

Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft

Folgt man den Äußerungen von Vertretern der Ärzteschaft aus den letzten Monaten, steht der Arztberuf unter massivem Druck. Er ist demnach insbesondere gekennzeichnet durch:

- ein negatives Bild in der Öffentlichkeit (so beklagt der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Hoppe, im April 2005 das "schlechte Image des Arztberufes"),
- eine unangemessene Bezahlung: Ärzte verdienen "inzwischen ... deutlich weniger als andere Akademiker" – so Prof. Dr. Hoppe, April 2005); im internationalen Vergleich "rangierten deutsche Krankenhausärzte mit ihren Einkommen abgeschlagen am unteren Ende" (ZEIT, Dezember 2005),
- viel zu hohe Wochenarbeitszeiten von zwischen 50 und 60 Stunden (Die ZEIT, Dezember 2005) sowie
- massive Arbeitsverdichtung; es würden "immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit behandelt" (Die ZEIT, Dezember 2005).

Im Ergebnis dieser Entwicklungen

- habe das Studium der Medizin an Attraktivität verloren, immer mehr Studenten brächen ihr Medizinstudium ab, und deshalb gehe den Mediziner der Nachwuchs aus (so Prof. Dr. Hoppe im April und November 2005) und
- wanderten immer mehr deutsche Ärzte ins Ausland ab, weil dort auf sie "geradezu paradiesische Arbeitsbedingungen" erwarteten: Der Verdienst sei dort "wesentlich besser", und auch die Arbeitsbedingungen seien "weit besser als die hiesigen" (Die ZEIT, Dezember 2005 sowie Prof. Dr. Hoppe, April 2005).
- Darüber hinaus fände in den Krankenhäusern im ärztlichen Bereich Stellenabbau statt (Die ZEIT, Dezember 2005).
- Deshalb herrsche in Deutschland Ärztemangel (Prof. Dr. Hoppe), und die Krankenhausversorgung sei durch "zunehmendes Ausbluten" gekennzeichnet (so der Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Montgomery, August 2005).

Diese Aussagen sollen im Folgenden mit einigen aktuellen Daten und Fakten konfrontiert werden.

I. Ansehen der Ärzte in der Bevölkerung

Umfragen, die sich mit dem Prestige unterschiedlicher Berufe in der Öffentlichkeit befassen, kommen regelmäßig zum Ergebnis, dass die Ärzte ein sehr hohes Ansehen genießen. Folgt man z.B. den Ergebnissen der Allensbacher Berufsprestige-Skala aus dem Jahr 2005, rechnen 71% der Bevölkerung den Beruf des Arztes zu jenen Berufen, die sie am meisten schätzen (siehe Abb. 1). Damit verfügen Ärzte über das **höchste Öffentlichkeitsprestige aller abgefragten Berufe**. Auch besteht unverändert hohes Interesse am Medizinstudium: Auf einen Studienplatz kommen zur Zeit fünf Bewerber (vgl. V.). Es kann also keine Rede von einem "schlechten Image des Arztberufes" sein.

Abb. 1: Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005



II. Einkommenssituation der Ärzte

Erläuterung: Die Bundesregierung nimmt auf die Vergütung einzelner Ärzte keinen direkten Einfluss. Im **stationären Bereich** bestimmen i.d.R. die Tarifvertragspartner die Gehälter der Ärzte. Im **ambulanten Bereich** entscheidet auf gesetzlicher Grundlage die Selbstverwaltung über die Vergütung. Dort zahlt jede Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine Gesamtvergütung, mit der sie vorab **alle** vertragsärztlichen Leistungen zur Versorgung

ihrer Versicherten vergütet. Die Höhe und die Veränderung dieser Gesamtvergütung hat sich an der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder zu orientieren; sie wird von den Verbänden der Krankenkassen mit den KVen regional vereinbart. Die Aufteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte ist Aufgabe der jeweils regional zuständigen KV.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde eine **Reform der vertragsärztlichen Vergütung** beschlossen. Die bisherigen, auf der Grundlage mitgliederbezogener Kopfpauschalen vereinbarten Gesamtvergütungen werden durch Vereinbarungen über den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse jeweils verbundenen Behandlungsbedarf abgelöst. Zudem sollen dabei künftig auch Veränderungen der Morbidität der Versicherten im Zeitablauf berücksichtigt werden. Damit wird das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen verlagert und das Vergütungssystem für die Finanzierung bestimmter zusätzlicher Leistungen geöffnet. Für die Vergütung ist dem einzelnen Arzt vorab ein fester Punktwert für eine bestimmte Leistungsmenge (Regelleistungsvolumen) zu garantieren. Damit erhöht sich für den einzelnen Arzt die Kalkulationssicherheit hinsichtlich des Honorars.

Die von den Repräsentanten der **Ärzte selbst zu leistenden Vorarbeiten** zur Umsetzung dieser Neuregelung wurden bis heute allerdings **nicht** erledigt. Daher muss jetzt der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, dass in **einem professionellen Verfahren diese Aufgaben** erledigt werden.

Alle vorliegenden Daten zeigen, dass **die Einkommenssituation der Ärzte** sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich nach wie vor vergleichsweise gut ist:

- Das Einkommen der Ärzte liegt **deutlich über dem Durchschnittseinkommen von Arbeitnehmern und über dem Einkommen anderer Akademiker**.
- Die Einkommen der Ärzte haben **in den letzten Jahren zugenommen**; sie konnten dabei mit der Inflation Schritt halten.
- Zahlen der OECD belegen, dass sich die Einkommen der deutschen Ärzte **im internationalen Vergleich keineswegs am unteren Ende**, sondern im Mittelfeld bewegen.

Im Einzelnen stellt sich die Einkommenssituation der Ärzte wie folgt dar:

1. Niedergelassene Ärzte

Die Einkommenssituation der Vertragsärzte variiert nach Versorgungsbereich (Hausarzt/Facharzt), nach Fachgebiet und nach Standort deutlich.

- Bundesdurchschnittlich und über alle Arztgruppen (allerdings ohne psychologische Psychotherapeuten) betrug der **Umsatz je Arzt** im Jahr 2003 202.588 Euro. Im Westen lag der Umsatz je Arzt über alle Arztgruppen bei 205.257 Euro, im Osten bei 187.693 Euro.
- Nach Abzug der Praxiskosten ergibt sich im Westen über alle Fachgebiete ein **Überschuss je Arzt** in Höhe von 84.976 Euro, im Osten in Höhe von 78.268 Euro.
- Dem Bruttoeinkommen müssen noch die **Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten** hinzu gerechnet werden. Im Westen machen diese je nach Fachgebiet zwischen 16 und 33 Prozent aus; im Osten erwirtschaftet ein Arzt je nach Fachgebiet zwischen 7 und 30 Prozent seines Umsatzes mit Privatpatienten (Daten aus 1999 hochgerechnet).

