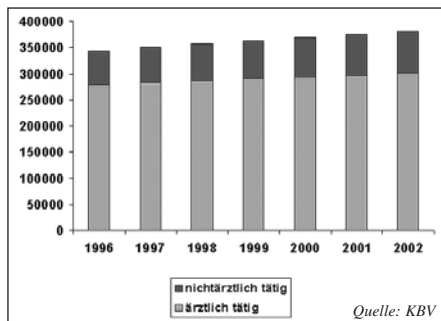


Mehr Gesundheitsversorgung mit weniger Medizinern

Anmerkungen zum Rückgang bei Ärztinnen und Ärzten

Was ist der Dauerbrenner dieser Zeit: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte arbeiten an der Leistungsgrenze. Die Politik beschreitet den Weg des Regelungswahns. Formulare, Daten- und Aktenberge gehören zum Alltag der me-

Abb. 1: Ärzte mit und ohne ärztliche(r) Tätigkeit



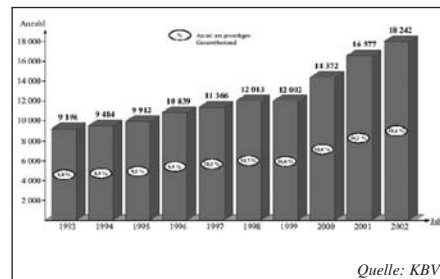
dizinischen Praxis. Ein Arzt muss nicht nur etwas von Medizin, sondern auch von Verwaltung, Codierung, Computern und vor allem Ökonomie verstehen. Viele Kollegen sehen in ihrem Beruf nicht mehr den Traum der jungen Jahre. Trotzdem ist in den vergangenen Jahren die Zahl der Ärzte in Deutschland stetig gewachsen.

Arztzahlenentwicklung in Deutschland

Dennoch sind viele Ärzte ausgebrannt und werfen das Handtuch bereits vor dem Rentenalter. Und damit verlieren wir ein wichtiges Potenzial unserer medizinischen Versorgung. Zwischen 1993 und 2002 ist der Anteil der über 59jährigen aller berufstätigen Ärzte um ca. 77 Prozent gestiegen, was eine zunehmende Überalterung anzeigt.

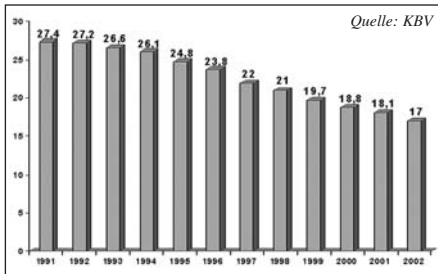
Das Durchschnittsalter sowohl der Vertrags- als auch der Krankenhausärzte steigt konti-

Abb. 2: Bestand an Vertragsärzten über 60 Jahre



nuerlich an. Diese Entwicklung ist dadurch begründet, dass der Anteil der Jungärzte drastisch zurückgeht. Mittlerweile ist nur noch jeder sechste berufstätige Arzt unter 35 Jahre alt. Damit droht der deutschen Ärzteschaft die Gefahr der Überalterung sowie ein Nachwuchsproblem. Diese Entwicklung wirft bereits jetzt ihre Schatten voraus! Die frei werdenden Stellen können nicht mehr besetzt werden, denn

Abb. 3: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte



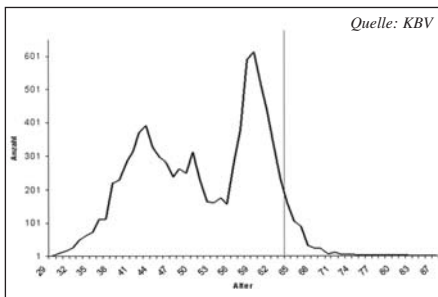
eine Ärzteschwemme, wie das zurückliegend vielerorts behauptet wurde, gibt es schon lange nicht. Man kann bei Ausschreibungen nicht mehr aus dem Vollen schöpfen. Wir müssen deutschlandweit zunehmend einen Ärztemangel konstatieren. Perspektivisch wird sich das Problem besonders in Ostdeutschland verschärfen. Der Arbeitsmarkt ist leergefegt, die Arbeitslosigkeit von Ärzten beträgt erfreulicherweise nur 2 %, und schnelle Lösungen sind nicht in Sicht. Die deutsche Ärzteschaft ist überaltert und hat zugleich gravierende Nachwuchssorgen. Besonders betroffen sind von diesem Problem die Haus-/Allgemeinärzte, die Kinderärzte, Chirurgen, Laborärzte und Arbeitsmediziner.

