
Die Situation von Ärzten in Deutschland

Friedrich Wilhelm Schwartz

1. Einflussgrößen im Hinblick auf die Lage der Ärzte in Deutschland

Naturgemäß kann im gegebenen Rahmen die Aufgabe lediglich darin bestehen, die Lage der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland in ihren wichtigsten Aspekten zu skizzieren, zumal die Lage der einzelnen Fachgruppen durchaus unterschiedlich ist. Andererseits gibt es fachübergreifende Entwicklungen, durch die nahezu alle Gruppen berührt werden. Beispielsweise hat – in dem von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) geprägten größten Segment der deutschen Gesundheitsversorgung – der von der Gesetzgebung in Deutschland seit dem historischen Beginn der sog. „Kostendämpfung“¹ herbeigeführte ökonomische Druck auf Kliniken und Praxen derart zugenommen, dass er heute zu einer alltäglich gefühlten Größe geworden ist. Dieser ökonomische Druck bringt fachübergreifend Folgen für die Ärzte nahezu aller Fachgruppen hervor. Er wirkt sich momentan nicht so sehr auf die Gehaltsstrukturen bei den angestellten Ärzten oder die „Unternehmerlöhne“ für in eigenen Praxen niedergelassene Ärzte aus, sondern vor allem als spürbare Arbeitsverdichtung und als zunehmende Häufigkeit von Entscheidungssituationen, in denen die rein ärztliche Professionalität und die externen wirtschaftlichen Vorgaben in einen Konflikt geraten. Diese Situation wird zudem überlagert durch eine Zunahme der Anforderungen, die sich aus technologischen, qualitätsbezogenen und demografischen Entwicklungen ergeben – in dieser Reihenfolge. Zu den Auswirkungen auf Berufs-

zufriedenheit und Arbeitsbelastung liegen zahlreiche Befragungen und Beobachtungsstudien vor.²

Diese ökonomischen, technologischen, qualitätsbezogenen und demografischen Einflüsse sind Teil einer Reihe von teils externen, teils medizininhärenten „Megatrends“ in der Medizin und der Gesundheitsversorgung, die nicht nur in Deutschland wirksam sind. Megatrends sind international, nicht episodisch angelegt und meist langfristig stabil. „Megatrends influence a wide range of activities, processes and perceptions, both in government and in society.“³ Sie bilden in den nächsten Jahren maßgebliche Herausforderungen und Antriebe für den professionellen Wandel im Arztberuf, und zwar für alle Gruppen von Ärzten in Deutschland, für die Medizin überhaupt (als Wissenschaft und Versorgungsaufgabe und auch als einen maßgeblich technologie- und nachfragegetriebenen Wirtschaftszweig) – und nicht zuletzt auch für alle weiteren Beteiligten im Gesundheitswesen, d. h. die sonstigen Gesundheitsberufe, die Krankenkassen, die Patienten und Bürger.⁴ Ich nenne

1. die bislang anschwellenden, wenngleich aus fachlicher Sicht (WHO) bei entsprechenden gesellschaftlichen und individuellen Investitionen in erheblichem Maße prävenierbaren *Epidemien chronischer Erkrankungen*:

- Adipositas / Diabetes / Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Depression / alkoholabhängige Erkrankungen / Alzheimer,
- chronifizierter Rückenschmerz / Gelenkerkrankungen,
- Atopien, Asthma/COPD,
- reproduktive Erkrankungen;

2. die rasante *Ökonomisierung bzw. Monetarisierung* in allen betrieblichen Prozessen (einschließlich der ärztlichen und pflegerischen) mit investiven Entscheidungen auf allen Systemebenen nach Maßgabe der neuen Bewertungsendpunkte Kosten, Preise und Zeiteinsatz (neben der „klassischen“ Di-

mension des – subjektiven oder objektiv gemessenen – medizinischen Patientennutzens);

3. das *Vordringen privaten und der Rückzug öffentlichen Kapitals* und entsprechender Träger und Organisationsformen;

4. die studiengetriebene, „evidenzbasierte“ *Verwissenschaftlichung* aller Zweige der Medizin (evidenzbasierte Medizin – EbM) einschließlich bisheriger „Hilfsbereiche“ wie Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie und auch der Steuerungsentscheidungen auf der Meso- und der Makroebene: EbCare, EbPolicy;

5. das *Vordringen neuer Technologien* – neuer bildgebender, biotechnologischer und molekulargenetischer Diagnostik- und Behandlungsverfahren (Biologika, „stratifizierte“ Medizin) –, deren gemeinsames Merkmal u. a. eine enorme *Kostenausweitung* in der Medizin ist;

6. sonstige *informationell-technologische* Entwicklungen, *qualitäts- und servicebezogene* Konsumentenerwartungen sowie professionelle Präferenzen als Treiber für *integrierte und vernetzte Versorgungskonzepte* sowie *vertikale und horizontale Informationskonzepte*;