- Im Ergebnis sind die **Internisten** in den alten Bundesländern mit einem **durchschnittlichen Praxisüberschuss inkl. Privatliquidation** in Höhe von 137.016 Euro die Arztgruppe mit der durchschnittlich besten Einkommenssituation. Aufgrund der geringeren Einnahmen aus Privatliquidation erzielten Internisten in den neuen Ländern trotz höherer Umsätze mit GKV-Versicherten einen geringeren Praxisüberschuss inkl. Privatliquidation als ihre West-Kollegen; ihr (Brutto-)Einkommen beläuft sich auf 116.869 Euro. Am unteren Ende der ärztlichen Einkommensskala liegen die Hautärzte im Osten; sie erzielten inkl. Privatliquidation durchschnittlich ein Einkommen von 62.892 Euro.
- Das **durchschnittliche Bruttoarbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer** lag im Jahr 2004 bei 32.834 Euro, das durchschnittliche Volkseinkommen je Erwerbstätigem bei 42.192 Euro.

Im **Zeitverlauf 1999-2003** zeigt sich sowohl bei den Hausärzten als auch bei den Fachärzten eine **Steigerung des Honorarumsatzes je Arzt**, der im Jahresdurchschnitt **etwa in Höhe der Inflationsrate** lag (Tabelle 1).

Tabelle 1: Honorarsummen und Umsatzentwicklung Ärzte 1999-2003

	1999	2003	Veränderung 1999-2003	Ø Veränderung 1999-2003 jährlich
Hausärzte				
Honorarsummen in Mrd. Euro	9,7	10,2	5,18%	1,30%
Zahl der Ärzte	58.615	58.027	-1,00%	-0,25%
Umsatz je Arzt in Euro	165.296	175.621	6,25%	1,56%
Fachärzte				
Honorarsummen in Mrd. Euro	11,5	13,1	14,03%	3,51%
Zahl der Ärzte	52.535	57.434	9,33%	2,33%
Umsatz je Arzt in Euro	219.012	228.427	4,30%	1,07%

Ohne psychologische Psychotherapeuten.

Inzwischen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch Daten für das Jahr 2004 vorgelegt, die derzeit noch auf ihre Plausibilität geprüft werden. Erste Überprüfungen bestätigen jedoch die oben angeführten Tendenzen.

Die **Gehälter der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen** müssen aufgrund des GKV-Modernisierungsgesetzes seit 2005 im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Demnach erhalten die Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Vergütung in Höhe von 260.000 Euro/Jahr. In den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen reicht die Spannweite der Gehälter der Vorstandsvorsitzenden von jährlich 162.000 Euro (Berlin, Hamburg) bis 250.000 Euro (Niedersachsen).

2. Ärzte im Krankenhaus

Das statistische Bundesamt erfasst die durchschnittlichen Personalkosten je ärztlicher Vollkraft im Jahr 2003 mit 83.377 Euro. Daraus ergibt sich ein durchschnittlicher Bruttojahresverdienst in Höhe von ca. 66.000 Euro je ärztliche Vollkraft im Krankenhaus (ohne Pooleinnahmen).¹ Je nach persönlicher Situation und nach der Stellung im Krankenhaus variieren die Einkommen jedoch erheblich. Nachfolgend werden in Tabellenform einige **beispielhafte** Berechnungen zitiert (Tabelle 2).

Tabelle 2: Einkommen im Krankenhaus tätiger Ärzte (Beispiele)

Arzt (beispielhaft)	Einkommen in Euro	Quelle
Assistenzarzt in 1100-Betten-Haus, 27 Jahre, verheiratet, 1 Kind, TVöD	brutto 3.300/Monat + ca. 20-25% durch Bereitschaftsdienste = ca. 4.100/Monat brutto	BMG
Ärzte (auch ca. 8% ambulant tätige) ab Absolventenjahrgang 1996 mit mindestens 4 Jahren Berufserfahrung	durchschnittlich 56.000/Jahr	Centrum für Hochschulentwicklung (CHE)
alle Assistenz- und Oberärzte in einem 1100-Betten-Beispiel-Haus, TVöD	durchschnittlich 72.500 Euro brutto/Jahr	BMG
promovierte Ärzte unter 35 Jahre im öffentlichen Dienst	2.176/Monat netto	Spengler, DIW –Wochenbericht 38/2005 (Daten 2003)
Facharzt bzw. Facharzt nach fünfjähriger Tätigkeit (TVöD EG 14, Stufe 3 bzw. Stufe 4)	3.900/Monat bzw. 4.360/Monat brutto + 250-350/Monat für Oberarztfunktion	DKG (Walger, das Krankenhaus 12/2005)
Facharzt nach neunjähriger Tätigkeit (TVöD EG 14, Stufe 5)	4.780/Mon. brutto + 250-350/Monat für Oberarztfunktion	DKG (Walger, das Krankenhaus 12/2005)
Facharzt nach 13-jähriger Tätigkeit (TVöD EG 14 Stufe 6)	5.100/Monat brutto + 250-350/Monat für Oberarztfunktion	DKG (Walger, das Krankenhaus 12/2005)
Oberarzt in 1100-Betten-Haus, 46 Jahre, verheiratet, 1 Kind, TVöD	brutto 5.700/Monat + ca. 1.300 durch Rufbereitschaften = 7.000/Monat brutto	BMG
Chefarzt	brutto 500/Monat mehr als Oberärzte + Privatliquidation ab ca. 50.000/Jahr (nach oben weit offen)	BMG

Die besser vergüteten Positionen im Krankenhaus machen zusammen immerhin 28% aller Stellen aus (Leitende Ärzte 9%, Oberärzte 19%). Für Berufseinsteiger verbesserte sich die Einkommenssituation durch die Abschaffung des AiP zum 1.1.2004 entscheidend; die nun relevante Assistenzarztvergütung beträgt etwa 170% der bislang üblichen AiP-Vergütung.

Eine Auswertung von Mikrozensus-Daten des Jahres 2003 (DIW-Wochenbericht 38/2005) ermittelt ein **monatliches Nettoeinkommen von Ärzten im öffentlichen Dienst in Höhe von**

¹ Walger/Köpf, das Krankenhaus 12/2005, S. 1075ff.

