
2.1 Was ist ein Arzt?

Diese Frage mag ähnlich seltsam klingen wie die Frage „Was ist ein Kraftfahrzeugmechaniker?“. Die Antwort auf letztere Frage ist klar: „Jemand, der Fahrzeuge wartet und repariert“.

Doch im Folgenden werden wir sehen, dass die Beantwortung der Frage, was ein Arzt ist oder macht, bei weitem nicht so einfach ist, insbesondere wenn man die Randbereiche des Medizinischen betrachtet.

Laut Wikipedia beschäftigt sich ein Arzt mit der Prävention, Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten und Verletzungen [1].

Diese Definition ist aber sicher nicht ausreichend, da zum Beispiel die Reproduktionsmedizin sich relativ wenig mit Krankheiten oder Verletzungen befasst, sondern mit der natürlichen und assistierten Fortpflanzung und ihren Störungen.

Auch gibt es den ärztlichen Beruf des medizinischen Controllers, der sich hauptsächlich damit befasst, wie eine medizinische Behandlung am besten im Krankenhaus abgerechnet werden kann und ebenfalls höchstens indirekt mit klassischer ärztlicher Tätigkeit in Berührung kommt.

Im Folgenden soll ausgeführt werden, dass die Recherche nach einer guten Definition, was ein Arzt ist, selbst bei Bundesgremien schwierig ist und offizielle Einigkeit bisher noch nicht erreicht worden ist.

Auf der Webseite der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Verantwortlicher ist das Statistische Bundesamt) findet man folgende Definition (inklusive des Quellenhinweises www.wissen.de):

Ärzte sind Heilbehandler und Sachverständige auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mit staatlicher Approbation (Bestallung) nach abgeschlossenem Hochschulstudium. Die Tätigkeit als praktischer Arzt kann er erst ausüben, wenn er sich „niedergelassen“ hat. Zur

Ausübung der Tätigkeit bei den gesetzlichen Krankenkassen benötigt er die Zulassung als Kassenarzt. Die Niederlassung ist entweder als praktischer Arzt (Arzt für Allgemeinmedizin) oder als Facharzt möglich. Der Arzt unterliegt in seiner Tätigkeit der Schweigepflicht. Es gibt Ärzte, die ausschließlich oder daneben öffentlich-rechtliche Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens wahrnehmen, z. B. die Amtsärzte, die eine besondere Staatsprüfung ablegen müssen, aber auch die Vertrauensärzte der Versicherungskörperschaften. Die Grundsätze des ärztlichen Berufs sind in der Neufassung der Bundesärzterordnung vom 16.4.1987 geregelt. Daneben ist das Recht des Arztes in der Bestallungsordnung für Ärzte, der Approbationsordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Ärzte zusammengefasst. Für den Kranken gilt die freie Arztwahl, für den Kassenpatienten mit der Einschränkung, dass er nur unter den Kassenärzten wählen darf (Quelle: www.wissen.de) [2].

Ärzte sind also Heilbehandler und Sachverständige auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mit staatlicher Approbation.

Auch diese Definition scheint mir nicht vollständig zu sein, da zum Beispiel Ärzte in der Forschung nur unzureichend integriert sind.

Vielleicht hilft es ja, wenn man darauf schaut, was ein Arzt macht, nach dem Motto „Sage mir, was du machst, und ich sage dir, was du bist“. Eine Definition von ärztlicher Tätigkeit findet sich z. B. bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe:

Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt, mit verwendet werden oder werden können. Z. B. Tätigkeit in Lehre, in Forschung, in Wirtschaft und Industrie, in der Verwaltung, als Fachjournalist, gelegentliche Tätigkeit als Gutachter, Praxisvertreter, ärztlicher Notfalldienst, Honorararzt, ärztlicher Direktor, Medizincontroller, ärztlicher Qualitätsmanager, ehrenamtliche Tätigkeit in der Berufspolitik und ärztlicher Selbstverwaltung [3].

Diese Definition erklärt, dass bei ärztlichen Tätigkeiten ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt und eingesetzt werden.

Nur, wo beginnen ärztliche Fachkenntnisse und wo hören sie auf?

Um dies herauszufinden, müssen wir wohl zum Äußersten schreiten und in der Bundesärzterordnung nachlesen, was über ärztliches Fachwissen und ärztliche Tätigkeit geschrieben steht.

Hier seien einige wichtige Auszüge zitiert:

§ 1

1. Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.
2. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

§ 2

1. Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.
5. Ausübung des ärztlichen Berufs ist die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung ‚Arzt‘ oder ‚Ärztin‘.

§ 3

1. Die Approbation als Arzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt,
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist,
4. nach einem Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung entfallen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat,
5. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt (...) [4].

Insgesamt umfasst die Bundesärzteordnung 16 Paragraphen, jedoch lässt sich keine klare Definition für ärztliche Tätigkeit herauslesen. Zusammenfassend definiert sie lediglich den ärztlichen Beruf als Ausübung der Heilkunde von einem approbierten Arzt.

Eine Definition der Heilkunde können wir im Heilpraktikergesetz nachlesen, wobei der aufgeführte Paragraph nur beschreibt, was Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes ist, ob aber diese Definition letztlich auch für Ärzte gilt, bleibt offen.

§ 1

1. Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.
2. Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird [5].

Letztendlich sollte man davon ausgehen können, dass es sich um ärztliche Tätigkeit handelt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die Tätigkeit wird von einem approbierten Arzt durchgeführt.
- Die Tätigkeit wird berufs- oder gewerbsmäßig durchgeführt.

- Die Tätigkeit, wozu auch die Beratung zählt, dient der Prävention, Diagnostik, Therapie oder Linderung von Krankheiten, Leiden, körperlichen Störungen oder Körperschäden bei Menschen.
- Die Tätigkeit muss nicht direkt, sondern kann auch im Dienst anderer ausgeführt werden.

Als ärztliche Fachkenntnisse müsste man demzufolge alles bezeichnen, was man an Wissen benötigt, um diese Tätigkeit und Beratung durchführen zu können.

Und damit ist eine ärztliche Tätigkeit auch in der Wirtschaft möglich, da doch gerade in der Wirtschaft ärztliches Fachwissen dringend notwendig ist, und dies nicht nur im Bereich Healthcare.

Jede Firma arbeitet nach dem Prinzip, welches uns Ärzten so vertraut ist: Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie von Krankheiten des Unternehmens, welche sich stets auf einen gemeinsamen Nenner reduzieren lassen: finanzieller Verlust.

Nun kann man argumentieren, dass die betriebswirtschaftlichen Fachkenntnisse doch stark von den ärztlichen Fachkenntnissen differieren. Aber man muss noch gar nicht so weit gehen, sich darüber Gedanken zu machen, wo in der Betriebswirtschaft für einen Arzt die ärztliche Tätigkeit anfängt oder aufhört. Schon viel früher wird die ärztliche Tätigkeit trotz angewandter ärztlicher Fachkenntnisse infrage gestellt:

Erstaunlicherweise hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg in einem Urteil vom 8. Oktober 2010 beschlossen, dass ein Arzt nicht mehr ärztlich tätig ist und damit von der gesetzlichen Rentenversicherung befreiungsberechtigt ist, wenn er als Pharmareferent beschäftigt ist.

Die Begründung mutet seltsam an:

Auch Personen mit einem anderen („nichtärztlichen“) beruflichen Werdegang könnten als Pharmareferent gemäß § 75 Abs. 2 Arzneimittelgesetz (AMG) tätig sein. Dass Ärzte besonders gute Voraussetzungen mitbrächten, reiche im Befreiungsrecht nicht aus, um von einer berufsgruppenspezifischen Beschäftigung auszugehen [6].

In weiteren Urteilen zeigt sich jedoch, dass andere Gerichte dies anders sehen. Dafür werden folgende Gründe genannt:

Die berufsständischen Kammern nehmen die Belange der Gesamtheit der von ihr vertretenen Berufsangehörigen wahr und sollen dafür die Erfahrungen von Berufsangehörigen aus allen Tätigkeitsbereichen nutzen (...). Eine ärztliche Tätigkeit ist deshalb immer dann anzunehmen, wenn die Anwendung oder Mitverwendung von ärztlichem Wissen der Tätigkeit ihr „Gepräge“ gibt (...). Zwar könnte der Begriff der „ärztlichen Tätigkeit“ auch enger

verstanden werden (...). Entscheidend ist aber, dass die konkrete Tätigkeit auf ärztlichem Wissen aufbaut und ihr zum Teil Aufgaben der medizinischen Aufklärung zukommen, wie sie vergleichbar auch von ambulant oder stationär praktizierenden Ärzten erbracht werden (...) [7].

Die Bundesärztekammer stellt in einem Arbeitspapier vom 15. Januar 2014 klar, dass der Begriff der ärztlichen Berufsausübung in der Regel nicht landesgesetzlich definiert ist. Die Ärztekammern geben jedoch eine Definition, die die Landesgesetzgeber verwenden können.

Es wird auch auf die unterschiedliche Darstellung in der Bundesärzteordnung und den Kammer- und Heilberufegesetzen hingewiesen.

Letztendlich wird dargelegt, dass der Senat des Bundessozialgerichts in einem Urteil von 31. Oktober 2012 [8] feststellt, dass das SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) nicht klärt, welche inhaltlichen Kriterien erfüllt sein müssen, damit von einer ärztlichen Tätigkeit ausgegangen werden darf. Gleichzeitig stellt er auch fest, dass die ärztlichen Kammern und Versorgungseinrichtungen ärztliche Tätigkeit definieren.

Als ärztliche Berufe und ärztliche Tätigkeit im Sinne des Kammerrechts wurde von diversen Gerichten Folgendes konkretisiert [61]:

- Forschung und Lehre an Hochschulen und Universitäten
- Arzt im öffentlichen Dienst und in der Gesundheitsverwaltung
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Pharmaindustrie
- Vorstandstätigkeit bei der Ärztekammer

Aber auch der Beruf des Medizinjournalisten wurde als eine ärztliche Tätigkeit vom Bundessozialgericht anerkannt [9].

Zusammenfassend betrachtet ist es tatsächlich nicht leicht zu bestimmen, was ärztliche Tätigkeit ist und was sie nicht ist. Wenn diese weit auslegt wird, können selbst Betriebswirtschaft, Jura oder andere Bereiche dem Gesundheitswesen zugesprochen werden. Da sich das Gesundheitswesen ja mit der Prävention, Erkennung, Beratung und Therapie von seelischen und körperlichen Gebrechen beschäftigt und nichts der Gesundheit zuträglicher ist als Erfolg und Freude, Vermeidung von Disstress und Erzielen von Eustress, kann sämtliche berufliche Tätigkeit, die ein Arzt durchführt, um für sich und andere etwas Positives zu bewirken, als ärztliche Tätigkeit angesehen werden. Wie oft bekommt ein Mediziner das Argument zu hören „Sie als Arzt wissen das natürlich“.

Und damit kommen wir im nächsten Abschnitt zum Mythos des allwissenden einkommensunabhängigen Arztes.

2.1.1 Warum ein Arzt kein Geld braucht

In der Gesellschaft gibt es verschiedene typische Klischees von einem Arzt. Eines soll hier aufgezeigt werden.

Das Bild sieht stark übertrieben in etwa so aus: Ein Arzt ist ein weiser, gebildeter Mensch, der über alle Belange des menschlichen Körpers Bescheid weiß, Geheimnisse über uns kennt, die sonst keiner weiß, und dieses Wissen, das ihm irgendwann einmal von irgendwoher gegeben wurde, benutzt, um uns zu helfen, wenn wir ein Problem mit unserem Körper haben. Da er nicht nur unsagbar reich an Wissen ist, sondern auch noch über unbegrenzte finanzielle Ressourcen verfügt und kein Geld zum Leben braucht, da ihm alles zufließt, so wie ihm auch sein Wissen zugeflogen ist, kann er sich auch unbegrenzt um die armen Menschen kümmern, die seiner Hilfe bedürfen. Denn der Arzt ist ja ein Halbgott in Weiß und damit sozusagen zur Barmherzigkeit verpflichtet.

Und Göttern bezahlt man ja sonst auch nichts, zumindest nicht monetär, man opfert ihnen höchstens. Und welches Opfer könnte denn mehr Ehrenbezeugung sein als z. B. die Blutabgabe, die wir dem Arzt gerne geben, wenn er es verlangt.

Dafür ist er gnädig mit den reuigen Sündern des Nikotins, Cholesterins, Alkohols, Zuckers und den vielen sonstigen schlechten Angewohnheiten. Die Sünder nehmen doch die verschriebenen Medikamente wie Gebete täglich ein, damit die kleinen Verfehlungen des Alltags nicht ganz so schlimme Folgen haben werden.

Ach ja, und außerdem wird ja doch etwas für die medizinische Versorgung gezahlt, die allen zusteht so wie den Gläubigen die Sakramente. Ähnlich wie die Kirchensteuer wird allen der Krankenkassenbeitrag direkt vom Lohn abgezogen und damit die Maut zur medizinischen Seligkeit an den Staat bezahlt.

