



Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“

Abschlussbericht

Hamburg, November 2004

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“

Abschlussbericht

Hamburg, November 2004

Kontakt:

Georg Spinner
Chief Consultant

Tel: (+49) 40 5480 91-0
Fax: (+49) 40 5480 91-19
E-mail: georg.spinner@r-m.com

Rambøll Management
Kieler Strasse 303A
D-22525 Hamburg

Tel: (+49) 40 5480 91 -0
www.ramboll-management.de

Inhaltsverzeichnis

0.	Management Summary	1
1.	Einleitung	8
Teil A		
2.	Vorgehensweise	10
2.1	Rechercheergebnisse - vorliegende Studien	12
3.	Individuelle Darstellung und Bewertung der untersuchten Studien	14
3.1	WIDO - Klose et al. (2003) Ärztemangel - Ärzteschwemme? Auswirkungen der Alterstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung	14
3.1.1	Untersuchungsgegenstand	14
3.1.2	Vorgehensweise in der Studie	14
3.1.3	Zentrale Ergebnisse der Studie	15
3.1.4	Bewertung der Studie	16
3.2	BÄK/KBV - Kopetsch (2003) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Ärztestruktur und Arztzahlenentwicklung	18
3.2.1	Untersuchungsgegenstand	18
3.2.2	Vorgehensweise in der Studie	19
3.2.3	Zentrale Ergebnisse der Studie	19
3.2.4	Bewertung der Studie	22
3.3	DKI – Offermanns (2003) Krankenhaus Barometer. Herbstumfrage 2002	25
3.3.1	Untersuchungsgegenstand	25
3.3.2	Vorgehensweise in der Studie	25
3.3.3	Zentrale Ergebnisse der Studie	26
3.3.4	Bewertung der Studie	28
3.4	HIS - Heublein et al. (2002) Studienabbruchstudie 2002	29
3.4.1	Untersuchungsgegenstand	29
3.4.2	Vorgehensweise in der Studie	29
3.4.3	Zentrale Ergebnisse der Studie	31
3.4.4	Bewertung der Studie	32
4.	Analyse und Bewertung der Datenlage	33
4.1	Exkurs: Datenerhebung	33
4.2	Studium	35
4.2.1	Studienplätze und Studienplatzbewerber im Fach Humanmedizin	35
4.2.2	Studierende insgesamt	37
4.2.3	Studienanfänger in Humanmedizin / Tatsächliche Erstsemester (erstes Studien- oder erstes Fachsemester)	38
4.2.4	Abgänger (erfolgreicher Studienabschluss) und Abbrecher	41
4.3	Berufstätigkeit	47
4.3.1	Approbationserteilung	49
4.3.2	Ärzte im Praktikum	50
4.3.3	Arztzahlen insgesamt	54

4.3.4	Ärzte in der Weiterbildung (nach AiP-Phase oder entsprechender Auslandstätigkeit)	56
4.3.5	Weiterbildungsabschlüsse	56
4.3.6	Entwicklung der Zahl der Ärzte in/außerhalb kurativer Tätigkeit	57
4.3.7	Bedarf an Ärzten im kurativen und nicht-kurativen Bereich	59
4.3.8	Berufsperspektiven im kurativen und nicht-kurativen Bereich	60
4.4	Zusammenfassung	61
5.	Synthese der vorangegangenen Bewertungen	63
5.1	Zwischenfazit - Droht in Deutschland ein Ärztemangel?	63
5.2	Können Angebot und Bedarf an Ärzten derzeit zuverlässig prognostiziert werden?	66
5.2.1	Anforderungen an die Prognose des Angebots an Ärzten	66
5.2.2	Anforderungen an die Prognose des Bedarfs an Ärzten	68
Teil B		
6.	Ergebnisse der Befragung	71
6.1	Methodik	72
6.1.1	Ziele und Konzeption der Befragung	72
6.1.2	Inhalte des Fragebogens	74
6.1.3	Konzeption des Auswertung	75
6.1.4	Durchführung der Befragung und Soziodemographie der Befragten	76
6.2	Medizinstudium	77
6.3	Wiedereinstieg	86
6.4	Krankenhausorganisation	92
6.5	Ostdeutsche Bundesländer	101
6.6	Weitere Befragungsergebnisse	108
7.	Ableitung der Handlungsempfehlungen	113
7.1	Medizinstudium	114
7.2	Wiedereinstieg	116
7.3	Krankenhausorganisation	119
7.4	Ostdeutsche Bundesländer	123
8.	Fazit	127
9.	Literaturverzeichnis	132

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell zur Beurteilung der Versorgungssituation mit kurativ tätigen Ärzten in Deutschland	12
Abbildung 2: Entwicklung der Studienplätze im Fach Humanmedizin	36
Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Bewerber je Studienplätze im Fach Humanmedizin	37
Abbildung 4: Entwicklung der Studierendenzahlen im ersten Fach- und Hochschulsemester im Fach Humanmedizin	38
Abbildung 5: Entwicklung des Anteils von Erstsemestern an Studierenden insgesamt im Fach Humanmedizin	40
Abbildung 6: Entwicklung der Absolventen im Fach Humanmedizin	42
Abbildung 7: Vergleich der Anzahl Studierende im ersten Fachsemester und der Anzahl von Absolventen 14 Semester später (durchschnittliche Studienzeit)	43
Abbildung 8: Entwicklung der Schwundquote im Fach Humanmedizin	44
Abbildung 9: Entwicklung der Anzahl an bestandenen Promotionen	46
Abbildung 10: Zu- und Abflussmodell der stationären und ambulanten Versorgung	49
Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl von AiP	51
Abbildung 12: Entwicklung berechneter Zugang AiP im Vergleich zu Anzahl an Absolventen nach durchschnittlicher Studiendauer	53
Abbildung 13: Vergleich der Anzahl der AiP insgesamt mit der Anzahl der Zugänge zum AiP sowie der Anzahl an Absolventen	54
Abbildung 14: Entwicklung der Arztzahlen in Deutschland	55
Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl an berufstätigen Ärzten	55
Abbildung 16: Zielgruppen der Befragung	73
Abbildung 17: Themenschwerpunkte des Fragebogens	74
Abbildung 18: Konzeption des Fragebogens	76
Abbildung 19: Gründe für die Studienaufnahme – Studierende	77
Abbildung 20: Gründe für die Studienaufnahme – Ärzte	78
Abbildung 21: Phase des Studienabbruchs	79
Abbildung 23: Durchschnittliche Durchfallquoten bei medizinischen Prüfungen von 1985 bis Frühjahr 2004	80
Abbildung 24: Gründe für Studienabbruch und Bewertung dieser Faktoren während des Studiums – Frauen	84
Abbildung 25: Gründe für Studienabbruch und Bewertung dieser Faktoren während des Studiums – Männer	85
Abbildung 26: Zeitpunkt für den Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit	86
Abbildung 27: Derzeitige Tätigkeit von nicht kurativ tätigen Ärzten	87
Abbildung 28: Barrieren für die Wiederaufnahme der kurativen Tätigkeit ..	88
Abbildung 29: Gründe für Nichtrückkehr aus dem Ausland	89
Abbildung 30: Gründe für die geplante Rückkehr nach Deutschland	89
Abbildung 31: Wahrnehmung Schwierigkeit Rückkehr	90
Abbildung 32: Geplante Inanspruchnahme der Elternzeit nach Alter	91
Abbildung 33: Wahrnehmung Schwierigkeit Rückkehr nach Elternzeit	92
Abbildung 34: Ärzte im Krankenhaus: Bewertung EUGH-Urteil	100
Abbildung 35: Ärzte im Krankenhaus: Bewertung EUGH-Urteil	100
Abbildung 36: Studierende - Bewertung EUGH-Urteil	101
Abbildung 37: Berufliche Pläne der Studenten in West- und Ostdeutschland	102
Abbildung 38: Berufliche Pläne der kurativ tätigen Ärzte in West- und Ostdeutschland	103

Abbildung 39: Voraussetzungen der Niederlassung in den östlichen Ländern – Ärzte (ohne Berlin)	104
Abbildung 40: Vorauss. für Niederlassung in Ostdeutschland - westdt. Studierende	105
Abbildung 41: Vorauss. für Niederlassung in Ostdeutschland - ostdt. Studierende	106
Abbildung 42: Attraktivitätsfaktoren der ostdeutschen Bundesländer	107
Abbildung 43: Im Ausland verbrachte Studienzeit.....	108
Abbildung 44: Anteil Auslandsaufenthalte auf Basis aller Studierenden und Abbrecher in der jeweiligen Phase oder später	109
Abbildung 45: Auslandsaufenthalt von in Deutschland kurativ tätigen Ärzten	109
Abbildung 46: Auslandsaufenthalt von in Deutschland nicht kurativ tätigen Ärzten.....	110
Abbildung 47: Studierende: Bewertung Abschaffung AiP.....	111
Abbildung 48: Kurativ tätige Ärzte: Bewertung Abschaffung AiP.....	111
Abbildung 49: Wirkungskette Handlungsfeld Studium.....	114
Abbildung 50: Wirkungskette Handlungsfeld Wiedereinstieg	117
Abbildung 51: Wirkungskette Handlungsfeld Krankenhausorganisation.....	120
Abbildung 52: Wirkungskette Handlungsfeld Ostdeutschland	124

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gründe für den Studienabbruch von Medizinstudenten	32
Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl Studierender im Fach Humanmedizin....	38
Tabelle 3: Entwicklung Facherstsemester im Fach Humanmedizin in Deutschland, BRD und DDR	39
Tabelle 4: Entwicklung der Studierenden-, Zulassungs- und Absolventenzahlen in der DDR und in den neuen Bundesländern	44
Tabelle 5: Entwicklung des weiblichen Anteils an Erstsemestern und an späteren Absolventen von 1981 - 1996.....	47
Tabelle 6: Entwicklung des Anteils von weiblichen Erstsemestern von 1997 - 2002.....	47
Tabelle 7: Entwicklung des Verhältnisses von AiP pro Absolvent.....	52
Tabelle 8: Modellhafte Berechnung von jährlichen AiP-Zugängen.....	52
Tabelle 9: Tätigkeiten von Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit	58
Tabelle 10: Berechnung des durchschnittlichen Schwundes Facherstsemester zu Absolventen	81
Tabelle 11: Verhältnis Anzahl Studienabbrecher und Studienabbrecher aufgrund endgültig nicht bestandener Prüfung nach Studienphase.....	81
Tabelle 12: Weibliche Befragte	93
Tabelle 13: Männliche Befragte	94
Tabelle 14: Nicht-kurativ tätig in Deutschland - Frauen	95
Tabelle 15: Nicht-kurativ tätig in Deutschland - Männer.....	96
Tabelle 16: Im Ausland tätig - Frauen	97
Tabelle 17: Im Ausland tätig - Männer.....	98
Tabelle 18: Vergleich Ausstiegsgründe und schlecht bewertet - Frauen.....	99
Tabelle 19: Vergleich Ausstiegsgründe und schlecht bewertet - Männer.....	99

0. Management Summary

Daten zur Altersstruktur der Ärzteschaft¹ und zur Arztzahlenentwicklung deuten darauf hin, dass das Thema „Ärztenschwemme“ der Vergangenheit angehört und künftig eher von einem Nachwuchsmangel auszugehen ist. Die Zahl der Ärzte im Praktikum sowie die Zahl der berufstätigen Ärzte unter 35 ist in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen, und das obwohl die Zahl der Erstsemester im Fach Humanmedizin in den letzten Jahren weiterhin leicht ansteigt. Als Erklärung für diesen Zusammenhang wird einerseits die steigende Zahl von Studienabbrechern bzw. -wechslern genannt, andererseits wird vermutet, dass deutsche Ärzte in den letzten Jahren vermehrt berufliche Alternativen in nicht-kurativen Bereichen anstreben oder die kurative Tätigkeit im Ausland ausüben.

Vor diesem Hintergrund hat Rambøll Management im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ein „Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ angefertigt. Insgesamt verfolgt dieses Gutachten folgende Ziele:

1. die Zusammenführung und Aufarbeitung der Datenlage und der vorliegenden Studien zum Thema Arztzahlenentwicklung sowie die Bewertung der Studien und des vorhandenen Datenmaterials,
2. die genauere Analyse der Gründe für Studienabbrüche bzw. -wechsel sowie die Analyse der Gründe für die Abwanderung von Ärzten ins Ausland oder in nicht-kurative Bereiche,
3. die Zusammenfassung der Erkenntnisse in Handlungsempfehlungen, die die Politik auf der jeweiligen Ebene in die Lage versetzt, auf die für die Berufsentscheidung relevanten Sachverhalte Einfluss zu nehmen.

Analyse und Bewertung von Studien zum Thema "Ärztmangel" und der Datenlage

Grundlage der Zusammenführung und Aufarbeitung der Datenlage und der vorliegenden Studien ist eine umfassende Literatur- und Internetrecherche. Recherchiert wurde nach Studien und Datenmaterial, die das Thema künftiger Ärztebedarf, Ärztemangel sowie Versorgungslücken in der ärztlichen Versorgung in Deutschland zum Gegenstand haben. Daneben wurden statistische Informationen und Datenmaterial recherchiert, die als Basis für die Einschätzung der aktuellen und künftigen Versorgungssituation herangezogen werden können.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die explizite Nennung weiblicher und männlicher Personen- oder Personengruppenbezeichnungen verzichtet. Sofern nicht ausdrücklich gekennzeichnet, sind stets beide Geschlechter gemeint.

Eine Systematisierung des recherchierten Datenmaterials erfolgte entlang der Merkmale:

- Studienplätze in Humanmedizin
- Studienanfänger in Humanmedizin (1. Fachsemester)
- Abgänger (erfolgreicher Studienabschluss)
- Ärzte im Praktikum
- Approbationserteilung
- Ärzte in der Weiterbildung, Weiterbildungsabschlüsse
- Entwicklung der Zahl der Ärzte in/außerhalb kurativer Tätigkeit
- Bedarf an Ärzten im kurativen und nicht-kurativen Bereich und
- Berufsperspektiven im kurativen und nicht-kurativen Bereich.

Nach Sichtung des recherchierten Materials erfolgte eine Analyse der relevanten Studien. Diese Analyse gliederte sich nach den Kriterien:

- Untersuchungsgegenstand
- im Rahmen der Studie angewandte Methodik
- zentrale Ergebnisse der Studie, abgeleitete Thesen und Schlussfolgerungen sowie
- Bewertung der Studie anhand zuvor definierter Anforderungen an ein Prognosemodell.

Abschließend wurden die einzelnen Bewertungen systematisch zusammengefasst, so dass im Gesamtbild ersichtlich wird, ob aus den vorhandenen Studien einzeln oder in der Synthese eine zuverlässige Vorhersage des ärztlichen Bedarfs bzw. eines Ärztemangels möglich ist.

Ermittlung von Gründen für die Aufnahme einer kurativ ärztlichen Tätigkeit bzw. den Ausstieg aus der kurativen Berufstätigkeit

Zur Ermittlung der Motivationen für eine kurative oder nicht-kurative Berufstätigkeit und einen Ausstieg fand eine Befragung von Personen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung bzw. der kurativen Tätigkeit statt. Da es in jeder Phase der ärztlichen Ausbildung bzw. kurativen Tätigkeit zur Aufgabe oder zur Abwanderung ins Ausland kommen kann, wurden in jeder dieser Phasen sowohl Personen in der humanmedizinischen Ausbildung bzw. der kurativen Tätigkeit befragt als auch Personen, die das deutsche medizinische System verlassen haben.

Schwerpunkte der Befragung bildeten einerseits die Gründe für den erfolgten Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit in Deutschland sowie Bedingungen und Barrieren für eine Rückkehr. Andererseits wurden Studierende sowie kurativ tätige Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Bewertung der momen-

tanen bzw. der angestrebten Tätigkeit und zu ihren beruflichen Plänen befragt. Außerdem wurden die Bedingungen und die Motivation einer Niederlassung in den ostdeutschen Bundesländern erfasst. Die Befragung erfolgte im Juli und August 2004 online über die Internetseite www.arztstudie.de.

Insgesamt wurden 4.911 Studierende bzw. ehemalige Studierende sowie 4.619 Ärzte bzw. ehemalige Ärzte befragt. Neben den Fragen zur Bewertung von Studium und kurativer Tätigkeit enthielt der Fragebogen Fragen zu folgenden Themenfeldern

- Gründe für die Aufnahme der Laufbahn bzw. des Studiums
- Episoden der Tätigkeit im Ausland und Gründe für die Rückkehr sowie
- Auswirkungen des EUGH-Urteils sowie der Abschaffung des AIP.

Ergebnis der Analyse der Studien

Im Hinblick auf die Prognosefähigkeit der betrachteten Studien ist generell festzuhalten, dass der Problematik eines eventuellen Ärztemangels, der offenen Stellen oder der Fehlallokation keine detaillierten Bedarfszahlen bzw. Bedarfsprognosen gegenübergestellt werden. Vielmehr wird der Bedarf an Ärzten aus der Vergangenheit für die nächsten Jahre fortgeschrieben. Vor dem Hintergrund der prognostizierten demografischen Entwicklung und der Veränderungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen ist daher eine eindeutige Vorhersage über das erforderliche Angebot an Ärzten für den kurativen Bereich in Deutschland nicht möglich. Allerdings kann aus den Studien eindeutig abgeleitet werden, dass eine punktuelle Unterversorgung besteht, die sich ohne Entgegenwirken in den nächsten Jahren verstärken wird. Diese Unterversorgung konzentriert sich regional laut der Studien in erster Linie auf ländliche ostdeutsche Regionen.

Bewertung der Datenlage

Im Hinblick auf das Angebot an Ärzten ist zunächst festzuhalten, dass in weiten Teilen hinreichende Daten vorliegen, um die akademische Ausbildung im Fach Humanmedizin nachzuvollziehen. Leider steht die Gesamtzahl der jährlich neu erteilten Approbationen nicht zur Verfügung. Diese Zahl repräsentiert den größten Teil des Angebots an Medizinern, das der ärztlichen Versorgung in Deutschland pro Jahrgang potenziell neu zugehen kann.

Die Anzahl der kurativ tätigen Ärzte setzt sich zusammen aus Ärzten, die ohne vorherige Weiterbildung praktizieren sowie aus Ärzten in Weiterbildung und Fachärzten. Dabei mangelt es v. a. an Angaben zur ersten Gruppe. Umfassende Daten zu den Fachärzten liegen systematisch (Bruttozugänge- und

–abgänge) erfasst zudem lediglich für den ambulanten Sektor vor. Derartige Probleme lassen sich zwar durch Modellannahmen über die Entwicklung im stationären Sektor und anderen Bereichen umgehen. Die Prognoseergebnisse sind dadurch allerdings mit einer größeren Unsicherheit behaftet. Insofern besteht hier ein besonderer Bedarf an weiterführenden Datenerhebungen und Analysen. Diese Bewertung lässt sich auf die Erstellung einer Prognose allgemein übertragen. So erscheint eine grundsätzliche Untersuchung und Quantifizierung von Zu- und Abgängen insgesamt, d.h. an allen wesentlichen Schwellen von Studienbeginn bis zu kurativer Tätigkeit, wünschenswert.

Befragungsergebnisse

Zu den Faktoren, die von den befragten Ärztinnen und Ärzten negativ bewertet wurden, gehören die Arbeitsbedingungen des kurativ ärztlichen Berufs, insbesondere die zeitliche Belastung und damit einhergehend die mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit Familie und Freizeit.

Ein weiterer Aspekt, der problematisch eingeschätzt wird, betrifft das Fehlen systematischer Wiedereinstiegshilfen für Ausgestiegene oder Ärzte, die ihre Tätigkeit unterbrechen.

Im Hinblick auf die drohende Unterversorgung in ostdeutschen Bundesländern bestätigt sich, dass Unterschiede der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Ost- und Westdeutschland festgestellt werden und Vorurteile gegenüber der Lebensqualität in Ostdeutschland bestehen, die dazu beitragen, dass immer weniger Ärzte in Ostdeutschland kurativ ärztlich tätig werden.

Im Hinblick auf das Studium zeigt sich, dass Studierende und Studienabbrecher vor allem den fehlenden Praxisbezug bzw. die fehlende Betreuung durch Dozenten kritisieren.

Als signifikant und themenübergreifend hat sich herausgestellt, dass Frauen und Männer Problembereiche und Schwierigkeiten unterschiedlich wahrnehmen. Dies betrifft in besonderer Weise die Wahrnehmung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten. Angesichts der steigenden Anzahl von Medizinstudentinnen und Absolventinnen muss diesem Aspekt bei der Entwicklung von Maßnahmen, die einem drohenden Ärztemangel entgegenwirken sollen, besondere Beachtung geschenkt werden.

Umsetzung

Aus der Synthese der Ergebnisse der Bewertung der Studien und der Datenglage sowie der Befragung konnten fünf Handlungsfelder identifiziert werden, für die Rambøll Management empfiehlt, folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- (1) Zur besseren und frühzeitigeren Einschätzung der Entwicklung der Ärzteversorgung empfiehlt Rambøll Management ein systematisches und kontinuierliches Monitoring der wichtigsten Kernkennzahlen.
- (2) Um die Schwundquote im Studium zu senken, sollten Anreizsysteme geschaffen werden, durch die eine Universität ein gesteigertes Interesse hätte, die Anzahl vermeidbarer Drop-Outs zu verringern. Beispielsweise kann die Bindung der Universitätsfinanzierung an die Prüfungserfolge ihrer Studierenden bzw. eine finanzielle Anreizsteuerung von Lehrenden zu einem veränderten Auswahlmodus bei Studienanfängern sowie einer Erhöhung der Lehrqualität und einer besseren Betreuung durch Dozenten führen.
- (3) Unseres Erachtens ist die Weiterentwicklung der Approbationsordnung zweckmäßig, um durch die Integration eines stärkeren Praxisbezugs in das Studium zu verhindern, dass Studierende ihr Studium abbrechen. In diesem Zusammenhang ist eine Beobachtung der aktuellen Veränderungen sinnvoll.
- (4) Ein Ausbau des Angebots von speziellen Fachkursen zur Fort- und Weiterbildung während und nach der Auszeit führt zu einer Erleichterung des Wiedereinstiegs.
- (5) Eine Ausdehnung von Coaching- und/oder Mentoring-Angeboten sowohl im Krankenhaus als auch für niedergelassene Ärzte bindet qualifiziertes Personal an das Haus bzw. schult eigenverantwortliche Kompetenz.
- (6) Die Sicherstellung der Kinderbetreuung sowohl für die Zeit des Wiedereinstiegs als auch für die Zeit nach dem Wiedereinstieg durch entsprechende Angebote verkürzt die Auszeit und verringert die Doppelbelastung bzw. den möglichen Ausfall von Eltern.
- (7) Das Angebot innovativer Arbeitszeitmodelle flexibilisiert die Auszeit. Insbesondere vermehrte Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung während der Aus- und Weiterbildung, aber auch Modelle wie Job-Sharing tragen dazu bei, dass die Dauer einer Unterbrechung der Tätigkeit nicht zu lang ist.
- (8) Durch die Anpassung von gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Beurteilungsgrundlagen für die Schädlichkeitseinstufung von Arbeitsbedingungen an den aktuellen Stand der Technik kann auch werdenden und/oder stillenden Müttern die qualifizierte Weiterarbeit ermöglicht werden.
- (9) Eine zielgerichtete Personal- und Führungskräfteentwicklung trägt dazu bei, die Arbeitsteilung zu verbessern und insbesondere die Verrichtung der nicht-ärztlichen Tätigkeiten zu erleichtern.

(10) Die Entwicklung von Maßnahmen für eine Veränderung der Führungskultur in Richtung eines kooperativ ausgerichteten Führungsstils in Krankenhäusern ist wichtig für die Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Dazu gehören eine gezielte Personalentwicklung, die Durchführung von Mitarbeitergesprächen sowie Fortbildungen zu Themen des Projektmanagements oder betriebswirtschaftlichen Aspekten.

(11) Durch eine Optimierung der Arbeitsprozesse im Krankenhaus vor allem in Bezug auf die Bewältigung nichtärztlicher Aufgaben - beispielsweise durch den Ausbau einer systematischen Unterstützung durch IT-Strukturen entlang den Bedürfnissen der Beschäftigten im Krankenhaus - werden Mitarbeiter entlastet.

(12) Eine strategische Anreizsteuerung und eine transparentere Organisation der Weiterbildung steigert die Attraktivität der kurativ ärztlichen Tätigkeit. Eine individuelle Karriereplanung und das Angebot von Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten können ebenso Teil eines „Attraktivitätspakets“ sein wie die Verfügbarkeit von internen Jobbörsen oder das System der „Job Rotation“.

(13) Die Entwicklung von Förderprogrammen für Krankenhäuser bezüglich der Organisations- und Personalentwicklung ermöglicht eine effiziente Arbeitsteilung und reduziert die Arbeitsbelastung.

(14) Im Hinblick auf die Besetzung offener Stellen in den ostdeutschen Bundesländern ist die Prüfung von Möglichkeiten zur Schaffung von finanziellen Anreizen sowie der Übernahme von finanziellen Risiken bei einer Niederlassung von Ärzten sinnvoll.

(15) Eine Good-Practice Analyse zu Bindungs- und Anwerbestrategien anderer Länder kann dazu beitragen, ggf. Gegenmaßnahmen zu entwickeln und/oder mögliche Strategien für die Verstärkung einer Wanderung von West- nach Ostdeutschland zu initiieren.

(16) Durch eine klare Kommunikation der Vorteile der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den ostdeutschen Bundesländern z.B. mittels gezielter Imagekampagnen können Vorurteile abgebaut und die Attraktivität der ostdeutschen Regionen vermittelt werden.

(17) Angebote spezieller Weiterbildungsvereinbarungen über die Dauer und den Ablauf der Facharztausbildung von Krankenhäusern in Regionen, in de-

nen Ärztemangel besteht, bieten einen klaren Anreiz für junge Mediziner, dort kurativ ärztlich tätig zu werden.

1. Einleitung

Daten zur Altersstruktur der Ärzteschaft und zur Arztzahlenentwicklung deuten darauf hin, dass das Thema „Ärztenschwemme“ der Vergangenheit angehört und künftig eher von einem Nachwuchsmangel auszugehen ist (vgl. Kopetsch 2002, Benemann 2002). Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens klagen bereits heute über Personalmangel. Es wird erwartet, dass das Urteil des EuGH zum Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern diese Entwicklung verschärft. Zu diesem Befund passt, dass nach Jahren der Arbeitslosigkeit unter Medizinern inzwischen eine größtenteils ausgeglichene Situation und punktueller Mangel bestehen (ZAV 2004). Letzteres trifft vor allem auf die neuen Bundesländer zu.

Zwar steigen die absoluten Arztzahlen noch immer, und auch die Ärztedichte stieg in den letzten Jahren weiter an (BMG 2001). Zahlen zum medizinischen Nachwuchs scheinen allerdings zu belegen, dass dieser Trend sich umkehren wird (Kopetsch 2003). So ist die Zahl der Ärzte² im Praktikum sowie die Zahl der berufstätigen Ärzte unter 35 in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen, und das obwohl die Zahl der Erstsemester im Fach Humanmedizin in den letzten Jahren weiterhin leicht ansteigt.

Als Erklärung für diesen Zusammenhang wird einerseits die steigende Zahl von Studienabbrechern bzw. -wechslern genannt, andererseits haben deutsche Ärzte in den letzten Jahren vermehrt berufliche Alternativen entweder im Ausland oder in nicht-kurativen Bereichen erkannt. Angesichts des künftigen Bedarfs an Ärzten und den gesamtwirtschaftlichen Kosten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung werden diese problematischen Entwicklungen in der Fachöffentlichkeit diskutiert.

Insgesamt fällt auf, dass bei weitestgehend identischer Datengrundlage zum Teil unterschiedliche Schlussfolgerungen gezogen werden. So bewegen sich die Schlüsse, die auf Basis des vorhandenen Zahlenmaterials gezogen werden, in der Spanne zwischen Ärztemangel und Versorgungsengpässen als Folge einerseits und einem Abbau von vorhandenen Überkapazitäten andererseits. Einigkeit besteht allerdings in der Einschätzung, dass eine punktuelle regionale und fachspezifische Unterversorgung bereits jetzt zu verzeichnen ist.

² Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die explizite Nennung weiblicher und männlicher Personen- oder Personengruppenbezeichnungen verzichtet. Sofern nicht ausdrücklich gekennzeichnet, sind stets beide Geschlechter gemeint.

Als Gründe für ein möglicherweise nachlassendes Interesse an der kurativen Berufstätigkeit in Deutschland werden im Allgemeinen unbefriedigende Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen in Deutschland genannt. Eine systematische Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Arztzahlen, Ausbildungs- bzw. Berufszufriedenheit und dem Ausstieg aus der kurativen Berufstätigkeit in Deutschland liegt bislang allerdings nicht vor. Daten zu diesem Zusammenhang und zum Ausmaß des Ausstiegs müssen noch generiert werden.

Die vorliegende Untersuchung zielt nun darauf ab, eine objektive Einschätzung in Bezug auf einen drohenden bzw. schon existierenden Ärztemangel in Deutschland zu ermöglichen.

Das Gutachten ist in zwei Teile unterteilt, die zeitlich voneinander getrennt erstellt wurden und aufeinander aufbauen. In Teil A wird geprüft, inwieweit derzeit vorliegende Studien, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen, von ihrer Zielrichtung und ihrer Methodik her eine Basis für verlässliche Aussagen bzw. Prognosen bieten. Darüber hinaus wird eine Bewertung der Datenlage, die den Studien zu Grunde liegt, vorgenommen. Im Ergebnis liegt damit vor:

- eine Auflistung der relevanten Studien zum Thema Ärztemangel
- eine Analyse der einzelnen Studien in Bezug auf ihrer Methodik, ihre Kernaussagen und das Bezugssystem, anhand dessen künftiger Bedarf bzw. Mangel eingeschätzt wird
- eine zusammenfassende Bewertung der Studien insgesamt anhand der vorangegangenen Analyse
- eine Bewertung der Datenlage zu Medizinstudierenden und Arztzahlen
- eine Einschätzung über die Möglichkeit, auf Basis der vorhandenen Daten und Studien eine verlässliche Prognose zu treffen.

In Teil B werden die Gründe für Studienabbrüche, bzw. -wechsel sowie die Gründe für die Abwanderung von Ärzten ins Ausland oder in nicht-kurative Bereiche genauer analysiert. Zu diesem Zweck wurde im Juli und August 2004 eine Befragung durchgeführt, deren Befragungsinhalte auf den Ergebnissen von Teil A aufbauen.

Ziel der Befragung war es, die Motivationen von Personen, die sich in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung befinden, für eine kurative oder nicht-kurative ärztliche Berufstätigkeit und einen Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit zu ermitteln. Auf dieser Grundlage werden abschließend Maßnahmen und Handlungsempfehlungen abgeleitet, die einem Ärztemangel entgegenwirken.

Teil A

2. Vorgehensweise

Grundlage des ersten Teils des Gutachtens ist eine umfassende Literatur- und Internetrecherche. Recherchiert wurde nach Studien und Datenmaterial, die das Thema künftiger Ärztebedarf, Ärztemangel sowie Versorgungslücken in der ärztlichen Versorgung in Deutschland zum Gegenstand haben. Daneben wurden statistische Informationen und Datenmaterial recherchiert, die als Basis für die Einschätzung der aktuellen und künftigen Versorgungssituation herangezogen werden können.

Eine Systematisierung des recherchierten Datenmaterials erfolgt entlang der Merkmale:

- Studienplätze in Humanmedizin
- Studienanfänger in Humanmedizin (1. Fachsemester)
- Abgänger (erfolgreicher Studienabschluss)
- Ärzte im Praktikum
- Approbationserteilung
- Ärzte in der Weiterbildung
- Weiterbildungsabschlüsse
- Entwicklung der Zahl der Ärzte in/außerhalb kurativer Tätigkeit
- Bedarf an Ärzten im kurativen und nicht-kurativen Bereich
- Berufsperspektiven im kurativen und nicht-kurativen Bereich

Nach Sichtung des recherchierten Materials erfolgte eine Analyse der relevanten Studien. Diese Analyse gliedert sich nach folgenden Kriterien:

- Untersuchungsgegenstand
- im Rahmen der Studie angewandte Methodik
- zentrale Ergebnisse der Studie, abgeleitete Thesen und Schlussfolgerungen
- Bewertung der Studie anhand zuvor definierter Anforderungen an ein Prognosemodell

Abschließend werden die einzelnen Bewertungen systematisch zusammengefasst, so dass im Gesamtbild ersichtlich wird, ob aus den vorhandenen Studien einzeln oder in der Synthese eine zuverlässige Vorhersage des ärztlichen Bedarfs bzw. eines Ärztemangels möglich ist.

Um Einschätzungen der in den Studien zu Grunde gelegten Datenlage zu Arztzahlen und Medizinstudierenden vornehmen zu können, wurden telefonische Interviews mit Gesprächspartner in folgenden Organisationen geführt:

- 13 Landesärzte- und Bezirksärztekammern,
- Statistisches Bundesamt und Statistische Landesämtern,
- Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS),
- Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)
- medizinische Fakultäten.

Den Kern der Analyse und der Bewertung bildet die Definition von Anforderungen an eine plausible Prognose sowie eine Bewertung der Datenquellen im Hinblick auf Objektivität, Validität und Repräsentativität. Eine zuverlässige Prognose des künftigen Bedarfs an Ärzten bzw. eine Prognose zum Mangel an Ärzten muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Aussagen über Entwicklungen der Arztzahlen (von der Anzahl der Bewerber um Studienplätze bis hin zur Zahl kurativ tätiger Ärzte in einzelnen Fachgebieten)
- Aussagen über den künftigen Bedarf unter Berücksichtigung gesellschaftlicher und gesundheitssystemrelevanter Entwicklungen (demografische Entwicklung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Teilzeitbeschäftigung, Einführung der DRG, Umsetzung des EuGH-Urteils, Ausgestaltung der Arbeitsteilung zwischen Ärzteschaft und Pflege).

Modell zur Beurteilung der Versorgungssituation mit kurativ tätigen Ärzten in Deutschland

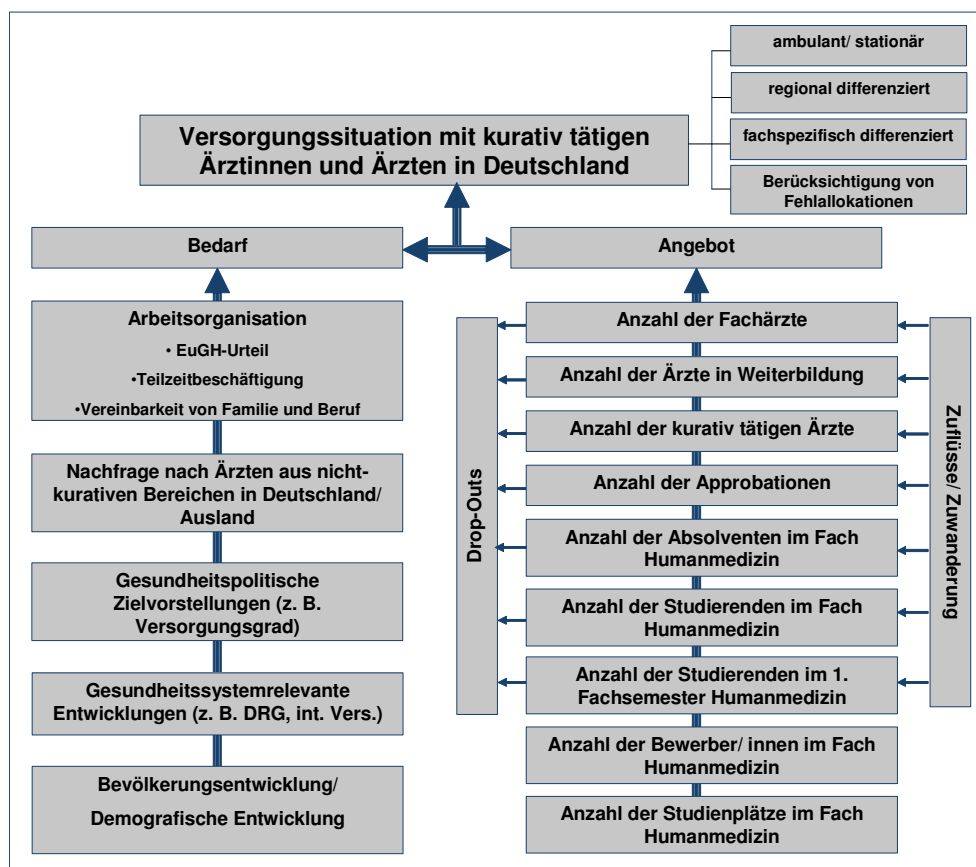


Abbildung 1: Modell zur Beurteilung der Versorgungssituation mit kurativ tätigen Ärzten in Deutschland

2.1 Rechercheergebnisse - vorliegende Studien

Als Ergebnis der Literaturrecherche liegt eine Reihe von Publikationen vor, die sich aktuell mit dem Thema Ärztemangel beschäftigen. Die Liste der verwendeten Literatur findet sich im Literaturverzeichnis dieses Berichts.

Daneben wurde in den letzten Monaten eine Vielzahl von Pressemeldungen veröffentlicht, die auf bereits existierende bzw. erwartete Versorgungslücken in den ostdeutschen Bundesländern aufmerksam machen. Diese Pressemeldungen sind nicht Gegenstand des Berichts. Eine Darstellung der Datenbestände findet sich gesondert in Kapitel 4 dieses Berichts.

Folgende Studien setzen sich mit der gegenwärtigen ärztlichen Versorgungssituation und dem künftigen Bedarf an Ärzten auseinander und sind daher Gegenstand der weiteren Analysen:

- Heublein, U. et al. 2002. Studienabbruchstudie 2002. Die Studienabbrucherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Fachhochschulen. HIS-Kurzinformationen A5/2002, Hannover.
- Heublein, U. et al. 2003. Ursachen des Studienabbruchs. Analyse 2002. Hannover.
- Klose, J. et al. 2003. Ärztemangel - Ärzteschwemme? Auswirkungen der Alterstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn.
- Kopetsch, Th. 2003. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Ergebnisse der 2. aktualisierten und überarbeiteten Auflage der Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung der KBV und Bundesärztekammer. Köln.
- Kopetsch, Th. 2002. Der deutschen Ärzteschaft drohen Überalterung und Nachwuchsmangel. In Sozialer Fortschritt 7-8/2002, S. 177-181.
- Offermanns, M. 2003. Krankenhaus Barometer. Herbstumfrage 2002. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.

3. Individuelle Darstellung und Bewertung der untersuchten Studien

3.1 WIDO - Klose et al. (2003) Ärztemangel - Ärzteschwemme? Auswirkungen der Alterstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung

3.1.1 Untersuchungsgegenstand

Diese Publikation des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) ist als Reaktion auf die These vom Ärztemangel in Ostdeutschland erschienen, die in der ersten Auflage der BÄK/KBV-Studie 2001 vertreten wurde. Sie unterzieht die ambulante vertragsärztliche Versorgungssituation in den fünf neuen Bundesländern sowie Bayern als westdeutschem Vergleichsland einer detaillierten Analyse. Dabei wird auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes und der Kassenärztlichen Vereinigungen zunächst die Versorgungssituation 2002 betrachtet. Anschließend werden die Auswirkungen der Alterstruktur der Ärzteschaft bis 2010 untersucht.

Die Versorgungssituation wird für Haus-, Frauen- und Kinderärzte sowie Internisten, Anästhesisten, Augen-, Haut- und HNO-Ärzten, Chirurgen, Orthopäden und Urologen betrachtet. Die Darstellung erfolgt dabei kleinräumig auf Ebene der Planungskreise der kassenärztlichen Bedarfsplanung.

3.1.2 Vorgehensweise in der Studie

Die Studie untersucht die Versorgungssituation für jedes der betrachteten Bundesländer in folgenden fünf Schritten:

1. Beschreibung der aktuellen Situation: Hier wird für jeden dieser Arzttypen und jeden Planungskreis der aktuelle Versorgungsgrad nach den Bedarfsplanungsrichtlinien der Ärzte und Krankenkassen wiedergegeben.
2. Prognose der Versorgungssituation im Jahr 2010: Es wird der Versorgungsgrad für jeden Planungskreis und Arzttyp dargestellt, der sich ergibt, wenn die Arztsitze der in 2002 mindestens 60jährigen Ärzte frei werden. Faktoren, die den Bedarf beschreiben - Bevölkerungszahl und das notwendige Verhältnis Einwohner/Arzt - werden als konstant angenommen.
3. Beispielhafte Betrachtung von Problemregionen: Hier werden einzelne Kreise und Städte herausgegriffen, die nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten einen vergleichsweise niedrigen Versorgungsgrad aufweisen.

4. Modellrechnungen: Für Hausärzte, Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte wird berechnet, welcher Versorgungsgrad sich bei Wiederbesetzungsquoten von 30%, 50% und 66% für die frei werdenden Arztsitze ergibt.
5. Kleinräumige Bevölkerungsprognose: Hier wird die kleinräumige Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung für die einzelnen Regionen wiedergegeben. Diese wird jedoch nicht in das Modell zur Prognose der Versorgungssituation einbezogen.

3.1.3 *Zentrale Ergebnisse der Studie*

Abgesehen von einzelnen Planungskreisen und Fachgruppen gibt es aktuell in den sechs untersuchten Ländern weder im hausärztlichen noch im fachärztlichen Bereich Unterversorgung, sondern es wird eher von einer bestehenden Überversorgung ausgegangen. Mit den Altersabgängen wird in den nächsten Jahren daher zumeist bestehende Überversorgung abgebaut.

Die Notwendigkeit von Wiederbesetzungen ist jedoch – je nach Bundesland und Planungskreis – höchst unterschiedlich. Frei werdende Hausarztsitze in den neuen Bundesländern müssten zumindest zu einem Drittel wieder besetzt werden, Wiederbesetzungen in Bayern sind nur vereinzelt notwendig. Im hausärztlichen Bereich allerdings kann es zu Unterversorgung in den östlichen Ländern kommen, wenn es nicht gelingt, frei werdende Sitze wieder zu besetzen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass bspw. Städte gegenüber ländlichen Regionen von niederlassungswilligen Ärzten bevorzugt würden und es so in bestimmten Regionen schwieriger werden kann, frei werdende Stellen zu besetzen, als in anderen.

Insbesondere in Regionen, die sich an der Grenze zur Unterversorgung befinden und in denen Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung drohen, müsse die Problemlage unterhalb der Planungskreisebene regional oder lokal mit auf die örtlichen Gegebenheiten abgestimmten Maßnahmen angegangen werden.

Ein Hauptproblem wird zudem darin gesehen, dass in attraktiven, bereits überversorgten Regionen frei werdende Arztsitze wieder besetzt werden dürfen, so dass bestehende Fehlallokationen aufrecht erhalten werden.

Der Anhang der WIDO-Studie enthält einen Katalog mit Lösungsoptionen der AOK.

3.1.4 *Bewertung der Studie*

Bei der Bewertung der WIDO-Studie ist v.a. der Detaillierungsgrad der Betrachtung positiv zu beurteilen: Durch die Betrachtung auf Ebene der Planungskreise werden regionale Unter- bzw. Überversorgungssituationen nicht in einem Landesdurchschnittswert verdeckt. Auch der Arzttyp wird detailliert diskutiert, so z.B. im Hinblick auf die Frage, welche Auswirkungen die Wahrnehmung hausärztlicher Aufgaben durch Internisten hätte.

Neben dem Detaillierungsgrad ist insbesondere hervorzuheben, dass diese Studie sich explizit sowohl der Angebots- als auch der Bedarfslage (Prognose der Bevölkerungszahlen) widmet, wenn diese auch nicht detailliert aufeinander bezogen werden.

Sie liefert damit wichtige Hinweise auf die Versorgungssituation in den einzelnen Planungskreisen der neuen Bundesländer sowie Bayerns, erlaubt jedoch keine abschließenden Schlussfolgerungen. Dies ist auf eine Reihe problematischer Annahmen und „blinder Flecken“ zurückzuführen, die im Weiteren dargestellt sind.

1. Es wird davon ausgegangen, dass Ärzte, die heute „60 oder älter“ sind, 2010 nicht mehr praktizieren. Um wie viel älter sie als 60 sind, dass heißt, zu welchem Zeitpunkt sie ausscheiden werden, wird jedoch nicht betrachtet. Zudem erscheint ein durchschnittliches Alter von 68 Jahren für die Praxisaufgabe im Vergleich zum Renteneintrittsalter der Gesamtbevölkerung von unter 65 Jahren recht hoch. Aus der zur Begründung herangezogenen Regelung, nach der die Kassenzulassung mit dem 68. Lebensjahr erlischt, lässt sich weiterhin im Gegenteil ableiten, dass das *Durchschnittsalter* der Berufsaufgabe niedriger liegen muss. Die zweite Auflage der BÄK/KBV-Studie nennt als medianes Abgangsalter 63 Jahre (S. 96), es liegt empirisch also deutlich unter den angenommenen 68. Daraus ergibt sich – im Rahmen des Modells der WIDO-Studie, – dass die für 2010 prognostizierten Versorgungssituationen tendenziell schon im Jahre 2005 oder früher eintreten können.
2. Neben der altersbedingten Praxisaufgabe werden keine weiteren „Abflüsse“ aus der vertragsärztlichen Versorgung betrachtet
3. Bei der Berechnung der Wiederbesetzungsszenarien wird angenommen, dass 33%, 50% und 66% der frei werdenden Arztsitze wieder besetzt werden können. Ob und unter welchen Bedingungen diese Zahlen möglich oder realistisch sind, wird nicht betrachtet.
4. Bezüglich des Bedarfs erfolgt zwar eine kleinräumige Prognose der Bevölkerungsentwicklung, diese wird jedoch nicht in das Modell mit

einbezogen. Die Bevölkerungszahlen werden stattdessen als konstant angenommen bzw. pauschal die These des Bevölkerungsrückganges aufgestellt, obwohl einige Gebiete (v.a. in Bayern aber auch im Osten Deutschlands) seit Anfang der 90er ein Bevölkerungswachstum zu verzeichnen haben und weiteres Wachstum prognostiziert wird.

5. Die Verhältniszahlen zur Versorgungsplanung werden im Rahmen der Modellrechnung als konstant angenommen. Die Veränderung der Altersstruktur und der damit steigende Versorgungsbedarf werden dadurch nicht erfasst.

Die Bewertung der jetzigen und der prognostizierten Situation erfolgt anhand der Bedarfsplanungsrichtlinien. Die dortigen Definitionen von „Übersorgung“ (ab einem Versorgungsgrad von 110%) sowie Unterversorgung (50% bei Fachärzten bzw. 75% bei Hausärzten) werden nicht hinterfragt. Die Arztdichte (nicht jedoch die *Vertragsarztdichte*) wird zwar im internationalen Vergleich dargestellt und liegt dabei relativ hoch, noch vor beispielsweise der Schweiz und Dänemark. Wie aussagekräftig dieser Vergleich jedoch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme ist (niedergelassene Ärzte vs. Krankenhäuser, Vertragsärzte vs. Ärzte insgesamt), bleibt unklar. Zusätzlich ist bei der Betrachtung der durchschnittlichen Arztdichte grundsätzlich zu berücksichtigen, dass von einer höheren Arztdichte in Ballungszentren im Vergleich zu ländlichen Regionen auszugehen ist.

Die Definitionen von Unter- bzw. Mindestversorgung sind nicht unumstritten im Hinblick darauf, welche Auswirkungen sie in der Praxis auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität haben (vgl. dazu Kopetsch 2003: 100).³ Auch ist nicht klar, ob dem Kriterium der räumlichen Nähe ärztlicher Versorgung angemessen Rechnung getragen wird. Daher scheint hier eine genauere Betrachtung angemessen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass sich die Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK durch eine transparente Darstellung der verwendeten Datenquellen, der zu Grunde gelegten Annahmen und der verwendeten Methodik auszeichnet. Dadurch wird deutlich, dass die getroffenen Annahmen z.T. nicht haltbar sind sowie die gewählte Vorgehensweise z.T. schwach, z.T. gar nicht begründet und dem Gegenstand nicht immer adäquat ist. Beispiele sind das auf 68 festgelegte Alter der Praxisaufgabe, die Berechnung willkürlich festgelegter Wiederbesetzungsgrade, die fehlende Betrachtung weiterer Abgänge aus der kurativen Tätigkeit sowie die fehlende Einbeziehung sogar der in der Studie dargestellten bedarfsrelevanten Prognosedaten.

Die Frage der Repräsentativität stellt sich in Bezug auf die Ausgangsdaten nicht, da keine Stichprobenstudie durchgeführt wurde und es sich bei den Datenquellen um Vollerhebungen handelt. Die getroffenen Aussagen beziehen sich nur auf die sechs untersuchten Bundesländer und sind nicht auf das gesamte Bundesgebiet verallgemeinerbar. Eine Verallgemeinerbarkeit wird zwar nicht behauptet, die Auswahl der Bundesländer ist jedoch durch die Überprüfung vorliegender Prognosen für die Länder mit der höchsten Wahrscheinlichkeit defizitärer Versorgung begründet. Dass auch in diesen Ländern keine breite Unterversorgung festgestellt wurde, lässt jedoch *nicht* den Schluss zu, es gäbe in den anderen Bundesländern keinerlei Mangel: da die Aussagen der Studie aufgrund problematischer Annahmen und Methoden zustande gekommen sind, kann schon die Beurteilung der Situation in den betrachteten Ländern nicht unhinterfragt akzeptiert werden.

Die Frage der Validität der Studie muss aus unserer Sicht klar negativ beantwortet werden. Selbst für den *betrachteten Teilbereich*, die Versorgungsgrade der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, werden wichtige Einflussfaktoren nicht oder in nicht adäquater Weise betrachtet und die gewählte Prognosemethodik kann nicht überzeugen.

Als Prognose der *gesamten* Versorgungssituation kann die Studie schon deshalb nicht dienen, weil sie den stationären Bereich ebenso ausspart wie den größten Teil der Bundesrepublik. Zudem wird die Frage, inwiefern die heutigen Bedarfsplanungsrichtlinien im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Bevölkerungsentwicklung adäquat sind, nicht diskutiert.

3.2 BÄK/KBV - Kopetsch (2003) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Ärztestruktur und Arztzahlenentwicklung

3.2.1 Untersuchungsgegenstand

Die hier besprochene Untersuchung ist die zweite, aktualisierte Auflage einer Studie, die die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK/KBV) im Jahr 2000 durchgeführt und 2001 veröffentlicht haben. Gegenstand der Studie ist die Entwicklung von Anzahl und Altersstruktur der Ärzte in Deutschland. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, ob in Deutschland in den kommenden Jahren (bis 2010) ein Ärztemangel droht.

Im Einzelnen werden betrachtet:

³ Ein Versorgungsgrad von 76% geht laut dortiger Berechnung mit Arbeitszeiten von 87 Stun-

1. die Entwicklung der Altersstruktur der Ärzte;
2. die Entwicklung des medizinischen Nachwuchses;
3. die zukünftig zu erwartende Entwicklung im ambulanten sowie
4. im stationären Sektor und in anderen Bereichen;
5. die Entwicklung spezieller Arztgruppen (Hausärzte, Kinderärzte);
6. die spezifische Situation von Ärztinnen in Deutschland;
7. Arbeitslosigkeit bei Ärzten sowie
8. die Zuwanderung von ausländischen Ärzten.

Die erste Auflage der Studie enthielt darüber hinaus eine Prognose zur Entwicklung der Arztzahlen bis 2010. Diese wurde im Rahmen der zweiten Auflage nicht aktualisiert, wird jedoch erneut kurz dargestellt und vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung der Arztzahlen diskutiert.

3.2.2 *Vorgehensweise in der Studie*

Die Studie basiert auf der Auswertung von Sekundärdaten. Eigene Erhebungen wurden nicht vorgenommen. Die verwendeten Daten stammen vorrangig vom Statistischen Bundesamt, der Bundesärztekammer sowie vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. Punktuell werden Daten aus weiteren Quellen (Herbstumfrage des Deutschen Krankenhaus Instituts, Bundesgesundheits-Survey, Robert-Koch-Institut) herangezogen.

3.2.3 *Zentrale Ergebnisse der Studie*

Zentraler Befund der Studie ist die These, dass in Deutschland ein Ärztemangel droht.

Als Ursache identifiziert die Studie die Überalterung der Ärzteschaft, deren Durchschnittsalter stetig zunimmt. Gleichzeitig sinkt der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte kontinuierlich, so dass sich ein Nachwuchsproblem für die medizinische Profession abzeichnet.

Um diesem Phänomen auf den Grund zu gehen, betrachtet die Studie zunächst die Entwicklung des medizinischen Nachwuchses. Dabei zeigt sich, dass die Zahl der Studienplätze seit 1992 relativ konstant geblieben ist. Allerdings ist infolge der Novellierung der Approbationsordnung die am 1.10.2003 in Kraft getreten ist mit einem Abbau der Studienplätze um bis zu zehn Prozent zu rechnen.⁴

den/Woche einher, was als „Zusammenbruch des Versorgungsgeschehens“ gewertet wird.

⁴ Diese Entwicklung kann anhand der vorläufigen statistischen Daten des ZVS zum WS 2003/2004 (noch) nicht belegt werden. Diese zeigen keinen Rückgang der Zulassungszahlen, sondern einen leichten Zuwachs im Vergleich zum WS 2002/2003. Allerdings zeigen die aktuellen Zahlen zum SS

Zudem wird konstatiert, dass die Zahl der Medizinstudierenden in Deutschland zwischen 1993 und 2002 um 12.300 bzw. 13,6% gefallen ist. Diese Entwicklung ist aus Sicht des Verfassers bei gleich bleibender Zahl der Studienanfänger nur durch einen Anstieg der Zahl der Studienplatzabbrecher bzw. -wechsler zu erklären. Diese These wird durch eine Analyse des Studienabbruchverhaltens zu untermauern versucht. Die Studie kommt dabei zu dem Ergebnis, dass die Erstsemesterjahrgänge der Jahre 1989-1995 durchschnittlich 2.000 Studienabbrecher zu verzeichnen hatten, wobei zuletzt ein deutlicher Anstieg zu beobachten war (2.600 Abbrecher im Jahrgang 1995).

Über die dieser Entwicklung zugrunde liegenden Ursachen liefert die Studie lediglich Vermutungen, ohne dabei auf weiter führende Studien zu verweisen: „Vielleicht sind es die zeitweilig schlechter gewordenen Niederlassungsmöglichkeiten, möglicherweise die unattraktiven Arbeitsbedingungen im Krankenhaus oder eventuell die als theorielastig und praxisfern empfundene Ausbildung, deren Mühen zudem später nicht mehr angemessen honoriert werden“ (Kopetsch 2003: 31).

Neben der steigenden Zahl von Studienabbrechern bewertet die Studie auch die Entwicklung der Zahl der Ärzte im Praktikum als problematisch. Dort ist zwischen 1994 und 2002 ein Rückgang um knapp 22% festzustellen. Zudem war bei den Neuzugängen der im Praktikum zwischen 1998 und 2002 ein Rückgang um ca. 15% zu beobachten, so dass die Zahl der Studenten, die das Praktikum (direkt) im Anschluss an das Studium beginnen, deutlich unter der Zahl der Absolventen lag.

Insgesamt sieht die Studie das Problem daher nicht vorrangig in einem Mangel an Medizinstudienplätzen bzw. -studierenden, sondern v.a. darin, dass die Absolventen letztlich nicht mehr im kurativen Bereich tätig werden wollen. Eine mögliche Ursache hierfür sieht die Studie darin, dass sich in den letzten Jahren ein neues Teilsegment auf dem Arbeitsmarkt herausgebildet hat, in dem diesen Absolventen attraktive Berufsalternativen zur Tätigkeit am Patienten angeboten werden.

Besondere Aufmerksamkeit widmet die Studie der Berufskarriere von Frauen in der Humanmedizin. Dabei konstatiert sie, dass zwar bald zwei Drittel der Studienanfänger in diesem Fach Frauen sein werden. Im Verlauf von Studium und Ausbildung nehme dieser Anteil jedoch deutlich ab, der „Feminisierungstrend“ werde schließlich während der ärztlichen Weiterbildung ge-

2004 im Vergleich zum SS 2003 einen drastischen Rückgang von 2.230 Studienplätzen auf 1.531 Studienplätzen (vorläufige Daten).

stoppt. Als Ursache führt die Studie v.a. die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf an.

Um eine Einschätzung der zu erwartenden Entwicklung der Ärztezahlen zu erlangen, wurde im Rahmen der ersten Auflage der Studie eine Prognose für die ambulante Versorgung erstellt, der folgende Annahmen zugrunde lagen:

1. Der Status quo wird fortgeschrieben, d.h. nicht alle Planungsbereiche sind geschlossen.
2. Anzahl und Verteilung der Facharztanerkennungen bleiben auf dem Niveau und entsprechen der Struktur des Jahres 2000.
3. Die relevante Verteilung der Ärzte auf den ambulanten und stationären Sektor bleibt konstant, d.h. insbesondere, dass im stationären Sektor weder mehr noch weniger Ärzte benötigt werden.
4. Bei den über 68-jährigen Ärzten wurde unterstellt, dass sie in den nächsten Jahren gemäß der Ausscheiderate des Jahres 2000 in den Ruhestand gehen.
5. Es wurde unterstellt, dass diejenigen Ärzte, die in den nächsten Jahren das 68. Lebensjahr vollenden, zugleich auch mindestens 20 Jahre lang niedergelassen waren.
6. In den nächsten Jahren geben genauso viele Vertragsärzte vor Erreichen des 68. Lebensjahres ihre Vertragsarztzulassung zurück wie im Jahr 2000.