7. die *gesellschaftliche und wirtschaftliche Expansion* des Medizinsektors insgesamt, und zwar hin zu einer auf Dynamik angelegten „*Gesundheitswirtschaft*“;⁵

8. die gleichzeitige Wirksamkeit *kompetitiver und restriktiver Gegenkräfte*: politische Kostendämpfungsmaßnahmen, Techniken der Verknappung mittels verborgener oder offener Rationierungen oder „ethisch“ gesteuerter Zuteilungen bzw. Priorisierungen, Expansion der Kontroll- oder Lenkungs bürokratien, Deprofessionalisierungsstrategien

sowie politische oder gesellschaftliche „Entmedikalisierungs-Strategien“;

9. die *starke Stellung des Konsumenten als Adressat von Informationen und als Entscheider* in der gesamten Wirtschaftswelt (zu der weithin auch die Medizin zählt); damit werden auch in der Medizin und den medizinischen Versorgungsbereichen die Entscheidungen und Informationen der Patienten und Bürger stärker in den Mittelpunkt gerückt – vgl. z. B.: „patient choice policies“, Wahltarife in regulierten Systemen; Projekte für „Patientenuniversitäten“ in den USA, Österreich und Deutschland; Institutionalisierung und Förderung der Patientenverbände, der gesundheitlichen Verbraucherberatung, der verbraucherorientierten Websites; Stärkung der rechtlichen Stellung der Patienten (vgl. u. a. das Patientenrechtegesetz in Deutschland einschl. der Regelungen für Patientenverfügungen); auch das Wiedererstarken des Subjektiven in der Medizin (u. a. innovative und neubewertete Placeboforschung, Kommunikationsstrainings in Studium und Fortbildung);

10. Veränderungen in Gesellschaft, Lebensstil und Gesundheitsverständnis:

- Der Gesellschaftsentwurf wird in den Grundlagen, Zielen und in den kulturellen Mustern internationaler, Autoritäten verlieren an Bedeutung;
- die Online-Kommunikation gewinnt in allen Lebensbereichen an Bedeutung;
- Lebensentwürfe und Gesundheitsverständnis unterscheiden sich stark je nach dem gesellschaftlichen Milieu (Milieuspezifität von „Gesundheit“)⁶; dasselbe gilt für die Migrationsmilieus

11. die demografische Transition mit den bekannten Effekten auf Erwerbsbevölkerung, Kranke und Pflegebedürftige;

12. globale Effekte wie:

- Kulturen und Krankheit,
- Märkte, Technologien und Standards,
- Zunahme nationaler Konkurrenz um potenzielle Arbeitskräfte und Bevölkerungsgruppen mit hoher Gesundheitserwartung.

Gibt es derzeit in Deutschland eine diesen Megatrends hinreichend entsprechende, in ihren Zielen und Facetten in sich stimmige Politik?

Derzeit beobachten wir auf der obersten politischen Ebene stark divergierende Strategien: Das Bundesministerium für Gesundheit zeichnet sich durch eine reine Orientierung am Effizienz- und Knappheitsgebot sowie durch eine Versicherungszentrierung (gesetzliche und private Krankenversicherung) aus. Die Bundesministerien für Wirtschaft sowie für Bildung und Forschung legen den Akzent eher auf die investive und technologische Expansion einer eigenständigen Gesundheitswirtschaft, die als Motor für neues wirtschaftliches, gesellschaftliches und eventuell auch gesundheitliches Wachstum angesehen wird. Die Rollen der Bundesministerien für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie für Arbeit und Soziales im Gesundheitsbereich sind bislang noch nicht klar erkennbar.

2. Zur Lage der Primärärzte in Deutschland

Neben den Einflüssen aus den Megatrends und den derzeit bestenfalls changierenden Vorgaben der deutschen Politik – welche sonstigen Herausforderungen und Problemlagen sind nun speziell für die deutschen Primärärzte maßgebend, deren Rolle für die Basisversorgung „in der Fläche“ zu Recht als wichtig betrachtet wird?