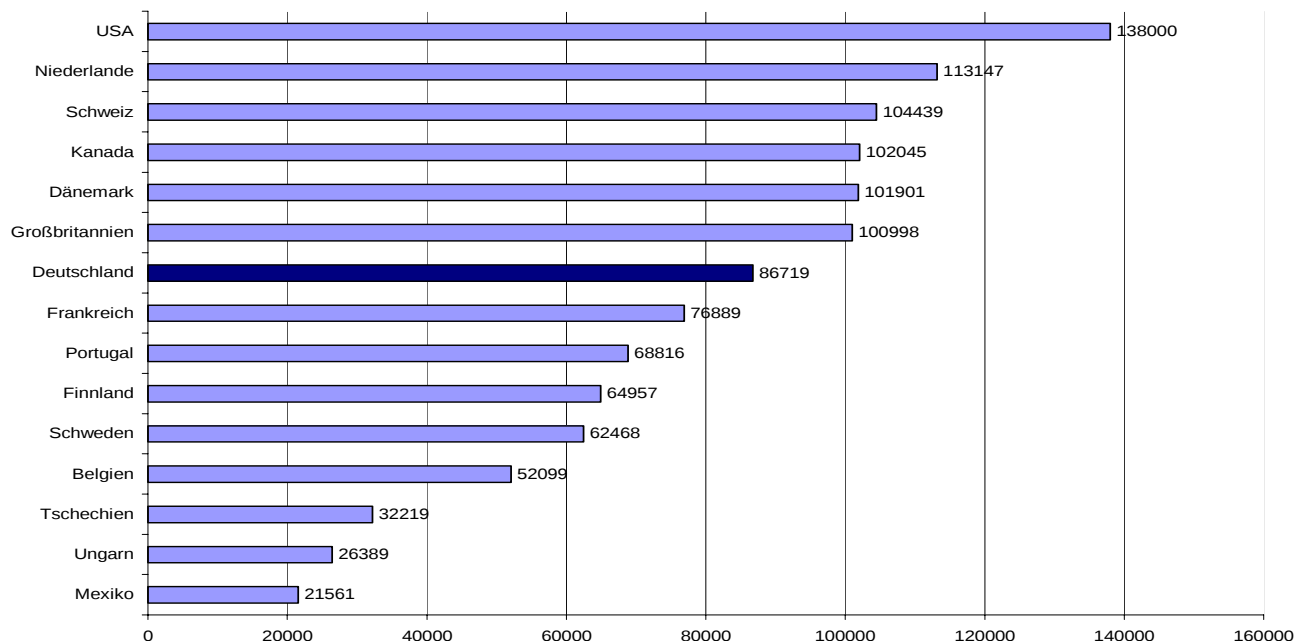
3.093 Euro bei einer **durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 46,1 Stunden** (zum Vergleich: sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst: 2.552 Euro bei durchschnittlich 40,7 Stunden Wochenarbeitszeit). Die Arzteinkommen im Krankenhaus liegen damit sowohl gesamt als auch pro Stunde **über den Einkommen anderer Akademiker**. Das gleiche Bild ergibt sich im Vergleich von Ärzten und anderen Akademikern unter 35 Jahren.

3. Internationaler Einkommensvergleich

Ein internationaler Vergleich der Einkommenssituation bestimmter Berufs- oder Statusgruppen ist schwierig. Daten der OECD lassen gleichwohl eine grobe Einschätzung der Einkommensposition deutscher Ärzte relativ zu ihren Kollegen im Ausland zu. Diese Daten wurden – in einer Umrechnung in Euro – am 22.12.2005 auch von der Ärzte Zeitung berichtet. Im folgenden werden die Originaldaten der OECD dargestellt, die – für einen internationalen Vergleich sachgerecht – auf Dollar Kaufkraftparitäten beruhen.

Der Vergleich der Hausärzteinkommen zeigt, dass **Deutschland** sich **im Mittelfeld und nicht etwa am unteren Ende der Einkommensskala in Westeuropa** befindet (Abbildung 2).

Abbildung 2: Durchschnittliche Jahreseinkommen von Hausärzten in \$ KKP



Quelle: OECD Health at a glance 2005. Letztes verfügbares Jahr; je nach Gesundheitssystem angestellte oder selbstständige/freiberuflich tätige Ärzte

III. Arbeitszeiten

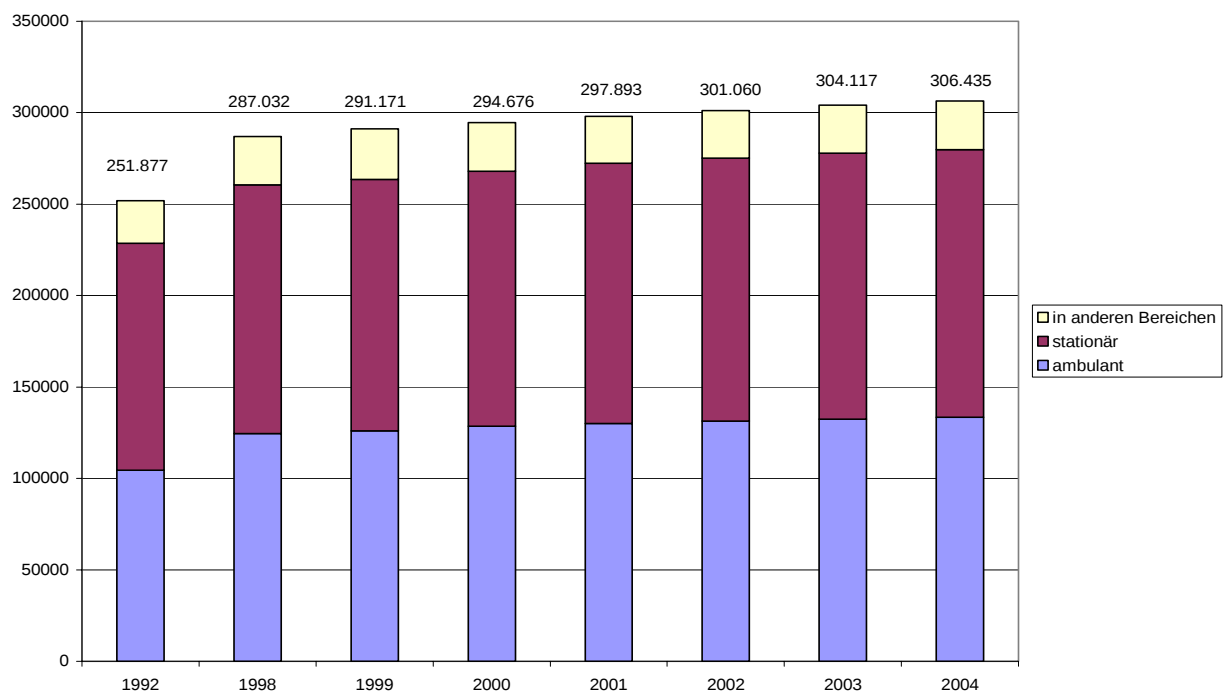
Eine detailliertere Betrachtung der Arbeitszeiten (Spengler, DIW-Wochenbericht 38/2005) ergibt, dass **Behauptungen des Marburger Bundes**, 50% der jungen Mediziner würden über 60 Arbeitsstunden pro Woche leisten, **nicht haltbar** sind. Folgt man vorliegenden Befragungsergebnissen (basierend auf eigenen Angaben der Ärzte), kommen Ärzte vielmehr auf eine **durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 46,1 Stunden**. Gleichwohl sind hohe Wochenarbeitszeiten bei Ärzten weiter verbreitet als bei den sonstigen Akademikern im öffentlichen Dienst. Bei den Mediziner unter 35 Jahren leisten 7,6% "normalerweise" mehr als 60 Arbeitsstunde pro Woche. Bei allen Ärzten im öffentlichen Dienst sind es 9,2%, bei den sonstigen Akademikern im öffentlichen Dienst jedoch nur 0,9%, die normalerweise mehr als 60 Arbeitsstunden pro Woche leisten.