Die Prognose sagte einen Ärztemangel in einzelnen Facharztgruppen ab dem Jahr 2005 vorher, der sich in den Folgejahren auf weitere Gruppen ausweitete. In diesem Zusammenhang stellt die zweite Auflage der Studie fest, dass die prognostizierte Entwicklung von der Realität eingeholt wurde. So ergeben sich sinkende Arztzahlen für einige Facharztgruppen (Hautärzte, Frauenärzte, Augenärzte, Kinderärzte, Ärztliche Psychotherapeuten) bereits im Jahr 2002. In der Studie bleibt allerdings offen, worauf die sinkenden Zahlen in diesen Arztgruppen zurückzuführen ist. Auf dem Gebiet der Psychotherapie könnte beispielsweise die neu hinzu gekommene Konkurrenz durch Psychologische Psychotherapeuten ein Grund für Ärzte darstellen, sich nicht im gleichen Ausmaß wie zuvor auf diesem Gebiet zu engagieren.

Die Studie kommt in Zusammenhang mit dem Rückgang bestimmter Facharztzahlen zu dem Schluss, dass dies nicht immer zu einem Ärztemangel führen muss, sondern in einigen Gebieten vor allem in Ballungsräumen zum Abbau bestehender Überversorgung führen wird. In ländlichen strukturschwachen Gebieten ist demgegenüber ein Ärztemangel aufgrund von Wiederbesetzungsproblemen zu erwarten.

In diesem Zusammenhang erwartet die Studie Probleme vorrangig in den neuen Bundesländern. Dies gilt insbesondere für die Hausärzte, von denen in den nächsten Jahren zwischen 40% und 60% in den Ruhestand gehen werden. Probleme ergeben sich dabei v.a. deshalb, weil die Versorgungsfunktion der Hausärzte, anders als in den alten Bundesländern, nicht durch andere Arztgruppen übernommen werden kann.

Neben den Hausärzten geht die Studie auch gesondert auf die Kinderärzte ein, kommt dort aber zu dem Schluss, dass aufgrund sinkender Kinderzahlen sogar eine Verbesserung der Arzt-Kinder-Relation zu erwarten ist.

Dem sinkenden Nachwuchs im ambulanten Sektor insgesamt stellt die Studie einen steigenden Bedarf an Vertragsärzten gegenüber. Verantwortlich dafür werden v.a. zwei Faktoren gemacht: der demografische Wandel sowie der medizinische Fortschritt. Im Hinblick auf den demografischen Wandel werden einerseits durch die rückläufige Bevölkerungszahl in Zukunft tendenziell weniger Ärzte benötigt. Dieser Effekt wird aber durch die Alterung der Gesellschaft, die mit einer höheren Multimorbidität einhergeht, überkompensiert. Bedarfserhöhend wirkt der Studie zufolge auch der medizinische Fortschritt, weil die resultierenden lebensverlängernden Maßnahmen zusätzlich zur Alterung der Gesellschaft beitragen.

Eine realistische Möglichkeit, den drohenden Ärztemangel signifikant abzumildern, sieht die Studie in der Zuwanderung ausländischer Ärzte. So wies die Zahl der ausländischen Ärzte, insbesondere im Krankenhaussektor, zuletzt überdurchschnittliche Wachstumsraten auf. Dabei stellt v.a. Osteuropa nach Einschätzung der Studie ein Reservoir dar, aus dem mögliche Lücken in der ärztlichen Versorgung geschlossen werden könnten.

Dennoch kommt die Studie zu dem Schluss, dass es erforderlich ist, wieder mehr in Deutschland ausgebildete Ärzte zur kurativen Tätigkeit zu bewegen. Eine besondere Bedeutung kommt dabei den Ärztinnen zu.

3.2.4 *Bewertung der Studie*

Die Studie fußt auf einer breiten Datenbasis. Dies gilt allerdings in unterschiedlichem Maße für die einzelnen Abschnitte der Studie. So sind insbesondere die Untersuchungen zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung, zur Entwicklung des medizinischen Nachwuchses sowie zur Entwicklung im ambulanten Sektor gut fundiert. Die Analyse des stationären Sektors sowie die anderen Abschnitte sind weniger umfassend angelegt und können nicht immer eine Datenbasis in der wünschenswerten Tiefe und Breite vorweisen. Die Studie ist in diesem Zusammenhang jedoch um Transparenz und Objek-

tivität bemüht. So wird hinreichend über die Qualität der zugrunde gelegten Daten Rechenschaft abgelegt. Zudem setzt sich die Studie auch mit Kritik, die an der ersten Auflage geübt wurde, sowie mit konkurrierenden Studien (WiDO, HIS) auseinander.

Problematisch ist allerdings die Tatsache, dass in der Studie als Beginn des Vergleichszeitraums für den Bereich des Medizinstudiums erst das Jahr 1993 gewählt wird. Dies ist deswegen kritisch zu beurteilen, weil Anfang der neunziger Jahre gleich zwei relevante Umbrüche stattgefunden haben: zum einen die Reduzierung der Studienplatzkapazitäten im Jahr 1990 und zum anderen die Wiedervereinigung Deutschlands im Jahre 1990. Es ist zu vermuten, dass der Rückgriff auf das Jahr 1993 damit zusammenhängt, dass das Statistische Bundesamt über keinerlei Daten von Studierendenzahlen aus der DDR verfügt. Erst seit dem Wintersemester 1992/1993 sind Statistiken über die Entwicklung der Anzahl der Studierenden in Gesamtdeutschland erhältlich. Auch die Landesärztekammern in den neuen Bundesländern können Arzzahlen erst seit 1993 darstellen.

Der Fokus der Studie liegt deutlich auf der Versorgungsseite, während die Analyse des Bedarfs relativ kurz kommt. Betrachtet werden lediglich die bestehenden Versorgungsgrade (als Maßstab für den zukünftigen Bedarf). Wesentliche beeinflussende Faktoren wie der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt werden zwar thematisiert, die Untersuchung stützt sich in diesem Zusammenhang auf die 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Zu den Effekten der Alterung der Gesellschaft (z. B.: zunehmende Multimorbidität) wird auf weiterführende Studien verwiesen, etwa auf Prognosen des Robert-Koch-Instituts im Hinblick auf den demografischen Wandel (vgl. Bellach 1998 und 2001). Vor allem bei der Diskussion um die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts bleibt die Argumentation qualitativer Art: Es werden Annahmen und Vermutungen dargestellt und reflektiert, aber eine Quantifizierung der zu erwartenden Effekte wird nicht vorgenommen.

Die Konzentration auf die Versorgungsseite prägt auch die Prognose über die zukünftige Entwicklung. Diese ist zudem auf den ambulanten Bereich begrenzt. Auch an dieser Stelle ist die Vorgehensweise durch ein hohes Maß an Transparenz geprägt. Wie die Studie zugesteht, wurden die Ergebnisse der Modellrechnung unter *ceteris paribus*-Bedingungen hergeleitet, d.h. alle anderen Einflussfaktoren wurden konstant gehalten. Insbesondere wurde die Struktur im stationären Sektor für die nächste Zeit als unveränderlich festgeschrieben. Dies war aus Sicht des Verfassers nötig, weil stationärer und ambulanter Sektor nicht unabhängig voneinander agieren, sondern in enger Wechselbeziehung stehen. Mögliche Änderungen in diesem Bereich und dar-

aus resultierende Auswirkungen auf den ambulanten Sektor sind durch die Prognose daher nicht abgedeckt. Dies gilt auch für die Konsequenzen des EuGH-Urteils zur ärztlichen Arbeitszeit (Bereitschaftsdienst) sowie für die Folgen der Einführung eines DRG-Vergütungssystems. In beiden Fällen konnten die Auswirkungen im Rahmen der Studie nicht ausreichend quantifiziert werden, so dass sie nicht in die Modellrechnung eingeflossen sind. Insgesamt scheint die Prognose damit auf einer validen Basis zu stehen, die Ergebnisse sind aber mit Einschränkungen zu betrachten.

Ausgangspunkt und Maßstab, um die Gefahr eines Ärztemangels einzuschätzen, bilden die bisherigen Ärztezahlen sowie die bestehenden Versorgungsgrade. In beiden Fällen wird zur Beurteilung der zukünftig zu erwartenden Entwicklung der Status quo als bedarfsdeckend angenommen und den Prognosedaten gegenübergestellt. Dieses Vorgehen erscheint als Methode zur Annäherung plausibel. Dennoch wäre eine eingehende Analyse und Quantifizierung der Bedingungsfaktoren auf der Bedarfsseite wünschenswert.

Eine Inkonsistenz findet sich in diesem Zusammenhang bei der Analyse der Kinderärzte, bei denen die Studie keinen absehbaren Ärztemangel feststellen kann. Hier wird argumentiert, dass es sich beim „Bedarf“ letztlich um eine politische Vorgabe handele, so dass dieser nicht objektiv einschätzbar sei.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Studie alle wesentlichen für die Bewertung der Ärzteversorgung in Deutschland relevanten Faktoren behandelt. Sie kann dabei eine große Breite der Betrachtung vorweisen. Dies gilt sowohl für die untersuchten Facharztgruppen als auch für die geographische Reichweite. So wird das gesamte Bundesgebiet in die Untersuchung eingeschlossen und differenzierte Bewertungen für alte und neue Bundesländer vorgenommen. Analysebedarf belässt die Studie dabei allerdings im stationären Sektor. Die Abschnitte zur Situation von Ärztinnen, zur Ärztearbeitslosigkeit sowie zur Zuwanderung ausländischer Ärzte haben zudem einen eher cursori-schen Charakter.

Wünschenswert wäre eine weitergehende Betrachtung in der Tiefe. So weist die Studie Detailbetrachtungen lediglich für zwei Arztgruppen auf. In regionaler Hinsicht wird zwar auf Unterschiede zwischen ländlichen strukturschwachen Gebieten und Ballungsräumen hingewiesen, die Argumentation bleibt jedoch weitgehend qualitativer Art. Tiefer führender Untersuchungsbedarf verbleibt zudem in Bezug auf die Arbeitslosigkeit von Ärzten, da regionale Unterschiede in diesem Zusammenhang ausgeblendet bleiben. Diese könnten aber gerade zusätzlichen Aufschluss über Über- und Unterversorgung geben. Um die Frage nach einem zu erwartenden Ärztemangel umfassend zu beantworten, müsste auch der Komplex der Zuwanderung ausländi-

scher Ärzte eingehend untersucht werden. Die Studie liefert hierzu lediglich erste Anhaltspunkte.

Schließlich verzichtet die Studie weitgehend auf eine gründliche Ursachenanalyse. Eine solche wäre aber erforderlich, um effektive politische Handlungsansätze zu identifizieren.

3.3 DKI – Offermanns (2003) Krankenhaus Barometer. Herbstumfrage 2002

3.3.1 Untersuchungsgegenstand

Ziel der Studie war es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden Informationen zum aktuellen Krankenhausgeschehen zur Verfügung zu stellen. Es wird der Stand der Vorbereitung auf das Fallpauschalensystem dargestellt, eine Betrachtung der Entwicklung der Personalsituation einschließlich des Arztpersonals der Krankenhäuser vorgenommen sowie die derzeitige und künftige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser dargestellt.

Dazu werden die Belegungsdaten der Krankenhäuser des ersten Halbjahres 2002 vorgelegt.

3.3.2 Vorgehensweise in der Studie

In der Zeit von Oktober bis Dezember 2002 wurde basierend auf einer repräsentativen Stichprobe eine schriftliche Befragung von insgesamt 389 allgemeinen Krankenhäusern⁵ durchgeführt. Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag bei 40% und in den neuen Bundesländern bei 38%.

Bei der Stichprobenbildung ist berücksichtigt worden, dass sowohl für unterschiedliche Bettengrößenklassen als auch für die alten und neuen Bundesländer jeweils repräsentative Aussagen getroffen werden sollten. Hinsichtlich der Bettengrößenklassen wurden vier Abstufungen vorgesehen (Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten, 100 bis 300 Betten, 300 bis 600 Betten, mehr als 600 Betten). Dementsprechend ergaben sich für die Stichprobenbildung acht verschiedene Krankenhausgruppen.

⁵ Die Grundgesamtheit der Erhebung der Befragung bilden alle allgemeinen Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern mit Ausnahme der Krankenhäuser, die nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören, d.h. mit Ausnahme der allgemeinen Krankenhäuser, die weder Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken sind noch über einen Versorgungsvertrag verfügen. Nicht enthalten sind ferner die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen/neurologischen Betten, reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser, die sämtlich nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern zählen.

Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an: Während die Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten eine überproportionale Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten unterproportional beteiligt. Dementsprechend wurde bei den Krankenhäusern ab 600 Betten aufgrund der geringen Besetzung eine Vollerhebung durchgeführt und alle Krankenhäuser in den neuen Bundesländern in die Stichprobe einbezogen.

Um der unterschiedlichen Beteiligung gerecht zu werden und trotzdem ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit wiedergeben zu können, wurde eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt. Diese Gewichtung erfolgte nach den Merkmalen Bundesland und Bettengrößenklasse.

3.3.3 *Zentrale Ergebnisse der Studie*

Die Personalsituation der befragten Krankenhäuser hat sich im Laufe des Jahres verändert. So wurden 2002 im Vergleich zu 2001 in 36% der Krankenhäuser weniger Vollkräfte beschäftigt, in 27% der Krankenhäuser gab es mehr Personal, 36% der Krankenhäuser meldeten keine Veränderungen. Der Unterschied ist besonders zwischen den alten und den neuen Bundesländern auffallend.

Im Vergleich zu 2001 wurden im Jahr 2002 in 16% der Krankenhäuser weniger Ärzte beschäftigt: in fast jedem dritten ostdeutschen Krankenhaus im Jahr 2002 gab es weniger Ärzte als im Vorjahr, in Westdeutschland waren nur in 13% der Krankenhäuser weniger Ärzte tätig. Auf der anderen Seite waren in Westdeutschland in 41% der Krankenhäuser, in Ostdeutschland nur in 28% der Krankenhäuser mehr Ärzte beschäftigt als 2001.

Im Rahmen der Befragung zeigte sich, dass die Hälfte der Krankenhäuser zunehmend Probleme hat, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Dabei gibt es einen gewaltigen Unterschied zwischen den alten Bundesländern (43%) und neuen (80%).

Nur die Mehrzahl der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten scheint kaum Probleme zu haben, Ärzte zu rekrutieren. Dagegen bereitet zwischen 57% und 61% der Krankenhäuser in den anderen 3 Größenklassen die Besetzung offener Arztstellen Probleme. Hochrechnungen auf Basis der Stichprobe zufolge sind damit im Jahr 2002 in ganz Deutschland 3.160 Stellen (v.a. in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde, Anästhesie) unbesetzt.

Für die Gruppe der Ärzte im Praktikum ergibt sich eine ähnliche Situation. Insgesamt 42% der Krankenhäuser können offene Stellen für diese Gruppe nicht besetzen, wobei auch hier wieder ein West-Ost-Gefälle deutlich zu Tage tritt: während in 40% der westdeutschen Krankenhäuser Ärzte im Praktikum gesucht werden, sind in ostdeutschen Krankenhäusern 54% offene ÄiP-Stellen zu besetzen. Hochgerechnet auf alle Allgemeinkrankenhäuser in der Bundesrepublik konnten dementsprechend 1.645 Stellen nicht besetzt werden.

Als weiteres Ergebnis stellt die Studie Maßnahmen zur Besetzung dieser offenen Stellen dar. Verbreitete Maßnahmen sind:

- Stellenanzeigen in Fachzeitschriften (81% der Krankenhäuser),
- Stellenanzeigen auf der Homepage des Krankenhauses (61%),
- persönliche Kontakte (59%) oder
- Stellenanzeigen in Internetbörsen (44%).

Im Vergleich zu früher hat dabei das Internet zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Dabei gibt es weitergehende unterschiedliche Strategien der Häuser in den alten und den neuen Bundesländern. Nutzen etwa nur 14% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern die Dienste des Arbeitsamtes, so vertrauen darauf 27% der ostdeutschen Häuser. Noch größer ist der Unterschied bei der Anwerbung von ausländischen Ärzten: 17% der westdeutschen Krankenhäuser versuchen, ausländische Ärzte anzuwerben, demgegenüber versuchen dies 39% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern.

Unterschiedliche Strategien der Gewinnung von Ärzten gibt es auch bei den Krankenhäusern der unterschiedlichen Größenklassen. So sind vor allem die großen Krankenhäuser weitaus aktiver als die kleinen Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser bieten unterschiedliche Anreize zur Gewinnung von Mitarbeitern:

- Von den meisten Krankenhäusern wurde die Teilzeitbeschäftigung als zusätzlicher Anreiz am Häufigsten genannt. In mehr als der Hälfte der Häuser wird sie für den Ärztlichen Dienst angeboten.
- Eine weitere Maßnahme sind besondere Fort- und Weiterbildungskonzepte, die 40% der Krankenhäuser ärztlichen Bewerbern als Anreiz anbieten.

- Soziale Leistungen, wie beispielsweise Wohnraum oder Kindergarten, werden von einem Drittel der Krankenhäuser eingesetzt, um Bewerber für den Ärztlichen Dienst an sich zu binden.
- Mehr als ein Viertel der Häuser kann Ärzten innovative Arbeitszeitmodelle anbieten.

Dabei finden diese Instrumente öfter Einsatz in großen Krankenhäusern. Grundsätzlich geben aber 10% der Krankenhäuser an, dass keine Anreize geboten werden, um Mitarbeiter für den Ärztlichen Dienst zu gewinnen.

Insgesamt zeigt die Studie deutliche Unterschiede in der Situation des Ärztlichen Personals zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Im Zusammenhang mit der Veränderung der Personalsituation kommt die Studie zu dem Schluss, dass aus den Krankenhäusern in den neuen Bundesländern Ärzte abwandern und die dadurch entstehenden Lücken nicht mehr geschlossen werden können.

Obwohl kleine Krankenhäuser weniger bis gar keine Anreize für ihre Mitarbeiter bieten, haben sie deutlich weniger Probleme, ihre Stellen zu besetzen. Im Rahmen der Studie werden allerdings keinerlei Gründe dafür gegeben, warum die Krankenhäuser und vor allem die ostdeutschen diese Probleme haben. Weiter werden die Effekte der einzelnen Rekrutierungsmaßnahmen und Anreizsysteme nicht evaluiert.

3.3.4 *Bewertung der Studie*

Die Studie bezieht sich ausschließlich auf die Bedarfssituation des Ärztlichen Personals in Krankenhäusern. So wird anhand der befragten Krankenhäuser eine Versorgungslücke an Ärzten berechnet. Dabei werden aber keine Zahlen und Fakten genannt, die diesen Bedarf belegen. Darüber hinaus wird lediglich eine Momentaufnahme dargestellt. Daraus lässt sich zunächst kein Trend ableiten.

Positiv erscheint die Repräsentativität der Studie. So wurde eine Vollerhebung der ostdeutschen Krankenhäuser und der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten durchgeführt. Für die restlichen Häuser wurde eine entsprechende Gewichtung vorgenommen.

Negativ ist allerdings die Tatsache, dass nicht benannt wird, wer konkret im Krankenhaus befragt wurde und wie die Befragten den Bedarf ermittelt haben. Es wurden keine statistischen Daten zugrunde gelegt, wodurch davon auszugehen ist, dass sämtliche Angaben auf subjektive Einschätzungen seitens der Befragten beruhen.

Aus diesem Grund müssen die Aussagen nur als Hinweise verstanden werden und können nicht als valide Grundlage für zukünftige Berechnungen dienen. Nichtsdestotrotz lässt es sich aber erkennen, dass vor allem in den ost-deutschen Bundesländern ein Bedarf an ärztlichem Personal vorliegt, der nicht geschlossen werden kann.

Dabei gibt es vor allem in den Fachgruppen Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Anästhesie eine größere Versorgungslücke.

Die Studie stellt dabei eine reine Status Quo-Abfrage dar und es werden keine Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

3.4 HIS - Heublein et al. (2002) Studienabbruchstudie 2002

3.4.1 Untersuchungsgegenstand

Der Gegenstand der Studie ist die Ermittlung des Umfangs des Studienabbruchs in Deutschland für folgende Fächergruppen:

- Sprach-, Kulturwissenschaften, Sport
- Jura, Wirtschafts-, Sozialwissenschaften
- Mathematik, Naturwissenschaften
- Medizin (untergliedert in „Human-, Zahn- und Veterinärmedizin“)
- Agrar-, Forst-, Ernährungswissenschaften
- Ingenieurwissenschaften
- Kunst
- Lehramt

Dabei wurde eine Analyse der Ursachen des Studienabbruchs, d.h. die konkreten Motive der Studienabbrecher, der Einfluss äußerer und innerer Bedingungsfaktoren auf die Entscheidung sowie die Tätigkeit der Studienabbrecher nach der Exmatrikulation untersucht.

3.4.2 Vorgehensweise in der Studie

Es wurde eine repräsentative schriftliche Befragung von 3.000 Studienabbrechern aus 63 Universitäten und Fachhochschulen des Exmatrikuliertenjahrgangs 2000/2001 durchgeführt. Aus Vergleichsgründen wurde zudem eine Stichprobe von 2.800 Absolventen und 1.000 Hochschulwechslern genommen. Um Studienabbrecher aus allen Phasen des Studiums in die Analyse einzubeziehen, wurde die Befragung in zwei Etappen durchgeführt. Zuerst erhielten die Studienabbrecher des Sommersemesters 2000 einen standardi-

sierten Fragebogen und dann mit entsprechendem Abstand die des Wintersemesters 2000/2001. Als Probanden wurden alle diejenigen Exmatrikulierten ausgewählt, die in der Statistik unter den Kategorien „Studienabbruch“, und „Prüfung endgültig nicht bestanden“ ausgewiesen waren. Zudem wurde nach einem bestimmten Stichprobenschlüssel ein Teil der Exmatrikulierten aus den Kategorien „Exmatrikulation von Amts wegen bzw. wegen fehlender Rückmeldung“ sowie „sonstige Exmatrikulationsgründe“ gewählt.

Im Rahmen der Studie erfolgt eine Berechnung der Studienabbruchsquoten nach einem „verfeinerten Kohortenvergleichsverfahren“. Dabei wird die Zahl der Absolventen eines Jahres mit derjenigen Kohorte von Studienanfängern ins Verhältnis gesetzt, die der durchschnittlichen Studienzeit der betreffenden Absolventen entspricht. Die prozentuierte Differenz zwischen Absolventen und entsprechenden Studienanfängern stellt die Abbruchquote dar. Es erfolgt eine Berechnung von Studienabbrecherquoten sowohl für die Gruppe deutscher und ausländischer Studierender insgesamt als auch für deutsche Studierende allein, die nach Hochschulart (Universität, Fachhochschule) und Fächergruppen differenziert werden.

Die Basis der Berechnung sind die Bestandsdaten der Amtlichen Hochschulstatistik über Hochschulabsolventen und Studienanfänger sowie Ergebnisse von bundesweit repräsentativen HIS-Stichprobenuntersuchungen.

Darüber hinaus werden die „Schwundquote“ sowie die „Schwundbilanz“ dargestellt:

- Die Schwundquote umfasst all jene Studierende eines bestimmten Jahrgangs, die keinen Abschluss in der Fächergruppe erworben haben.
- Die Schwundbilanz verrechnet den Schwund unter den Studienanfängern eines Jahrgangs in einer Fächergruppe mit der Zuwanderung von Studienanfängern desselben Jahrgangs in einer Fächergruppe. Sie gibt damit Auskunft über den Gesamtanteil der Studienanfänger, die auch in dieser Fächergruppe einen Abschluss erwerben, ungeachtet, ob sie sich in dieser Fächergruppe auch erstimmatrikuliert haben (= Studienanfänger – Studienabbrecher/Abwanderer + Zuwanderer).

Die Ergebnisse der Studie werden vor dem Hintergrund der Daten der OECD-Bildungsberichterstattung sowie den Ergebnissen der von HIS im Jahr 1992 vorgenommenen Berechnung der Höhe des Studienabbruchs an deutschen Hochschulen reflektiert.

3.4.3 Zentrale Ergebnisse der Studie

Gegenüber dem Jahr 1992 wird für die deutschen und ausländischen Studienanfänger in den medizinischen Studiengängen eine leichte Erhöhung in der Anzahl von Studienabbrechern festgestellt. Diese bewegt sich aber immer noch auf sehr niedrigem Niveau: während die anderen Fächergruppen Abbruchquoten von 20-30% aufweisen, wurde für die Fächergruppe Medizin 1992 eine Abbrecherquote von insgesamt 6-8% berechnet, im Jahr 2002 lag sie für deutsche Studierende bei 8%.⁶ Dabei gibt es keine großen geschlechtsspezifischen Unterschiede: So beträgt die Abbruchquote bei den Männern 7% und bei den Frauen 8%.

Mit Blick auf den Schwund weist wiederum die Medizin von allen Fächergruppen den geringsten Wert auf. Nur 12% der Studienanfänger erreichen keinen Abschluss. Damit gehören die medizinischen Studienbereiche zu den wenigen, die unter ihren erstmatrikulierten Studienanfängern eine spezifische „Erfolgsquote“ von über 80% erreichen. Auch die Schwundbilanz fällt sehr günstig aus: In der Fächergruppe Medizin wird unter den Studienanfängern von Anfang und Mitte der 90er Jahre der verhältnismäßig niedrige Schwund durch Zuwanderung so gut wie ausgeglichen.

Als Grund für die niedrigen Studienabbruchzahlen weist die Studie vor allem auf den starken Berufsbezug und Studienwillen der Medizinstudenten hin. So ist die persönliche Orientierung der Medizinstudierenden, als Mediziner zu arbeiten, so stark, dass der Wunsch nach einer praktischen Tätigkeit kaum eine Rolle spielt. Als die Hauptgründe für den Abbruch nannten die befragten Medizinstudierenden folgende Faktoren:

- Prüfungsversagen und Leistungsprobleme sowie
- finanzielle Schwierigkeiten

Dabei hat sich in den letzten Jahren ein Wandel in den ausschlaggebenden Gründen gegeben:

	Ausschlagender Grund für den Studienabbruch in %		
	HIS Studie 2002	HIS Studie 1992	Tendenz
Prüfungsversagen	17	8	↑↑
Finanzielle Probleme	14	6	↑↑
Leistungsprobleme	14	17	↓
Mangelnde Studienmotivation	11	11	-

⁶ Bezieht man ausländische Studierende mit ein, ergibt sich eine Abbrecherquote von 9%.

Berufliche Neuorientierung	10	8	↑
Familiäre Probleme	10	13	↓
Problematische Studienbedingungen	10	23	↓↓
Krankheit	8	n.A.	

Tabelle 1: Gründe für den Studienabbruch von Medizinstudenten

Die Studie enthält relativ wenige und kaum fächergruppenspezifische Schlussfolgerungen und Forderungen. Für den Bereich Medizin findet sich lediglich folgende Aussage: „Hohe Fachverbundenheit, transparente Studienstrukturen, klare Berufsvorstellungen und die zumindest teilweise selektiv wirkenden Zulassungsbeschränkungen scheinen einem vorzeitigen examenslosen Beenden des Studiums entgegen zu stehen“ (Heublein et al. 2002: 24).

3.4.4 *Bewertung der Studie*

Die Studie befasst sich ausschließlich mit dem ersten Glied in der Angebotskette der Mediziner. Sie stellt eine reine Status Quo - Abfrage der heutigen Anzahl von Studienabbrechern und eine Übersicht der wichtigsten Abbruchgründe dar. Da Daten für das Jahr 1992 vorliegen, wird ein Vergleich dieser Daten mit denen aus 2002 vorgenommen, um so die Entwicklung der letzten 10 Jahre aufzuzeigen.

Innerhalb der Studie werden nur sehr wenig Bewertungen und keine Prognose zur zukünftigen Entwicklung der Medizinstudentenzahlen abgegeben.

Die Ergebnisse können aber als Grundlage dienen, um unter Einbeziehung anderer Daten eine solche Prognose zu berechnen. Dabei wirft die verwendete Befragungsgrundlage allerdings Fragen auf: So räumen die Autoren der Studie selbst eine gewisse „Unsauberkeit“ in der Stichprobe der Studienabbrecher ein: Durch den frühen Befragungszeitraum kann nicht gewährleistet werden, dass nicht auch Studienunterbrecher befragt werden. Darüber hinaus basieren die Berechnungen der Studie nur auf Studierenden im ersten Hochschulsemester. Das bedeutet, dass Studierende außerhalb eines Erststudiums, d.h. Studienfachwechsler oder Studierende im Zweitstudium unberücksichtigt bleiben. Dies erklärt auch erhebliche Abweichungen in den Ergebnissen zu anderen vorliegenden Studien wie die der BÄK/KBV-Studie.

4. Analyse und Bewertung der Datenlage

Im Folgenden werden die vorhandenen und zugänglichen Daten zur Studierenden- und Arztlzahlentwicklung vorgestellt und bewertet, da diese Daten auch im Wesentlichen die Grundlage der besprochenen Studien sind. Einzelne Darstellungen und Tabellen finden sich im Anhang. Zunächst wird aber dargestellt, welche Institutionen relevante Daten erheben.

4.1 Exkurs: Datenerhebung

Die Angaben zur Entwicklung der Zahl der Studienplätze im Fach Humanmedizin bzw. der Bewerber für das Fach liefert die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS). Die Entwicklung der Anzahl der Studienanfänger und der Studierenden insgesamt, ebenso wie die Anzahl der bestandenen Abschlussprüfungen und Promotionen, wird durch das Statistische Bundesamt dokumentiert. Dessen Daten basieren auf Zahlen und Angaben der Statistischen Landesämter, die wiederum ihre Zahlen von den Universitäten sowie den jeweiligen Landesprüfungsämtern beziehen. Darüber hinaus ist das Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in der Lage, die Zahl der absolvierten Prüfungen anzugeben.

Daten zur Arztlzahlentwicklung werden von den Landesärztekammern (LÄK) erhoben, von der Bundesärztekammer (BÄK) aggregiert und vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt.

Hier soll zunächst das Meldewesen der Ärztekammern dargelegt werden, da dies eine der wesentlichen Grundlagen für die verfügbaren Daten und Informationen darstellt. Basis der Darstellung ist die „Technische Richtlinie für bundeseinheitlich abgestimmte Datenverarbeitung bei den Ärztekammern“, ergänzt um weitere qualitative Einschätzungen, die Rambøll Management im Rahmen von 13 telefonischen Interviews mit Vertretern der Ärztekammern gewonnen hat.

Umgehend nach der Erteilung der Berufserlaubnis müssen sich Ärzte bei der entsprechenden LÄK melden. Dazu zählen auch ausländische Ärzte, die eine Berufserlaubnis erteilt bekommen haben. Die meisten Landesärztekammern verpflichten die Ärzte zur Erstmeldung, wenn sie entweder

1. im entsprechenden Bundesland ärztlich tätig sind (also als ÄiP bzw. ausländische Ärzte) oder
2. ihren ersten Wohnsitz in dem jeweiligen Bundesland haben.

In einigen Landesärztekammern (z.B. Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen, Hamburg) müssen sich Ärzte nur dann anmelden, wenn sie tatsächlich berufstätig oder allein *ärztlich* tätig sind. Für nicht berufstätige Ärzte, bzw. Ärzte außerhalb der kurativ ärztlichen Tätigkeit besteht dann allerdings oft die Möglichkeit, sich freiwillig bei der Ärztekammer zu melden. Die freiwillige Meldung bei den LÄK hat den Vorteil, weiterhin mit Informationen bezüglich der Ärzteschaft, medizinischen Neuerungen, etc. versorgt zu werden.

Eine Abmeldung kann in den meisten Bundesländern nur dann erfolgen, wenn der betreffende Arzt entweder den Kammerbereich verlässt oder verstirbt. Wenn der Arzt das Bundesland wechselt, werden die Akten und gesammelten Daten allerdings an die nächste Kammer weitergeleitet. In einigen Bundesländern besteht auch für Ärzte, die ins Ausland gehen, die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft bei der Landesärztekammer.

Grundsätzlich sind alle Ärzte verpflichtet, jegliche Änderungen an ihrem Status unverzüglich der Landesärztekammer mitzuteilen. Das betrifft sowohl die Weiterbildungen, die Ärzte erfolgreich absolviert haben, als auch berufliche und „private“ Veränderungen wie z.B. der Übergang in die Selbständigkeit oder in die Elternzeit. Nach Einschätzung der meisten Kammern kommen die Ärzte dieser Meldepflicht jedoch nur ungenügend nach. In manchen Bundesländern verschickt die Landesärztekammer jährlich den Meldebogen zur Aktualisierung der Angaben. Durch die Abstufung des Beitragssatzes nach dem Einkommen in manchen Bundesländern besteht zumindest für Ärzte, deren Einkommen sich reduziert (z.B. aufgrund Arbeitslosigkeit, Elternzeit, etc.) der Anreiz, ihre Statusänderungen ordnungsgemäß mitzuteilen.

Einige Informationen gehen den Landesärztekammern auch auf anderem Wege zu. So erhält die Kammer in der Regel die Durchschrift der entsprechenden Behörde über die Erteilung der Approbation bzw. der Berufserlaubnis. Wird ein Arzt berufsunfähig, so erfährt die Ärztekammer dies aufgrund der engen Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Versorgungswerk. Auch wenn ein Arzt die Approbation zurückgibt oder aberkannt bekommt, erfährt dies die Ärztekammer durch die zuständige Behörde.

Die meisten Ärztekammern erfassen den Abgang ins Ausland nur dann, wenn die Ärzte der Meldepflicht – Mitteilung über jede Statusänderung – nachkommt. Behält der Arzt seinen 1. Wohnsitz im Bundesland, so muss die Kammer den Abgang nicht unbedingt bemerken. Ein anderer Weg ist die in manchen Ländern mögliche freiwillige Mitgliedschaft, über die die LÄK Ab- und Zugänge erfassen können. Meist ist es nur dann möglich, Daten von ins Ausland verzogenen Ärzten zu erfassen, wenn diese wieder in das gleiche Bundesland/in den gleichen Bezirk zurückkehren. Bei manchen Kammern

bleibt die Arzthistorie gespeichert, andere löschen nach einer Weile den Datensatz. In der Berliner Kammer beispielsweise werden bei Abgang ins Ausland nach 5 Jahren die Daten des Arztes gelöscht. Falls ein Arzt ins Ausland wechselt und dort einer nicht kurativen Tätigkeit nachgeht, wird die Branche auch bei ihrer Rückkehr nicht erfasst. Zum Teil wird nur erfasst, *ob* Ärzte ins Ausland gegangen sind - entweder bei ihrer Abmeldung (in welches Land sind sie gegangen) oder nur bei der Wiederkehr (in welchem Land waren sie). Allerdings werden Ärzte, die im Ausland tätig gewesen sind, zumindest dann erfasst, wenn sie dort eine Weiterbildung absolviert haben, die sie in Deutschland angerechnet haben wollen.

Ausländische Ärzte werden wie andere Erstmelder erfasst. Die Erteilung der Berufserlaubnis erfolgt über die jeweilige Behörde, die im Bundesland die Approbationen erteilt. Facharztanerkennungen und ähnliche Abschlüsse werden von der Kammer erfasst, wenn die Gleichwertigkeit festgestellt wird.

Weiterbildungen selbst sind nicht meldepflichtig, lediglich der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung. Da zu diesem Zeitpunkt sämtliche vorherigen Schritte und Phasen angeben werden müssen, lassen sich bei einer Auswertung der individuellen Arztakten retrospektiv Beginn, Fachgebiet, Abschluss und Unterbrechungen der Weiterbildung darstellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aufgrund der umfassend abgefragten Merkmale durch die LÄK die Erstellung von Statistiken aller möglichen Aspekte des Ausstiegs von Ärzten aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit theoretisch möglich ist. Da jedoch zum einen die Ärzte ihrer Meldepflicht nicht ausreichend nachkommen und zum anderen die LÄK zum Teil bei der Erhebung der Daten unterschiedlich vorgehen, kommt es zu Ungenauigkeiten in der Datenlage. Insbesondere die Datenlage zum Abgang ins Ausland oder in die nicht kurative ärztliche Tätigkeit ist nur begrenzt aussagekräftig (vgl. dazu Kapitel 3.3.6)

4.2 Studium

4.2.1 Studienplätze und Studienplatzbewerber im Fach Humanmedizin

Die ZVS erhebt Daten zur Zulassung (Anzahl der Studienplätze), zu den Bewerbern, den Zugelassenen sowie den davon eingeschriebenen Erstsemestern pro Universität. Darin einbezogen sind ausländische Studierende, wenn sie aus dem EU-Ausland kommen und/oder so genannte Bildungsinländer (mit deutscher Hochschulzugangsberechtigung) sind. Zusätzlich werden die direkt von Hochschulen eingeschriebenen Ausländer erfasst. Diese Daten

ermöglichen die Darstellung der Entwicklung der Zahl der Bewerber je Studienplatz.

Es zeigt sich, dass die Zahl der Studienplätze nach der Reduzierung zum Wintersemester 1990/1991 um ca. 20 Prozent recht konstant bei durchschnittlich 10.575 Plätzen liegt. Die Reduzierung in Westdeutschland wurde im darauf folgenden Jahr auf Gesamtdeutschland bezogen teilweise durch hinzukommende Kapazitäten in den neuen Bundesländern kompensiert.

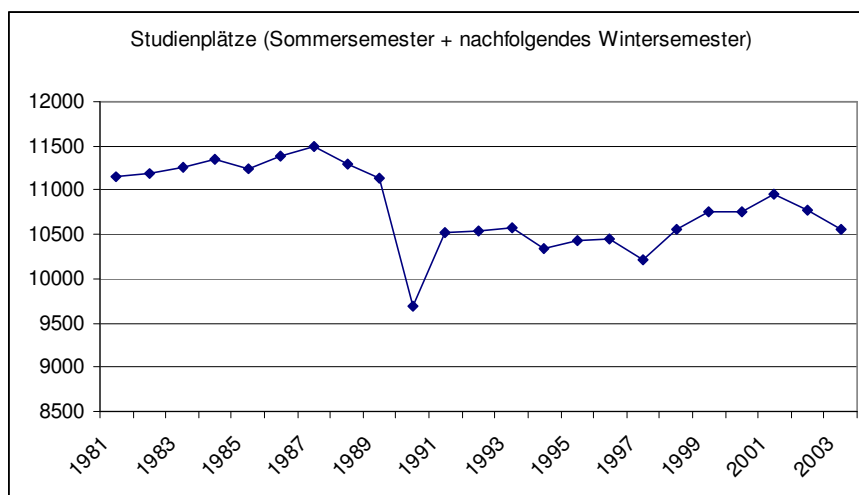


Abbildung 2: Entwicklung der Studienplätze im Fach Humanmedizin

Betrachtet man die Anzahl der Bewerber pro Studienplatz, die Medizin als ihre erste Studienpräferenz angeben, wird ein typischer zyklischer Verlauf in den letzten 20 Jahren deutlich. Seit 2 Jahren steigt die Zahl der Bewerber wieder. Demzufolge kann nicht von einem abfallenden Interesse am Studienfach Medizin gesprochen werden.

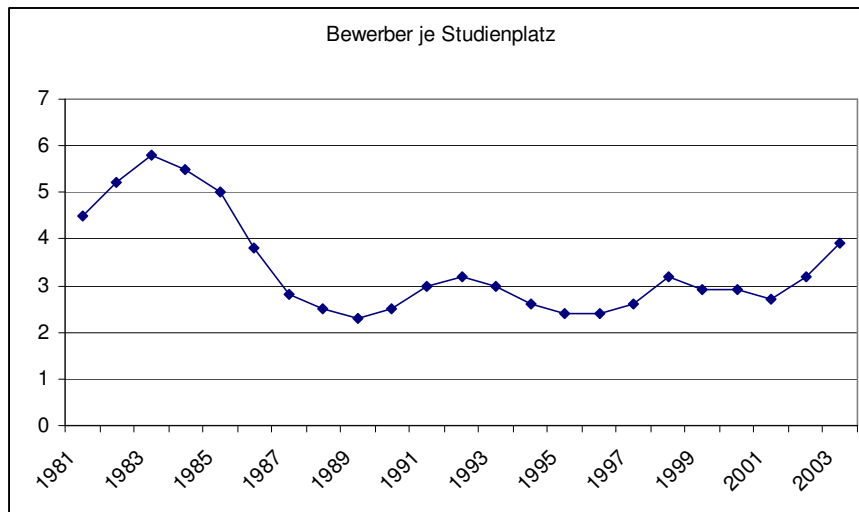


Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Bewerber je Studienplätze im Fach Humanmedizin

4.2.2 Studierende insgesamt

Im Folgenden stellen wir für eine Annäherung an die Entwicklung der Gesamtanzahl der Studierenden in Deutschland die Daten der DDR und der BRD gegenüber. Dabei zeigt sich seit Anfang der 90er Jahre eine rückläufige Entwicklung der Studierendenzahlen, die sich ab 1999 auf dem Niveau von ca. 80.000 Studierenden einpendelt.

	Anzahl der Studierenden (im Wintersemester des jeweiligen Jahres)		
	BRD	DDR	Insgesamt
1980	68773	13 335	82 108
1981	73 345	13 577	86 922
1982	76 518	13 564	90 082
1983	79 540	13 720	93 260
1984	82 055	13 597	95 652
1985	84 063	13 466	97 529
1986	85 181	13 266	98 447
1987	86 217	13 083	99 300
1988	86 683	12 954	99 637
1989	85 091	12 574	97 665
1990	84 700	13 877*	98 577
1991	82 868	14 457	97 325
1992	93 198		
1993	90 600		

1994	87 357
1995	84 958
1996	83 471
1997	81 994
1998	82 333
1999	80 609
2000	80 200
2001	80 030
2002	80 192

Quelle: Statistische Jahrbücher der DDR 1981-1989, Statistische Jahrbücher des Statistischen Bundesamtes
*ab 1990 Zahlen für die neuen Bundesländer und Berlin-Ost

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl Studierender im Fach Humanmedizin

4.2.3 Studienanfänger in Humanmedizin / Tatsächliche Erstsemester (erstes Studien- oder erstes Fachsemester)

Die Universitäten erheben in der Regel die Zahl der so genannten Erstimmatrikulierten (Studierende, die sich zum ersten Mal an einer Hochschule einschreiben), Neuimmatrikulierten (alle außer Ersteinimmatrikulierte, die neu an der betreffenden Universität sind), Rückmelder und Exmatrikulierten.

In untenstehender Grafik ist die Entwicklung dieser Zahlen seit 1981 dargestellt. Ab dem Wintersemester 1992/1993 werden Zahlen für Gesamtdeutschland erhoben, bis dahin entsprechen sie lediglich den Zahlen für Westdeutschland.

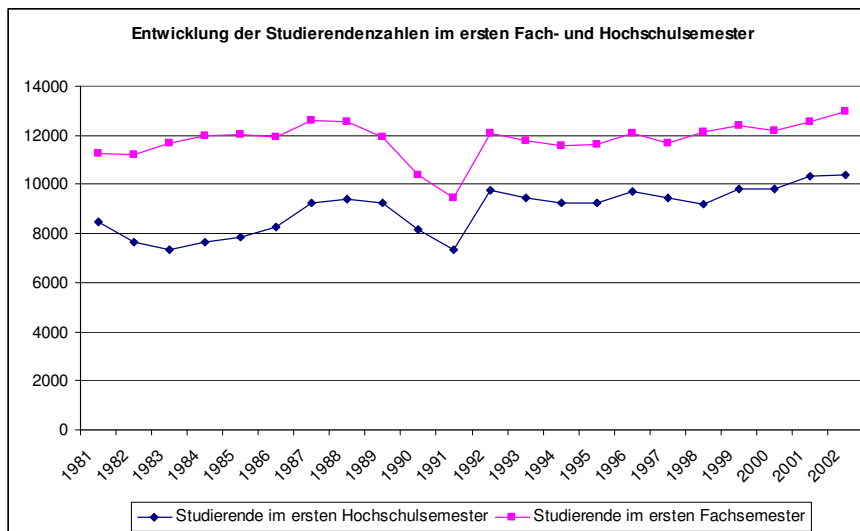


Abbildung 4: Entwicklung der Studierendenzahlen im ersten Fach- und Hochschulsemester im Fach Humanmedizin

Die stark fallende Anzahl an Studienanfängern in Westdeutschland von 1989 bis 1991 ist auf die Reduktion der Studienplätze zurückzuführen.

Im Folgenden werden die Zahlen der Erstsemester der Medizin der DDR dargestellt. Zu beachten ist, dass in der Statistik der DDR nicht zwischen Zahn- und Allgemeinmedizin unterschieden wird. Die Daten stammen für die Jahre 1981 bis 1989 aus den Statistischen Jahrbüchern der DDR und für die Jahre 1990 bis 1992 aus den Statistischen Jahrbüchern des Statistischen Bundesamtes. Im Vergleich dazu stiegen die Zahlen der DDR im selben Zeitraum.

Zulassungen^{a)} bzw. Facherstsemester (Sommersemester + nachfolgendes Wintersemester)			
	BRD	DDR	Insgesamt
1980	11 222	2 672	13 894
1981	11 237	2 545	13 782
1982	11 208	2 463	13 671
1983	11 681	2 482	14 163
1984	11 968	2 453	14 421
1985	12 019	- ^{b)}	-
1986	11 918	2 476	14 394
1987	12 617	2 325	14 942
1988	12 541	2 274	14 815
1989	11 940	2 187	14 127
1990	10 368	2 775	13 143
1991	9 464	2 995	12 459

*ab 1990 neue Bundesländer und Berlin-Ost
a) „Zulassungen“ bezieht sich auf die statistische Erfassung der Erstsemester der DDR.
b) Die Zahl für 1985 wurde nicht geliefert.

Tabelle 3: Entwicklung Facherstsemester im Fach Humanmedizin in Deutschland, BRD und DDR

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Erstsemester und vergleicht diese mit der Entwicklung der Zahl der Humanmedizinistudierenden insgesamt, so fällt vor allem ein Aspekt auf: Die Zahl der Studierenden insgesamt fällt über den Zeitraum von 1993 bis 2002⁷, während die Zahl der Erstsemester leicht ansteigt.⁸ Dadurch ist der Anteil an Erstsemestern seit 1991 von ca. 11% auf über 16% in 2002 gestiegen. Mögliche Erklärungsansätze für diese Entwicklung könnten beispielsweise die steigende Anzahl von Studienabbrechern oder auch eine Verringerung der durchschnittlichen Studierendauer sein.

⁷ Mit Ausnahme des leichten Anstiegs 1998 um 339 und 2002 um 162.

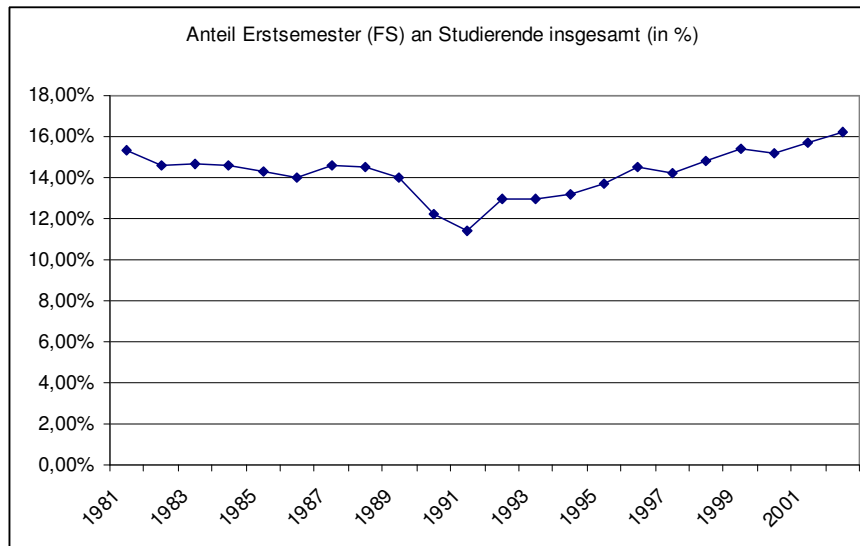


Abbildung 5: Entwicklung des Anteils von Erstsemestern an Studierenden insgesamt im Fach Humanmedizin

Für den Blick auf die Entwicklung der Zahl der Studierenden und Erstsemester wäre ebenfalls die Anzahl der Studierenden, die „quer“ in das Fach einsteigen, also bereits in einem der Humanmedizin verwandten Fach anrechenbare Scheine erworben haben, von Interesse. Allerdings ist es derzeit nicht möglich, die Zahl der Quereinsteiger sowie deren Entwicklung darzustellen. Zwar gibt das Hochschulstatistikgesetz (HstatG) vor, die Anzahl der Studierenden, die in ein höheres Semester einsteigen, pro Semester und Universität zu erheben, aber laut des Statistischen Bundesamts kommen die Universitäten ihrer Meldepflicht oft nur ungenügend nach.⁹ Aus diesem Grund sieht das Statistische Bundesamt von der Veröffentlichung der bislang gesammelten Daten zu den Quereinsteigern ab. Für das nächste Semester (WS 2004/2005) ist dies allerdings geplant.

Universitätswechsler werden lediglich semesterweise und gruppenbezogen erfasst, d.h. es ist möglich darzulegen, wie viele Studierende beispielsweise im Sommersemester 2002 von hessischen an bayrische Universitäten gewechselt sind. Die personenbezogene Erfassung wurde 1992 aus Datenschutzgründen abgeschafft.

⁸ Mit Ausnahme des geringfügigen Rückgangs 1994 um 213, 1997 um 446 und 2000 um 200.

⁹ Telefonische Anfrage vom 5. August 2004. Das Statistische Bundesamt hat für das Wintersemester 1999/2000 den Datensatz und die Erhebungsqualität getestet und eine unplausible Datenlage festgestellt.

4.2.4 *Abgänger (erfolgreicher Studienabschluss) und Abbrecher*

Die Entwicklung der Zahl der Studienabschlüsse sowie der Promotionen im Fach Humanmedizin kann dargelegt werden. Die Landesprüfungsämter erheben die Daten der Prüflinge (Datum der Prüfung, Note, Prüffart, endgültig (nicht) bestanden) und geben diese an die Statistischen Landesämter bzw. das IMPP weiter – sowie ggf. an die Universitäten. Des Weiteren erheben die Statistischen Landesämter sowie das IMPP Daten zu Absolventen nach Prüfungsjahr, d.h. alle in einem Jahr bis zu einem Stichtag durchgeführten Prüfungen (Prüfungsjahr 2002 = 1.12.2001 bis 30.11.2002). Auf dieser Basis ist es möglich, die durchschnittliche Studiendauer und das durchschnittliche Alter der Absolventen zu erheben. Dabei kann es aber zu Differenzen zwischen den erhobenen Daten der Universitäten und des IMPP kommen: Im Medizinstudium ist es möglich, sich nach der Mindeststudienzeit von 12 Semestern zu exmatrikulieren und trotzdem im 13. Semester (oder später) das Staatsexamen zu machen. Man muss für die Prüfung also nicht eingeschrieben sein und wird von der Universität als „ohne Abschluss“ geführt.¹⁰ Des Weiteren sind unterschiedliche Erhebungszeiträume sowie rückwirkende statistische Korrekturen bei den Daten des IMPP ursächlich für Differenzen (vgl. auch Kopetsch 2003: 30f.). Für die Jahre 1994-1998 ergeben sich zudem Abweichungen aufgrund einer Übergangsregelung in den neuen Bundesländern, die lediglich das Statistische Bundesamt durch Befragung der Statistischen Landesämter zu berücksichtigen vermochte.

Betrachtet man die Anzahl der erfolgreichen Studienabschlüsse, lässt sich in den letzten 20 Jahren ein zyklischer Verlauf erkennen. Dieser ist allerdings in den letzten Jahren unterbrochen worden. Seit 1993, dem Jahr mit der höchsten Anzahl an erfolgreichen Studienabschlüssen (11.555), hat die Anzahl der Absolventen mit Ausnahme des Jahres 1996 konstant abgenommen. So ist die Zahl in den letzten zehn Jahren bis 2002 insgesamt um 2.703 bzw. 23 % auf 8.852 gefallen. Dies entspricht dem Niveau von jährlichen Absolventen von Mitte der 80er Jahre.

¹⁰ Nach Angaben der Universität Hannover besteht seit kurzem die Tendenz, dass sich die Studierenden aufgrund der hohen Einschreibgebühren nach dem 12. Semester exmatrikulieren (telefonisches Interview vom 28.7.2004).

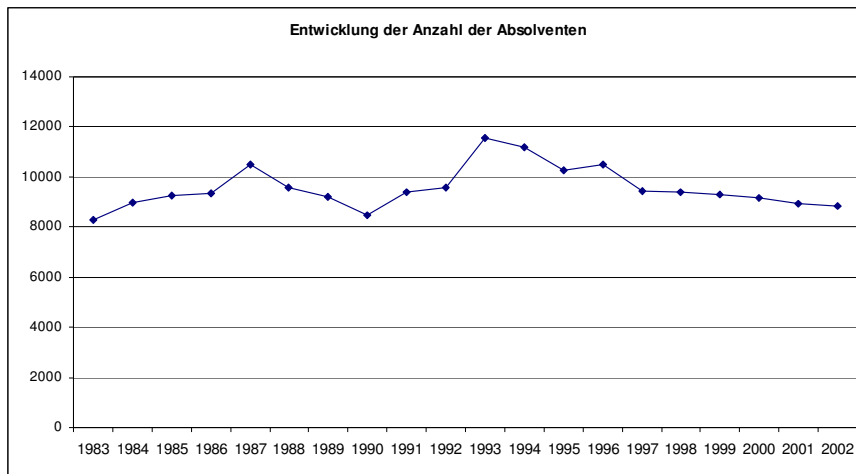


Abbildung 6: Entwicklung der Absolventen im Fach Humanmedizin

Dieser Rückgang lässt sich allerdings nicht über eine steigende Anzahl an nicht-erfolgreichen Abgängern am Ende des Studiums erklären. So beträgt seit Anfang der 90er Jahre die durchschnittliche jährliche Anzahl derer Studierenden, die ihre Prüfungen nicht bestehen, laut Statistik lediglich 0,03% oder ganze 4 Studierende.¹¹

Für die Bewertung der Frage, ob eine ausreichende Zahl von Absolventen der Humanmedizin für den späteren ärztlichen Bedarf vorhanden sein wird bzw. wie viele Studierende im Laufe ihres Studiums abbrechen, muss die Zahl der Studienanfänger der Zahl der Absolventen vergleichend gegenübergestellt werden. Dabei ist eine retrospektive Betrachtung bis mindestens Mitte der 80er Jahre notwendig, um die Auswirkungen von zwei wichtigen Schnitten in Bezug auf das Studium einbeziehen und die letzten 10 Jahre bewerten zu können: zum einen die Studienplatzabsenkung ab Wintersemester 1990/1991 und zum anderen die Wiedervereinigung 1990. Betrachtet man die Absolventenzahlen ab 1993, so müssen Studienanfängerzahlen mindestens ab 1987 und eher noch früher aufgeführt werden.

Dabei zeigt sich, dass stark rückläufige Absolventenzahlen zwischen 1993 und 1997 auch auf die stark fallende Anzahl an Facherstsemestern 6-7 Jahre vorher zurückzuführen sind.

Auffällig ist jedoch, dass der Anstieg der Anzahl an Studierenden im ersten Fachsemester im Jahr 1992 sich nicht in einem Anstieg bei den Absolventen-

¹¹ Die Diskrepanz zu den Daten des IMPP, wonach seit den neunziger Jahren lediglich durchschnittlich eine Person das dritte Staatsexamen nicht besteht (vgl. Tabelle 37 im Anhang), erklärt sich aus den oben angegebenen Gründen.

zahlen widerspiegelt. In der Abbildung beziehen sich die Daten bis 1993 auf Westdeutschland, ab diesem Zeitpunkt auf gesamtdeutsche Zahlen.