Was und wie viel genau damit bezahlt wird, kann einem theoretisch ja egal sein, denn den Ärzten geht es in ihrer olympischen Seligkeit ohnehin so gut.

Selbstverständlich ist das Geschriebene stark überspitzt, aber gewisse Parallelen zwischen Medizin und der abendländischen Religion sollen hier, wenn auch übertrieben, dargestellt werden, um ein tief gehendes Problem der Ärzte aufzuzeigen. Es ist dabei in keiner Weise die Absicht des Autors, religiöse Gefühle zu verletzen oder religiösen Glauben lächerlich zu machen.

Doch das Beispiel ist nicht ganz abwegig, wenn man zudem betrachtet, dass die Kirchensteuer in den meisten Bundesländern 9 % beträgt. Das ist mehr als der Beitrag, den der Arbeitnehmer für seine gesetzliche Krankenversicherung selber trägt. Von den derzeit 15,5 % zahlt der Arbeitnehmer 8,2 % und der Arbeitgeber 7,8 %.

Der klassische Arzt, der sich tatsächlich um das Wohl des Patienten kümmert und hierfür die Bereiche Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie und Nachsorge ernsthaft betreibt, kann und will dies nicht nur aus reiner Nächstenliebe tun.

Das Wissen des Arztes ist nicht kostenlos und auch nicht investitionsfrei in den Arzt eingedrungen. Er hat mindestens sechs Jahre seines Lebens dafür aufgewendet und durch unbezahlte vorärztliche Tätigkeiten (diverse Praktika inklusive des praktischen Jahres) sowie im Vergleich zu anderen Berufsfeldern die unterbezahlte Beschäftigung als Assistenzarzt viel Zeit und wahrscheinlich auch Geld eingebracht.

In der Betriebswirtschaft ist eine Investition eine Bindung von Mitteln in Vermögensgegenstände, die in der Regel erbracht wird, um hieraus Erträge zu erzielen. Im Falle der ärztlichen Ausbildung ist der Vermögensgegenstand der Arzt selber, der seine Lebenszeit investiert hat.

Eine wichtige Ursache für das Dilemma, welches Ärzte in Bezug auf leistungsgerechte Bezahlung haben, könnte auch darin liegen, dass das medizinische Studium in der Regel keinen betriebswirtschaftlichen Abschnitt enthält und dass das Helfen Notleidender eine ethische Pflicht darstellt, die schon Immanuel Kant beschrieben hat. Der Gesetzgeber tut ein Übriges, indem er, aus moralischer Sicht völlig zu Recht, die Hilfspflicht über z. B. ökonomische Aspekte stellt [10]. Da im deutschen Gesundheitssystem für Kassenpatienten das Sachleistungsprinzip verankert ist und so der Patient in der Regel nie mit einer Rechnung in Berührung kommt, ist für ihn, bis auf kleinere Geldbeträge, die ärztliche Behandlung kostenfrei. Somit kann die ärztliche Hilfeleistung zumindest unterbewusst als humanitär verpflichtete Behandlung ohne messbaren finanziellen Gegenwert angesehen werden, auch wenn der Arzt, rechtlich gesehen, außer bei Notfallpatienten oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen, die ärztliche Behandlung ablehnen kann. Ärzte sind historisch bedingt bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten nicht in der Lage, selber zu bestimmen, was der finanzielle Wert ihrer Dienstleistung ist, und damit abgeschnitten von den marktwirtschaftlichen Gesetzen der Preisbestimmung durch das Verhältnis von Angebot und Nachfrage.

Die Süddeutsche Zeitung erkennt, was die Ärzte in Deutschland heute wirklich sind: „Hanswürste in Weiß“. Der Autor, selber Arzt am Friedrich-Baur-Institut der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, beschreibt den Klinikarzt der Moderne als Sklavenarbeiter mit Selbstwertproblem. Und er beschreibt die 50 % der Medizinstudenten des ersten Semesters 1997, die nie als Klinikarzt tätig wurden, weil sie entweder das Studium nicht zu Ende führten oder in alternative Berufsfelder gingen. Auch wichtige Aspekte wie die Ausbildung der

Assistenzärzte oder die Zeit des Arztes für das Patientengespräch werden aufgeführt [11].

Der Autor des Artikels zielt auf die Klinikärzte und deren Arbeitsbedingungen, welche in den nächsten Abschnitten dieses Buches erläutert werden.

Die Arbeitsbedingungen der Klinik – sowie auch der niedergelassenen Ärzte – sind natürlich von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln abhängig. Wo viel Geld ist, ist es auch leichter, ein attraktives Arbeitsfeld zu schaffen. Dass die Arbeitsbedingungen auch im niedergelassenen Bereich nicht optimal sind, kann zum Beispiel an dem entsprechenden Mangel an Nachwuchs erkannt werden, der die kassenärztliche Bundesvereinigung dazu veranlasst hat, eine bundesweite Werbekampagne für niedergelassene Ärzte durchzuführen (Abb. 2.1).

Daher soll im folgenden Abschnitt die Berufssituation der niedergelassenen Ärzte und daran anschließend die der Klinikärzte erörtert werden.



Abb. 2.1 Plakatmotiv Ärztemangel. (KBV)

2.2 Situation der niedergelassenen Ärzte

Es gibt durchaus viele Ärzte, die sehr zufrieden mit ihrer ärztlichen Tätigkeit sind und die sich freuen, diesen Beruf ergriffen zu haben. Es soll nicht bestritten werden, dass als niedergelassener Arzt auch gutes Geld verdient werden kann, doch sind klassische Faktoren wie Arbeitszeit und Ausbildungsniveau und selbst Patientenzahlen keine Garanten mehr dafür.

Laut einer Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft sind 36 % der kurativ tätigen Humanmediziner selbstständig [12].

Vieles scheint heutzutage eher von Glück (das richtige medizinische Berufsfeld ergriffen zu haben) und externer Steuerung durch dienstleistungsferne Entscheidungsorgane beeinflusst zu werden.

Als Beispiel kann die Budgetdeckelung der ambulanten Versorgung angeführt werden.

Wie im vorangegangenen Abschnitt aufgeführt, besteht eine Deckelung im ambulanten kassenärztlichen Bereich (siehe Abschn. 1.3.1). Bei steigendem Versorgungsbedarf müssen die Vertragsärzte unter dem Budgetdeckel entweder unentgeltlich mehr leisten oder einen Teil des wachsenden Behandlungsbedarfs unerledigt lassen [13].

Es gibt jedoch Leistungen, die nicht unter diese Budgetregulierung fallen. Diese werden als außerbudgetär oder extrabudgetär bezeichnet. Die entsprechende Regelung hierzu findet sich im SGB V § 87a Abs. 3 Satz 5. Danach können außerhalb der von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung weitere vertragsärztliche Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen, soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei der Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Nicht budgetierte Leistungen werden zusätzlich zur budgetierten Gesamtvergütung im Rahmen der Einzelabrechnung von den Kassen bezahlt.

Die Krankenkassen haben jedoch die Möglichkeit der Bereinigung. Hierbei werden die extrabudgetär gezahlten Leistungen von der budgetierten Gesamtvergütung abgezogen.

In einer Grafik auf der Webseite www.honorarluege.de sieht das am Beispiel der KV Nordrhein so aus (Abb. 2.2):

Eine Liste der extrabudgetären Leistungen ist bei den jeweiligen KVen erhältlich. Beispielfhaft hier der Link für die KV Baden-Württemberg [14]:

Letztendlich gehen die unbudgetierten Leistungen zulasten der Honorare von Ärzten, die keine unbudgetierten Leistungen erbringen können, da die EBM sinkt, weil der Gesamtbeitrag der Krankenkassen für die ambulante Versorgung an die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelt ist.

Die Honorare sind auch nicht mit dem Nettoeinkommen der Ärzte zu verwechseln. Laut der KBV beträgt das Nettoeinkommen durchschnittlich 23,5 % des Honorars. Der Rest wird für folgende Kosten verwendet:

- Praxiskosten, zum Beispiel für Personal, Miete, Energie, Versicherungen und medizinische Geräte. Diese Betriebsausgaben sind je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch. Sie betragen im Durchschnitt über alle Gruppen 51,6 % des Honorarumsatzes.
- Steuerzahlungen (14,9 %)
- Berufsständische Altersversorgung (7,1 %)
- Aufwendungen für Kranken- und Pflegeversicherungen (2,8 %)

Im Durchschnitt verdiente ein niedergelassener Arzt 2011 durch Honorare 5442 € monatlich [15]. Wie hoch schließlich der endgültige Nettoverdienst des Arztes ist, lässt sich statistisch nicht gut erfassen, da dies von weiteren Faktoren wie Anzahl und Art der Leistungen im privatärztlichen und sonstigen ärztlichen Sektor abhängt.

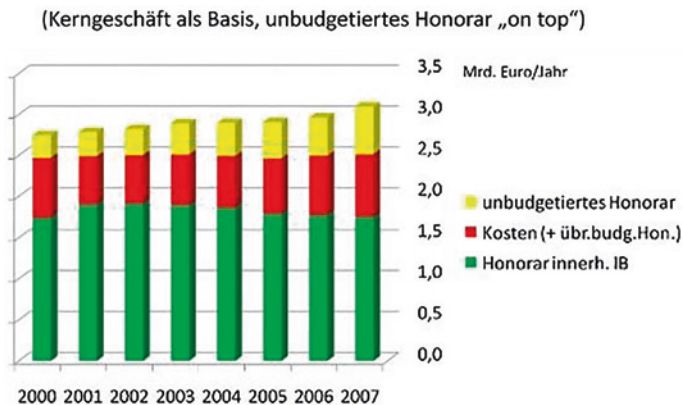


Abb. 2.2 Budgetiertes und unbudgetiertes Honorar und Kosten. (<http://www.luege-der-woche.de/vom-kopf-auf-d-fuesse.html>)

Von der KBV werden regelmäßig Quartals-Honorarberichte erstellt und auf der Webseite der KBV veröffentlicht. Im Honorarbericht für das erste Quartal 2013 [16] sind statistische Zahlen für einzelne Fachgruppen aufgeführt. Unter anderem findet man auch eine Aufstellung der Honorarumsätze und Honorarüberschüsse. Die Honorarüberschüsse wurden anhand von Zahlen berechnet, die vom Zi-Praxis-Panel (ZIPP) [17] veröffentlicht werden. Die Kostensätze des ZIPP beziehen sich auf das Jahr 2011, die Honorarumsätze auf das 1. Quartal 2013. Die Berechnung erfolgte nach der Formel:

$$\text{Honorarumsatz} \times (1 - \text{Kostensatz (\%)}) = \text{Überschuss}$$

In Abb. 2.3 wurden vom Autor die aufgeführten Zahlen auf das Jahr extrapoliert und die Honorarumsätze und Honorarüberschüsse gegenübergestellt.

Da vom ZIPP keine Kostensätze für die Bereiche Innere Medizin, SP Endokrinologie, SP Nephrologie vorlagen, wurden diese vom Autor aus der

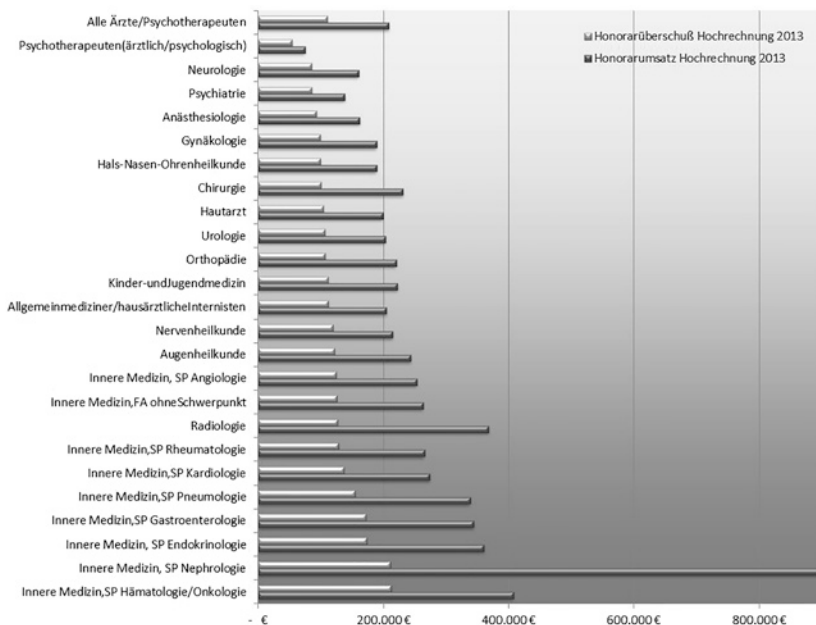


Abb. 2.3 Honorarumsatz und Honorarüberschuss. (Extrapoliert aus Zahlen der KBV und des Statistischen Bundesamts)

Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamts von 2011 [63] errechnet, wobei kein Anspruch auf Richtigkeit erhoben wird.

