

Mehr Ärzte in Deutschland: Gibt es dennoch einen Ärztemangel?

Ärztemangel und ärztliche Versorgung in Deutschland

- Ungekürzte Fassung -

Gekürzt publiziert in: Berliner Ärzteblatt (Rotes Blatt), 122. Jahrg.,
(2009), Heft 6, S. 13-16

Autor:

**Dr. med. Klaus Günterberg,
Facharzt für Frauenheilkunde,
Hönow Str. 214, 12623 Berlin**

Literatur auf Anfrage

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Zusammenfassung

Es hat in Deutschland **die Zahl der Ärzte** sowohl **absolut als auch relativ**, im Verhältnis zur Bevölkerungsentwicklung, **zugenommen**. Dabei ist ihr Durchschnittsalter gestiegen, Ärzte beenden heute mit höherem Lebensalter ihre Berufstätigkeit.

Die jährliche Absolventenzahl entspricht etwa der Zahl altersbedingt ausscheidender Ärzte. 3 von 10 Absolventen verlassen jedoch unser Land. Die Zuwanderung ausländischer Ärzte übersteigt dagegen die Abwanderung deutscher Ärzte erheblich. Die vielen offenen ärztlichen Planstellen sind mit deutschen Ärzten nicht zu besetzen; bei ausländischen Ärzten beträgt dagegen die Arbeitslosenquote 18 %.

Eine Analyse auch der Arbeitsstunden und der Arbeitsintensität der Ärzte zeigt: In den Kliniken haben die schweren Krankheiten und die komplizierten Eingriffe zugenommen, die Verweildauer dagegen hat abgenommen. Die ambulante Medizin ist durch die sog. „Krankenhaus ersetzenden Leistungen“ und durch neue Untersuchungen zusätzlich belastet worden. So hat es in Kliniken und ambulanter Medizin für Ärzte eine enorme Arbeitsverdichtung gegeben.

Berufsausübungsgemeinschaften nehmen zu. Leistungsbegrenzende Maßnahmen verhindern aber, dass deren Effektivitätsreserven wirken.

Die Informatik hat der Medizin - im Gegensatz zu Industrie und Handel - keine Freisetzung von Arbeitskräften sondern neue Arbeitsgebiete und zusätzliche ärztliche Arbeitsplätze gebracht.

Mit der seit 2007 nach EU-Recht geltenden Arbeitszeitbegrenzung, mit der Einführung ärztlichen Schichtdienstes, ist der Stellenbedarf der Kliniken deutlich gestiegen. Berücksichtigt man das Arbeitspensum, kann man deshalb heute die Zahl der Ärzte vor 2007 nicht mehr als ausreichend zu Grunde legen.

Das Recht der Frauen auf Vereinbarung von Beruf und Familie wird auch von Ärztinnen geltend gemacht. Im Konflikt zwischen beruflichen und familiären Zwängen siegen, wo Kinder zu versorgen sind, die familiären Zwänge. So führt auch der zunehmende Frauenanteil im Arztberuf zu Schwierigkeiten der Kliniken, ihre Stellen zu besetzen.

Zusammenfassend hat die Entwicklung der Medizin und der Informatik zu zahlreichen neuen ärztlichen Aufgaben und Arbeitsplätzen geführt. Die Arbeitszeitbegrenzung für Klinikärzte, leistungsbegrenzende Maßnahmen für Vertragsärzte, die zunehmende Arbeitsverdichtung in Kliniken und Ambulanzen sowie ein steigender Frauenanteil im Arztberuf haben ebenfalls zur zunehmenden Nachfrage nach Ärzten geführt. Damit ist trotz steigender Arztzahlen **ein erheblicher relativer Ärztemangel** vorhanden; der Bedarf in absehbarer Zeit nicht zu decken.

Unsere Patienten beklagen steigende Wartezeiten in den deutschen Praxen, die Kliniken beklagen das Fehlen ärztlichen Nachwuchses, Kommunen in ländlichen und strukturschwachen Regionen können freigewordene Praxen nicht mehr besetzen und beklagen einen Ärztemangel, ihnen fehlen Haus- und Fachärzte. Die Stellenangebote im Deutschen Ärzteblatt sind umfangreicher als je zuvor.

Andererseits sprechen unsere Gesundheitspolitiker und die Vertreter der Krankenkassen von einer ausreichenden Anzahl Ärzte, sogar von einer Überversorgung in den Großstädten; die Zulassungsbeschränkung zur vertragsärztlichen Versorgung in den als überversorgt eingestuften Regionen ist Ausdruck dieser Einstellung.

