist beauftragt worden, die mit der Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes zusammenhängenden Fragen, insbesondere die Fragen der Schaffung eines gemeinsamen Sozialärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger, zu prüfen. Die Kommission hat hierzu einen Ausschuß gebildet, der seine Beratungen über dieses Thema bereits aufgenommen hat.

Walter Arendt