Hier gilt es – gerade nach der oft mehr meinungs- als faktengetriebenen Debatte im Zusammenhang mit dem

Gesundheitsversorgungsgesetz – deutlich zu unterscheiden zwischen plakativ formulierten „Thesen“ zu (angeblichen oder tatsächlichen) Problemlagen einerseits und realen Herausforderungen andererseits:

These: „Wir gehen einem generellen Ärztemangel entgegen.“

Hier ist eine differenzierte Diskussion angezeigt:

Zz. weist Deutschland 1,5 Allgemeinärzte pro 1000 Einwohner auf und liegt damit um 67 % über dem OECD-Durchschnitt von 0,9. Die Facharztdichte in Deutschland beträgt 2 pro 1000 Einwohner, das sind 11 % mehr als der OECD-Durchschnitt von 1,8.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen weisen mahndend auf unbesetzte Kassenarztsitze (insbesondere in ländlichen Regionen) hin. Stagnierende oder sinkende Hausärztezahlen bei gleichzeitig steigenden Fachärztezahlen sind jedoch ein europaweiter Trend. Im stationären Sektor sind die Arztzahlen ebenfalls im Steigen begriffen.⁷ Demgegenüber machen die Ersatzkassen geltend, dass 800 fehlenden Ärzten in wenigen Regionen Deutschlands etwa 25.000 überzählige Ärzte in überversorgten Regionen gegenüberstünden.⁸ Das Saldo an verfügbaren Ärzten ist im ambulanten Sektor jedenfalls positiv.⁹

Dazu gehört auch: Deutschland hat 5,7 Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner, d. h. es liegt (obwohl seit Jahren Betten abgebaut werden) immer noch 50 % über dem OECD-Durchschnitt. Und es nimmt mit 227 Krankenhauseinweisungen pro 1000 Einwohner die dritte Stelle unter allen OECD-Staaten ein, d. h. in Deutschland werden trotz einer im Vergleich hohen Dichte an ambulant tätigen Ärzten auffallend viele Patienten stationär in Krankenhäusern versorgt.

These: „Die Wartezeiten im deutschen System sind im internationalen Vergleich – zulasten von Patienten und Ärzten – überlang.“

Hier muss für die Primärärzte die Antwort „Nein“ lauten; bei den Fachärzten nimmt Deutschland einen Platz im Mittelfeld ein.

Eine noch nicht lange zurückliegende Primärerhebung bei Haus- und Kinderärzten durch den Commonwealth Fund in Zusammenarbeit mit dem deutschen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)¹⁰ zeigt:

- Mehr als die Hälfte der Patienten erhält am selben oder nachfolgenden Tag einen Primärarzt-Termin: in Deutschland 78 %, in den übrigen Ländern 39–92 %.
- Was die aus Sicht der Primärärzte langen Wartezeiten für einen Facharzttermin betrifft, trifft diese Einschätzung in Deutschland bei 9 % der Überweisungen zu, in den übrigen Ländern in 2–24 % der Fälle. Ähnliche komparative Ergebnisse gibt es bei der Frage nach langen Wartezeiten auf einen Therapietermin nach der Stellung der Diagnose.

These: „Der deutsche Arzt, vor allem der Primärarzt, ist typischerweise überlastet.“

Das stimmt in auffallendem Maße, ist aber offenbar eher vom Systemdesign als von der Arztlzahl abhängig. Die bereits zitierte Primärerhebung bei Haus- und Kinderärzten durch das IQWiG und den Commonwealth Fund ergab:

- Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Stunden beträgt in Deutschland 50,8, in den übrigen Ländern zwischen 37,5 und 48,6.
- Die durchschnittliche Zahl der behandelten Patienten pro Woche beläuft sich in Deutschland auf 242, in den übrigen Ländern auf 53–171.
- Die mittlere Zeit (Median) pro Patientenkontakt in Mi-

nuten beträgt in Deutschland 9,1, in den übrigen Ländern 10,3–28,8.

- In Deutschland klagen 67 % der Primärärzte über zu viel Bürokratie, d. h. einen zu hohen Zeitaufwand im Zusammenhang mit Dokumentation, klinischen Informationen oder gesetzlichen Vorschriften – in den anderen Ländern 15–50 %.¹¹

These: „Deutsche Hausärzte sind häufig unzufrieden und verlangen eine Systemreform.“

Auch dies stimmt in auffallendem Maße:

- 31 % der Primärärzte in Deutschland verlangen eine komplette Reform des Gesundheitssystems – in den übrigen Ländern nur 1–15 %.
- 73 % der Primärärzte in Deutschland sagen, dass die Bedingungen sich in den letzten drei Jahren verschlechtert hätten – in den übrigen Ländern 9–41 %.
- 23 % der Primärärzte in Deutschland sind sehr unzufrieden mit der eigenen beruflichen Situation – in den übrigen Ländern 1–7 %.¹²

Betrachtet man diese komparativen Befunde zur Lage der Ärzte in der Primärversorgung in Deutschland, die aus einer internationalen (und nicht durch einen Ärzteverband in Auftrag gegebenen!) Studie stammen, dann sieht man: Sie verlangen aus Sachgründen eine ernsthafte politische Reflexion, und zwar oberhalb der Ebene der üblichen Diskurse der Verbände und Selbstverwaltungskörperschaften in Deutschland. Denn es ist ja gerade die in Deutschland hochentwickelte Selbstverwaltung durch ärztliche Verbände und Körperschaften, in deren Wirkungskreis sich herausragend hohe Belastungswerte für die Ärzte und herausragend niedrige Zufriedenheitswerte bei den Ärzten ergeben. Und damit stellen sich Fragen an die optimale Funktionalität der heutigen Selbstverwaltungen.