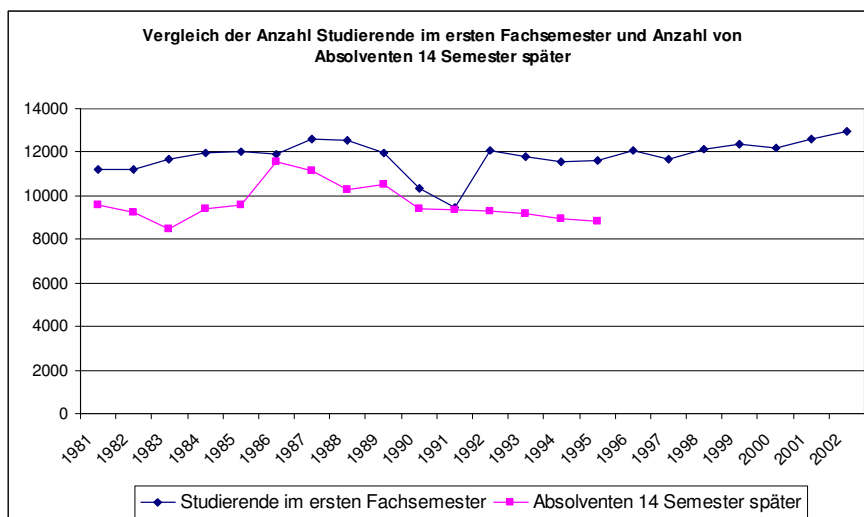


Abbildung 7: Vergleich der Anzahl Studierende im ersten Fachsemester und der Anzahl von Absolventen 14 Semester später (durchschnittliche Studienzzeit)

Es stellt sich also weiterhin die Frage nach dem kausalen Zusammenhang zwischen der steigenden Anzahl an (Fach-)Erstsemestern und einer sinkenden Anzahl an Abschlussprüfungen.

Problematisch an diesem Punkt ist die Datenlage in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Studierendenzahlen der DDR mit denen Westdeutschlands, weshalb vermutlich auch Kopetsch (2003) sich ausschließlich auf Daten ab 1993 bezieht. Das Statistische Bundesamt hat die Daten der Studierenden in der DDR nicht kategorisiert, weil eine nur eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten der BRD gegeben ist. Hauptsächlich liegt das daran, dass die Studienfächer, deren Systematik und Inhalte nicht mit denen der BRD vergleichbar sind. Für Medizin gilt dies nach Auskunft des Statistischen Bundesamts zwar vermutlich nicht in demselben Ausmaß wie beispielsweise für die Rechts- oder Sozialwissenschaften, aber aufgrund der einheitlichen Vorgehensweise in Bezug auf die Wiedergabe von Daten aus der DDR können die Daten nicht zusammengefasst werden. Daher werden sie hier gesondert dargestellt:

	Studierende	Zulassungen	Absolventen
1980	13 335	2 672	2 086
1981	13 577	2 545	1 994
1982	13 564	2 463	1 991
1983	13 720	2 482	2 023
1984	13 597	2 453	2 200

1985	13 466	-	2 170
1986	13 266	2 476	2 439
1987	13 083	2 325	2 139
1988	12 954	2 274	2 420
1989	12 574	2 187	2 151
1990*	13 877	2 775	-
1991	14 457	2 995	-
1992	13 379	2 209	-

Quelle: Statistische Jahrbücher der DDR 1981-1989, Statistische Jahrbücher des Statistischen Bundesamtes
*ab 1990 neue Bundesländer und Berlin-Ost

Tabelle 4: Entwicklung der Studierenden-, Zulassungs- und Absolventenzahlen in der DDR und in den neuen Bundesländern

Zur weiteren Erklärung dient ein Vergleich des „Schwunds“ über die letzten 15 Jahre. Dabei zeigt sich eine durchschnittliche „Schwundquote“ von ca. 16%. Das heißt knapp 16% der Studierenden schließen ihr Studium zumindest nicht nach durchschnittlich 12 Semestern¹² ab. Diese Schwundquote unterliegt ebenfalls einem zyklischen Verlauf.

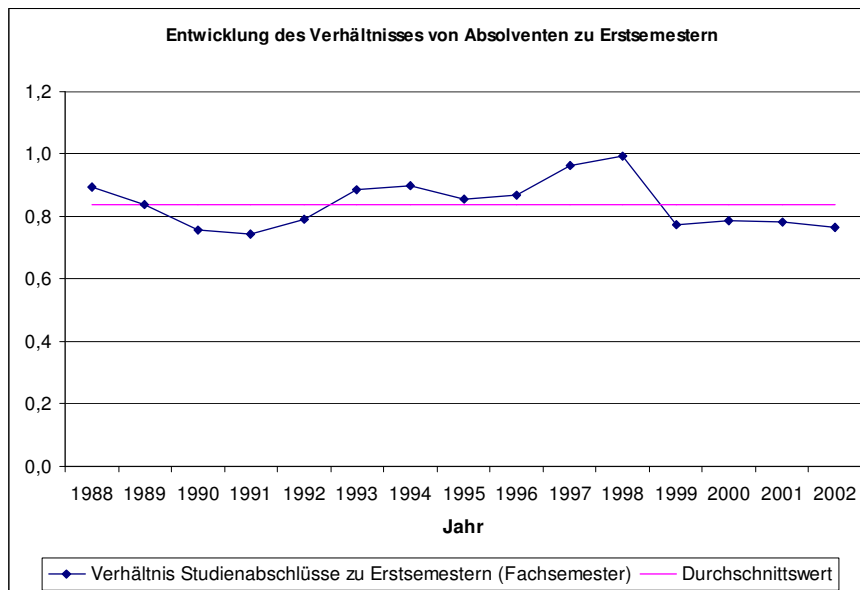


Abbildung 8: Entwicklung der Schwundquote im Fach Humanmedizin

Aus der vorhandenen Statistik lässt sich aber nicht eindeutig ableiten, warum die Gesamtzahl der Studierenden sinkt, während die Anzahl der Studienplätze in etwa gleich bleibt: eine mögliche Interpretation wäre auch hier,

¹² Auch die Berechnung auf Basis von durchschnittlich 14 Semestern sowie der Mittelwert an Abschlüssen von 12 und 14 Semestern zeigen die gleiche Tendenz.

dass die Zahl der Abbrecher deutlich gestiegen sein müsste. Die oben berechneten Schwund-Quoten unterstützen diese Aussage. Diese zeigen seit vier Jahren überdurchschnittliche Schwundquoten von ca. 22%. Zu der gleichen Aussage kommt auch Kopetsch in seiner Studie.

Die Studie des HIS legt allerdings dar, dass die Anzahl derjenigen, die ihr Humanmedizinstudium abbrechen, seit 1992 relativ konstant bei 6-8% lag und 2002 auf 9% gestiegen ist, sich aber insgesamt auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau bewegt.

Die Gründe für diese Unterschiede in den einzelnen Berechnungen liegen laut Kopetsch in der Berechnungsgrundlage der HIS-Studie. Diese zeichnet sich durch folgende Faktoren aus:

- die fehlende Einberechnung von ausländischen Studierenden sowie
- die Berechnungsgrundlage von Studierenden im ersten Hochschulsemester im Gegensatz zu Studierenden im ersten Fachsemester¹³.

Hier besteht also im Hinblick auf die Frage nach einer qualitativen Verbesserung des Studiums bzw. der Reduzierung oder Steigerung der Studienplätze zur Kompensation des Schwunds und zur Sicherung des medizinischen Nachwuchses erheblicher Klärungs- und Forschungsbedarf.

Betrachtet man die erfolgreichen Promotionen im Fach Humanmedizin (vgl. Tabelle 12 im Anhang), so lässt sich feststellen, dass die jährliche Anzahl der Mediziner, die ein Dissertationsprojekt durchführen und erfolgreich abschließen, sich seit Jahren um die 7.000 bewegt.

¹³ Das heißt, die Grundgesamtheit in der HIS-Studie liegt deutlich niedriger, was sich natürlich dann in einer geringeren Schwundquote äußert.

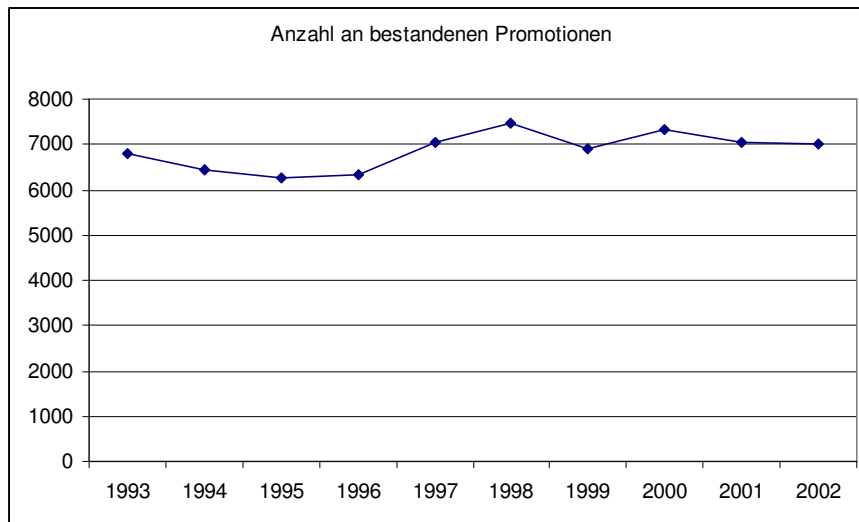


Abbildung 9: Entwicklung der Anzahl an bestandenen Promotionen

Dabei ist die Anzahl weiblicher Promovierter seit 1993 konstant von 40,1% auf 46,2% im Jahr 2002 gestiegen. Dass dies noch immer weniger als die Hälfte aller Promovierten ausmacht, ist beachtlich angesichts der weiblichen Präsenz im Studium bzw. bei den erfolgreich abgeschlossenen Prüfungen.

Seit Anfang der 80er Jahre ist der Anteil an weiblichen Absolventen von 33% auf ca. 52% 2002 gestiegen. Dabei überstieg die Zahl der weiblichen Absolventen erstmals im Jahr 2001 die Zahl ihrer männlichen Kommilitonen. Außerdem zeigt sich über die letzten 15 Jahre, dass der durchschnittliche weibliche Anteil an Erstsemestern und an späteren Absolventen konstant bleibt.

Anfangsjahr des Studiums	Anteil Frauen Erstsemester	Abschlussjahr des Studiums	Anteil Frauen Absolventen
1981	41,9%	1988	41,9%
1982	42,6%	1989	43,4%
1983	45,6%	1990	44,2%
1984	45,8%	1991	43,5%
1985	45,2%	1992	44,5%
1986	42,8%	1993	45,5%
1987	44,9%	1994	45,9%
1988	44,4%	1995	45,4%
1989	45,2%	1996	45,0%
1990	42,1%	1997	45,3%
1991	46,1%	1998	45,3%
1992	46,3%	1999	46,7%

1993	48,1%	2000	47,4%
1994	49,3%	2001	50,1%
1995	51,5%	2002	52,3%
1996	50,9%		
Durchschnitt	45,8%		45,8%

Tabelle 5: Entwicklung des weiblichen Anteils an Erstsemestern und an späteren Absolventen von 1981 - 1996

Die steigende Zahl der weiblichen Erstsemester ist eine Entwicklung jüngerer Datums.

Anfangsjahr des Studiums	Anteil Frauen Erstsemester
1997	52,7%
1998	54,0%
1999	57,2%
2000	60,6%
2001	61,0%
2002	62,3%

Tabelle 6: Entwicklung des Anteils von weiblichen Erstsemestern von 1997 - 2002

Schreibt man die oben beschriebene Tendenz fort, kann für die nächsten Jahre mit einem weiter ansteigenden Anteil von Absolventinnen gerechnet werden.

4.3 Berufstätigkeit

Die Statistiken für berufstätige Ärzte der BÄK erfassen alle Ärzte, die eine Berufserlaubnis beantragt und sich bei ihrer Landesärztekammer gemeldet haben. Der Datenbestand der Landesärztekammern lässt sich umfassend nach soziodemografischen Merkmalen und Tätigkeitsmerkmalen abfragen.

Auch ausländische Ärzte werden vom Statistischen Bundesamt erfasst, allerdings lediglich nach ihrer Staatsangehörigkeit, ihren Tätigkeitsbereichen und der Region, in der sie arbeiten, und das auch erst seit 1991. Hier ist also keine Differenzierung nach Geschlecht, Alter und Gebietsbezeichnungen möglich. EU/EWR-Bürger können in Deutschland (je nach Eignung bzw. Feststellung der Gleichwertigkeit des Abschlusses) direkt die Approbation beantragen, Nicht-EU/EWR-Bürger erhalten nach §10 Bundesärzteordnung lediglich eine Berufserlaubnis, die grundsätzlich zeitlich befristet ist und gegebenenfalls verlängert werden kann. Ohne deutsche Approbation kann sich ein Nicht-EU-Bürger nicht niederlassen.

Die Darstellung der Entwicklung der Zahl ausländischer Ärzte im Anhang zeigt, dass deren Anzahl in den Jahren von 1991 bis 2002 stetig gestiegen ist. Insbesondere in Krankenhäusern sowie in NRW, Bayern und Sachsen hat sich die Zahl ausländischer Ärzte erhöht. Die Anzahl ausländischer Ärzte hat sich in den neuen Bundesländern ohne (Berlin-Ost) mehr als verdoppelt, insgesamt arbeiten jedoch in NRW fünf Mal so viele ausländische Ärzte wie in den neuen Bundesländern zusammen.

Differenziertere Daten in Bezug auf das Personal in Krankenhäusern liefert die Krankenhausstatistik. Diese ist in den Bestand des Statistischen Bundesamts eingegliedert und liefert jährlich Angaben über die personelle und sachliche Ausstattung der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Hier werden Ärzte nach ihrem Ausbildungsgrad bzw. ihrer beruflichen Position abgestuft betrachtet.

Speziell zum diskutierten drohenden Nachwuchsmangel im ambulanten Sektor ist anzumerken, dass sich der Nachwuchs unter den Vertragsärzten nicht direkt aus den Studienabsolventen rekrutiert, sondern zum größten Teil aus Krankenhausärzten, die auch überwiegend ihre Facharztausbildung am Krankenhaus gemacht haben. Drohende Engpässe im ambulanten Bereich wären daher durch eine verstärkte Rekrutierung aus dem stationären Bereich abzumildern. Allerdings weist Kopetsch (2003) auch auf Anzeichen für ein Wegbrechen des Nachwuchses im stationären Sektor hin.

Interessanterweise kann in der Studie zumindest für das Jahr 1998 dargestellt werden, dass der Nachwuchs im ambulanten Bereich nur zu ca. 63% aus Krankenhausärzten besteht. Ca. 22% der neu zugegangenen Vertragsärzte waren vorher Assistenten bzw. Vertreter in Praxen. Weitere ca. 15% gehen der vertragsärztlichen Versorgung aus anderen Bereichen (Privatärzte, Öffentlicher Dienst, etc.) zu. Hinzuzurechnen wären noch die Ärzte, die aus dem Ausland direkt in den ambulanten Bereich in Deutschland kommen. Stellt man den absoluten Zahlen der Zugänge die absoluten Zahlen der Abgänge gegenüber, ließen sich über die Bildung der jährlichen Salden zu diesen Strömen aussagekräftige Rückschlüsse über die Arztzahlen im ambulanten Bereich ziehen. Schematisch sind die Ströme in untenstehender Grafik dargestellt.

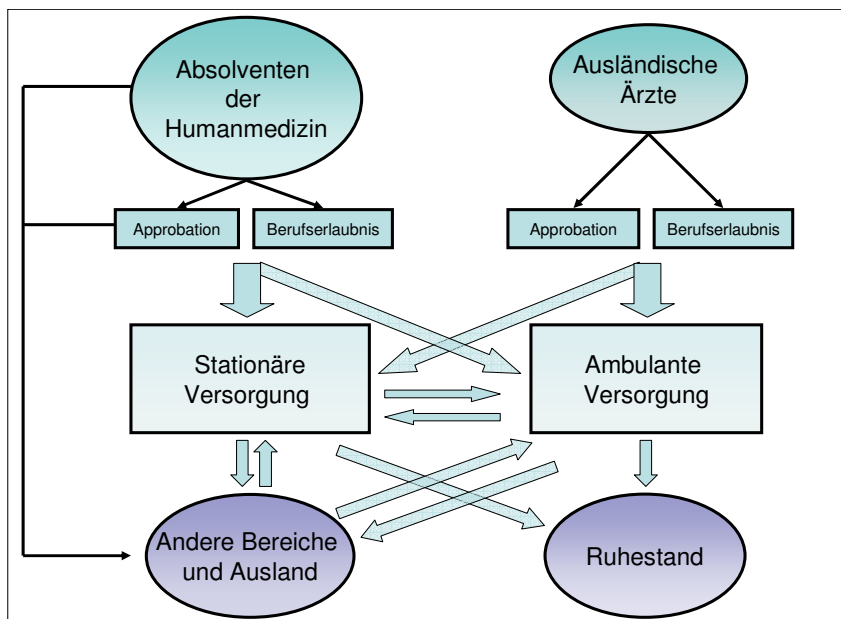


Abbildung 10: Zu- und Abflussmodell der stationären und ambulanten Versorgung

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Diskussion wäre eine regelmäßige Darstellung dieser Salden wünschenswert. Voraussetzung hierfür wäre, dass für alle genannten Bereiche die Wanderungsbewegungen beziffert werden können. Die derzeit vorliegenden Informationen reichen für eine aussagekräftige Darstellung allerdings nicht aus. Die Recherche, Aufbereitung und Darstellung der zusätzlich benötigten Informationen war im Rahmen dieser Studie nicht möglich.

4.3.1 Approbationserteilung

Mit der Umstellung der *Statistik der Gesundheitsberufe* auf die *Gesundheitspersonalrechnung* im Jahr 2000 hat das Statistische Bundesamt die Erhebung und Darstellung der jährlich neu erteilten Approbationen eingestellt: zum einen, da diese Daten schlicht nicht nachgefragt wurden, zum anderen, da es ohnehin keine gesetzliche Grundlage für die Weiterleitung der Daten durch die approbationserteilenden Behörden gab. Daten zu Approbationen von Medizinern gehören nicht zum bundesweiten Erhebungsprogramm der amtlichen Statistik. Eine Wiederaufnahme dieser Erhebung durch das Statistische Bundesamt ist daher auch nicht geplant¹⁴. Zwar stellen vereinzelt die Statistischen Landesämter (z. B. Berlin, Sachsen und Hessen) die Zahl der neu erteilten Approbationen dar, insgesamt lassen sich aber aus den vorliegenden Daten keine Schlüsse ziehen. Das kommt daher, dass die Zahl der

¹⁴ Telefonische Auskunft des Statistischen Bundesamtes.

Bundesländer, die die Daten abbilden, zu gering ist, weil die Daten nicht regelmäßig und im Vergleich der Bundesländer in unterschiedlichen Jahrgängen vorliegen. In einigen Fällen werden zudem Approbationen und Berufserlaubnisse zusammen gezählt, in anderen wiederum nicht.

Alternativ zu den Darstellungen durch die Statistischen Landesämter und das Statistische Bundesamt liegen die Daten zu Approbationen bei den Landesärztekammern vor. Diese erhalten eine Durchschrift von den approbationserteilenden Stellen. Eine Abfrage dieser Daten bei den Landesärztekammern ist grundsätzlich möglich und wäre zur Prüfung der These, ob Mediziner vor allem während Übergängen aus dem kurativen System in Deutschland aussteigen, von Bedeutung. Allerdings werden die Arztdaten bei den Landesärztekammern personenbezogen archiviert, d. h. prinzipiell ist nur die Zahl derjenigen Ärzte darstellbar, die auch bei den Landesärztekammern gemeldet sind. Ärzte zum Beispiel, die gleich nach der Approbationserteilung in Deutschland im Ausland arbeiten, wären in diesen Zahlen nicht repräsentiert.

4.3.2 *Ärzte im Praktikum*

Zahlen zu den ÄiP liegen bei den Landesärztekammern vor. Es ist möglich, die Entwicklung in einzelnen Regionen zu betrachten, allerdings nicht, in welchen Fachbereichen die ÄiP tätig sind. Theoretisch ließe sich auch darstellen, welche Studienabsolventen aus welchen Gründen noch keine AiP-Stelle angetreten haben – allerdings mit der deutlichen Einschränkung, dass dies nur für Absolventen gilt, die sofort eine Berufserlaubnis beantragen. Denn sobald ein Arzt die Berufserlaubnis erhalten hat, muss er sich bei der zuständigen Ärztekammer melden und von dem Zeitpunkt an sämtliche Statusänderungen mitteilen. Der AiP, der keine Stelle findet, müsste dann „arbeitslos“ im Meldebogen ankreuzen, der AiP, der beispielsweise erst in Urlaub fährt, müsste „sonstige Gründe“ angeben.

In der Aggregation sind Darstellungen zum AiP ohne ärztliche Tätigkeit nicht unproblematisch, da sie einerseits von der Meldebereitschaft der ÄiP abhängt und andererseits einige Kammern keine Meldepflicht für Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit haben.

Betrachtet man die vorliegenden Zahlen, zeigt sich, dass diese insgesamt von 1993 bis 2000 rückläufig waren und seitdem bei durchschnittlich 17.259 liegen.

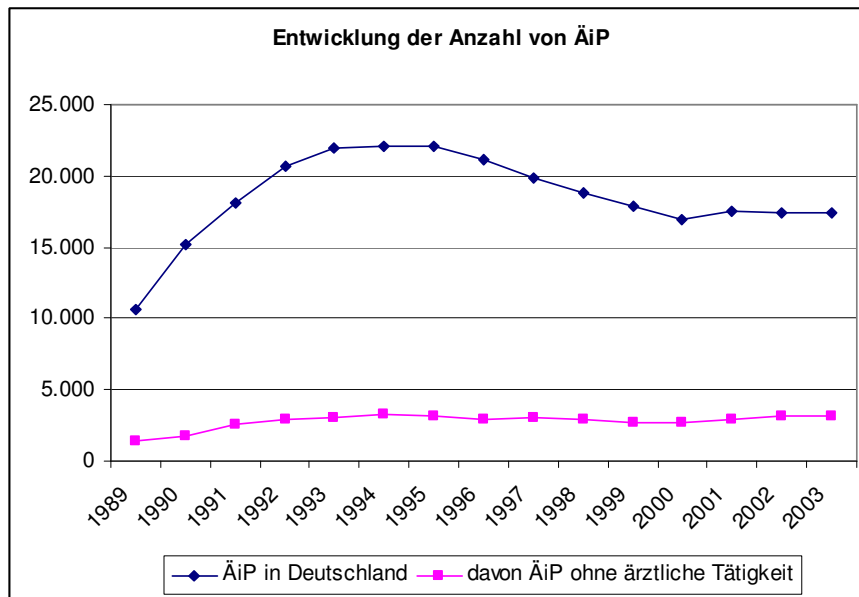


Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl von ÄiP

Im Gegensatz dazu liegt die Anzahl der ÄiP ohne ärztliche Tätigkeit seit Anfang der 90er verhältnismäßig konstant bei um die 3.000.

Im Vergleich zu den Absolventenzahlen eines Jahres sind die ÄiP-Zahlen eines Jahres deutlich höher. Die erhebliche Diskrepanz hängt damit zusammen, dass die ÄiP zum Teil „doppelt“ gezählt werden, weil das Praktikum 18 Monate lang dauert. Somit kann ein und derselbe AiP in der Statistik von zwei Jahren auftauchen. Für das Jahr 2003 beispielsweise schließt die Zahl der ÄiP (17 460) alle ÄiP aus dem Wintersemester 2002/2003, dem Sommersemester 2003 sowie einen großen Teil aus dem Sommersemester 2002 und einen Teil aus dem Wintersemester 2003/2004 mit ein. Das Jahr 2003 umfasst also alle Ärzte, die die AiP-Phase zwischen 30.06.2002 und 31.12.2003 begonnen haben. Dadurch ergibt sich folgendes Verhältnis von ÄiP zu Absolventen desselben Jahres:

	Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studiendauer	ÄiP pro Jahr	ÄiP pro Absolvent
1989	9223	10.613	1,15 ¹⁵
1990	8457	15.153	1,79
1991	9385	18.154	1,93
1992	9599	20.690	2,16

¹⁵ Dieser Wert fließt nicht mit in die Durchschnittberechnung mit ein, da im ersten Jahr nach der Einführung der 18-monatigen AiP-Phase keine ÄiP doppelt gezählt werden und sich somit kein vergleichbarer Wert ergibt.

1993	11555	21.960	1,90
1994	11178	22.131	1,98
1995	10266	22.110	2,15
1996	10507	21.112	2,01
1997	9434	19.897	2,11
1998	9373	18.785	2,00
1999	9318	17.932	1,92
2000	9165	16.955	1,85
2001	8955	17.472	1,95
2002	8852	17.350	1,96
Durchschnitt	9696	19.208	1,98

Tabelle 7: Entwicklung des Verhältnisses von AiP pro Absolvent

Zur Erklärung der hohen AiP-Zahlen hilft eine modellhafte Berechnung, die auf folgenden zwei Annahmen beruht:

- sämtliche Absolventen nehmen unmittelbar nach ihrem Studium die Phase des AiP auf,
- es besteht eine Gleichverteilung bzgl. der Aufnahme der AiP-Phase, d.h. in jedem Monat fängt die gleiche Anzahl an Absolventen ihre AiP-Phase an.

Auf dieser Basis würde die Hälfte eines jeden Absolventenjahrgangs doppelt gezählt werden (die nach dem 30.6. ihre Phase des AiP aufnimmt). Subtrahiert man nun diese Anzahl von der Anzahl der ÄiP im nächsten Jahr, ergeben sich folgende modellhafte Zugangsraten:

	ÄiP insgesamt	50% der ÄiP	Berechneter Zugang ÄiP¹⁶	Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studiendauer
1990	15.153	7.577	9.847	8.457
1991	18.154	9.077	10.578	9.385
1992	20.690	10.345	11.613	9.599
1993	21.960	10.980	11.615	11.555
1994	22.131	11.066	11.151	11.178
1995	22.110	11.055	11.045	10.266
1996	21.112	10.556	10.057	10.507
1997	19.897	9.949	9.341	9.434
1998	18.785	9.393	8.837	9.373
1999	17.932	8.966	8.540	9.318
2000	16.955	8.478	7.989	9.165
2001	17.472	8.736	8.995	8.955
2002	17.350	8.675	8.614	8.852
2003	17.460	8.730	8.785	-

Tabelle 8: Modellhafte Berechnung von jährlichen AiP-Zugängen

¹⁶ Die Berechnung erfolgt auf Basis der Formel: (ÄiP insgesamt im Jahr n) ÷ (50% der ÄiP im Jahr n-1).

Vergleicht man die berechneten Zugangsraten mit den Absolventenzahlen des jeweiligen Jahres zeigt sich eine interessante Entwicklung. Zu Anfang der 90er Jahre war die Anzahl der Zugänge in der AiP-Phase höher als die Anzahl der Absolventen. Seit 1996 (mit Ausnahme des Jahres 2001) hat es aber immer weniger neue ÄiP als Absolventen gegeben. Diese Entwicklung deutet daraufhin, dass in der Vergangenheit immer mehr Absolventen ihre AiP-Phase nicht angetreten sind.

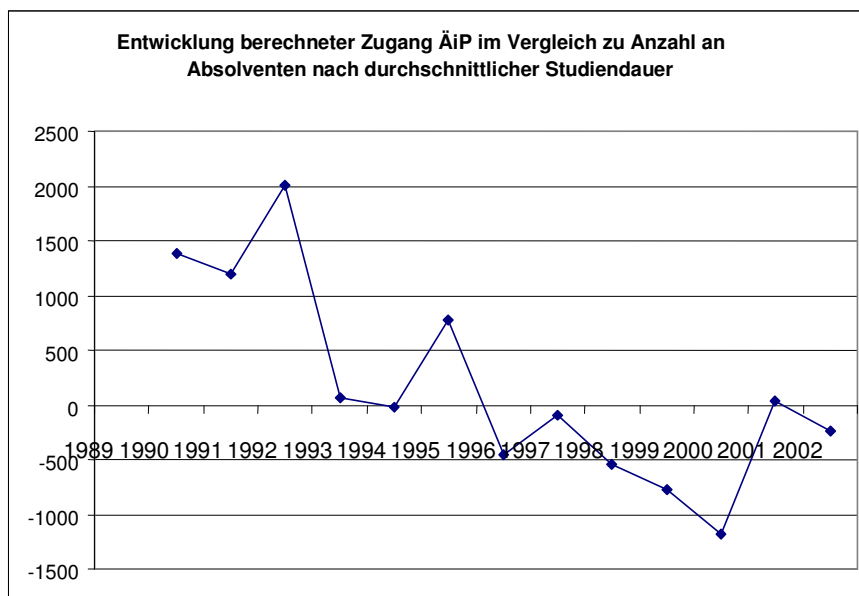


Abbildung 12: Entwicklung berechneter Zugang ÄiP im Vergleich zu Anzahl an Absolventen nach durchschnittlicher Studiendauer

Eine Darstellung des Verhältnisses von Absolventen und Neuzugängen im AiP ist auch bei Kopetsch (2003: 38) abgebildet. Im Rahmen der Darstellung kommt Kopetsch auch zu dem Ergebnis, dass die Anzahl an Absolventen, die ihre AiP-Phase nicht beginnen, in den letzten Jahren abgenommen hat. Allerdings zeigt die Darstellung lediglich die Anzahl der Absolventen, die sich in *einem bestimmten Jahr* bei den Ärztekammern angemeldet haben. Unklar bleibt, wann genau Absolventen ihre AiP-Phase beginnen. Um die Zahl der Abgänger mit den ÄiP zu vergleichen, müsste das Datum des Studienabschlusses dem Datum der Aufnahme der Tätigkeit als AiP gegenübergestellt werden. Nach Auskunft der Landesärztekammern sind beide Daten – sofern die Ärzte ihrer Meldepflicht ordentlich nachkommen – darstellbar, werden jedoch bislang nicht veröffentlicht.

Beide Berechnungen liefern allerdings keine Erklärung für die hohe Gesamtzahl der ÄiP. Auch die Tatsache, dass die Zugangszahlen der ÄiP, die sich bei

den Ärztekammern melden, seit 1998 konstant sinken, während die Anzahl an ÄiP in 2001 stieg, ist anhand der vorhandenen Datenlage nicht eindeutig erklärbar.

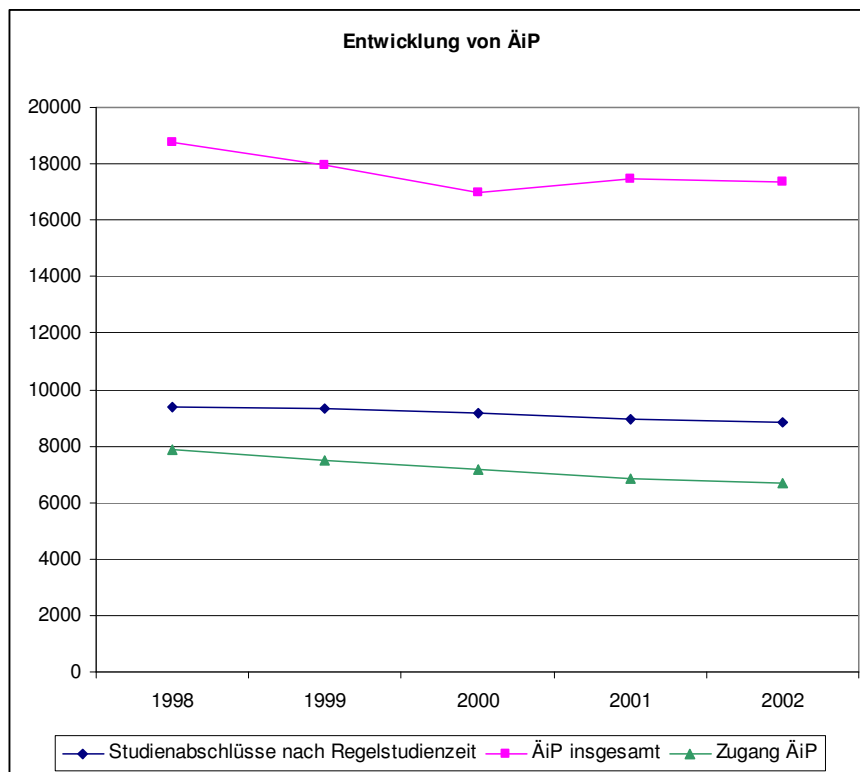


Abbildung 13: Vergleich der Anzahl der ÄiP insgesamt mit der Anzahl der Zugänge zum ÄiP sowie der Anzahl an Absolventen

Über die Ursachen können auf Basis der bisherigen Erkenntnisse nur Vermutungen angestellt werden. Beispielsweise könnten Versäumnisse bei der Meldepflicht eine Rolle spielen, oder aber es gibt tatsächlich einen relativ hohen Anteil von ÄiP, deren Status sich über mehrere Jahre nicht ändert, sei es durch Arbeitslosigkeit oder Teilzeit.

4.3.3 *Arztzahlen insgesamt*

Seit Anfang der 90er Jahre ist ein konstanter Zuwachs an Ärzten zu verzeichnen. Dabei zeigt sich, dass vor allem der Anteil an Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit stetig steigt. Waren 1991 noch 18 % aller Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit, sind es 2003 schon 21,7 %.

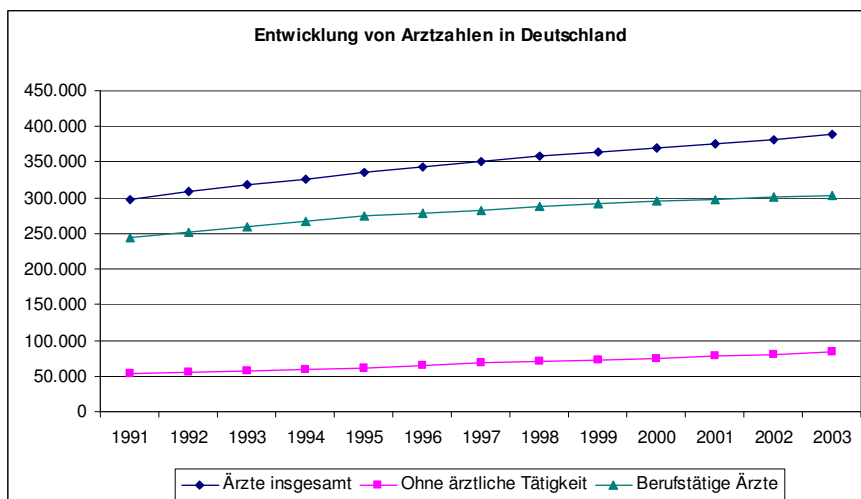


Abbildung 14: Entwicklung der Arztzahlen in Deutschland

Betrachtet man die Anzahl der berufstätigen Ärzte näher, zeigt sich, dass das Verhältnis von ambulant und stationär tätigen Ärzten in den letzten Jahren relativ konstant geblieben ist. Insgesamt betrachtet ist in diesen beiden Einsatzgebieten auch der Großteil der Ärzte (ca. 93%) tätig. Dementsprechend sind durchschnittlich lediglich ca. 7% entweder in anderen Bereichen wie Behörden, Körperschaften oder anderen Bereichen tätig.

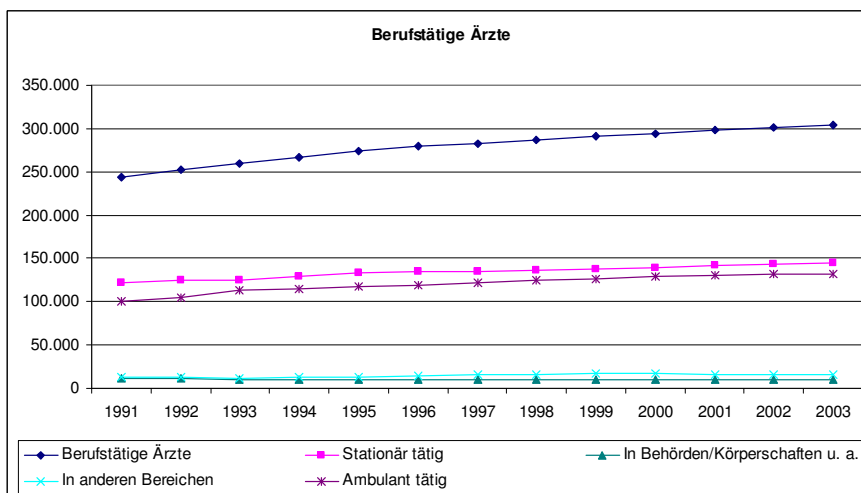


Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl an berufstätigen Ärzten

Es lässt sich also feststellen, dass vergangene Rückgänge in Studierenden-, Absolventen- und ÄiP-Zahlen sich noch nicht in der Anzahl an Ärzten widerspiegelt.

4.3.4 *Ärzte in der Weiterbildung (nach AiP-Phase oder entsprechender Auslandstätigkeit)*

Daten zur Anzahl von Ärzten in Weiterbildung liegen nicht explizit vor. Sie werden allerdings auf Basis der Annahme, dass sich in der Regel alle Assistenzärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung in der Weiterbildung befinden, abgeleitet. Eine weitere Annahme in diesem Zusammenhang ist, dass die Weiterbildung grundsätzlich im Krankenhausbereich stattfindet. Basis für diese Zahlen ist dann auch die Krankenhausstatistik der DKG. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass Daten zu in Weiterbildung befindlichen Ärzten ausschließlich für den Krankenhausbereich vorliegen.

Auf Basis dieser Annahmen wird die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung je Krankenhaus und Bettenzahl sowie nach Region durch das Statistische Bundesamt auf Basis der Krankenhausstatistik der DKG dargestellt. Darüber hinaus können die Assistenzärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung auch nach Tätigkeitsbereichen dargestellt werden. Die Darstellung nach Tätigkeitsbereichen gibt allerdings nur Aufschluss darüber, in welchem Bereich sich Ärzte zum Zeitpunkt der Datenerhebung gerade befinden. Da die Weiterbildung Aufenthalte in mehreren Bereichen erfordert, lässt sich aus diesen Zahlen nicht schließen, wie viele Ärzte sich in welcher Facharztweiterbildung befinden (vgl. auch Kopetsch 2003: 42). Wann eine Weiterbildung begonnen wurde, wie lange sie gedauert hat und mit welcher Gebietsanerkennung sie abgeschlossen wurde, kann bisher nur retrospektiv aus der Meldestatistik der Landesärztekammern dargestellt werden. Bis zum Zeitpunkt der Gebietsanerkennung selbst liegen den Ärztekammern auch keine Informationen darüber vor, welche Gebietsanerkennung angestrebt wird. Eine Steuerung der Anzahl von Annerkennung in bestimmten Fachgebieten, um Fehlallokationen zu vermeiden, ist somit gegenwärtig nicht möglich.

Darüber hinaus gilt auch hier, dass eine Beurteilung, in wie weit die Aufnahme einer Weiterbildung oder der Verlauf der Weiterbildung eine Hürde darstellt, die Ärzte dazu veranlasst, aus dem kurativen System in Deutschland auszusteigen, allein aufgrund der bestehenden Datenlage nicht möglich ist.

4.3.5 *Weiterbildungsabschlüsse*

Die Zahl der Weiterbildungsabschlüsse korrespondiert mit der Zahl der Gebietsanerkennungen. Laut Kopetsch (2003: 44) ist die Zahl der Anerkennungen seit 1995 angestiegen. Er weist allerdings darauf hin, dass im Fach Allgemeinmedizin 1993 für 2 Jahre lang die Möglichkeit der Umschreibung von Ärzten ohne Gebietsbezeichnung zum Allgemeinmediziner bestand und die Zahlen vor allem aus dem Jahr 1995 mit Vorsicht zu betrachten seien. Er

kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Gebietsanerkennungen – wenn die Anerkennungen zur Allgemeinmedizin herausgerechnet werden – eher geschrumpft sei.

Auch hier besteht erhöhter Bedarf zu einer umfassenderen Datenerhebung, die Hinweise auf eventuelle Fehlallokationen vor allem bezüglich verschiedener Regionen liefern könnte.

4.3.6 *Entwicklung der Zahl der Ärzte in/außerhalb kurativer Tätigkeit*

Die Darstellung der Entwicklung der Zahl der kurativ tätigen Ärzte ist nach Tätigkeitsbereich, Gebietsbezeichnung (bzw. Teilgebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen), Region, Geschlecht und Alter – mit den oben beschriebenen Einschränkungen (vgl. 3.1) - möglich. Auch kann nach Zahlen zur kurativen Berufstätigkeit vor und nach der Weiterbildung mit den vorhandenen Datenreihen differenziert werden.

Nicht möglich hingegen ist die Darstellung der Entwicklung der Zahl der Ärzte *außerhalb* der kurativen Tätigkeit. Die Landesärztekammer unterscheiden bei ihrer Erfassung laut der technischen Richtlinie zwischen

- a) *Ärzte in sonstiger ärztlicher Tätigkeit* (Praxisvertreter, Gutachter, Medizinjournalist, Angestellter – Pharmazie / Arbeitsmedizin, sonstige ärztliche Tätigkeit) und
- b) *Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit* (Ruhestand, Haushalt, berufsfremd, arbeitslos, Elternzeit, berufsunfähig, Altersteilzeit, sonstiger Grund).

Regelmäßig dargestellt werden dabei nur die Zahlen zu den Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit.

Trotz Vorgaben des Arbeitskreises erfassen die LÄK diese Kategorien zum Teil unterschiedlich: So zählen manche Tätigkeiten in einigen LÄK zur Kategorie „ohne ärztliche Tätigkeit“, während dieselben Tätigkeiten bei anderen LÄK zur Kategorie „sonstige ärztliche Tätigkeit“ gehören. Ein Beispiel ist die Gutachtertätigkeit, die bei den einen als ärztliche Tätigkeit gilt, weil ärztliches Wissen benötigt wird, während die anderen sie als berufsfremd, also ohne ärztliche Tätigkeit, einstufen. Insgesamt werden diese Daten zumeist als „weiche“ Daten bezeichnet, weil keine Möglichkeit zur Überprüfung des Wahrheitsgehalts besteht.

Außerdem müssen auch die unterschiedlichen Meldepflichten in den LÄK berücksichtigt werden: So muss ein Arzt ohne ärztliche Tätigkeit sich in einigen Ländern *nicht* bei der Kammer melden. In anderen Ländern gilt, dass sich

jeder Arzt, ob ärztlich tätig oder nicht, melden muss. Aus diesem Grund lässt sich keine genaue Erhebung bezüglich der Zahl der Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit machen.

Neben der unterschiedlichen Erfassung durch die LÄK spielt ein weiterer Aspekt bei der ungenauen Datenlage zu Ärzten außerhalb kurativ ärztlicher Tätigkeit eine Rolle: Wie oben beschrieben, hängt die Exaktheit und die Aktualität der Daten von der „Meldelust“ der Ärzte ab, da sie für die Angabe jeglicher Veränderungen ihres Status verantwortlich sind. Kommen die Ärzte ihrer Meldepflicht nicht ausreichend nach, entstehen Ungenauigkeiten bei der Erstellung von statistischen Angaben.

Die Bundesärztekammer plant für Ende 2004 eine Erhebung und Veröffentlichung der Entwicklung der Zahl der nicht kurativ tätigen, approbierten Ärzten, die bei den Landesärztekammern gemeldet sind.

Eine differenzierte Darstellung der Ärzte *ohne ärztliche Tätigkeit* erfolgte erstmals 2002 und liegt auch für 2003 vor. Die Anteile verteilen sich wie folgt:

Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit (in Prozent)	2003	2002
Im Ruhestand	54	61,7
Berufsunfähig	1,8	1,8
Freistellungsphase der Altersteilzeit	0,4	0,2
Ausschließlich im Haushalt tätig	5,6	6,1
Berufsfremd tätig	2,5	2,8
Elternzeit	5,7	6,1
Arbeitslos	11,8	13,1
Sonstige Gründe	18,3	8,2
Summe	100,1	100
Quelle: Bundesärztekammer		

Tabelle 9: Tätigkeiten von Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit

Neben den oben aufgeführten Aspekten der Ungenauigkeit dieser „weichen“ Daten muss auch berücksichtigt werden, dass die Zahlen in dieser Detailliertheit erstmals 2002 dargestellt wurden und die Daten der Ärztekammer Nordrhein im Jahr 2002 fehlen. Bemerkenswert ist dennoch der Unterschied bei den Zahlen im Ruhestand und bei der Nennung sonstiger Gründe. Für eine zuverlässige Interpretation muss die weitere Veröffentlichung dieser Daten in nächster Zeit abgewartet werden.

Ein Anhaltspunkt dafür, dass diese Angaben nur mit Vorsicht interpretiert werden können, zeigt die Zahl der arbeitslosen Ärzte. Laut Zentralstelle für

Arbeitsvermittlung (ZAV) sinkt die Zahl der arbeitslosen Ärzte seit 1998 und liegt aktuell bei unter 2 Prozent, bei den Fachärzten sogar unter 1 Prozent, was Vollbeschäftigung signalisiert. In der Vergangenheit war laut ZAV häufiger die These zu hören, dass der Anteil der verdeckten Arbeitslosigkeit bei Ärzten besonders hoch sei. Dem widerspricht die Bundesagentur für Arbeit allerdings: Da Mediziner bereits nach Abschluss der AiP-Phase in der Regel Arbeitslosengeldansprüche erworben haben, geht sie davon aus, dass sich die Ärzte entsprechend bei der BA melden und somit registriert werden. Erklärt werden kann die Diskrepanz somit lediglich durch ungenaues Meldeverhalten von Ärzten, die sich möglicherweise bei der Kammer als arbeitslos melden, obwohl sie sich in Elternzeit befinden oder sich nicht ordnungsgemäß umgemeldet haben, obwohl sie eine neue Stelle haben und daher weiterhin als arbeitslos geführt werden.

Auch die Entwicklung der Zahl der im Ausland tätigen Ärzte lässt sich mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht abbilden. Hier gilt ebenfalls das tatsächliche und unterschiedliche Meldewesen der Kammern sowie das Meldeverhalten der Ärzte als Grund. Lediglich in manchen Bundesländern können Ärzte im Ausland freiwillig Mitglied ihrer Kammer bleiben. Andere wiederum löschen die Daten ihrer (ehemaligen) Mitglieder, die ins Ausland gegangen sind. Meist ist es nur dann möglich, Daten von ins Ausland verzogenen Ärzten zu erfassen, wenn diese entweder wieder in das gleiche Bundesland/in den gleichen Bezirk zurückkehren oder wenn sie dort eine Weiterbildung absolviert haben, die sie in Deutschland angerechnet haben wollen. Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass es ebenfalls keine verlässlichen Daten über die Größenordnung der Abwanderung ins Ausland gibt.

4.3.7 *Bedarf an Ärzten im kurativen und nicht-kurativen Bereich*

Wie oben ausgeführt, ist gemäß der Arbeitslosenstatistik der ZAV die Arbeitslosenquote bei Humanmedizinern 2003 insgesamt unter die Marke von zwei Prozent gerutscht, damit herrscht quasi Vollbeschäftigung (vgl. ZAV 2004). Bei Fachärzten hat sich sogar für das Jahr 2003 eine Arbeitslosenquote von unter 1% ergeben (vgl. ZAV 2004: 56ff). Allerdings ist eine deutliche Diskrepanz zu erkennen zwischen dem Frauenanteil unter den Arbeitslosen, der mit 61% wesentlich höher lag als ihr Anteil an den Berufstätigen, der nur knapp 38% im Jahr 2003 betrug.

Damit zeigt sich, dass auf dem Arbeitsmarkt die Nachfrage nach Ärzten gestiegen ist. Beispielsweise war der Anteil der den Arbeitsämtern am Jahresende 2003 vorliegenden Stellenangebote aus Krankenhäusern mit 61% noch höher als ein Jahr zuvor (55%). Auch die Angebote an Praxisnachfolgern stiegen an (2002: 6%, 2003: 13%). Die Nachfrage aus der Privatwirtschaft

ist laut ZAV hingegen zurückgegangen (vgl. ZAV 2004: 56, 58). Dies bedeutet nicht unbedingt, dass Ärzte nicht mehr vermehrt in andere Bereiche außerhalb der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit wechselten. Lediglich die Zahl der Stellenangebote ist zurückgegangen.

Nach telefonischer Auskunft der ZAV ist mit 1,5 % die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten¹⁷ stärker als die Zahl der berufstätigen Ärzte gestiegen. Am 30. September 2003 wurden 161.783 Ärzte gezählt, die sich in einer versicherungspflichtigen Tätigkeit befanden, darunter 69.503 Frauen. Davon waren rund 82 % Angestellte in Krankenhäusern, 5,5 % angestellte Ärzte im niedergelassenen Bereich, weitere 2,2 % in anderen patientennahen Bereichen des Gesundheitswesens, (z.B. Rettungswesen), 3,4 % befanden sich in verschiedenen Bereichen der öffentlichen Verwaltung. Knapp 1 % war in Einrichtungen des Sozialwesens, wie Behinderten- und Altenheimen, beschäftigt. 0,6 % Ärzte arbeiteten in der - überwiegend Chemischen und Pharmazeutischen - Industrie und weitere 1,2 % in verschiedenen Einrichtungen von Forschung und Entwicklung. Bei Verbänden und Vereinigungen waren gut tausend Ärzte beschäftigt (0,6 %). Auch in allen anderen Branchen, vor allem im Handel und im Dienstleistungssektor waren Ärzte, wenn auch in kleiner Anzahl, beschäftigt.

4.3.8 *Berufsperspektiven im kurativen und nicht-kurativen Bereich*

Berufsperspektiven im kurativ ärztlichen Bereich werden vor allem in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin gesehen. Die Relationen von arbeitslosen Fachärzten zu offenen Stellen waren überwiegend in den Fachgebieten ungünstig, bei denen es einen hohen Frauenanteil an Arbeitslosen gibt, wie z.B. bei der Kinderheilkunde und der Gynäkologie.

Gute Beschäftigungsmöglichkeiten im kurativen Bereich bestehen auch im Ausland, vor allem in Skandinavien, Großbritannien, Frankreich und den Niederlanden.

Alternative Beschäftigungsmöglichkeiten bieten v.a. die Pharmazeutische Industrie und die Medizintechnik. Medizininformatik, Umweltmedizin, Gesundheitsmanagement und Public Health sind weitere Bereiche, in denen Arbeitsmarktforscher langfristig mit einem zunehmenden Bedarf rechnen.

¹⁷ Die ZAV erfasst lediglich die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Daher können auch nur die Ärzte außerhalb kurativer ärztlicher Tätigkeit von der Statistik erfasst werden, die einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen. Freiberufler und Selbständige werden nicht erfasst.

4.4 Zusammenfassung

Die Analyse und Bewertung der Datenlage hat insgesamt gezeigt, dass zum Teil detaillierte Daten und Informationen zu Studierenden- und Arztzahlen in verschiedenen Bereichen vorliegen. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass wichtige Daten nicht vorliegen bzw. nur unzureichend erfasst werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die Diskussion über den Bedarf an Ärzten und dem in diesem Zusammenhang diskutierten Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit in Deutschland eine genauere statistische Darstellung in folgenden Bereichen wünschenswert wäre:

- Gründe und Zeitpunkt des Studienabbruchs
- Übergänge zwischen Studium und Approbation bzw. Approbation und Berufstätigkeit.
- Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland
- Die Entwicklung der Zahl der Studierenden und Erstsemester, die „quer“ in das Fach einsteigen.

Bei der Betrachtung und Analyse der vorliegenden Daten sind vor allem folgende Sachverhalte von besonderem Interesse:

- Die Zahl der Studierenden insgesamt fällt über den Zeitraum von 1993 bis 2002¹⁸, während die Zahl der Erstsemester leicht ansteigt.¹⁹ Dadurch ist der Anteil an Erstsemestern seit 1991 von ca. 11% auf über 16% in 2002 gestiegen. Mögliche Erklärungsansätze für diese Entwicklung könnten beispielsweise die steigende Anzahl von Studienabbrechern oder auch eine Verringerung der durchschnittlichen Studiendauer sein. Die in dieser Studie berechneten Schwundquoten stützen die Aussage einer steigenden Anzahl von Abbrechern.
- Seit Anfang der 80er Jahre ist der Anteil an weiblichen Absolventen von 33% auf ca. 52% 2002 gestiegen. Dabei überstieg die Zahl der weiblichen Absolventen erstmals im Jahr 2001 die Zahl ihrer männlichen Kommilitonen. Außerdem zeigt sich über die letzten 15 Jahre, dass der durchschnittliche weibliche Anteil an Erstsemestern und an späteren Absolventen konstant bleibt. Der Anteil an weiblichen Erstsemestern ist in den letzten Jahren auf über 60% gestiegen.
- Bei den erfolgreichen Studienabschlüssen lässt sich in den letzten 20 Jahren ein zyklischer Verlauf erkennen. Dieser ist allerdings in den letz-

¹⁸ Mit Ausnahme des leichten Anstiegs 1998 um 339 und 2002 um 162.

¹⁹ Mit Ausnahme des geringfügigen Rückgangs 1994 um 213, 1997 um 446 und 2000 um 200.

ten Jahren unterbrochen worden. Seit 1993, dem Jahr mit der höchsten Anzahl an erfolgreichen Studienabschlüssen, hat die Anzahl der Absolventen mit Ausnahme des Jahres 1996 konstant abgenommen. So ist die Zahl in den letzten zehn Jahren um 23 % gefallen.

- Bei den ÄiP sind sinkende Zugangszahlen zu verzeichnen. Die in dieser Studie modellhaft errechneten Zugangszahlen liegen allerdings deutlich über den Zugangszahlen, die die Landesärztekammern in ihrer Statistik ausweisen. Der insgesamt hohe Bestand an ÄiP kann aus der Datenlage heraus nicht eindeutig erklärt werden. Mögliche Ursachen können Versäumnisse bei der Meldepflicht oder ein relativ hoher Anteil von ÄiP, deren Status sich über mehrere Jahre nicht ändert, sein. Ein Grund hierfür kann beispielsweise Arbeitslosigkeit sein.
- Die Zahl der Ärzte in Deutschland ist auch in den letzten Jahren konstant weiter angestiegen. Es lässt sich also feststellen, dass die Rückgänge in Studierenden-, Absolventen- und AiP- Zahlen sich noch nicht in einem Rückgang der Arztzahlen niedergeschlagen haben.

5. Synthese der vorangegangenen Bewertungen

In der Zusammenführung der einzelnen Bewertungen sowie unter Berücksichtigung der Datenlage erfolgt nun eine Einschätzung darüber, inwieweit auf Basis der vorliegenden Daten und Studien die These eines drohenden bzw. existierenden Ärztemangels nachvollzogen werden kann. Im Folgenden wird auch summarisch dargestellt, welche Ursachen die Autoren der Studien für einen eventuellen Ärztemangel sehen und welche Handlungsbedarfe sie ableiten. Darüber hinaus bietet die Synthese der vorangegangenen Arbeitsschritte die Möglichkeit einzuschätzen, ob plausible und zuverlässige Vorhersagen derzeit auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten überhaupt möglich sind.

5.1 Zwischenfazit - Droht in Deutschland ein Ärztemangel?

Aus der Zusammenführung der einzelnen Studien kann kein genereller Ärztemangel in Deutschland abgeleitet bzw. prognostiziert werden. Allerdings kann aus den Studien der KBV/BÄK, des WIDO und des DKI eindeutig abgeleitet werden, dass eine punktuelle Unterversorgung besteht, die sich ohne Entgegenwirken in den nächsten Jahren verstärken wird. Diese Unterversorgung konzentriert sich regional laut der Studien in erster Linie auf ländliche ostdeutsche Regionen.

Ein Mangel an Ärzten wird dort für die hausärztliche Versorgung sowie für den stationären Bereich konstatiert. Kopetsch weist in der KBV/BÄK-Studie darauf hin, dass die Unterversorgung im hausärztlichen Bereich in den ostdeutschen Bundesländern die Folge von Wiederbesetzungsproblemen ist. Praxen, deren Inhaber altersbedingt aus der hausärztlichen Versorgung ausscheiden, finden demzufolge keine Nachfolger. Aus der methodischen Bewertung dieser Studie lassen sich grundsätzlich keine Gründe ableiten, die die Wiederbesetzungsproblematik in den ostdeutschen Bundesländern in Frage stellen. Eine exakte Quantifizierung zu den versorgungsrelevanten Aspekten der beschriebenen Effekte würde allerdings eine detailliertere Auseinandersetzung mit dem künftigen Bedarf in den betroffenen Regionen voraussetzen.

Die Studie des DKI macht deutlich, dass derzeit 80% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern Probleme haben, offene Stellen zu besetzen. Laut einer Hochrechnung in der Studie sind aktuell in Krankenhäusern bundesweit insgesamt 3.160 Stellen für approbierte Ärzte nicht besetzt. Die Studie selbst nimmt keine Prognosen für die kommenden Jahre vor. Es handelt sich um eine Momentaufnahme. Der Bedarf wird nicht näher konkretisiert und

wird aus der Anzahl der offenen Stellen abgeleitet. Als Ursachen für die besondere Problematik in Ostdeutschland wird die Abwanderung von Ärzten in die westdeutschen Bundesländer konstatiert.

Die Studie des WIDO weist implizit darauf hin, dass diese punktuelle Unterversorgung zunächst kein Anzeichen eines Ärztemangels sei, sondern vielmehr eine Fehlallokation von Ärzten, da in anderen Regionen je nach Fachbereich eine Überversorgung besteht. Eine detaillierte und exakte Quantifizierung der Fehlallokation bzw. der aktuellen und künftigen Unterversorgung in den genannten Bereichen ist auf Basis des vorliegenden Materials nicht möglich.