Haben wir in Deutschland nun eine Überversorgung oder nur eine Fehlverteilung von Ärzten? Oder haben wir doch einen Ärztemangel? Oder betrachten wir evtl. die Versorgung mit Ärzten nur falsch? Ist unser Glas nun voll oder halb voll oder halb leer?

Die ärztliche Versorgung

Im Jahr 2007 waren bei der Bundesärztekammer 413.696 Ärzte registriert, 5,03 pro 1.000 Einwohner. Dabei geben die vorliegenden Statistiken jedoch stets nur die *überwiegende*

Tätigkeit der Ärzte wieder. Deren Tätigkeit ist teilweise überlappend; neben den rein stationär tätigen Ärzten, teilweise allerdings mit Leitungs- und Verwaltungsaufgaben befasst, und den ambulant tätigen Vertragsärzten sind auch die rein privatärztlich tätigen und die in anderen Bereichen (Betriebsärzte, Sozialmedizinischer Dienst, Bundeswehr) beschäftigten Ärzte in der Versorgung der Bevölkerung tätig. Auch lässt das Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz nun wieder eine teilweise ambulante Tätigkeit der Krankenhausärzte zu. Die Entwicklung der Arzt- und Einwohnerzahlen in Deutschland zeigt Tabelle 1: Die Zahl der in Deutschland registrierten und der berufstätigen Ärzte ist, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich unzweifelhaft gestiegen. Im internationalen Vergleich steht Deutschland bei der Arztdichte mit an der Spitze.

Tabelle 1: Bei der Bundesärztekammer registrierte Ärzte und Ärztinnen

	1991	1995	2000	2005	2006	2007
Ärzte gesamt	297.803	335.348	369.319	400.562	406.974	413.696
Einwohner	79.984.000	81.661.000	2.160.000	82.438.000	82.314.900	82.217.800
Ärzte je 1.000	3,72	4,11	4,50	4,86	4,94	5,03
Ärzte ambulant	99.825	117.578	128.488	134.798	136.105	137.538
ambul. je 1.000	1,25	1,44	1,56	1,64	1,65	1,76
Ärzte stationär	121.247	132.736	139.477	146.511	148.322	150.644
station. je 1.000	1,25	1,63	1,70	1,78	1,80	1,83

Eine evtl. verzerrte Darstellung der Versorgung durch evtl. zunehmenden ärztlichen Wechsel in nichtkurative Bereiche ist (Tabelle 2) auszuschließen: Die Arbeitsplätze in Behörden und Körperschaften sind staatlich reguliert, der Anteil der dort tätigen Ärzte ist sogar kleiner geworden.

Tabelle 2: Anteil der in Behörden/Körperschaften tätigen berufstätigen Ärzte

	1991	1995	2000	2005	2006
Anteil in Prozent	9,5	8,6	9,1	8,5	8,6

Alter und Demographie der Ärzte

Es besteht ein deutlicher Altersunterschied (Tabelle 3) von ca. 10 Jahren zwischen den Klinik- und Vertragsärzten. 5 Jahre dieses Unterschiedes sind damit zu erklären, dass die jüngsten Ärzte ihre Facharztausbildung überwiegend im Krankenhaus erhalten. Der restliche Unterschied ist mit den hohen physischen und psychischen Belastungen im Krankenhaus (Schichtarbeit, Zusatzleistungen im Bereitschaftsdienst, Nachtarbeit) zu erklären, denen Ärzte

mit einem Wechsel in die ambulante Tätigkeit ausweichen. Man erkennt auch eine Zunahme des Durchschnittsalters; Ärzte gehen heute später als früher in den Ruhestand.

Tabelle 3: Das Durchschnittsalter der Ärzte

	1993	1995	2000	2005	2006	2007
Vertragsärzte	46,56	47,58	49,48	50,92	51,12	51,35
Krankenhausärzte	38,05	38,66	39,92	40,90	40,95	41,02

Der ärztliche Nachwuchs (die 35 bis unter 40-jährigen, Tabelle 4) ist insgesamt leicht gestiegen. Erheblich gestiegen ist von 1991 zu 2007 jedoch der Anteil älterer Ärzte, der 50 bis unter 60-jährigen, auf 176 Prozent und der der 60 bis unter 65-jährigen auf 318 Prozent. Auch Tabelle 4 zeigt, dass Ärzte heute sehr viel später ihre Berufstätigkeit beenden.

Tabelle 4: Alter der Ärzte und Ärztinnen nach Altersgruppen

	1991	1995	2000	2005	2006	2007
35 bis unter 40*	44.778	52.396	59.286	50.091	48.496	46.287
40 bis unter 50	76.355	83.589	99.123	113.976	115.035	115.834
50 bis unter 60	50.600	67.394	76.677	83.101	86.176	89.421
60 bis unter 66*	12.362	16.186	31.914	43.068	40.924	39.431

*) Man beachte, dass in Zeile 1 und 4 nur fünf Jahrgänge, in Zeile 2 und 3 dagegen 10 Jahrgänge gezählt werden.