Die Honorare und die Honorarüberschüsse sind unterschiedlich für die jeweiligen Fachgruppen. Auch zeigt das ZIPP in einer Analyse auf, dass die Statistik nicht wirklich hilfreich ist, da systematische Fehler nicht vermeidbar sind. Die Daten wurden aus Stichproben gewonnen und statistisch extrapoliert. Als Kritikpunkte werden genannt:

- Zweck der Statistik verändert die Stichprobe.
- Stichprobenzusammensetzung vermittelt zu hohe Mittelwerte für Umsatz, Kosten und Überschuss.
- Zusammensetzung und Besetzung der Fachgruppen weicht vom Bundesarztre-gister ab.
- Vergleiche zwischen KSA 2007 und KSA 2011 sind irreführend.

Anmerkung: Die ausführliche Begründung kann im Arbeitsblatt der ZIPP nachgelesen werden [18].

Es empfiehlt sich daher, die Statistik unter Vorbehalt zu verwenden. So schreibt das Ärzteblatt:

„Über Validität und Interpretation der Daten zur Einkommenssituation der Vertragsärzte und -psychotherapeuten gab es in den letzten Jahren regelmäßiger Streit. KBV und Krankenkassen warfen sich gegenseitig vor, die Ärzte arm beziehungsweise reich zu rechnen. Das wurde zuletzt bei einer Tagung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) im November 2012 deutlich“ [19].

Die Argumentation der Barmer GEK zu den Honoraren der ambulant tätigen Ärzte verdeutlicht ebenfalls, wie kontrovers die Thematik diskutiert wird. In dieser Stellungnahme werden sämtliche Argumente, die von der KBV und den niedergelassenen Ärzten aufgeführt werden, wie Ärztemangel, unzureichende Vergütung, Abwanderung von Ärzten ins Ausland, zunehmende Insolvenzen, Verteilung von Honoraren zwischen Arztgruppen und Regionen bestritten [20].

Wichtige Argumente wie hohe Arbeitsbelastung, steigende Bürokratie, Infragestellung der Freiberuflichkeit durch zu starke gesetzliche Regulierungen werden dem von der Ärzteschaft entgegengehalten [21]. Das Buch „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen“ von Bestmann, Küchler und Henne-Brunns belegt diese Argumente anhand von Studien [22]. Danach lässt sich die Selbsteinschätzung der Ärzteschaft im niedergelassenen Bereich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- Wochenarbeitszeit von 55 bis 60 h
- Gefühl von Zeitdruck und Stress und zu wenig Zeit für Patienten
- Übermaß an Bürokratie
- Zu wenig Freizeit und Zeit für die Familie
- Unzureichendes Einkommen
- Gefühl von mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung
- Gefühl einer unsicheren Zukunft
- Bedrohung der Autonomie der Profession durch zunehmende „managed care“-Versorgung und ökonomischen Druck
- Missverhältnis von investierter Energie und zurückkommender Belohnung
- Burn-out-Anzeichen bzw. Suchtmittelkonsum bei einer Minderheit der Ärzte

Laut der Studie würden 63,0 % der männlichen und 68,1 % der weiblichen Ärzte sich zu den gegenwärtigen Bedingungen auch heute wieder für diesen Beruf entscheiden. Einem Artikel des deutschen Ärzteblatts [23] lassen sich unter anderem folgende Feststellungen zur Zufriedenheit der Ärzte entnehmen:

- Deutlich unzufriedener als die ‚Normalbevölkerung‘ sind die Ärztinnen und Ärzte mit Arbeit, Freizeit und den Möglichkeiten der Kinderbetreuung. Zufriedener sind sie hingegen mit ihrer Gesundheit. (...)
- Tendenziell sind die Krankenhausärzte etwas zufriedener als die Niedergelassenen, wobei hier die rechtsschiefe Verteilung verdeutlicht, dass einige Niedergelassene extrem unzufrieden sind, während sich die Unzufriedenheit der Kliniker symmetrisch verteilt. (...)
- Die signifikant (inhaltlich wie statistisch) höhere Unzufriedenheit, insbesondere im familiären Bereich, deutet an, dass für Ärztinnen die Kombination ‚Beruf und Familie‘ nach wie vor schwieriger ist als für ihre männlichen Kollegen. (...)
- Die Hypothese, dass die berufliche Unzufriedenheit der Ärzte darauf zurückzuführen ist, dass sie generell unzufriedener sind als der ‚Durchschnittsbürger‘, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht belegen (...).

In einer Studie im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein von 2005 [24] ist zu lesen:

74,1 % der Ärzte fühlen sich in der Therapiewahl eingeschränkt. (...)
74,0 % beklagen, die Höhe ihres Einkommens nur in geringem oder keinem Maße beeinflussen zu können. (...)
60,9 % der befragten Mediziner geben an, dass die Erwartungshaltung der Patienten eher oder deutlich überzogen ist. (...)
Die Zusammenarbeit mit einzelnen Akteuren im Gesundheitssystem wird in unterschiedlich starker Weise von positiven und negativen Erfahrungen geprägt. Am

besten wird dabei die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Ärzten beurteilt, während positive Erfahrungen mit Krankenhäusern deutlich seltener gemeldet werden. Krankenkassen und KVSH schneiden hierbei ebenfalls schlechter ab, wobei der KVSH ein deutlicher Kompetenzvorsprung gegenüber den Krankenkassen bescheinigt wird (...).

Zusammenfassend kann man anführen, dass die Niederlassung zusätzliche Chancen zur Karriere als Klinikarzt mit sich bringt, insbesondere in Bezug auf die eigenständige Möglichkeit der Gestaltung des Arbeitsfelds.

Laut Bundesärztekammer gab es 2013 in Deutschland rund 123.300 niedergelassene Ärzte. Das entspricht 26 % der Ärzte bei einer Gesamtzahl von 470.400 Ärzten [25].

Bei der Wahl der Niederlassungsform empfiehlt sich eine frühzeitige Informationssuche. Auch besteht meistens eine Warteliste, auf die sich frühestmöglich eingetragen werden sollte. Die KBV, KVen, Bundesärztekammer, Buchverlage und kommerzielle Existenzgründungsdienstleister bieten hierzu vielfältiges Informationsmaterial an. Mögliche Formen der Niederlassung umfassen:

- Praxisneugründung
- Praxisübernahme
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- Anstellung
- Jobsharing-Praxis
- MVZ

Durch eine Niederlassung kann das Einkommen im Vergleich zur Tätigkeit als Klinikarzt gesteigert werden, aber eine Garantie hierfür besteht nicht. Auch sollte bedacht werden, ob der Wille besteht, die allgemeinen Risiken einer Selbstständigkeit zu tragen. Siehe hierzu auch die Abbildung der Kampagne der KBV [26] (Abb. 2.4).

Schließlich sollte sich darüber klar geworden sein: Ein Selbstständiger arbeitet in der Regel „selbst“ und „ständig“.

Als Risiken der Selbstständigkeit sind zu nennen:

- Einnahmenunsicherheit
- Krankheit
- Investitionskosten
- Fehlende unternehmerische Fähigkeiten (Marketing, Buchhaltung, Personalführung, Controlling, Geschäftsführung)



Abb. 2.4 Ich bin Hausarzt und Manager. (http://www.ihre-aerzte.de/fileadmin/kbv/Plakate2/Download/Plakatmotiv_02_3508x2480_Gerber.jpg)

Die Chancen einer Niederlassung beinhalten:

- Selbstverwirklichung
- Selbstgestaltung des Arbeitsfelds
- Anerkennung und Sozialprestige
- Langzeitbegleitung von Patienten
- Erhöhte Einflussnahme auf das Einkommen
- Direkte Einflussnahme auf Teilnahme an kassenärztlichen Bereitschaftsdiensten

Wichtige vorbereitende Schritte sind:

- Standortanalyse
- Betriebswirtschaftliche Analyse bei Praxisübernahme
- Sorgfältige Kalkulation bei Kreditnahme unter Einplanung einer unerwarteten Verzögerung der Einnahmen

- Planung von Liquiditätsreserven
- Worst-Case-Kalkulation
- Erstellung eines Businessplans
- Erstellung von Marketingkonzepten (Wie hebe ich mich vom Wettbewerb ab?)
- Erneute betriebswirtschaftliche Prüfung innerhalb weniger Monate nach Beginn der Niederlassung

Gegebenenfalls ist es zu empfehlen, begleitend einen betriebswirtschaftlichen Fachkurs oder ein Seminar aufzusuchen.

Die Intention dieses Abschnitts war, Möglichkeiten ärztlicher Selbstständigkeit aufzuzeigen. Die hier dargelegten Aspekte sollen jedoch nur Gedankenanstöße geben und zu einer weitergehenden Recherche anregen.

Im Folgenden wird die Situation der Klinikärzte beleuchtet.

2.3 Situation der Klinikärzte

Zur Ausbildung des Arztes gehört die Assistenzarztzeit bei einem Weiterbilder. Dies ist in der Regel ein Krankenhaus. Auch bieten die Krankenhäuser eine wichtige Karrieremöglichkeit als Oberarzt oder Chefarzt. Immerhin sind laut Statistischem Bundesamt von 348.700 Ärzten in Deutschland 45 % (159.764) in einem Krankenhaus tätig [27].

Die Arbeitszufriedenheit der Ärzte im Krankenhaus ist in der letzten Zeit sehr in den Fokus gerückt und zahlreiche Publikationen beschäftigen sich mit diesem Thema. Dass die Arbeitszufriedenheit das Wohlbefinden der Ärzte und die Qualität der medizinischen Versorgung beeinflusst, ist evident [28–33, 62].

Die letzten Ärztestreiks in Deutschland hatten zwar primär das Ziel eines eigenen Tarifvertrags, aber sicherlich spielen auch andere Gründe für die gestiegene Streikbereitschaft der Klinikärzte eine Rolle. In der Hauptsache sind hier zunehmende Arbeitsbelastungen wie etwa Zeitdruck, Verwaltungsaufwand, ungenügende Verdienstmöglichkeiten, schlechtes Arbeitsklima, starre hierarchische Strukturen und schwierige Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie zu nennen [34, 35].

Abb. 2.5 zeigt die in einer Studie von 2008 ermittelte Zufriedenheit der Klinikärzte nach Fachgruppen (Anmerkung: Die Studie hat Punktwerte auf einer Skala von 1–7 vergeben. Der Autor des vorliegenden Buches hat diese Punktwerte auf Prozentwerte umgerechnet. 7 Punkte = 100 % zufrieden).

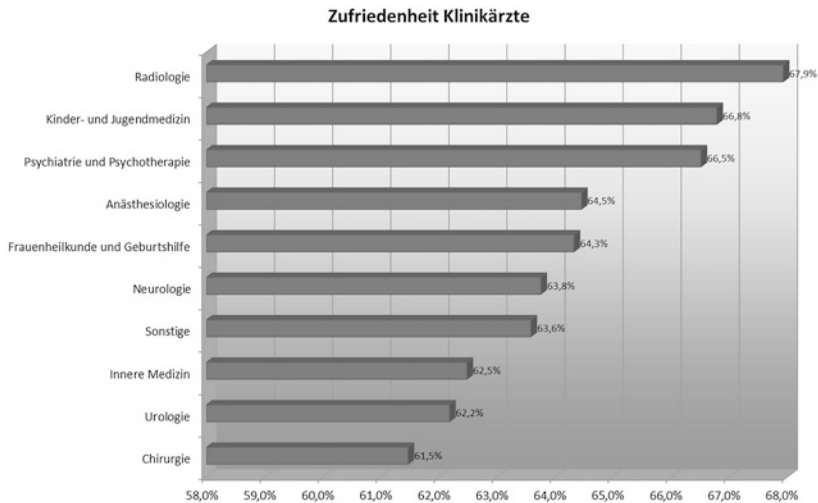


Abb. 2.5 Zufriedenheit der Klinikärzte nach Fachgruppen [57]

Auffällig ist, dass etwa die Internisten im niedergelassenen Bereich in der Stichprobe am zufriedensten erscheinen, während die Internisten im Krankenhaus das unterste Zufriedenheitsdrittel einnehmen.

Es kann angenommen werden, dass die Zufriedenheit im niedergelassenen Bereich nicht unwesentlich auch mit dem Einkommen zusammenhängt. Da jedoch das Einkommen der Krankenhausärzte recht konstant ist, spielen möglicherweise andere Faktoren wie Verwaltungsaufwand, Arbeitsklima, Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie etc. für die Unterschiede eine wichtigere Rolle als die Einkommenshöhe.

Es soll zwar nicht generalisiert werden, jedoch wird mancher Kollege aus eigener Erfahrung vielleicht bestätigen, dass im Krankenhaus die Bereiche Innere Medizin und Chirurgie zu jenen zählen, in denen die Stimmung unter den Ärzten meist etwas angespannter ist als in anderen Fachgebieten.

Die Gründe hierfür sind sicher individuell verschieden, aber ein wichtiger Faktor ist meines Erachtens, wie anspruchsvoll und belastend die Bereitschaftsdienste in den Fachgruppen sind.