Im Hinblick auf die Prognosefähigkeit der betrachteten Studien ist generell festzuhalten, dass der Problematik eines eventuellen Ärztemangels, der offenen Stellen oder der Fehlallokation keine detaillierten Bedarfszahlen bzw. Bedarfsprognosen gegenübergestellt werden. Vielmehr wird der Bedarf an Ärzten aus der Vergangenheit für die nächsten Jahre fortgeschrieben. Vor dem Hintergrund der prognostizierten demografischen Entwicklung und der Veränderungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen ist daher eine eindeutige Vorhersage über das erforderliche Angebot an Ärzten für den kurativen Bereich in Deutschland nicht möglich.

Als Ursachen für möglicherweise fehlendes ärztliches Personal nennen die Studien aufgrund verschiedener Untersuchungsperspektiven auch unterschiedliche Gründe. Die Ursachenforschung fällt darüber hinaus unterschiedlich dezidiert aus. So folgert das DKI aus seinen Ergebnissen, dass eine Abwanderungsbewegung von Ärzten aus ostdeutschen Krankenhäusern in westdeutsche Bundesländer stattfinden muss. Weiter überprüft wird diese These allerdings nicht. Das WIDO schließt aus seinen Daten auf eine Fehlallokation. Beide Studien führen die genannten Ursachen auf unterschiedlich attraktive Arbeitsbedingungen in bestimmten Regionen und Fachgebieten zurück. Neben der Attraktivität von Arbeitsbedingungen allein muss aber auch die Attraktivität der allgemeinen Lebensbedingungen mit in die Ursachenforschung einbezogen werden. Für die individuelle Entscheidung über den Verbleib am Ort der beruflichen Tätigkeit oder den Zuzug dort hin müssen im Allgemeinen auch Überlegungen zur Infrastruktur einer Region, wie etwa zu Schulangeboten, Freizeitmöglichkeiten, kulturellen Angeboten oder zu den beruflichen Perspektiven von (Ehe-)Partnern etc. mit einbezogen werden. Die Erreichbarkeit dieser Angebote und Möglichkeiten, soweit sie nicht zufrieden stellend vor Ort vorhanden sind, spielt dabei natürlich auch eine entscheidende Rolle.

Einen Ärztemangel erklärt Kopetsch aus der Altersstruktur der Ärzteschaft. Ärztemangel folgt in seiner Argumentation aus einem Nachwuchsmangel. Der wiederum sei darauf zurückzuführen, dass für Mediziner in den letzten Jahren eine Reihe attraktiver beruflicher Alternativen zur kurativen Tätigkeit in Deutschland entstanden sei. Dabei konnte er allerdings nicht feststellen, dass Ärzte, die bereits kurativ tätig waren, verstärkt aus dem kurativen System in Deutschland ausscheiden. Kopetsch (2003: 71) weist vielmehr explizit darauf hin, dass der Anteil von Medizinern außerhalb von Krankenhaus und Praxis relativ konstant um die 9% liegt. Betrachtet man aber diesen Sachverhalt zusammen mit den Absolventenzahlen, liegt der Schluss nahe, dass attraktivere berufliche Alternativen eher schon während des Studiums bzw. kurz danach erkannt und verfolgt werden.²⁰

Auf Basis der Thesen leiten sowohl die WIDO-Studie als auch Kopetsch unterschiedliche Empfehlungen ab. Die WIDO-Studie empfiehlt eine Einbeziehung kleinräumiger Bevölkerungsprognosen und die Entwicklung von Maßnahmen auf Länder- und Planungskreisebene. Zudem sollen Fehlallokationen systematisch analysiert und ausgeglichen werden.

Vor dem Hintergrund des steigenden Anteils an Medizinstudentinnen empfiehlt die Studie erstens die Schaffung von Strukturen zur Ermöglichung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie zweitens besondere Wiedereinstiegshilfen für Frauen, die die kurative Tätigkeit aus familiären Gründen unterbrochen haben.

Für die Gestaltung von weiteren Maßnahmen verweist die Studie auf bestehende Maßnahmenkataloge einzelner Länder (Brandenburg und Thüringen) und des AOK-Bundesverbandes (im Anhang der Studie beigefügt). Dieser gibt mehrere konkrete Empfehlungen in den Bereichen der Bestandssicherung, der Förderung von Neuansiedlungen von Vertragsärzten und Ermächtigungen sowie zu neuen Organisationsformen bzw. der Ausschöpfung vorhandener Möglichkeiten.

Kopetsch hingegen fordert in seiner Studie eine praxisnähere Ausbildung und attraktivere Arbeitsbedingungen (bessere Vergütung, weniger Regulierungen und Bürokratie), um dem festgestellten Nachwuchsmangel zu begegnen. Bezüglich der Situation von Ärztinnen stimmt Kopetsch mit der WIDO-Studie überein und empfiehlt, attraktivere Rahmenbedingungen zu schaffen, um Ärztinnen wieder für die kurative Tätigkeit zu gewinnen.

²⁰ Diese Annahme ist auch Gegenstand der Befragung und wird im zweiten Teil des Gutachtens genauer betrachtet.

Bezüglich der finanziellen Spielräume im deutschen Gesundheitswesen ist zur Forderung nach einer verbesserten Vergütung anzumerken, dass eine flächendeckende Verbesserung wohl kaum Realisierungschancen haben kann, zumal zur Behebung bzw. zur Verhinderung regionaler und fachspezifischer Mangelsituationen eine gezielte Anreizpolitik viel besser dazu beitragen kann, Fehlallokationen zu korrigieren bzw. zu vermeiden.

Vor allem vor dem Hintergrund der insgesamt steigenden Zahl von Medizinstudentinnen und Ärztinnen muss diskutiert werden, ob die derzeitige Zahl an Studienplätzen ausreicht, um künftig die Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch durch ein eventuelles Mehrangebot an Teilzeitbeschäftigung besser zu gewährleisten. Andernfalls wäre möglicherweise mit einer höheren Ausstiegsquote aus der kurativen Tätigkeit zu rechnen. Dem steigenden Interesse von Frauen, als Ärztinnen tätig zu werden, könnte jedenfalls mit einem solchen Mehrangebot an Teilzeitbeschäftigung Rechnung getragen werden. Dies kann allerdings auch bedeuten, dass insgesamt mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt würden als bislang, also insgesamt mehr ausgebildet werden müsste, um vorhandene (Teilzeit-)Stellen zu besetzen.

Da die betrachteten Studien in unterschiedlichem Ausmaß einen veränderten bzw. auch steigenden Bedarf an kurativ tätigen Ärzten und damit auch ein zusätzlich erforderliches Angebot an kurativ tätigen Ärzten in Deutschland vorhersagen, soll im Folgenden diskutiert werden, inwieweit auf Basis des vorhandenen Datenmaterials eine zuverlässige Prognose des Bedarfs und des Angebots möglich ist.

5.2 Können Angebot und Bedarf an Ärzten derzeit zuverlässig prognostiziert werden?

Eine zuverlässige Prognose der Entwicklungen von Angebot und Bedarf an Ärzten in Deutschland ließe sich aus Sicht von Rambøll Management entlang des unter Kap. 2 vorgestellten Modells (vgl. Abb. 1) vornehmen. Voraussetzung wäre die Verfügbarkeit entsprechender Daten. Die Datenlage in diesem Zusammenhang ist daher Gegenstand der folgenden Betrachtung.

5.2.1 Anforderungen an die Prognose des Angebots an Ärzten

Im Hinblick auf das Angebot an Ärzten ist zunächst festzuhalten, dass in weiten Teilen hinreichende Daten vorliegen, um die akademische Ausbildung im Fach Humanmedizin nachzuvollziehen:

- Daten zur *Anzahl der Studienplätze* sowie zur Anzahl der Bewerber im Fach Humanmedizin liegen bei der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) vor.
- Ebenfalls verfügbar sind Daten zur *Anzahl der Studierenden im 1. Fachsemester Humanmedizin*. Allerdings weichen die Daten der ZVS und des Statistischen Bundesamtes voneinander ab. Wie die Erörterung im Rahmen der BÄK/KBV-Studie verdeutlicht, sind in diesem Zusammenhang Teilstudienplätze, Promotionsstudierende, abgelehnte Bewerber sowie nachrückende Studierende zu beachten. Grundsätzlich ist eine Berücksichtigung dieser Aspekte aber zu bewerkstelligen.
- Valide Daten zur *Anzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin* insgesamt liegen beim Statistischen Bundesamt vor.
- Gleiches gilt für Daten zur *Anzahl der Absolventen im Fach Humanmedizin*. Alternativ sind Daten vom Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) erhältlich. Obwohl diese die Grundlage für die Zahlen des Statistischen Bundesamtes liefern, weichen beide Datensätze deutlich von einander ab. Ursächlich hierfür sind unterschiedliche Erhebungszeiträume sowie rückwirkende statistische Korrekturen bei den Daten des IMPP. Für die Jahre 1994-1998 ergeben sich zudem Abweichungen aufgrund einer Übergangsregelung in den neuen Bundesländern, die lediglich das Statistische Bundesamt durch Befragung der Statistischen Landesämter zu berücksichtigen vermochte. Es ergeben sich auch in diesem Fall keine Gründe, die der Nutzung der Daten im Rahmen einer Prognose entgegenstehen.

Im Ergebnis liegen damit weit reichende Daten zur akademischen Ausbildung vor. Diese erlauben prinzipiell auch eine Berechnung der *Zahl der Studienplatzabbrecher bzw. -wechsler*. Zu diesem Zweck sind Erstsemester und Absolventen der jeweiligen Studierendenkohorte gegenüber zu stellen. Während die HIS-Studie in diesem Zusammenhang von den Studierenden im ersten Hochschulsemester ausgeht, legen BÄK/KBV die Studierenden im ersten Fachsemester zugrunde. Letztere Vorgehensweise ist überzeugender. Wesentlich für die Berechnung ist darüber hinaus die *durchschnittliche Studiendauer*.²¹

Um die Zahl der Absolventen zu quantifizieren, die pro Jahr neu für die kurative Tätigkeit zur Verfügung stehen, wäre im nächsten Schritt die *Zahl der Approbationen* zu erfassen. Mit der Umstellung der *Statistik der Gesundheitsberufe* auf die *Gesundheitspersonalrechnung* im Jahr 2000 hat das Statistische Bundesamt allerdings die Erhebung und Darstellung der jährlich neu erteilten Approbationen eingestellt. Wie beschrieben können diese Daten mit gewissen Einschränkungen auch durch die Landesärztekammern dargestellt

werden. Idealerweise müssten die Daten bei den approbationserteilenden Stellen wie Bezirksregierungen, Landesämtern, Landesprüfungsämtern und Regierungspräsidien erhoben werden. Dies erscheint grundsätzlich möglich.

Insgesamt betrachtet repräsentiert die Zahl der neu erteilten Approbationen einen Großteil des Angebots an Medizinerinnen, das der ärztlichen Versorgung in Deutschland pro Jahrgang neu zur Verfügung steht. Allerdings kann von der Anzahl der Neuapprobationen nicht unmittelbar auf die neu kurativ tätigen Ärzte geschlossen werden, weil auch nach dieser Schwelle Drop-Outs möglich sind.

Die Anzahl der kurativ tätigen Ärzte setzt sich zusammen aus *Ärzten, die ohne vorherige Weiterbildung praktizieren* sowie aus *Ärzten in Weiterbildung und Fachärzten*. Dabei mangelt es v.a. an Angaben zur ersten Gruppe. Umfassende Daten zu den Fachärzten liegen systematisch (Bruttozugänge- und -abgänge) erfasst zudem lediglich für den ambulanten Sektor vor. Wie die BÄK/KBV-Studie verdeutlicht, lassen sich derartige Probleme zwar durch Modellannahmen über die Entwicklung im stationären Sektor und anderen Bereichen umgehen. Die Prognoseergebnisse sind dadurch allerdings mit einer größeren Unsicherheit behaftet. Insofern besteht hier ein besonderer Bedarf an weiterführenden Datenerhebungen und Analysen.

Diese Bewertung lässt sich auf die Erstellung einer Prognose allgemein übertragen. So erscheint eine grundsätzliche Untersuchung und Quantifizierung von Zu- und Abgängen insgesamt, d.h. an allen wesentlichen Schwellen von Studienbeginn bis zu kurativer Tätigkeit, wünschenswert. Auf diesem Weg könnte ein besseres Verständnis der Entwicklung und der ihr zugrunde liegenden Faktoren ermöglicht und dadurch die Qualität der Prognose sichergestellt werden.

5.2.2 *Anforderungen an die Prognose des Bedarfs an Ärzten*

Ein grundsätzliches Defizit der hier analysierten Studien liegt in der Gegenüberstellung der Arztzahlenentwicklung mit dem vom Status quo aus fortgeschriebenem Bedarf an Ärzten. Eine zuverlässige Prognose muss aber neben den Veränderungen auf der Angebotsseite auch Veränderungen in der Bedarfssituation mit einbeziehen.

Die im Zusammenhang mit Bedarfsveränderungen bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen sicherlich am häufigsten zitierte Prognose ist die zur demografischen Entwicklung. Daraus abgeleitete Vorhersagen über

²¹ In Teil B wird eine solche Berechnung vorgenommen (vgl. Kap. 6.2).

sich verändernde Morbiditäten sind für eine Schätzung des künftigen Bedarfs an Ärzten unerlässlich.

Ebenso relevant ist eine Einschätzung darüber, inwieweit die Erschließung von Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen eventuell auch zu einem veränderten Bedarf an Medizinern führt. Diesbezügliche gesundheits-systemrelevante Entwicklungen sind beispielsweise die Etablierung integrierter Versorgungssysteme einschließlich der Hausarztmodelle, die Einführung der Praxisgebühr und der damit verbundene Rückgang der Arztbesuche, aber auch der Abbau von Krankenhauskapazitäten oder die Einführung der DRG. In diesem Zusammenhang kann bislang noch nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden, ob künftig eher mehr oder eher weniger Ärzte benötigt werden.

Darüber hinaus gilt es, systematisch zu untersuchen, in welchem Ausmaß sich ebenfalls vorhergesagte Veränderungen in Erwartungs- und Konsumhaltungen auf Seiten der Patienten auf den Bedarf an Ärzten auswirken. Und schließlich wurde bislang ebenfalls nicht betrachtet, welche Auswirkungen der medizinisch-technische Fortschritt auf die künftige Nachfrage nach Ärzten haben kann.

Ein weiterer Einflussfaktor, der im Zuge des EuGH-Urteils ganz aktuell zu diskutieren ist, besteht in der Reduzierung der Arbeitsbelastung vor allem von Krankenhausärzten. Hier wurde in den letzten Monaten in erster Linie prognostiziert, dass ein enormer Bedarf an zusätzlichen Ärzten bestünde. Demgegenüber wurde in diesen Prognosen allerdings nicht mit einbezogen, ob dieser zusätzliche Bedarf nicht teilweise durch moderne Arbeitszeitsysteme und eine effizientere Arbeitsorganisation kompensiert werden könnte. Eine systematische Aufarbeitung der Auswirkungen, die die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie auf den Personalbedarf in Krankenhäusern hat, wurde kürzlich durch das DKI (Blum 2004) vorgelegt. Demnach wären für die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie bei einer Wochenarbeitszeit von 38,5 bzw. 40 Stunden ca. 18.700 neue Vollzeitstellen im ärztlichen Bereich erforderlich. Weiterhin ermittelte das DKI aber eine hohe Bereitschaft der Ärzteschaft im Krankenhausbereich 48 Stunden pro Woche zu arbeiten. Sollten 100% des derzeitigen ärztlichen Personals im Krankenhausbereich 48 Stunden pro Woche arbeiten, so eine Modellannahme des DKI, könnte die EU-Arbeitszeitrichtlinie stellenneutral umgesetzt werden. Eine Prognose des künftigen Bedarfs an Krankenhausärzten im Zuge der Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie erfordert, vorbehaltlich einer grundsätzlichen Einigung der Tarifpartner, eine Einschätzung darüber, wie hoch der Anteil der Ärzte im Krankenhausbereich ist, die 48 Stunden pro Woche arbeiten würden. Laut der Studie des DKI liegt die Bereitschaft für die 48-Stunden-Woche bei Ärz-

ten, die bislang Bereitschaftsdienste geleistet haben, bei 65% der Befragten.
Bezogen auf alle Ärzte liegt die Zustimmung bei 52% (Blum 2004).

Teil B

6. Ergebnisse der Befragung

Die Synthese der untersuchten Studien in dem ersten Teil des Gutachtens hat gezeigt, dass nicht von einem generellen Ärztemangel in Deutschland ausgegangen werden kann. Allerdings wurde auch deutlich, dass vor allem in ostdeutschen und vor allem in ländlichen Regionen eine punktuelle Unterversorgung bereits besteht, die sich ohne weiteres Entgegenwirken in den nächsten Jahren noch verstärken wird.

Die Studien sehen folgende Gründe als zentral für den Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit bzw. die Abwanderung ins Ausland und für den punktuellen Ärztemangel in den ostdeutschen Bundesländern an:

- Schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus
- Schlechte Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie/Freizeit
- Kaum Wiedereinstiegshilfen für Aussteiger/Unterbrecher
- Unterschiedlich attraktive Lebens- und Arbeitsbedingungen in Ost- und Westdeutschland

Darüber hinaus ist eine trotz der im Prinzip hohen Fachverbundenheit von Medizinstudierenden (Heublin et al. 2002) nicht unbeträchtliche Anzahl an Studienabbrechern zu verzeichnen.

Eine genauere Analyse der Gründe für Studienabbrüche sowie die Analyse der Gründe für die Abwanderung von Ärzten ins Ausland oder in nicht-kurative Bereiche erfolgt durch die Auswertung der Befragung, die Rambøll Management im Zuge des Gutachtens durchgeführt hat. Die Methodik und die Ergebnisse der Befragung werden in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt.

Generell untermauert die Befragung der Studierenden und Ärzte nach ihrer Motivation, kurativ ärztlich tätig zu werden bzw. bleiben, die oben aufgeführten Gründe, die die untersuchten Studien ermittelt haben. Allerdings ergeben sich neue Aspekte hinsichtlich der Gewichtung der jeweiligen Motive.

So kristallisieren sich aus der Synthese des ersten Teils des Gutachtens mit der Befragung abschließend vier Felder heraus, in denen Handlungsbedarf besteht und auf die sich die relevanten Akteure konzentrieren sollten:

1. Medizinstudium – Wie kann eine ausreichende Zahl erfolgreicher Studienabschlüsse gesichert werden?
2. Wiedereinstieg – Wie kann das vorhandene Arbeitskräftepotenzial für die kurative ärztliche Berufstätigkeit in Deutschland besser genutzt bzw. (wieder)gewonnen werden?
3. Krankenhausorganisation – Wie kann die Berufsausübung im Krankenhaus an Attraktivität gewinnen und so zu einer dem Bedarf entsprechenden Stellenbesetzung führen?
4. Ostdeutsche Bundesländer – Wie kann die ärztliche Versorgung in Ostdeutschland auch in Zukunft sichergestellt werden?

Im Folgenden werden die Methodik und die Ergebnisse der Befragung vorgestellt und erläutert. Dabei folgt der Aufbau des Kapitels den oben dargelegten Handlungsfeldern.

In Kapitel 7 werden die Handlungsempfehlungen vorgestellt, die sich aus den Befragungsergebnissen und der Analyse der Studien und der Datenlage ableiten. Die Handlungsempfehlungen wurden auf einem Workshop mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Sozialministerien und Landesärztekammern Sachsens und Brandenburgs, des Marburger Bunds und des Hartmannbunds, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft diskutiert und zum Teil ergänzt.

Abschließend wird in Kapitel 8 ein Fazit gezogen, das die Hauptergebnisse des Gutachtens zusammenfasst und die Handlungsempfehlungen in Thesenform darstellt.

6.1 Methodik

6.1.1 Ziele und Konzeption der Befragung

Ziel der Befragung war es, die Motivationen von Personen, die sich in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung befinden, für eine kurative oder nicht-kurative ärztliche Berufstätigkeit und einen Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit zu ermitteln. Auf dieser Basis sollen Maßnahmen abgeleitet werden, um einem Ärztemangel entgegenzuwirken.

Da es in jeder Phase der ärztlichen Ausbildung bzw. kurativen Tätigkeit zur Aufgabe oder zur Abwanderung ins Ausland kommen kann, wurden in jeder dieser Phasen sowohl Personen in der humanmedizinischen Ausbildung bzw. der kurativen Tätigkeit befragt als auch Personen, die das deutsche medizi-

nische System verlassen haben. Die einzelnen Zielgruppen der Befragung sind in der folgenden Abbildung dargestellt. Auf der linken Seite sind diejenigen Personen dargestellt, die sich noch in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung bzw. der kurativen ärztlichen Tätigkeit befinden, rechts stehen die Aussteiger. Bei den Aussteigern kann noch einmal unterschieden werden zwischen Personen, die Deutschland (zeitweise) den Rücken kehren und solchen, die die kurative Tätigkeit für eine andere Beschäftigung aufgeben. Auf diese Unterscheidung haben wir bei den Studierenden verzichtet, da der Wechsel ins Ausland nur in wenigen Fällen der Grund für den Abbruch des Studiums in Deutschland sein dürfte.

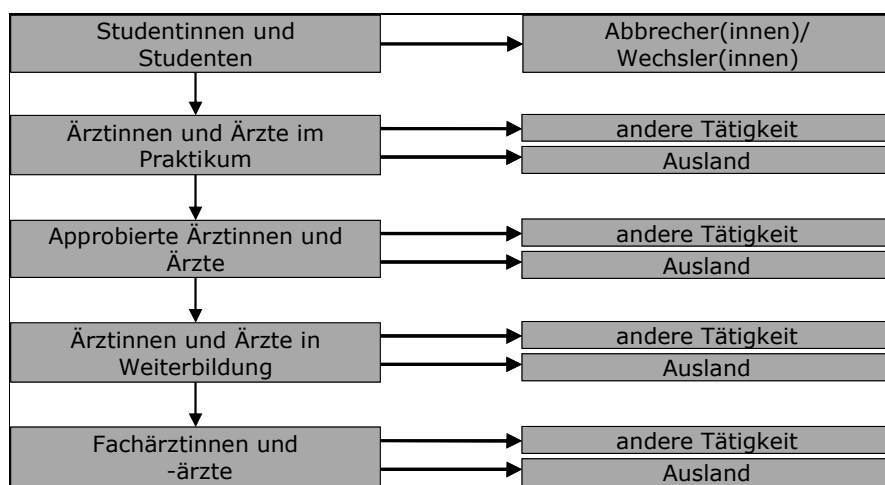


Abbildung 16: Zielgruppen der Befragung

Ziel der Studie war es *nicht*, eine repräsentative Befragung dieser Gruppen durchzuführen, um beispielsweise zu prognostizieren, welche Zahlen an „Aussteigern“ oder „Rückkehrern“ in den nächsten Jahren zu erwarten sind. Vielmehr ging es darum, im Vergleich über die ganze Ausbildung sowie zwischen Aussteigern und nicht ausgestiegenen Ärzten Motivationsstrukturen zu identifizieren. Die Befragung ist darum bewusst nicht repräsentativ angelegt. Eine repräsentative Befragung von Studienabbrechern, nicht kurativ tätigen Ärzten sowie von Ärzten im Ausland wäre darüber hinaus kaum realisierbar, da keine Möglichkeit existiert, aus diesen Grundgesamtheiten zufällige Stichproben zu ziehen, bei denen jede Person eine (vergleichbare) Chance hat, befragt zu werden.

Die Größe der Stichprobe, v.a. aber die Konsistenz der Ergebnisse über alle Gruppen hinweg, erlauben es, verallgemeinernde Aussagen zu machen, wenn auch die Fehlerwahrscheinlichkeit nicht mit Hilfe inferenzstatistischer Maßzahlen angegeben werden kann.

6.1.2 Inhalte des Fragebogens

Schwerpunkte der Befragung bildeten einerseits die Gründe für den erfolgten Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit in Deutschland sowie Bedingungen und Barrieren für eine Rückkehr. Andererseits wurden Studierende sowie kurativ tätige Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Bewertung der momentanen bzw. der angestrebten Tätigkeit und zu ihren beruflichen Plänen befragt. Außerdem wurden, da im ersten Teil des Gutachtens insbesondere die Versorgung Ostdeutschlands als Handlungsfeld identifiziert worden war, Bedingungen und etwaige Vorzüge einer Niederlassung in den ostdeutschen Bundesländern erfasst.

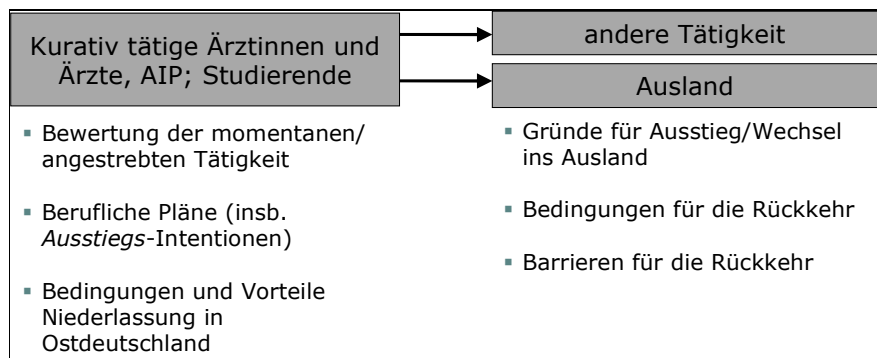


Abbildung 17: Themenschwerpunkte des Fragebogens

Bei der Entwicklung des Fragebogens hat sich Rambøll Management auf verschiedene vorliegende Forschungsergebnisse gestützt. Dies waren auf der einen Seite grundlegende sozialpsychologische Konzepte. In der umfangreichen Literatur zur wissenschaftlich gut bestätigten sog. „Theory of planned behavior“²² und ergänzender Konzepte²³ wurden folgende Eckpunkte für die Bewertung der Tätigkeit bzw. der Ausstiegsgründe sowie zur Erfassung beruflicher Pläne identifiziert:

1. Um alle für eine Abbruchentscheidung relevanten Aspekte erfassen zu können, müssen die folgenden Bereiche abgedeckt werden:
 - Belohnungs- und Anreizaspekte der ausgeübten bzw. angestrebten Tätigkeit (z.B. Entgelt oder häufige Überstunden)
 - Normative Aspekte (z.B. „Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen, oder wären enttäuscht, wenn ich meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich wechseln würde.“)

²² S. Literaturverzeichnis, Teil 1

²³ S. Literaturverzeichnis, Teil 2

- Identitätsaspekte (z.B. „Ich konnte meine Wertvorstellungen in meiner Tätigkeit nicht verwirklichen.“)
 - Wie einfach bzw. schwierig schätzen die Befragten es ein, einen bestimmten Plan (z.B. Annahme einer Stelle im Ausland und Verlagerung des Lebensmittelpunktes) zu verwirklichen?
2. Will man zukünftiges Verhalten möglichst gut abbilden, muss man nach konkreten Plänen fragen (im Gegensatz etwa zu globaleren Einstellungen).

Inhaltlich haben wir auf Literatur zur Situation Studierender und Ärzte sowie vorliegende Skalen zur Berufszufriedenheit, zur Identifikation mit der Tätigkeit sowie zur Bedeutung bestimmter Tätigkeitsmerkmale zurückgegriffen.²⁴

Neben den Fragen zur Bewertung von Studium und kurativer Tätigkeit, enthielt der Fragebogen Fragen zu den folgenden Themenfeldern:

- Gründe für die Aufnahme der Laufbahn bzw. des Studiums
- Episoden der Tätigkeit im Ausland und Gründe für die Rückkehr
- Auswirkungen des EUGH-Urteils sowie der Abschaffung des AIP

Diese sind in der Diskussion der Ergebnisse ausführlicher dargestellt.

6.1.3 *Konzeption des Auswertung*

Die Fragen zur Bewertung der Tätigkeit sowie die Abbruchgründe wurden so formuliert, dass sie Punkt für Punkt auf einander bezogen werden können. So entspricht einer Frage, die misst, *inwiefern sich kurativ tätige Ärzten durch nicht-kurative Aufgaben belastet fühlen*, bei den nicht mehr kurativ bzw. den im Ausland tätigen Ärzten beispielsweise eine Frage, die die *Bedeutung dieses Grundes für den Ausstieg* misst (s. folgende Abbildung).

²⁴ S. Literaturverzeichnis, Teile 3 bis 6.

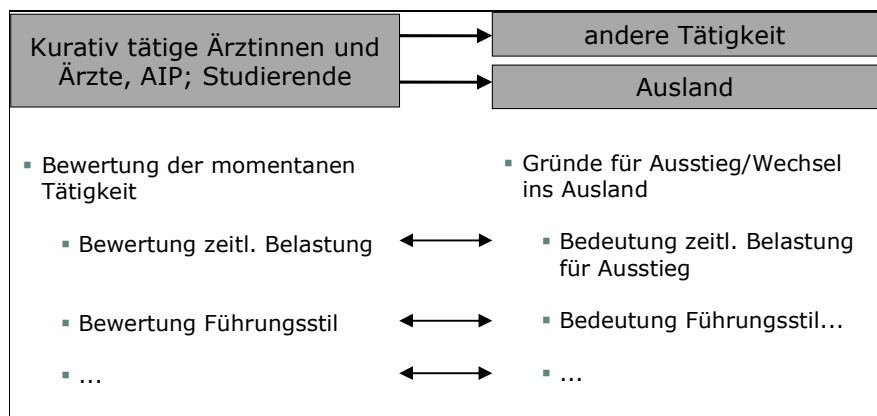


Abbildung 18: Konzeption des Fragebogens

Um auf Basis dieser Fragen vordringliche Handlungsfelder abzuleiten und Maßnahmen zur Verringerung einer Unterversorgung zu definieren, haben wir die Antworten der Personen im System den Antworten der Aussteiger gegenüber gestellt. Vordringlich zu verbessernde Aspekte sind dabei dadurch gekennzeichnet, dass sie sowohl von den Aussteigern als wichtige Gründe genannt, als auch von den Befragten im System besonders schlecht bewertet wurden.

Um die große Zahl der Fragen handhabbar zu machen, wurden sie in der Analyse auf wenige Faktoren verdichtet bzw. zusammengefasst. Dies geschah mit Hilfe des statistischen Verfahrens der sog. Faktorenanalyse.²⁵ Um einerseits eine Priorisierung der Aspekte vornehmen zu können, andererseits aber auch den gesamten Informationsgehalt der Einzelfragen auszuschöpfen, werden die Ergebnisse sowohl auf Ebene der Faktoren als auch auf der Ebene der einzelnen Fragen dargestellt.

6.1.4 Durchführung der Befragung und Soziodemographie der Befragten

Die Befragung erfolgte im Juli und August 2004 online über die Internetseite www.arztstudie.de. Die Befragten wurden über direkte Anschreiben, die z.T. freundlicherweise von Universitäten und Landesärztekammern weiter geleitet wurden, sowie über Veröffentlichungen in der deutschen und internationalen Fachpresse für die Teilnahme gewonnen und auf den Fragebogen aufmerksam gemacht.

Insgesamt wurden 4.911 Studierende bzw. ehemalige Studierende sowie 4.619 Ärzte bzw. ehemalige Ärzte befragt. Nähere Angaben zur Soziodemographie dieser Gruppen finden sich im Anhang (vgl. Teil III des Anhangs).

6.2 Medizinstudium

Wie auch im ersten Teil des Gutachtens bereits diskutiert, sind die Gründe von Ärzten für den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit nicht ausschließlich in den Faktoren zu finden, die direkt mit dem Arztberuf zusammenhängen. Vielmehr kann die angefangene Karriere auch bereits im Studium beendet werden, oder es können sich im Studium Unzufriedenheitsgründe ergeben, die erst im späteren Beruf zu einem Ausstieg führen.

Erster Schritt der Befragung zum Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit war die Quantifizierung der Gründe für die Aufnahme des Medizinstudiums. Hierzu wurden sowohl jetzige Studierende als auch kurativ tätige und nicht mehr kurativ tätige Ärzte befragt. Bei der Beantwortung waren jeweils Mehrfachnennungen möglich.

Die erste Abbildung zeigt die Gründe der aktuell Studierenden und auch der Abbrecher für ihre Studienaufnahme. „Persönliche Neigungen und Begabungen“ wurde von beiden als häufigster Anlass für die Studienaufnahme genannt (79% Studierende / 69% Abbrecher).

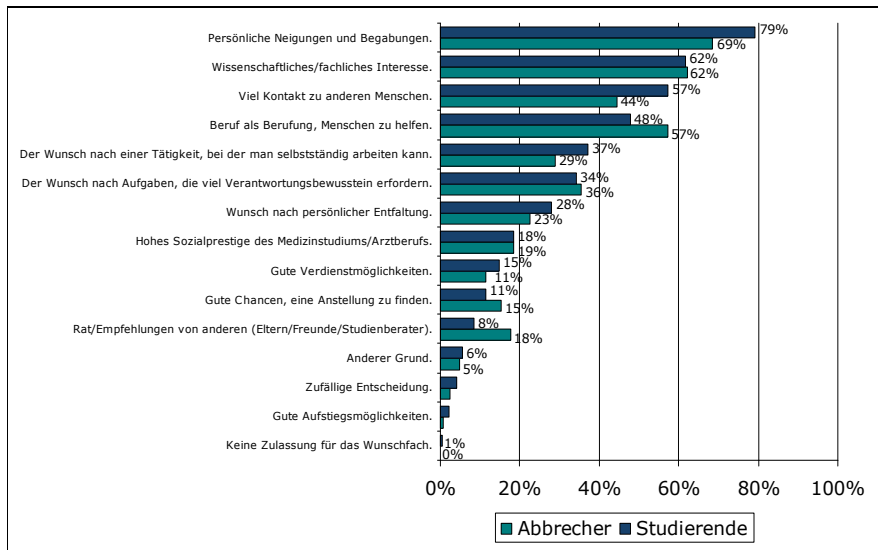


Abbildung 19: Gründe für die Studienaufnahme – Studierende

Am zweithäufigsten wurde von beiden Gruppen das wissenschaftliche bzw. fachliche Interesse am Studienfach betont (62%). Beim dritten Platz in der

²⁵ Dazu ausführlich Backhaus et al. 2003.

Rangliste der Gründe ergaben sich Unterschiede hinsichtlich der Gruppen. Für die Studierenden ist „Viel Kontakt zu Menschen“ das nächst wichtige Argument, für diejenigen, die das Studium frühzeitig aufgegeben haben, ist die „Berufung, Menschen zu helfen“ der dritt wichtigste Grund. Dieser Unterschied könnte als ein erster Ansatzpunkt für die Erklärung eines Studienabbruchs interpretiert werden, wenn man vermutet, dass diejenigen, die ein ausgeprägtes Bedürfnis haben anderen zu helfen, im Studium eher enttäuscht werden. Die weiteren in der Grafik erkennbaren Beweggründe für ein Studium wurden jeweils nur von weniger als der Hälfte der Befragten angegeben und werden daher hier nicht näher betrachtet.

Bei den Ärzten sind die Gründe für die Studienaufnahme fast identisch zu denen der Studierenden. Wie in Abbildung 20 zu erkennen ist, wurde hier von allen drei Gruppen – in Deutschland kurativ tätige/nicht kurativ tätige/im Ausland arbeitende Ärzte – „Persönliche Neigungen und Begabungen“ am häufigsten als Grund angegeben (77,5% / 75,4% / 74%), gefolgt von „wissenschaftliches/fachliches Interesse (57,3% / 50,2% / 57,3%) und „Viel Kontakt mit Menschen“ (45,6% / 44,4% / 45,1%). Der Beweggrund „Berufung Menschen zu helfen“ wurde auch bei den Ärzten von denjenigen am häufigsten angegeben, die die übliche Medizinerkarriere aufgegeben haben: die in Deutschland nicht kurativ tätigen Ärzte (48,5%). Aber auch hier kann dieser Unterschied höchstens als Indiz für eine Enttäuschung der Berufserwartungen gesehen werden, da der Unterschied zu den in Deutschland kurativ tätigen Ärzten recht gering ist (44,7%) und dieser Beweggrund bei den im Ausland Tätigen nur eine geringe Relevanz hat (37,7%).

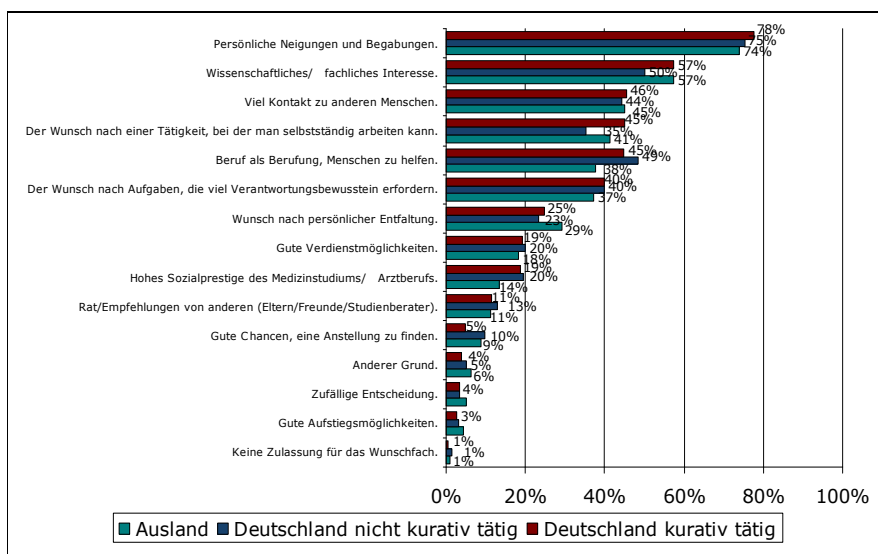


Abbildung 20: Gründe für die Studienaufnahme - Ärzte

Die Tatsache, dass das Studium eine ganz entscheidende Rolle spielt bei der Entscheidung über eine Karriere als Arzt, wird durch unsere Befragung untermauert.

Die nebenstehende Abbildung zeigt, dass 69,4% derjenigen, die ihr Studium abbrechen, dies in der Phase der Vorklinik tun.

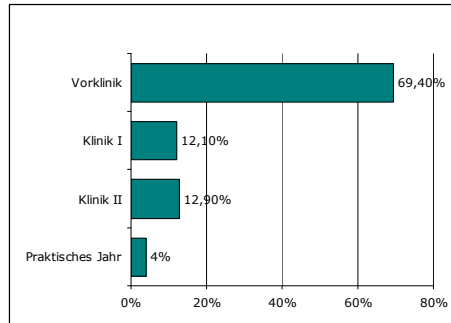


Abbildung 21: Phase des Studienabbruchs

Ein zentraler Aspekt der Befragung war darüber hinaus die Ermittlung der Abbruch- bzw. Wechselabsichten unter den Studierenden. Zu diesem Thema gaben mehr als 85% an, „auf keinen Fall“ das Studium abbrechen bzw. das Fach wechseln zu wollen. Stellt man diese hohe Identifizierung mit dem Studium dem obigen Ergebnis des überwiegenden Abbruchs während der Vorklinik gegenüber, so liegt die Vermutung nahe, dass viele der Abbrecher nicht freiwillig ihr Studium beenden.

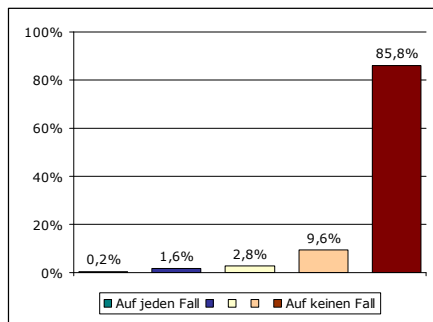
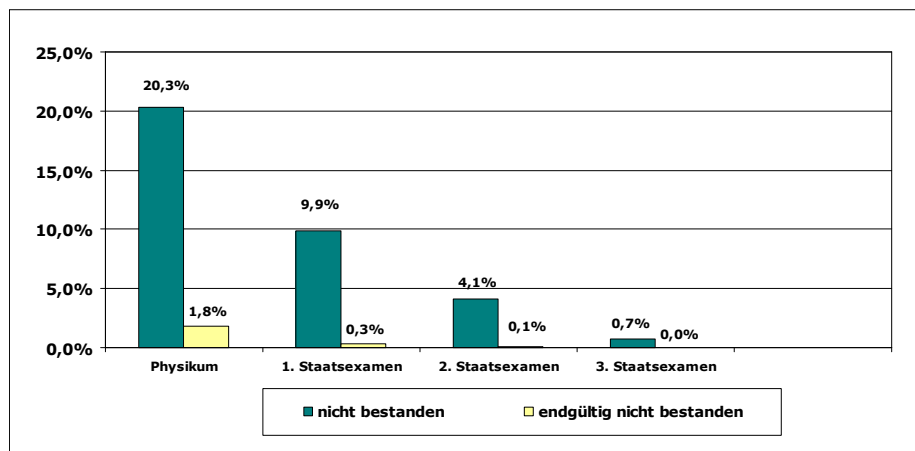


Abbildung 22: Planung Abbruch/Wechsel Studium

Diese Vermutung kann durch die Rambøll Management vorliegenden Daten des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) zum Teil bestätigt werden. Das IMPP ist in der Lage, die Misserfolgsquoten bei den medizinischen Prüfungen darzustellen. Somit ist eine Aussage zum einen über den Prozentsatz der durchgefallenen Kandidaten pro Prüfung und zum anderen über den Prozentsatz der *endgültig* durchgefallenen Kandidaten aufgrund von nicht bestanden Prüfungen möglich (vgl. Tabellen 34-37 im Anhang).

Die Daten belegen, dass durchschnittlich pro Jahr etwa jeder fünfte Prüfungsteilnehmer das Physikum nicht besteht. Diese Durchfallquote sinkt im weiteren Verlauf: So bestehen knapp 10% das erste Staatsexamen nicht und ca. 4% fallen durch das zweite Staatsexamen. Die letzte Prüfungshürde des 3.Staatsexamens schaffen dahingegen fast alle Studierenden. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich, wenn man die Anzahl der Studierenden betrachtet, die gezwungen sind, das Medizinstudium abzugeben, weil sie die geforderten

Prüfungen auch im dritten Versuch nicht bestehen. Scheitern noch knapp 2 % aller Studierenden am Physikum, fällt die Misserfolgsquote im weiteren Studienverlauf deutlich.



Quelle: IMPP

Abbildung 23: Durchschnittliche Durchfallquoten bei medizinischen Prüfungen von 1985 bis Frühjahr 2004

Diese Zahlen geben einen deutlichen Hinweis darauf, warum die meisten Abbrüche des Studiums in der Vorklinik erfolgen. Auch wenn die Anzahl der Studierenden, die am Nicht-Bestehen des Physikums scheitern, relativ niedrig ist, ist es doch möglich, die Tendenz des Studienabbruchs aufgrund von Prüfungsversagen darzustellen: Stellt man die durchschnittliche Anzahl der Studierenden im 1. Fachsemester (11.657) der durchschnittlichen Anzahl der Absolventen (9.696) gegenüber, die nach der durchschnittlichen Studienzeit von 14 Semestern ihr drittes Staatsexamen absolvierten, so zeigt sich, dass in dem Zeitraum durchschnittlich 1.962 Studierende eines Jahrgangs ihr Studium vorzeitig abbrechen.²⁶

Studierende im 1. Fachsemester		Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studienzeit (DS)		Differenz Studienabschlüsse (DS) zu Facherstsemester
1983	11.681	1990	8.457	3.224
1984	11.968	1991	9.385	2.583
1985	12.019	1992	9.599	2.420

²⁶ Die Basis für die Berechnung der durchschnittlichen Anzahl der Studierenden im 1. Fachsemester bilden die Jahre 1983 bis 1995. Grundlage für die Berechnung der durchschnittlichen Anzahl an Absolventen des dritten Staatsexamens sind aufgrund der Annahme von 14 Semestern durchschnittlicher Studiendauer die Jahre 1990 bis 2002.

1986	11.918	1993	11.555	363	
1987	12.617	1994	11.178	1.439	
1988	12.541	1995	10.266	2.275	
1989	11.940	1996	10.507	1.433	
1990	10.368	1997	9.434	934	
1991	9.464	1998	9.373	91	
1992	12.072	1999	9.318	2.754	
1993	11.766	2000	9.165	2.601	
1994	11.553	2001	8.955	2.598	
1995	11.638	2002	8.852	2.786	
Durchschnittliche Anzahl an Facherstsemestern	11.657	Durchschnittliche Anzahl Absolventen nach durchschnittl. Studiendauer	9.696	durchschnittlicher Schwund Erstsemester zu Absolventen	1.962

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Tabelle 10: Berechnung des durchschnittlichen Schwundes Facherstsemester zu Absolventen

Mit Hilfe unserer Befragungsergebnisse zum Zeitpunkt des Studienabbruchs kann daraufhin modellhaft die durchschnittliche Anzahl an Studienabbrechern (eines Jahrgangs) in jeder Phase des Studiums berechnet werden. Die von uns befragten Studienabbrecher brachen zu 69,4% ihr Studium in der Vorklinik ab. Bezogen auf die oben berechnete durchschnittliche Anzahl an Studienabbrechern von 1.962 entspricht dieser Prozentsatz etwa 1.362 Personen, die ihr Studium in der Vorklinik abbrechen (dementsprechend brechen 237 Studierende (12,9%) vor dem 1. Staatsexamen, 253 Studierende (12,9%) vor dem 2. Staatsexamen und 79 Studierende (4%) vor dem 3. Staatsexamen ab).

Studienphase	Verteilung Studienabbruch ²⁷	Abbruch (absolute Zahl)	Abbruch aufgrund endgültig nicht bestandener Prüfung	Abbruch aufgrund endgültig nicht bestandener Prüfung in %
Vorklinik	69,4%	1.362	234	17,2
Klinik I	12,1%	237	37	15,6
Klinik II	12,9%	253	17	6,7
Praktisches Jahr	4%	79	1	1,3

Quelle: IMPP, eigene Erhebungen und Berechnungen

Tabelle 11: Verhältnis Anzahl Studienabbrecher und Studienabbrecher aufgrund endgültig nicht bestandener Prüfung nach Studienphase

²⁷ Diskrepanzen der Zahlen zu 100% ergeben sich aus den fehlenden Angaben der Befragten.

Tabelle 11 zeigt, wie viele der Studienabbrecher ihr Studium aufgrund eines endgültigen Prüfungsversagens abgebrochen haben, dazu also quasi „gezwungen“ wurden (vgl. Tabellen 34-37 im Anhang). Demnach sind von den 1.362 Personen, die ihr Studium in der Vorklinik abbrachen, 234 Studierende endgültig durch das Physikum gefallen (äquivalent 1. Staatsexamen 237:37, 2. Staatsexamen 253:17 und 3. Staatsexamen 79:1).²⁸ Für diese Studierenden gilt sicher, dass sie ihr Studium aufgrund mangelnden Prüfungserfolgs abbrechen mussten. Der Rest kann durch die vorliegenden Daten nicht endgültig geklärt werden. Es ist denkbar, dass Studierende, die bereits einmal oder zweimal durch eine Prüfung gefallen sind, ebenfalls ihr Studium aufgrund Prüfungsversagen abbrechen, um einer Exmatrikulation aufgrund endgültigen Prüfungsversagens durch die Universitäten hervorzukommen. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse der HIS-Befragung²⁹ untermauert: demnach ist ein im Vergleich zu anderen Studienfächern hoher Anteil an Prüfungsversagern unter den Studienabbrechern zu verzeichnen. Dabei waren allerdings nur wenige, die ihr Studium aufgrund endgültig nicht bestandener Prüfungen aufgaben. Vielmehr haben sich Studienabbrecher, die in der HIS-Befragung angaben, dass sie „Prüfungen zwar nicht bestanden haben, dass sie dem aber nicht die letztlich entscheidende Bedeutung für ihre Studienaufgabe beimessen“³⁰, häufig den Wiederholungsprüfungen nicht gestellt. Laut der Studie konnten diese Studierende ihre Leistungsdefizite früher und besser abschätzen. Die nicht bestandene Prüfung sei letztlich nur ein Ausdruck eines weiteren Problems gewesen.

In unserer Befragung wurden die Studienabbrecher gezielt nach der Wichtigkeit einiger Gründe für die Aufgabe eines Studiums befragt. Dabei ergeben sich geschlechterspezifisch leichte Unterschiede in der Gewichtung. In Reihenfolge ihrer Wichtigkeit, die auf einer Skala von „1=sehr wichtig“ bis „5=sehr unwichtig“ einzustufen war, wurden von den Frauen besonders die folgende drei Gründe als wichtig angegeben (Mittelwerte in Klammern):

- „Mangelnder Praxisbezug“ (2,83): Hier wurde in der Befragung neben dem generellen Wunsch nach mehr Praxis auch auf Aspekte wie z.B. den Wunsch nach mehr Praktika, die Relevanz des theoretischen Wissens oder die Kontakte zu Patienten eingegangen.
- „Sozialkontakte“ (2,93): Unter diesem Punkt haben wir zum einen die Kontakte zu Dozenten und anderen Lehrenden sowie die Kontak-

²⁸ Es ist uns bewusst, dass diese Zahlen und der Vergleich nur Annäherungswerte darstellen können. Nichtsdestotrotz stellen sie die Tendenz des Verhältnisses „freiwilliger“ vs. „erzwungener“ Studienabbruch dar.

²⁹ Vgl. Heublein, U. et al. 2003. Ursachen des Studienabbruchs. Analyse 2002. Hannover.

³⁰ Vgl. Heublein, U. et al. 2003. Ursachen des Studienabbruchs. Analyse 2002. Hannover. S. 35.

te unter den Studenten und die Atmosphäre allgemein zusammengefasst.

- „Finanzen“ (3,39): Abbruchgründe finanzieller Art sind neben der allgemeinen finanziellen Belastung auch z.B. die eingeschränkten Möglichkeiten, während des Studiums nebenbei Geld zu verdienen.

Bei den Männern sind die beiden wichtigsten Abbruchgründe die gleichen wie bei den Frauen, nur dass die Gründe insgesamt noch als etwas wichtiger eingestuft wurden. Für den „mangelnden Praxisbezug“ ergab sich ein Mittelwert von 2,65 und für die „Sozialkontakte“ ein Wert von 2,76. Der drittwichtigste Abbruchgrund kann zusammengefasst werden unter dem Oberbegriff

- „Bild des Arztberufs“: Hier ist nach der Bedeutung der allgemeinen Bedingungen des Arztberufes gefragt worden, wie der Arbeitsbelastung, der Bezahlung und auch der Berufsaussichten, die möglicherweise in verwandten Berufen reizvoller sind.

Weitere erfragte Faktoren, die für das Studium der Humanmedizin und einen möglichen frühzeitigen Abbruch von Bedeutung sind wurden unter den folgenden Oberbegriffen zusammengefasst:

- „Falsches Bild vom Studium“: Nicht immer decken sich die Erwartungen an das Studium und auch an die eigenen Fähigkeiten mit den später notwendigen Anforderungen.
- „Familienfreundlichkeit“: Dieser Punkt bezieht sich zum einen auf die Möglichkeit der Kinderbetreuung sowie zum anderen auf die Vereinbarkeit der Mutter-/Vaterrolle mit dem Studium
- „Wissenschaft“: Hier geht es sowohl um den wissenschaftlichen Inhalt des Studiums als auch um die Möglichkeit der wissenschaftlichen Tätigkeit selbst.
- „Studienbedingungen“: Unter diesem Punkt sind auf der einen Seite die allgemeinen Rahmenbedingungen wie die jeweilige Approbationsordnung und auf der anderen Seite auch universitätsbezogene Bedingungen wie die Ausstattung oder Angebote für Seminare etc. zusammengefasst.
- Studienort“: Nicht nur die grundsätzliche Zuteilung des Studienplatzes durch die ZVS, sondern auch spätere Möglichkeiten des Studienortswechsels könnten für die Bewertung des Studiums wichtig sein, oder sogar einen Studienfachwechsel auslösen.

Neben den Gründen, die einen wichtigen Einfluss auf die Entscheidung über die Beendigung des Studiums hatten, wurden die Studierenden außerdem gebeten, die obigen Faktoren für die Zeit ihres Studiums auf einer Skala von „1=positiv“ bis „5=negativ“ zu bewerten. Kombiniert man die Wichtigkeit der

Gründe mit deren Bewertung im Studium, so lassen sich die Ergebnisse in einer Matrix darstellen.

Abbildung 24 zeigt diese Matrix für die Befragungsergebnisse der Frauen. Da die Wichtigkeit des Abbruchgrunds auf der vertikalen Achse abzulesen ist, wird ein Grund umso wichtiger eingestuft, je weiter unten in der Matrix er sich befindet. Auf der horizontalen Ebene ist gleichzeitig die Bewertung dieser Gründe für die Zeit des Studiums dargestellt, d.h. je weiter rechts die Abbildung, desto negativer wurde der Aspekt im Studium bewertet. Zusammengefasst ergibt sich damit für die Punkte, die sich weiter unten und weiter rechts befinden der stärkste Handlungsbedarf.

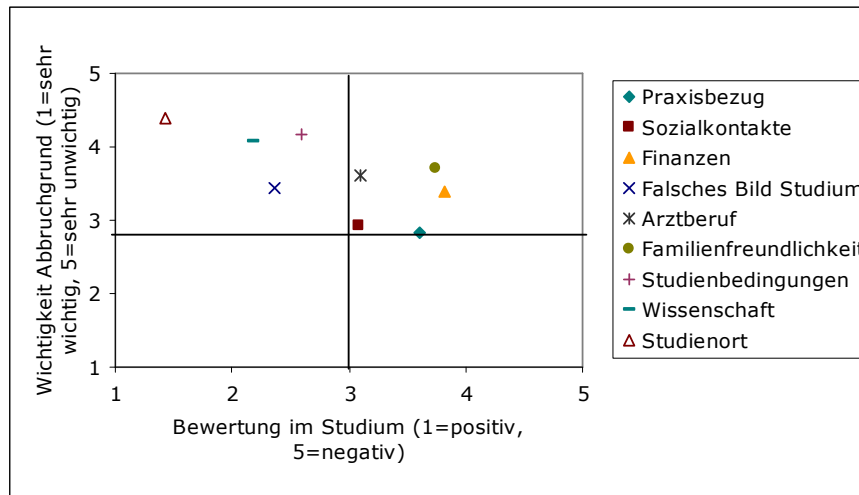


Abbildung 24: Gründe für Studienabbruch und Bewertung dieser Faktoren während des Studiums – Frauen

Der Faktor, der von den Studentinnen als wichtigster Abbruchgrund angegeben und gleichzeitig von den derzeit Studierenden am stärksten negativ bewertet wurde, ist der mangelnde Praxisbezug. Der zweitwichtigste Grund für den Studienabbruch ist aus Sicht der Frauen die Ausgestaltung der Sozialkontakte. Diese wurden von den jetzigen Studentinnen zwar nicht so stark negativ, aber auch nicht positiv bewertet, so dass auch hier Handlungsbedarf besteht. Stärker negativ bewertet wird hingegen die finanzielle Situation während des Studiums, welche außerdem den drittwichtigsten Abbruchgrund darstellt, so dass auch hier ein Entgegenwirken zur Senkung der Abbruchquote beitragen könnte. Der Faktor „Falsches Bild vom Studium“ gibt zwar Frauen Anlass zur Studiumsaufgabe, wird jedoch nicht negativ bewertet und daher nicht weiter betrachtet. Anders das Bild, das Studierende vom Arztberuf haben. Da dies weder positiv noch negativ ausfällt und es als Abbruchgrund auch nicht vollständig zu vernachlässigen ist, könnte durch eine Ver-

besserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte möglicherweise ein Teil der Studentinnen vom Studienabbruch abgehalten werden. Als letzter Faktor der aus Sicht der Frauen Handlungsbedarf bieten könnte, kann noch die Familienfreundlichkeit des Studiums genannt werden. Sie ist zwar ein nicht allzu wichtiger Grund für den Abbruch selbst, wurde aber von den Studentinnen deutlich negativ bewertet. Die übrigen Faktoren Wissenschaft, Studienbedingungen und Studienort werden überwiegend positiv bewertet und daher als nicht handlungsleitend angesehen.

Bei den Männern ergibt sich für die Faktoren „Mangelnder Praxisbezug“ und „Sozialkontakte“ wie bei den Frauen der größte Handlungsbedarf, wobei diese Faktoren von den Studenten noch ein wenig stärker gewichtet werden.

