

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 19/17045 –**

### **Arbeitsbedingungen von Klinikärzten**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die Bundesregierung erklärte in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion zu den Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (Bundestagsdrucksache 16/8366 vom 5. März 2008) im Jahre 2008, dass ihr die Sicherung der Attraktivität des Arztberufs insbesondere als Perspektive für die Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner ein wichtiges Anliegen sei. Zudem erklärte die Bundesregierung in ihrer Antwort, dass der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verbessert habe.

Allerdings nehmen die Arbeitsbedingungen von Klinikärzten inzwischen so schlechte Formen an, dass die Versorgung der Patienten gefährdet ist – zu diesem Schluss kommt eine internationale Managementberatung in ihrer Studie „Front Line of Healthcare 2018“ (<https://www.bain.com/de/insights/europe-front-line-of-healthcare-report-2018/>). Demnach hat die Unzufriedenheit der Klinikärzte mit ihren Arbeitsbedingungen seit 2016 massiv zugenommen und weist damit eine steigende Tendenz auf. Dabei waren die Arbeitsbedingungen für Ärzte, dem Magazin „ZEIT Campus“ vom 1. Dezember 2015 zufolge, zuvor schon oft unverantwortlich schlecht (<https://www.zeit.de/campus/2016/01/aerzte-krankenhaus-gesundheit-arbeitsbedingungen-ungesund>).

Auch das Ergebnis einer Umfrage des Hartmannbundes unter Assistenzärzten sowie zwei Umfragen des Marburger Bundes (Quellen der Übersichtlichkeit halber am Absatze) zeigen, dass unter den befragten Ärzten eine große Unzufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen herrscht. Zu den beklagten Arbeitsbedingungen gehören u. a. zu lange Arbeitszeiten, häufige Nachtschichten, allgemeine Arbeitsüberlastung, nicht erfasste Überstunden, zu wenig Zeit für Patienten und zu großer Aufwand für Bürokratie sowie gewalttätige Übergriffe durch Patienten (Glöser, S., Deutsches Ärzteblatt 2019; 116 (17): 4; Korzilius, H. Deutsches Ärzteblatt 2019; 116, 721; <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2015>, <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017>).

Letzteres wird auch in zunehmendem Maße im Zusammenhang mit Patienten mit Migrationshintergrund beklagt ([https://rp-online.de/nrw/panorama/gewalt-und-beleidigung-im-krankenhaus-der-weise-kittel-schuetzt-laengst-nicht-mehr\\_aid-16724641](https://rp-online.de/nrw/panorama/gewalt-und-beleidigung-im-krankenhaus-der-weise-kittel-schuetzt-laengst-nicht-mehr_aid-16724641)). Allgemein werden Ärzte oft durch Patienten mit Migrationshintergrund vor besondere kulturspezifische Herausforderungen gestellt (Grosse, S., Patienten mit Migrationshintergrund: Vielfalt in der Praxis. Deutsches Ärzteblatt 2017; International 114, S. 2298, 2299).

Das Problem einer aus Sicht der Fragesteller zunehmenden Verrohung in Praxen und Kliniken veranlasste den Vorstand der Bundesärztekammer Ende August 2018, in einer Resolution die langjährige Forderung der Ärzteschaft nach mehr Schutz für Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe zu bekräftigen und sich für mehr Gewaltprävention auszusprechen. Über entsprechende Maßnahmen zur Gewaltprävention stand die Bundesärztekammer dann auch im Austausch mit der Bundesregierung (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 35–36 vom 3. September 2018, S. 1522).

Währenddessen weisen Wissenschaftler der Ludwig-Maximilians-Universität München darauf hin, dass zahlreiche Befunde aus der wissenschaftlichen Literatur zeigen, dass Ärzte unter den Folgen ihrer beruflichen Belastungen mit vielfältigen Konsequenzen leiden. Zu diesen gehören: Arbeitsunzufriedenheit, beeinträchtigte Lebensqualität, verminderte Motivation, „Burn-out“, Konflikte zwischen Arbeits- und Privatleben, bis hin zu Depression und Alkoholmissbrauch. Zudem sind die Suizidraten unter Ärzten höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dabei wirkt sich die Beeinträchtigung des Befindens und der Gesundheit von Ärzten auch auf die Qualität ärztlicher Leistung aus (Angerer, P., Glaser, J., Petru, R. und Weigl, M. Arbeitsbedingungen der Klinikärzte: Gezielte Maßnahmen, die sich lohnen. Deutsches Ärzteblatt International 108, S. 832–833, 2011).