Alterstruktur der Ärzte in den Neuen Bundesländern

Die Zahl der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte hat im Zeitraum 1995 bis 2000 in den alten Bundesländern um 0,7 % und in den neuen Bundesländern um 3,2 % abgenommen. Zusätzlich werden in den nächsten 5 bis 10 Jahren voraussichtlich 40 Prozent aus dem Berufsleben ausscheiden.

Aus der Altersstruktur der Hausärzte lässt sich ablesen, dass in den Jahren 2009 bis 2011 genauso viele Ärzte in den Ruhestand gehen werden wie im doppelten Zeitraum zuvor.

Abb. 4: Altersstruktur der Hausärzte in den NBL



Es müssen jetzt die Weichen gestellt werden, damit es am Ende des Jahrzehnts nicht bundesweit zum Kollaps der hausärztlichen Versorgung kommt.

Zunächst war eine grundlegende Analyse notwendig, warum der Arztberuf in Klinik und Praxis offensichtlich zunehmend unattraktiv geworden ist. In Studien und Umfragen wurde nach den Ursachen geforscht und in der Studie zur Altersstruktur und Arztlageentwicklung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) valide Antworten gegeben. Die 2. Auflage dieser grundlegenden Analyse kommt zu dem deprimierenden Schluss, dass: „Dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte ausgehen“. Dramatisch ist dabei die Tatsache, dass immer weniger Medizinstudenten ihr Studium zum Abschluss bringen und immer mehr Absolventen eines Studiums der Humanmedizin letztlich nicht ärztlich tätig werden.

Der Nachwuchs fehlt

Der „Verlust“ an Medizinstudenten im Studienverlauf liegt zwischen 30 bis 40 Prozent. In dieser unverträglich hohen Quote befinden sich Studienabbrecher und Studienwechsler sowie eine etwa gleich große Zahl von Studienabsolventen, die jedoch nicht in die AiP-Phase eintreten und offensichtlich in alternative Berufsfelder gehen.

Dringender Handlungsbedarf besteht damit besonders in den Neuen Bundesländern, da hier durch überproportionales Ausscheiden von Rentnern und Ruheständlern einerseits und fehlendem Nachwuchs andererseits in naher Zukunft die hausärztliche Versorgung zusammenbrechen wird. Gegenwärtig bestehende regionale Versorgungsengpässe werden sich auf dem Hintergrund erhöhter Behandlungserfordernisse infolge Langlebigkeit, Multimorbidität und medizinischen Fortschritts erheblich verschärfen!

Ein langes Leben und Multimorbidität brauchen mehr Ärzte

Die Ursachen für die Wandlung des Morbiditätsspektrums und der zunehmenden Multimorbidität der deutschen Bevölkerung liegen nicht zuletzt im medizinischen Fortschritt begründet. Daher sollen seine Auswirkungen im Folgenden näher beleuchtet werden. Mit der Anwendung von Erkenntnissen der medizinischen Grundlagenforschung und mit