Das Problem der hohen Belastung in deutschen Praxen hängt aber auch damit zusammen, dass die bevölkerungsbezogene Gesundheitsperspektive in Deutschland bisher vernachlässigt worden ist. Die deutsche Gesundheitspolitik ist vielmehr bisher sehr stark auf zwei konkurrierende Krankenversicherungssysteme fixiert gewesen – und das bei nahezu *komplett fehlender integrativer gesundheitsfördernder* Politik über mehrere Ressorts hinweg mit dem Ziel „mehr Gesundheit für alle“ (WHO). Daher überrascht es nicht, dass Deutschland im europäischen Ranking für „Lebenserwartung in Gesundheit“ für Männer und Frauen ab 50 nicht einmal einen guten Platz im Mittelfeld einnimmt.¹³

Deutschland mangelt es im internationalen Vergleich und auf das Gesamtsystem bezogen weder an Ärzten noch an Geld.¹⁴ Aber das vorhandene Geld fließt gegenwärtig zu sehr in mangelhaft vorausschauende und revisionsbedürftige Strukturen und zu wenig in eine durchdachte und koordinierte Prävention. Bei den gegenwärtigen Rahmenbedingungen, die noch keine ausreichende Perspektive im Hinblick auf die eingangs angedeuteten Megatrends bieten, kann es nicht überraschen, wenn im Arztberuf häufig beruflicher Distress auftritt.

Anmerkungen

¹ Vgl. dazu *Braun, B. / Kühn, H. / Reimer, H.*: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer in der Gesundheitspolitik. Frankfurt M. 1999, 23 ff.

² Vgl. dazu z. B. *Angerer, P. / Schwartz, F. W.*: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. In: *Fuchs, C. / Kurth, B. M. / Scriba, P. C (Hrsg.)*: Report Versorgungsforschung. Befunde und Interventionen. Bd. 2, Köln 2010, 3–6; *Janus, K. / Amelung, V. E. / Baker, L. C. / Gaitanides, M. / Rundall, T. G. / Schwartz, F. W.*: Sind amerikanische Ärzte zufriedener? – Ergebnisse einer internationalen Studie unter Ärzten an Universitätskliniken. In: Ebd., 219–234.

³ Zit. nach <http://knowledgecenter.csg.org/drupal> (21.3.12); vgl. auch *Naisbitt, J.*: Megatrends. Ten New Directions Transforming

Our Lives. New York 1982; *Schimpff, S. C.*: The Future of Medicine. Megatrends in Health Care That Will Improve Your Quality of Life. Nashville 2007; *Lazarus, C. J.*: 10 Megatrends in Medical Education. In: *Oncology Times* 31/1 (2009), 6, 9; Megatrends in Global Health Care. In: *Harvard Business Review* 2010 (<http://hbr.org>).

⁴ Vgl. *Bührlen, B. / Kickbusch, I. (Hrsg.)*: Innovationssystem Gesundheit. Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen. Ergebnisse des 1. MetaForums „Innovation im Gesundheitswesen“. Karlsruhe 2008; *Henke, K.-D.*: Innovationen und Gesundheitswirtschaft. Berlin o. J.

⁵ Vgl. dazu neue Satellitenrechnungen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR).

⁶ Vgl. *Wippermann, C. / Arnold, N. / Möller-Slawinski, H. / Borchard, M / Marx, P.*: Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem. Wiesbaden 2011.

⁷ *Wildner, M.*: Wie viele Ärzte braucht das Land? In: *Gesundheitswesen* 73 (2011), 209–210, hier 209.

⁸ Ebd., 210.

⁹ Ebd., 209.

¹⁰ *Koch, K. / Miksch, A. / Schürmann, Ch. / Joos, St. / Sawicki, P. T.*: Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Hausärzte [The German Health Care System in international comparison: the primary care physicians' perspective]. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 108 (2011), 255–261. Die Daten wurden im Jahre 2009 erhoben, und zwar in Australien, Deutschland, Frankreich, Italien, Kanada, den Niederlanden, Neuseeland, Norwegen, Schweden, dem Vereinigten Königreich und den USA.

¹¹ Vgl. ebd., 258.

¹² Vgl. ebd., 257.

¹³ Vgl. *Jagger, C. et al.*: Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. In: *Lancet* 372 (2008), 2124–2131, bes. 2126f.

¹⁴ *OECD*: Health at a Glance 2011, (<http://www.oecd.org/health/healthataglance>).