Eine Studie, die das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit durch das Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie in Zusammenarbeit mit dem Staatlichen Gewerbeaufsichtsamt Bautzen im Jahr 2002

erstellt hat, zeigt auch, dass die Arbeitsbelastung für Internisten und Chirurgen im Bereitschaftsdienst am höchsten ist (siehe Abb. 2.6) [36].

Bereitschaftsdienste sind für die Aufrechterhaltung des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser zwingend notwendig und für die angestellten Ärzte eine der wenigen Möglichkeiten, das Einkommen aufzubessern, da diese zusätzlich bezahlt werden. Daher wird eine Umgestaltung der Bereitschaftsdienste in Regelarbeitszeit von vielen Ärzten nicht unbedingt als Entlastung angesehen. Die Angaben in Tab. 2.1, die einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts zu entnehmen sind, lassen erkennen, dass durch Bereitschaftsdienste das Einkommen der Klinikärzte je nach Stufe zwischen 24 und 55 % gesteigert werden kann [37]. Durch Umwandlung des Bereitschaftsdienstes in Regelarbeitszeit stünde den Ärzten zwar mehr Freizeit zur Verfügung, aber das notwendige Gehalt, um die Freizeit zur Erholung nutzen zu können, würde fehlen. Viele Ärzte könnten sich dadurch dann gezwungen sehen, die zusätzliche Freizeit zum Beispiel mit Notarztdiensten oder kassenärztlichen Bereitschaftsdiensten zur Aufbesserung des Gehalts zu nutzen.

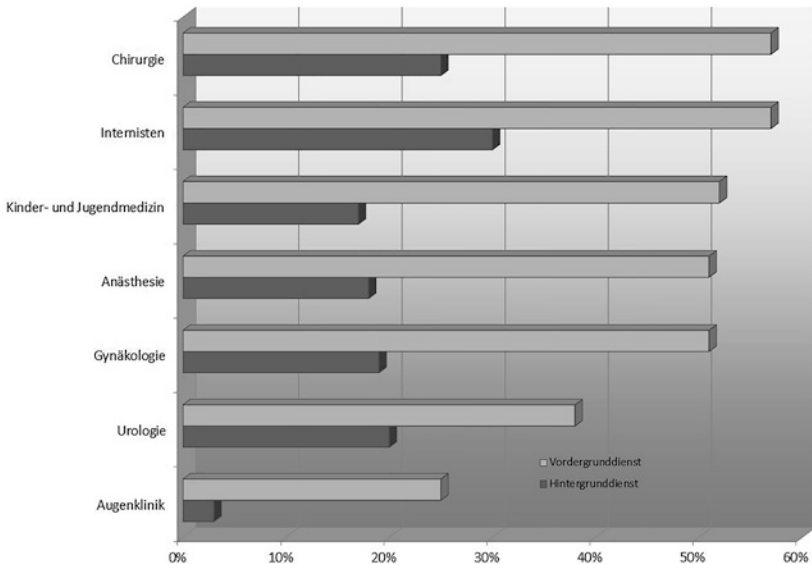


Abb. 2.6 Durchschnittlicher Anteil der Aktivzeit im Bereitschaftsdienst. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Richter et al. 2002 [36])

Tab. 2.1 Bruttoeinkommen deutscher Krankenhausärzte. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Blum und Offermanns [37])

Ärztliche Tätigkeit	Fixeinkommen €		Variables Einkommen (Dienste) €		Zusätzliches Einkommen €		Bruttoeinkommen €		Steigerungsmöglichkeit %
	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	
Einstieg	44.830	46.620	–	8920	1790	2220	46.620	57.760	24
3–5 Jahre	51.240	58.430	–	7920	2050	2650	53.290	69.000	29
5–8 Jahre	59.170	66.810	–	12.720	4810	5600	63.980	85.130	33
8–12 Jahre	74.110	87.180	–	29.060	5400	7120	79.520	123.360	55

Unter betriebswirtschaftlichen Aspekten der Personalführung kann als ein weiteres Manko der Tarifverträge gelten, dass der variable Anteil der Klinikarztgehälter (außer vielleicht bei der Chefarztposition) relativ wenig durch die Qualität des persönlichen Arbeitseinsatzes beeinflusst wird. In der freien Marktwirtschaft ist es üblich, die Motivation der Mitarbeiter im Interesse des Unternehmenszwecks zu steigern, indem die Mitarbeiter zum Beispiel direkt am Unternehmenserfolg beteiligt werden, und zwar idealerweise anteilig an einem Bereich des Unternehmens, den sie direkt beeinflussen können. Ein Beispiel sind die Verkaufsprovisionen in der Pharma- oder Medizintechnikbranche. Der theoretische Vorteil der Verkaufsprovision für das Unternehmen besteht darin, die Mitarbeiter zu motivieren, nicht nur ihren Job zu tun, sondern ihn gut zu tun.

Natürlich gibt es diverse Formen der Umsatzbeteiligung auch bei Klinikärzten. Als Beispiel seien sogenannte Poolbeteiligungen – aus dem Pool der Einkünfte des Chefarztes aus privatärztlichen Liquidationen oder der Übertragung von versicherungs- oder berufsgenossenschaftlichen Gutachten – genannt, deren Vergütung dann der angestellte Arzt erhält. Doch sei auch hinzugefügt, dass diese variablen Beiträge zum Einkommen des angestellten Arztes meist vom Chefarzt abgetreten werden, also vom variablen Anteil des Chefarzteinkommens abgehen und in der Regel nicht vertraglich festgelegt sind. Hier besteht viel Freiraum für Willkür, was natürlich im Einzelfall positiv, aber auch negativ für den angestellten Arzt ausfallen kann.

Dass das Einkommen jedoch nicht den alleinigen oder sogar nicht einmal den wichtigsten Einfluss auf die Motivation und damit auf die Zufriedenheit von Mitarbeitern hat, wurde in zahlreichen Studien bereits belegt [38, 39]. Das Einkommen ist wichtig, um den Lebensunterhalt zu bestreiten, aber ist die Existenz gesichert, spielt es erstaunlicherweise eher eine untergeordnete Rolle für die Arbeitszufriedenheit oder Motivation.

Als weitaus wichtiger werden die folgenden Faktoren für Motivation und Zufriedenheit gesehen:

- (Gute) Beziehung zum Vorgesetzten
- Glaube an die Führungsqualitäten des Vorgesetzten
- Identifikation mit den Unternehmenszielen

Bezogen auf die Tätigkeit im Krankenhaus ist häufig jeder der aufgezählten Faktoren untergewichtet, wie aus einer Studie des Zentrum für Krankenhausmanagement von 2000 hervorgeht [40]. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Verwaltung, Pflegepersonal und Ärzten wird bemängelt. Auch wenn die Studie schon etwas älter ist, zeigt ein Leserbrief des Hauptgeschäftsführers der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. Jürgen Hoffart an das Ärzteblatt 2013, dass sich in den 14 Jahren seit der Studie nur wenig getan hat:

Waren früher die Chefärzte die ‚Herrscher‘ und haben zum Teil dementsprechend auch ihre nachgeordneten Mitarbeiter behandelt, haben sich bedingt durch den Kostendruck die Verhältnisse völlig verändert. So wie früher die Chefärzte mit ihren Mitarbeitern umgegangen sind, gehen heute die Verwaltungsleiter mit den Chefärzten um. Meist zählt nur noch die Steigerung der Leistung um jeden Preis. Die Frage, ob die Behandlung medizinisch sinnvoll ist, hat hinter den Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zurückzutreten. Den Klinikleitern werden in aufwendigen Führungsworkshops Zielvorgaben gemacht, die oft nicht verhandelbar sind, und dieser Druck wird dann an das ärztliche und das pflegerische Personal weitergereicht [41].

Zahlreiche Gespräche mit Kollegen und auch eigene Erfahrungen haben zu folgenden Erkenntnissen geführt:

Von vielen Assistenzärzten werden die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus nur toleriert, da die Zeit als Assistenzarzt eine notwendige Folgeausbildung zum Studium darstellt.

2.3.1 Möglicher Werdegang eines Assistenzarztes/-ärztin

Im Folgenden wird beispielhaft der Werdegang einer Assistenzärztin in anekdotischer Form beschrieben, der so verlaufen sein könnte. Diese Beschreibung ist frei erfunden doch Ähnlichkeiten mit realen Situationen sind durchaus beabsichtigt.

Eine junge Assistenzärztin – nennen wir sie Julia –, sozusagen frisch von der Uni kommend, wird in das Assistenzarztkollegium aufgenommen, welches vorzugsweise aus Assistenzärzten verschiedener Ausbildungsjahrstufen besteht. Altassistenten sind die erfahrenen, kurz vor dem Facharzt stehenden Kollegen

im 5. oder 6. Ausbildungsjahr, aber es gibt auch Altassistenten, die schon deutlich länger Assistenzarzt sind, und Julia fragt sich, warum diese noch nicht zum Facharzt aufgestiegen sind. (Gründe für eine verlängerte Assistenzarztzeit gibt es sicher viele: z. B. fehlende Zeit für die Facharztvorbereitung, noch nicht vollständiger Facharztkatalog, fehlende Motivation für Oberarztstätigkeit oder fehlender Support für die Fortbildung durch Vorgesetzte).

In der ersten Zeit bekommt Julia einen Mentor aus der Reihe der Assistenzärzte an die Seite gestellt, doch aufgrund der Dienstbelastung ist der Mentor mindestens sechsmal im Monat nicht im Haus, und auch Urlaub und sonstige Abwesenheiten des Mentors führen dazu, dass Julia häufig auf dessen Rat verzichten muss. Nach wenigen Tagen ist Julia alleine als einzige Ärztin auf einer Station, da die Kollegin, mit der sie die Station leiten soll, dienstfrei hat. Blutabnehmen, Anordnungen schreiben, Visite gehen, Verbände wechseln etc. soll Julia ja bereits im Studium und während des Praktischen Jahres gelernt haben. Ob dem so ist, wird stichprobenartig bei zwei Patienten, bei denen sie eine Kollegin an ihrer Seite hat, überprüft, dann muss die Kollegin auch schon zu einem Notfall und Julia ist mal wieder allein. Eine anderer Kollege ist zwar erreichbar, aber auch erst seit kurzem im Haus und kann bei den anfallenden Problemen nicht wirklich helfen, da ihm die Zeit und die Erfahrung fehlen. Viel zu häufig findet sie sich alleine in Situationen wieder, bei denen sie gedacht hatte, eine Einarbeitung zu bekommen, wo aber von ihr erwartet wird, mit der Situation selbst fertig zu werden.

Die Schwestern reagieren genervt, da es Verzögerungen im Zeitplan gibt, denn Julia möchte die notwendige Medikamentenanordnung nicht ohne Rücksprache vornehmen. Eine erfahrene Schwester gibt Julia schließlich einen guten Rat, wie *sie* es machen würde, und Julia übernimmt die Empfehlung der Krankenschwester. Julia wird sich später mit einem Kollegen beraten, ob die Entscheidung korrekt war. Die Oberärzte und den Chefarzt kann sie derzeit nicht erreichen, da diese bei Untersuchungen oder Eingriffen beschäftigt sind.

Da die Kollegen von Julia recht bald feststellen, dass ihre Einarbeitung zeitaufwendig ist, die Kollegen von ihrer eigenen Arbeit abhält, reagieren einige mit Arroganz, um Julia davon abzuhalten, sie um Hilfe zu bitten. Andere reagieren zwar freundlich und versuchen ihr zu helfen, aber aufgrund des Zeitmangels können sie auch nur ein paar Tipps geben. Bei der Bewältigung der Aufgaben ist sie weitgehend auf sich allein gestellt. Dies führt natürlich zu Überstunden, die sie aber laut ihrem Vertrag nicht vergütet bekommt. Aber sie ist gerne bereit, diese Überstunden auf sich zu nehmen, denn immerhin ist sie ja jetzt Ärztin und Überstunden gehören einfach dazu. Dass sie von einigen Kollegen nicht integriert wird, lässt sich wohl nicht ändern ebenso wenig wie der allabendliche Anpfiff vom Oberarzt, der vor dem Feierabend die Station noch übergeben haben möchte

und mit der improvisierten Stationsführung nicht immer einverstanden ist. Die morgendlichen Reports an den Chefarzt werden von allen Kollegen inklusive Oberärzten möglichst so gehalten, dass keine großen Fragen aufkommen, was Julia auch rasch begriffen hat. Wenn kleinere Fehler wie z. B. Verstecken beim Blutabnehmen passieren, empfindet sie das eher als lästig für sich selber, da sie dadurch mehr Zeit braucht, und so lernt sie aus diesen Fehlern. Natürlich tut ihr auch der Patient leid, der deshalb mehr leiden muss, aber was kann sie schon dagegen tun? Einen Kollegen bitten? Dann kann es sein, dass der Patient bis zum Abend warten muss, bis er entlassen wird, denn vorher hat kein Kollege Zeit und die Blutwerte des Patienten müssen einfach noch vor dessen Entlassung kontrolliert werden. Ob diese Fehler durch ein besseres Anlernen vermeidbar wären, überlegt sie nur noch gelegentlich, denn es ist ohnehin sinnlos, ihren Kollegen ging es wohl am Anfang auch nicht besser. Mit der Zeit lernt sie, damit umzugehen, und entwickelt sich über die Jahre auch zu einer Altassistentin. Ihre für die Facharztausbildung notwendige Zeit auf der Intensivstation war bereits mehrfach mit der Begründung personeller Engpässe verschoben worden. Ob das vielleicht auch politische Gründe hat – denn ein Assistenzarzt ohne Intensivzeit tut sich schwerer, in ein anderes Krankenhaus zu wechseln, da er im neuen Krankenhaus wieder an das Ende der Warteliste rutscht – lässt sich nicht eruieren.