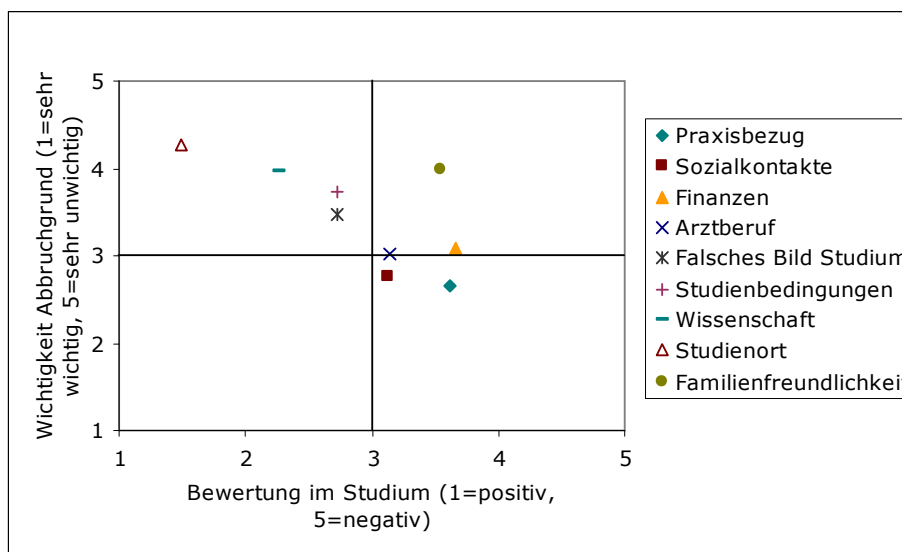


Abbildung 25: Gründe für Studienabbruch und Bewertung dieser Faktoren während des Studiums – Männer

Gleichermaßen wird die finanzielle Situation als Abbruchgrund etwas wichtiger eingeschätzt, wenn auch insgesamt nicht so negativ bewertet, so dass auch in diesem Bereich durch geeignete Maßnahmen Studienabbrüche vermieden werden könnten. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich im Bezug auf den Faktor „Arztberuf“. Das aktuelle Bild der männlichen Studierenden über Arbeitsbedingungen, Verdienstmöglichkeiten und Karrierechancen, lässt sie ihr Studium häufiger frühzeitig beenden als bei den Frauen und wird auch insgesamt negativer bewertet. Daher gilt es nicht nur für die derzeit tätigen Ärzte, sondern auch für die Studierenden und damit zukünftigen Ärzte das Bild des Arztberufes zu verbessern. Ebenso wie bei den Frauen besteht auch bei den Männern bezüglich der Faktoren „Falsches Bild“, „Studienbedingun-

gen“, „Wissenschaft“ und „Studienort“ keine konkreter Handlungsbedarf, da diese Faktoren weniger wichtige Gründe für einen Studienabbruch darstellen und außerdem von den Studenten eine eher positive Bewertung erhalten. Letztlich wird – ebenfalls analog zu den Studentinnen – die Familienfreundlichkeit von den Studenten negativ bewertet, so dass Maßnahmen in diesem Bereich nicht nur Frauen stärker an das Studium binden könnten.

6.3 Wiedereinstieg

In der Analyse der Datenlage im ersten Teil des Gutachtens hat sich gezeigt, dass sich ein steigender Anteil der Mediziner, die ihr Studium erfolgreich absolviert haben, nicht mehr in der Statistik der kurativ ärztlich Tätigen in Deutschland findet. Für diese Tatsache können zwei Erklärungen in Frage kommen:

1. Ärzte wandern zunehmend in andere, nicht-kurative Berufe ab bzw. ins Ausland aus und
2. Ärzte unterbrechen ihre kurative ärztliche Tätigkeit für eine Elternzeit und kehren nicht wieder zurück.

Im Rahmen unserer Befragung haben wir Ärzte, die nicht mehr kurativ tätig sind, nach dem Zeitpunkt ihres Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit gefragt.

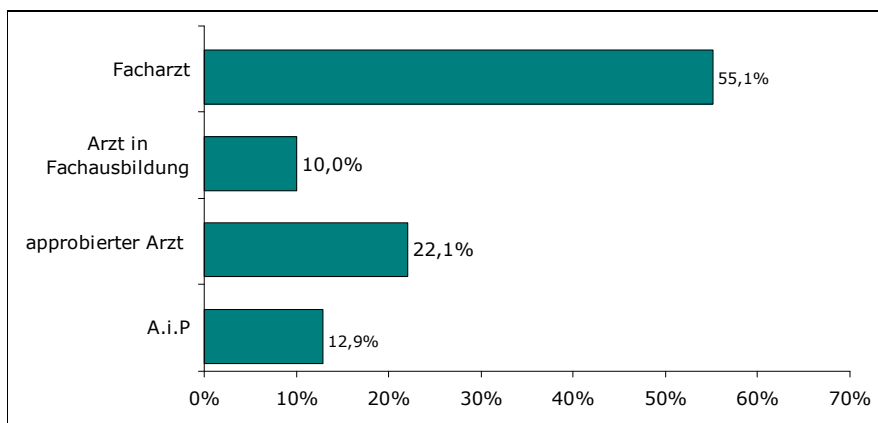


Abbildung 26: Zeitpunkt für den Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit

Mehr als die Hälfte der Befragten haben ihre kurative Tätigkeit als Facharzt, knapp ein Viertel als approbierter Arzt nach dem AiP abgebrochen. Befanden sich Ärzte noch in Weiterbildung, so stiegen nur um die 10 % aus der kurativen Berufstätigkeit aus. Bei der Bewertung des Ergebnisses muss allerdings berücksichtigt werden, dass der Anteil der Fachärzte, die an der Befragung teilnahmen, auch in absoluten Zahlen der größte war.

Die derzeitige Tätigkeit von nicht kurativ tätigen Ärzten bewegt sich im engeren Umfeld zur kurativen Tätigkeit: knapp 80% der Befragten arbeitet im Gesundheitsmanagement, in der Arbeitsmedizin, in der Forschung oder ist gutachterlich tätig. Dabei sind nur geringfügige Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennbar. Die angegebenen beruflichen Tätigkeiten entsprechen im Wesentlichen der Tätigkeitserfassung der Landesärztekammern von Ärzten *in sonstiger ärztlicher Tätigkeit*.³¹

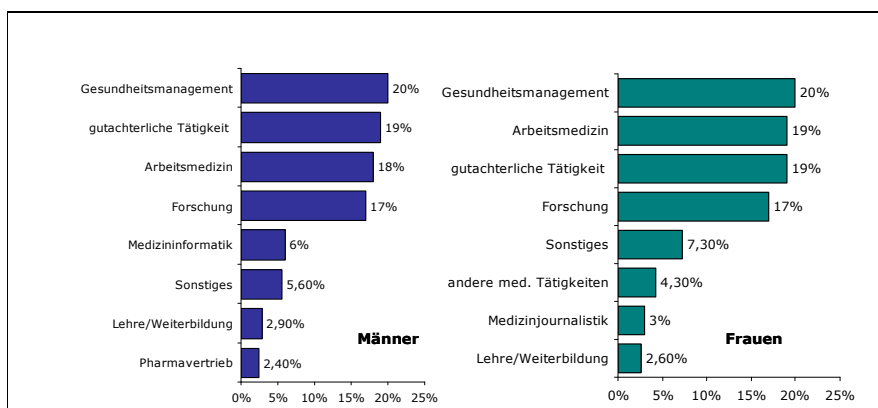


Abbildung 27: Derzeitige Tätigkeit von nicht kurativ tätigen Ärzten

Unter Sonstiges wurden nicht klar zugehörige Tätigkeiten wie Medizintechnik oder Medizinische Hilfs- und Heilmittelproduktion erfasst.

Alle nicht kurativ tätigen Ärzte wurden gefragt, ob sie gerne wieder kurativ tätig sein würden. Das Ergebnis zeigt, dass fast die Hälfte der Befragten (44,4%) wieder in ihrem alten Beruf arbeiten würde. Dies sind eindeutig mehr als ins Ausland ausgewanderte, kurativ tätige Ärzte, die eine Rückkehr nach Deutschland planen: davon antworteten 82% auf die Frage, ob sie eine dauerhafte Rückkehr nach Deutschland planen, mit „Nein“.

Zwar ist der *Plan*, wieder nach Deutschland zurückzukehren, deutlich konkreter als der *Wunsch*, wieder eine kurative Tätigkeit aufzunehmen. Dennoch drückt dieser Vergleich die Tendenz aus, die kurative Tätigkeit im Ausland einer nicht kurativen Tätigkeit in Deutschland vorzuziehen.

Barrieren, die einer Rückkehr in die kurative Tätigkeit entgegenstehen, sehen die Befragten insbesondere bei den beiden Aspekten „zu hohe Arbeitszeitbelastung“ und „mangelnde Vereinbarkeit mit der Familie/Freizeit“.

³¹ Vgl. Kap. 4.3.6.

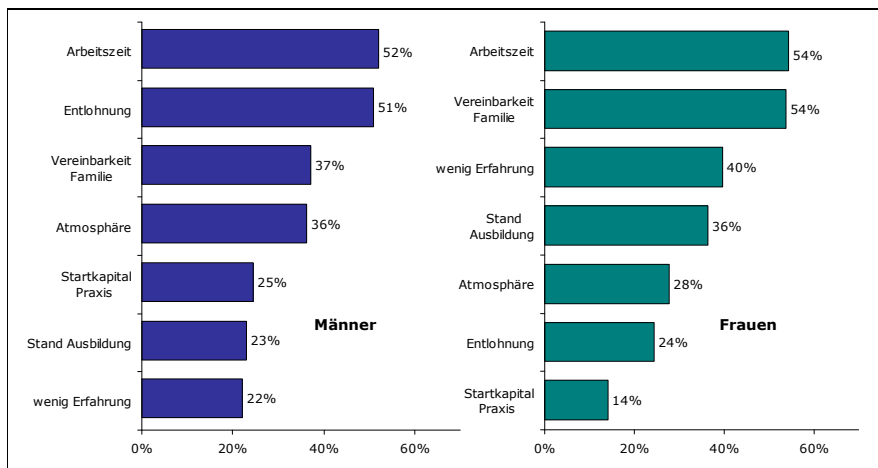


Abbildung 28: Barriären für die Wiederaufnahme der kurativen Tätigkeit

Bei der Betrachtung der angegebenen Barrieren fällt auf, dass der Faktor „Entlohnung“ bei den Männern eine größere Rolle spielt als bei den Frauen. Diese sehen dahingegen ihre zu veraltete Ausbildung bzw. den zu geringen Erfahrungsschatz im Beruf als großes Hindernis, wieder in die kurative ärztliche Tätigkeit einzusteigen. Betrachtet man wiederum die jeweiligen beruflichen Tätigkeiten der ausgestiegenen Ärzte, wird nicht deutlich, warum der Aspekt Entlohnung bei Männern eher ein Grund dafür sein sollte, nicht wieder in die kurative Tätigkeit zu wechseln als bei den Frauen. Eine mögliche Erklärung wäre, dass Männer in den jeweiligen Gebieten höhere Posten einnehmen und mehr verdienen als Frauen.

Die Gründe für die im Ausland tätigen Ärzte, nicht wieder nach Deutschland zurückzukehren, sind vielfältig. Neben der Tatsache, dass sie sich bereits zu gut eingelebt haben, um zurückkehren zu wollen, spielen die Verdienstmöglichkeiten, die beruflichen Perspektiven sowie vor allem bei den Frauen die bessere Vereinbarkeit mit der Familie/Freizeit eine große Rolle (Mehrfachnennungen waren möglich).

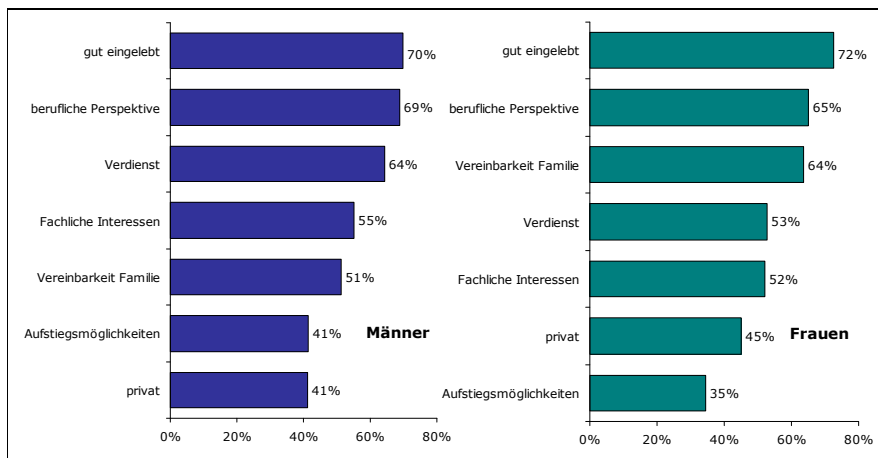


Abbildung 29: Gründe für Nichtrückkehr aus dem Ausland

Befragt nach den Gründen für ihr Vorhaben, nach Deutschland zurückzukehren, gaben die im Ausland tätigen Ärzte insbesondere private bzw. familiäre Aspekte als Hauptgrund für die Rückkehr an. Auch kulturelle bzw. sprachliche Gründe wurden von mehr als 10% der Befragten angegeben. Für fast 40% war bereits vor der Abwanderung ins Ausland klar, dass der Aufenthalt nur vorübergehend sein würde (Mehrfachnennungen waren möglich).

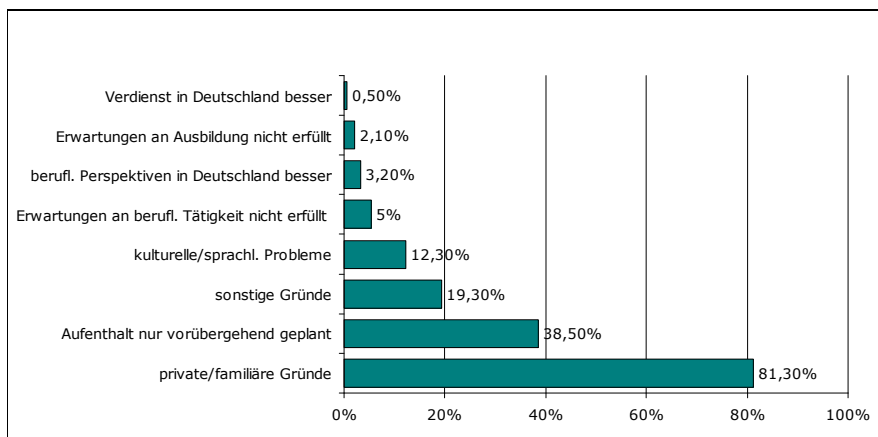


Abbildung 30: Gründe für die geplante Rückkehr nach Deutschland

Nach ihrer Wahrnehmung der Schwierigkeit gefragt, in die kurative Tätigkeit zurückzukehren, zeigte sich bei der Befragung der nicht kurativ tätigen Ärzte keine klare Tendenz. 40% sehen es als schwierig bis sehr schwierig an, ein Drittel schätzt es als leicht bis sehr leicht ein.

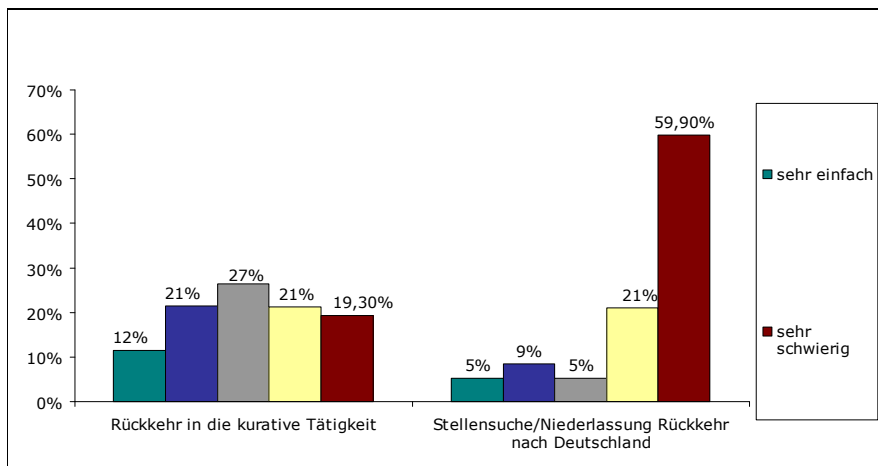


Abbildung 31: Wahrnehmung Schwierigkeit Rückkehr

Sehr viel deutlicher hingegen fällt die Betrachtung des Ergebnisses der Frage aus, inwieweit es die ins Ausland abgewanderten Ärzte als schwierig bzw. leicht einschätzen, nach ihrer Rückkehr nach Deutschland wieder eine adäquate Stelle zu finden oder sich niederlassen zu können. Fast 80% gehen davon aus, dass es schwierig bis sehr schwierig würde, eine solche Stelle bzw. Niederlassungsmöglichkeit zu finden.

Die oben dargestellten Befragungsergebnisse deuten bereits darauf hin, dass insbesondere ein Faktor gegen die Wiederaufnahme einer kurativen ärztlichen Tätigkeit bzw. die Rückkehr aus dem Ausland spricht: die mangelnde Vereinbarkeit der kurativ ärztlichen Tätigkeit mit familiären Verpflichtungen. Angesichts der steigenden Anzahl von Frauen, die ein Medizinstudium absolvieren, kann die Verbesserung der Möglichkeiten der Vereinbarkeit entscheidend für die zukünftige ärztliche Versorgung sein.

Neben dem Aspekt des Ausstiegs aus der kurativ ärztlichen Tätigkeit in Deutschland bzw. der Abwanderung in andere Länder wurden Frauen und Männer im Rahmen der Befragung gefragt, ob sie in nächster Zeit planen, ihre berufliche Tätigkeit durch eine Elternzeit zu unterbrechen. Aufgeschlüsselt nach Alter ergibt sich folgendes Bild:

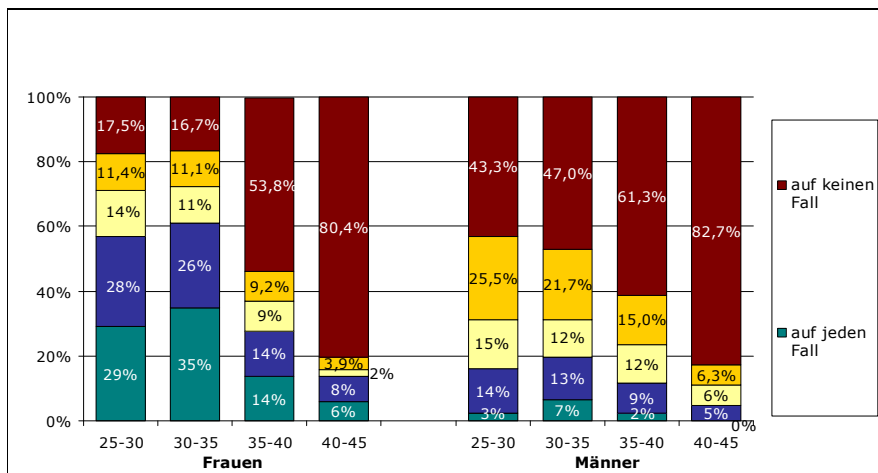


Abbildung 32: Geplante Inanspruchnahme der Elternzeit nach Alter

Es wird deutlich, dass mehr als 60 % der unter 35jährigen Frauen entweder sicher eine Elternzeit planen oder sich zumindest vorstellen können, in nächster Zeit eine solche Auszeit zu nehmen. Bei den Männern sind es in diesem Alter zwischen 20% und 25%, die eine solche Auszeit anstreben. Es ist also davon auszugehen, dass ein großer Teil der unter 35jährigen Ärztinnen und Ärzte mindestens für eine Zeitlang ausfallen wird und nicht für die kurative ärztliche Tätigkeit zur Verfügung steht.

Befragt nach ihrer Wahrnehmung der Schwierigkeit, nach einer familiär bedingten Auszeit wieder in die kurative Tätigkeit zurückzukehren, ist die Antwort sowohl von Studierenden als auch von den befragten Ärzten eindeutig: unter den Studierenden sind mehr als 75% davon überzeugt, dass sich eine Rückkehr aus der Elternzeit schwierig bis sehr schwierig gestaltet. Auch etwa zwei Drittel der Ärzte gehen davon aus, dass es große Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg nach einer Elternzeit geben kann.

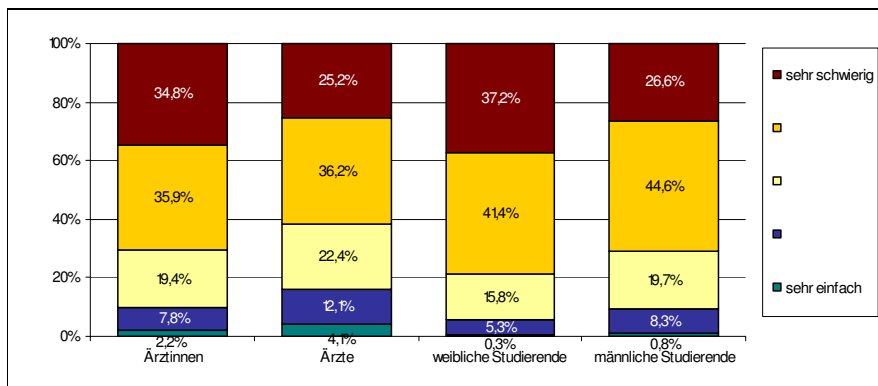


Abbildung 33: Wahrnehmung Schwierigkeit Rückkehr nach Elternzeit

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass nicht kurativ ärztlich tätige Ärzte vor allem die hohe Arbeitszeitbelastung und – teilweise damit einhergehend – die mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie bzw. Freizeit als Hindernis betrachten, in den kurativ ärztlichen Beruf zurückzukehren. Nur zwei Fünftel der nicht kurativ ärztlich tätigen Ärzte sind der Auffassung, dass eine Rückkehr in die kurativ ärztliche Tätigkeit schwierig sei. Dahingegen schätzen Ärzte im Ausland die Chance, eine adäquate Stelle bzw. Niederlassungsmöglichkeit nach der Rückkehr nach Deutschland zu finden, als äußerst gering ein. Eine besondere Schwierigkeit sehen sowohl Studierende als auch Ärzte in der Rückkehr in die kurativ ärztliche Tätigkeit nach einer Elternzeit.

6.4 Krankenhausorganisation

Die Zufriedenheit von Ärzten mit der Organisation und Ausgestaltung ihrer täglichen kurativen Arbeit in deutschen Krankenhäusern, lässt sich anhand einer Vielzahl von Faktoren abbilden. Um eine ganzheitliche Aussage über die Organisation und Ausgestaltung der täglichen kurativen Arbeit für Mediziner zu bekommen, sind dabei die Einschätzung zweier befragter Personengruppen interessant: Auf der einen Seite Ärzte, die momentan im Krankenhaus in Deutschland tätig sind und auf der anderen Ärzte, die aus der kurativen Tätigkeit in Deutschland ausgestiegen sind.

Die Ärzte, die noch im System sind, wurden gebeten, ihre jetzige Tätigkeit zu bewerten, wohingegen die Aussteiger nach den Gründen für ihren Ausstieg gefragt wurden. Dabei wurde bei den Aussteigern noch einmal unterschieden zwischen Personen, die Deutschland den Rücken gekehrt haben und nun im Ausland tätig sind und solchen, die die kurative Tätigkeit für eine andere Beschäftigung aufgegeben haben.

Allgemein wurde in der letzten Zeit erwartet, dass sich das Urteil des EuGH zu den Arbeitszeiten auf die Situation der Beschäftigten in Krankenhäusern auswirkt. Vor dem Hintergrund wurden sowohl die Ärzte als auch die Studierende zu möglichen Auswirkungen (Vor- und Nachteile) des EuGH-Urteils befragt.

Im Krankenhaus kurativ tätige Ärzte

Die Ärzte wurden u.a. gefragt, welche Faktoren³² einen positiven bzw. negativen Einfluss auf ihre Absicht haben im System zu verbleiben und wie groß der Einfluss dieser Faktoren ist. Im Folgenden sind die Ergebnisse nach Tätigkeitsphase und Geschlecht aufgeschlüsselt:³³

	AIP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
Sehr negativ	Bezahlung		Bezahlung	Bezahlung
			Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	
Negativ	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Bezahlung	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Fachliche Betreuung	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten
	Fachliche Betreuung	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Hierarchie und autoritäre Führung	
	Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie und autoritäre Führung	Betriebsklima	
	Ansehen	Betriebsklima	Arbeitszeiten sind zu kurz für Weiterbildung	
Weder noch			Fraudiskriminierung	Hierarchie und autoritäre Führung
Positiv	Betriebsklima	Fraudiskriminierung	Ansehen	Fraudiskriminierung
	Überforderung	Ansehen	Überforderung	Betriebsklima
	Fraudiskriminierung	Überforderung	Identifikation mit der Tätigkeit	Ansehen
	Identifikation mit der Tätigkeit	Identifikation mit der Tätigkeit	Verhältnis zu den Pflegekräften	Identifikation mit der Tätigkeit
	Verhältnis zu den Pflegekräften	Verhältnis zu den Pflegekräften		Überforderung
Sehr Positiv				Verhältnis zu den Pflegekräften

Tabelle 12: Weibliche Befragte

Bei den Ärztinnen kristallisieren sich in diesem Bereich über alle Phasen hinweg drei Faktoren heraus, die als besonders negativ bewertet werden: Die Bezahlung, die zeitliche Belastung/mangelnde Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie das Ausmaß an nicht-medizinischen Tätigkeiten (d.h. Verwaltungsarbeit und wirtschaftliche Aspekte).

³² Einige der Faktoren wurden anhand von mehreren Einzelfaktoren bzw. -fragen gebildet. Eine Auflistung der Einzelergebnisse befindet sich im Anhang.

³³ Die Reihenfolge innerhalb der einzelnen Wichtigkeitsbereiche (sehr negativ, negativ, weder noch, positiv und sehr positiv) stellt eine Rangliste dar. Das heißt, Faktoren, die weiter oben in dem jeweiligen Bereich stehen, wurden stärker gewichtet. Bspw. wurde in der Phase „approbierter Arzt“ die Bezahlung am schlechtesten bewertet.

Daneben gibt es in einzelnen Phasen weitere Faktoren, die einen negativen Einfluss haben: So wird in den Ausbildungsabschnitten (AiP und Facharzt-ausbildung) die fachliche Betreuung der Mediziner negativ bewertet. Ähnlich verhält sich der Faktor Betriebsklima, der vor allem in den Phasen zwischen AiP und Facharzt eine wichtige Rolle spielt. Aber auch die hierarchischen Strukturen und der autoritäre Führungsstil im Krankenhaus werden negativ bewertet. Diese negative Einschätzung der Hierarchie und autoritäre Führung verschwindet in der Phase des Facharztes. Dies liegt vermutlich daran, dass die Mediziner mit zunehmender Laufbahn immer weiter in der Hierarchie-Pyramide nach oben rücken und somit selbst die Strukturen beeinflussen können bzw. nicht mehr so abhängig davon sind.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Tatsache, dass Medizinerinnen, die sich in einer Ausbildungsphase befinden (AiP oder Fachausbildung) nahezu alle Faktoren negativer bewerten als ihre Kolleginnen, die als approbierte Ärztin bzw. Fachärztin tätig sind. Eine solche Tendenz ist bei den Männern nicht zu erkennen.

	AiP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
	Bezahlung	Bezahlung	Bezahlung	Bezahlung
Sehr negativ	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
Negativ	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten
	Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie und autoritäre Führung
	Fachliche Betreuung	Betriebsklima	Arbeitszeiten sind zu kurz für Weiterbildung	
		Ansehen	Fachliche Betreuung	
		Überforderung	Betriebsklima	
Weder noch	Betriebsklima			Betriebsklima
Positiv	Ansehen	Identifikation mit der Tätigkeit	Ansehen	Identifikation mit der Tätigkeit
	Überforderung	Verhältnis zu den Pflegekräften	Überforderung	Ansehen
	Verhältnis zu den Pflegekräften		Identifikation mit der Tätigkeit	Überforderung
	Identifikation mit der Tätigkeit		Verhältnis zu den Pflegekräften	
Sehr positiv	Fraudiskriminierung	Fraudiskriminierung	Fraudiskriminierung	Verhältnis zu den Pflegekräften Fraudiskriminierung

Tabelle 13: Männliche Befragte

Auch die Männer bewerten die gleichen drei Faktoren (Bezahlung, Zeitliche Belastung/mangelnde Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie Ausmaß an nicht-medizinischen Aufgaben) am negativsten. Zudem sind die Ärzte – mehr als die Frauen – phasenunabhängig unzufrieden mit den Aspekten Hierarchie und autoritäre Führung. Ähnliches gilt für den Faktor Betriebsklima, allerdings auf einem weniger wichtigen Niveau. Lediglich in der Phase des Facharztes spielt dieser Faktor keine Rolle.

Positiv hingegen wird das Verhältnis von Medizinern zu den Pflegekräften sowie die Identifikation mit der Tätigkeit bewertet. Dies gilt geschlechter-

übergreifend. Auch das Thema der Frauendiskriminierung spielt für sowohl Männer als auch Frauen keine große Rolle, wobei die Männer diesen Aspekt aber doch noch positiver einschätzen als ihre weiblichen Kollegen.

Ärzte, die aus der kurativen Tätigkeit in Deutschland ausgestiegen sind

Ein weiterer wichtiger Faktor, um die kurative Tätigkeit in deutschen Krankenhäusern bewerten zu können, stellt die Gruppe der Mediziner dar, die entweder die kurative Tätigkeit verlassen hat oder jetzt im Ausland tätig ist. Diese beiden Gruppe wurde nach ihren Gründen gefragt, die kurative Tätigkeit zu verlassen und gebeten die Wichtigkeit anzugeben.

Nicht-kurativ tätig in Deutschland

	AiP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
Sehr wichtig	Bezahlung schlecht			
Wichtig	Fachliche Betreuung schlecht	Hierarchie/Autoritäre Führung	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
	Hierarchie/Autoritäre Führung	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Bezahlung schlecht	
	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Bezahlung schlecht	Fachliche Betreuung schlecht	
	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	
	Betriebsklima	Diskriminierung von Frauen	Hierarchie/Autoritäre Führung	
Weder noch	Diskriminierung von Frauen			Bezahlung schlecht
				Verhältnis Pflegekräfte schlecht
Unwichtig	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Betriebsklima	Diskriminierung von Frauen	Hierarchie/Autoritäre Führung
	Ansehen	Überforderung	Betriebsklima	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten
	Überforderung	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit		Diskriminierung von Frauen
		Ansehen		Betriebsklima
				Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit
Sehr unwichtig			Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Überforderung
			Überforderung	Ansehen
			Arbeitszeiten zu kurz für FA-Ausbildung	
			Ansehen	

Tabelle 14: Nicht-kurativ tätig in Deutschland - Frauen

In der Phase des AiP zeigt sich bei den Frauen eine Vielzahl von Faktoren, die einen großen Einfluss auf die Entscheidung haben, die kurative Tätigkeit aufzugeben. Als wichtigster Grund wird dabei die Bezahlung erachtet, wobei die Wichtigkeit dessen mit fortschreitender Laufbahn (und dementsprechend höherer Bezahlung) deutlich an Stärke verliert. Eine ähnliche Entwicklung kennzeichnet den Faktor Hierarchie und Autorität: Mit steigender Verantwortung und Aufsteigen in den Strukturen wird dieser Faktor als zunehmend

unwichtiger angesehen. Gleiches gilt für den Faktor Betriebsklima, allerdings auf weniger wichtigem Niveau.

Dagegen wird die zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit mit der Familie im Laufe der Zeit ein immer größeres Problem und schließlich in der Phase des Facharztes zum wichtigsten Ausstiegsgrund. Dies mag zum einen daran liegen, dass die sonstigen Ausstiegsfaktoren wie die zu geringe Vergütung und die niedrige Stellung in der Hierarchie zwangsläufig aufgrund der Laufbahn wegfallen, zum anderen aber auch daran, dass der Arbeitsdruck und die zeitliche Belastung mit steigender Verantwortung und geändertem Aufgabenspektrum zunimmt. So muss ein Facharzt bspw. auch die fachliche Betreuung von jungen Kollegen übernehmen. Doch gerade diese (fehlende) fachliche Betreuung ist vor allem in den Phasen der Ausbildung für viele Medizinerinnen ein Grund, nicht mehr kurativ tätig zu sein.

Diskriminierungsaspekte werden grundsätzlich nicht als ausschlaggebend für den Ausstieg gesehen. Einzig in der Phase der approbierten Ärztinnen wird die Diskriminierung als Ausstiegsgrund genannt.

	AiP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
Sehr wichtig	Bezahlung schlecht Hierarchie/Autoritäre Führung			
Wichtig	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Hierarchie/Autoritäre Führung	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
	Fachliche Betreuung schlecht	Bezahlung schlecht	Bezahlung schlecht	Hierarchie/Autoritäre Führung
	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Hierarchie/Autoritäre Führung	Bezahlung schlecht
	Betriebsklima	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Fachliche Betreuung schlecht	
		Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten		
Weder noch				
Unwichtig	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Betriebsklima	Betriebsklima	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten
	Ansehen	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Betriebsklima
	Überforderung	Überforderung		Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit
Sehr unwichtig	Diskriminierung von Frauen	Diskriminierung von Frauen	Überforderung	Verhältnis Pflegekräfte schlecht
			Arbeitszeiten zu kurz für FA-Ausbildung	Überforderung
			Ansehen	Ansehen
			Diskriminierung von Frauen	Fraudiskriminierung

Tabelle 15: Nicht-kurativ tätig in Deutschland - Männer

Bei den Männern ergibt sich teilweise ein ähnliches Bild: So gaben die Ärzte je nach beruflicher Phase zwar zum Teil unterschiedliche Antworten, allerdings wird deutlich, dass sich mit zunehmender Karriere die zeitliche Belastung als Hauptgrund für den Ausstieg herauskristallisiert. In der AiP-Phase spielen vor allem die hierarchischen Strukturen und die im Vergleich schlech-

te Entlohnung eine große Rolle bei der Entscheidung, auszusteigen, während diesen Faktoren im weiteren Berufsverlauf ein geringeres Gewicht zukommen. Allerdings bleibt die Bezahlung für die Männer auch weiterhin in allen beruflichen Phasen ein wichtigerer Ausstiegsgrund als für die Frauen.

Differenziert man die Hauptgründe für den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit nach Geschlecht, zeigt sich also, dass kaum Unterschiede bestehen. Männer scheinen lediglich schlechter mit der Bezahlung und dem Hierarchiegefüge in Krankenhäusern zurechtzukommen als Frauen.

Im Ausland kurativ tätig

	AiP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
Sehr wichtig	Bezahlung schlecht	Hierarchie/Autoritäre Führung	Hierarchie/Autoritäre Führung	
	Hierarchie/Autoritäre Führung		Bezahlung schlecht	
	Fachliche Betreuung schlecht			
Wichtig	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Fachliche Betreuung schlecht	Hierarchie/Autoritäre Führung
	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Bezahlung schlecht
	Betriebsklima	Bezahlung schlecht	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten
		Betriebsklima	Betriebsklima	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
		Diskriminierung von Frauen		
Weder noch				
Unwichtig	Ansehen	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Diskriminierung von Frauen	Diskriminierung von Frauen
	Diskriminierung von Frauen	Ansehen	Arbeitszeiten zu kurz für FA-Ausbildung	Betriebsklima
	Verhältnis Pflegekräfte schlecht	Verhältnis Pflegekräfte schlecht	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit
	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Überforderung	Ansehen	
Sehr unwichtig			Verhältnis zu den Pflegekräften	Ansehen
			Überforderung	Verhältnis zu den Pflegekräften
				Überforderung

Tabelle 16: Im Ausland tätig - Frauen

Der Hauptgrund für Medizinerinnen, Deutschland zu verlassen und im Ausland kurativ tätig zu werden, ist über alle Phasen hinweg gesehen der Faktor hierarchische Strukturen und autoritäre Führung. In den Ausbildungsphasen werden wie in der Gruppe der nicht kurativ tätigen Befragten außerdem die Faktoren Bezahlung und fachliche Betreuung genannt.

Weitere wichtige Gründe sind das Ausmaß an nicht-medizinischen Aufgaben, die zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf sowie am Anfang der Laufbahn das Betriebsklima im Krankenhaus. Auffällig ist allerdings, dass alle diese Faktoren mit der Zeit an Bedeutung

verlieren, was darin resultiert, dass in der Phase des Facharztes kein Faktor mehr als sehr wichtig eingeschätzt wird. Dahingegen werden einige Faktoren wie fachliche Überforderung und Verhältnis zu Pflegekräften als gänzlich unwichtig bezeichnet. Dies bestätigt auch die Einschätzung der noch im System Befindlichen, die das Verhältnis zu den Pflegekräften als unproblematisch einstufen.

	AiP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
Sehr wichtig	Bezahlung schlecht	Bezahlung schlecht	Bezahlung schlecht	
	Hierarchie/Autoritäre Führung	Hierarchie/Autoritäre Führung	Hierarchie/Autoritäre Führung	
	Fachliche Betreuung schlecht			
Wichtig	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Fachliche Betreuung schlecht	Hierarchie/Autoritäre Führung
	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Bezahlung schlecht
	Betriebsklima		Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Überhand an nicht-medizinischen Tätigkeiten
Weder noch			Betriebsklima	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
Unwichtig	Ansehen	Verhältnis zu den Pflegekräften	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Betriebsklima
	Verhältnis zu den Pflegekräften	Betriebsklima	Arbeitszeiten zu kurz für Weiterbildung	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit
	Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Ansehen	Ansehen	
		Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit	Verhältnis zu den Pflegekräften	
Sehr unwichtig	Überforderung	Diskriminierung von Frauen	Frauediskriminierung	Ansehen
	Diskriminierung von Frauen	Überforderung	Überforderung	Frauediskriminierung
				Verhältnis zu den Pflegekräften
				Überforderung

Tabelle 17: Im Ausland tätig - Männer

Betrachtet man die Aussagen der männlichen Befragten, die im Ausland tätig sind, zeigt sich ein ähnliches Bild: Die ausschlaggebenden Gründe, Deutschland zu verlassen, waren die Bezahlung sowie die Probleme, die die Hierarchien und autoritäre Führungsstrukturen mit sich bringen. Jedoch verlieren diese Faktoren auch unter den Männern mit zunehmender Karriere an Kraft.

Zusammenführung der Ergebnisse

Vergleicht man die Gründe, die für einen Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit bzw. für einen Wechsel ins Ausland wichtig sind, mit den Faktoren, die von noch im System befindlichen Ärzten schlecht bewertet werden, ergibt sich ein eindeutiges Bild:

AiP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
Bezahlung	Bezahlung	Bezahlung	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Bezahlung
Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten
Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie und autoritäre Führung	Fachliche Betreuung	Hierarchie/Autoritäre Führung
Fachliche Betreuung	Betriebsklima	Hierarchie und autoritäre Führung	
		Betriebsklima	

Tabelle 18: Vergleich Ausstiegsgründe und schlecht bewertet - Frauen

AiP	Arzt approbativ	Fachausbildung	Facharzt
Bezahlung	Bezahlung	Bezahlung	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie
Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Zeitliche Belastung, mangelnde Vereinbarkeit mit Familie	Bezahlung
Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten	Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten
Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie und autoritäre Führung	Hierarchie/Autoritäre Führung
Fachliche Betreuung		Fachliche Betreuung	

Tabelle 19: Vergleich Ausstiegsgründe und schlecht bewertet - Männer

Über alle Phasen hinweg betrachtet, sind die Problembereiche für beide Geschlechter fast identisch. Demnach sind die wichtigsten Problembereiche:

- die als nicht angemessen erachtete Bezahlung,
- die zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit Familie und Freizeit,
- der in Krankenhäusern herrschenden Führungsstil und gegebenen Hierarchiestrukturen sowie
- das Ausmaß an zu bewältigenden nichtärztlichen Aufgaben.

Dazu kommen in den Ausbildungsphasen noch die fehlende fachliche Betreuung und teilweise ein schlechtes Betriebsklima.

Auswirkungen des EuGH-Urteils

Diese Problembereiche führen dazu, dass viele Einrichtungen des Gesundheitswesens bereits heute über einen Personalmangel klagen. Es wird erwartet, dass das Urteil des EuGH zum Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern diese Entwicklung verschärft. Vor dem Hintergrund wurden sowohl die Ärzte als auch die Studierende zu möglichen Auswirkungen (Vor- und Nachteile) des EuGH-Urteils befragt.

Dabei zeigt sich, dass Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, bzgl. der **Vorteile** des Urteils noch keine einheitliche Meinung haben. Trotzdem herrscht aber bei ca. zwei Drittel der Befragten eine weitgehende Zustimmung zu dem Urteil.

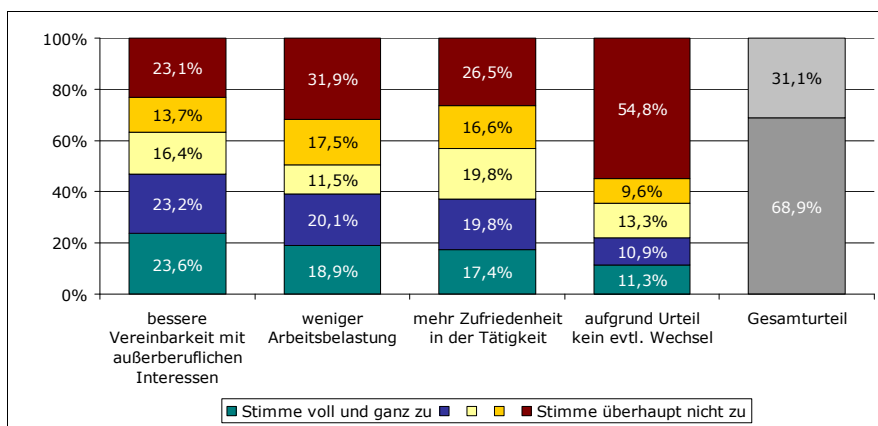


Abbildung 34: Ärzte im Krankenhaus: Bewertung EUGH-Urteil

Betrachtet man die erwarteten **Nachteile**, zeigt sich, dass auf der anderen Seite fast 90% der befragten Krankenhausärzte vor allem Einbußen bei ihrem Einkommen erwarten. U.a. führt dies auch dazu, dass ca. 15% der Befragten aufgrund des Urteils einen Wechsel ihrer Tätigkeit vorstellen könnten.

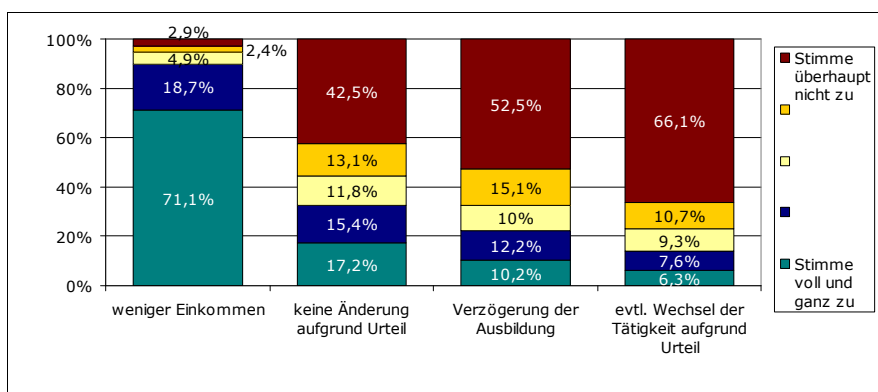


Abbildung 35: Ärzte im Krankenhaus: Bewertung EUGH-Urteil

Betrachtet man die Aussagen der Studierenden zeigt sich ein ähnliches Bild.

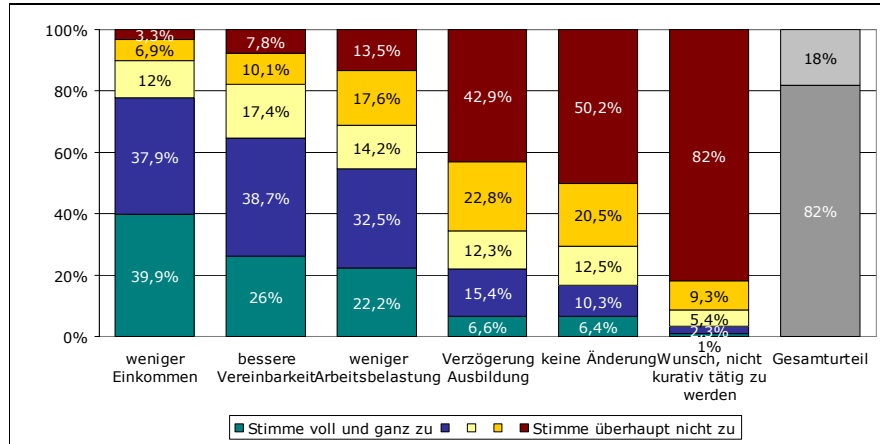


Abbildung 36: Studierende - Bewertung EUGH-Urteil

So befürworten die meisten Studierenden trotz der erwarteten Einkommens-einbußen eine Umsetzung des EUGH-Urteils. Dies mag auch daran liegen, dass vor allem eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie eine Reduktion in der Arbeitsbelastung erwartet werden.

6.5 Ostdeutsche Bundesländer

Durch die Analyse der Studien und der vorhandenen statistischen Daten hat sich herausgestellt, dass ein Ärztemangel vor allem in Ostdeutschland zu verzeichnen ist und dort besonders zwei Bereiche betroffen sind:

- Die WIDO- und die BÄK/KBV-Studien stellen eine punktuelle Unter-versorgung an niedergelassenen Ärzten besonders im ländlichen Be-reich fest.
- Die DKI-Studie berichtet von Schwierigkeiten einiger ostdeutscher Krankenhäuser, ihre freien Stellen neu zu besetzen.

Um einschätzen zu können, ob diese Entwicklung sich auch in der Zukunft fortschreiben wird und damit konkreter Handlungsbedarf in diesen Bereichen besteht, hat Rambøll Management derzeitige Studierende sowie kurativ täti-ge Ärzte in West- und Ostdeutschland nach ihren zukünftigen Berufsabsich-ten gefragt.

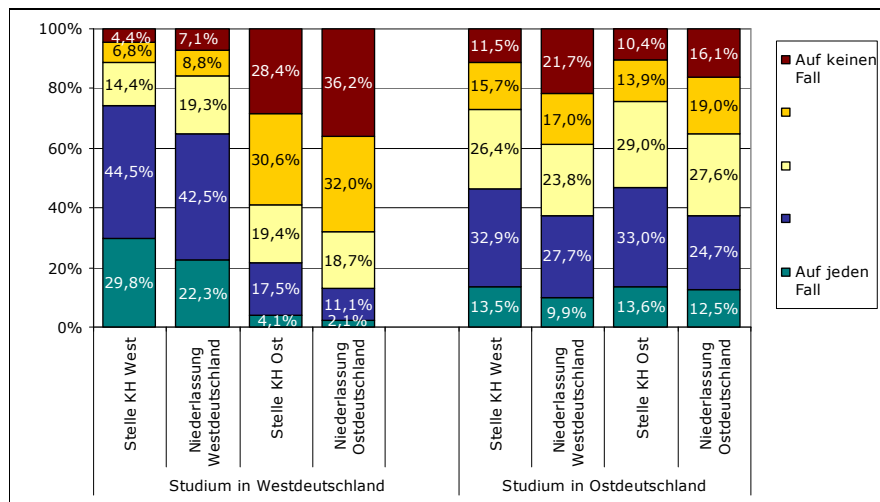


Abbildung 37: Berufliche Pläne der Studierenden in West- und Ostdeutschland

Abbildung 37 stellt die Ergebnisse für die befragten Studierenden dar. Hier wird vor allem deutlich, dass ein großer Prozentsatz der in Westdeutschland Studierenden sich „auf keinen Fall“ vorstellen kann, in den ostdeutschen Bundesländern tätig zu sein - weder im Krankenhaus (28,4%) noch als niedergelassener Arzt (36,2%). Die gleichen Anteile sind in Bezug auf eine Tätigkeit im Westen relativ gering (4,4% Krankenhaus, 7,1% Niederlassung). Im Gegensatz dazu sind die Studierenden in den ostdeutschen Bundesländern eher indifferent, was den späteren Berufsstandort angeht. Auffällig ist hier, dass sie eine Niederlassung generell stärker ablehnen als die Tätigkeit im Krankenhaus. Darüber hinaus scheinen die Studierenden eine recht hohe Ablehnung der kurativen Tätigkeit insgesamt zu haben. Dies ist allerdings auch dadurch zu erklären, dass diejenigen, die bereits im Studium entschieden haben, „auf jeden Fall“ im Krankenhaus tätig sein zu wollen, konsequenterweise planen, sich „auf keinen Fall“ niederzulassen und umgekehrt.

Bei den Ärzten bestätigen sich diese Tendenzen, jedoch sind sie hier deutlich stärker ausgeprägt. Abbildung 38 zeigt, dass in der Gruppe der in Westdeutschland tätigen Ärzte die Bereitschaft, im Osten zu arbeiten, relativ gering ist, bzw. die Ablehnung derer, die „auf keinen Fall“ in den ostdeutschen Bundesländern arbeiten würden, recht hoch ist (61,3% Krankenhaus, 75,7% Niederlassung). Allerdings sind bei diesen Zahlen auch diejenigen zu berücksichtigen, die generell nicht im Krankenhaus bzw. als niedergelassener Arzt arbeiten wollten, auch nicht in Westdeutschland.

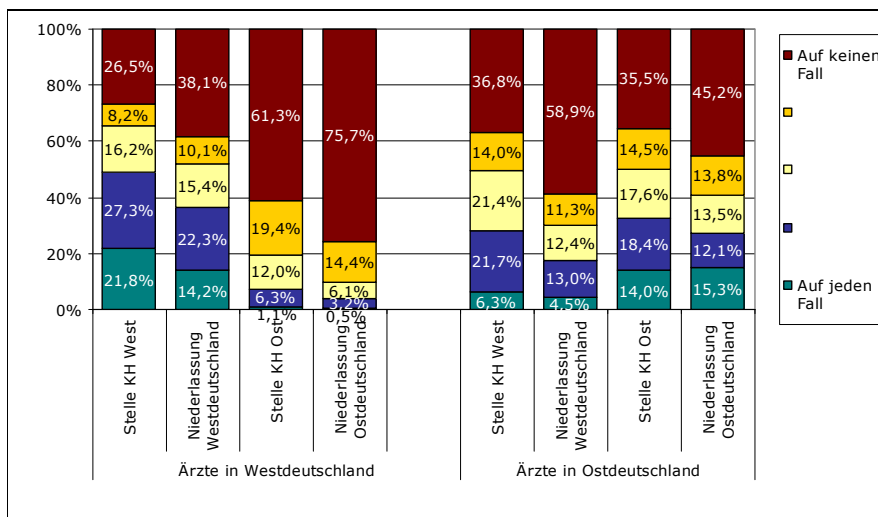


Abbildung 38: Berufliche Pläne der kurativ tätigen Ärzte in West- und Ostdeutschland

Weiterhin ist zu beobachten, dass auch in den alten Bundesländern die Ablehnung gegen eine kurative Tätigkeit recht hoch erscheint. Die Erklärung hierfür, wie auch für die stärkere Ausprägung der Kategorie „auf keinen Fall“ bei den Ärzten insgesamt, ist erneut auf bereits getroffene Entscheidungen zurückzuführen. Ärzte, die bereits seit einigen Jahren in einem Krankenhaus oder in eigener Praxis arbeiten, zeigen sich weniger offen für einen Wechsel und stufen die jeweils andere Kategorie häufiger unter „auf keinen Fall“ ein. Dementsprechend kann auch die stärkere Ablehnung der Niederlassung durch die in Ostdeutschland tätigen Ärzte interpretiert werden. Ist die Zahl der in Krankenhäusern arbeitenden Ärzte größer als die der Niedergelassenen, so ist es wahrscheinlich, dass auch der Anteil der Ablehnung einer Niederlassung größer ist. Daher sind aussagekräftigere Ergebnisse für Ärzte eher in der Kategorie „auf jeden Fall“ abzulesen. Hier wird schnell erkennbar, dass Ärzte aus Westdeutschland deutlich die alten Bundesländer präferieren, während die Ärzte in Ostdeutschland mit Tendenz lieber in den neuen Bundesländern bleiben, aber auch die alten nicht ablehnen.

Die Analyse der Studien im ersten Teil des Gutachtens hat die Frage aufgeworfen, warum der medizinische Nachwuchs in den ostdeutschen Bundesländern wegfällt. Daher haben wir Ärzte und auch Studierende nach den Voraussetzungen gefragt, die sie für eine Niederlassung in den neuen Bundesländern als notwendig ansehen. Abbildung 39 zeigt die Ergebnisse für die Ärzte.

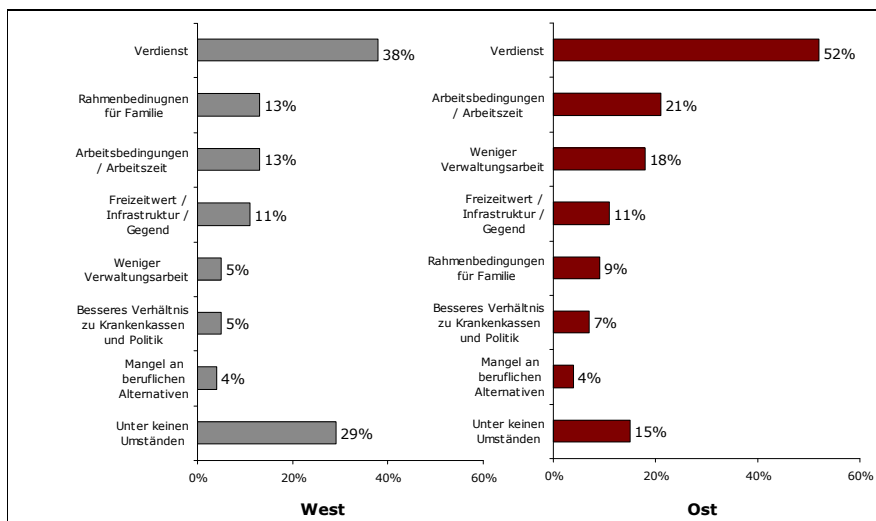


Abbildung 39: Voraussetzungen der Niederlassung in den östlichen Ländern – Ärzte (ohne Berlin)

Sowohl für westdeutsche als auch für ostdeutsche Ärzte ist ein angemessener Verdienst die am häufigsten genannte Voraussetzung für eine Niederlassung in Ostdeutschland. Auffällig ist, dass gerade den Ärzten in den ostdeutschen Bundesländern dieser Faktor noch wichtiger zu sein scheint: immerhin 52% haben diese Voraussetzung genannt, noch einmal 14% mehr als im Westen. Zweitwichtigster Faktor, den knapp mehr als ein Fünftel der Ärzte in den ostdeutschen Bundesländern genannt haben, sind die Arbeitsbedingungen bzw. die Arbeitszeit. In Westdeutschland ist dies nur für 13% ein entscheidender Aspekt. Wichtiger als den in den ostdeutschen Bundesländern kurativ ärztlich tätigen Ärzten sind ihnen mit ebenfalls 13% die Rahmenbedingungen, mit denen sich ihre Familien bei einem Umzug in die ostdeutschen Bundesländer auseinandersetzen müssten. Weiterhin wäre für 18% der ostdeutschen Ärzte weniger Verwaltungsarbeit eine Voraussetzung für die Niederlassung in ostdeutschen Regionen, ein zu vernachlässigender Aspekt für die Ärzte aus den westdeutschen Bundesländern. Abschließend bestätigen die Anteile der Ärzte, die sich „unter keinen Umständen“ in den ostdeutschen Bundesländern niederlassen würden, die Aussage der in der ersten Grafik aufgezeigten Trends: Bei den Ärzten in Ostdeutschland ist die Abneigung gegen eine Niederlassung in ihrer Region weniger stark ausgeprägt (15%) als bei westdeutschen Ärzten (29%).

Bei der Befragung der Studierenden zum gleichen Thema werden insgesamt ähnliche Faktoren als Hauptvoraussetzungen genannt, jedoch unterscheidet sich die Priorisierung wie die Abbildungen 40 und 41 zeigen.

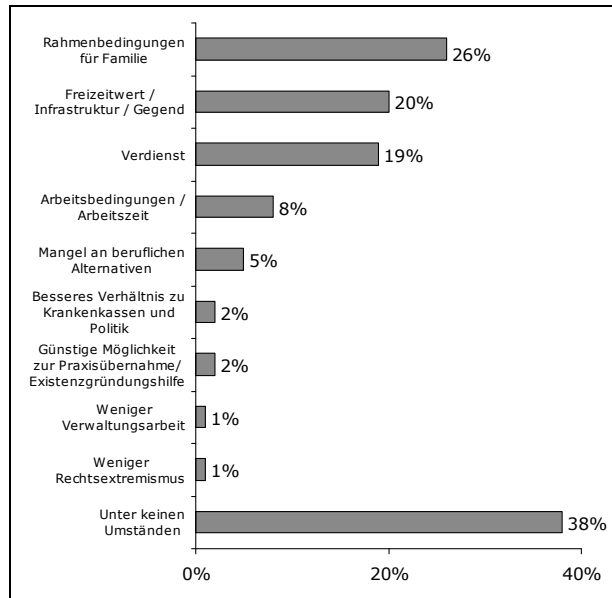


Abbildung 40: Vorauss. für Niederlassung in Ostdeutschland - westdt. Studierende

Die von westdeutschen Studierenden am häufigsten genannte notwendige Voraussetzung für eine Niederlassung in den ostdeutschen Bundesländern bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, die sich bei einer Übersiedlung für die Familien ergeben (26% der Befragten nannten eine solche Voraussetzung).