Abb. 5: Verlust an Medizinstudenten Deutschland

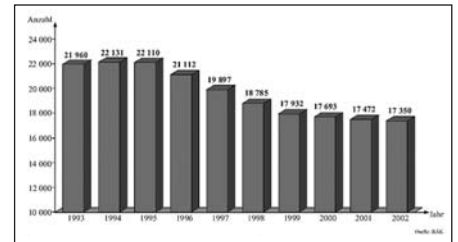


Abb. 6: Zahl der AiP

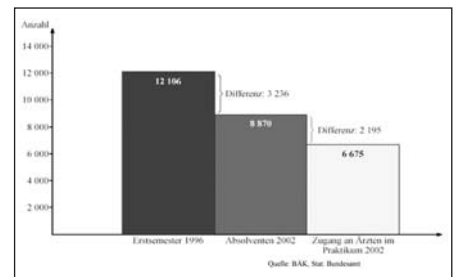
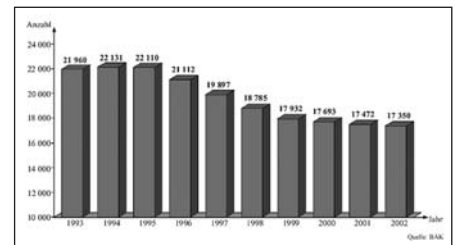


Abb. 7: Übersicht Schwund in Ausbildung



der Anpassung von technischen Fortschritten aus anderen Bereichen an medizinische Zwecke werden die Möglichkeiten der ärztlichen Heilkunst ständig erweitert: Bereits bisher verfolgte Ziele der Medizin können mit größerer Sicherheit oder für den Patienten weniger belastend erreicht und neue Gebiete können beschritten werden. Als Folge des Fortschritts ändert sich nicht nur das Spektrum der verfügbaren Verfahren, sondern auch das Leistungsvolumen. Früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden sind mit zunehmendem Fortschritt machbar und durchführbar geworden.

Darüber hinaus haben bewährte Diagnose- und Therapieverfahren eine andere Qualität erlangt. Verbesserte Therapieverfahren führen zur Senkung des Behandlungsrisikos und können nun an Patienten angewandt werden, die zuvor nicht therapierbar waren. Gerade in den

letzten beiden Dekaden hat sich das Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Methoden drastisch erweitert. Bedingt durch diese Expansion der medizinischen Möglichkeiten ergibt sich ein größeres Anwendungsfeld für die ärztliche Heilkunst. Dies lässt aber die Zahl der Ärzte, die für die medizinische Betreuung der Bevölkerung notwendig ist, ansteigen.

Leider kontrastiert die aktuelle Ärzteepidemiologie dazu äußerst negativ!

Einer geringen Zahl arbeitslos gemeldeter Ärzte stehen zunehmende Stellenangebote gegenüber. Im November 2001 gab es 3.600 und 2003 4.800 offene Stellen in Deutschland. Die Abwanderungsbewegung von AiP und Jungärzten in die alten Bundesländer und das europäische Ausland wegen günstige-

ren Arbeits- und Lebensbedingungen (volles Arztgehalt, Wohnung, Sprachkurs, soziales Umfeld etc.) führt zusätzlich zu einem Verlust an Fachkräften. Eine Zuwanderung ausländischer Ärzte hat nur in geringem Maße stattgefunden, wobei in den letzten fünf Jahren verstärkt Ärzte aus der ehemaligen Sowjetunion und dem ehemaligen Jugoslawien nach Deutschland gekommen sind. Vor allem in den ländlichen Regionen wird sich der Ärztemangel auswirken und später auch auf Ballungsgebiete übergreifen.

Handlungsoptionen gegen den Ärztemangel

Es bedarf einer konzertierten Aktion von Selbstverwaltung, Kassen und Politik, um die fatale Entwicklung zu stoppen und möglichst

umzukehren. Ganz generell muss der Arztberuf im säkularen Medizinbetrieb von Praxen, Kliniken und im öffentlichen Gesundheitsdienst in materieller und ideeller Hinsicht deutlich attraktiver gestaltet werden. Insbesondere bedarf es besserer Vergütungen und Arbeitsbedingungen sowie weniger Regularien und Bürokratismus, damit sich junge Leute wieder stärker für den Arztberuf interessieren. Dringlich ist die differenzierte perspektivische Feststellung des Ärztebedarfes in Deutschland. Gelingt es nicht, mit geeigneten Maßnahmen die fatale Entwicklung umzudrehen, so wird es zu unübersehbaren Folgewirkungen mit Versorgungsnotstand in Deutschland kommen. Vordergründig wird die Versorgung und Betreuung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern gefährdet sein.