Gleichzeitig droht in Deutschland ein Ärztemangel (<https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitsystem-in-deutschland-droht-ein-aerzte-mangel-trotz-mediziner-schwemme/21127004.html?ticket=ST-87872510-rrqQegcwj2ZHGDTrI0f-ap5>, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Sorge-um-Aerztemangel-waechst-253732.html>, <https://www.aerztekammer-bw.de/news/2019/2019-03/arztzahlstatistik/index.html>, Paulmann, V. und Kuhlmann, E. Absolventenbefragung: Weckruf für die Fachkräftesicherung. Deutsches Ärzteblatt International 116, S. 729–731, 2019), der sich in bestimmten Fachbereichen besonders bemerkbar macht (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/93364/Chirurgen-plagen-Nachwuchssorgen>).

Aufgrund des Zusammenhangs zwischen den Arbeitsbedingungen und der Qualität der Arbeitsleistungen gibt es gesetzlich vorgeschriebene Arbeits-, Lenk- und Ruhezeiten für Berufskraftfahrer in Deutschland (Gesetz zur Regelung der Arbeitszeit von selbständigen Kraftfahrern – KrF ArbZG). Für Klinikärzte gibt es solche Regelungen nicht.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Ärztinnen und Ärzten nehmen in der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle ein. Die Aufrechterhaltung der hohen Motivation und guten Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen, um eine gute medizinische Versorgung aller Patientinnen und Patienten in der Stadt und auf dem Land dauerhaft sicherzustellen. Daher beobachtet die Bundesregierung genau, wie sich die Arbeitsbedingungen von Klinikärztinnen und Klinikärzten entwickeln.

Für Klinikärzte gelten Arbeitszeitschriften; für angestellte Klinikärzte gilt das Arbeitszeitgesetz.

1. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über den Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten und den Behandlungsfehlern in Kliniken vor?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Korrelation von Behandlungsfehlern und den Arbeitsbedingungen von Klinikärztinnen und Klinikärzten vor. Es gibt keine zentral geführte Bundesstatistik, die derartige Rückschlüsse zuließe.

Statistiken zu Behandlungsfehlern werden jährlich jeweils vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärzteschaft erstellt und können unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html> abgerufen werden. Die diesen Statistiken zugrundeliegenden Daten rekrutieren sich aus den Auswertungen der Behandlungsfehlergutachten, die Patientinnen und Patienten beantragt haben. Über den Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen von Klinikärztinnen und Klinikärzten und den Behandlungsfehlern in Kliniken geben diese Statistiken jedoch keinen Aufschluss.

2. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, inwieweit mit zunehmender Arbeitsdauer von Ärzten die Zahl der Behandlungsfehler steigt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

3. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie viele Behandlungsfehler vorwiegend während der ersten acht Stunden Arbeitszeit oder im Bereitschaftsdienst während der achten bis zwölften Arbeitsstunde oder in der 13. bis 24. Arbeitsstunde auftreten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

4. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Behandlungsfehlern und dem Personalschlüssel Arzt-Patient gibt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

5. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob Behandlungsfehler häufiger in Kliniken auftreten, in denen die Arbeitsbelastung für Ärzte besonders hoch bzw. der Personalschlüssel für Ärzte besonders niedrig ist?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über den Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten, deren Bezahlung und der Abwanderung von Ärzten aus Deutschland in das Ausland vor?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Sie verweist insoweit auf die Ärztestatistik der Bundesärztekammer, aus der hervorgeht, dass die Anzahl der Ärzte, die aus Deutschland ins Ausland abwandern, in den letzten 10 Jahren kontinuierlich zurückgegangen ist.

7. Welches sind, nach den Erkenntnissen der Bundesregierung, die zehn am häufigsten genannten Gründe, dafür, dass Ärzte aus Deutschland auswandern wollen bzw. ausgewandert sind?