Mit dem Ausscheiden der ältesten ärztlichen Jahrgänge (60 bis unter 66 Jahre) werden natürlich Absolventen nachrücken. Die Zahl der Studierenden im Fach Humanmedizin (Tabelle 5) hat sich seit 2000 auf etwa 78.000, die Zahl der Absolventen auf etwa 8.800 pro Jahr (ca. 44.000 pro 5 Jahrgänge) eingependelt. Es entspricht somit die Absolventenzahl in etwa der Zahl ausscheidender Ärzte. Damit kommt es – unter der Voraussetzung, dass keine ungewöhnliche Abwanderung erfolgt - weiterhin zu einem kontinuierlichen Ersatz der ausscheidenden ältesten Jahrgänge. Von einer Abnahme der in Deutschland berufstätigen Ärzte, von einem *absoluten* Ärztemangel, kann somit nicht die Rede sein.

Tabelle 5: Studenten und Absolventen im Fach Humanmedizin

	1993	1995	2000	2005	2006	2007
Studierende	90.594	84.566	78.565	77.742	78.106	?
Absolventen	11.555	10.268	9.165	8.870	8.724	?
Einwohner	79.984.000	81.661.000	82.160.000	82.438.000	82.314.900	82.217.800
Je 1.000 Einw.	6,92	7,95	8,96	9,29	9,44	?

Wenn (Tabelle 1) bisher eine Zunahme der Ärzte je Einwohner zu verzeichnen war, kann diese Quote – gleich bleibende Absolventenzahlen vorausgesetzt - allerdings nicht weiter steigen, sie wird zunächst stagnieren. Wenn in etwa 20 Jahren die Jahrgänge der jetzt 40 bis unter 50-jährigen aus dem Beruf ausscheiden, ist allerdings eine Abnahme der in Deutschland tätigen Ärzte zu erwarten.

Ärztliche Zu- und Abwanderung

Die Anforderungen in Klinik und Praxis sind zweifellos kontinuierlich gestiegen, der ärztliche Stundenlohn im stationären Bereich ebenfalls, allerdings nicht in selbem Maße. Im niedergelassenen Bereich wurde den Ärzten inzwischen ein Drittel ihrer Arbeit von den Krankenkassen nicht bezahlt. Die ab 2009 bereitgestellten 2,3 Mrd. Euro werden dieses Defizit von 33% auf 25% verringern. Den von privaten Krankenversicherungen nach der GÖÄ gezahlten Honoraren fehlt seit 1996 jeglicher Inflationsausgleich, was eine Abwertung der ärztlichen privaten Honorare auf eine Kaufkraft von ca. 60 Prozent entspricht.

Zwischen (Arbeitsbedingungen und) Einkommen einerseits und Lebensbedingungen andererseits besteht ein elementarer Zusammenhang – gehen junge Ärzte wirklich in nennenswerter Zahl aus dem kurativen Bereich, aus dem Beruf oder ins Ausland?

Ein zunehmender Wechsel der Ärzte in nichtkurative Bereiche (Behörden und Körperschaften, Tab. 2) findet sicher nicht statt, diese Stellen haben sogar leicht abgenommen.

Es gibt aber eine Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland (Tab. 6), mit steigender Tendenz. Bevorzugte Länder sind, in der genannten Reihenfolge, Großbritannien, die USA, die Schweiz, Österreich, Schweden, Frankreich und Norwegen.

Tabelle 6: Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Absolventen	9.165	8.870	8.947	8.896	8.870	8.724
Abgewanderte Ärzte	1.437	1.691	1.992	2.731	2.249	2.575
in Prozent	15,7	19,1	22,3	30,7	25,4	29,5

Die absolute Zahl der abwandernden Ärzte erscheint zunächst, im Verhältnis zu den in Deutschland tätigen Ärzten, relativ gering, hat sich jedoch von 2001 auf 2006 annähernd verdoppelt und ist, setzt man sie in das Verhältnis zu den jährlichen Absolventenzahlen, gravierend: Inzwischen verlassen drei von zehn hier ausgebildeten Ärzten unser Land!

Es wandern aber auch ausländische Ärzte nach Deutschland ein. Die Zahl der in Deutschland lebenden ausländischen Ärzte (Tabelle 7) übersteigt die Zahl der abgewanderten Ärzte deutlich, mit ebenfalls steigender Tendenz. Um in Deutschland ärztlich tätig zu sein, reicht aber ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin nicht aus. Darüber hinaus sind auch gute Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift, Kenntnisse unserer Arzneimittel, unseres Gesundheits- und Rechtssystems, die Beherrschung moderner Medizintechnik sowie EDV-Kenntnisse nötig.