Inzwischen hat sie vieles von der Anfangseuphorie verloren, die sie mit dem Erreichen des Titels Arzt empfunden hat. Sie hat erkannt, dass die Oberärzte und der Chefarzt machtlos sind, die Situation zu ändern. Die Verwaltung schmückt das Krankenhaus nur mit schönen Worten vor allem an die Pflege und die Verwaltungskollegen. Die Ärzteschaft wird meist nur in einem Nebensatz erwähnt und dann im Sinne davon, wie die Verwaltung es geschafft hat, trotz Budgetdruck so viele Fachabteilungen mit hoch qualifizierten Ärzten zu besetzen zum Wohle der Patienten. Investitionen finden vor allem im Ausbau von Stationstrakten oder dem Foyer statt, da dies staatlich gefördert wird. Für eine Aufstockung des ärztlichen Personals sind jedoch keine Finanzmittel vorhanden, und außerdem sind Ärzte zu teuer, sodass keine neuen Stellen geschaffen werden können. Auch wird die Intensivstation ausgebaut, um mehr Kapazität für postoperative Intensivbehandlungen zu schaffen. Denn Intensivpatienten bringen dem Krankenhaus weitere Einnahmemöglichkeiten. Da einige Stellen in der Pflege unbesetzt sind, fehlt die Entlastung für die Ärzte. So etwa könnten die Krankenschwestern die Blutentnahme übernehmen, aber da sie unterbesetzt sind, weigern sie sich.

Was Julia antreibt, diesen Beruf weiterzumachen, trotz kräftezehrender Dienste, Einzelkämpfertum, ungesehener und daher nicht anerkannter Heldentaten am Patienten und des Gefühls, dass sie in einem anderem Beruf mit weniger Risiko für ihr eigenes und anderer Leben bei gleicher oder sogar geringerer

ausbildungstechnischer persönlicher Vorleistung mindestens gleich viel, wenn nicht sogar wesentlich mehr verdienen könne – jetzt schon, aber ganz sicher auch später im Verlauf ihrer Karriere –, ist das Gefühl, dass sie immer diesen Beruf ergreifen wollte. Und mit diesem Beruf verbindet sie, Menschen zu helfen, mehr relevantes Wissen über das Leben zu erlangen als andere und dieses Wissen zum Wohle anderer anzuwenden. Ein bisschen schade findet sie es dennoch, dass – auch wenn sie mittlerweile ihren Beruf gut ausübt – keiner ihr wirklich Anerkennung dafür zollt, was sie leistet. Denn die Patienten haben keine Ahnung und müssen einfach blind vertrauen, dass das, was sie tut, gut ist. Die Kollegen einschließlich der Oberärzte leisten selbst schon Großes und befinden sich in derselben Situation wie sie. Für den Chefarzt ist es selbstverständlich, dass der Laden läuft, und er lobt ja schon mindestens einmal jährlich die Gesamtarbeit und ihre Entwicklung als Ärztin. Aber eine wirkliche Anerkennung für ihre persönliche Leistung bleibt aus. Und das liegt nicht nur daran, dass diese nicht erkannt wird, sondern vor allem auch daran, dass sie nicht erkannt werden kann.

Wer ist denn für den Erfolg einer Patientenversorgung verantwortlich? In der Regel ist daran ein Team von Ärzten beteiligt. Ein Arzt nimmt den Patienten auf und veranlasst die Diagnostik. Hierbei sind oft schon verschiedene Ärzte unterschiedlicher Fakultäten beteiligt. Auf Station wird der Patient vom Stationsarzt betreut, der wegen der Dienste häufig wechselt. Im Falle einer Operation wird der Patient meistens von einem Operationsteam versorgt, gelegentlich steht jedoch nur der Operateur zur Verfügung und muss die Operation aus Personalknappheit alleine durchführen. Die Nachbehandlung erfolgt dann wieder durch die Stationsärzte.

Wem aus dem Team soll denn nun die Anerkennung für den Behandlungserfolg zuteilwerden? Dem Operateur? Aber hat nicht auch der Aufnahmearzt schon viel Gutes getan, als er die Operation so vorbereitet hat, dass sie gut gelingen konnte? Oder der Stationsarzt, der durch die richtige Vor- und Nachbehandlung den Patienten rasch wieder auf die Beine gebracht hat? Und wer ist geeignet, die Anerkennung zu gewähren? Der Chefarzt? Sicher, aber hat er die Zeit dazu und die Möglichkeit und das Verständnis? Der Geschäftsführer? Wäre auch angemessen, aber hat er einen Überblick, was geleistet wird? Der Oberarzt? Sicher, aber wer gibt dem Oberarzt die Anerkennung? Und wie soll diese Anerkennung aussehen? Ein „das haben Sie gut gemacht“ wird nicht lange reichen. Schön wäre es vielleicht, wenn zum Beispiel der Zuständigkeitsbereich als Antwort auf gute Leistung wächst. Wie z. B. „In Zukunft werde ich dafür sorgen, dass Sie sich vermehrt um diesen Aufgabenbereich kümmern können, wenn Sie das wünschen, und dafür auch die nötige Zeit erhalten.“ Aber wo soll diese Zeit herkommen, wenn nicht zulasten der Kollegen?

Später als Oberärztin hat Julia dann ihren eigenen Fachbereich – durch Fortbildungen erarbeitet, die sie weitgehend selbst bezahlt hat und für die sie einen Teil ihres Jahresurlaubs nehmen musste. Sie ist Leiterin einer Station, die nun von jüngeren Assistenzärzten versorgt wird. Mit dem Chefarzt ist das Verhältnis mittlerweile sehr kollegial geworden. Doch nach wie vor, wenn sie sich in der Qualität der Patientenversorgung durch Fortbildungen weiterentwickeln will, ist die finanzielle und zeitliche Unterstützung durch die Krankenhausverwaltung nur begrenzt. Auch bei der Therapiewahl hat sie deutliche ökonomisch orientierte Vorgaben, die sie einschränken. Sie denkt darüber nach, wie sie sich weitere Freiheiten für ihre persönliche und berufliche Entwicklung verschaffen kann, und wird sich vielleicht bald niederlassen oder um eine Chefarztposition bewerben (...).

Nachfolgend finden sich einige Blogbeiträge, die belegen, dass dieser fiktive Karriereverlauf nicht aus der Luft gegriffen ist, auch wenn Blogbeiträge sicherlich nur jeweilige Einzelmeinungen anonymer Personen darstellen (Anmerkung: Rechtschreibfehler in den Blogs wurden absichtlich nicht korrigiert):

teletubs

31.05.2007, 21:32

also meine ersten tage waren zeimlich crazy! :-kotz das ganze procedere: wäsche etc. pp durfte ich einen arbeitstag vor stellenantritt machen. erster tag war erstmal: lernen, lernen, lernen...leute, station, klinik...anfangs war's komisch zu realisieren, dass man ja nun arzt ist und die volle verantwortung hat. peu á peu hat man mehr gemacht. durfte anfangs auch ziemlich oft ‚bäumchen, bäumchen wechsel dich‘ spielen! :-kotz dazu dann gleich der erste dienst. hm...in den anfangswochen war ich echt erschlagen, was aber wohl fast normal ist. :-wow nach paar monaten hat man so langsam das gefühl einen überblick zu haben. es gibt aber immer wieder momente, wo alles anders kommt als man denkt! :-(((...).

leo11

21.06.2007, 16:48

Tja, nach drei Wochen fühlt man sich ja schon als gaaaaz alter Hase ;-) Nee, im Ernst, bei mir war bisher alles recht harmlos. Ich kannte das Haus ja schon aus dem PJ, von daher war der Einstieg etwas leichter, es wurde aber auch direkt mehr erwartet. Mir wurd halt nicht alles nochmal gezeigt, obwohl das PJ ja nun auch fast ein halbes Jahr her war.. Aber da kam man schnell wieder rein..

Am schwierigsten fand ich auch die Umstellung, tatsächlich die Verantwortung für alles zu tragen, was man tut und auch die zugrunde liegenden Entscheidungen zu treffen. Es steht halt leider nicht immer ein Oberarzt hinter einem und ständig anrufen will man ja auch nicht..

Die (Wochenend- und Spät-) Dienste, die ich bisher hatte, waren recht harmlos, zum Glück.. Vor dem 12 Stunden (=Spät-) Dienst hatt ich schon Angst, weil man da halt 4 Stunden (zwischen normalen Dienstschluss und Eintreffen des Nachtdienstes) gaaaanz alleine ist. Inklusive Kreißsaal und Kinderintensiv. Gestern hat der Kreißsaal zum Glück nicht angerufen und auf der Intensiv

wars auch ziemlich ruhig, puuh.. Aber dann muss man halt den Oberarzt anrufen. Wenn sie einen so früh für Dienste einteilen, haben sie halt Pech gehabt, find ich :-).

In gut zwei Wochen beginnt dann meine erste Nachtdienst-Woche und ich kann nur hoffen, dass die Sommer-Flaute dann in vollem Gange ist.. Nach nur 5 Wochen Berufserfahrung könnte das sonst stressig werden :-blush.

So allgemeine Empfehlungen sind so allgemein, dass ihr wohl auch selber drauf kommt. Ich kann nur nochmal festhalten, sich unbedingt bei JEDER Schwester vorzustellen, und – sollte man eine vergessen haben – direkt auf die Knie zu fallen.. Es lohnt sich, mit der Pflege gut zusammenzuarbeiten, schon allein fürs Arbeitsklima.. Und noch super-wichtig: Schreibt Euch alles auf!! Ich hab gemerkt, dass man so konfus wird, weil man immer (wirklihc immer) an 20 Sachen gleichzeitig denken muss, und da man das am Anfang noch nicht gewöhnt ist, schreibe ich halt alles auf und kann abends gucken, ob alles erledigt ist.. Lohnt sich für das gute Gefühl zu Hause :-) (...) [42].

Es sei noch einmal betont, dass die Geschichte der Ärztin Julia frei erfunden ist und keinerlei Beziehung zum Autor oder anderen Personen hat. Die Geschichte dient lediglich der Veranschaulichung eines möglichen Szenarios, welches zu der mangelnden Zufriedenheit eines Klinikarztes mit seiner Tätigkeit führen könnte.

Ich denke, das Geschriebene reicht aus, um einen gewissen Einblick in die teils kritischen Arbeitsbedingungen von Klinikärzten zu geben. Viele ärztliche Kollegen vom Assistenzarzt bis zum Chefarzt aus den verschiedensten Häusern berichten auch, dass sie im Großen und Ganzen mit ihrer Arbeitssituation klarkommen, weil sie es nicht anders gewohnt sind [64], wobei die berichtete Zufriedenheit subjektiv umso größer erscheint, je größer die dem Arzt von der Krankenhausverwaltung gewährte Entscheidungsautonomie ist. Und hiermit kommen wir zu den Chefärzten und einer Erörterung der Situation im Krankenhaus für Chefärzte.

2.3.2 Situation der Chefärzte

Chefarzt ist wohl, gemessen am Ansehen in der Bevölkerung, einer der erstrebenswertesten Berufe. Die Allensbacher Berufsprestige-Skala von 2013 belegt, dass 76 % der Bevölkerung den Beruf des Arztes am meisten schätzen und achten [43]. Aus Abb. 2.7 lässt sich ersehen, dass die Chefärzte an der Spitze der Einkommenspyramide zumindest im Krankenhaus stehen. Laut der Unternehmensberatung Kienbaum liegt das Einkommen der Chefärzte dennoch im Durchschnitt knapp 50.000 unter dem von Geschäftsführern in Wirtschaftsunternehmen [44]. Abb. 2.8 legt die Verteilung der Chefarzteinkommen nach Fachrichtung dar.