IV. Entwicklung der Arztzahlen

1. Alle berufstätigen Ärzte

Die Zahl der berufstätigen Ärzte hat **seit 1992 um knapp 22% zugenommen** (Abbildung 4). Dabei stieg die Zahl der Ärzte in der ambulanten Versorgung überproportional um 28%. In der stationären Versorgung waren 2004 18% mehr Ärzte tätig als 1992 (jeweils Tabelle 3).

Abbildung 4: Berufstätige Ärzte nach Art der Tätigkeit



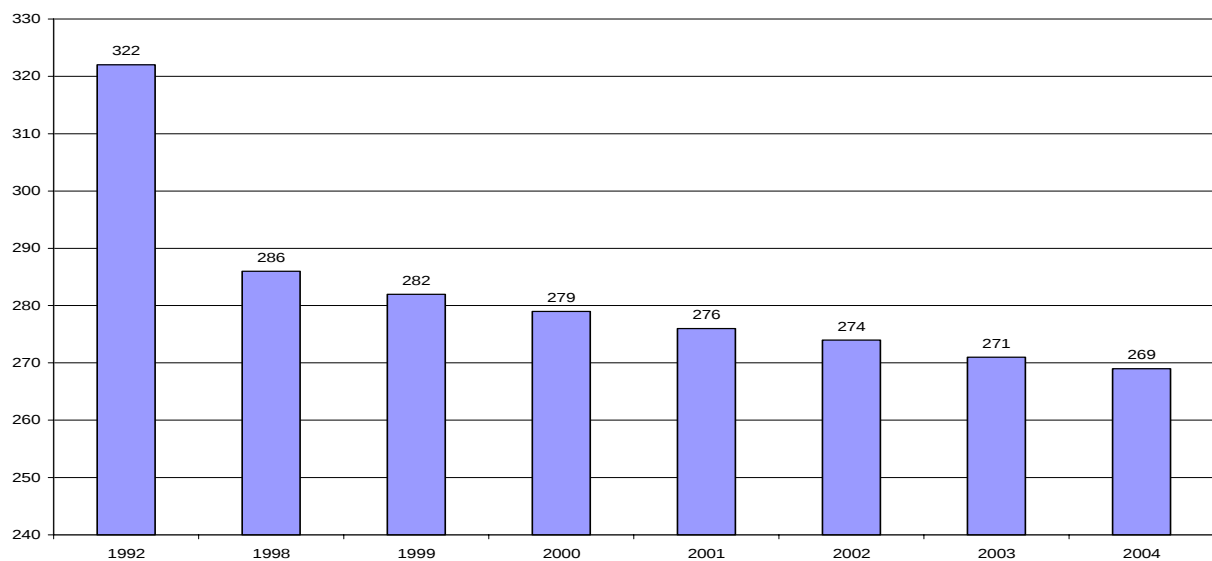
Datenquelle: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005, Tabelle 6.3

Tabelle 3: Berufstätige Ärzte nach Art der Tätigkeit

	1992	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Veränderung 1992-2004 In %
Ambulant	104.462	124.621	125.981	128.488	129.986	131.329	132.349	133.365	28%
Stationär	124.111	135.840	137.466	139.477	142.310	143.838	145.536	146.357	18%
in anderen Bereichen	23.304	26.571	27.724	26.711	25.597	25.893	26.232	26.713	15%
Summe	251.877	287.032	291.171	294.676	297.893	301.060	304.117	306.435	22%

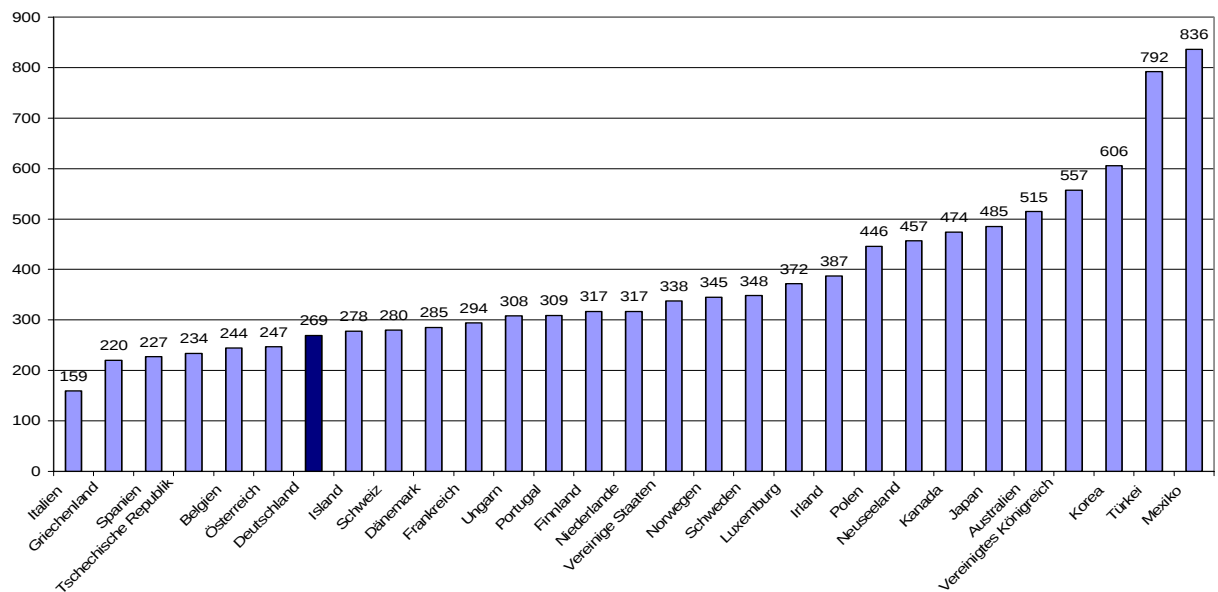
Der Anstieg der Ärztezahlen führt bei einer etwa gleich bleibenden Bevölkerungszahl (+1,8%) dazu, dass ein Arzt im Jahr 2004 durchschnittlich nicht mehr 322 Einwohner wie noch 1992, sondern **nur noch 269 Einwohner** versorgen musste (Abb. 5). **Zum Vergleich:** in den Niederlanden kommen auf einen berufstätigen Arzt 317 Einwohner, in Norwegen 345 Einwohner und in Großbritannien 557 Einwohner. Eine höhere Arztdichte als in Deutschland findet sich dagegen nur in ganz wenigen Ländern (Abb. 6).