Der Arztberuf wird weiter unattraktiv, und der Ärztemangel in Deutschland wird sich verschärfen. Denn gerade die jungen Medizinsolventen werden es sich reiflich überlegen, eine Tätigkeit unter den derzeit schlechten Rahmenbedingungen aufzunehmen. Die Bewerberzahlen für das Medizinstudium sind 2003 zwar so hoch wie seit 17 Jahren nicht gewesen. Dazu beigetragen haben sicher die deutschlandweiten Diskussionen über den Ärztemangel und freie Arztpraxen sowie reichlich freie Arztstellen in Deutschland, die den jungen Menschen eine berufliche Perspektive eröffnen haben. Doch ob alle Studienanfänger auch Arzt werden und bleiben, scheint zweifelhaft, wenn diese erst einmal den Klinikalltag mit allen seinen Facetten kennen gelernt haben.

Eine Zuspitzung der medizinischen Versorgungslage vor allem auf dem Land ist zu erwarten. Schilder mit der Aufschrift „Wir nehmen keine neuen Patienten mehr auf!“ sind in den neuen Bundesländern keine Seltenheit mehr. Mit besonderer Blindheit geschlagen müssen diejenigen sein, die noch behaupten, einen Ärztemangel gibt es nicht und wird es in absehbarer Zeit auch nicht geben. Zu diesem Fehlschluss ist leider auch die Wido-Studie zur ärztlichen Unterversorgung gekommen. Das Einfrieren der Gehälter von Ärzten durch eine Nullrunde vor einem Jahr war deshalb das absolut falsche Signal. Ostdeutschland hat schon die geringste Vergütung und die niedrigsten Punktwerte bei mehr Arbeitsstunden. Die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik wird den Exodus von jungen Ärzten von Ost nach West und in das westeuropäische Ausland verstärken und unsere düsteren Prognosen vom Ärztenotstand sehr viel früher eintreten lassen als erwartet. All unsere Bemühungen, den bisherigen Abwärtstrend zu stoppen, laufen mit den aktuellen Sparvorschlägen ins Leere. Schon jetzt sind nach einer Umfrage der „Ärzte Zeitung“ 70 Prozent der Kollegen in ihrem Beruf unzufrieden. 37 Prozent würden sogar den Arztberuf nicht mehr wählen. Vor allem stören sich 94 Prozent an der Bürokratie, 82 Prozent am Honorar und 68 Prozent an der Einschränkung ihrer Therapiefreiheit. Und 50 Prozent der Ärzte in Deutschland würden ihren Beruf nicht an junge Abiturienten weiterempfehlen. Unser Augenmerk muss gerade deshalb mehr denn je auf dem medizinischen Nachwuchs liegen, damit nicht mehr Gesundheitsversorgung durch weniger Mediziner erfolgen muss.

Effektive Aus-, Weiter- und Fortbildung

Was kann man also entgegen setzen? Eine gut strukturierte und effektive Aus-, Weiter- und Fortbildung in einem sicheren soziokulturellen und familienfreundlichen Umfeld. Von jeher besteht seitens der ärztlichen Standesorganisation der Landesärztekammern und Bundesärztekammer ein überragendes Interesse an den Grundlagen und Qualitäten ärztlicher Ausbildung, weil nur ein möglichst umfassend ausgebildeter approbierter Arzt auch Garant für eine solide anschließende Facharztweiterbildung darstellt, an die sich dann eine berufsbegleitende qualifizierte Fortbildung anschließen kann. Erst dieser harmonische Dreiklang von Aus-, Weiter- und Fortbildung bestimmt Leistungsstand und Qualität der Ärzteschaft.

Und so ist es Ausdruck von Anspruch und Verantwortung an den ärztlichen Beruf in einer sich rasant entwickelnden Naturwissenschaft und Medizin, dass sich bis 2003 mindestens acht deutsche Ärztetage intensiv und regelmäßig mit den Ausbildungsordnungen befasst haben und Anregungen zu deren Weiterentwicklung vorgeschlagen haben.