Der Bundesregierung ist keine Datenquelle bekannt, in welcher die Gründe für Auswanderungsentscheidungen statistisch erfasst werden. Aus Sicht der Bundesregierung gibt es vielfältige private und berufliche Gründe für die Entscheidung einer Ärztin oder eines Arztes, in das Ausland abzuwandern. Seitens der Ärzteschaft wurden in der Vergangenheit als berufliche Gründe für eine Auswanderungsentscheidung angeführt, dass die Vergütungsstrukturen als nicht leistungsgerecht empfunden werden oder dass sich Beruf und Privatleben im Ausland aus Sicht der einzelnen Ärztin oder des einzelnen Arztes besser vereinbaren lassen.

8. Wie viel Prozent der aus Deutschland ausgewanderten Ärzte geben nach den Erkenntnissen der Bundesregierung an, dass die Arbeitsbedingungen in ihrem Zielland besser sind als in der Bundesrepublik Deutschland, und welche sind diese Bedingungen nach den Erkenntnissen der Bundesregierung (wenn möglich, bitte jeweils nach den fünf am häufigsten genannten Bedingungen aufschlüsseln)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

9. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über den Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten, deren Bezahlung und der Entscheidung von Medizinern, in nichtärztlichen Berufen tätig zu sein, vor?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie viel Prozent der Mediziner in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1998, 2008 und 2018 nicht im ärztlichen Bereich tätig waren, und welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie viel Prozent in den genannten Jahren im ärztlichen Bereich, aber nicht in der Patientenversorgung tätig waren?

Die Bundesärztekammer erfasst in ihrer jährlich erscheinenden Ärztestatistik die Gruppe „Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit“ – soweit sie bei den Landesärztekammern registriert sind – und veröffentlicht die Ärztestatistik unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de).

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnis vor, wie viel Prozent der Mediziner in den Jahren 1998, 2008 und 2018 im ärztlichen Bereich, aber nicht in der Patientenversorgung tätig waren.

11. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über den Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten und dem Verhalten von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Nutzung ärztlicher Versorgung in Kliniken (auch im Vergleich zur Nutzung des ärztlichen Angebots niedergelassener Mediziner) vor (vgl. dazu auch die Vorbemerkung der Fragesteller)?

Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen ärztlichen Personals in stationären oder ambulanten Versorgungseinrichtungen und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund liegen der Bundesregierung nicht vor.

12. Trifft es den Erkenntnissen der Bundesregierung zufolge zu, dass Menschen mit Migrationshintergrund überproportional häufig die ärztliche Notfallversorgung in den Kliniken in Anspruch nehmen?

Notaufnahmen in Krankenhäusern berichten von einer höheren Inanspruchnahme von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Die Bundesregierung trägt unter anderem auch durch vielfältige und mehrsprachige Informationen dazu bei, wichtige Kenntnisse über das Gesundheitswesen zu vermitteln um damit eine adäquate Nutzung der Versorgungsangebote zu fördern. Die Notwendigkeit, ausreichende Sprachkenntnisse zu erwerben, um die Versorgungsleistungen sinnvoll in Anspruch nehmen zu können, bleibt davon unberührt. Der am 9. Januar 2020 vorgelegte Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung hat das Ziel, ein System der integrierten Notfallversorgung zu schaffen, das es ermöglicht, schnell und zuverlässig zu entscheiden, ob Patientinnen und Patienten in einer Klinik oder ambulant versorgt werden müssen. Damit wird auch eine Überlastung von Notfalleinrichtungen in Krankenhäusern vermieden.

13. Wie hoch war den Erkenntnissen der Bundesregierung zufolge die Zahl der Übergriffe von Patienten bzw. Angehörigen auf ärztliches Personal in den Jahren 2012 bis 2018 (bitte nach Übergriffen bzw. Tätern mit und ohne Migrationshintergrund, nach verbalen und tätlichen Übergriffen, und bitte gesondert nach einfacher Körperverletzung sowie gefährlicher bzw. schwerer Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge, Todschlag und Mord aufschlüsseln)?