Abbildung 5: Einwohner je berufstätigem Arzt



Datenquelle: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005, Tabelle 6.1

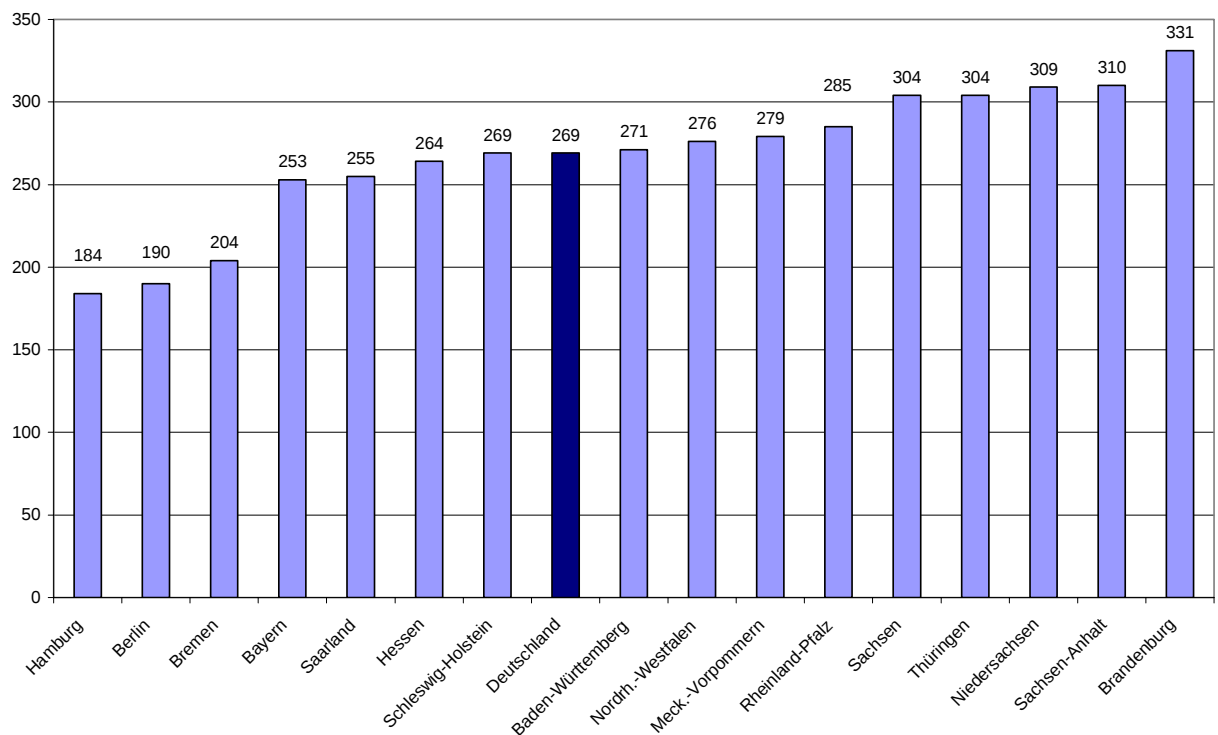
Abbildung 6: Einwohner je berufstätiger Arzt im internationalen Vergleich



Datenquelle: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005. Jeweils letztes verfügbares Jahr (2000-2004).

Allerdings sind in Deutschland **deutliche regionale Unterschiede in der Arztdichte** zu beobachten (vgl. Abbildung 7). Während in Hamburg nur 184 Einwohner auf einen berufstätigen Arzt kommen, hat ein Arzt in Brandenburg 331 Einwohner zu versorgen. Generell ist die Ärztedichte in den Stadtstaaten besonders hoch, während sie in den Flächenländern – und dort insbesondere im Osten Deutschlands – deutlich niedriger ist.

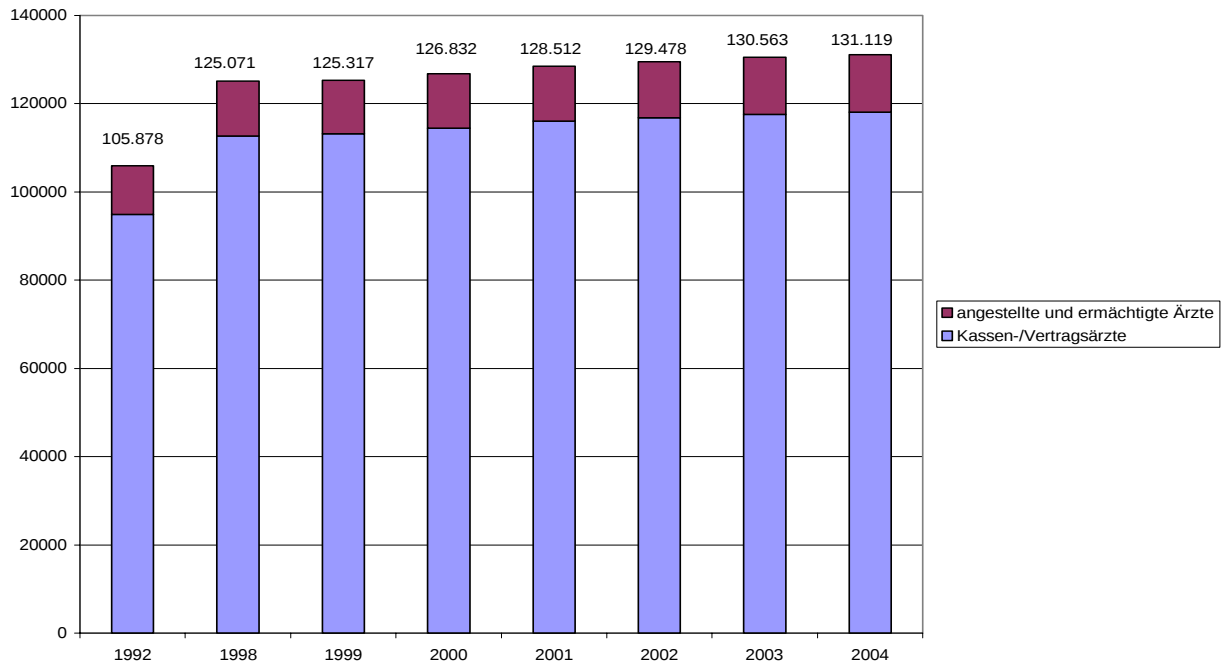
Abbildung 7: Einwohner je berufstätiger Arzt nach Bundesländern 2004



2. Ambulante Versorgung

Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte stieg im gleichen Zeitraum **überproportional um knapp 24%** (Abbildung 8).