Die Philosophie einer Reform lautet: Weniger Theorie, dafür mehr Ausbildung in der medizinischen Praxis! Dabei geht es nicht allein um quantitative Verschiebungen von theoretischen zu praktischen Wissensinhalten. Entscheidend wird sein, wie es gelingt, Theorie als notwendige Handlungsvoraussetzung verständlich zu machen und praxisnah zu vermitteln. Hier ein günstigeres Verhältnis zwischen Theorie und Praxis zu erreichen, ist das ehrgeizige Ziel der novellierten Approbationsordnung, die seit dem 1. Oktober 2003 in Kraft ist:

- praxisnahes Studium mit Aufzeigen beruflicher Perspektiven in der kurativen Medizin,
- evidenzbasierte Lehre mit intensivem Praxis- und Forschungsbezug (POL),
- Abschaffung des AiP ab 1. 10. 2004, klare Übergangsregelungen,
- Verbesserung des PJ, stärkere Einbeziehung akademischer Lehrkrankenhäuser und Praxen,
- Evaluation der universitären Lehre,
- keine Kapazitätsreduktion.

Die wichtigsten Neuerungen in der 2003 novellierten Approbationsordnung tragen den

Versorgungserfordernissen einer langlebigen multimorbiden Bevölkerung Rechnung. Stichworte dazu sind Allgemeinmedizin-, Geriatrie- und Public-Health-Probleme.

Am Ende der ärztlichen Ausbildung sollte ein rundum gebildeter Basisediziner stehen, der sich berufen fühlt, in eine spezialisierte ärztliche Weiterbildung einzutreten, um nach der bestandenen Facharztprüfung möglichst langfristig kurativ tätig zu sein.

Auch wenn die Umsetzung dieser Novelle aufgrund der angespannten Personalsituation in der Lehre mühevoll ist, sind die Erfahrungen der ersten Wochen sowohl von Studenten als auch Dozenten sehr positiv.

Was wünschen sich junge Ärzte

Ausgehend von neuen gesetzlichen Regelungen wie dem GMG, EuGH-Urteil und der Bundesärzteordnung gibt es weitere Maßnahmen, die geeignet erscheinen, ein gutes Betriebsklima für Jungärzte in den Weiterbildungskliniken zu erreichen:

- Weiterbildungskonzeption,
- Teilzeitangebote,
- kooperative Arbeitsplatzatmosphäre,
- langfristige Verträge,
- finanzielle Rahmenbedingungen,
- Überstundenregelung.

Trotz einer klar strukturierten und organisierten Bildungsordnung für Ärzte und guter Chancen auf dem Arbeitsmarkt ist es in Deutschland trotzdem gegenwärtig nicht sonderlich attraktiv, kurativ ärztlich tätig zu werden.

Die Gründe sind bekannt: Reglementierung, Bürokratisierung und Diffamierung des Berufsstands sowie negative Pauschalaussagen von Politik und Krankenkassen. Hinzu kommt die eben eingeführte Gesundheitsreform. Sie schreibt unverkennbar die Rationierung/(Zuzahlung, Leistungsausgrenzung) von Gesundheitsangeboten fest. Auch hier sind alle Beteiligten am System direkt oder indirekt betroffen.

Für die Hauptziele der Reform im Verbund mit DRG und DMP, integrierter Versorgung, Hausarztmodellen, Gesundheitszentren oder Teilöffnung der Krankenhäuser benötigen wir für eine langlebige multimorbide Bevölkerung in Deutschland nicht weniger sondern mehr ärztliches und pflegerisches Personal,

um auch die Chancen, die mit dem Gesetz gegeben sind, ausnutzen zu können.

Berufsausübung und Vergütung

Deshalb müssen die ideellen und materiellen Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit im kurativen Bereich attraktiver gestaltet werden, damit sich junge Menschen wieder stärker in der Patientenversorgung engagieren. Das gilt im besonderen Maße natürlich für die Fragen und Regelungen der Berufsausübung sowie der Vergütung.