Tabelle 7: Ausländische Ärzte in Deutschland

	1991	1995	2000	2005	2006	2007
berufstätig	9.448	10.651	11.651	15.062	16.080	16.818
ausl. Ärzte gesamt	10.653	12.727	14.603	18.582	19.513	20.434
ohne ärztl. Tätigkeit	1.205	2.076	2.952	3.520	3.433	3.616
- - - in Prozent	11,3	16,3	20,2	18,9	17,6	17,7

Ca. 30% der zuwandernden Ärzte kommen aus Osteuropa. Während es in Deutschland für die eigenen Ärzte eine enorme Nachfrage und praktisch keine Arbeitslosigkeit gibt, ist die Quote

der in Deutschland lebenden ausländischen Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit (Tabelle 7, Zeile 5) sehr hoch. Ihre Arbeitslosenquote liegt bei 18%; offenbar fehlen ihnen die notwendigen Zusatzkenntnisse.

In der Bilanz übersteigt die ärztliche Zuwanderung die Abwanderung, gibt es für Deutschland sogar einen deutlichen Wanderungsgewinn.

Ärztliche Aufgaben – früher und heute

Krankenhäuser müssen Tag und Nacht eine fachärztliche Versorgung gewährleisten. Dazu hatten Klinikärzte früher nach der regulären Tagesarbeit bis zum Beginn oder auch bis zum Ende des nächsten Arbeitstages einen sog. Bereitschaftsdienst, in dem sie alle anfallenden ärztlichen Arbeiten erledigten. Vor allem in den Bereichen mit vielen Notfällen, in chirurgischen und geburtshilflichen Abteilungen überwog dabei die aktive Arbeit, Ruhephasen waren selten. Klinikärzte hatten so eine Wochenarbeitszeit bis zu 80 Stunden.

Während frühere Ärztegenerationen noch eine solche Arbeitszeit akzeptiert haben (oder akzeptieren mussten?), ist die heute nachrückende Generation nicht mehr bereit, eine solche Arbeitsbelastung zu übernehmen. Junge Ärzte fordern ihr Recht auf Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Der Frauenanteil im Arztberuf ist deutlich steigend, inzwischen sind zwei Drittel der Studienanfänger weiblich. Ärztinnen fordern dabei heute auch ihr Recht auf Vereinbarung von Familie und Beruf ein. Nun gibt es im Leben keine so elementare Verantwortung, wie die einer Mutter für ihr Kind. Diese Verantwortung kollidiert oft mit den Verpflichtungen, die eine Ärztin an ihrem Arbeitsplatz hat, wobei, wo Kinder zu versorgen sind, die familiären Zwänge siegen. Der hohe Frauenanteil im Arztberuf ist ein Grund, warum viele Krankenhäuser heute schon Schwierigkeiten haben, ärztliche Arbeitsplätze zu besetzen..

Seit dem 01. Januar 2007 gelten in den Kliniken in Umsetzung entsprechender EU-Richtlinien ärztliche Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit und müssen vollständig bei der Berechnung der zulässigen Wochenstunden berücksichtigt werden. In vielen Bereichen haben Kliniken deshalb ärztlichen Schichtdienst einrichten müssen; teilweise aber arbeiten Ärzte, weil nicht genügend vorhanden, in den Kliniken unverändert weiter. Wo Schichtdienst eingeführt werden konnte, sind die Wochenstunden und Belastungen der Klinikärzte deutlich gesunken, der Stellenbedarf der Krankenhäuser insgesamt aber ist deutlich gestiegen

Eine Hochrechnung (eigene Berechnungen) unter Zugrundelegung von nun 60-Stunden Wochenarbeitszeit und unter Berücksichtigung auch von Urlaubszeiten zeigt, dass ein Arzt, der nach Vollendung seines 65. Lebensjahres in den Ruhestand geht, in seinem Berufsleben einen Arbeitsumfang geleistet hat, als wäre ein Normalbürger bis zum 83. Lebensjahr voll berufstätig gewesen.

Will man die ärztliche Versorgung der Bevölkerung analysieren, darf man nicht allein die Zahl der Ärzte betrachten, sondern muß auch deren Arbeitspensum berücksichtigen. Wegen der Begrenzung ärztlicher Arbeitszeit auf nunmehr 60 Stunden pro Woche kann man die Zahl der Ärzte vor dem 01.01.2007 heute nicht mehr als Basis, als ausreichend, zu Grunde legen.