Laut Bundesärztekammer gab es 2013 von 181.000 Klinikärzten 14.900 leitende Ärzte [45]. Oder, prozentual berechnet, hatten 8,2 % der Klinikärzte eine

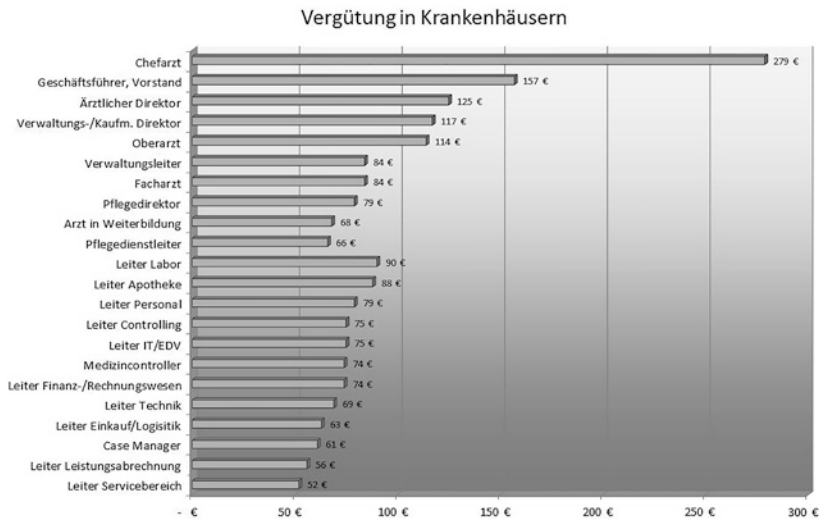


Abb. 2.7 Der Arbeitsmarkt im Gesundheitssystem. In Anlehnung an Daten der Bundesagentur für Arbeit. Kienbaum [58]

leitende Position inne. Das Einkommen der Chefarzte wird in der Regel neben einem fixen Anteil von durchschnittlich 52 % durch einen variablen Anteil bestimmt. Die Gestaltung des variablen Anteils erfolgt über das Liquidationsrecht, Beteiligungsvergütung und Bonusvereinbarungen. Laut Kienbaum [44] machte das **Liquidationsrecht** 2011 51 % der variablen Vergütung aus, jedoch mit sinkender Tendenz. In der Regel muss der Chefarzt dem Krankenhaus einen Teil (2011: 20 %) der Privatliquidationen abtreten. Privatliquidationen sind Abrechnungen aus der privatärztlichen Behandlung, bei denen der Chefarzt dem Patienten direkt eine Rechnung stellt. An den Privatliquidationen haben in vielen Kliniken auch die ärztlichen Mitarbeiter der Abteilung durch die sogenannte Poolbeteiligung Anteil.

Bei der **Beteiligungsvergütung** erhält der Chefarzt eine vertraglich festgelegte Beteiligung an den Einnahmen der Klinik. Sie war 2011 in 14 % der Chefarztverträge vorgesehen. Die Beteiligungsvergütung erreichte jedoch nur 58 % der Durchschnittseinkünfte aus dem Liquidationsrecht.

Bei der **Bonusvereinbarung** wird, bemessen an einer betriebswirtschaftlichen Maßeinheit (z. B. Fallzahlen, Betriebsergebnis), eine Bonuszahlung geleistet. Da die Festlegung der zugrunde liegenden Maßeinheit der Verwaltung Möglichkeiten

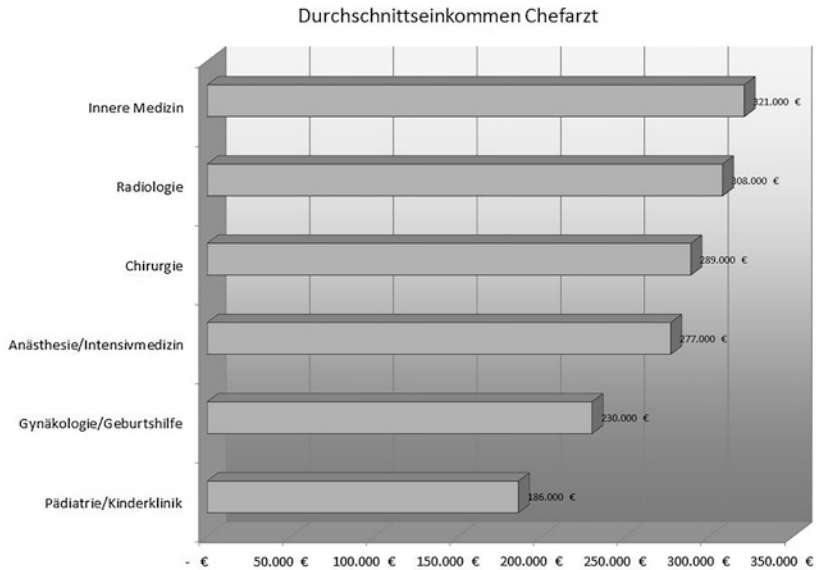


Abb. 2.8 Chefarztgehalt nach Fachrichtung. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Kienbaum-Vergütungsreports 2013 [59])

der Steuerung auf die Abteilung gibt, ist ein steigender Trend dieser Form der variablen Vergütung zu verzeichnen. 20 % der Chefarztverträge sehen diese Form der variablen Vergütung vor. Die Höhe der Bonusvereinbarungen beträgt durchschnittlich knapp 40 % der Durchschnittseinkünfte aus dem Liquidationsrecht.

Weiter haben Chefärzte die Möglichkeit, Einkünfte aus Nebentätigkeiten zu erzielen. Solche Nebentätigkeiten können sein: Gutachten, ambulante Beratung und Behandlung, Beratertätigkeit für Pharma- oder Medizintechnikindustrie.

Wichtige Faktoren für die Höhe des Gesamteinkommens eines Chefarztes stellen die Fachrichtung, die Größe des Krankenhauses sowie die Reputation und Diensterfahrung des Chefarztes dar.

Bei neueren Chefarztverträgen lässt sich der Trend erkennen, dass einerseits der Anteil der variablen Vergütung am Gesamtgehalt abnimmt und andererseits durch den verbleibenden Rest des variablen Anteils, wie oben beschrieben, mehr Einfluss auf das Handeln des Chefarztes unter betriebswirtschaftlichen Aspekten genommen wird.

Somit lässt sich darstellen, dass die Autonomie der Chefärzte abnimmt und sie mehr und mehr Angestellte im Sinne eines Abteilungsleiters werden. So geraten

die Muster-Chefarztverträge der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) in die Kritik, da die DKG neben der Aufhebung der Privatliquidation auch die Aufweichung des Kündigungsschutzes und die Möglichkeit der Versetzung empfiehlt. Umstritten ist auch die Handhabung von Personalentscheidungen, z. B. ob der Chefarzt bei Neuanstellungen ein Vorschlagsrecht oder nur ein Anhörungsrecht hat [46].

Beim 35. Deutschen Krankenhaustag haben Vertreter verschiedener Interessengruppen Chefarztverträge unter dem Aspekt von Zielvereinbarungen, die durch Bonusvereinbarungen unterstützt werden, diskutiert. Die Vorträge zu diesem Themenbereich sind online verfügbar [47] und es empfiehlt sich, diese durchzulesen. Zur genaueren Veranschaulichung des Gegenstands der Diskussionen wird im Folgenden § 8 Absatz 3 des Muster-Chefarztvertrags der DKG zitiert:

- (3) Sofern der Arzt die in einer jährlich zu treffenden Zielvereinbarung festgelegten Eckpunkte erreicht, erhält er zusätzlich einen variablen Bonus. Nähere Einzelheiten zur Höhe des Bonus und den Auszahlungsmodalitäten etc. werden in der Zielvereinbarung festgelegt.

Gegenstände der Zielvereinbarungen können insbesondere sein:

- Zielgrößen für Sach- und Personalkosten seiner Abteilung
- Zielgrößen für Leistungen nach Art und Menge
- Einführung neuer Behandlungsmethoden
- Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung,
- Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen,
- Beteiligung an Strukturmaßnahmen,
- sonstige Leistungsorientierte Regelungen.

Wichtige Diskussionspunkte sind unter anderem, ob etwa durch Zielvorgaben Patienten unnötig behandelt werden, ob die Art und Weise der Behandlung durch betriebswirtschaftliche Ziele beeinflusst wird und die Beeinflussbarkeit der Zielvereinbarungen durch den Chefarzt erfolgt (z. B. Sachkosten, Personalkosten) [65].

Chefärzte haben im Vergleich zu Oberärzten eine deutlich höhere medizinisch-fachliche, wirtschaftliche und juristische Verantwortung. Ihnen obliegt auch die Verantwortung zur Ausbildung von Ärzten und zur Erfüllung des Forschungsauftrags in Universitätskliniken.

Insgesamt wird die Situation der Chefärzte an Kliniken durch zunehmenden Einfluss der Verwaltung nicht nur in Bezug auf die Vergütung bestimmt. Die Vergütung der Chefärzte als solche liegt im Durchschnitt über dem der

niedergelassenen Kollegen, aber der Verantwortungsbereich eines Chefarztes ist auch in der Regel deutlich größer. Gleichwohl liegt das Einkommen eines Chefarztes immer noch unter dem Durchschnittseinkommen des Geschäftsführers eines Wirtschaftsunternehmens.

Wir haben nun interessante Aspekte zu den verschiedenen Hierarchiestufen und den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus erörtert. Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche Vor- und Nachteile sich in einer Krankenhauskarriere bieten.

2.4 Vor- und Nachteile einer Krankenhauskarriere

2.4.1 Vorteile einer Krankenhauskarriere

An erster Stelle kann sicher angeführt werden, dass eine ärztliche Anstellung in einem Krankenhaus einen sicheren Arbeitsplatz darstellt. Auch wenn das Thema Ärztemangel von verschiedenen Interessenvertretergruppen kontrovers diskutiert wird, kann man zumindest sagen, dass Angebot und Nachfrage recht gut ausgeglichen sind. Die Bundesagentur für Arbeit hat 2011 einen statistischen Bericht veröffentlicht, aus dem hervorgeht, dass 2010 2900 offene Ärztstellen gemeldet und durchschnittlich 2600 Ärzte arbeitssuchend waren [48]. Auch bietet eine Krankenhauskarriere die Möglichkeit einer weniger aufwendigen Weiterbildung der eigenen ärztlichen Fähigkeiten, da der Austausch mit Kollegen und das Lernen von Kollegen durch die räumliche Nähe deutlich einfacher ist als zum Beispiel in einer Praxis. Es gibt keine persönlichen Investitionsrisiken, da sie vom Krankenhaus getragen werden und auch die Verwaltungsaufgaben wie Einkauf, Personalverwaltung, Abrechnung etc. von anderen betreut werden, sodass der Arzt hierfür nur wenig Zeit aufbringen muss. Es steht daher zumindest theoretisch mehr Zeit für die Patientenversorgung und eigentliche ärztliche Aufgaben zur Verfügung. Da man ein fixes Gehalt erhält, können organisationsbedingte Leerlaufzeiten, sofern sie denn vorkommen, z. B. für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden, ohne dass dies zulasten des Einkommens geht. Auch verliert man durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen oder Urlaub keinen Umsatz/kein Einkommen. Ebenso ist eine Habilitation oder eine zusätzliche Tätigkeit in Forschung und Lehre häufig nur im Rahmen einer klinischen Anstellung möglich.

Der Zeitdruck für die Patientenbehandlung kann abhängig von der Krankenhausstruktur geringer sein als z. B. in einer niedergelassenen Praxis, da zeitaufwendige und dadurch eventuell weniger lukrative Behandlungen leichter durch eine Mischkalkulation, z. B. Quersubvention, von anderen Abteilungen aufgefangen werden können.

Das Patientenspektrum kann im Krankenhaus breiter sein, da Krankenhäuser doch häufig als letzte Instanz bei der Patientenversorgung fungieren und daher oft mehr Patienten mit komplizierteren Erkrankungen hier behandelt werden.

2.4.2 Nachteile einer Krankenhauskarriere

Ein wichtiger Nachteil kann die Einschränkung der Autonomie sein. Durch die Verwaltung werden auch medizinische Aspekte gesteuert. Die Verwaltung nimmt starken bis vollständigen Einfluss auf Belange wie den Einkauf der zur Patientenbehandlung verwandten Verbrauchsgüter, Instrumente und Geräte, auf Personalangelegenheiten und Dienstzeiten. Eine mögliche Beeinflussung des ärztlichen Handlungsspielraums bei der Patientenversorgung durch die Krankenhausverwaltungen und das DRG-System wird diskutiert [49].

Möglichkeiten zur Beeinflussung des Arbeitsumfelds sind in der Regel deutlich geringer als z. B. in einer niedergelassenen Praxis. Budgetärer Druck kann die Gesamtstimmung in einem Krankenhaus beeinträchtigen, was wiederum das Arbeitsklima negativ beeinflussen kann. Eine angespannte Personalsituation verlangt kompensatorisch dem Einzelnen mehr Zeitaufwand ab. Es besteht nur geringer Einfluss auf die eigene Beteiligung am Bereitschafts- oder Rufdienst; diese Dienste können eine spürbare zusätzliche persönliche Belastung darstellen. Die Einflussnahme auf das eigene Einkommen ist eher gering, da das Gehalt in der Regel durch Tarifverträge bestimmt ist. Die Sachlage für Chefarztverträge wurde bereits oben diskutiert, aber auch hier kann eine Einkommenssteigerung meist kaum gezielt gesteuert werden.