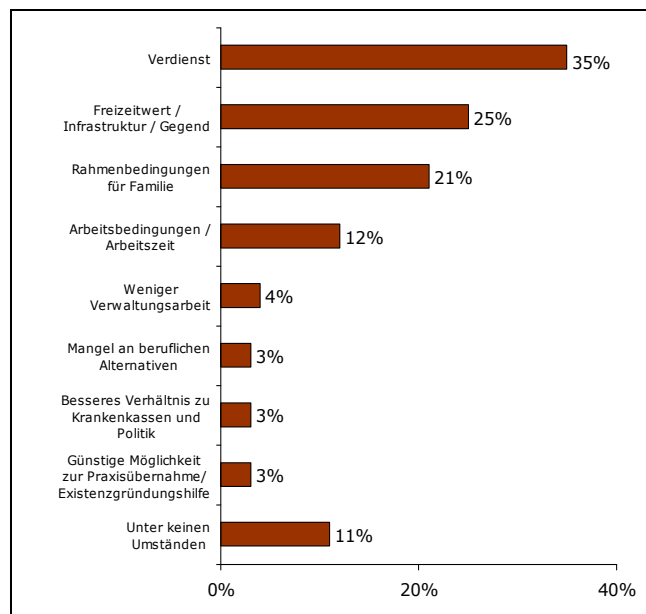


Abbildung 41: Vorauss. für Niederlassung in Ostdeutschland - ostdt. Studierende

Bei den ostdeutschen Studierenden wird dieser Aspekt hingegen nur als dritt wichtigste Voraussetzung genannt (21%). Am wichtigsten sind hier erneut die finanziellen Voraussetzungen (35%). Einig sind sich die Studierenden in Ost und West bei der Priorisierung des Faktors „Freizeitwert/Infrastruktur/Gegend“, der in beiden Fällen die zweit wichtigste Voraussetzung darstellt (20% West-, 25% Ostdeutschland).

Eine Veränderung der Priorisierung zwischen Studierenden und Ärzten ist vor allem beim Faktor „Arbeitsbedingungen/Arbeitszeiten“ zu erkennen. Während bei den Studierenden in den west- und ostdeutschen Bundesländern diese Voraussetzung nach den Häufigkeiten der Nennung noch auf Platz vier rangiert, sehen die tätigen Ärzte in den west- bzw. ostdeutschen Bundesländern diesen Punkt als dritt- bzw. zweit wichtigste Voraussetzung.

Zusammengefasst können ein entsprechender Verdienst sowie ansprechende Rahmenbedingungen für die Familien als die Voraussetzungen für beide Gruppen festgehalten werden, die es für eine Steigerung der Niederlassungen im Osten zu schaffen gilt. Darüber hinaus sind jüngeren Ärzten, die gerade die Ausbildung abgeschlossen haben Freizeitwert, Infrastruktur und die Gegend wichtig; Ärzte, die schon seit längerem praktizieren vergleichen stärker die gegebenen Arbeitsbedingungen.

Neben den Voraussetzungen, die Ärzte und Medizinstudenten bei einer Niederlassung in den ostdeutschen Bundesländern als notwendig erachten, wurden sie weiterhin nach solchen Faktoren gefragt, die für sie die dortigen Regionen attraktiver machen könnten. Auch hier nennen beide Gruppen weitgehend die gleichen Faktoren. Besonders der Punkt „Engerer Kontakt zu Patienten“ wurde von beiden Gruppen am häufigsten und auch von einem gleichen Anteil (28%) genannt. Bei den anderen Faktoren variieren die Häufigkeiten und damit auch ihre Wichtigkeit hinsichtlich der Attraktivitätssteigerung aus Sicht der Ärzte bzw. Studierenden. Für 23% der Ersteren trägt die landschaftliche Attraktivität bedeutend zur Gesamtattraktivität bei, gefolgt vom Charakter der dort lebenden Menschen, den 15% der Ärzte als wichtig erachten. Darüber hinaus werden die weiteren Faktoren „Lebensqualität generell“, „Berufliche Chancen/Kollegialität“, „Vereinbarkeit Beruf/Familie“ sowie „Eigene Heimat“ jeweils von 12% der Ärzte genannt und können damit für diese Gruppe gleichermaßen zur Attraktivitätssteigerung beitragen.

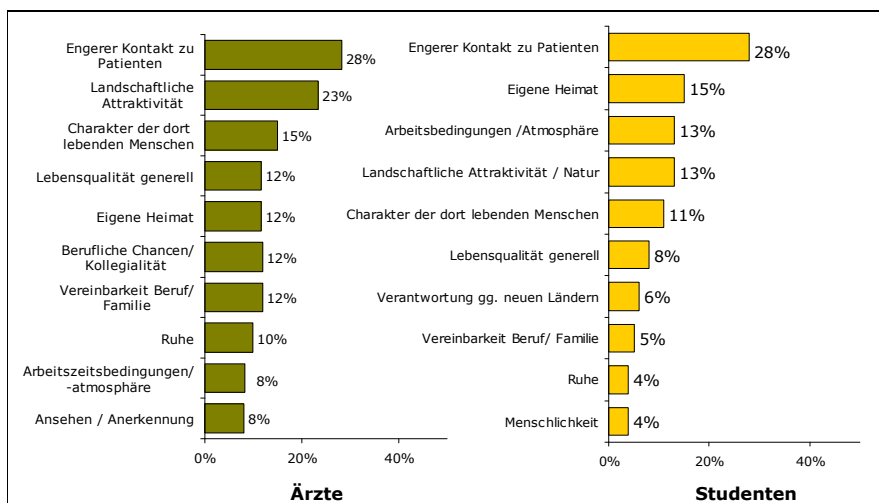


Abbildung 42: Attraktivitätsfaktoren der ostdeutschen Bundesländer

Den letztgenannten Punkt „Eigene Heimat“ sehen die Studierenden im Gegensatz zu den Ärzten als wichtiger an. Für 15% kann sich die Attraktivität der ostdeutschen Regionen in diesem Faktor begründen. Eine Erklärung für diese Prioritätenverschiebung könnte in der Heimatverbundenheit liegen, die bei Studierenden tendenziell noch stärker ausgeprägt ist als bei berufstätigen Ärzten. Diesen ist, wie oben bereits erwähnt, mit 23% der Nennungen die landschaftliche Attraktivität insgesamt wichtiger, während dieser Faktor nur von 13% der Studierenden genannt wird. Überraschend ist, dass gerade für die noch nicht praktizierenden Studierenden Arbeitsbedingungen und Arbeitsatmosphäre Potenzial zur Attraktivitätssteigerung bieten können. 13% nennen diesen Faktor, im Gegensatz zu den Ärzten, bei denen sich dar-

aus nur für 8% eine Attraktivitätssteigerung der Tätigkeit in ostdeutschen Bundesländern ergeben könnte.

Insgesamt könnte vor allem ein engerer Kontakt zu Patienten es für Ärzte attraktiv machen, in Ostdeutschland tätig zu werden. Außerdem ist der Aspekt „Eigene Heimat“ ein wichtiger Standortfaktor, so dass vor allem ostdeutsche Studierende und Ärzte die Zielgruppen für Bindungs- und Anwerbestrategien sein können.

6.6 Weitere Befragungsergebnisse

Im Rahmen der Befragung wurden noch weitere Ergebnisse ermittelt, die nicht den einzelnen abgeleiteten Handlungsfeldern zuzuordnen sind, aber dennoch für die Gesamtuntersuchung des Ausstiegs aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit von Interesse sind.

Auslandsaufenthalte

Die Frage nach dem Auslandsaufenthalt von Studierenden und Ärzten ist deshalb interessant, weil in der Diskussion um das Thema oft vermutet wird, dass Ärzte und Studierende, die einmal im Ausland waren, dort bleiben und nicht oder selten wieder zurückkehren. Unsere Befragung kommt zu einem anderen Ergebnis: demnach absolvieren deutsche Studierende in Deutschland kurativ tätige Ärzte höchstens einen Teil ihres Studiums im Ausland und kehren danach wieder zurück.

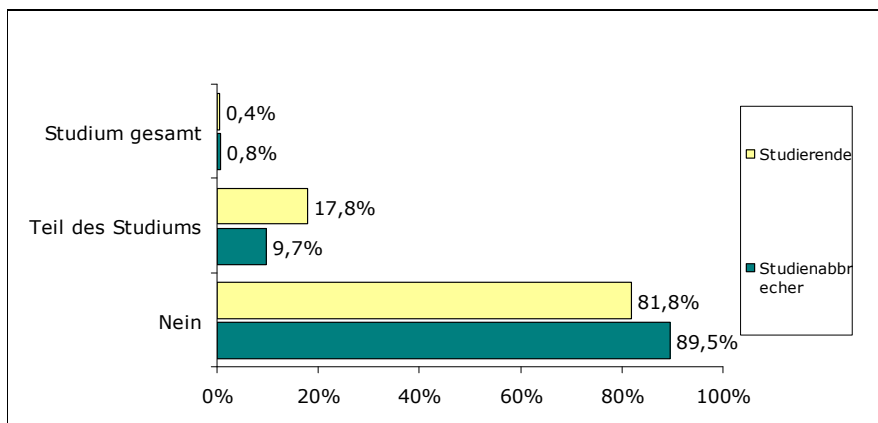


Abbildung 43: Im Ausland verbrachte Studienzeit

Die Studierenden, die einen Teil ihres Studiums im Ausland verbracht haben, sind zu einem Großteil (16%) für eine Famulatur ins Ausland gegangen. Weitere 9,3% aller Studierenden verbrachten einen Teil des klinischen Ab-

schnitts des Studiums außerhalb Deutschlands, nur 2,9% bzw. 2,3% waren in der Vorklinik bzw. im PJ im Ausland.

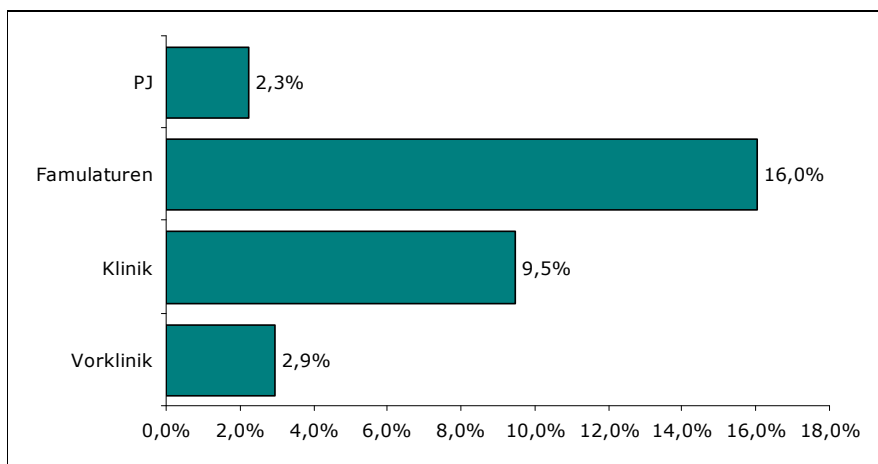


Abbildung 44: Anteil Auslandsaufenthalte auf Basis aller Studierenden und Abbrecher in der jeweiligen Phase oder später

Von den befragten Ärzten, die derzeit in Deutschland kurativ tätig sind, haben 36,5% einen Teil ihres Studiums im Ausland verbracht. Teile des AiP sowie der Facharztausbildung haben ebenfalls 2,5% bzw. 5,1% der Ärzte außerhalb Deutschlands wahrgenommen. Ein längerer Aufenthalt im Ausland für eine gesamte Weiterbildung zum Facharzt oder während der AiP- bzw. Studienzeit war selten.

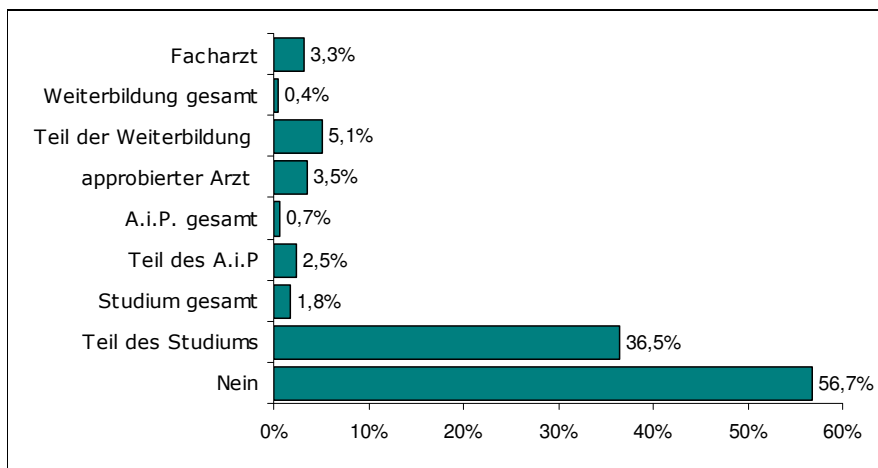


Abbildung 45: Auslandsaufenthalt von in Deutschland kurativ tätigen Ärzten

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Befragung von nicht kurativ tätigen Ärzten in Deutschland zu dem Thema Auslandsaufenthalte in der Vergangenheit: von ihnen waren knapp 70% gar nicht zur Weiterbildung oder kurativen Tätigkeit im Ausland. 24% haben einen Teil ihres Studiums außerhalb Deutschlands absolviert und jeweils weniger als 3% der befragten nicht kurativen Ärzte waren während der Weiterbildung bzw. als approbierter Arzt oder Facharzt im Ausland tätig.

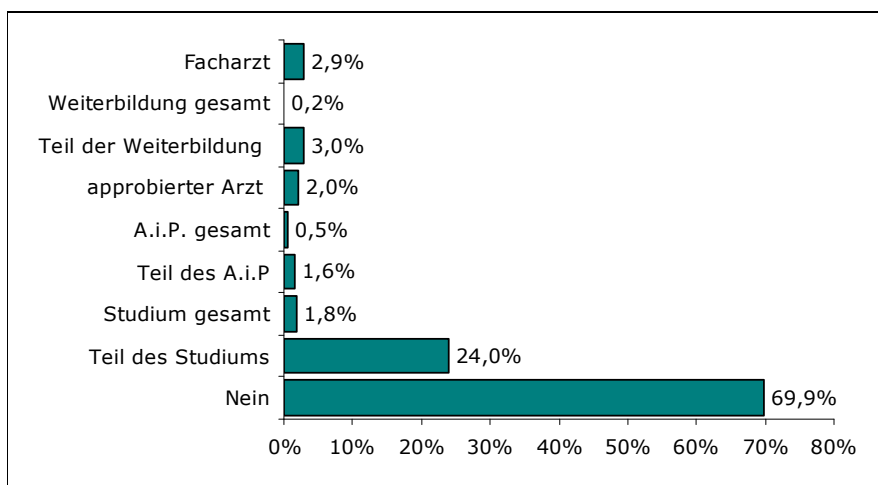


Abbildung 46: Auslandsaufenthalt von in Deutschland nicht kurativ tätigen Ärzten

Bewertung der Abschaffung des AiP

Ein weiterer Teil der Befragung betraf die Beurteilung der Abschaffung der Pflichtphase im Oktober 2004. Dazu wurden sowohl die Studierenden als auch die Ärzte gefragt, wie sie den Reformschritt bewerten.

Das Ergebnis zeigt, dass Studierende und Ärzte hinsichtlich dieser Frage ähnlich denken: fast zwei Drittel der befragten Studierenden und knapp 60% der Ärzte waren der Auffassung, dass die Abschaffung eine Attraktivitätssteigerung des Berufs bedeute (Mehrfachnennungen waren möglich).

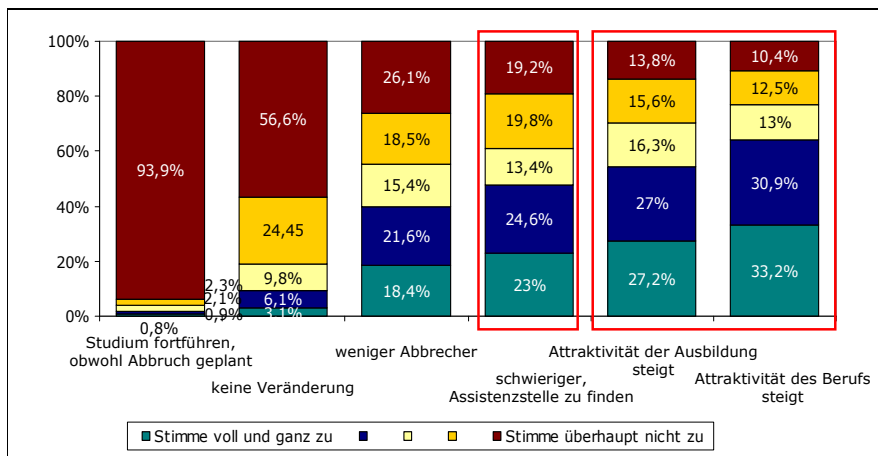


Abbildung 47: Studierende: Bewertung Abschaffung AiP

Mehr als die Hälfte der Studierenden ist überzeugt, dass die Abschaffung des AiP auch eine Steigerung der Attraktivität der Ausbildung erzeugen wird. Immerhin 47,6% gehen jedoch davon aus, dass es durch die Abschaffung in Zukunft schwieriger sein wird, eine Assistenzarztstelle zu finden. Weniger als 40% glauben, dass durch den Wegfall der Pflichtphase weniger Mediziner die Ausbildung abbrechen und knapp 60% stimmen der Aussage, dass sich durch die Abschaffung gar nichts ändern werde, nicht zu.

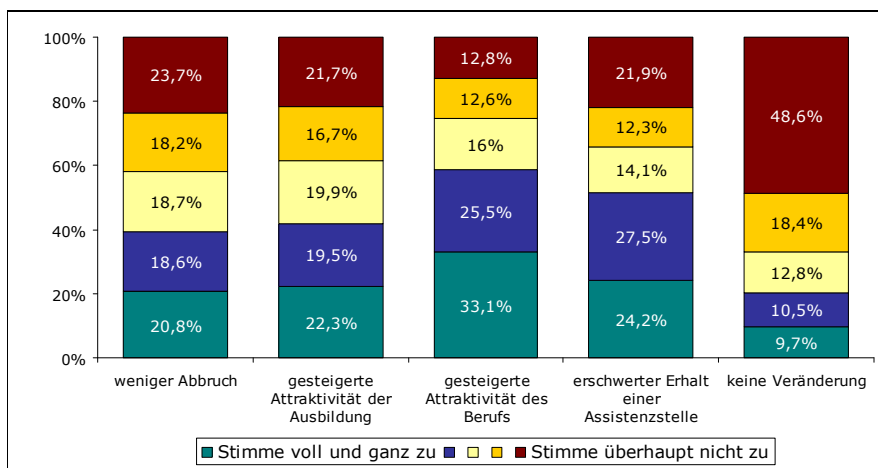


Abbildung 48: Kurativ tätige Ärzte: Bewertung Abschaffung AiP

Etwas mehr als die Hälfte der kurativ tätigen Ärzte ist der Meinung, dass es durch die Reform schwieriger wird, eine Assistenzarztstelle zu bekommen. Nur 38,4% sind davon überzeugt, dass durch den Wegfall der Pflichtphase die Attraktivität der Ausbildung von Medizinern steigt und knapp 40% gehen

davon aus, dass die Reform bewirkt, dass weniger Mediziner die Ausbildung abbrechen. Nur 20% der Befragten erwarten überhaupt keine Veränderungen.

7. Ableitung der Handlungsempfehlungen

Anhand der Ergebnisse der Befragung und des ersten Teils des Gutachtens wurden vier Handlungsfelder (Medizinstudium, Wiedereinstieg, Krankenhausorganisation und Ostdeutsche Bundesländer) abgeleitet. In jedem dieser vier Handlungsfelder hat Rambøll Management Problembereiche identifiziert, in denen sich Handlungsoptionen ergeben, um die jeweilige Situation für Ärzte zu verbessern. Anhand der aufgezeigten Probleme wurden daraufhin ein oder mehrere Ziele formuliert deren Erreichung mit großer Wahrscheinlichkeit eine positive Auswirkung auf die Situation haben wird.

Dazu wurden Wirkungsketten in Anlehnung an das Modell des „Logical Framework Approach (LFA)“³⁴ angewandt. Gemäß dem Ansatz des LFA werden für ein identifiziertes Problem ein sog. Problembaum und dazugehörige lösungsorientierte Ziele im Rahmen eines Zielbaums definiert. Mit Hilfe des jeweiligen Zielbaums können daraufhin strukturiert Erfolgsfaktoren ermittelt und auf dieser Basis anschließend Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.³⁵

Für jedes der vier Handlungsfelder hat Rambøll Management solche logische Wirkungsketten erstellt: Jedes Ziel wurde in mehrere Unterziele aufgeschlüsselt und dazu resultierende Erfolgsfaktoren ermittelt. Auf dieser Basis wurden dann handlungsleitende Empfehlungen abgeleitet. Dies gewährleistet, eine strukturierte Herleitung von handlungsleitenden Empfehlungen.

Im Folgenden werden die Wirkungsketten der vier Handlungsfelder dargestellt.

³⁴ Der „Logical Framework Approach“ (LFA) wurde ursprünglich in den 70er Jahren zur Planung von Projekten im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit entwickelt. Mittlerweile wird dies Instrument aber in einer Reihe von Bereichen und in allen Phasen des „Projektzyklus“ genutzt. Zu den Nutzern zählt u.a. auch die Europäische Kommission.

³⁵ European Commission: „Aid Delivery Methods – Project Cycle Management Guidelines“, March 2004

7.1 Medizinstudium

In diesem Abschnitt sollen Handlungsempfehlungen für den Problembereich Medizinstudium abgeleitet werden. Dazu werden zunächst dem LFA folgend die identifizierten Probleme in Ziele umgewandelt, diese dann weiter in Unterziele und Erfolgsfaktoren unterteilt und schließlich Handlungsempfehlungen ermittelt.

Im Handlungsfeld Medizinstudium bündeln sich die identifizierten Teilprobleme zu einem Hauptproblem: der Sicherung einer ausreichenden Zahl erfolgreicher Studienabschlüsse. Als wichtigstes Ziel in diesem Problembereich ergibt sich daher im Umkehrschluss die **Senkung der Schwundquote**, die unseren Ergebnissen zufolge bei 19-25% liegt.³⁶ Dieses Ziel kann über verschiedene Wege erreicht werden, welche in der nachfolgenden Grafik zu einer Wirkungskette zusammengefasst sind.

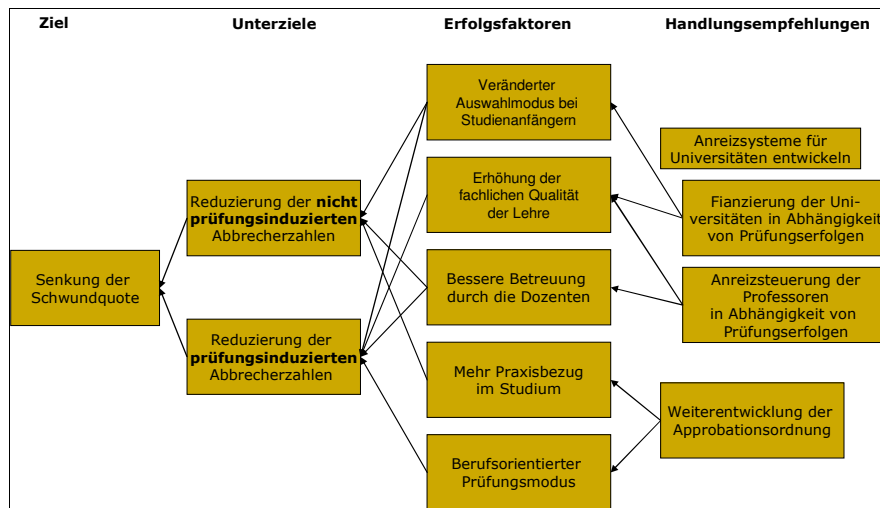


Abbildung 49: Wirkungskette Handlungsfeld Studium

Studierende, die ihr Medizinstudium vorzeitig abbrechen, gehören entweder zur Gruppe derer, die durch Prüfungsanforderungen zur Aufgabe gezwungen werden oder zur anderen Gruppe, welche nicht prüfungsinduzierte Gründe, wie z.B. praxisfremde Ausbildung, eine falsche Einschätzung des Studiums, ungenügende Studienbedingungen oder auch finanzielle Gründe für den Abbruch angeben. Beide Gruppen tragen – wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung – zur Schwundquote bei, können jedoch nicht zwingend mit

³⁶ Um eine ausreichende Anzahl Absolventen sicherzustellen, ist es prinzipiell natürlich auch denkbar, etwa durch die Ausweitung des Angebots an Studienplätzen eine größere Anzahl Studienan-

denselben Maßnahmen zum erfolgreichen Studienabschluss geführt werden. Daher teilt sich das Ziel dieses Problembereichs in zwei Unterziele: die **Reduzierung** der **prüfungsinduzierten** und der **nicht prüfungsinduzierten Abbrecherzahlen**.

Zur Erreichung dieser Unterziele sind mehrere Erfolgsfaktoren von Bedeutung, die entweder auf das erste, das zweite oder beide Unterziele gleichzeitig wirken. Durch ein verändertes Auswahlverfahren unter den Bewerbern können diejenigen mit hoher Motivation für das Studium herausgefiltert werden, so dass die Wahrscheinlichkeit von Abbrüchen insgesamt zurückgeht. Zum anderen ist eine Selektion der Bewerber hinsichtlich ihrer Qualifikation für die zu erwartenden Prüfungssituationen möglich, z.B. durch formal ähnlich gestaltete Aufnahmetests, so dass sich die Häufigkeit von nicht bestanden Prüfungen verringern kann. Auch eine bessere Betreuung durch die Dozenten erhöht die Motivation der Studierenden und reduziert damit die nicht prüfungsinduzierten Abbrecherquoten. Sie hilft auch, die Prüfungsvorbereitungen zu verbessern und dadurch Misserfolgsquoten zu reduzieren. Des Weiteren trägt ein größerer Praxisbezug im Studium dazu bei, Studierende dauerhaft für ihr Studium und den späteren Arztberuf zu motivieren. In Anknüpfung daran muss sich auch der Prüfungsmodus stärker am tatsächlichen Berufsbild orientieren, und somit gleichzeitig zur Reduktion der nicht bestanden Prüfungen beitragen. Auf dieses Unterziel kann abschließend ebenfalls eine Erhöhung der fachlichen Qualität der Lehre positiv wirken.

Nach Ermittlung der Erfolgsfaktoren für die Senkung der Schwundquote im Medizinstudium gilt es im nächsten Schritt, Handlungsempfehlungen abzuleiten, die die Existenz dieser Faktoren ermöglichen und dann über die genannten Unterziele zur Zielerreichung beitragen.

- **Anreizsysteme - Bindung der Universitätsfinanzierung an die Prüfungserfolge ihrer Studierenden:** Die erste Empfehlung zielt im Wesentlichen darauf ab, durch Anreizsysteme die Zielvorgabe dieses Problembereichs in der Administration der Universität zu verankern. Wenn die Universitätsmitarbeiter eigene Anreize haben, die Abbruchquoten zu senken, schaffen sie die dazu notwendigen Voraussetzungen, d.h. sie fördern die Etablierung der Erfolgsfaktoren. Die erste Anreizstruktur bezieht sich auf die Bindung der Universitätsfinanzierung an die Prüfungserfolge ihrer Studierenden. Dadurch hat die Universität ein gesteigertes Interesse an einem veränderten Auswahlmodus bei Studienanfängern. Sie hat dadurch ebenso ein Interesse an der Erhöhung der Lehrqualität, um möglichst viele Studierende zum Prüfungserfolg zu führen.

fänger in das System hineinzubringen. Aus ökonomischen Gründen halten wir jedoch Maßnahmen

- **Anreizsysteme - finanzielle Anreizsteuerung von Lehrenden:** Nicht nur die Universität im Allgemeinen, sondern auch die Lehrenden sollten dieses Ziel aus eigenem Interesse verfolgen. Daher ergibt sich als zweiten Ansatzpunkt die finanzielle Anreizsteuerung von Lehrenden. Auf diese Weise werden diese sowohl die Betreuung der Studierenden als auch die inhaltliche Qualität ihrer Lehre gewährleisten, und damit die Erfolgsfaktoren zur Problemlösung untermauern.
- **Weiterentwicklung der Approbationsordnung:** Ein weiterer Beitrag zur Zielerreichung liegt in der Weiterentwicklung der Approbationsordnung, um günstige Voraussetzungen zu schaffen. Insbesondere muss eine noch stärkere Praxisorientierung, sowohl im Studium als auch in den Prüfungen, verankert werden.

Da die Handlungsempfehlungen unterschiedliche Erfolgsfaktoren beeinflussen und diese wiederum verschieden auf die Unterziele reagieren, ist es insbesondere wichtig, auf möglichst vielen Ebenen mit ihrer Umsetzung zu beginnen. Zukünftig wird es interessant sein zu beobachten, ob die kürzlichen Änderungen der Approbationsordnung über die hier beschriebene Wirkungskette bereits zur Reduzierung der Schwundquoten beitragen konnten.

7.2 Wiedereinstieg

Wie in Kapitel 2.2 bereits dargelegt, hat die Analyse der Datenlage im ersten Teil des Gutachtens gezeigt, dass ein steigender Anteil der Mediziner, die ihr Studium erfolgreich absolviert haben, nicht mehr in der Statistik der kurativ ärztlich Tätigen auftaucht. Als Erklärung für diese Tatsache werden die Abwanderung von Ärzten in andere, nicht-kurative Bereiche bzw. ins Ausland und die Unterbrechung der kurativen Tätigkeit für eine Elternzeit angegeben.

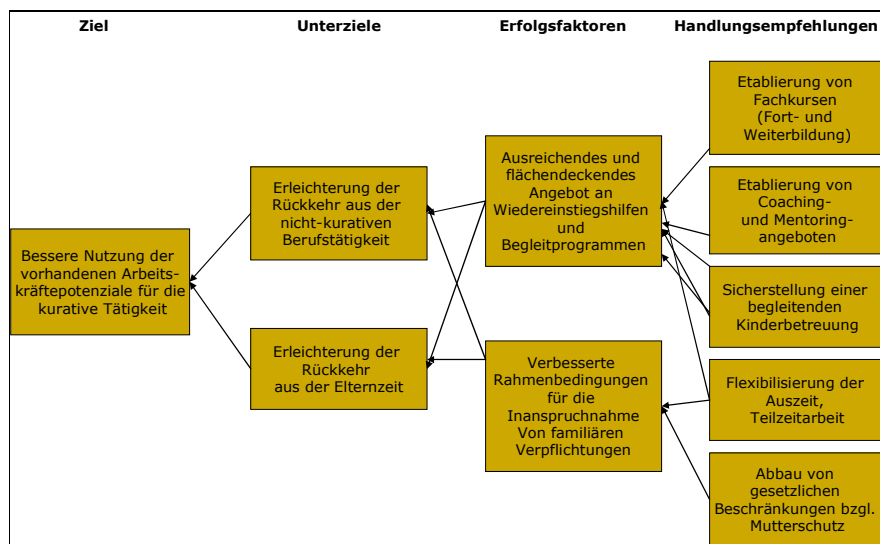


Abbildung 50: Wirkungskette Handlungsfeld Wiedereinstieg

Wie die Befragungsergebnisse in Kapitel 2 unterstreichen, ist insbesondere der letzte Punkt ein wichtiger Aspekt der Problematik Ärzteausstieg. Zugleich muss betont werden, dass es sich um eine genderspezifische Herausforderung handelt, da es in der Regel Frauen sind, die für längere Zeit ihre berufliche Tätigkeit unterbrechen.³⁷ Vor dem Hintergrund, dass mittlerweile mehr Frauen als Männer ein Medizinstudium aufnehmen und zum anderen ein Großteil der Ärztinnen unter 40 plant, in den nächsten Jahren für einige Zeit aus dem Beruf auszusteigen, um sich um ihre Familie zu kümmern, wird eine solche Auszeit dann problematisch, wenn der Wiedereinstieg in den Beruf nicht gelingt.

Die Befragung hat gezeigt, dass knapp 80% aller Studierenden und mehr als 60% der befragten Ärzte eine Rückkehr in den Beruf nach einer Elternzeit als schwierig bis sehr schwierig einschätzen.

Um eine **bessere Nutzung der vorhandenen Arbeitskräftepotenziale für die kurative ärztliche Berufstätigkeit** zu erreichen, muss demnach die Rückkehr in den Beruf erleichtert werden. In der Diskussion auf dem Workshop zur Ableitung der Handlungsempfehlungen am 6.10.2004 im Wissenschaftszentrum Bonn kristallisierte sich heraus, dass sich die relevanten Akteure auf die Entwicklung von Maßnahmen konzentrieren sollten, die die Rückkehr aus einer familiär bedingten Auszeit erleichtern. Auch unsere Befragungsergebnisse weisen darauf hin, dass es weniger Erfolg versprechend

³⁷ Allerdings planen laut unserer Befragung 12% der männlichen Befragten eine familienbedingte Auszeit in naher Zukunft.

würde, die nicht mehr kurativ tätigen Ärzte in die kurativ ärztliche Tätigkeit zurückzuholen als Eltern den Wiedereinstieg zu erleichtern.

Um die Rückkehr aus der Elternzeit bzw. aus der nicht-kurativen Berufstätigkeit zu ermöglichen und erleichtern, muss ein ausreichendes und flächendeckendes Angebot an Wiedereinstiegshilfen und Begleitprogrammen gewährt werden. Darüber hinaus müssen verbesserte Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von familiären Verpflichtungen dafür sorgen, dass diese von den Personalverantwortlichen nicht mehr als Entscheidungskriterium gegen die Einstellung von Medizinerinnen gesehen wird.

Folgende Handlungsempfehlungen sind zielführend, um (partiellen) Aussteigern den Wiedereinstieg zu erleichtern:

- **Angebot spezieller Fachkurse während und nach der Auszeit.** Solche Fachkurse müssten sowohl zur Fort- als auch zur Weiterbildung angeboten werden. Personen, die sich noch in der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin befinden, sollte die Möglichkeit geboten werden, während der Auszeit Kurse wahrzunehmen, mit denen sie nicht zu viel Zeit und fachliches Wissen in der Weiterbildung verlieren.
- **Angebot von Coaching und Mentoring.** Im Krankenhaus können Coaching- und Mentoring-Angebote als Teil eines umfassenden Personal- und Organisationsentwicklungskonzeptes angelegt sein mit dem Ziel, qualifiziertes Personal an das Haus zu binden. Coaching und Mentoring kann insbesondere für Frauen hilfreich sein: Die Befragung hat gezeigt, dass Frauen oft ihre veraltete Ausbildung als größte Barriere für den Wiedereinstieg sehen. Möglich wäre beispielsweise noch während der Auszeit gemeinsam mit dem Mentor für ein paar Stunden täglich zusammenzuarbeiten, um an die praktische Arbeit wieder herangeführt zu werden. Gleichzeitig sollte jedoch die eigenverantwortliche Kompetenz durch Coachings geschult werden.
- **Sicherstellung der Kinderbetreuung:** Sowohl für die Zeit des Wiedereinstiegs in Form von speziellen Kursen als Einstiegshilfen als auch für die Zeit nach dem Wiedereinstieg muss die Kinderbetreuung sichergestellt sein.
- **Flexibilisierung der Auszeit, Teilzeitarbeit:** Ein wesentlicher Aspekt für in den Beruf zurückkehrende Ärzte ist die Frage nach Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung.³⁸ Insbesondere im ambulanten Bereich fehlen geeignete Teilzeitstellen. Ohne ein solches Angebot stehen die meisten Medizinerinnen vor der Option, entweder eine längere Auszeit zu nehmen oder auf das Kinderkriegen zu verzichten. Wie die Befragung nahe legt, besteht eine weitere Möglichkeit darin, in andere, nicht-kurative Beschäf-

tigungsbereiche auszuweichen, in denen die Vereinbarkeit mit der Familie einfacher erscheint. Insgesamt ist eine vermehrte Flexibilisierung notwendig, um die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Auszeit zu vermeiden. Denkbar sind Teilzeitmodelle für den gesamten Ausbildungsverlauf, also bereits im Studium, aber vor allem für die Weiterbildungszeit. Ein geeignetes Teilzeitmodell für die Weiterbildungszeit ermöglicht beispielsweise die Verlängerung der Vertragsarbeit und beschränkt sich nicht auf weniger qualifizierte Tätigkeiten. Für die kurative Tätigkeit ebenfalls denkbar sind Arbeitszeitmodelle wie „Jobsharing“ mit anderen erziehenden Personen oder auch z.B. älteren Medizinerinnen, die kürzer treten wollen, ohne ihren Beruf aufgeben zu wollen. Vorstellbar ist auch die Möglichkeit der Übernahme nur bestimmter Dienste, die sich mit anderen (familiären) Verpflichtungen kombinieren lassen.

- **Abbau von gesetzlichen Beschränkungen hinsichtlich des Mutterschutzes:** Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) und ähnliche gesetzliche Verordnungen schränken zum einen die Arbeitszeit und zum anderen die Einsatzmöglichkeiten von Schwangeren und stillenden Müttern ein. Die Nachteile, die den Medizinerinnen dadurch entstehen, sollten durch eine dem heutigen Standard angepassten Reform der Mutterschutzbestimmungen (z.B. die Beurteilungsgrundlagen für die Schädlichkeit von Arbeitsbedingungen) beseitigt werden.³⁹

Auch hier ergeben sich Anknüpfungspunkte an andere Handlungsfelder: um einer dauerhaften Abwanderung in nicht-kurativ ärztliche Bereiche vorzubeugen, könnten Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit Unternehmen strukturierte Aussteigerprogramme entwickeln. Solche Programme können es aussteigewilligen Ärzt/innen ermöglichen, in einen anderen Beruf „hineinzuschnuppern“ mit der Option, (jederzeit) wieder zurückkehren zu können.

7.3 Krankenhausorganisation

Anhand der Befragungsergebnisse und dem ersten Teil des Gutachtens hat sich gezeigt, dass viele Ärzte mit den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus unzufrieden sind. Die identifizierten Problembereiche waren dabei:

- Die als nicht angemessen erachtete Bezahlung,
- die zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit Familie und Freizeit
- das Ausmaß an zu bewältigenden nichtärztlichen Aufgaben,

³⁸ Vgl. auch Bund-Länder-Kommission. 2004. Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bericht der BLK vom 5. Juli 2004, S. 62ff.

³⁹ Vgl. Bund-Länder-Kommission. 2004. Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bericht der BLK vom 5. Juli 2004, S. 71ff.

- der in Krankenhäusern herrschenden Führungsstil und die hierarchischen Strukturen sowie
- die fehlende fachliche Betreuung in den Ausbildungsphasen und teilweise ein schlechtes Betriebsklima.

Angesichts der Begleitumstände der Ausübung des ärztlichen Berufes (hohe Belastung, hohe Verantwortung, lange Arbeitszeiten, lange Ausbildungszeiten, ausgeprägte Hierarchiestrukturen, etc.) erwarten sich Ärzte eine angemessene Entlohnung. Grundsätzlich wird aber gerade die Bezahlung über alle Phasen hinweg als schlecht bewertet. Eine grundsätzliche Verbesserung der Entlohnung erscheint angesichts der knappen öffentlichen Finanzen sowie der Finanzlage der Krankenkassen unrealistisch. Zwar können Instrumente wie flexible Gehaltsstrukturen - meist durch das Bestehen übertariflicher Entgeltstrukturen ermöglicht - das „Berufsbild Arzt“ mit zusätzlicher Attraktivität versehen, Erfolg versprechender erscheint aber eine Verbesserung der Rahmenbedingungen als eine Folge von organisatorischen Veränderungsprozessen im Krankenhaus z.B. durch den Krankenhausträger bzw. durch die Krankenhäuser selbst. Dabei lassen sich drei Ziele identifizieren, deren Erreichung zu einer Steigerung der Attraktivität der Berufsausübung für Ärzte im Krankenhaus führen könnte:

- Reduzierung bürokratischer Belastungen
- Bessere Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf
- Veränderung der Führungskultur

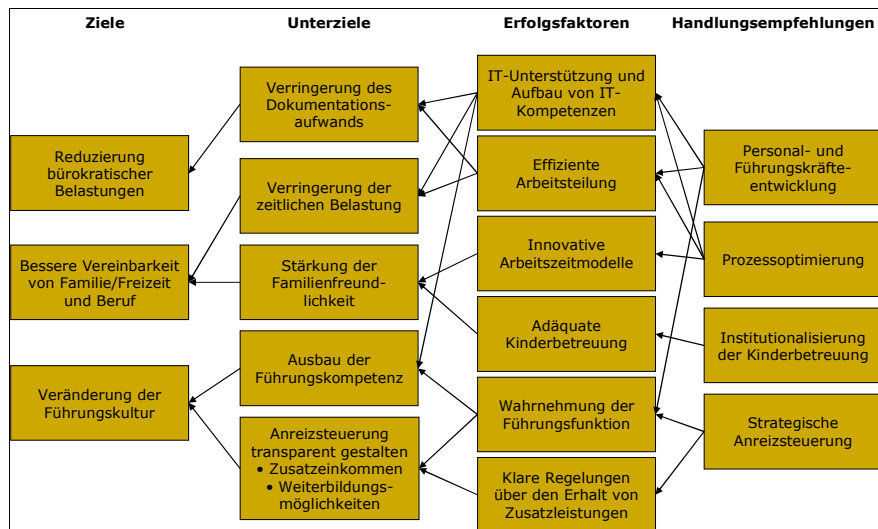


Abbildung 51: Wirkungskette Handlungsfeld Krankenhausorganisation

Das Ausmaß an bürokratischer Belastung für Ärzte kann insbesondere dadurch reduziert werden, dass der Dokumentationsaufwand verringert wird. Erfolgsfaktoren sind dabei eine adäquate IT- Unterstützung für die Dokumentationsaufgaben und ein entsprechender Aufbau von IT- Kompetenzen bei den Ärzten. Dies kann durch eine neue Arbeitsteilung unterstützt werden, bei der Ärzte beispielsweise durch Dokumentationsassistenten entlastet werden. Diese Faktoren wirken ebenso auf das zweite Ziel, der besseren Vereinbarkeit von Familie bzw. Freizeit und Beruf: So kann durch den Einsatz dieser Instrumente die zeitliche Belastung der Ärzteschaft verringert werden.

Ein weiterer Ansatz zur Verbesserung der Vereinbarkeit ist eine Erhöhung der Familienfreundlichkeit im Krankenhaus. Die Einführung einer verbesserten Kinderbetreuung und die Einführung innovativer Arbeitszeitmodelle ebenfalls als Folge organisatorischer Veränderungsprozesse tragen hierzu bei.

Das dritte Ziel ist, eine Veränderung der Führungskultur herbeizuführen. Hierzu muss die Führungskompetenz der Ärzte in Leitungspositionen weiter ausgebaut und verbessert werden. Mitentscheidend ist hier, dass leitende Ärzte sich ihrer Führungsrolle bewusst werden und ihre (Personal-) Führungsaufgaben auch wahrnehmen.

Ein weiteres Ziel ist die klare und transparente Gestaltung der Anreizsteuerung gerade für junge Ärztinnen und Ärzte. Dies bezieht sich zum einen auf die Möglichkeit, zügig die Facharztweiterbildung zu absolvieren, zum anderen auf die Möglichkeit, zusätzliches Einkommen durch die Mitbehandlung besonderer Patientengruppen (Privatpatienten, Ambulanzpatienten) zu erzielen. Die Gewährung dieser Anreize liegt häufig nicht in der Verantwortung der Krankenhäuser, sondern in der Hand leitender Ärzte. Die Gewährung von Anreizen entlang klarer und transparenter Regeln hilft, Frustrationen bei Nichtgewährung zu vermeiden.

Insgesamt geht es also darum eine Intensivierung der Organisations- und Personalentwicklung im Krankenhaus vorzunehmen. Dabei schlägt Rambøll Management folgende konkrete Handlungsempfehlungen vor:

- **Personal- und Führungskräfteentwicklung** u.a. im Hinblick auf eine Verbesserung der Delegationsfähigkeit, dem Aufbau von IT-Kompetenzen bei Ärzten und Verwaltungspersonal sowie fachlichen Kompetenzen bei nicht-ärztlichem Personal um eine verstärkte Arbeitsteilung z.B. bei den Dokumentationsaufgaben zu ermöglichen. Vor allem die ärztlichen Dokumentationspflichten könnten dann beispielsweise von medizinischen Dokumentationsassistenten erbracht werden.

- **Veränderung der Führungskultur in Krankenhäusern** in Bezug auf eine Abflachung von starren Hierarchien und die Entwicklung eines kooperativ ausgerichteten Führungsstils. Dies stellt einen insgesamt längerfristigen Prozess dar, der bereits während des Studiums sowie in der ärztlichen Ausbildung auf den Weg gebracht werden muss. Kurzfristige mögliche Maßnahmen⁴⁰ sind:
 - Gezielte Personalentwicklung
 - Durchführung von Mitarbeitergesprächen und
 - Fortbildungen zu Projektmanagement, betriebswirtschaftlichen Themen und Steuerungsprozessen.
- **Prozessoptimierung** u.a. durch die systematische Unterstützung durch IT- Strukturen entlang den Bedürfnissen der Beschäftigten im Krankenhaus. Darüber hinaus trägt die Optimierung von Arbeitsprozessen im Krankenhaus dazu bei, einzelne Mitarbeiter zu entlasten. Die Einführung klinischer Behandlungspfade kann hier als Beispiel genannt werden.
- **Institutionalisierung der Kinderbetreuung:** Dies bietet vor allem Ärztinnen aus einer Familienpause heraus einen leichteren Wiedereinstieg und eine Aufnahme ins Berufsleben.
- **Strategische Anreizsteuerung und transparentere Organisation der Weiterbildung an den Krankenhäusern.** Eine individuelle Karriereplanung und das Angebot von Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten können ebenso Teil eines „Attraktivitätspakets“ sein wie die Verfügbarkeit von internen Jobbörsen oder das System der „Job Rotation“.⁴¹ Das Angebot an internen Karrierepfaden gewinnt somit an Bedeutung. Auch so genannte Weiterbildungsvereinbarungen über die Dauer und den Ablauf der Facharztweiterbildung können dazu beitragen, die Attraktivität von Krankenhäusern insgesamt zu steigern, ohne dass Kosten entstünden. Krankenhäuser, die in Regionen angesiedelt sind, die von einem Ärztemangel betroffen oder bedroht sind, böten mit einer transparenten Weiterbildungsorganisation einen klaren Anreiz für junge Medizinerinnen und Mediziner. Darüber hinaus trägt die Gewährung von zusätzlichen Einkommensmöglichkeiten an Ärzte auf Basis von krankenhausesweiten und transparenten Regeln dazu bei, eine strategische Anreizsteuerung entlang der Ziele des

⁴⁰ Diese Empfehlungen basieren u.a. auf Ergebnisse der Studie „Strategische Handlungsempfehlungen zur Personalentwicklung von Ärzten“ die Rambøll Management im Oktober 2004 für das Unfallkrankenhauses Boberg durchgeführt hat. Dabei wurde aktuelle Literatur zur Rolle des Arztes in Krankenhäusern analysiert und mehrere Interviews mit Vertretern (Geschäftsführung, Personalverantwortliche und Qualitätsmanagement-Beauftragten) von privaten, gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern geführt.

⁴¹ Vgl. „Ärztliche Weiterbildung: Qual der Wahl?“, Bundesverband Deutscher Internisten e.V., 20. Oktober 2003

gesamten Krankenhauses zu organisieren. Die Besetzung freier Arztstellen kann ein solches Ziel sein.

Dabei ergeben sich aber auch Anknüpfungspunkte zu den anderen Handlungsfeldern: Vor allem ostdeutsche Krankenhäuser sollten unterstützt werden, die hier diskutierten Handlungsempfehlungen umzusetzen. Im Wettbewerb um Ärztinnen und Ärzte können so vermeintliche oder tatsächliche Standortnachteile wettgemacht werden und so einer Fehlallokation entgegengewirkt werden.

7.4 Ostdeutsche Bundesländer

Neben den in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Handlungsfeldern hat die Analyse der ausgewählten Studien sowie der Befragungsergebnisse konkreten Handlungsbedarf für die ostdeutschen Bundesländer ergeben. Zum einen besteht hier besonders im ländlichen Raum eine punktuelle medizinische Unterversorgung durch die zu geringe Zahl niedergelassener Ärzte pro Einwohner. Zum anderen berichten die Studien von Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Stellen in Krankenhäusern. Zusammengefasst ergibt sich damit ein Hauptziel für die zu ermittelnden Handlungsempfehlungen: die **Besetzung offener Arztstellen**.

Um eine optimale Zielerreichung zu gewährleisten, gilt es, über die Stärkung verschiedener Erfolgsfaktoren folgende drei Unterziele anzustreben:

- Langfristige Bindung von Ärzten, die bereits in den Regionen kurativ tätig sind
- Anwerbung inländischer bzw. deutschsprachiger Kräfte
- Steigerung der Attraktivität der Berufsausübung in den ostdeutschen Bundesländern

Diese Unterziele, wie auch die dazugehörigen Erfolgsfaktoren sind in der Abbildung 36 dargestellt.

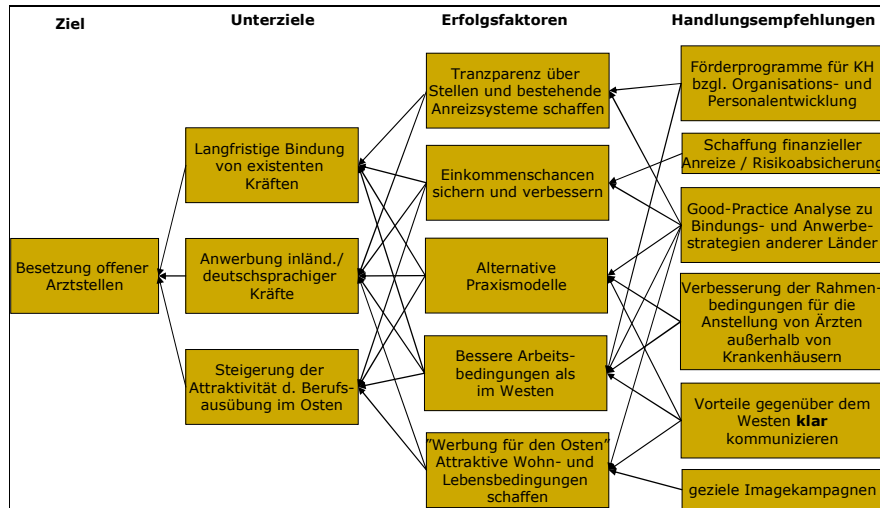


Abbildung 52: Wirkungskette Handlungsfeld Ostdeutschland

Um Ärzte, die bereits in den ostdeutschen Bundesländern kurativ tätig sind und auch angehende Ärzte, die dort ihr Studium absolvieren, langfristig an die Region zu binden, sind mehrere Erfolgsfaktoren von entscheidender Bedeutung. Als erstes sollten Informationen über die freien Stellen und auch die existierenden Anreizsysteme für Tätigkeiten in unterversorgten Gebieten den interessierten Personen durch transparente Systeme zugänglich gemacht werden, und zwar ohne dass diese sich aktiv um solche Informationen bemühen müssen. Gleichzeitig wirkt dieser Faktor auf ein weiteres Unterziel: durch entsprechende Informationskampagnen können möglicherweise auch zusätzliche Kräfte aus Westdeutschland oder z.B. Österreich gewonnen werden können, da dort teilweise Überversorgungssituationen bestehen. Für beide Unterziele sowie auch zur Steigerung der Attraktivität der Berufsausübung in den ostdeutschen Bundesländern ist als nächster Faktor eine Sicherung bzw. Gleichstellung der Einkommenschancen grundlegend, da somit ein gewichtiger Anreiz für die Übersiedlung nach Westdeutschland an Einfluss verliert. Zudem können Konzepte für neue Versorgungsmodelle, die zurzeit noch im Aufbau sind, die Attraktivität einer Tätigkeit in Ostdeutschland steigern, Arbeitskräfte anwerben oder andere langfristig binden. Eine weitere Erhöhung der Zielerreichung kann sich durch die Tatsache ergeben, dass durch die geringere Bevölkerungsdichte und auch aufwendige strukturpolitische Maßnahmen die Arbeitsbedingungen in Ostdeutschland sich bereits häufig besser darstellen als in den westdeutschen Bundesländern. Damit sind zum einen berufliche Aspekte gemeint, wenn aufgrund des Ärztemangels ein

Aufstieg schneller möglich sein kann, oder bereits im Studium durch größeren Praxisbezug Kontakte geknüpft werden können, aber auch die bessere Ausstattung der Krankenhäuser und Universitäten. Zum anderen können eine bessere Kinderbetreuung oder die Ermöglichung einer besseren Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf Anreize sein, um das Arbeitsleben in den ostdeutschen dem in den westdeutschen Bundesländern vorzuziehen. All diese Faktoren zusammen mit anderen wie z.B. der günstigen Wohnraumsituation gezielt als „Werbung für den Osten“ zu kommunizieren, ist ein wichtiger Beitrag zur Erreichung der Unterziele. Hierzu gehört auch, Vorurteile bezüglich der Lebensverhältnisse abzubauen, um mit der Aussicht auf attraktive Wohn- und Lebensbedingungen Ärzte für eine Tätigkeit in den ostdeutschen Regionen zu gewinnen.

Die beschriebenen Erfolgsfaktoren dienen umso mehr der Zielerreichung, je stärker sie ausgeprägt sind. Durch verschiedene Programme und Aktivitäten, die teilweise auf einen oder mehrere Faktoren gleichzeitig wirken, kann ihr Einfluss gewährleistet und auch verstärkt werden. Zusammengefasst ergeben sich hierfür die folgenden Handlungsempfehlungen:

- **Förderprogramme für Krankenhäuser bezüglich Organisations- und Personalentwicklung:** Eine gute Organisation des Arbeitsalltags im Krankenhaus kann zum einen die zu besetzenden Stellen klar herausstellen und nach außen kommunizieren und zum anderen die dazugehörige Aufgabenbeschreibung und Arbeitsbelastung deutlich machen. Durch sinnvolle Personalplanung kann effiziente Arbeitsteilung ermöglicht werden, die Arbeitsbelastung in Grenzen gehalten werden und das Krankenhaus kann den Anreiz bieten, mit einer dortigen Tätigkeit Familie, Freizeit und Beruf wirklich vereinbaren zu können. Weiterhin kann die Organisation von attraktiven Teilzeitstellen für Ärzte ein Grund für die Wahl eines bestimmten Krankenhauses sein. Ebenso können Krankenhäuser durch gezielte Personalentwicklungsprogramme Ärztinnen und Ärzte anwerben. Zum Beispiel kann das Angebot von Wiedereinstiegshilfen Eltern motivieren, nach einer Kinderpause den Wiedereinstieg in einem bestimmten Krankenhaus vorzunehmen.
- **Schaffung finanzieller Anreize/Risikoabsicherung:** Im Hinblick auf die an ostdeutschen Krankenhäusern angestellten Ärzte und die schwer zu besetzenden offenen Stellen ist es hilfreich, die Einkommensmöglichkeiten denen westdeutscher Krankenhäusern zumindest anzupassen. In Bezug auf die niedergelassenen Ärzte in Ostdeutschland müssen auch deren Verdienstmöglichkeiten attraktiver gestaltet werden. Unter den schwierigeren Bedingungen in ländlichen Gebieten Ostdeutschlands ist außerdem eine teilweise Übernahme des finanziellen Risikos für Ärzte ein wichtiger Aspekt bei der Entscheidung über eine Niederlassung.

Wie bereits in Sachsen üblich, ist die Reduzierung des unternehmerischen Risikos bei einer Praxisübernahme durch die Gewährung von Krediten, die dann bei einer Dauer von mehr als 10 Tätigkeiten in der Praxis nicht zurückbezahlt werden müssen, eine wichtige Unterstützung. Gewichtungssysteme können zusätzlich sowohl die kleineren und im Durchschnitt älteren Patientestämme in ländlichen ostdeutschen Gebieten berücksichtigen als auch die längeren Anfahrtswege zu den Patienten.

