



Unter Druck

Zwar sind die offiziellen Arbeitslosenzahlen für den ärztlichen Arbeitsmarkt noch relativ unspektakulär, doch ist von einer hohen verdeckten Arbeitslosigkeit auszugehen. Die am häufigsten und schmerzlichsten betroffenen Gruppen sind junge Ärztinnen und Ärzte nach Ableistung der AiP-Zeit sowie Fachärztinnen und -ärzte kurz nach ihrer Anerkennung zur Führung der Gebietsbezeichnung mit befristeten Arbeitsverträgen.

Am Donnerstag, den 6. Februar 1997 war es wieder einmal soweit: Die Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg gab bekannt, daß in der Bundesrepublik Deutschland der höchste Stand der Arbeitslosigkeit seit 1945 erreicht ist, und zwar mit einer Zahl von 4,66 Millionen Arbeitslosen im Monat Januar 1997. Damit wurden alle Schätzungen und Befürchtungen übertroffen.

Verwunderlich ist diese Entwicklung allerdings nicht. Seit längerer Zeit bin ich irritiert davon – und vielleicht geht es Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, genauso – daß der Abbau von Arbeitsplätzen in diesen Wochen die Erfolgsmeldung Nr. 1 einer Vielzahl von Unternehmen ist. Dies gleichzeitig versehen mit der festen Zusage, es im kommenden Geschäftsjahr noch „besser“ machen zu wollen.

Ich kann mich nicht erinnern, auch nur ein einziges Mal einen konkreten Vorschlag oder gar eine konkrete Maßnahme erlebt zu haben, die auf die Schaffung von Arbeitsplätzen ausgerichtet war. Der spektakuläre Donnerstag scheint aber mehr als nur mitfühlende Besorgnis unter den Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft ausgelöst zu haben.

Fokussiert auf den ärztlichen Arbeitsmarkt ist aber eine derartige Umstimmung noch nicht festzustellen. Die offiziellen Arbeitslosenzahlen sind noch vergleichsweise unspektakulär, insbesondere wenn die Dauerarbeitslosigkeit beleuchtet wird.

Woran liegt das? Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ist es eine ungemessene verdeckte Arbeitslosigkeit unter Ärztinnen und Ärzten, die den Blick für die reale Situation verschleiert. Teilzeitarbeitsverträge mit in Wirklichkeit erbrachter Vollzeitarbeit dürften den größten Einzelposten der Rechnung ausmachen, die niemand aufzumachen geschafft hat.

Junge Ärztinnen und Ärzte nach Ableistung der AiP-Zeit und Fachärztinnen und -ärzte kurz nach ihrer Anerkennung zur Führung der Gebietsbezeichnung mit befristeten Arbeitsverträgen sind nach allem, was wir wissen, die am häufigsten und schmerzlichsten Betroffenen.

Abgesicherte Erhebungen darüber gibt es aber bisher nicht, was wohl daran liegt, daß die betroffenen Kolleginnen und Kollegen – völlig verständlicherweise – nicht bereit sind, auch nur anonym über ihre wahre Situation Auskunft zu geben. Das Ziel, eine abgeschlossene Weiterbildung zu erreichen, läßt sie auch die eigentlich unerträglichsten Bedingungen in Kauf nehmen.

Auch viele zur Weiterbildung ermächtigte Kolleginnen und Kollegen sind in einer prekären Situation: einerseits wissen sie, daß Vollzeitbeschäftigungen bei Teilzeitarbeitsverträgen zweifellos eine Form von Ausbeutung und damit Verschleierung der wirklich zur Patientenversorgung erforderlichen Stellenkapazität ist, andererseits können sie es nicht übers Herz bringen, einzelnen gegenüber nein zu sagen, wenn sie nicht selten regelrecht angebettelt werden.

Doch dieser Zustand kann nicht ewig andauern: Es ist geradezu spürbar, wie sich dieses Arbeitsmarktproblem der jüngeren Ärzteschaft mischen wird mit den Turbulenzen, welche die in freier Praxis in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte in den letzten Monaten und Jahren durchmachen.

Die Ursachen für diese Situation der Ärzteschaft sind zum Teil vorhersehbar gewesen und wurden auch vorhergesehen. Seit 1977 haben wir vor einem umgekippten Arbeitsmarkt für Ärztinnen und Ärzte, exakt prognostiziert ab Herbst 1983, gewarnt – und sind dafür beschimpft worden. Eben-

falls seit 1977 wird phantasielose Kostendämpfungspolitik betrieben, welche vorläufig gipfelt in der heute geltenden mannigfachen Budgetierung, die ihrerseits wieder zu Arbeitsplatzabbau, z. B. im Kur- und Rehabilitationsbereich, aber auch im Bereich der Akutkrankenhäuser geführt hat und führt.