Berufsausübung

- Anerkennung des Bereitschaftsdienstes in Krankenhäusern als Arbeitszeit,
- Unterstützung und Einführung neuer Arbeitszeitmodelle, gerade auch für Ärztinnen,
- Reduzierung von Überstunden und der Arbeitsbelastung in Kliniken,
- Schaffung neuer Stellen,
- Vermeidung steigender Bürokratisierung des Arztberufes, Entlastung von Verwaltungsaufgaben,
- Wiedereinstiegsseminare für Ärztinnen nach Elternzeit,
- Gewinnung ausländischer Ärzte, um freie Stellen in den Kliniken zu besetzen,
- Lockerung der Niederlassungsregelungen für Nicht-EU-Bürger.

Vergütung

- bessere Grundvergütung der Ärzte; Zeitzuschläge realisieren,
- Beseitigung des West-/Ost-Gefälles in der Vergütung der ärztlichen Tätigkeit,
- AiP sofort, spätestens zum 1. 10. 2004, höhergruppieren (BAT 2),
- Vergabe zinsgünstiger Existenzgründerkredite für niederlassungswillige Jungmediziner.

Maßnahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung in Sachsen

Wegen der Dringlichkeit der Gesamtproblematik reduzierter ärztlicher medizinischer Sicherstellung in Hausarztpraxen, Kliniken und öffentlichem Gesundheitsdienst wurde im Freistaat Sachsen ein Gesprächsforum und Aktionsbündnis aller auf Landesebene im Gesundheitswesen Verantwortlichen beim Sächsischen Ministerium für Soziales gegründet. Nach subtilen Defizitanalysen wurden in drei Gesprächsgruppen Lösungsansätze zur Verbesserung der Lage erörtert, die der 76. Gesundheitsministerkonferenz und dem Kabinett der Sächsischen Staatsregierung 2003 zugelei-

tet wurden. Es bleibt zu hoffen, dass viele der guten Vorschläge und konstruktiven Lösungsansätze zur Stabilisierung der ärztlichen, medizinischen Sicherstellung recht bald realisiert werden.

Zusammenfassung

Summa summarum kann festgestellt werden, dass die deutsche Ärzteschaft überaltert und zugleich ein Nachwuchsproblem hat. Bedingt durch die Altersstruktur werden immer mehr Ärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen. Besonders ausgeprägt wird die Situation im Bereich der Hausärzte sein. Dort wird es zu drastischen Versorgungsengpässen – in erster Linie in den neuen Bundesländern – kommen, wenn keine geeigneten Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Ganze Landstriche werden ohne Hausarzt dastehen.

Wegen leichteren Erkrankungen werden dann relativ kostenintensive Krankenhausaufenthalte notwendig, da die Betreuung durch den Hausarzt nicht mehr gegeben ist.

Sehr dramatisch ist die Tatsache, dass immer weniger Medizin-Studenten ihr Studium zum Abschluss bringen und immer mehr Absolventen eines Studiums der Humanmedizin letztlich nicht ärztlich tätig werden.

Aufgrund der Nachwuchsentwicklung treten bereits jetzt Engpässe im Krankenhausbereich auf. Besonders betroffen vom Ärztemangel ist Ostdeutschland. Der Ärztemangel im Krankenhausbereich wird dazu führen, dass die Krankenhäuser Wartelisten einführen werden.

Insgesamt impliziert dies, dass die Mediziner- ausbildung praxisnäher und die Arbeitsbedingungen der Ärzte, sowohl im Krankenhausbereich als auch im ambulanten Sektor, attraktiver gestaltet werden müssen (insbesondere angemessene Vergütung, weniger Regulierungen und Bürokratismus), damit sich junge Menschen wieder stärker für den Beruf des Arztes interessieren. Geschieht dies nicht, ist die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Gefahr.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Dieser Vortrag wurde am 12. Februar 2004 in der Evangelischen Akademie Tutzingen gehalten.