- **Good-Practice Analyse zu Bindungs- und Anwerbestrategien anderer Länder:** Im Kampf um qualifizierte Arbeitskräfte schaffen es Länder wie Schweden oder Norwegen durch gezielte Strategien, Ärzte aus Deutschland abzuwerben, die hier dringend gebraucht werden. Diese Strategien sollten genauer analysiert werden, um auf der einen Seite durch Gegenmaßnahmen eine Abwanderung zu verhindern und auf der anderen Seite durch ähnliche Strategien eine Wanderung von West- nach Ostdeutschland zu initiieren bzw. zu verstärken.
- **Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Anstellung von Ärzten außerhalb von Krankenhäusern:** Um den Mangel im ländlichen Bereich ausgleichen zu können, sollte es niedergelassenen Ärzten in den ostdeutschen Bundesländern ermöglicht werden, weitere Ärzte zu ihrer Unterstützung anzustellen. Für die anzustellenden Ärzte hätte dies den Vorteil, die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes sowie das Leben in der entsprechenden Region kennen zu lernen, ohne gleich eine „Entscheidung fürs Leben“ zu treffen. Gleichzeitig wäre durch die Möglichkeit der Anstellung von weiteren Ärzten eine Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung im Praxisbereich möglich. Voraussetzung hierfür wäre die Änderung der Leistungsbegrenzung nach §101 SGB V für angestellte Ärzte in einer Praxis.
- **Vorteile gegenüber den westdeutschen Bundesländern klar kommunizieren:** All die in diesem Abschnitt beschriebenen Vorteile in Bezug auf bessere Arbeitsbedingungen, innovative Konzepte, bessere Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf etc., welche die ostdeutschen Krankenhäuser oder Arztpraxen den umworbenen Ärztinnen und Ärzten bieten könnten, führen allerdings erst dann zum Ziel, wenn sie klar als Vorteile kommuniziert werden. Dies kann sowohl im Rahmen der Stellenausschreibungen als auch durch explizite Förder- oder Imagekampagnen geschehen.
- **Gezielte Imagekampagnen:** Ziel solcher Kampagnen muss es sein, den in Frage kommenden Ärzten ein positives Gefühl über ein Leben in den ostdeutschen Bundesländern zu vermitteln. Dazu müssen auf der einen Seite Vorurteile abgebaut werden und auf der anderen Seite die Attraktivität der Regionen kommuniziert und die Vorteile für die jeweilige Lebenssituation beschrieben werden.

8. Fazit

Ziel des zweiten Teils des Gutachtens war es, die Motivation für einen Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit zu ermitteln und dadurch Lücken bei der Analyse der Bedarfsseite zu schließen, die die Interpretation von Veränderungen bei den Studierenden- und Arztzahlen betreffen. Dies gilt insbesondere für die Analyse der Ursachen, die zum Wegbrechen eines Teils des medizinischen Nachwuchses führen.

Zu diesem Zweck hat Rambøll Management eine Befragung unter 4.911 Studierenden und Studienabbrechern sowie 4.619 kurativ und nicht kurativ tätigen Ärzten im In- und Ausland durchgeführt.

Die Auswertung unserer Befragung verdeutlicht, dass zentrale Ergebnisse der Analysen aus Teil I im Hinblick auf die Gründe für den Abbruch des Studiums und den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit bzw. für die Motivation, kurativ ärztlich tätig zu werden und zu bleiben, auch der Wahrnehmung der Befragten entsprechen, wobei die Gewichtung der Gründe interessant für die spätere Ableitung von Handlungsempfehlungen ist.

Zu den Faktoren, die von den Befragten negativ bewertet wurden, gehören die Arbeitsbedingungen des kurativ ärztlichen Berufs, insbesondere die zeitliche Belastung und damit einhergehend die mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit Familie und Freizeit. Ein weiterer Aspekt, der als problematisch eingeschätzt wird, betrifft das fehlen systematischer Wiedereinstiegshilfen für Ausgestiegene oder Ärzte, die ihre Tätigkeit unterbrechen. Im Hinblick auf die drohende Unterversorgung in ostdeutschen Bundesländern bestätigt sich, dass Unterschiede der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Ost- und Westdeutschland festgestellt werden und diesbezügliche Vorurteile bestehen, die bewirken, dass immer weniger Ärzte in Ostdeutschland kurativ ärztlich tätig werden wollen.

Im Hinblick auf das Studium zeigt sich, dass Studierende und Studienabbrecher vor allem den fehlenden Praxisbezug bzw. die fehlende Betreuung durch Dozenten kritisieren.

Als signifikant und themenübergreifend hat sich herausgestellt, dass Frauen und Männer Problembereiche und Schwierigkeiten unterschiedlich wahrnehmen. Dies betrifft in besonderer Weise die Wahrnehmung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten. Angesichts der steigenden Anzahl von Medizinstudentinnen und Absolventinnen muss diesem Aspekt bei der Entwicklung von Maßnahmen, die einem drohenden Ärztemangel entgegenwirken sollen, besondere Beachtung geschenkt werden.

Ein weiteres Ziel des zweiten Teils des Gutachtens war es, aus den Befragungsergebnissen in Verbindung mit den Resultaten der Analysen aus Teil I des Gutachtens Handlungsempfehlungen abzuleiten. Aus der Synthese des ersten Teils des Gutachtens und der Befragung konnten fünf Handlungsfelder identifiziert werden, für die Rambøll Management empfiehlt, Maßnahmen zu ergreifen:

Datenlage

Die Qualität des Datenbestandes differiert: Daten zur akademischen Ausbildung sind umfassend vorhanden, während es bezüglich der Daten zur kurativen Tätigkeit von Ärzten derzeit nicht möglich ist, Übergänge zwischen verschiedenen beruflichen Stationen darzustellen. Bekannt ist die jährliche Anzahl der Absolventen, aber nicht, wie viele von ihnen eine Approbation beantragen und erhalten und wer zu welchem Zeitpunkt in die kurative Berufstätigkeit eintritt oder ins Ausland bzw. in eine nicht-kurative Beschäftigung abwandert. Darüber hinaus ist es auf der Basis der Datenlage nicht möglich festzustellen, welche Fachrichtung Mediziner zu Beginn ihrer Weiterbildungen wählen. Erst mit der Anerkennung als Facharzt wird ersichtlich, für welches Fachgebiet ausgebildet wurde.

- (1) *Rambøll Management empfiehlt ein systematisches und kontinuierliches Monitoring der wichtigsten Kernkennzahlen, um die Entwicklung der Ärzteversorgung frühzeitig einschätzen zu können.*

Medizinstudium

Die meisten Medizinstudierenden identifizieren sich stark mit ihrem Studium. Ein Studienabbruch erfolgt in den meisten Fällen in der Vorklinik. Insbesondere in diesem Abschnitt des Studiums hängt ein Studienabbruch sehr wahrscheinlich auch mit Prüfungsversagen zusammen. Darüber hinaus geben Studierende, die ihr Studium abbrechen, vor allem mangelnden Praxisbezug und die fehlende Betreuung von Dozenten als Gründe an. Studienabbrüche erfolgen zusätzlich auch aufgrund der individuellen finanziellen Situation von Studierenden.

- (2) *Rambøll Management regt an, Anreizsysteme zu schaffen, die dazu beitragen, die Schwundquote im Studium zu senken. Durch die Bindung der Universitätsfinanzierung an die Prüfungserfolge ihrer Studierenden bzw. durch eine finanzielle Anreizsteuerung von Lehrenden hat die Universität ein gesteigertes Interesse an einem veränderten Auswahlmodus bei Studienanfängern sowie an einer Erhöhung der Lehrqualität und einer besseren Betreuung durch Dozenten, um die Anzahl vermeidbarer Drop-Outs zu verringern.*

- (3) *Unseres Erachtens ist die Weiterentwicklung der Approbationsordnung zweckmäßig, um durch die Integration eines stärkeren Praxisbezugs in das Studium zu verhindern, dass Studierende ihr Studium abbrechen. In diesem Zusammenhang ist eine Beobachtung der aktuellen Veränderungen sinnvoll.*

Wiedereinstieg

Barrieren für die Rückkehr in die kurative Berufstätigkeit sehen die nicht kurativ ärztlich tätigen Ärzte vor allem bei den beiden Aspekten „zu hohe Arbeitszeitbelastung“ und „mangelnde Vereinbarkeit mit der Familie/Freizeit“. Der Aussage, dass eine Rückkehr in die kurative Tätigkeit schwierig sei, stimmen 40% der nicht kurativ tätigen Ärzte zu. Eine Rückkehr nach Deutschland bzw. die Chance, eine adäquate Stelle bzw. Niederlassungsmöglichkeit zu finden, schätzen die im Ausland kurativ tätigen Ärzte als gering ein. Zwei Drittel der Ärzte und drei Viertel der Studierenden halten einen Wiedereinstieg in die kurative ärztliche Tätigkeit nach einer Elternzeit, die ein Großteil aller Ärzte unter 35 planen, für schwierig (~60% Frauen/ ~20% Männer).

- (4) *Rambøll Management empfiehlt den Ausbau des Angebots von speziellen Fachkursen zur Fort- und Weiterbildung während und nach der Auszeit.*
- (5) *Rambøll Management befürwortet eine Ausdehnung von Coaching- und/oder Mentoring-Angeboten sowohl im Krankenhaus als auch für niedergelassene Ärzte, um qualifiziertes Personal an das Haus zu binden bzw. eigenverantwortliche Kompetenz zu schulen.*
- (6) *Wir empfehlen, die Kinderbetreuung sowohl für die Zeit des Wiedereinstiegs als auch für die Zeit nach dem Wiedereinstieg durch entsprechende Angebote sicherzustellen.*
- (7) *Rambøll Management regt an, durch innovative Arbeitszeitmodelle die Auszeit zu flexibilisieren. Dazu gehören insbesondere vermehrte Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung während der Aus- und Weiterbildung, aber auch Modelle wie Job-Sharing.*
- (8) *Wir schlagen die Anpassung von gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Beurteilungsgrundlagen für die Schädlichkeitseinstufung von Arbeitsbedingungen an den aktuellen Stand der Technik vor, um auch werdenden und/oder stillenden Müttern die qualifizierte Weiterarbeit zu ermöglichen.*

Krankenhausorganisation

Die mangelnde Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf spielt insbesondere für Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, eine Rolle. Sowohl die aus der kurativen Tätigkeit ausgestiegenen Ärzte als auch die noch kurativ ärztlich Tätigen bewerten den Faktor Arbeitszeitbelastung und mangelnde Vereinbarkeit mit der Familie und der Freizeit negativ. Das größte Problem sehen die Ärzte allerdings in der niedrigen Bezahlung. Auch der in Krankenhäusern herrschende Führungsstil stellt ein Problem dar. Darüber hinaus zeigen sich die Ärzte unzufrieden mit dem Ausmaß an zu bewältigenden nichtärztlichen Aufgaben. Die möglichen Auswirkungen des EuGH-Urteils bezüglich des Bereitschaftsdiensts und der damit einhergehenden Neuordnung der Arbeitszeiten werden von den Ärzten weitgehend positiv beurteilt, obwohl 90% eine Verringerung ihres Einkommens erwarten.

- (9) *Rambøll Management empfiehlt eine zielgerichtete Personal- und Führungskräfteentwicklung, um die Führungskultur und -struktur sowie die Qualität der Zusammenarbeit und die Möglichkeiten der Arbeitsteilung neuen Anforderungen und Erwartungen anzupassen.*
- (10) *Unseres Erachtens ist die Entwicklung von Maßnahmen für eine Veränderung der Führungskultur in Richtung eines kooperativ ausgerichteten Führungsstils in Krankenhäusern bedeutsam. Dazu gehören eine gezielte Personalentwicklung, die Durchführung von Mitarbeitergesprächen sowie Fortbildungen zu Themen des Projektmanagements oder betriebswirtschaftlichen Aspekten.*
- (11) *Rambøll Management empfiehlt die Optimierung der Arbeitsprozesse im Krankenhaus vor allem in Bezug auf die Bewältigung nichtärztlicher Aufgaben. Insbesondere der Ausbau einer systematischen Unterstützung durch IT-Strukturen entlang den Bedürfnissen der Beschäftigten im Krankenhaus trägt dazu bei, Mitarbeiter zu entlasten.*
- (12) *Rambøll Management hält eine strategische Anreizsteuerung und eine transparentere Organisation der Weiterbildung für sinnvoll. Eine individuelle Karriereplanung und das Angebot von Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten können ebenso Teil eines „Attraktivitätspakets“ sein wie die Verfügbarkeit von internen Jobbörsen oder das System der „Job Rotation“.*

Ostdeutsche Bundesländer

Nur wenige Studierende in Westdeutschland können sich vorstellen, eine kurative ärztliche Tätigkeit im Osten aufzunehmen, wohingegen Studierende an ostdeutschen Hochschulen aufgeschlossener gegenüber einer Tätigkeit in einem Krankenhaus oder einer Niederlassung in den ostdeutschen Bundesländern sind. Die Auswertung der Befragung der Ärzte gibt diese Tendenz verstärkt wieder. Als Voraussetzungen für die Aufnahme einer kurativen ärztlichen Tätigkeit in den ostdeutschen Bundesländern geben Ärzte insbesondere bessere Verdienstmöglichkeiten, aber auch bessere Arbeitsbedingungen an. Für Studierende sind gute Rahmenbedingungen für die Familie am wichtigsten. Als Faktor, der die ostdeutschen Bundesländer für die kurative Tätigkeit attraktiver machen könnte, wird ein engerer Kontakt zu den Patienten benannt.

- (13) Rambøll Management regt an, Förderprogramme für Krankenhäuser bezüglich der Organisations- und Personalentwicklung zu entwickeln, die eine effiziente Arbeitsteilung ermöglichen und die Arbeitsbelastung reduzieren.*
- (14) Wir halten die Schaffung von finanziellen Anreizen im Hinblick auf die Besetzung offener Stellen sowie die Prüfung von Möglichkeiten der Übernahme von finanziellen Risiken bei einer Niederlassung von Ärzten in den ostdeutschen Bundesländern für sinnvoll.*
- (15) Rambøll Management schlägt die Anfertigung einer Good-Practice Analyse zu Bindungs- und Anwerbestrategien anderer Länder vor, um ggf. Gegenmaßnahmen zu entwickeln und/oder mögliche Strategien für die Verstärkung einer Wanderung von West- nach Ostdeutschland zu initiieren.*
- (16) Rambøll Management empfiehlt eine klare Kommunikation der Vorteile der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den ostdeutschen Bundesländern. Gezielte Imagekampagnen sind ein Weg, Vorurteile abzubauen und die Attraktivität der ostdeutschen Regionen zu vermitteln.*
- (17) Unseres Erachtens bietet das Angebot spezieller Weiterbildungsvereinbarungen über die Dauer und den Ablauf der Facharztausbildung von Krankenhäusern in Regionen, in denen Ärztemangel besteht, einen klaren Anreiz für junge Mediziner, dort kurativ ärztlich tätig zu werden.*

9. Literaturverzeichnis

1. Sozialpsychologische Grundlagen: Die „Theory of Planned Behavior“

- Abraham, C. / Sheeran, P. (2003): Acting on intentions: - The role of anticipated regret. In *British Journal of Social Psychology* (42), S. 495-511.
- Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* (50), S. 179-211.
- Ajzen, I. (2002): Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology* (32). S. 665-683.
- Ajzen, I. / Fishbein, M. (2000): Attitudes and the Attitude-Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes. *European Review of Social Psychology* (4), S. 1-33.
- Armitage, C.J. / Conner, M. (2001): Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: - A meta-analytic review. In *British Journal of Social Psychology* (40), S. 471-499.
- Armitage, C.J. / Conner, M. (1999): The Theory of planned behaviour: - Assessment of predictive validity and 'perceived control'. In *British Journal of Social Psychology* (38), S. 35-54.

2. Sozialpsychologische Grundlagen: Erweiterungen der Theory of Planned Behavior

- Fekadu, Z. / Kraft, P. (2001): Self-identity in planned behaviour perspective: - Past behaviour and its moderating effects on self-identity-intention relations. In *Social Behaviour and Personality* (29(7)), S. 671-686.
- Gollwitzer, P.M. (1999): Implementation Intentions: - Strong Effects of Simple Plans. In *American Psychologist* Vol.54, No. 7, S. 493-503.
- Jackson, C. et al. (2003): Applying an extended version of the Theory of Planned Behaviour to physical activity. In *Journal of Sports Science* (23), S. 119-133.
- Notani, A.S. (1998): Moderators of Perceived Behavioral Control's Predictiveness in the Theory of Planned Behaviour: - A Meta-Analysis. In *Journal of Consumer Psychology* (7(3)), S. 247-271.
- Sheeran, P. / Orbell, S. (2000): Self-Schemas and the theory of planned behaviour. In *European Journal of Social Psychology* (30), S. 533-550.

3. Gründe für die Aufnahme der Laufbahn

u.a.

Heublein, U. / Spangenberg, H. / Sommer, D. (HIS) (2003): Ursachen des Studienabbruchs. Analyse 2002. Hannover.

4. Bewertung des Studiums und Gründe für den Studienabbruch

u.a.

Heublein, U. / Spangenberg, H. / Sommer, D. (HIS) (2003): Ursachen des Studienabbruchs. Analyse 2002. Hannover.

Heublein, U. (2002): Studienabbruchstudie 2002. Die Studienabbrecherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Fachhochschulen, HIS-Kurzinformationen A5/2002, Hannover

Zentralstelle für Arbeitsvermittlung ZAV. 2004. Der Arbeitsmarkt für hoch qualifizierte Fach- und Führungskräfte. Jahresbericht 2004. In *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste*. Bonn.

5. Bewertung der kurativen Tätigkeit/Gründe für den Ausstieg

u.a.

Abele, A.E. (2001): Die AiP- und Assistenzarztzeit sind oftmals ernüchternd. In: Deutsches Ärzteblatt Online.

Felfe, J., Six B., Schmook, R., & Knorz, C. (2004): Fragebogen zur Erfassung von affektivem, kalkulatorischem und normativem Commitment gegenüber der Organisation, dem Beruf/der Tätigkeit und der Beschäftigungsform (COBB). In A. Glöckner-Rist (Hrsg.), *ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente*. ZIS Version 8.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Kaiser, R.H. / Kortmann, A. (2002) (Landesärztekammer Hessen): „Missbrauch“ von Bereitschaftsdienst zu Routinetätigkeit und Unzufriedenheit mit dem gewählten Beruf bei hessischen Krankenhausärzten. Teil II der Ergebnisse einer Umfrage der LÄK zu Arbeitszeiten und -bedingungen hessischer Krankenhausärzte im Sommer 2001. In: Hessisches Ärzteblatt 3/2002, S. 128-131.

Hohner, H.-U. / Grote, S. / Hoff, E.-H. (2003): Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. In: Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 4 vom 24.01.2003, S. 166-169.

Kaiser, R.H. / Kortmann, A. (2002) (Landesärztekammer Hessen): Arbeitzeit hessischer A.i.P., Assistenten und Oberärzte. Teil I der Ergebnisse einer Umfrage der LÄK zu Arbeitszeiten und -bedingungen hessischer Krankenhausärzte im Sommer 2001. In: Hessisches Ärzteblatt 2/2002, S. 71-73.

- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (2002): Kammer-Umfrage offenbart: Zu lange Arbeitszeiten und zuviel Bürokratie erschweren Klinikärzten die Patientenversorgung. Pressemitteilung vom 24.09.2002. Mainz.
- Rottenfuß, R. (1999): Viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt. Studie zur Arbeitszufriedenheit der Vertragsärzte. In: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 10, 12. März 1999.
- Köhler, S. / Kaiser, R. (Landesärztekammer Hessen) (2003): Junge Ärzte – Ausstieg aus der Patientenversorgung? In: Hessisches Ärzteblatt 9/2003, S. 462-464.
- Hofmann-Preiß, K. (2003): Über 69% aller Thüringer Kassenärzte fühlen sich überlastet – viele würden den Arztberuf nicht mehr ergreifen. Umfrage der Landesärztekammer Thüringen. In: Thüringer Ärzteblatt 9/2003.
- Kaiser, R.H. (2002): Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Weyer, C., Hodapp, V., & Neuhäuser, S. (2004). Subjektive Zufriedenheit und Belastung von Arbeit und Beruf. In A. Glöckner-Rist (Hrsg.), *ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente*. ZIS Version 8.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- ZA, & ZUMA (2004). Wichtigkeit verschiedener Berufsmerkmale (ALLBUS). In A. Glöckner-Rist (Hrsg.), *ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente*. ZIS Version 8.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

6. Pläne/Wechselintentionen

- Internet: Landesärztekammern

7. Statistik

Backhaus, B. et al. (2003): *Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung* (10. Auflage).

8. Weitere Literatur

- Benemann, M. 2002. Von der Schwemme in den Mangel – Arbeitsmarkt im Umbruch. *Marburger Bund Zeitung* 17/2002.
- Bellach, B.-M. et al. 1998. Der Bunds-Gesundheitssurvey 1997/1998. *Gesundheitswesen Sonderheft 2*
- Bellach, B.-M. 2001. Reformbedarf des Gesundheitswesens. *Stellungnahme des Robert Koch Instituts anlässlich der Anhörung durch die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages am 22. Januar 2001 in Berlin*

- Blum, K et al. 2004. *Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle*. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. 2004. *Indikatorenband „Aktuelle Daten...., Ausgabe 2003“ (Berichte, Band 17)*. Bonn.
- Bund-Länder-Kommission (2004): Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bericht der BLK vom 5. Juli 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). 2001. Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 2001. Baden-Baden.
- Bundesverband Deutscher Internisten e.V. (2003): Ärztliche Weiterbildung: Qual der Wahl?, 20. Oktober 2003.
- Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages. 2002. *Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“*. Berlin.
- European Commission (2004): "Aid Delivery Methods – Project Cycle Management Guidelines", March 2004.
- Juvan, G. / Ellermann, B. 2001. *Ärztin und Beruf. Hindernisse überwinden, Karrierechancen nutzen*. Landsberg/Lech.
- Lützenkirchen, A. 1999. „Ich wäre so gerne wieder Mediziner!“. *Die Veränderung der beruflichen Situation von Ärztinnen in den neuen Bundesländern*. Lage.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (Hrsg.) 2002. *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2002. Situation der Ausbildung und Beschäftigung*. Düsseldorf.
- Schacher, M. 1996. *Vorausschätzung des Angebotes an Absolventen der Humanmedizin und Auswirkungen auf den Bestand an Ärzten bis zum Jahr 2030*. Hannover.
- Schneider, M. et al. 2002. *Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU*. Rieden.
- Stürmer, K. 2000. *Karrieren unter der Lupe: Mediziner*. Würzburg.
- Ulich, E. (Hrsg.) 2003. *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern.
- Wissenschaftsrat. 2004. *Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin*. Berlin.



Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Anhang zum Gutachten „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“

Hamburg, November 2004

Anhang zum Gutachten „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“

Teil I:
Ärztemangel aus europäischer Per-
spektive

Teil II:
Statistische Daten zu Arztzahlen in
Deutschland

Teil III:
Befragungsergebnisse

Rambøll Management
Kieler Strasse 303A
D-22525 Hamburg
Germany

Tel: (+49) 40 5480 910
www.ramboll-management.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Ärztmangel in europäischen Ländern	1
1.1	Länderanalyse	1
1.1.1	Großbritannien	1
1.1.2	Irland	3
1.1.3	Schweden	3
1.1.4	Norwegen	4
1.1.5	Dänemark	4
1.1.6	Frankreich	4
1.2	Allgemeine Tendenzen	5
2.	Strategien zur Behebung des Ärztemangels	7
2.1	Internationale Mobilität von Ärzten	7
2.1.1	Rechtliche Voraussetzungen	7
2.1.2	Ethische Erwägungen	9
2.1.3	Strategien zur Anwerbung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten	10
2.2	Maßnahmen zur Ausbildung von Ärzten	13
2.3	Sonstige Maßnahmen	14
3.	Empfehlungen und innovative Ansätze für Deutschland	17
4.	Literaturverzeichnis	18
5.	Entwicklung der Zahl der Studienplätze*	20
6.	Entwicklung des Verhältnisses Bewerber/Studienplatz	21
7.	Entwicklung der Zahl der Studierenden und der Zahl der Erstsemester (Hochschul (HS)- und Fachsemester (FS))	22
8.	Gegenüberstellung der Zahl der Studienplätze, der Bewerber sowie der Studierenden im 1. Fachsemester	23
9.	Entwicklung der Zahl der Studienabschlüsse*	24
10.	Gegenüberstellung der Zahl der Studierenden im 1. Fachsemester mit der Zahl der Studienabschlüsse versetzt um die Mindeststudienzeit (12 Semester) sowie durchschnittliche Studienzeit (14 Semester)	25
11.	Entwicklung der Studienabbrecherzahlen	26
12.	Entwicklung der Zahl der Promotionen	26
13.	Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum insgesamt	27
14.	Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum ohne ärztliche Tätigkeit	28

15.	Gegenüberstellung der vergebenen Studienplätze mit der Zahl der Studierenden im 1. Fachsemester, der Zahl der Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studienzeit (DS) sowie der Zahl der AiP pro Jahr	29
16.	Modellhafte Berechnungsraten von Zugängen in der AiP-Phase	30
17.	Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung	31
18.	Entwicklung der Zahl der Weiterbildungsabschlüsse	31
19.	Ärztinnen und Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen	34
20.	Entwicklung der Anzahl aller kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte nach Regionen	38
21.	Entwicklung der Anzahl der kurativ tätigen Ärztinnen nach Region	39
22.	Entwicklung der Anzahl aller Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich	41
23.	Anteil der Altersgruppe unter 35 Jahre nach Tätigkeit bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte	42
24.	Anteil der Altersgruppe 66 Jahre und älter der bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeit	43
25.	Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte nach Altersgruppen	44
26.	Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit	45
27.	Anzahl der bei den Ärztekammern registrierten ausländischen Ärztinnen und Ärzte (Jahr, Region, Tätigkeitsbereich)	46
28.	Anzahl der Befragten – Studierende	48
29.	Anzahl der Befragten – Ärzte	48
30.	Soziodemographische Daten Studierende	49
31.	Soziodemographische Daten Ärzte	50
32.	Abbruchgründe Studierende	52
33.	Bewertung des Studiums - Studierenden	55
34.	Durchfallquoten Physikum	58
35.	Durchfallquoten Staatsexamen I	58

36.	Durchfallquoten Staatsexamen II	59
37.	Durchfallquoten Staatsexamen III	59
38.	Abbruchgründe der nicht kurativ tätigen Ärzte	60
39.	Abbruchgründe der im Ausland tätigen Ärzte	64
40.	Bewertung - Ärzte	68

Teil I:

Ärztemangel aus europäischer Perspektive

1. Ärztemangel in europäischen Ländern

Trotz allgemein steigender Ärztezahlen wird das Thema „Ärztemangel“ im Hinblick auf eine flächendeckende Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen in einigen Ländern Nord- und Westeuropas diskutiert. Ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten wird dabei als Folge des Wandels der Arbeitsbedingungen von Medizinern, sinkender Absolventenzahlen bei Medizinstudium und steigender Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung betrachtet.

Vor dem Hintergrund des Wandels der Arbeitsbedingungen für Medizinerinnen und Mediziner wird die Attraktivität des Arztberufes in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich diskutiert. Die Arztdichte bzw. die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte allein erklärt sich jedoch nicht aus der Attraktivität des Arztberufes im jeweiligen Land. Ärztedichte und absolute Arztzahlen hängen auch stark von Besonderheiten der nationalen Gesundheitssysteme, aber auch von allgemeineren Trends ab, die in vielen Ländern Europas in unterschiedlichem Ausmaß festzustellen sind.

1.1 Länderanalyse

1.1.1 Großbritannien

Fehlende Ärztinnen und Ärzte stellen die medizinische Versorgung in Großbritannien bereits seit einigen Jahren vor Probleme. Daher hat Großbritannien bereits einige Erfahrungen mit verschiedenen Versuchen, die Ärztedichte zu erhöhen. Die Besonderheit des britischen Systems liegt darin, dass der Großteil der Ärzte im staatlichen Gesundheitsdienst National Health Service (NHS) angestellt ist und aus öffentlichen Mitteln bezahlt wird. Dies gilt sowohl für Mediziner in den Krankenhäusern als auch bei niedergelassenen Ärzten, die meist in Gemeinschaftspraxen tätig sind. Nur wenige Ärztinnen und Ärzte sind tatsächlich selbständig und beziehen auch Einkünfte von Privatpatienten.

Der NHS beschäftigte 2003 etwa 109.000 Ärzte, d.h. sowohl Allgemeinmediziner (general practitioners, oder GPs) als auch Fachärzte (consultants) (vgl. Department of Health 2003a). Die Ärztedichte ist mit 175 Medizinern für 100.000 Einwohner im europäischen Vergleich sehr niedrig, der Anteil ausländischer Ärzten mit 24% hoch (Bourgueil 2003).

Das 2001 aufgelegte Reformprogramm des NHS (DH 2000a) erkannte einen Lücke in der ärztlichen Versorgung von 10.000 Allgemeinmedizinern und Krankenhausärzten und entwickelte eine Strategie, 2.000 neue Allgemeinmediziner und 7.500 Krankenhausärzte bis Ende 2004 einzustellen¹. Dieses Ziel wurde im Hinblick auf die Allgemeinmediziner bereits erreicht, jedoch wird der Anspruch bezüglich der zugesagten Krankenhausärzte voraussichtlich nicht eingehalten werden können².

¹ Die Zusammenfassung des NHS Plans: <http://www.nhs.uk/nationalplan/summary.htm> (besucht am 16.6.2004)

² Vgl. direct.gov vom 23.4.2004: *NHS hits recruitment target three months early* unter:

Laut Auskunft der deutschen Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) praktizieren zurzeit 2.000 Medizinerinnen und Mediziner in Großbritannien (vgl. Schneider et al. 2002: 72). Dies ist gemessen an der aktuellen jährlichen Registrierung beim General Medical Council (GMC) allerdings nur ein kleiner Anteil an der Gesamtzahl ausländischer Ärzte in Großbritannien. Denn im Jahr 2003 registrierten sich bei einer Gesamtzahl von 15.549 neuen Ärzten im Vereinigten Königreich allein 1.770 mit Abschluss aus dem Europäischen Wirtschaftsraum und 9.336 mit Qualifikationen aus Drittstaaten³. Insgesamt zeigt sich damit ein hoher Anteil von neu zugelassenen ausländischen Ärztinnen und Ärzten.

Großbritannien erhofft sich eine rege Zuwanderung gerade durch die Erweiterung der EU, denn trotz der beschriebenen Anstrengungen fehlen dem NHS immer noch 10.000 Hausärzte sowie 10.000 Fachärzte, so dass nach wie vor ein enormer Rekrutierungsbedarf bestehen bleibt (vgl. Ärztezeitung vom 17.06.2004).

Die Problematik des recht beträchtlichen Ärztemangels im staatlichen Gesundheitssystem wird vor allem auf die schlechten Arbeitsbedingungen zurückgeführt. Im Einzelnen werden z. B. schlechte Verdienstmöglichkeiten, veraltete Praxisausstattungen, lange Arbeitszeiten, hohe Frustrationen sowie der allgemeine Reformbedarf der NHS genannt.

Auf der anderen Seite herrscht ein Mangel an Medizinstudienplätzen sowie an medizinischem Lehrpersonal. Laut der British Medical Association ist zwar die Studienplatzanzahl in den letzten Jahren erhöht worden, trotzdem standen den 68.456 Bewerbern im Jahr 2003 nur 7.600 Plätze zu Verfügung (vgl. Ärztezeitung vom 18.05.2004). Als problematisch gilt auch die hohe Verschuldung der Studierenden im Laufe ihres Medizinstudiums. Jeder Studierende entrichtet Studiengebühren, die sich vor allem bei einem langen Medizinstudium summieren.

In diesem Zusammenhang steht eine Reform der Zulassungsbeschränkung in der Diskussion, die auf eine höhere Chancengleichheit für Studierende aus finanziell benachteiligten sozialen Schichten zielt.

Die Regierung hat mit ihrem sehr umfassenden Reformplan für den NHS einen großen Schritt zur Erneuerung des gesamten Gesundheitssystems bis 2010 unternommen. Hierbei wird auch der Ärztemangel mit verschiedenen Strategien sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene angegangen. Eine der obersten Prioritäten ist die Verbesserung der Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten, um zu gewährleisten, dass die Anwerbestrategien auch Erfolge mit sich bringen können. Der durchschnittliche Verdienst von Allgemeinmediziner lag 2001 bei etwa 88.000 Euro und Fachärzte erhielten zwischen 91.800 und 127.600 Euro (vgl. Ärztezeitung vom 1.12.2003). Als weiteres Beispiel für verbesserte Arbeitsbedingungen kann der „New Junior Doctors' Contract“ der As-

http://www.direct.gov.uk/Newsroom/NewsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4012627&chk=K1IbdK (besucht am 16.6.2004)

³ Presseerklärung des General Medical Council (GMC) vom 24.3.2004; *Record number register with the GMC* (besucht am 16.6.2004) <http://www.gmcpressooffice.org.uk/apps/news/latest/detail.php?key=96>

sistenzärzte erwähnt werden. Er setzte die Arbeitszeit auf 48 Stunden herunter legt eine Reihe weiterer Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen fest (vgl. DH 2000b)⁴.

1.1.2 *Irland*

Auch in Irland stellen die Berufsverbände, wie zum Beispiel die Irish Medical Organisation (IMO), einen bevorstehenden Ärztemangel fest. So gibt es schon seit einigen Jahren eine steigende Zahl von unbesetzten Stellen in den Krankenhäusern. Im Jahr 2001 waren es bereits 247, was eine Steigerung von ca. 20% zum Vorjahr darstellt⁵, obwohl Statistiken für dieses Jahr zeigen, dass die Zahl der registrierten Ärzte beim Irish Medical Council (IMC) von 11.600 im März 1999 auf 14.568 im März 2004 angestiegen ist (vgl. Irish Medical Times vom 4.06.2004). Dabei waren laut Informationen des IMC zum 31.3.2004 genau 104 deutsche Ärzte in Irland angemeldet.

Vorwiegend wird der Ärztemangel auf die zu geringe Zahl von Absolventinnen und Absolventen, die nach ihrem Abschluss in Irland verbleiben, zurückgeführt. Zwar beenden jährlich ungefähr 700 Studierende ihr Medizinstudium in Irland, die Hälfte von ihnen kehrt aber wieder in ihre Heimatländer zurück. Der hohe Anteil an ausländischen Studierenden ist erwünscht, denn Nicht-EU-Studierende finanzieren ihre Ausbildung selbst und subventionieren so den irischen Studierenden das Studium. Hintergrund dieser Entwicklung sind mangelnde finanzielle Mittel der irischen Universitäten. Dies erklärt, warum die erhöhten Studienplatzkapazitäten - 2002 waren es 830 - überwiegend von ausländischen Studierenden in Anspruch genommen wurden. Allerdings unternimmt die Regierung derzeit den Versuch, diese Situation zu verändern und setzte Ende 2003 eine Arbeitsgruppe⁶ hierfür ein.

Im Hinblick auf die Einkommenschancen für Ärztinnen und Ärzte gilt Irland im europäischen Vergleich als nicht „wettbewerbsfähig“. Die Grundbezüge (zwischen etwa 33.000 und 68.000 Euro⁷) führen dazu, dass Deutschland neben Großbritannien als Abwerbeland erwähnt wird (Irish Medical Times vom 4.06.2004).

1.1.3 *Schweden*

In einigen Regionen Schwedens sowie in bestimmten Fachbereichen droht ein Mangel an Medizinern. Deshalb wirbt auch Schweden verstärkt im Ausland Ärztinnen und Ärzte an. Derzeit fehlen rund 2.000 Mediziner, insbesondere in der Region Göteborg (vgl. Schneider et al. 2002: 70), obwohl auch in Schweden die Zahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte von 1995 mit 23.000 auf 28.000 Ende 2003 gestiegen ist (vgl. Sveriges Läkarförbund 2004). Die ungefähre Zahl deutscher Mediziner betrug in 2003 rund 450 (Deutsches Ärzteblatt vom 7.11.2003). Als Kernpunkt des Mangels wird auch in Schweden die zu niedrige Zahl der jährlichen Absolventinnen und Absolventen und die begrenzte Anzahl der Studien-

⁴ Eine volle Umsetzung hat bis zum August 2004 zu erfolgen.

⁵ Vgl. Statistik des Irischen Ministeriums für Gesundheit und Kinder (Department of Health and Children), <http://www.doh.ie/statistics/stats/sectionk.html> (besucht am 16.6.2004)

⁶ Working Group on Undergraduate Medical Education and Training, eingesetzt vom Minister für Gesundheit und Kinder und vom Minister für Bildung und Wissenschaft

⁷ NCHD Salary Scales, Irish Medical Organisation,

plätze benannt. Nach Anstrengungen, die Studienplätze zu erhöhen, wurden 2003 1.095 Studenten zum Medizinstudium zugelassen, während es 2002 769 Absolventen gab (vgl. Sveriges Läkarförbund 2004).

Die Arbeitsbedingungen in Schweden gelten als sehr familienfreundlich, vor allem fallen aufgrund der großzügigeren Personaldecke in Krankenhäusern kaum Überstunden an. Die gängigste Form von Anstellungen sind unbefristete Verträge, eine Probezeit gibt es nicht. Ausbildungswege können so ohne Druck verfolgt werden kann, wobei auch Unterbrechungen möglich sind (vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 7.11.2003).

1.1.4 *Norwegen*

Ein Mangel an Allgemeinmedizinern in ländlichen Gebieten sowie an Fachärzten brachte Norwegen zu der Entscheidung, Ärzte aus dem europäischen Wirtschaftsraum anzuwerben. Insgesamt praktizieren zurzeit 17.546 Ärzte in Norwegen, die jünger als 67 Jahre sind (vgl. Den Norske Lægeforening 2004). Davon sind 16,1% Ausländer, die nicht die norwegische Staatsbürgerschaft besitzen. Die Zahl der deutschen Ärztinnen und Ärzte beträgt 650⁸.

1.1.5 *Dänemark*

In Dänemark ergibt sich ein ähnliches Bild wie in den anderen Ländern Skandinaviens. Das Land verzeichnet einen niedrigen Zuwachs an Ärztinnen Ärzten. Aufgrund der Arbeitsmarktdaten und der Altersstruktur wird von einem zukünftigen Mangel an Ärztinnen und Ärzten ausgegangen. Von 1990 bis 1999 ist die Anzahl der Mediziner von 14.822 auf 16.767 gestiegen (vgl. Danish Ministry of the Interior and Health 2002). Derzeit arbeiten ungefähr 400 deutsche Mediziner in Dänemark (Schneider et al. 2002: 64).

Im Zuge der fast schon traditionellen Ärzteknappeheit wurde von 1990 bis 2001 die Zahl der Studienplätze von 552 auf 1.119 verdoppelt. Zur Besetzung dieser Plätze werden auch verstärkt ausländische Studierende zugelassen, wobei Studierende aus Schweden und Norwegen den größten Anteil der Ausländer stellen (vgl. Danish Ministry of the Interior and Health 2002).

1.1.6 *Frankreich*

Auch wenn in Frankreich die ärztliche Versorgung gegenwärtig gewährleistet ist, droht auch dort in den kommenden Jahren eine bedeutende Absenkung der Ärztezahlen. Die allgemeine Ärztedichte hat zwar zwischen 1970 und 2000 von 130 Medizinern pro 100.000 Einwohner auf 331 zugenommen, für die nächsten 20 Jahre wird allerdings wieder eine Reduzierung der Ärztezahlen von 15 bis 20 % prognostiziert (DGS 2001). Yvon Berland prognostiziert einen Rückgang der Ärztedichte auf 305 Ärzte pro 100.000 Einwohner bereits für das Jahr 2012 (Berland 2002, zitiert in Blanchard 2004).

http://www.imo.ie/view_categories.php?cat_id=251 (besucht am 18.6.2004)

⁸ Den Norske Lægeforening (Norwegische Ärztekammer). *Physicians < 67 years of age in Norway by citizenship 2001- 2004 Feb./March. 2004.*

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=8595> (besucht am 17.6.2004)

Zwei weitere Phänomene der „medizinischen Demografie“ sind in Frankreich zu beobachten: die regionalen Disparitäten, sowie die ungleiche Verteilung zwischen Fachgebieten. Die Ärztedichte in Frankreich schwankt erheblich zwischen verschiedenen Regionen des Landes, sowie zwischen urbanisierten und ländlichen Zonen. So üben vor allem die Mittelmeergebiete im Süden Frankreichs sowie die Hauptstadtregion eine hohe Anziehungskraft auf Medizinerinnen und Mediziner aus. Hier liegt die Ärztedichte bei jeweils 412 (Region Provence-Alpes-Côte d’Azur) bzw. 425 (Hauptstadtregion Ile de France) für 100.000 Einwohner, in der Hauptstadt Paris sogar bei 768. Im Norden des Landes liegt die Zahl wesentlich niedriger, Extremfall ist die Picardie mit lediglich 241 Ärzten (DGS 2001). Vor allem ländliche Gebiete und problembehaftete Vorstädte zeichnen sich durch eine niedrige Ärztedichte und eine Abwanderung von Medizinern aus⁹.

Auch bei der Verteilung der Ärzte zwischen verschiedenen Fachgebieten sind Disparitäten auszumachen. So ist die Zahl der Fachärzte in 33 der 38 staatlich festgelegten Spezialgebiete seit 1990 gestiegen, vor allem in den Gebieten der Diagnostischen Radiologie und der medizinischen Biologie. Eine Verringerung der Ärztezahlen wurde dagegen in den Bereichen allgemeine Chirurgie, Anästhesie, medizinische Gynäkologie, Radiotherapie und Stomatologie festgestellt (DGS 2001). Das abnehmende Interesse wird allgemein mit hoher Arbeitsbelastung sowie dem erhöhten Risiko der finanziellen Haftung bei Kunstfehlern in diesen Berufszweigen erklärt (vgl. Blanchard 2004). Besonders betroffen von sinkenden Einkünften und steigenden Prämien für die berufliche Haftpflichtversicherung sind die Chirurgen. „En „crise existentielle“, les chirurgiens libéraux menacent de cesser leurs activités en décembre.“ (ebd.).

Obwohl die allgemeinen Ärztezahlen in Frankreich also im Augenblick noch keinen akuten Anlass für Bedenken liefern, sind dennoch punktuelle Defizite bei der ärztlichen Versorgung in einigen Regionen sowie in einigen Spezialbereichen und nicht besetzte Stellen im Krankenhausbereich feststellbar.

1.2 Allgemeine Tendenzen

Die Ursachen für den Ärztemangel, der in vielen Staaten Nord- und Westeuropas diskutiert wird, ähneln sich stark. Die meisten Länder sehen sich vor der Herausforderung, dass ihre Ärzteschaft überaltert und viele Ärztinnen und Ärzte in nächster Zeit in den Ruhestand gehen. So hat beispielsweise die Alterspyramide der dänischen Ärzte 1999 bei 40–54 ihre Spitze, wobei das mittlere Alter 46 Jahre betrug (vgl. Danish Ministry of the Interior and Health 2002). Auch in Frankreich beträgt das Durchschnittsalter der Ärzte 46 Jahre (Langlois 2001, vgl. Fußnote 10).

Der Mangel in bestimmten Fachbereichen sowie der Mangel an Allgemeinmedizinern in ländlichen Regionen beschäftigt ebenfalls alle oben betrachteten Länder. In den Städten

⁹ Langlois, J. 2001. *La démographie médicale future*. Ordre National des médecins. Paris.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=rapport/article.php&id=8>

besteht meist eine ausreichende medizinische Versorgung, während ein regionales Gefälle in ländlichen Gebieten in erster Linie in den nördlichen Regionen Skandinaviens und Frankreichs besteht.

Daneben sorgt der steigende Anteil von Frauen im Arztberuf für eine Zunahme der Teilzeitarbeit und frühere Ausstiege aus dem Berufsleben. In Norwegen liegt der Anteil an Ärztinnen bei 34,9%, in Frankreich bei 37% der Ärzteschaft, bei den Studienanfängern beträgt der Frauenanteil 56% (vgl. Den Norske Lægeforening 2004, Langlois 2001). Um eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig Rechte wie Mutterschutz bzw. Elternurlaub zu gewährleisten, wird für die Zukunft eine höhere Gesamtzahl an Medizinern benötigt. Dies gilt auch für die insgesamt steigende Zahl von Teilzeitbeschäftigung. Auch dieser Trend sorgt für eine steigende Nachfrage nach Ärztinnen und Ärzten.

Für Skandinavien gilt generell, dass in der Vergangenheit zu wenige Studienplätze vorhanden waren. Langen Studienzeiten und der späte Einstieg in das Berufsleben haben den Mangel an Ärztepersonal verschärft. Diese Sachverhalte sind mittlerweile Gegenstand von Reformbemühungen.

Nach dem Urteil des EuGH¹⁰ vom 9.9.2003, welches den Bereitschaftsdienst als volle Arbeitszeit erklärt, muss nun die Arbeitszeitrichtlinie¹¹ EU-weit entsprechend umgesetzt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass für die Umsetzung der Richtlinie noch erhebliche personelle Ressourcen benötigt werden, die bei den gegenwärtigen Planungen etwa bei der Studienplatzanzahl noch nicht berücksichtigt sind. So wird in Schweden vermutet, dass ein zusätzlicher Bedarf von 3.000 bis 4.000 Medizinern durch die Umsetzung dieser Richtlinie entsteht¹².

¹⁰ Urteil des EuGH vom 9.9.2003, Fall „Jaeger“, Rechtssache C-151/02: Bei einem Bereitschaftsdienst, der an einem vom Arbeitgeber bestimmten Ort geleistet wird, handelt es sich in vollem Umfang um Arbeitszeit, auch wenn der Arzt sich in der Zeit, in der er nicht in Anspruch genommen wird, an der Arbeitsstelle ausruhen darf.

¹¹ Richtlinie 2000/34/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Juni 2000.

¹² Angaben aus einem Interview mit der Schwedischen Gesundheitsbehörde (Socialstyrelsen) vom 6.6.2004.

2. Strategien zur Behebung des Ärztemangels

Die Trends in einigen nordeuropäischen Ländern bezüglich ihrer Ärztezahlen und die Herausforderungen, die sie aufgrund dieser Zahlen bewältigen müssen, ähneln sich stark. Vor allem in Großbritannien, aber auch in Skandinavien wurden Strategien zur Bewältigung des Ärztemangels entwickelt. Diese sollen einerseits Anreize für ausländische Ärzte schaffen, in das nationale Gesundheitssystem einzusteigen sowie andererseits das Ausbildungssystem verbessern, um so aus eigener Kraft mehr Personal für die Behandlung von Patienten bereitzustellen.

2.1 Internationale Mobilität von Ärzten

Die Mobilität von Ärztinnen und Ärzten hat in Zeiten der offenen Grenzen und des freien Personenverkehrs in den letzten Jahren stark zugenommen. Die aktive Förderung der Anwerbung und Einwanderung von Medizinern stellt eine der Möglichkeiten dar, einem eventuellen Ärztemangel entgegenzuwirken. Von diesem Trend ist Deutschland aus zweierlei Hinsicht nicht verschont: Laut KBV arbeiten gegenwärtig etwa 12.000 deutsche Ärztinnen und Ärzte im Ausland, vorzugsweise in Skandinavien und Großbritannien (Leipziger Volkszeitung vom 31.03.2004). Im Gegenzug sind annähernd 16.000 ausländische Medizinerinnen und Mediziner in Deutschland tätig, wobei die größten Zuströme aus Österreich, Osteuropa und Russland kommen. Damit scheint Deutschland sowohl ein Land des Zuzugs als auch der Abwanderung von Ärzten zu sein.

Damit die Migration von Ärzten über Grenzen hinweg reibungslos funktioniert, müssen zuerst die rechtlichen Voraussetzungen für die Tätigkeit von ausländischen Ärzten im heimischen System gegeben sein, sowie Strukturen zu deren Aufnahme geschaffen werden. Darüber hinaus müssen konkrete Maßnahmen und Kampagnen den potentiell Interessierten die Einwanderung nahe legen und attraktiv gestalten.

2.1.1 Rechtliche Voraussetzungen

Die rechtlichen Voraussetzungen von ausländischen Ärzten bzw. im Ausland ausgebildeten Ärzten hängen von der Staatsangehörigkeit der Betroffenen ab. Im Rahmen des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), der die 25 EU-Mitgliedsstaaten sowie Norwegen, Island und Liechtenstein umfasst, gewährt das EU-Recht ausgebildeten Medizinerinnen und Medizinern das Recht der freien Niederlassung und Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Die Einzelheiten dieser Niederlassungsfreiheit regelt die Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise. Sie kodifiziert die zuvor erlassenen Richtlinien in diesem Bereich und wurde zuletzt durch die Richtlinie 2001/19/EG abgeändert.

Im Einzelnen sieht die EU-Gesetzgebung die gegenseitige automatische Anerkennung der Universitätsabschlüsse und Befähigungsnachweise vor, die eine Grundausbildung oder eine

fachärztliche Weiterbildung, die entweder in allen oder einigen Mitgliedsstaaten vorgesehen ist, dokumentieren. Um die Qualität dieser Diplome zu sichern, sieht die Richtlinie gleichzeitig Mindestanforderungen an die ärztliche Grund- und Facharztausbildung vor. Die EU-Staatsbürger sind berechtigt, im Aufnahmestaat die in ihrem Herkunftsstaat erworbene Ausbildungsbezeichnung zu führen.

Der Aufnahmemitgliedsstaat ist ferner dazu verpflichtet, bei der Prüfung des Anerkennungsantrags die im Anschluss an den Erwerb des Diploms erworbene Erfahrung zu berücksichtigen. Darüber hinaus darf er nicht mehr systematisch Ausgleichsmaßnahmen wie Eignungsprüfungen, Anpassungslehrgänge usw. verlangen, sondern muss diese langfristig abschaffen.

In der Regel müssen sich Ärztinnen und Ärzte bei der jeweiligen nationalen Behörde als Mediziner registrieren lassen, wofür vor allem Nachweise über die Nationalität, die Ausbildung und ein Führungszeugnis eingereicht werden müssen. Eine gesetzlich vorgeschriebene Forderung nach Sprachkenntnissen gibt es ausdrücklich nicht. Den Behörden ist es untersagt, Sprachtests als Bedingung für die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit zu fordern, auch wenn in der Praxis ein angemessenes sprachliches Niveau erforderlich sein wird. Die Richtlinie sieht vor, dass die Mitgliedsstaaten die notwendigen Maßnahmen ergreifen, um es Einsteigern zu ermöglichen, die für die Behandlung von Patienten erforderliche Sprachkenntnisse zu erwerben, ohne jedoch auf die praktische Umsetzung dieser Vorschrift einzugehen. In den meisten Fällen werden Sprachkurse angeboten, da der Arbeitgeber Wert darauf legt, dass die Landessprache beherrscht wird.

Die Behörden, die für die Registrierungen zuständig sind, haben keine EU-einheitliche Vorgehensweise. Laut Richtlinie darf die Registrierung nicht länger als 3 Monate dauern. Da die Registrierung eine Formsache darstellt, gibt es für die meisten Fälle keine besonderen Wartezeiten. In Großbritannien soll diese Registrierung nur 5 Arbeitstage dauern, wenn alle Unterlagen ordnungsgemäß eingereicht werden. Selbstverständlich muss der ausländische Arzt erst die Registrierung durchlaufen haben, bevor er anfängt zu arbeiten, aber das spielt bei der Suche nach einer Tätigkeit keine Rolle. So kann die Registrierung parallel zur Suche aber auch hinterher geschehen.

Diese Freizügigkeit gilt für alle Staatsangehörigen der 25 Mitgliedsstaaten der EU sowie Norwegens, Islands und Liechtensteins, jedoch haben die meisten Mitgliedsstaaten von dem Recht Gebrauch gemacht, während einer Übergangszeit von 2 bis 7 Jahren die Freizügigkeit der Staatsbürger der 10 neuen Mitgliedsstaaten zu beschränken. Diese Einschränkungen müssen jedoch in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Seit Juni 2002 sichern auch bilaterale Verträge mit der Schweiz die gegenseitige Anerkennung der Arzt diplome. Eine Arbeitserlaubnis wird dennoch weiterhin benötigt, aber in der Regel ohne Schwierigkeiten erteilt.

Auch wenn von der formalen Seite eine reibungslose Anerkennung angestrebt wird, sieht es in der Praxis nicht ganz so einfach aus. Auf nationaler Ebene entstehen laut einer Studie von Jinks (2000) informelle Barrieren durch das Misstrauen in europaweite Standards sei-

tens der Arbeitgeber, welches eine inkonsequente Beurteilung der ärztlichen Fähigkeiten mit sich bringt. So ist in Großbritannien eine unterschiedliche Beurteilung der Hochschulabschlüsse von Nord- und Südeuropa zu erkennen. Hinzu kommt ein Informationsdefizit über die Ausbildungsmodalitäten in den verschiedenen europäischen Staaten. Diese Studie zeigt klar, dass weiterhin Bedarf besteht, die formell umgesetzten Richtlinien besser auf nationaler Ebene anzuwenden.

Die Zulassung von Ärzten aus Drittstaaten hingegen hängt von der jeweiligen nationalen Gesetzgebung des AufnahmeStaats ab, unterliegt aber meistens wesentlich strengeren Auflagen. Zu den häufigsten Bedingungen zählen schriftliche und mündliche Prüfungen der beruflichen Qualifikation, die Überprüfung der praktischen Fähigkeiten während einer Probezeit, ausreichende Sprachkenntnisse, und die erfolgreiche Absolvierung von Anpassungslehrgängen. Auch wird die Berufszulassung von Ärzten aus Drittstaaten häufig nur auf Zeit gewährt. Die Hürden für Mediziner, die nicht aus dem EWR stammen, liegen damit deutlich höher.

2.1.2 *Ethische Erwägungen*

Neben den rechtlichen Voraussetzungen der Zulassung von Ärzten im AufnahmeStaats muss jedoch auch die Situation der Herkunftsstaaten sowie die persönliche Situation der Migranten bedacht werden. In den Herkunftsländern kann die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten zu einem Problem für die medizinische Versorgung der lokalen Bevölkerung erwachsen, zumal häufig die bestqualifizierten Ärzte durch finanzielle und andere Anreize in reichere Staaten abgeworben werden. In den neuen Mitgliedsstaaten oder aber in Beitrittskandidaten wie Rumänien, kann ein erheblicher Anstieg der Auswanderung von hoch qualifizierten Fachärzten zu einer problematischen Unterversorgung in bestimmten Bereichen führen.

Internationale Organisationen wie die Internationale Arbeitsorganisation und die Weltgesundheitsorganisation beschäftigen sich seit einiger Zeit mit dem Problem des so genannten „Brain drains“ von Ärzten und anderem medizinischen Fachpersonal (vgl. z.B. Bach 2003). Auf EU-Ebene scheint das Thema jedoch noch keine Rolle zu spielen, allerdings nehmen sich einige Mitgliedsstaaten dieser Problematik aktiv an. So hat der NHS im Vereinigten Königreich beispielsweise einen Code of Practice für internationale Rekrutierungsverfahren herausgegeben (vgl. DH 2001). Dieser Verhaltenskodex stellt allgemeine Richtlinien für die Abteilungen und Organisationen auf, die beabsichtigen, Ärzte und anderes medizinisches Fachpersonal aus dem Ausland anzuwerben. Das erklärte Ziel ist es, den Interessen der Bewerber sowie deren Herkunftsländer keinen Schaden zuzufügen. Er umfasst unter anderem folgende Grundsätze:

- Keine gezielte Anwerbung und keine Kampagnen in Entwicklungsländern, es sei denn, Großbritannien wird dazu ausdrücklich aufgefordert
- Anwendung des Arbeitnehmerschutzes und rechtliche Gleichbehandlung
- Gleicher Zugang zu beruflicher Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten wie für heimisches Personal.

2.1.3 *Strategien zur Anwerbung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten*

Um erfolgreich ausländische Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung und Tätigkeit im kurativen Bereich zu überzeugen, sind einige Staaten dazu übergegangen, im Ausland aktiv um qualifizierte Fachkräfte zu werben. Zum Teil wurden detaillierte Strategien entworfen, die Programme mit Anreizen für ausländische Ärzte, geeignete Kommunikationsmittel, sowie Strukturen zur Aufnahme von Medizinern aus dem Ausland umfassen.

Programme zur Rekrutierung von ausländischen Ärzten

In Europa besitzt zweifellos Großbritannien die am weitesten entwickelte Strategie zur Anwerbung von ausländischen Ärzten. Sie wurde im Zuge des Planes zur Reform des NHS entworfen, und ohne die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte wäre die Umsetzung des Planes nicht möglich. Drei unterschiedliche Programme werden angeboten, die sich vor allem in der Aufenthaltsdauer und in der Endgültigkeit der Entscheidung, im Ausland tätig zu werden, unterscheiden.