Ein übriges tut speziell die Niederlassungsbedarfsplanung, durch welche der Anstieg der Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erheblich abgesenkt wurde, und auch die Alternative der freien Praxis für junge Fachärztinnen und Fachärzte, aber auch für nicht spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, weitgehend an Bedeutung verloren hat. Hinzugekommen ist die Konkurrenz von nahezu 100 neuen Gesundheitsberufen, welche aus ihrer Profession heraus Dienstleistungen anbieten, die auch Ärztinnen und Ärzte erbringen könnten.

Ein besonderes Problem ist entstanden durch die Einführung der sog. Pflichtweiterbildung für alle Ärztinnen und Ärzte, welche sich im vertragsärztlichen System niederlassen wollen, und die durch höchstrichterliche Urteile für die Krankenhäuser bestehende Verpflichtung, zu jeder Tages- und Nachtzeit rund um die Uhr den sog. Facharztstandard bei der ärztlichen Versorgung sicherstellen zu müssen.

Dies bedeutet, daß erhöhte quantitative und qualitative Forderungen an die ärztliche Weiterbildung gestellt sind, während die Ressourcen für die arbeitsplatzbezogene Weiterbildung abnehmen. Hier sind auf unsere Ärztekammern zunächst unlösbar erscheinende Probleme zugekommen. Wie sehen die bisherigen Maßnahmen aus?

Durch die neue Weiterbildungsordnung von 1992 ist gegenüber früher eine stärkere Differenzierung und damit Verschlankeung der einzelnen Weiterbildungsgän-

ge eingeführt worden. Durch die Einführung der fakultativen Weiterbildungsgänge ist die eigentliche Facharztweiterbildung erleichtert. Nur wer meint, unbedingt alle Zeugnisse und Bescheinigungen sammeln zu müssen, möglicherweise ohne jemals Gebrauch davon machen zu können, muß die daraus entstehenden Engstellen passieren.

Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und andere Bildungseinrichtungen bieten immer mehr Weiterbildungsinhalte in Kurssystemen an, um die rückläufige arbeitsplatzbezogene Weiterbildungskapazität zu substituieren.

Mit anderen ärztlichen Organisationen müssen sich auch die Ärztekammern dafür einsetzen, die Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes durchzusetzen, um die Möglichkeiten einer Vergrößerung des ärztlichen Arbeitsmarktes auszuschöpfen.

In der jetzt zu Ende gehenden Amtsperiode der Kammerversammlung hat die Ärztekammer Nordrhein eine Broschüre über ärztliche Arbeitsmarktprobleme und die Kreation neuer Berufsfelder publiziert, welche schon einige Erfolge auch über den Bereich der Kammer Nordrhein hinaus gezeitigt hat.

Aufmerksam machen sollten wir auch auf die Möglichkeit, die ärztliche Weiterbildung im EU- und Nicht-EU-Ausland zu absolvieren, namentlich das Vereinigte Königreich bietet hier gute Chancen.

Schließlich muß immer wieder daran erinnert werden, daß es ja auch außerhalb der traditionellen Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung und des Krankenhaussektors die Möglichkeit gibt, in freier Praxis als niedergelassene Ärztin und niedergelassener Arzt tätig zu sein, auch wenn mehr als 90 Prozent unserer Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtmitglieder sind.

Warum soll es nicht möglich sein, daß Ärztinnen und Ärzte mit besonderen Qualifikationen, wie z. B. Naturheilverfahren, Homöopathie u. a., für solche Patientinnen und Patienten interessant werden, die heute – ja auch auf eigene Kosten – den Heilpraktiker aufsuchen.

Alle Bemühungen müssen aber im Endeffekt scheitern, wenn nicht durch eine Novellierung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung sowie die entsprechende Anpassung der Kapazitätsverordnungen die Nachwuchsströme in den Arztberuf vermindert werden.

Es ist unbedingt erforderlich, noch in dieser Legislaturperiode des Deutschen Bundestages die entsprechenden gesetzgeberischen Schritte durchzuführen. Sonst ist der bereits eingeleitete Niedergang des Arztberufes, der noch ausgestattet ist mit einem hohen Vertrauenskapital der Bevölkerung, nicht zu stoppen und umzukehren.

Ein solcher Niedergang wäre auf alle Zeit mit dem Namen Seehofer verbunden.

*Prof. Dr. Jörg Hoppe
Präsident der Ärztekammer
Nordrhein*