Für die Entwicklung von gewalttätigen Vorfällen gegen medizinisches Personal können grundsätzlich die Statistiken der Polizei und Informationen aus Berichts- und Meldesystemen der Krankenhäuser genutzt werden. Es gibt eine Reihe von Erkenntnissen, die eine Zunahme von Gewalt und Drohungen gegenüber medizinischem Personal insbesondere bei ärztlichen Notdiensten und in Notfallambulanzen in den letzten Jahren belegt. Flächendeckende Zahlen für das gesamte Bundesgebiet und nach den gefragten Kriterien aufgeschlüsselt liegen der Bundesregierung jedoch nicht vor. Die Bundesregierung beobachtet diese Entwicklung mit Sorge. Die Erweiterung des Strafrechtsschutzes für Hilfeleistende in ärztlichen Notdiensten und in Notaufnahmen ist ein Teil des von der Bundesministerin der Justiz und für Verbraucherschutz und dem Bundesminister des Innern, für Bau und Heimat vorgelegten und vom Bundeskabinett am 30. Oktober 2019 beschlossenen Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Rechtsextremismus und der Hasskriminalität. Der Regierungsentwurf für ein „Gesetz zur Bekämpfung des Rechtsextremismus und der Hasskriminalität“ vom 19. Februar 2020 greift unter anderen dieses Problem auf und sieht vor, dass Personen, die im ärztlichen Notdienst oder in einer Notaufnahme Hilfe

leisten, künftig wie andere bereits erfasste Hilfeleistende besonders vor Drohungen und Gewalthandlungen geschützt werden sollen (§ 115 Absatz 3 StGB).

14. Sieht die Bundesregierung politischen Handlungsbedarf, um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Klinikärzten zu bewirken?
15. Welche konkreten Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um die Arbeitsbedingungen von Klinikärzten zu verbessern?
16. Sieht die Bundesregierung bereits konkrete Maßnahmen vor, oder möchte die Bundesregierung bereits konkrete gesundheitspolitische Maßnahmen vorschlagen oder anregen, um die Arbeitsbedingungen von Klinikärzten zu verbessern?

Die Fragen 14 bis 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus kann nur dann gelingen, wenn die dort Beschäftigten gute Arbeitsbedingungen haben. Es ist wichtig, die Arbeitsbedingungen in unserem Land insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte so zu gestalten, dass der ärztliche Beruf attraktiv bleibt. Hierfür wurden durch die Bundesregierung in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen ergriffen.

Der ärztliche Dienst in den Krankenhäusern hat in den letzten Jahren einen deutlichen Stellenzuwachs erfahren hat. So ist die Anzahl der Vollkräfte des ärztlichen Dienstes im Zeitraum von 1991 bis 2017 um 69 Prozent gestiegen (von 95.208 auf 161.208 Vollkräfte). Während Ärztinnen und Ärzte im Jahr 1991 rechnerisch pro Kopf 153,1 Fälle im Krankenhaus betreut haben, waren es im Jahr 2017 mit 120,6 Fällen pro Kopf etwa 27 Prozent weniger.

Wesentlich war hierbei z. B. die Verringerung der Arbeitszeitbelastung durch das geänderte Arbeitszeitgesetz, mit dem überlange Dienstzeiten u. a. von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus eingeschränkt wurden. Die Festlegung der konkreten Arbeitsbedingungen liegt in der Organisationshoheit der Krankenhäuser bzw. deren Träger. Die Angemessenheit der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten hängt maßgeblich davon ab, wie die jeweiligen Verantwortlichen in einer Einrichtung die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Optimierung der Organisation und Personalbewirtschaftung einsetzen und vorhandene Spielräume nutzen. Dabei hat sich längst gezeigt, dass sich Krankenhäuser, die sich hierbei um gute Bedingungen bemühen, eine deutlich bessere Chance haben, freie Stellen zu besetzen und bewährtes Personal zu halten.

Nach Auffassung der Bundesregierung ist ein genereller Ärztemangel bislang nicht feststellbar. Insoweit ergibt sich insbesondere aus dem internationalen Vergleich ein überdurchschnittliches Arzt-Einwohner-Verhältnis. Die Bundesregierung wird jedoch genau beobachten, inwieweit die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung einschließlich der damit verbundenen Zunahme der Krankheitslast sowie die aufgrund des medizinischen Fortschritts zunehmenden Möglichkeiten die Arbeitsbedingungen von Klinikärztinnen und Klinikärzten verändern wird.