Die Möglichkeiten, Patienten langfristig zu begleiten, sind meist begrenzt, da die ambulante Versorgung überwiegend extern erfolgt.

Das Verhältnis zu den Vorgesetzten kann die eigene Arbeitssituation stark beeinflussen. Dies gilt natürlich sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht.

Eine organisationsbedingte hohe Arbeitsbelastung kann dazu führen, dass für persönliche berufliche Ziele wie eine Habilitation oder eine Tätigkeit in Forschung und Lehre nur wenig Raum bleibt oder diese in der „Freizeit“ verfolgt werden müssen.

Am Ende ist es sicher von der individuellen Situation abhängig, ob Vorteile oder Nachteile überwiegen. Gerade für junge Ärzte direkt nach dem Studium kann es schwierig sein, die richtige Entscheidung für eine Fachgruppe zu treffen. Im folgenden Abschnitt sollen einige Faktoren aufgeführt werden, die zum Entscheidungsprozess beitragen können.

2.5 Entscheidungshilfen für die Fachgruppenwahl von Ärzten in Ausbildung

Innerhalb der Vielzahl an beruflichen Möglichkeiten gibt es für einen Abiturienten unterschiedliche Gründe, sich für ein Medizinstudium zu entscheiden. Viele sehen in der Tätigkeit eines Arztes die Verbindung von Idealismus und beruflicher Karriere in einem krisensicheren Job verwirklicht. Das Ansehen eines Arztes in der Gesellschaft und auch das unglaublich vielschichtige Wissen eines Arztes mögen weitere Motivatoren sein. Auch wenn die negativen Aspekte des Berufsbildes Arzt (lange Arbeitszeiten, Nachtdienste, rückläufiges Durchschnittseinkommen, Dauer des Studiums und der nachfolgenden Ausbildung mit niedrigem Einkommen etc.) weithin bekannt sein dürften, hält dies die meisten Medizinstudenten nicht davon ab, das Studium zu Ende zu führen. Die Zahl der Studienabbrecher lag laut einer Erhebung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010 gleichwohl bei immerhin durchschnittlich 17,9 %, weitere 11,6 % der Absolventen werden nie einer ärztlichen Tätigkeit nachgehen [50, 51].

Auch wenn ein Medizinstudent in der Regel sein Hauptaugenmerk auf das Erwerben der Scheine und das Bestehen der Examina mit möglichst hoher Punktzahl legt, hilft es doch schon während des Studiums, an die künftige Wahl einer Fachrichtung und den Karriereweg als Arzt zu denken. Spätestens jedoch mit der Aufnahme der Tätigkeit als Arzt sollte die Fachrichtung feststehen. Eine Studie der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Freiburg i. Br. von 2005 untersuchte unter anderem die Motive zur Facharztrichtungswahl. Es wurden Motive wie z. B. überschaubares Fachgebiet, kurze Ausbildungsdauer auf der einen Seite und u. a. Einkommenshöhe und Status auf der anderen Seite sowie die Möglichkeit zur Selbstständigkeit in beiden Motivgruppen genannt. Die erste Motivgruppe wird tendenziell häufiger von Studentinnen angeführt, die zweite mehr von Studenten. Die Studie zeigte jedoch auch, dass 60 % der Studierenden ihre Facharztrichtung während des Studiums ändern [52].

Viele Studenten wünschen sich mehr Unterstützung bei der Wahl der Facharztrichtung. Es gibt natürlich verschiedene Möglichkeiten, sich bei dieser Wahl unterstützen zu lassen, als Beispiel sei das sogenannte Facharztduell der LMU München [53] genannt.

Bei der Wahl der Fachrichtung ist eine gewisse persönliche Affinität hilfreich. Es kann auch in Statistiken geschwelgt und angesehen werden, welche Fachrichtungen bei Studentinnen und Studenten am beliebtesten sind (siehe Abb. 2.9 und 2.10), um dann zyklisch oder antizyklisch zu entscheiden [54]. Oder es wird

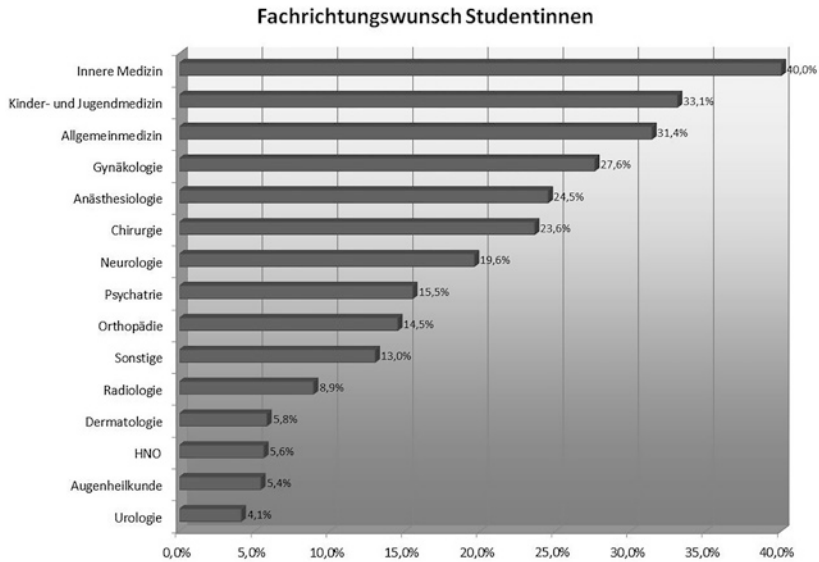


Abb. 2.9 Fachrichtungswunsch Studentinnen. (Eigene Darstellung nach [54])

das Stellenbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts und das Stellenportal medirandum zu Rate gezogen, um die Chancen auf eine Anstellung zu evaluieren (siehe Abb. 2.11). Schließlich können Studien zur Ärztezufriedenheit im ambulanten und stationären Bereich herangezogen werden, um die eigene Entscheidung anhand statistischer Daten zu unterstützen (siehe Abb. 2.12 und 2.5).

Zugegeben, Statistik ist eine zweischneidige Sache und lediglich geeignet, einen Trend aufzuzeigen. Wo man sich im persönlichen Einzelfall auf der Gauß'schen Verteilungskurve befindet oder befinden wird, wenn man das Studium und die Facharztausbildung abgeschlossen hat, lässt die Statistik sicher nicht erkennen. Es soll hier auch nicht dazu aufgefordert werden, anhand der dargestellten Grafiken eine Entscheidung zu treffen, es lässt sich jedoch erkennen, dass die Innere Medizin bei Studenten und Studentinnen am beliebtesten ist, die meisten Stellenanzeigen hat und die Verdienstmöglichkeiten im ambulanten Bereich hier am höchsten sind. Doch in der Klinik liegt die Innere Medizin hinsichtlich der Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte nur im unteren Drittel. Hier bietet die Radiologie in Bezug auf Verdienstmöglichkeiten im ambulanten Bereich und die Zufriedenheit im Bereich Klinik eine gute Alternative, jedoch

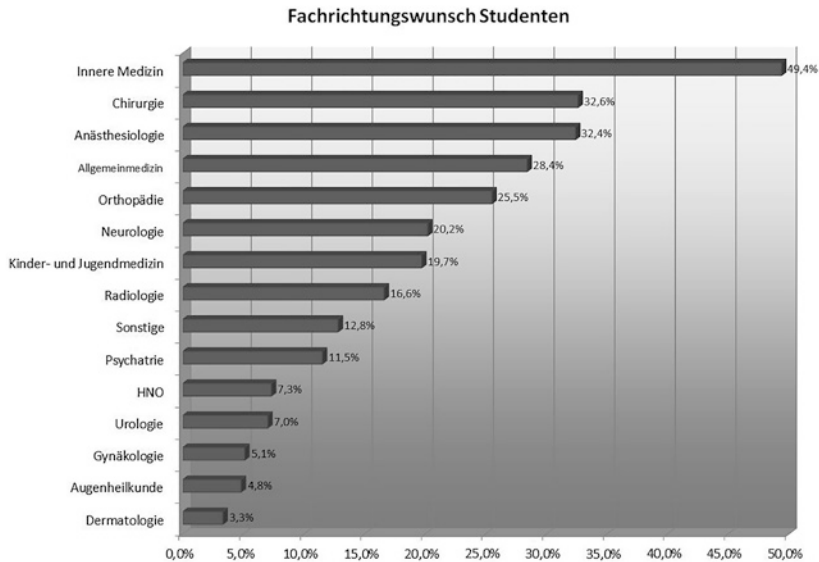


Abb. 2.10 Fachrichtungswunsch Studenten. (Eigene Darstellung nach [54])

sind entsprechende Stellen ausgesprochen rar. Anästhesie scheint ein guter Kompromiss zu sein, da sie sich bis auf die Verdienstmöglichkeiten im ambulanten Bereich in den übrigen Kategorien im Mittelfeld befindet. Chirurgie und Orthopädie scheinen Fachgebiete für Idealisten zu sein. Die Zufriedenheit damit befindet sich in der Klinik weit unten, die Weiterbildungszufriedenheit im Mittelfeld, die ambulanten Verdienstmöglichkeiten liegen gerade noch im mittleren Drittel, auch wenn aus persönlicher Erfahrung berichtet werden kann, dass es sich um eine sehr interessante Berufsrichtung handelt und, wie die Zahl an Stellenanzeigen erkennen lässt, auch eine krisensichere.

Auf keinen Fall sollten aufgrund der Statistik persönliche Neigungen und Fähigkeiten unberücksichtigt bleiben.

Es sei betont, als klassischer Arzt zu arbeiten ist nicht per se unlukrativ. Es gibt nur viele unterdurchschnittlich lukrative Bereiche, die es eher zu vermeiden gilt, wenn mit der ärztlichen Tätigkeit ein Lebensunterhalt, auch für Familie/Kinder, bestritten werden soll und nicht nur reiner Idealismus den Antrieb für die ärztliche Tätigkeit bildet. Valide Informationen über die lukrativen und unlukrativen Bereiche sind schwierig zu erhalten. Nicht, dass es an Informationen mangeln würde, im Gegenteil Informationen kommen im Überfluss, von den



Abb. 2.11 Stellenanzeigen nach Fachrichtung. (Eigene Darstellung nach [60])

verschiedensten Seiten. Nur steht der Informationssuchende vor der Frage, welche Information nun richtig und welche es nicht ist.

Informationen von Kassenverbänden und KVen einerseits und von niedergelassenen Ärzten andererseits sind häufig diametral entgegengesetzt. Es soll hier auch nicht der Versuch einer Lösung dieser Problematik unternommen werden, lediglich sollen Schwierigkeiten angesprochen und dem Leser Strategien gezeigt werden, wie er für sich selber aus den Informationen die richtigen Schlüsse ziehen kann.

Letztendlich sollte nach Möglichkeit schon vor dem Studium eine Vorstellung entwickelt worden sein, in welche Richtung nach dem Studium gegangen werden möchte. Das hilft bei der Fokussierung, die einem bei der Fülle der notwendigen Fächer des Medizinstudiums leicht verloren gehen kann.

23,8 % der angehenden Ärztinnen und Ärzte haben noch keine genauen beruflichen Ziele [55].

Visionen, Ziele und Motivationen sind jedoch in der Betriebswirtschaft und im Management eine der wesentlichen Voraussetzungen für Erfolg.

Einer der wichtigsten Schritte für einen Arzt in der Wirtschaft – sei es im Krankenhaus, welches sich immer mehr zu einem wirtschaftsorientierten

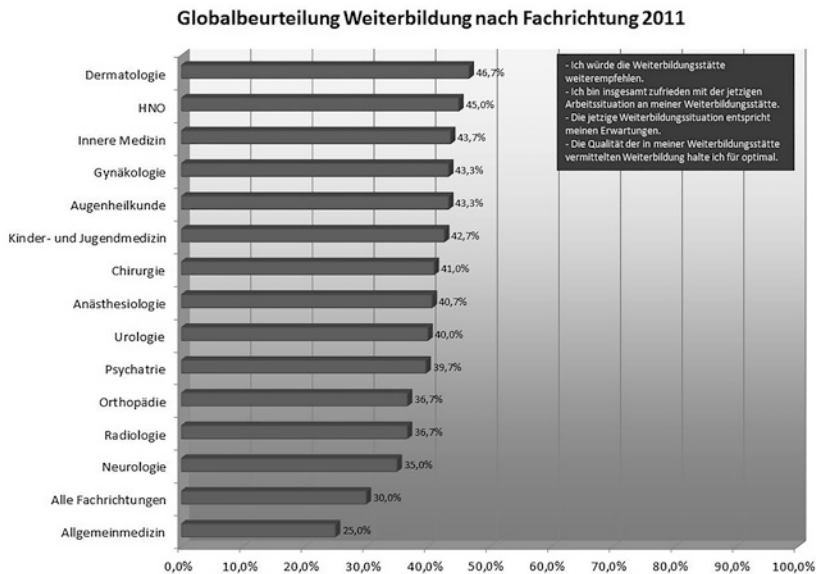


Abb. 2.12 Globalbeurteilung Weiterbildung nach Fachrichtung. (Eigene Darstellung nach Evaluation der Weiterbildung 2011 der Bundesärztekammer)

Unternehmen entwickelt, in der niedergelassenen Praxis oder in der Industrie – ist es, sich über seine Ziele, Werte und seinen gewünschten Berufsweg im Klaren zu sein.