Abbildung 8: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte



Datenquelle: BMG; Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005.

Die stark gestiegene Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Kombination mit der nahezu konstanten Bevölkerungszahl ergibt natürlich auch im ambulanten Bereich eine **geringere Anzahl an zu versorgenden Personen je Arzt**. Allerdings hat ein seit 1992 gestiegene Inanspruchnahmeverhalten des einzelnen Versicherten dazu geführt, dass ein Arzt 2003 eine leicht erhöhte Fallzahl (+ ca. 4%) im Vergleich mit 1992 zu versorgen hatte. Inzwischen zeichnet sich aber wieder ein **leichter Rückgang der Inanspruchnahme** ab. Der Bertelsmann Gesundheitsmonitor ermittelten 2003 durchschnittlich 6,6 Arztkontakte in den 12 Monaten vor der Befragung. In der Befragung von 2004 sank dieser Wert auf 6,1 Arztkontakte.

Während die Zahl der Vertragsärzte angestiegen ist, kam es trotz gesetzgeberischer Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung allerdings zu einer deutlichen Verschiebung **zwischen den Hausarzt- und Facharztzahlen zugunsten der fachärztlichen Versorgung**. Die Zahl der Hausärzte nahm um 5% ab, die Zahl der Fachärzte dagegen um fast 40% zu (Tabelle 4).

Tabelle 4: Zugelassene Vertragsärzte (davon Haus-/Fachärzte)

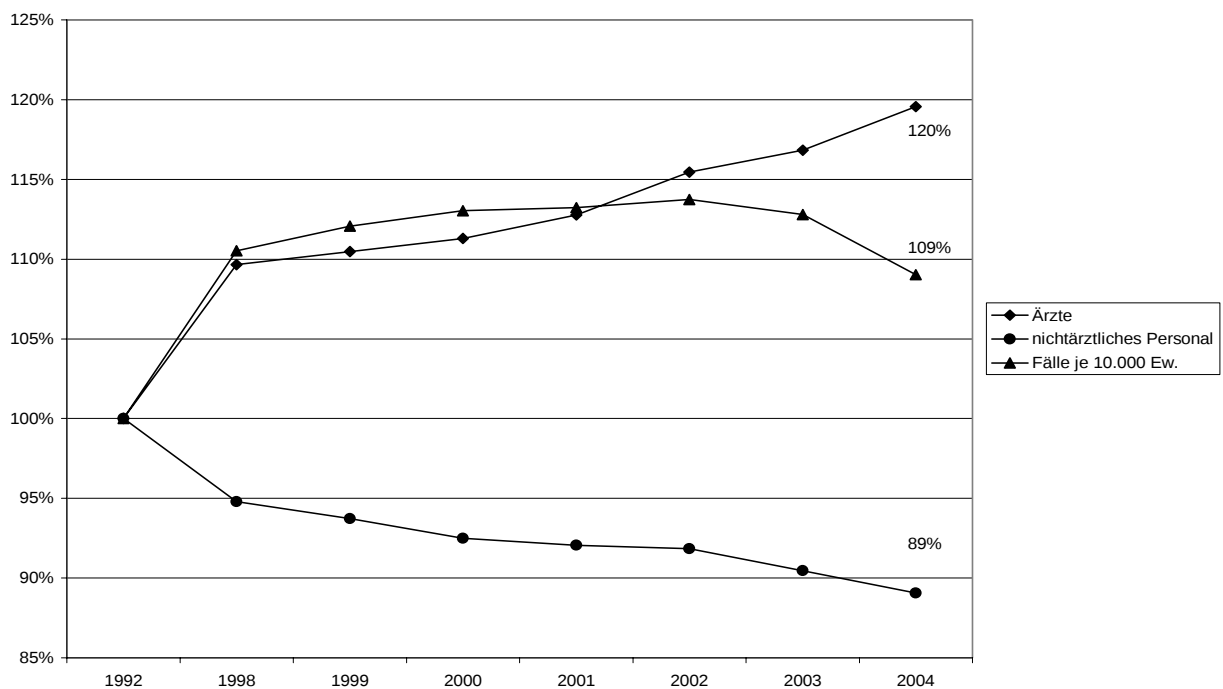
	1993	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
zugelassene Vertragsärzte	104.556	112.683	113.181	114.491	116.033	116.837	117.605	118.085
davon Hausärzte	62.375	59.120	59.290	59.788	59.741	59.075	58.975	59.141
davon Fachärzte	42.181	53.563	53.891	54.703	56.292	57.762	58.630	58.944

Datenquelle: KBV 2005

3. Stationäre Versorgung

Absolut und auch relativ zur Entwicklung der Fallzahlen in der stationären Versorgung sind die **Arztzahlen im Krankenhaus nicht gesunken, sondern deutlich gestiegen**. Die Zahl der Ärzte hat sich seit 1992 um 20% erhöht, während die Fallzahlen je 10.000 Einwohner nur um 9% gestiegen sind (zuletzt ist sogar ein Rückgang feststellbar). Beim nicht-ärztliche Personal im Krankenhaus ist dagegen ein Beschäftigtenrückgang von 11% zu verzeichnen, der zum Teil durch Out-sourcing zu erklären sein dürfte (Abbildung 9).

