

# **Mehr Ärzte in Deutschland: Gibt es dennoch einen Ärztemangel?**

Ärztemangel und ärztliche Versorgung in Deutschland

- Gekürzte, publizierte Fassung -

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

**Autor:**

**Dr. med. Klaus Günterberg,  
Facharzt für Frauenheilkunde,  
Hönower 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.

Unsere Patienten beklagen steigende Wartezeiten, die Kliniken das Fehlen ärztlichen Nachwuchses, Kommunen das Fehlen von Haus- und Fachärzten. Unsere Gesundheitspolitiker und die Vertreter der Krankenkassen beklagen eine Überversorgung in den Großstädten. Haben wir in Deutschland nun eine Überversorgung, eine Fehlverteilung oder doch einen Ärztemangel? Oder betrachten wir die Situation nur einseitig?

### **Die ärztliche Versorgung**

Im Jahr 2007 waren bei der Bundesärztekammer 413.696 Ärzte registriert, 5,03 pro 1.000 Einwohner. 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: Bei der Bundesärztekammer registrierte Ärzte und Ärztinnen

	<b>1991</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Ärzte gesamt	297.803	335.348	369.319	400.562	406.974	413.696
Einwohner	79.984.000	81.661.000	82.160.000	82.438.000	82.314.900	82.217.800
Ärzte je 1.000	<b>3,72</b>	<b>4,11</b>	<b>4,50</b>	<b>4,86</b>	<b>4,94</b>	<b>5,03</b>
Ärzte ambulant	99.825	117.578	128.488	134.798	136.105	137.538
ambul. je 1000	<b>1,25</b>	<b>1,44</b>	<b>1,56</b>	<b>1,64</b>	<b>1,65</b>	<b>1,76</b>
Ärzte stationär	121.247	132.736	139.477	146.511	148.322	150.644
station. je 1000	<b>1,25</b>	<b>1,63</b>	<b>1,70</b>	<b>1,78</b>	<b>1,80</b>	<b>1,83</b>

Eine Abwanderung in Behörden und Körperschaften hat nicht stattgefunden; es sind die dort tätigen Ärzte ist sogar weniger geworden.

### **Alter und Demographie der Ärzte**

Zwischen den Klinik- und Vertragsärzten besteht ein Altersunterschied (Tab. 3) von ca. 10 Jahren, wobei 5 Jahre mit der Facharztausbildung im Krankenhaus, die restlichen 5 Jahre mit den hohen physischen und psychischen Belastungen im Krankenhaus (Schichtarbeit, Zusatzleistungen im Bereitschaftsdienst, Nacharbeit) zu erklären sind, denen Ärzte mit einem Wechsel in die ambulante Tätigkeit ausweichen..

Das Durchschnittsalter der Ärzte ist kontinuierlich gestiegen Der Nachwuchs (die 35 bis unter 40-jährigen, Tab.4) hat leicht zugenommen. Erheblich gestiegen ist 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). Tabelle 4 zeigt auch, dass Ärzte heute sehr viel später ihre Berufstätigkeit beenden.

Mit dem Ausscheiden der ältesten ärztlichen Jahrgänge werden gleichzeitig Absolventen nachrücken. Dabei hat sich seit 2000 die Zahl der Absolventen auf etwa 8.800 pro Jahr (ca. 44.000 pro 5 Jahrgänge) eingependelt. Damit entspricht die Absolventenzahl in etwa der Zahl ausscheidender Ärzte. Von einer Abnahme der in Deutschland berufstätigen Ärzte, von einem *absoluten* Ärztemangel, kann somit nicht die Rede sein.

Wenn bisher eine Zunahme der Ärzte je Einwohner zu verzeichnen war, wird diese Quote 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. Gehen junge Ärzte deshalb wirklich aus dem Beruf oder ins Ausland?

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

Die Zahl der abwandernden Ärzte hat sich von 2001 auf 2006 annähernd verdoppelt und ist tatsächlich gravierend: Inzwischen verlassen drei von zehn hier ausgebildeten Ärzten unser Land! Dagegen übersteigt die Zahl der zugewanderten Ärzte 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.

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 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. Vor allem in den Bereichen mit vielen Notfällen, in chirurgischen und geburtshilflichen Abteilungen überwog im sog. Bereitschaftsdienst die aktive Arbeit, Ruhephasen waren selten, Klinikärzte hatten 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 Frau-

enanteil 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. Wo möglich wurde deshalb ärztlicher Schichtdienst eingeführt; teilweise aber müssen Ärzte aber noch unverändert weiterarbeiten. Mit dem Schichtdienst sind die Wochenstunden und Belastungen der Klinikärzte 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.

Zur Analyse ärztlicher Versorgung der Bevölkerung muß man die Zahl der Ärzte *und* auch deren Arbeitspensum berücksichtigen. Deshalb kann man nach der Reduzierung ärztlicher Arbeitszeit auf nunmehr 60 Stunden pro Woche die Zahl der Ärzte vor dem 01.01.2007 heute nicht mehr als Basis, als ausreichend, zu Grunde legen.