Wie bei einem Unternehmen müssen diese Ziele schriftlich fixiert und so oft wie möglich zitiert werden, um sie erreichen zu können. Denn wie schon Mark Twain formulierte: „Wer nicht weiß, wo er hinwill, darf sich nicht wundern, wenn er woanders ankommt.“

- Ein Ziel sollte in einem Satz formuliert sein.
- Es muss realistisch und erreichbar sein.
- Es muss positiv formuliert werden, denn das Unterbewusstsein kann Verneinungen nicht umsetzen.
- Messbare Ziele haben einen klaren Vorteil, denn bei ihnen ist leichter zu beurteilen, wann sie erreicht wurden und wann es an der Zeit ist, ein neues Ziel zu formulieren.
- Ein Zeitrahmen erleichtert den Umgang mit der Zukunft.

Ein Akronym, um sich leichter zu merken, wie ein Ziel formuliert wird, ist S.M.A.R.T. [56]. Es steht für **S**pezifisch, **M**essbar, **A**usführbar, **R**ealistisch, **T**erminiert.

Hauptziele sollten langfristig angelegt sein, sodass sie die Grundlage für kurzfristige Zwischenziele darstellen können. Der Abschluss des Medizinstudiums stellt nur ein Zwischenziel dar, ebenso das Erreichen einer Facharztbezeichnung.

Literatur

1. <http://de.wikipedia.org/wiki/Arzt>. Zugriffen: 21. Juni 2014.
2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Definition: Ärzte. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8591::Haus%E4rzte. Zugriffen: 21. Juni 2014.
3. Ärztekammer Westfalen-Lippe. Wie wird ärztliche Tätigkeit definiert? <http://www.aekwl.de/index.php?id=326>. Zugriffen: 21. Juni 2014.
4. Bundesärzterordnung. http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html. Zugriffen: 22. Juni 2014.
5. Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz). <http://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
6. openJur e. V. <http://openjur.de/u/353537.html>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
7. Pharmazeutische Zeitung Online. (13/2012). Apotheker in der Industrie; Martin Wesch. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=41409>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
8. BSG B 12 R 3/11 R.
9. B 3 KS 2/10 R (lexetius.com/2011,1319).
10. Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte; MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#I>. Zugriffen: 07. Juli 2014.
11. Petersen, J. 17. Mai 2010 21:38 Klischees über Ärzte Süddeutsche.de. <http://www.sueddeutsche.de/karriere/2.220/klischees-ueber-aerzte-hanswuerste-in-weiss-1.565685>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
12. Demary, V., & Koppel, O. (2013). Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. http://www.iwkoeln.de/_storage/asset/128952/storage/master/file/3508172/download/TR-3-2013-Demary-Koppel.pdf. Zugriffen: 07. Juli 2014.
13. Gerlinger, T., & Burkhardt, W. (2012). Grundprobleme der Vergütung ärztlicher Leistungen. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72624/verguetungssystem?p=all>. Zugriffen: 09. Juni 2014.
14. <http://www.kvbawue.de/abrechnung-honorar/honorarverteilung/arzthonorare/einzelleistungen/>. Zugriffen: 22. Juni 2014.

15. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Honorarbericht für das erste Halbjahr 2011. http://www.kbv.de/media/sp/2012_06_29_Honorarbericht1und2_2011.pdf. Zugriffen: 22. Juni 2014.
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung; Honorarbericht für das erste Quartal. (2013). http://www.kbv.de/media/sp/2014_05_16_Honorarbericht_1_2013.pdf. Zugriffen: 22. Juni 2014.
17. Zi-Praxis-Panel. <https://www.zi-pp.de/>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
18. Aktuelle Information zur Kostenstrukturanalyse 2013 des Statistischen Bundesamts. <https://www.zi-pp.de/pdf/Kommentierung%20der%20KSA%20des%20StatBu.pdf>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
19. aerzteblatt.de (2013). Statistisches Bundesamt: Einkommen von niedergelassenen Ärzten deutlich gestiegen. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55525/Statistisches-Bundesamt-Einkommen-von-niedergelassenen-Aerzten-deutlich-gestiegen>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
20. Repschläger, U. (2009). Die Gesamthonorare für ambulant tätige Ärzte in Deutschland. http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Publikationen/10-_20G_C3_BCnther.property=Data.pdf. Zugriffen: 22. Juni 2014.
21. Korzilius, H., & Maus, J. (2005). *Dtsch Arztebl*, 102(19). A-1328/B-1114/C-1054; TOP II – Arbeitssituation der niedergelassenen Ärzte: Keine Freude mehr am freien Beruf in eigener Praxis. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/46764/TOP-II-Arbeitssituation-der-niedergelassenen-Aerzte-Keine-Freude-mehr-am-freien-Beruf-in-eigener-Praxis>. Zugriffen: 22. Juni 2014.
22. Bestmann, B., Küchler, T., & Henne-Bruns, D. (2010). In F. W. Schwartz, P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen Report Versorgungsforschung*, 2, 1. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, (12. Dez. 2009).
23. Bestmann, B., Rohde, V., Wellmann, A., & Küchler, T. Berufsreport (2003). *Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten Dtsch Arztebl* 2004, 101, A 28–32 [Heft 1–2].
24. Johnsen, L., & Sattler, D. (2005). Studie zur Berufssituation von Ärzten. <http://www.kvsh.de/admin/ImageServer.php?download=true&ID=277@KVSH>. Zugriffen: 04. Juli 2014.
25. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2013/>. Zugriffen: 05. Juli 2014, 04. Juli 2014.
26. <http://www.ihre-aerzte.de>. Zugriffen: 04. Juli 2014.
27. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PersonalKrankenhaeuserJahre.html>. Zugriffen: 04. Juli 2014.
28. Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724–728.
29. Visser, M. R., Smets, E. M., Oort, F. J., & Haes, H. C. De. Stress, satisfaction and burn-out among Dutch medical specialists. *CMAJ*, 168(3), 271–275.
30. Haas, J. S., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Cleary, P. D., & Brennan, T. A. (2000). Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, 15(2), 122–128.

31. Kassierer, J. P. (1998). Doctor discontent. *New England Journal of Medicine*, 339(21), 1543–1545.
32. Grol, R., Mookink, H., Smits, A., van Eijk, J., Beek, M., Mesker, P., & Mesker-Niesten, J. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract*, 2(3), 128–135.
33. Kerr, E. A., Hays, R. D., Mittman, B. S., Siu, A. L., Leake, B., & Brook, R. H. (1997). Primary care physicians' satisfaction with quality of care in California capitated medical groups. *JAMA*, 278(4), 308–312.
34. Kaiser, R. (2002). *Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
35. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“. Abschlußbericht. Hamburg (2004). http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/Abschlussbericht_Gutachten_zum_Ausstieg_aus_der_kurativen_aerztlichen_Berufstaetigkeit_in_Deutschland.pdf. Zugriffen: 04. Juli 2014.
36. Richter, P., et al. (2002). Wie belastet sind Ärzte mit Bereitschaftsdienst? Eine Belastungs-Beanspruchungs-Analyse bei sächsischen Krankenhausärzten. http://www.arbeitsschutz.sachsen.de/download/kh_bereitschaftsdienst.pdf. Zugriffen: 06. Juli 2014.
37. Blum, K., & Offermanns, M. (2011). Gehaltssituation deutscher Krankenhausärzte. http://www.dkgev.de/media/file/9956.2011-08-18_DKI-Studie_Gehaltssituation_deutscher_Krankenhausaeerzte.pdf. Zugriffen: 06. Juli 2014.
38. Dale Carnegie & Associates (2012). What drives employee engagement and why it matters. http://www.dalecarnegie.com/assets/1/7/driveengagement_101612_wp.pdf.
39. Judge, T. A., et al. (2010). The relationship between pay and job satisfaction: A meta-analysis of the literature. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 157–167. <http://www.timothy-judge.com/Judge,%20Piccolo,%20Podsakoff,%20et%20al.%20%28JVB%202010%29.pdf>.
40. Von Eiff (2000). Führung und Motivation in deutschen Krankenhäusern. <http://www.dgfp.de/wissen/personalwissen-direkt/dokument/67089/herunterladen>. Zugriffen: 07. Juli 2014.
41. Hoffart, J. (2013). *Krankenhäuser: Wie Führung Motivation zerstört; Dtsch Arztebl*, 110(14): A-667/B-589/C-589.
42. <http://www.medi-learn.de/foren/archive/index.php/t-38010.html>. Zugriffen: 07. Juli 2014.
43. Die Allensbacher Berufsprestige-Skala. (2013). Institut für Demoskopie Allensbach. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2013_05.pdf. Zugriffen: 07. Juli 2014.
44. Schröder, J. (2011). Einkommen der Chefärzte 2011 um durchschnittlich 9000 € gestiegen. <http://www.iww.de/index.cfm?pid=1314&pk=151450&spid=1296&spk=1284&sfk=18>. Zugriffen: 09. Juli 2014.
45. Bundesärztekammer; Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dez. 2013. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002>. Zugriffen: 07. Juli 2014.
46. Baur, U. (2007). Neuer Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Die Disziplinierung der Chefärzte schreitet voran. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/57259/>

- Neuer-Mustervertrag-der-Deutschen-Krankenhausgesellschaft-Die-Disziplinierung-der-Chefaerzte-schreitet-voran. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
47. <http://www.deutscher-krankenhaustag.de/vortraege/308-35-deutscher-krankenhaustag.html>. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
48. Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland, Nürnberg (2011). <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf>. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
49. Rau, F., Roeder, N., & Hensen, P. (2009). Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Kohlhammer ISBN.
50. Kopetsch, T. (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung; Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
51. Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2010). Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends. http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010_Praesentation.pdf. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
52. Gold, A. (2009). Studienmotive und Zukunftsvorstellungen von Studienanfängerinnen und Studienanfängern der Humanmedizin. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/7076/pdf/Dissertation_Annika_Gold.pdf. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
53. Welbergen, L., et al. (2014). Das Facharztduell: Innovative Karriereplanung in der Medizin. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(2). <http://www.egms.de/sta-tic/de/journals/zma/2014-31/zma000909.shtml>. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
54. Gibis, B., Heinz, A., Jacob, R., & Müller, C. H. The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2012, 109(18), 327–32. doi:10.3238/arztebl.2012.0327. <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=125217>. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
55. Merz, B., & Oberlander, W. (2008). Ärztinnen und Ärzte beklagen die Einschränkung ihrer Autonomie. *Dtsch Arztebl* 2008, 105(7), A 322–324. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/58963/Berufszufriedenheit-Aerztinnen-und-Aerzte-beklagen-die-Einschraenkung-ihrer-Autonomie>. Zugegriffen: 04. Juli 2014.
56. Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11) (AMA FORUM), S. 35–36.
57. Rosta, J., & Gerber, A. (2008). Arbeitszufriedenheit bei Krankenhausärzten und -ärztinnen in Deutschland. *Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006 Gesundheitswesen*, 70, 519–524.
58. http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/aerzte-und-kliniken/mehr-ansehen-als-gehalt-was-aerzte-verdienen-12622272-b1.html#fotobox_1_2622272. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
59. Kienbaum-Vergütungsreports. (2013). „Ärzte, Führungskräfte und Spezialisten in Krankenhäusern“. http://www.kienbaum.de/desktopdefault.aspx/tabid-16/149_read-171/. Zugegriffen: 09. Juli 2014.

60. Deutsches Krankenhausinstitut e. V./medirandum GmbH. Ärztstellen Barometer Winter 2013. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/aerztstellen_barometer_winter_2013.pdf.
61. Bundesärztekammer Arbeitspapier der AG „Heilberufe- und Kammergesetze“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arbeitspapier_Mitgliedschaft_RV-Pflicht_Kurzf_20140115_FINAL.pdf. Zugegriffen: 22. Juni 2014.
62. Jurkat, H. B., & Reimer, C. (2001). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82(32/33).
63. www.dkgev.de/media/file/14551.RS287-13_Anlage-Kostenstruktur.pdf. Zugegriffen: 22. Juni 2014.
64. <http://news.doccheck.com/de/485/jungarzte-ausbeutung-mit-ansage/>. Zugegriffen: 07. Juli 2014.
65. Nölling, T. (2012). Zielvereinbarungen in Chefarztdienstverträgen. http://www.dgu-online.de/uploads/tx_news/WBK_-_Beitrag_-_Zielvereinbarungen_in_Chefarzt-Dienstvert_r%C3%A4gen_17-02-2012.pdf. Zugegriffen: 07. Juli 2014.

Der Arzt in der Wirtschaft

Den Wechsel erfolgreich vorbereiten und durchführen

Renner, C.

2016, X, 173 S. 20 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-07058-8