In den Kliniken haben sich aber auch Umfang und Inhalt der ärztliche Arbeit deutlich verändert: Mit der Einführung der DRG, mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung von tagesgleichen Pflegesätzen auf eine Vergütung nach diagnosebasierten Fallpauschalen hat sich der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt erheblich verkürzt (man spricht inzwischen sogar von einer „blutigen Entlassung“), wobei die Tendenz einer immer kürzeren Verweildauer weiter anhält und mit der kürzeren Verweildauer in den Kliniken in gleicher Zeit deutlich mehr Patienten betreut werden. In Folge dieses größeren Patientendurchgangs

fallen die originären ärztlichen Arbeiten (Aufnahmeuntersuchung, Erste Hilfe, Diagnostik, Behandlung, Abschlussuntersuchung, Epikrise) nun vermehrt an.

Aber auch die Krankheitsbilder in den Kliniken haben sich verändert. Mittelschwere Krankheiten mit vertretbarem Risiko wurden in die ambulante Behandlung verlagert (sog. „Krankenhaus ersetzende Leistungen“, s. d.), dagegen haben in den Kliniken größere Eingriffe mit hohem Risiko und komplexe Behandlungen zugenommen (Tabelle 8), Leistungen, die neben höherer Qualifikation auch deutlich mehr ärztliche Zeit erfordern.

Und es sind die Klinikärzte auch noch mit zunehmenden und zusätzlichen bürokratischen Aufgaben (z.B. Codierungen) stärker belastet.

So hat es für die Ärzte in deutschen Kliniken eine erhebliche Leistungsverdichtung gegeben.

Tabelle 8: Zunahme klinischer Behandlungen

Frühgeborenen-Behandlung
Gefäßchirurgische Eingriffe
Gelenk-Endoprothesen
Herzchirurgische Eingriffe
Kathetergestützte Eingriffe
Kaiserschnitte
Kosmetisch-rekonstruktive Eingriffe
Minimal-invasive videoendoskopische Eingriffe
Neurochirurgische Eingriffe
Praenatale Eingriffe
Transplantationen

Der **ambulante Bereich** ist in Folge der verkürzten Liegezeit in den Kliniken, durch Übernahme der Nachsorge, und durch die komplette Verlagerung vieler Behandlungen in die ambulante Medizin erheblich zusätzlich belastet worden:

Tabelle 9: Krankenhausersetzende Leistungen, einschl. Vor- und Nachbehandlung

Angiographien einschl. Herzkatheter und kathetergestützte Eingriffe	
Biopsien	zzgl. Histologie und Rezeptor-Analysen
Chemotherapie maligner Erkrankungen	
Dialyse	
Endoskopien u. Arthroskopien	
Implantationen, Wechsel, Entfernungen Pumpen	Schrittmacher, Defibrillator, Port und
Kontrazeptive Eingriffe	
Neurochirurgische Eingriffe	
OP-Vorbereitungen und -Nachbehandlungen	
Osteosynthese-Material	Entfernungen
Punktionen	zzgl. Instillationen und Zytologie
Pumpen (Diabetes, Onkologie, Schmerzbehandlung)	Einstellung und Dauerbetreuung
Praenatale Eingriffe	
Reproduktionsmedizin	
Strahlentherapie maligner Erkrankungen	

Der Strukturvertrag zur Förderung ambulanter krankenhausersetzender Operationen listet - zusätzlich zu den in den chirurgischen Fächern schon von jeher ambulant vorgenommenen kleineren Operationen - 631(!) Eingriffe der verschiedenen Fachrichtungen auf, die jetzt ambulant vorgenommen werden. Aber auch zahlreiche nichtoperative Leistungen werden durch die verbesserte Ausstattung der Praxen und die höhere Qualifikation der Fachärzte nicht mehr stationär sondern heutzutage ambulant erbracht (Tab.9).

Und es sind auch in der ambulanten Medizin gänzlich neue Verfahren (Tab. 10) eingeführt worden, ursprünglich seltene Verfahren wurden zu Reihenuntersuchungen.

Tabelle 10: neue ambulante Behandlungen/Untersuchungen

Akupunktur	
Dauermedikation chronischer Krankheiten:	Cholesterin-Senkung Gerinnungshemmung Hormon-Ersatztherapie
Früherkennungs-Untersuchungen: (altersabhängig)	Chlamydien-Screening Hautkrebs-Screening Koloskopie Mammographie-Screening
Impfungen (altersabhängig):	Varizellen, Meningokokken, Pneumokokken gegen HPV-Infektionen gegen Rota-Virus-Infektionen
Methadon-Substitution	
MRT der Brust	

Kontinuierlich sind den Vertragsärzten auch mehr und mehr Dokumentations- und Rechtfertigungspflichten auferlegt worden, der Umfang ihrer bürokratischer Tätigkeit ist enorm gestiegen.