In den Kliniken hat sich mit der Einführung der DRG, mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung von tagesgleichen Pflegesätzen auf eine Vergütung nach diagnosebasierten Fallpauschalen der Krankenhausaufenthalt erheblich verkürzt, wobei durch die kürzere Verweildauer 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“), dagegen haben in den Kliniken größere Eingriffe mit hohem Risiko und komplexe Behandlungen zugenommen, 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.

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

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. 7).

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

Der Umfang bürokratischer Tätigkeit, mehr Dokumentations- und Rechtfertigungspflichten, ist auch bei den Vertragsärzten 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.

Diese in der ambulanten Medizin nie dagewesene Zunahme des Arbeitsumfangs macht verständlich, dass sowohl steigende Arztzahlen wie auch Versorgungsengpässe bei den Hausärzten (in den neuen Bundesländern mehr als in den alten) und bei den Fachärzten (insbesondere bei den Augen-, Frauen-, Haut- und Nervenärzten) zu beobachten sind.

### ***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 erfolgreicheren Behandlung. Vor allem hat sich 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 zu einer Abnahme der ärztlichen Mitarbeiter, der Schreibkräfte, geführt; die Arbeit des Arztes, die Befundung, hat sich dabei aber nur formal, nicht jedoch im Umfang verändert.

Bei der Abrechnung ihrer Leistungen und bei der Rechnungslegung gegenüber den Kostenträgern hat die Informatik zu einer Entlastung der Ärzte geführt, die allgemeine Verfügbarkeit der Computer aber auch zu einem exzessiven Anstieg ärztlicher Nachweispflichten und von Rechtfertigungsaufgaben, zu einer Leistungskontrolle und -Beeinflussung der Klinik- und Vertragsärzte, zu Auflagen, die nur durch die Computer erst möglich wurden. In der Summe sind durch die Informatik die bürokratischen Aufgaben der Ärzte in Klinik und Ambulanz 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.

Es hat auch die Medizin mit dem Einsatz der Informatik einen Quantensprung gemacht, vor allem aber auch eine wachsende Nachfrage generiert.

So hat der zunehmende Computereinsatz in der Medizin die Zahl der benötigten Ärzte nicht reduziert, im Gegenteil: Es sind neue Arbeitsgebiete für Qualifizierte und vor allem zusätzliche ärztliche Arbeitsplätze entstanden. 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.

### ***Ärztliche Gemeinschaftsarbeit und Arbeitsplätze***

In der ambulanten Medizin entwickeln sich schon seit Jahren die früher üblichen Einzelpraxen zunehmend zu den verschiedenen ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften. Langfristig wird die Einzelpraxis wohl nur in der Grundversorgung abgelegener Gebiete und bei wenigen Spezialisten erhalten bleiben. Werden durch den Konzentrationsprozess evtl. weniger Ärzte benötigt?

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 durch verschiedene Vorschriften (bspw. Regelleistungsvolumen, Abstaffelung, Budgets) begrenzt worden. Gesundheitspolitiker sprechen offen von sog. „leistungsbegrenzenden Maßnahmen“. Jenseits dieser Grenze wird die Arbeit nur noch symbolisch, auch nicht annähernd kostendeckend, oder nicht mehr bezahlt. 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, die Versorgungsengpässe noch zu verstärken. Und es können unter solchen leistungsbegrenzenden Vorschriften auch die Berufsausübungsgemeinschaften ihre Effektivitätsreserven nicht entwickeln, den Ärztemangel nicht verringern.

### ***Bedarfsplanung und Steuerung***

Die Kliniken in allen Bundesländern haben offene ärztliche Stellen. In Ballungsgebieten besteht (so wird behauptet) eine Überversorgung, in ländlichen Gebieten 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. Damit können sich weniger Ärzte zur ambulanten Behandlung niederlassen und müssen sich gleichmäßiger in der Bundesrepublik verteilen. Eine Betrachtung der Arztdichte nur in Relation zur regionalen Bevölkerung kann aber die tatsächlichen Umstände nicht berücksichtigen: Medizinische Hochschulen mit ihren ärztlichen Lehrern und Mitarbeitern sind stets in Städten angesiedelt. Medizinische Spezialeinrichtungen werden nur an wenigen Stellen benötigt. Fachärztliche Spezialisten lassen sich bevorzugt in Städten nieder. Großstädte mit ihren schwierigen sozialen Strukturen und ihrem Risikopotential benötigen für die spezifischen Krankheiten Spezialisten. Von diesen Zentren und durch die Spezialisten werden große und auch ländliche Gebiete mitversorgt.

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.

### ***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.

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 gesteigener Aufgaben insgesamt *einen erheblichen relativen Ärztemangel*, der in den nächsten Jahren wohl noch steigen dürfte.

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.