Abbildung 9: Ärzte im Krankenhaus in Vollzeitkräfte (VK) umgerechnet, nichtärztliches Personal (VK), Fallzahl je 10.000 Einwohner (indexiert, 1992=100)

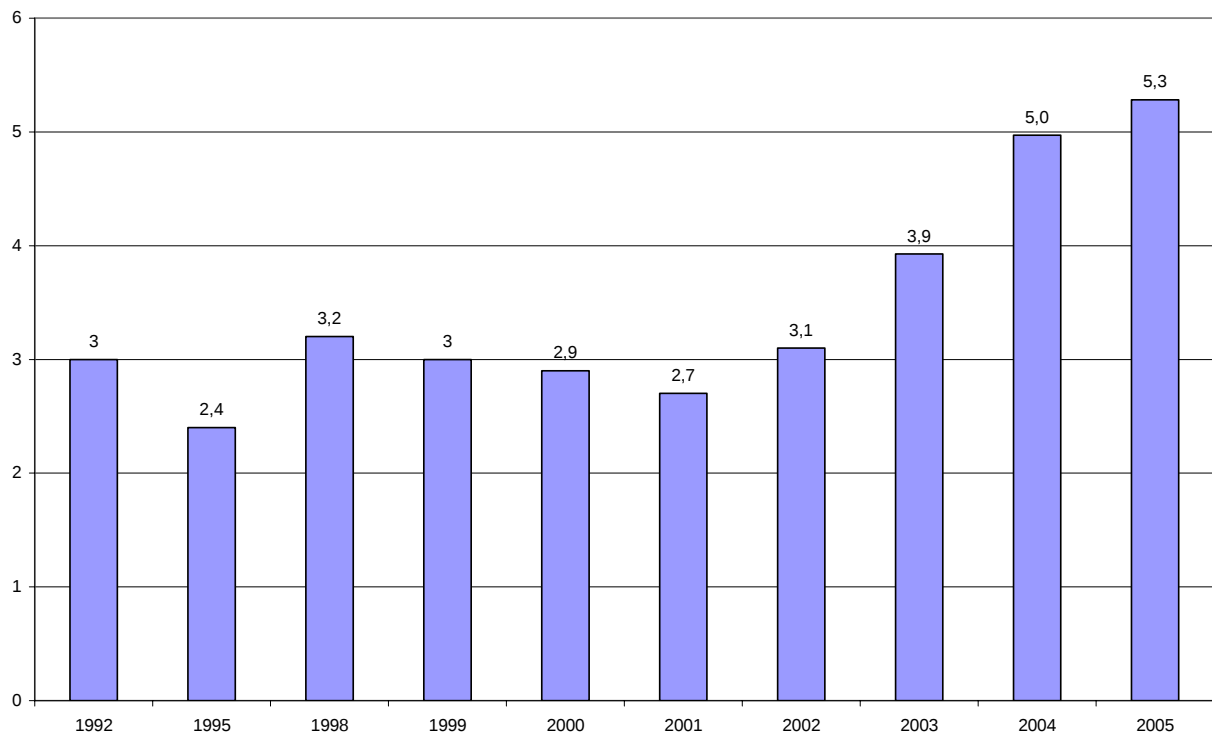


Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2003, Tabelle 1.1.2 und 1.2.1 + vorläufige Ergebnisse 2004

V. Ausbildungssituation/Nachwuchs

Bis 2003 argumentierte die KBV mit dem seit den 1970-er Jahren gesunkenen **Verhältnis von Bewerbern zu Medizinstudienplätzen**, um die sinkende Attraktivität des Arztberufs zu belegen. Seit dem Jahr 2001 ist diese Kennziffer (bei etwa gleichbleibender Zahl der Studienplätze) aber **kontinuierlich von 2,7 auf 5,3 im Jahr 2005 gestiegen** (Abbildung 10). Bei über 5 Bewerbern auf einen Studienplatz scheint das Medizinstudium tatsächlich **keine Attraktivitätsprobleme** aufzuweisen.

Abbildung 10: Verhältnis Bewerberzahl zu Studienplätzen in der Humanmedizin



Datenquelle: ZVS

Die **Zahl der Studierenden** bewegte sich seit 1999 zwischen 80.000 und 81.000 mit einem **leichten Aufwärtstrend in den vergangenen drei Jahren** (Tabelle 5).

Tabelle 5: Studierende der Humanmedizin und Veränderungsraten

	1992/1993	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Studierende Humanmedizin	93.198	82.333	80.609	80.200	80.030	80.192	80.991
Veränderung zum Vorjahr			-2,09%	-0,51%	-0,21%	0,20%	1,00%

Datenquelle: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005, Tabelle 6.16

Auch die **Zahl der Absolventen** bewegte sich in den vergangenen Jahren **regelmässig um die 9.000, blieb also relativ konstant** (Tabelle 6).

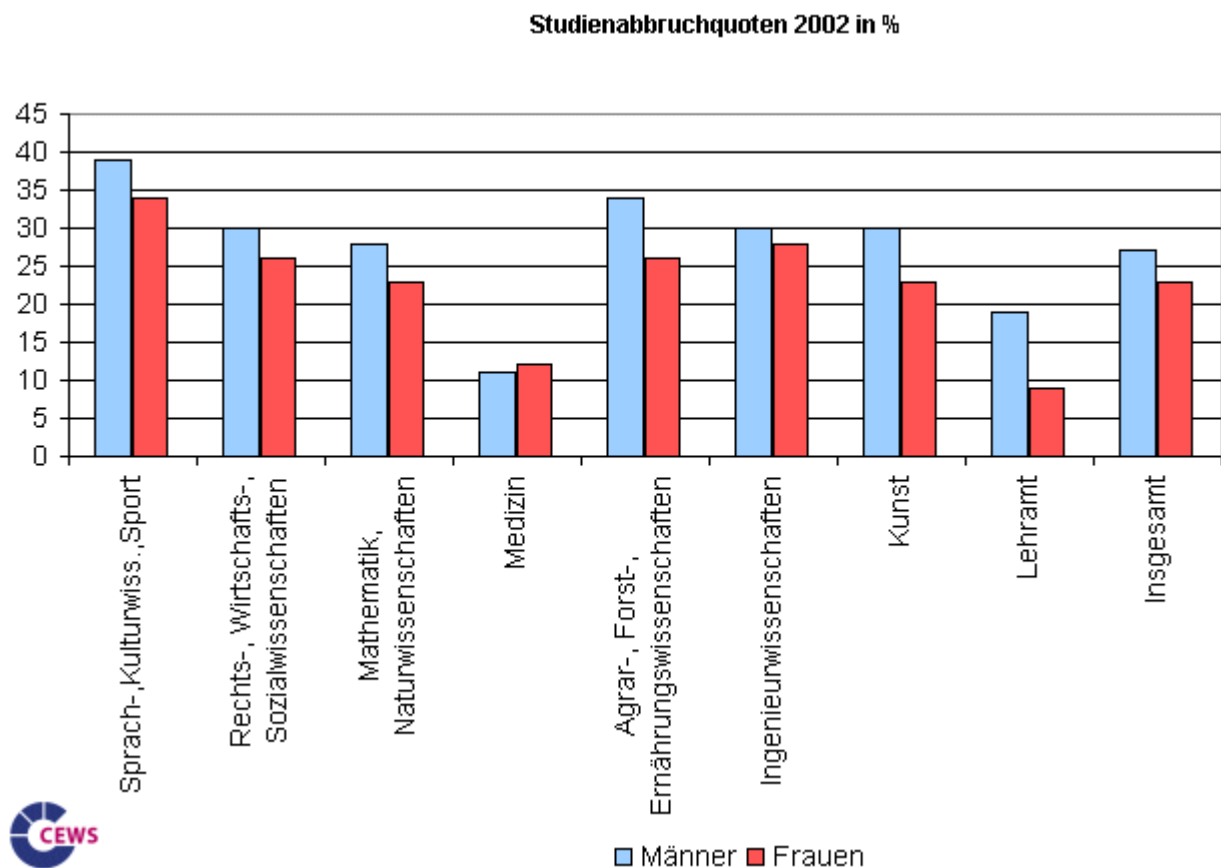
Tabelle 6: Absolventen der Humanmedizin und Veränderungsraten