Und es hat nicht zuletzt auch die demographische Entwicklung und die Zunahme der Lebenserwartung, der steigende Anteil älterer Menschen, zu einer vermehrten Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Hilfe geführt.

So gab es auch in der ambulanten Medizin eine nie dagewesene Arbeitsverdichtung. Und es wird verständlich, dass die von verschiedenen Seiten vorgenommenen Studien zur Entwicklung innerhalb der Vertragsärzte trotz steigender Arztzahlen einen abnehmenden Versorgungsgrad bei den Hausärzten (in den neuen Bundesländern mehr als in den alten), aber auch Versorgungsengpässe bei den Fachärzten, insbesondere bei den Augen-, Frauen-, Haut- und Nervenärzten, zeigten.

Informatik und ärztliche Arbeitsplätze

Medizintechnik, bildgebende Diagnostik, Laboranalysen, Dokumentation und ärztliche Kommunikation sind heute ohne Computer nicht mehr zeitgemäß, eine moderne Medizin ohne Informatik ist unmöglich geworden. Es hat die Informatik dabei auch zu höheren Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte geführt. Aber konnte sie eventuell die Zahl ärztlicher Arbeitsplätze vermindern?

In vielen Bereichen, bspw. Labor und Intensivmedizin, hat die Informatik zu einer Diagnostik geführt, die schneller und zuverlässiger geworden ist, auch zu einer schonenderen und erfolgreicherer Behandlung. Es hat auch die Medizin mit dem Einsatz der Informatik einen Quantensprung gemacht, mit ihren Erfolgen vor allem aber auch eine wachsende Nachfrage generiert.

Mit der Informatik in der Medizin hat sich vor allem die bildgebende Diagnostik (zuvor konventionell, heute auch Sonographie, CT, MRT, PET u.a.) entwickelt, sind weitere Gebiete moderner Diagnostik und Therapie entstanden; mit diesen neuen Methoden sind auch neue Aufgaben und ärztliche Arbeitsplätze entstanden.

Die Entwicklung der Textverarbeitung und der modernen Kommunikation hat zwar eine Abnahme der ärztlichen Mitarbeiter, der Schreibkräfte, bewirkt; die Arbeit des Arztes, die Befundung, hat sich dabei aber nur formal, nicht aber im Wesen und vor allem nicht im Umfang verändert.

Bei der Abrechnung ihrer Leistungen und bei der Rechnungslegung gegenüber den Kostenträgern hat die Informatik zu einer Entlastung der Ärzte geführt. Gleichzeitig hat die allgemeine Verfügbarkeit der Computer aber auch zu einem exzessiven Anstieg ärztlicher Nachweispflichten und von Rechtfertigungs-Auflagen geführt, zu einer Leistungskontrolle und -Beeinflussung der Klinik- und Vertragsärzte, zu Auflagen, die nur durch die Computer erst möglich wurden. Diese bürokratischen Lasten sind weitaus höher als die ursprüngliche Entlastung der Ärzte bei ihrer Abrechnung. So hat die Informatik in der Medizin zwar punktuell zur ärztlichen Entlastung geführt, hat jedoch weitaus mehr administrative Belastung der Ärzte geschaffen: In der Summe sind die bürokratischen Aufgaben der Ärzte in Klinik und Ambulanz durch die Informatik erheblich gestiegen.

Vor allem aber konnte der Computer die elementare ärztliche Tätigkeit (Anamnese, Inspektion, körperliche Untersuchung, Diagnostik unter Anwendung anatomischer, physiologischer, biochemischer, statistischer und psychologischer Wissenschaft, Beratung und Begutachtung, diagnostische und therapeutische Eingriffe, Geburtshilfe, Todesfeststellung und Autopsie) nicht übernehmen. Es ist ärztliche Arbeit in ihren Grundlagen unverändert geblieben.

So hat der zunehmende Computereinsatz in der Medizin die Zahl der benötigten Ärzte nicht reduziert. Eine Freisetzung auch qualifizierter Arbeitskräfte durch die Informatik, wie bspw. in der Industrie und im Handel, ist in der Medizin nicht erfolgt, ist auch künftig nicht zu erwarten. Das Gegenteil ist der Fall: Es sind durch die Informatik in der Medizin neue Arbeitsgebiete für Qualifizierte und vor allem zusätzliche ärztliche Arbeitsplätze entstanden.

Ärztliche Gemeinschaftsarbeit und Arbeitsplätze

In der ambulanten Medizin entwickeln sich schon seit Jahren die früher üblichen Einzelpraxen zunehmend zu den verschiedenen ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften (Tab. 11). Großgemeinschaften, Partnerschaften, MVZ, Ärzthäuser und Klinikambulanzen nehmen zu. Langfristig wird die Einzelpraxis wohl nur in der Grundversorgung abgelegener Gebiete und bei wenigen Spezialisten erhalten bleiben. Werden durch diesen Konzentrationsprozess evtl. weniger Ärzte benötigt?

Tabelle 11: Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften

Einzelpraxis mit Ausbildungs-Assistenten Einzelpraxis im Jobsharing-Verfahren Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft Ärztliche Partnerschafts-Gesellschaft MVZ verschiedener Rechtsformen
--

Es sind vor allem wirtschaftliche und Wettbewerbsvorteile, die Ärzte zur Arbeit unter einem Dach bzw. auch zur Berufsausübungsgemeinschaft bewegen. Aber oft werden komplizierte ambulante Behandlungen auch erst durch das unmittelbare Zusammenwirken mehrerer Ärzte möglich.

Nun ist aber die Tätigkeit der Vertragsärzte, auch in den Berufsausübungsgemeinschaften, durch verschiedene Vorschriften (bspw. Regelleistungsvolumen, Punktzahlbergrenzen, Abstufung, Budgets) begrenzt worden. Gesundheitspolitiker und Vertreter der Krankenkassen sprechen offen von sog. „leistungsbegrenzenden Maßnahmen“. Allen diesen Maßnahmen gemeinsam ist eine den Ärzten und auch den ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften vorgegebene Grenze, jenseits der ihnen die Arbeit nur noch symbolisch, auch nicht annähernd kostendeckend, oder nicht mehr bezahlt wird. Wirtschaftliche Gesetze wirken aber auch in der Medizin: Arbeit erzeugt Kosten und auch Ärzte können dauerhaft keine Arbeit leisten, die dann nicht bezahlt wird. So sind Verkürzungen der Sprechstunden, zunehmende Schließ- und Urlaubstage, abgewiesene Patienten und verlängerte Wartezeiten die sichtbaren Zeichen dafür, dass die Ärzte unter solchen Zwängen trotz steigender Nachfrage ihre Leistungen bewusst reduzieren.

Es sind leistungsbegrenzende Maßnahmen zutiefst leistungsfeindlich und führen dazu, den Ärztemangel noch zu verstärken. Und es können unter den derzeitigen leistungsbegrenzenden Vorschriften auch die Berufsausübungsgemeinschaften ihre Effektivitätsreserven nicht entwickeln, den Ärztemangel nicht verringern.

Bedarfsplanung und Steuerung

28 % der Krankenhäuser in den alten Bundesländern, 55 % in den neuen Bundesländern haben offene ärztliche Stellen. Im ambulanten Bereich besteht in Ballungsgebieten regional eine Überversorgung, in ländlichen Gebieten inzwischen ein Mangel an Haus- und Fachärzten. Lässt sich eine solche Disproportion durch staatliches Eingreifen beseitigen?

Seit 1993 bestehen bundesweit Planungsbezirke, in denen die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung für zahlreiche Fachgebiete begrenzt wurde. Diese Bedarfsplanung greift insofern, als sich weniger Ärzte zur ambulanten Behandlung niederlassen können, Ärzte sich gleichmäßiger in der Bundesrepublik verteilen und Vertragsärzte ihre Praxis nur innerhalb des Planungsbezirks verlegen können. Eine Betrachtung der Arztdichte nur in Relation zur regionalen Bevölkerung kann aber die tatsächlichen Umstände nicht berücksichtigen:

Medizinische Spezialeinrichtungen (bspw. der Rechtsmedizin, zu Infektions- und seltenen Krankheiten, für Verbrennungen oder zur Krebstherapie) werden nur an wenigen Stellen, nicht aber überall benötigt. Fachärztliche Spezialisten lassen sich bevorzugt in Städten

nieder, versorgen aber große ländliche Gebiete mit. Medizinische Hochschulen mit ihren ärztlichen Lehrern und Mitarbeitern sind stets in Städten angesiedelt.

Seit Jahrzehnten gibt es in Deutschland eine Bevölkerungswanderung von Nord nach Süd und von Ost nach West, eine Wanderung, die auch nach Beseitigung der deutschen Teilung unverändert geblieben ist.

Und es verändern der medizinische Fortschritt und die steigende Lebenserwartung auch Krankheiten in ihrer Häufigkeit und Bedeutung.

In den Verwaltungszentren beschäftigen Bund und Länder für ihre administrativen und hygienischen Aufgaben auch Ärzte. Großstädte haben Bezirke mit schwierigen sozialen Strukturen und mit dem entsprechenden Risikopotential; wo sich spezifische Krankheiten häufen, werden auch ärztliche Spezialisten benötigt.