	1992	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Absolventen Humanmedizin	11.116	9.373	9.318	9.174	8.966	8.870	8.987
Veränderung zum Vorjahr			-0,59%	-1,55%	-2,27%	-1,07%	1,32%

Datenquelle: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005

Beim Studienabbruch weist das Medizinstudium in Deutschland eine **besonders niedrige Quote auf**: Während in den Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften zwischen 25 und 30 Prozent der Studierenden das Studium vor der Erlangung eines Abschlusses abbrechen, sind es in Medizin nur 10 bis 13% (nach Geschlecht unterschiedlich). Noch niedrigere Abbrecherquoten werden mit unter 10% lediglich von den weiblichen Studierenden der Lehramtsstudiengänge berichtet (Abbildung 11).

Abbildung 11: Studienabbruchquoten 2002



VI. Deutsche Ärzte im Ausland / Ausländische Ärzte in Deutschland

Zur Erfassung der Abwanderung von Ärzten ins Ausland gibt es **keine zentrale Stelle**. Anhaltspunkte bieten aber die Vermittlungszahlen der Bundesagentur für Arbeit und die Angaben der jeweiligen Zielländer über die Herkunft ihrer ausländischen Ärzte. Die Zahl der von der ZAV (Bundesagentur für Arbeit) ins Ausland vermittelten Ärzte ist seit dem Jahr 2000 auf ohnehin niedrigem Niveau rückläufig (Tabelle 7). Dies ist auch dadurch bedingt, dass für viele Zielländer (z.B. Großbritannien) die Vermittlung heute in erster Linie von **privaten Anbietern** geleistet wird. Bei der ZAV wurde aber aufgrund der steigenden Zahl von Informationsanfragen von Ärzten der Eindruck gewonnen, dass das Interesse an einer Tätigkeit im Ausland in den vergangenen Jahren zugenommen hat. Inwieweit es von einer Informationsanfrage aber tatsächlich auch zu einer Abwanderung kommt, kann die ZAV nicht nachvollziehen, weil sie **kein Vermittlungsmonopol** hat.

Tabelle 7: Vermittlungen der ZAV von Ärzten in das Ausland in den Jahren 2000-2005

	2005*	2004	2003	2002	2001	2000
Ärzte ohne Facharzt	14	20	42	58	74	83
Ärzte im Praktikum	1	7	15	11	12	6
Fachärzte	27	29	51	67	77	80
zusammen	42	56	108	136	163	169

* 2005 erfolgte die Erfassung auf Basis der Integrationen (schließt die Vermittlungen mit ein)

In Kombination mit Angaben aus den Zielländern kann davon ausgegangen werden, dass 2004 in Großbritannien etwa 2.600 deutsche Ärzte arbeiteten. In Schweden dürften 2001 etwa 100 - 200, in Norwegen im Jahr 2004 etwa 650 deutsche Ärzte tätig gewesen sein. Weitere Zielländer für deutsche Ärzte sind die Niederlande, Frankreich und neuerdings auch die Schweiz (Auslaufen der Inländerbevorzugung).

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung gehen von insgesamt **12.148 deutschen Ärzten im Ausland** aus, davon über 1.000 jeweils in Großbritannien (2.594), USA (2.694) und Schweiz (1.926), jeweils unter 1.000 in den übrigen Zielländern. **Andere EU-Länder** wie beispielsweise Österreich oder die osteuropäischen Staaten **sind eher "Exporteure" von Ärzten nach Deutschland**.

Die **Zahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte belief sich im Jahr 2004 auf rd. 18.000**. Davon kamen jeweils 7% aus Griechenland und dem Iran, 6,3% aus Österreich, 6,2% aus Rußland, 6,0% aus Polen, 4,9% aus der Türkei, 3,7% aus Rumänien, 3,4% aus Italien, 2,8% aus den Niederlanden und jeweils 2% aus Frankreich und den Ländern Ex-Jugoslawiens.

VII. Ärztemangel in Deutschland?

In den meisten Fachgebieten ist die Zahl der noch offenen Niederlassungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung **so gering** (< 150), **dass nicht von Ärztemangel die Rede sein kann**. In den vergangenen Jahren haben sich allerdings regional und bezüglich einzelner Facharztgruppen Nachwuchsprobleme entwickelt. Bei den Psychotherapeuten und bei den Hausärzten gab es Anfang 2005 mit 2.252 bzw. 2.504 Niederlassungsmöglichkeiten eine größere Zahl nicht besetzter Kassenarztsitze (Tabelle 8). Diesen Risiken für die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum in Ostdeutschland soll auf politischer Ebene u.a. durch eine Liberalisierung des Vertragsarztrechtes entgegen gewirkt werden.

Tabelle 8: Niederlassungsmöglichkeiten (KV)

	Anfang 2004	Anfang 2005
Psychotherapeuten	2530	2252
Hausärzte	2430	2504
Nervenärzte	160	149
Augenärzte	160	148
Anästhesisten	140	113
Orthopäden	90	77
Frauenärzte	80	92
HNO	80	83
Radiologen	70	61
Kinderärzte	60	43
Hautärzte	40	37
Urologen	30	25
Chirurgen	20	9
fachärztl. tätige Internisten	10	9

Erläuterung: Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ist im SGB V (§§ 95ff.) und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) geregelt. Soweit ein KV-Bezirk für die jeweilige Facharztgruppe aufgrund bereits ausreichender Versorgung gesperrt ist, ist keine Zulassung möglich. Wenn es noch Niederlassungsmöglichkeiten gibt, entscheidet der mit Vertretern der KV und der Krankenkassen besetzte **Zulassungsausschuss** anhand der fachlichen und der persönlichen Qualifikation über eine Zulassung.