So ist die Arztdichte der Städte nicht mit der ländlicher Gebiete, sind ländliche Gebiete am Rand großer Städte nicht mit großflächigen Regionen, sind Städte mit und ohne medizinischer Hochschule nicht miteinander, Städte nicht mit Großstädten und Großstädte nicht mit der Hauptstadt vergleichbar.

Es ist ersichtlich, dass sich kein Schlüssel erstellen lässt, nach dem sich der tatsächliche, auch regionale, Bedarf an Ärzten errechnen lässt. Ob Ärzte solchen Planungen folgend sich niederlassen würden, steht auch sehr in Frage; alle Erfahrungen mit planwirtschaftlichen Strukturen sprechen eher dagegen.

Die zum 1.7.2008 eingeführten Betriebsstätten- und lebenslangen Arztnummern wird man voraussichtlich auch zu einer besseren Analyse ärztlicher Tätigkeit nutzen. Eine Bedarfsplanung, die der medizinischen, der morbiditäts- und der demographischen Entwicklung entspricht, wird damit wohl auch nicht möglich sein.

Fazit und Aussicht

Die Zahl der Ärzte in Deutschland und auch die Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin haben seit 1991 kontinuierlich zugenommen. Dabei entspricht die Absolventenzahl etwa der Zahl ausscheidender Ärzte. 3 von 10 Absolventen verlassen jedoch die Bundesrepublik. Deutschland wird es sich wohl dauerhaft nicht leisten können, Fachleute, denen es die längste Ausbildung und das teuerste Studium finanziert hat, in dieser Größenordnung durch Abwanderung zu verlieren.

Die Zuwanderungsrate ausländischer Ärzte übersteigt zwar die Abwanderungsrate deutscher Ärzte um ein Vielfaches, dennoch können die Kliniken ihre offenen Planstellen nicht besetzen. Volkswirtschaftlich und entwicklungspolitisch erscheint es dabei aber auch kurzsichtig und außerordentlich fragwürdig, den jüngsten und schwächsten EU-Mitgliedern und den Entwicklungsländern (z.B. über „Blue Cards“) die klügsten Köpfe abzuwerben, um dann die Versorgungslücken dieser Länder mit erheblichen Transferleistungen zu bezahlen.

Während die Informatik in Industrie und Handel zur Freisetzung auch von qualifizierten Fachkräften geführt hat, hat sie in der Medizin elementare ärztliche Tätigkeit nicht ersetzen können, hat dagegen für Ärzte neue Aufgaben und sogar zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen. Es hat die Informatik auch in der Medizin zu erheblichem Fortschritt geführt, den Bedarf an Ärzten jedoch vergrößert.

Die Analyse der ärztlichen Versorgung zeigt trotz steigender Zahl tätiger Ärzte infolge gestiegener Aufgaben (Tabelle 12) insgesamt einen erheblichen relativen Ärztemangel, der nach allen Kriterien in den nächsten Jahren wohl noch steigen dürfte.

Tabelle 12: Ursächliche Faktoren eines *relativen* Ärztemangels

In den Kliniken:

- Zunahme komplexer und spezialisierter Behandlungen
- Neue Arbeitsaufgaben und ärztliche Arbeitsplätze
- gesteigener Patientendurchgang
- Arbeitszeitbegrenzung für Ärzte auf 60 Std. pro Woche
- gesteigener Frauenanteil im Arztberuf
- Zunahme bürokratischer Aufgaben

Im ambulanten Bereich:

- Krankenhaus ersetzende Leistungen
- verlängerte poststationäre Behandlungen (nach früherer Entlassung)
- neue ambulante Maßnahmen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Behandlungen)
- leistungsbegrenzende Maßnahmen für Vertragsärzte
- Zunahme bürokratischer Aufgaben

Eine staatlich Bedarfsplanung, die der medizinischen, der morbiditäts- und der demographischen Entwicklung auch nur annähernd entspricht, wird nicht möglich sein. Die weitere Steuerung ärztlicher Niederlassung über Zulassungsbezirke wird nach allen Erfahrungen den Ärztemangel weder verringern noch beseitigen: Ein Mangel lässt sich mit planwirtschaftlichen Strukturen weder gerecht verteilen noch beseitigen.

Lösungsansätze gegen den Ärztemangel bestehen u.a. darin, die Zahl der Medizin Studierenden weiter zu erhöhen und den Arztberuf in Deutschland wieder so zu gestalten, dass sowohl die Abwanderung der Absolventen nachlässt als auch Ärzte von fachfremden und bürokratischen Tätigkeiten entlastet werden.