Internationale Rekrutierungsprogramme in Großbritannien¹³	
International Fellowship Programme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis zu 2jährige Tätigkeit als Facharzt im NHS ▪ Anreize: Gehalt, Umzugshilfe und sonstige Kosten ▪ Gesucht: Fachärzte für Anästhesie, Intensivmedizin, Dermatologie, Histopathologie, klinische Onkologie, Radiologie, Notfallmedizin und Psychiatrie ▪ Auswahl in regelmäßigen Bewerbungsrunden
Managed Placement Scheme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Großbritannien auf Probe ▪ Entscheidung über längeren Aufenthalt nach spätestens einem halben Jahr, Verlängerung der Probezeit in einer anderen Stelle möglich ▪ Gleiche Vergütung wie englische Kollegen ▪ Unabhängiges Mentoring durch erfahrene Kollegen ▪ Regelmäßige Beurteilung des Arztes
Global Scheme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langfristige Umsiedlung von Ärzten nach England oder Wales ▪ Datenbank von Bewerbern beim Gesundheitsministerium (Department of Health) ▪ Gesucht: Anästhesisten, Histopathologen, Internisten, klinische Radiologen, Augenärzte, orthopädische Chirurgen, Psychiater ▪ Einstiegsgehalt bei etwa 80.000 Euro, kann innerhalb von 5 Jahren auf bis zu 105.000 Euro steigen ▪ Unterstützung bei Wohnungssuche, Einschulung von Kindern und Arbeitssuche für Ehegatten

¹³ Vgl. Ärztezeitung vom 29.07.2003 sowie

<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HumanResourcesAndTraining/MoreStaff/InternationalRecruitmentForeignProfessionals/fs/en>

Auch für andere europäische Länder gibt es bestimmte Rekrutierungsprogramme, die jedoch nicht immer von öffentlicher Hand getragen werden, sondern auf nicht-staatlicher Initiative beruhen, wie im Falle des Programms „Ärzte nach Dänemark“, das vom Marburger Bund, der Ärztekammer Hamburg, dem Dänischen Gesundheitsamt sowie der Dänischen Ärztekammer getragen wird¹⁴.

Neben Programmen, die für Ärzte attraktive Anreize bieten, ist die Kommunizierung der Möglichkeiten, in einem anderen Land die ärztliche Tätigkeit auszuüben, entscheidend bei der Anwerbung von Medizinern. Der britische NHS hat für seine Rekrutierungsprogramme eine umfassende Werbestrategie entworfen. So wurden beispielsweise für das Global Scheme Anzeigenkampagnen in internationalen und nationalen Fachzeitschriften geschaltet. Die britischen Botschaften und Konsulate bieten im Zuge der offiziellen Anwerbestrategie des NHS Informationsveranstaltungen unter anderem in Deutschland an (vgl. z.B. Ärztezeitung vom 1.12.2003). Für die Programme „Ärzte nach Dänemark“ und „Ärzte nach Schweden“ wirbt die Ärztekammer Hamburg auf ihrer Webseite¹⁵.

Strukturen zur Aufnahme von Ärzten

In die Vermittlung und Aufnahme von Ärzten sind häufig zahlreiche öffentliche und private Akteure eingebunden. Zu diesen gehören vor allem:

- Arbeitsvermittlungen
- Registrierungsbehörden
- Organisationen zur Unterstützung von einwandernden Ärzten

Die Agenturen, die in der internationalen Vermittlung von Ärztinnen und Ärzten tätig sind, sind sowohl in den Herkunftsländern als auch in den Aufnahmestaaten angesiedelt, und werden entweder von der öffentlichen Hand getragen, oder sind kommerziell arbeitende Privatfirmen. In Deutschland unterstützt die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV), die in der Bundesagentur für Arbeit (BA) für die internationale Vermittlung von Arbeitskräften zuständig ist, auch deutsche Mediziner bei der Suche nach offenen Stellen im Ausland. Zu diesem Zweck hat die ZAV unter anderem mit britischen, schwedischen und norwegischen Organisationen bilaterale Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen. Arbeitslose Ärzte können sich in Deutschland bei der ZAV melden und von dieser in ausländische Gesundheitssysteme vermittelt werden.

Auf der Nachfrageseite arbeitet beispielsweise der britische NHS mit einem privaten Unternehmen (TMP Worldwide) zusammen, das ausländische Ärzte an Abteilungen des NHS vermittelt. Dieser Dienstleister unterhält eine Such- und Vermittlungsplattform, die im Internet zugänglich ist¹⁶. Interessierte können sich mit Lebenslauf online bewerben, so dass eine Datenbank mit verfügbaren Ärzten entsteht. Die Gesundheitseinrichtungen des NHS wiederum können ihre Stellenausschreibungen in einem bestimmten Format der Vermittlungs-

¹⁴ Programm Ärzte nach Dänemark; <http://www.mobilitet.hojoster.dk/>

¹⁵ http://www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/aerzte_ausland.htm

¹⁶ TMP Worldwide International: <http://www.tmpw.co.uk/>, Die Stellen werden in Deutschland unter der bekannten Monster Webpage annonciert: <http://www.monster.de/>

agentur zukommen lassen. Diese wählt dann einschlägige Lebensläufe aus und lässt sie der interessierten Einrichtung zukommen, die die Ärzte zu einem Vorstellungsgespräch einladen kann.

Haben die ausländischen Ärzte einen Arbeitgeber gefunden oder haben sie sich entschlossen, sich selbständig niederzulassen, müssen sie sich bei einer staatlichen Zulassungsstelle melden. Diese Registrierungsbehörden sind in den meisten nord- und westeuropäischen Ländern zentrale Stellen, so wie in Großbritannien der General Medical Council (GMC), und in Norwegen das Staatliche Zulassungsbüro für Gesundheitspersonal (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell – SAFH). In Irland führt der Medical Council ein Register für Allgemeinmediziner (General Register of Medical Practitioners) und eines für Fachärzte (Register of Medical Specialists).

Zur Erleichterung der Umsiedlung sowie der Eingliederung in das neue Land und Gesundheitssystem bieten mehrere Organisationen den Medizinern Unterstützung in Form von Integrationskursen, Informationsmaterial, und ähnlichen Hilfen an. Die Deutsch-Englische Ärztevereinigung¹⁷ veranstaltet Einführungskurse für deutsche Ärzte, die in Großbritannien arbeiten möchten. Die Zielgruppen sind junge Allgemeinmediziner sowie Fachärzte. Im Rahmen des Projektes „Ärzte nach Dänemark“ bietet die Højskole Østersøen, eine Art Volkshochschule, einen Intensivkurs in dänischer Sprache und Kultur für deutsche Ärzte an, die sich in Dänemark niederlassen wollen.

2.2 Maßnahmen zur Ausbildung von Ärzten

Bei der Förderung von Immigration von medizinischem Personal sowie der gezielten Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten stellt sich die Frage der Nachhaltigkeit dieser vielleicht kurz- und mittelfristigen Maßnahmen. Langfristig muss die Lösung eher in der Ausbildung von einer ausreichenden Anzahl an Medizinern gesucht werden.

Das wurde beispielsweise in Frankreich erkannt, wo die Zahl der Studierenden dementsprechend erhöht werden soll. Lag die Zahl der zum zweiten Jahr des Medizinstudiums Zugelassenen 2003 noch bei 5100, so soll der Numerus Clausus so gestaltet werden, dass im Jahr 2005 7000 Studierende zugelassen werden können (Blanchard 2004). Während diese Maßnahme von der staatlichen Krankenkasse sowie der Ärztegewerkschaft (Confédération des syndicats médicaux français) kritisiert wurde, wiesen die Medizinfakultäten und die Ärztekammer (Conseil national de l'ordre des médecins) auf deren Notwendigkeit hin, um einen akuten Ärztemangel in einigen Jahren zu vermeiden. Auch wird von Experten eine den Bedürfnissen angepasste Verteilung der Studierenden auf die Fachgebiete durch Auswahlverfahren nach Abschluss des vierjährigen Grundstudiums befürwortet (Nicolas/Duret 2001). Es wird jedoch ebenfalls darauf hingewiesen, dass diese Maßnahmen aufgrund der zehn- bis zwölfjährigen Gesamtausbildungsdauer und der Altersstruktur der Ärzteschaft erst in etwa 20 Jahren messbare Wirkung zeigen werden.

¹⁷ Anglo-German Medical Society, www.agms.net

Großbritannien ist aus diesem Grund um eine schnellere und effizientere Ausbildung von Ärzten bemüht. Das britische Gesundheitsministerium hat im Februar 2003 eine Initiative zur Modernisierung der Ausbildung von Assistenzärzten gestartet (DH 2003b). Ab 2005 sollen Medizinabsolventen ein zweijähriges „Foundation Programme“ absolvieren, das ihnen umfassende praktische Erfahrungen vermittelt und durch einen einheitlichen und strukturierten Ablauf die Voraussetzung bietet, im direkten Anschluss die Fortbildung zum Facharzt oder Allgemeinmediziner anzutreten. Hierdurch soll ein gestraffter und nahtloser Ausbildungsweg ermöglicht werden, der sich weiterhin an der „good medical practice“ orientiert.

2.3 Sonstige Maßnahmen

In den nord- und westeuropäischen Ländern werden auch weitere Maßnahmen zum Umgang mit Ärztemangel getroffen oder diskutiert.

Übertragung von Aufgaben an andere Berufsgruppen

Eine Möglichkeit zur Entlastung der Ärzteschaft ist die Übertragung von Aufgaben, die bisher Ärzten vorbehalten sind, an andere Berufsgruppen im Gesundheitsbereich. Dies darf selbstverständlich nicht auf Kosten der Qualität der ärztlichen Leistungen und der Gesundheit der Patienten erfolgen. In Schweden ist die Tätigkeit als Krankenschwester genauso wie bei den Ärzten einer staatlichen Registrierung unterworfen. Hier ist die Ausbildung für Krankenschwestern in einem Hochschulstudium von mindestens drei Jahren (Bachelor) mit praktischem Teil organisiert. Sie nehmen im Vergleich zu Deutschland ein breiteres Spektrum an Aufgaben wahr und entlasten somit die Ärzteschaft. Zum Beispiel dürfen sie mit ausreichender Fortbildung auch Medikamente verschreiben¹⁸.

In Frankreich wurde beispielsweise die Übertragung von medizinischen Aufgaben aus den Feldern der Augenheilkunde und der Radiologie an Optiker bzw. technisches Personal vorgeschlagen (vgl. Langlois 2001). Dies wird jedoch von der Ärztekammer mit dem Argument abgelehnt, dass die Diagnose und Behandlung von Krankheiten voll ausgebildeten Ärzten vorbehalten bleiben muss. Um zukünftige Mängel in bestimmten Spezialgebieten kurz- und mittelfristig beheben zu können, wird in Frankreich ebenfalls die Möglichkeit diskutiert, durch Zusatz- und Komplementärausbildungen das Fachgebiet relativ schnell wechseln zu können (DGS 2001).

Regionale Mobilität von Ärzten

Ebenfalls in Frankreich wird über Anreizmaßnahmen nachgedacht, die die regionale Mobilität von Ärzten erhöhen können. Dazu gehören einerseits finanzielle Anreize wie Niederlassungsprämien und steuerliche Vorteile, aber es wird klargestellt, dass rein wirtschaftliche Faktoren nicht ausreichen, um Ärzte zum Umzug in ländliche oder weniger attraktive Regionen zu bewegen (ebd.). Auch die Arbeitsbedingungen in diesen Regionen müssen verbessert werden, was beispielsweise durch folgende Schritte erreicht werden kann:

¹⁸ International Nursing, Sweden:

http://www.nursingspectrum.com/InternationalNursing/Relocating/Profile_Sweden.htm (besucht am 18.6.2004)

- Verbesserung des Krankentransportes in ländlichen Gegenden und Reduzierung der Hausbesuche auf wirkliche Notfälle,
- Möglichkeit, zeitweise besetzte Nebenpraxen zu führen,
- Zusammenführung von Ärzten in Gemeinschaftspraxen, um berufliche Isolierung zu vermeiden und Kontinuität der ärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Wiedereinstieg in die Arzttätigkeit

Um Ärzte, die aus der kurativen Tätigkeit ausgestiegen sind und ihr Arbeitsgebiet gewechselt haben, wieder in den Ärzteberuf zurückzuholen, bietet der englische NHS das so genannte „GP Returners Scheme“¹⁹ mit folgenden Anreizen an:

- Bezahlte Auffrischkurse, auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten
- „Golden Hello“-Prämie von bis zu 12.000 britischen Pfund
- Flexible Arbeitsbedingungen (Vollzeit-Teilzeit)
- Beratung und Unterstützung bei Kinderbetreuung.

¹⁹ Webseite des NHS:

http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HumanResourcesAndTraining/MoreStaff/GPReturners/GPReturnersArticle/fs/en?CONTENT_ID=4053172&chk=IQBKT

Arbeitsvermittlung

Zur besseren Vermittlung von arbeitslosen Ärzten und sonstigem Gesundheitspersonal in ganz Großbritannien hat der NHS ein elektronisches Arbeitsvermittlungsportal eingerichtet: www.jobs.nhs.uk. Über dieses Portal können arbeitssuchende Ärzte sich online über Einstellungsmöglichkeiten informieren, und sich auf offene Stellen bewerben. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, regelmäßig per Email über Stellenangebote informiert zu werden.

3. Empfehlungen und innovative Ansätze für Deutschland

Aus der Analyse der Strategien anderer europäischer Länder sieht Rambøll Management in folgenden Ansätzen Diskussionsanstöße bzw. Potenziale für eine Übertragung nach Deutschland:

- Auf EU-Ebene sollte ein einheitliches Vorgehen angestrebt werden, so dass ein fairer Wettbewerb um die zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte entsteht und gleichzeitig sichergestellt wird, dass einzelne Länder sich ausreichend an der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten beteiligen. Darüber hinaus sollte über einen Code of Conduct diskutiert werden, der beinhaltet würde, dass auf eine aktive Abwerbung verzichtet wird, wenn in bestimmten Ländern in bestimmten Bereichen akuter Ärztemangel herrscht.
- Eine Intensivierung der Diskussion über die Arbeitsteilung zwischen Ärzteschaft und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Beispielhaft kann hier die Entlastung der Ärzteschaft durch Krankenpflegekräfte nach skandinavischem Modell angeführt werden.
- Eine Erhöhung der regionalen Mobilität, indem Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben wird, gezielte Anreize für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, z.B. zur Weiterbildung.
- Die Etablierung eines Informationsportals zum Thema „Arbeiten als Arzt/als Ärztin in Deutschland“, sowie einer zentralen Online-Suchmaschine zu offenen Stellen. Die Federführung könnte analog zu anderen Ländern bei der ZAV liegen.
- Die Etablierung einer Organisation zur Unterstützung von einwandernden Ärztinnen und Ärzten u. a. mit Sprachkursen und Informationen zum deutschen Gesundheitssystem. Eine solche Organisation bietet Ärztinnen und Ärzten zudem die Möglichkeit, persönliche oder berufliche Netzwerke aufzubauen.
- Die Konzeption und Umsetzung von Wiedereinstiegshilfen für Ärztinnen und Ärzte, die länger nicht mehr im kurativen Bereich tätig waren, beispielsweise nach dem Vorbild des „GP Returners Scheme“ in Großbritannien.

4. Literaturverzeichnis

- Bach, S. 2003. International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues. In *Working Paper*, International Labour Office. Geneva.
- Blanchard, S. 2004. Derrière la hausse du numerus clausus, la peur du manque de médecins. In *Le Monde* vom 4.5.2004.
- Bourgueil, Y. 2003. *Quelques aspects européens*. Vortrag auf dem jährlichen Ärztekongress (MEDEC).
- Danish Ministry of the Interior and Health. 2002. *The Danish Health Care Sector in Figures 2001/2002*. Kopenhagen.
- Den Norske Lægeforening (Norwegische Ärztekammer). 2004. *Statistics and Research on physicians in Norway in English*. Oslo.
- Department of Health (DH). 2000a. *The NHS Plan: A Plan for investment. A Plan for Reform*. London.
- Department of Health (DH). 2000b. *New Junior Doctors' Contracts*. London.
- Department of Health (DH). 2001. *Code of Practice for NHS employers involved in the international recruitment of healthcare professionals*, London.
- Department of Health (DH). 2003. *Staff in the NHS*. London.
- Department of Health (DH). 2003b. *Modernising Medical Careers*. London.
- Direction Générale de la Santé (DGS). 2001. *Perspectives de la démographie médicale, Synthèse du rapport*. Paris.
- Irish Medical Council (IMC). 2004. *Review of Medical Schools in Ireland 2003*.
- Jinks, C. et al. 2000. Mobile medics? The mobility of doctors in the European Economic Area. In *Health Policy 54 (2000)*, S. 45-64.
- Nicolas, G. / Duret, M. 2001. *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*. Paris.
- Sveriges Läkarförbund (Schwedische Ärztekammer). 2004. *Physicians in Sweden 2004*. Stockholm.

Teil II:

Statistische Daten zu Arzt- zahlen in Deutschland

5. Entwicklung der Zahl der Studienplätze*

Sommersemester + nachfolgendes Wintersemester	Studienplätze	Bewerber (1. Studien- präferenz)
1981	11153	50143
1982	11193	58493
1983	11255	65620
1984	11352	62953
1985	11236	55899
1986	11380	42772
1987	11493	31660
1988	11295	28426
1989	11127	25680
1990	9688	24486
1991	10521	32059
1992	10534	33736
1993	10571	31193
1994	10344	27041
1995	10431	25095
1996	10454	24881
1997	10213	26535
1998	10555	33455
1999	10762	31536
2000	10751	30785
2001	10947	29347
2002	10766	34315
2003	10562	41443

Quelle: ZVS; eigene Berechnungen

* ab WS 1990/1991 angegliedertes Verfahren zur Vergabe von Studienplätzen durch die ZVS an den ostdeutschen Universitäten.

6. Entwicklung des Verhältnisses Bewerber/Studienplatz

Jahr	Bewerber je Studienplatz
1981	4,5
1982	5,2
1983	5,8
1984	5,5
1985	5
1986	3,8
1987	2,8
1988	2,5
1989	2,3
1990	2,5
1991	3,0
1992	3,2
1993	3,0
1994	2,6
1995	2,4
1996	2,4
1997	2,6
1998	3,2
1999	2,9
2000	2,9
2001	2,7
2002	3,2
2003	3,9

Quelle: ZVS; eigene Berechnungen

7. Entwicklung der Zahl der Studierenden und der Zahl der Erstsemester (Hochschul (HS)- und Fachsemester (FS))

	Studierende insgesamt	davon weiblich	1. HS insgesamt	davon weiblich	1. FS insgesamt	davon weiblich	Anteil Erstsemester (FS) an Studierenden insgesamt (in %)
1981	73 345	27 401	8 455	3 572	11 237	4 709	15,3%
1982	76 518	29 599	7 651	3 195	11 208	4 772	14,6%
1983	79 540	32 034	7 355	3 370	11 681	5 324	14,7%
1984	82 055	34 258	7 624	3 435	11 962	5 474	14,6%
1985	84 063	35 885	7 838	3 536	12 019	5 434	14,3%
1986	85 181	36 717	8 250	3 609	11 918	5 105	14,0%
1987	86 217	37 781	9 254	4 175	12 617	5 660	14,6%
1988	86 683	38 277	9 422	4 111	12 541	5 568	14,5%
1989	85 091	37 881	9 254	4 216	11 940	5 395	14,0%
1990	84 700	37 488	8 179	3 341	10 368	4 365	12,2%
1991	82 868	36 851	7 327	3 393	9 464	4 367	11,4%
1992	93 198	42 187	9 745	4 582	12 072	5 591	13,0%
1993	90 600	41 417	9 471	4 634	11 766	5 663	13,0%
1994	87 357	40 342	9 250	4 651	11 553	5 695	13,2%
1995	84 958	39 966	9 272	4 932	11 638	5 994	13,7%
1996	83 471	39 944	9 694	4 981	12 106	6 162	14,5%
1997	81 994	39 972	9 432	4 962	11 660	6 140	14,2%
1998	82 333	41 145	9 212	5 023	12 157	6 560	14,8%
1999	80 609	41 494	9 841	5 649	12 381	7 086	15,4%
2000	80 200	42 760	9 825	6 072	12 181	7 380	15,2%
2001	80 030	43 803	10 340	6 331	12 577	7 667	15,7%
2002	80 192	45 074	10 385	6 561	12 964	8 079	16,2%

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

8. Gegenüberstellung der Zahl der Studienplätze, der Bewerber sowie der Studierenden im 1. Fachsemester

Sommersemester + nachfolgendes Wintersemester	Studienplätze (von der ZVS vergeben)	Bewerber/in (1. Studien- präferenz)	Studienanfänger 1. Fachsemester*
1981	11 153	50 143	11 237 (10 573)
1982	11 193	58 493	11 208 (10 552)
1983	11 255	65 620	11 681 (11 004)
1984	11 352	62 953	11 968 (11 306)
1985	11 236	55 899	12 019 (11 313)
1986	11 380	42 772	11 918 (11 206)
1987	11 493	31 660	12 617 (11 907)
1988	11 295	28 426	12 541 (11 803)
1989	11 127	25 680	11 940 (11 241)
1990	9 688	24 486	10 368 (9 727)
1991	10 521	32 059	9 464 (8 811)
1992	10 534	33 736	12 072 (11 202)
1993	10 571	31 193	11 766 (10 618)
1994	10 344	27 041	11 553 (10 288)
1995	10 431	25 095	11 638 (10 346)
1996	10 454	24 881	12 106 (10 821)
1997	10 213	26 535	11 660 (10 465)
1998	10 555	33 455	12 157 (10 788)
1999	10 762	31 536	12 381 (10 942)
2000	10 751	30 785	12 181 (10 778)
2001	10 947	29 347	12 577 (10 973)
2002	10 766	34 315	12 964 (11 132)
2003	10 562	41 443	-

Quelle: Statistisches Bundesamt, ZVS; eigene Berechnungen

* Die Zahl der Studienanfänger im 1. Fachsemester ergibt sich aus der Zahl der „deutschen“ Erstimmatrikulierten (EG-Ausländer und Bildungsinländer, also Ausländer und Staatenlose, die über eine deutsche Hochschulzugangsberechtigung verfügen) und „ausländischen“ Erstimmatrikulierten (mit ausländischer Hochschulzugangsberechtigung). Letztere müssen sich direkt bei der Hochschule bewerben und werden auch direkt von der Hochschule zugelassen. Aus diesem Grund kann es zu einer Diskrepanz zwischen der Zahl der (von der ZVS vergebenen) Studienplätze und den Erstimmatrikulierten kommen. Die Zahl in der Klammer bezieht sich auf die „deutschen“ Studienanfänger im 1. Fachsemester.

9. Entwicklung der Zahl der Studienabschlüsse*

	bestanden	davon weiblich	nicht bestanden	davon weiblich
1983	8283	2744		
1984	8971	3202		
1985	9 242	3 449		
1986	9 371	3 701		
1987	10 490	4 183		
1988	9 572	4 019		
1989	9 223	3 850		
1990	8 457	3 825		
1991	9 385	4 069		
1992	9 599	4 196		
1993	11 555	5 207	13	3
1994	11 178	5 141	1	-
1995	10 266	4 695	1	-
1996	10 507	4 727	1	1
1997	9 434	4 274	-	-
1998	9 373	4 249	8	4
1999	9 318	4 350	4	1
2000	9 165	4 342	1	-
2001	8 955	4 482	2	1
2002	8 852	4 630	1	1

Quelle: Statistisches Bundesamt

- Ab 1993 Zahlen für Gesamtdeutschland

10. Gegenüberstellung der Zahl der Studierenden im 1. Fachsemester mit der Zahl der Studienabschlüsse versetzt um die Mindeststudienzeit (12 Semester) sowie durchschnittliche Studienzeit (14 Semester)

Studierende im 1. Fachsemester*		Studienabschlüsse nach Mindeststudienzeit		Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studienzeit (DS)*		Verhältnis Studienabschlüsse (DS) zu Erstsemester (Fachsemester)*
1981	11 237 (10 573)	1987	10 490 (10 140)	1988	9 572 (9 139)	0,85
1982	11 208 (10 552)	1988	9 572 (9 139)	1989	9 223 (8 830)	0,82
1983	11 681 (11 004)	1989	9 223 (8 830)	1990	8 457 (8 072)	0,72
1984	11 968 (11 306)	1990	8 457 (8 072)	1991	9 385 (9 034)	0,78
1985	12 019 (11 313)	1991	9 385 (9 034)	1992	9 599 (9 216)	0,80
1986	11 918 (11 206)	1992	9 599 (9 216)	1993	11 555 (11 074)	0,97
1987	12 617 (11 907)	1993	11 555 (11 074)	1994	11 178 (10 606)	0,89
1988	12 541 (11 803)	1994	11 178 (10 606)	1995	10 266 (9 785)	0,82
1989	11 940 (11 241)	1995	10 266 (9 785)	1996	10 507 (9 930)	0,88
1990	10 368 (9 727)	1996	10 507 (9 930)	1997	9 434 (8 846)	0,91
1991	9 464 (8 811)	1997	9 434 (8 846)	1998	9 373 (8 907)	0,99
1992	12 072 (11 202)	1998	9 373 (8 907)	1999	9 318 (8 771)	0,77
1993	11 766 (10 618)	1999	9 318 (8 771)	2000	9 165 (8 526)	0,78
1994	11 553 (10 288)	2000	9 165 (8 526)	2001	8 955 (8 292)	0,78
1995	11 638 (10 346)	2001	8 955 (8 292)	2002	8 852 (8 144)	0,76
1996	12 106 (10 821)	2002	8 852 (8 144)	2003	-	

Quelle: Statistisches Bundesamt

* Die Zahlen in den Klammern beziehen sich auf die „deutschen“ Studierenden. Ab 1993 Zahlen für Gesamtdeutschland.

11. Entwicklung der Studienabbrecherzahlen

	1992	2002
Entwicklung der Studienabbrecherquoten für deutsche und ausländische Studierende in Prozent (Human-, Veterinär- und Zahnmedizin)	6-8	9

	Männlich	Weiblich
Studienabbrecherquote für deutsche Studierende nach Geschlecht Anfang bis Mitte der 90er Jahre in Prozent	7	8

Quelle: HIS 2002

12. Entwicklung der Zahl der Promotionen

	bestanden	davon weiblich (absolut)	davon weiblich (in Prozent)	nicht bestanden	davon weiblich
1993	6 800	2 724	40,1%	6	6
1994	6 434	2 650	41,2%	7	4
1995	6 281	2 626	41,8%	6	-
1996	6 335	2 653	41,9%	3	1
1997	7 037	3 043	43,2%	2	1
1998	7 475	3 252	43,5%	3	3
1999	6 913	3 035	43,9%	-	-
2000	7 331	3 265	44,5%	-	-
2001	7 058	3 173	45,0%	-	-
2002	7 014	3 237	46,2%	5	2

Quelle: Statistisches Bundesamt

13. Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum insgesamt

	Deutschland	Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	Früheres Bundesgebiet ohne Berlin-West	Neue Länder ohne Berlin-Ost
1989	10.613	-	9.826	-
1990	15.153	-	14.153	-
1991	18.154	17.031	15.588	1.123
1992	20.690	18.343	16.535	2.347
1993	21.960	19.333	17.334	2.627
1994	22.131	19.308	16.999	2.823
1995	22.110	19.199	16.877	2.911
1996	21.112	18.176	16.484	2.936
1997	19.897	17.343	15.713	2.554
1998	18.785	16.581	14.883	2.204
1999	17.932	16.046	14.403	1.886
2000	16.955	15.167	13.491	1.788
2001	17.472	15.913	14.214	1.559
2002	17.350	15.844	14.116	1.506
2003	17.460	15.840	14.184	1.620

Quelle: Statistisches Bundesamt

14. Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum ohne ärztliche Tätigkeit

	Deutschland	Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	Früheres Bundesgebiet ohne Berlin-West	Neue Länder ohne Berlin-Ost
1989	1.433		1.248	
1990	1.794		1.511	
1991	2.610	2.601	2.126	9
1992	2.868	2.829	2.270	39
1993	3.092	3.046	2.446	46
1994	3.271	3.140	2.532	131
1995	3.124	2.976	2.354	148
1996	2.950	2.744	2.210	206
1997	3.019	2.767	2.188	252
1998	2.869	2.657	2.018	212
1999	2.715	2.479	1.939	236
2000	2.671	2.499	1.905	172
2001	2.944	2.794	2.161	150
2002	3.101	2.881	2.219	220
2003	3.201	2.985	2.463	216

Quelle: Statistisches Bundesamt

15. Gegenüberstellung der vergebenen Studienplätze mit der Zahl der Studierenden im 1. Fachsemester, der Zahl der Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studienzeit (DS) sowie der Zahl der ÄiP pro Jahr

Studienplätze (von der ZVS vergeben)		Studierende im 1. Fachsemester*		Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studienzeit*		ÄiP pro Jahr	
1982	11 193	1982	11 208 (10 552)	1989	9 223 (8 830)	1989	10.613
1983	11 255	1983	11 681 (11 004)	1990	8 457 (8 072)	1990	15.153
1984	11 352	1984	11 968 (11 306)	1991	9 385 (9 034)	1991	18.154
1985	11 236	1985	12 019 (11 313)	1992	9 599 (9 216)	1992	20.690
1986	11 380	1986	11 918 (11 206)	1993	11 555 (11 074)	1993	21.960
1987	11 493	1987	12 617 (11 907)	1994	11 178 (10 606)	1994	22.131
1988	11 295	1988	12 541 (11 803)	1995	10 266 (9 785)	1995	22.110
1989	11 127	1989	11 940 (11 241)	1996	10 507 (9 930)	1996	21.112
1990	9 688	1990	10 368 (9 727)	1997	9 434 (8 846)	1997	19.897
1991	10 521	1991	9 464 (8 811)	1998	9 373 (8 907)	1998	18.785
1992	10 534	1992	12 072 (11 202)	1999	9 318 (8 771)	1999	17.932
1993	10 571	1993	11 766 (10 618)	2000	9 165 (8 526)	2000	16.955
1994	10 344	1994	11 553 (10 288)	2001	8 955 (8 292)	2001	17.472
1995	10 431	1995	11 638 (10 346)	2002	8 852 (8 144)	2002	17.350
1996	10 454	1996	12 106 (10 821)	2003	-	2003	17.460

Quelle: Statistisches Bundesamt

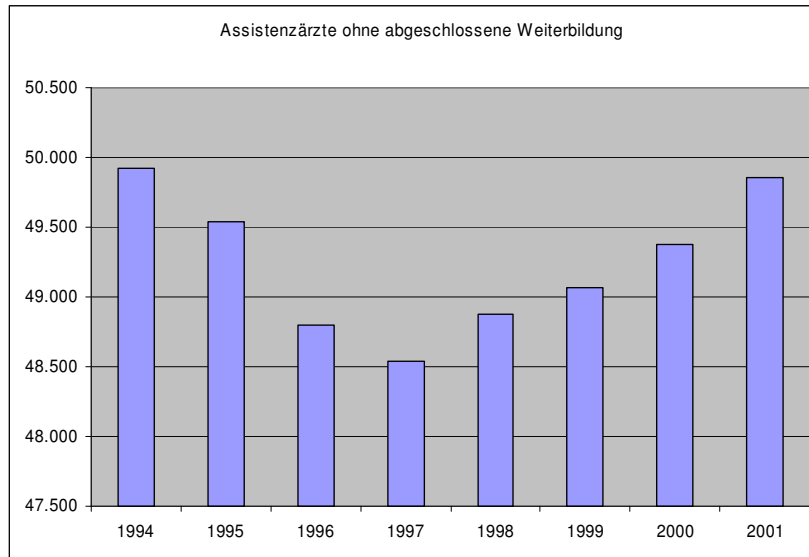
16. Modellhafte Berechnungsraten von Zugängen in der ÄiP-Phase

Studienabschlüsse nach durchschnittlicher Studienzeit*		ÄiP pro Jahr (Ende des Jahres)	50% der ÄiP	Berechneter Zugang ÄiP*	Differenz berechneter Zugang ÄiP - Anzahl an Absolventen nach durchschnittlicher Studienzeit
1989	9 223 (8 830)	10.613	5.307		
1990	8 457 (8 072)	15.153	7.577	3.917	1.390
1991	9 385 (9 034)	18.154	9.077	6.384	1.193
1992	9 599 (9 216)	20.690	10.345	7.063	2.014
1993	11 555 (11 074)	21.960	10.980	10.285	60
1994	11 178 (10 606)	22.131	11.066	11.007	-27
1995	10 266 (9 785)	22.110	11.055	10.287	779
1996	10 507 (9 930)	21.112	10.556	11.505	-450
1997	9 434 (8 846)	19.897	9.949	10.649	-93
1998	9 373 (8 907)	18.785	9.393	10.485	-537
1999	9 318 (8 771)	17.932	8.966	10.171	-779
2000	9 165 (8 526)	16.955	8.478	10.142	-1.176
2001	8 955 (8 292)	17.472	8.736	8.438	40
2002	8 852 (8 144)	17.350	8.675	8.974	-238
2003	-	17.460	8.730		

*Die Berechnung erfolgt auf Basis der Formel: (ÄiP insgesamt im Jahr n) ÷ (50% der ÄiP im Jahr n-1)

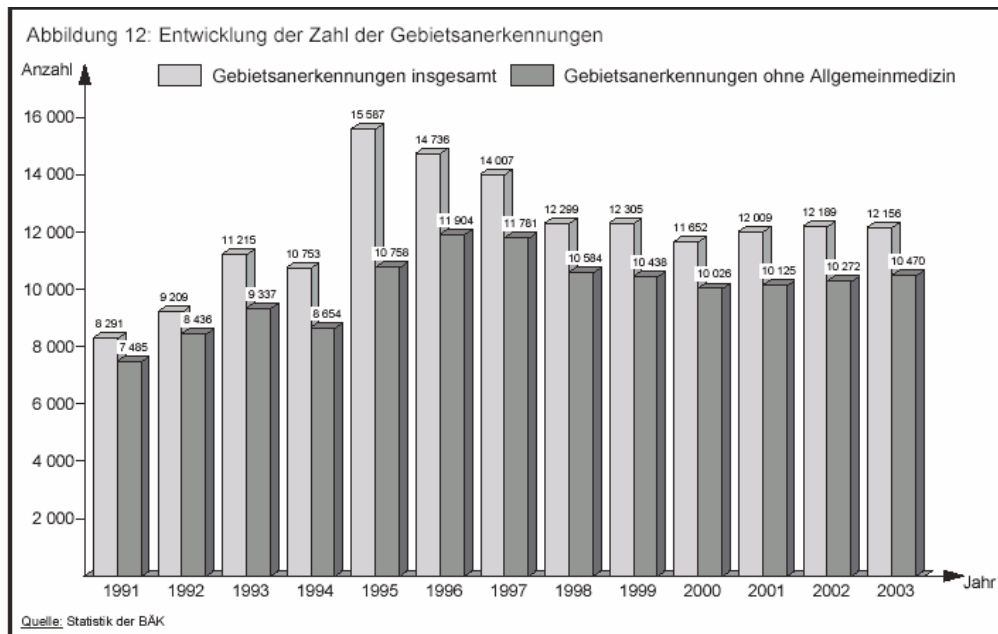
Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

17. Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung



Quelle: Statistisches Bundesamt

18. Entwicklung der Zahl der Weiterbildungsabschlüsse



Aus: Ärztestatistik, www.bundesaerztekammer.de

Tabelle 9: Anerkennung von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen

Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung	2001		2002		2003	
	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Allgemeinmedizin	1 884	975	1 917	1 021	1 686	955
Anästhesiologie	888	363	806	327	909	360
Anatomie	1	0	3	1	6	2
Arbeitsmedizin	157	81	146	75	133	67
Augenheilkunde	215	105	214	106	242	112
Biochemie	1	0	2	0	0	0
Chirurgie (ohne SP und TG)	945	200	922	191	929	197
SP Gefäßchirurgie	99	14	84	14	98	27
SP Thoraxchirurgie	19	1	19	2	21	2
SP Unfallchirurgie	295	19	294	23	331	18
SP Visceralchirurgie	120	10	132	8	118	7
TG Kinderchirurgie *	1	0	1	0	3	0
TG Plastische Chirurgie *	8	2	2	0	5	2
TG Thorax- und Kardiovaskularchirurgie *	3	0	2	0	0	0
TG Herz- und Gefäßchirurgie *	0	0	1	0	0	0
Diagnostische Radiologie (ohne SP)	336	102	336	107	312	114
SP Kinderradiologie	6	1	14	2	8	3
SP Neuroradiologie	20	4	19	6	23	2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	677	503	662	473	652	464
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (ohne TG)	196	79	241	83	204	72
TG Phoniatrie und Pädaudiologie *	3	1	3	2	1	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	248	131	234	133	242	149
Herzchirurgie (ohne SP)	68	5	87	12	88	14
SP Thoraxchirurgie	4	0	3	1	4	0
Humangenetik	9	8	18	7	6	3
Hygiene und Umweltmedizin	9	5	11	4	10	6
Innere Medizin (ohne SP und TG)	1 755	644	1 799	676	1 871	719
SP Angiologie	48	9	61	12	50	12
SP Endokrinologie	35	9	37	15	36	13
SP Gastroenterologie	170	32	178	25	192	32
SP Hämatologie und internistische Onkologie	136	38	126	40	156	45
SP Kardiologie	304	54	327	51	303	50
SP Pneumologie	105	35	116	26	102	26
SP Nephrologie	144	37	153	51	143	48
SP Rheumatologie	53	16	63	23	50	14
SP Geriatrie *	0	0	3	1	1	0
SP Infektiologie *	0	0	1	0	0	0
TG Infektions- und Tropenmedizin *	1	0	0	0	0	0
TG Kardiologie und Angiologie *	6	1	1	0	1	0
Kinderchirurgie	26	9	34	10	29	9
Kinderheilkunde (ohne SP und TG)	464	260	522	307	535	281
SP Kinderkardiologie	37	7	29	8	40	10
SP Neonatologie	73	22	85	26	75	31
SP Infektiologie *	0	0	1	1	0	0

Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung	2001		2002		2003	
	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen
	1	2	3	4	5	6
0						
TG Kinderhämatologie *	0	0	1	0	0	0
TG Kinderlungen- und -bronchialheilkunde *	0	0	1	1	1	0
TG Kindernephrologie *	0	0	0	0	2	1
Kinder- und Jugendpsychiatrie *	22	14	12	8	12	6
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	76	47	76	46	81	49
Klinische Pharmakologie	17	5	18	5	17	5
Laboratoriumsmedizin	55	19	54	19	43	13
Lungen- und Bronchialheilkunde *	0	0	1	1	1	1
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	35	11	35	17	45	23
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	63	10	60	9	57	12
Nervenheilkunde	20	10	29	11	38	13
Neurochirurgie	108	26	91	20	110	22
Neurologie	346	142	360	139	372	144
Neuropathologie	9	3	3	0	5	2
Nuklearmedizin	58	14	38	10	78	32
Öffentliches Gesundheitswesen	20	14	27	17	44	24
Orthopädie (ohne SP)	334	41	348	45	405	63
SP Rheumatologie	35	5	56	11	41	4
Pathologie	59	18	59	24	57	22
Pathologische Physiologie *	0	0	1	1	0	0
Pharmakologie und Toxikologie	11	2	12	5	4	0
Phoniatrie und Pädaudiologie	18	10	10	4	9	7
Physikalische und Rehabilitative Medizin	63	19	63	25	58	26
Physiologie	2	0	3	1	2	0
Physiotherapie *	1	1	2	0	1	1
Plastische Chirurgie	34	9	66	17	57	11
Psychiatrie *	240	116	186	93	153	80
Psychiatrie und Psychotherapie	374	183	383	178	412	177
Psychotherapeutische Medizin	109	62	129	67	94	54
Radiologie *	0	0	0	0	2	1
Radiologische Diagnostik (ohne TG) *	12	3	8	4	4	1
TG Kinderradiologie *	0	0	3	0	6	0
TG Neuroradiologie *	2	0	1	0	1	0
Rechtsmedizin	8	2	12	1	8	1
Strahlentherapie	53	26	65	28	79	38
Transfusionsmedizin	33	12	48	29	30	12
Urologie	222	35	219	40	212	31
Sonstige Gebietsbezeichnungen *	1	1	0	0	0	0
Insgesamt	12 009	4 642	12 189	4 746	12 156	4 742

* Nicht in der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer enthalten.

Aus: Ärztestatistik, www.bundesaerztekammer.de

19. Ärztinnen und Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen

**Tabelle 3: Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen
Stand: 31.12.2003**

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+10)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u. a.		Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Sp. 1+11)
		insgesamt	davon:		insgesamt	darunter:		insgesamt	darunter: Sanitäts- offiziere			
			nieder- gelassen	an- gestellt		leitend	gleichzeitig in Praxis					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ohne Gebietsbezeichnung	74 220	10 617	6 220	4 397	54 272	180	85	3 096	660	6 235	25 219	99 439
Praktische Ärztin/Praktischer Arzt *	7 905	6 701	6 452	249	567	18	13	168	13	469	1 378	9 283
Allgemeinmedizin	39 238	34 591	33 717	874	1 782	70	35	1 325	409	1 540	10 114	49 352
Anästhesiologie	16 108	2 973	2 842	131	12 456	1 635	355	220	67	459	2 799	18 907
Anatomie	129	2	1	1	87	17		21		19	48	177
Arbeitsmedizin	2 654	244	218	26	248	32	2	462	19	1 700	1 064	3 718
Augenheilkunde	6 461	5 463	5 341	122	815	159	57	33	20	150	1 897	8 358
Biochemie	72	1	1		33	9	1	18		22	38	110
Chirurgie	17 421	4 039	3 915	124	12 401	2 345	613	445	48	536	4 386	21 807
Chirurgie (ohne SP und TG)	10 927	2 806	2 708	98	7 367	774	271	341	38	413	3 384	14 311
SP Gefäßchirurgie	971	171	170	1	784	215	67	6		10	92	1 063
SP Thoraxchirurgie	182	2	1	1	175	74	14	3	1	2	13	195
SP Unfallchirurgie	3 785	906	887	19	2 709	717	137	78	8	92	636	4 421
SP Visceralchirurgie	1 202	49	46	3	1 133	501	104	10	1	10	144	1 346
TG Kinderchirurgie *	92	23	23		66	14	6	2		1	50	142
TG Plastische Chirurgie *	158	78	76	2	72	22	7	2		6	39	197
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie *	102	4	4		93	28	7	3		2	28	130
TG Herz- und Gefäßchirurgie *	2				2							2
Diagnostische Radiologie	4 035	1 490	1 356	134	2 387	428	190	41	13	117	449	4 454
Diagnostische Radiologie (ohne SP)	3 743	1 429	1 299	130	2 166	347	176	37	13	111	394	4 137
SP Kinderradiologie	94	11	10	1	77	24	4	2		4	25	119
SP Neuroradiologie	198	50	47	3	144	57	10	2		2	30	228
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15 384	10 394	10 139	255	4 519	905	298	108	2	363	4 250	19 634
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5 286	4 069	3 983	86	1 055	210	56	60	22	102	1 570	6 856
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (ohne TG)	5 236	4 039	3 953	86	1 038	204	56	57	22	102	1 536	6 772
TG Phoniatrie und Pädaudiologie *	37	21	21		14	5		2			21	58
TG Audiologie *	5	3	3		1			1			10	15
TG Phoniatrie *	8	6	6		2	1					3	11
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4 897	3 718	3 544	174	879	159	40	77	23	193	1 468	6 335

Tabelle 3: Fortsetzung 1

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+10)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.		Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Sp. 1+11)
		insgesamt	davon:		insgesamt	darunter:		insgesamt	darunter: Sanitäts- offiziere			
			nieder- gelassen	an- gestellt		leitend	gleichzeitig in Praxis					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Herzchirurgie	512	7	6	1	489	76	9	6	3	10	28	540
Herzchirurgie (ohne SP)	490	7	6	1	467	59	6	6	3	10	25	515
SP Thoraxchirurgie	22				22	17	3				3	25
Humangenetik	190	60	59	1	98	25	9	15		17	21	211
Hygiene und Umweltmedizin	244	12	10	2	71	23	1	107	8	54	180	424
Immunologie *	26	6	5	1	10	6		3		7	7	33
Innere Medizin	37 855	18 801	18 370	431	16 605	3 191	876	1 036	43	1 413	10 322	48 177
Innere Medizin (ohne SP und TG)	27 637	14 849	14 520	329	10 767	1 498	506	880	32	1 141	8 998	36 635
SP Angiologie	468	164	159	5	293	102	23	5		6	41	509
SP Endokrinologie	353	139	134	5	189	67	7	5	1	20	51	404
SP Gastroenterologie	1 872	573	566	7	1 247	462	101	22	2	30	249	2 121
SP Hämatologie und internistische Onkologie	1 166	357	352	5	752	203	42	15	3	42	102	1 268
SP Kardiologie	3 059	1 155	1 124	31	1 815	467	111	35	3	54	268	3 327
SP Pneumologie	1 054	458	441	17	530	110	31	35	1	31	211	1 265
SP Nephrologie	1 481	806	777	29	594	153	27	13		68	160	1 641
SP Rheumatologie	627	253	250	3	338	100	28	20	1	16	134	761
SP Geriatrie *	18				16	6		1		1	2	20
TG Diabetologie *	42	16	16		18	6		4		4	52	94
TG Infektions- und Tropenmedizin *	8	1	1		7	2					7	15
TG Kardiologie und Angiologie *	70	30	30		39	15		1			47	117
Internist/Lungen-Bronchialheilkunde *	107	64	64		33	10	2	5		5	31	138
Kinderchirurgie	343	82	82		253	59	17	2		6	67	410
Kinderheilkunde	11 354	6 314	6 093	221	4 039	658	198	565	2	436	4 454	15 808
Kinderheilkunde (ohne SP und TG)	10 169	6 094	5 882	212	3 104	458	151	551	2	420	4 281	14 450
SP Kinderkardiologie	295	107	103	4	179	38	10	6		3	65	360
SP Neonatologie	859	107	102	5	732	152	36	7		13	90	949
TG Kinderdiabetologie *											1	1
TG Kindergastroenterologie *	5				4	1		1			1	6
TG Kinderhämatologie *	7				7	1					2	9

Tabelle 3: Fortsetzung 2

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+10)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.		Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Sp. 1+11)
		insgesamt	davon:		insgesamt	darunter:		insgesamt	darunter: Sanitäts- offiziere			
			nieder- gelassen	an- gestellt		leitend	gleichzeitig in Praxis					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TG Kinderlungen- und -bronchialheilkunde *	9	3	3		6	2					2	11
TG Kindernephrologie *	3				3	2					6	9
TG Kinderneuropsychiatrie *	7	3	3		4	4	1				6	13
Kinder- und Jugendpsychiatrie *	568	286	284	2	245	62	9	27		10	165	733
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	598	239	235	4	320	76	18	26		13	70	668
Klinische Pharmakologie	197	11	11		83	26	2	16	2	87	49	246
Laboratoriumsmedizin	953	502	480	22	363	120	22	31	9	57	373	1 326
Lungen- und Bronchialheilkunde *	433	260	257	3	111	26	11	42	1	20	518	951
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	629	161	142	19	308	67	14	79	7	81	257	886
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1 268	890	877	13	352	77	17	13	7	13	201	1 469
Nervenheilkunde	4 633	2 807	2 788	19	1 414	447	80	221	7	191	1 828	6 461
Nervenheilkunde (ohne TG)	4 625	2 802	2 783	19	1 411	445	80	221	7	191	1 821	6 446
TG Kinderneuropsychiatrie *	8	5	5		3	2					7	15
Neurochirurgie	1 213	249	247	2	935	167	44	12	5	17	123	1 336
Neurologie	2 847	707	683	24	2 006	339	85	45	6	89	408	3 255
Neuropathologie	74	5	4	1	60	22	3	4		5	12	86
Nuklearmedizin	894	466	455	11	396	106	32	8	3	24	227	1 121
Öffentliches Gesundheitswesen	1 034	24	23	1	32	7		920	8	58	504	1 538
Orthopädie	7 896	5 428	5 322	106	2 131	543	127	113	24	224	1 517	9 413
Orthopädie (ohne SP)	7 315	5 122	5 021	101	1 880	430	114	111	24	202	1 414	8 729
SP Rheumatologie	581	306	301	5	251	113	13	2		22	103	684
Pathologie	1 300	537	503	34	656	178	47	29	5	78	407	1 707
Pathologie (ohne TG)	1 294	537	503	34	650	175	46	29	5	78	396	1 690
TG Neuropathologie *	6				6	3	1				11	17
Pathologische Physiologie *	22				8	2		6		8	4	26
Pharmakologie und Toxikologie	298	14	14		122	47	2	49	2	113	159	457
Pharmakologie und Toxikologie (ohne TG)	278	10	10		118	46	1	43	2	107	149	427
TG Klinische Pharmakologie *	20	4	4		4	1	1	6		6	10	30
Phoniatry und Pädaudiologie	134	58	55	3	70	24	3	5		1	24	158

Tabelle 3: Fortsetzung 3

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+10)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.		Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Sp. 1+11)
		insgesamt	davon:		insgesamt	darunter:		insgesamt	darunter: Sanitäts- offiziere			
			nieder- gelassen	an- gestellt		leitend	gleichzeitig in Praxis					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1 563	401	389	12	1 056	329	44	45	1	61	224	1 787
Physiologie	112	5	4	1	67	21		22	2	18	53	165
Physiotherapie *	114	28	27	1	66	10	2	11		9	70	184
Plastische Chirurgie	398	151	148	3	237	97	33			10	35	433
Psychiatrie *	3 490	1 269	1 242	27	1 882	182	25	207	3	132	414	3 904
Psychiatrie und Psychotherapie	2 502	797	776	21	1 546	341	57	98	3	61	175	2 677
Psychotherapeutische Medizin	3 735	2 903	2 899	4	762	284	66	19		51	240	3 975
Psychotherapie *	22	12	12		9	3				1	15	37
Radiologie *	2 217	1 116	1 085	31	973	318	61	41	3	87	1 425	3 642
Radiologie (ohne TG) *	2 156	1 101	1 071	30	929	300	53	40	3	86	1 392	3 548
TG Strahlentherapie *	61	15	14	1	44	18	8	1		1	33	94
Rechtsmedizin	218	7	7		110	26		45	1	54	83	299
Sozialhygiene *	83				9	1		50	1	24	161	244
Sportmedizin *	100	11	11		25	2		30	4	34	72	172
Strahlentherapie	734	135	127	8	579	120	34	4		16	96	830
Transfusionsmedizin	493	26	21	5	330	71	14	22	4	115	100	593
Urologie	4 651	2 709	2 650	59	1 818	390	87	43	9	81	987	5 638
Biophysik *	6				4					2	1	7
Geschichte der Medizin *	4									4		4
Kieferchirurgie *	2	1	1							1		2
Medizinische Genetik *	1				1							1
Medizinische Informatik *	1									1		1
Pathologische Biochemie *	3				1			1		1	1	4
Sonstige Gebietsbezeichnungen	9	6	6							3	95	104
Ärztin/Arzt im Praktikum (ÄiP)	14 259	480		480	13 350			103	85	326	3 201	17 460
Insgesamt	304 117	132 349	124 203	8 146	145 536	14 746	3 796	10 198	1 554	16 034	84 084	388 201

Anmerkung: * Nicht in der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer enthalten. 1) Enthält nichtzuordenbare Bezeichnungen.

Quelle: Ärztestatistik, www.bundesaerztekammer.de

20. Entwicklung der Anzahl aller kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte nach Regionen

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Deutschland	297.803	307.994	317.737	326.760	335.348	343.556	350.854	357.727	363.396	369.319	375.225	381.342
Schleswig-Holstein	10.326	10.697	11.048	11.379	11.705	11.991	12.109	12.307	12.548	12.817	13.019	13.249
Hamburg	9.159	9.429	9.726	9.847	10.048	10.207	10.316	10.448	10.603	10.792	10.975	11.208
Niedersachsen	24.758	25.720	26.553	27.547	28.222	28.789	29.159	29.742	30.083	30.413	30.890	31.375
Bremen	3.241	3.324	3.384	3.468	3.575	3.692	3.851	3.798	3.851	3.898	3.932	4.015
Nordrhein-Westfalen	64.501	66.903	68.979	70.672	72.382	74.217	75.683	77.171	78.256	79.475	80.675	81.786
Hessen	22.894	23.723	24.554	24.881	25.452	26.005	26.328	26.691	27.126	27.430	27.881	28.270
Rheinland-Pfalz	12.996	13.449	13.955	14.405	14.757	15.083	15.353	15.657	15.938	16.168	16.430	16.583
Baden-Württemberg	39.587	40.940	41.884	42.798	43.715	44.549	45.770	46.856	47.573	48.503	49.369	50.287
Bayern	46.697	48.379	50.137	51.686	53.136	54.568	55.959	57.115	58.299	59.423	60.609	61.898
Saarland	4.117	4.265	4.399	4.539	4.633	4.739	4.819	4.903	4.904	4.943	5.007	5.057
Berlin	20.371	20.795	21.075	21.589	22.057	22.530	23.230	23.482	23.623	23.958	24.294	24.555
Brandenburg	6.241	6.494	6.804	7.135	7.432	7.735	8.009	8.265	8.506	8.729	9.010	9.258
Mecklenburg-Vorpommern	5.812	5.958	6.108	6.331	6.597	6.794	6.941	7.104	7.290	7.403	7.519	7.642
Sachsen	13.076	13.369	13.772	14.429	14.953	15.472	15.904	16.301	16.581	16.835	16.991	17.334
Sachsen-Anhalt	7.194	7.435	7.855	8.195	8.542	8.835	8.916	9.118	9.315	9.423	9.468	9.515
Thüringen	6.833	7.114	7.504	7.859	8.142	8.350	8.507	8.769	8.900	9.109	9.156	9.310
Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	258.647	267.624	275.694	282.811	289.682	296.370	302.577	308.170	312.804	317.820	323.081	328.283
Früheres Bundesgebiet ohne Berlin-West	238.276	246.829	254.619	261.222	267.625	273.840	279.347	284.688	289.181	293.862	298.787	303.728
Neue Länder ohne Berlin-Ost	39.156	40.370	42.043	43.949	45.666	47.186	48.277	49.557	50.592	51.499	52.144	53.059

Quelle: Statistisches Bundesamt

21. Entwicklung der Anzahl der kurativ tätigen Ärztinnen nach Region

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Deutschland	106.178	111.416	116.571	121.615	126.174	130.613	134.629	138.527	142.013	145.709	149.463	153.538	157.857
Schleswig-Holstein	3.256	3.478	3.666	3.859	4.030	4.212	4.293	4.407	4.533	4.705	4.837	5.014	5.067
Hamburg	3.161	3.317	3.489	3.600	3.724	3.826	3.914	3.970	4.110	4.238	4.328	4.507	4.688
Niedersachsen	7.552	8.109	8.525	9.056	9.500	9.860	10.114	10.461	10.700	10.879	11.173	11.464	11.929
Bremen	1.115	1.170	1.135	1.261	1.312	1.360	1.439	1.441	1.478	1.510	1.542	1.601	1.629
Nordrhein-Westfalen	20.913	22.041	23.162	24.197	25.194	26.185	27.054	27.835	28.496	29.338	30.126	30.898	31.735
Hessen	7.707	8.175	8.635	8.876	9.249	9.556	9.747	10.004	10.292	10.539	10.851	11.173	11.386
Rheinland-Pfalz	3.835	4.063	4.327	4.632	4.704	4.891	5.036	5.205	5.390	5.530	5.688	5.823	5.963
Baden-Württemberg	13.038	13.696	14.186	14.701	15.182	15.779	16.363	16.989	17.451	18.047	18.603	19.187	19.873
Bayern	14.856	15.710	16.689	17.508	18.279	18.954	19.772	20.428	21.119	21.781	22.488	23.320	24.171
Saarland	1.196	1.261	1.348	1.426	1.479	1.556	1.583	1.637	1.661	1.708	1.751	1.783	1.835

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Berlin	9.522	9.768	9.938	10.207	10.432	10.706	11.046	11.242	11.302	11.524	11.757	11.995	12.174
Brandenburg	3.129	3.264	3.423	3.604	3.745	3.906	4.059	4.186	4.346	4.439	4.567	4.724	4.879
Mecklenburg-Vorpommern	2.922	2.984	3.066	3.162	3.278	3.373	3.426	3.498	3.603	3.644	3.712	3.759	3.849
Sachsen	6.814	6.954	7.157	7.416	7.656	7.877	8.074	8.282	8.442	8.579	8.690	8.873	9.061
Sachsen-Anhalt	3.794	3.915	4.135	4.263	4.423	4.500	4.565	4.665	4.756	4.827	4.864	4.862	4.974
Thüringen	3.368	3.511	3.690	3.847	3.987	4.072	4.144	4.277	4.334	4.421	4.486	4.555	4.644
Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	86.151	90.788	95.100	99.323	103.085	106.885	110.361	113.619	116.532	119.799	123.144	126.765	130.450
Früheres Bundesgebiet ohne Berlin-West	76.629	81.020	85.162	89.116	92.653	96.179	99.315	102.377	105.230	108.275	111.387	114.770	118.276
Neue Länder ohne Berlin-Ost	20.027	20.628	21.471	22.292	23.089	23.728	24.268	24.908	25.481	25.910	26.319	26.773	27.407

Quelle: Statistisches Bundesamt

22. Entwicklung der Anzahl aller Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tätigkeitsbereiche insgesamt	297.803	307.994	317.737	326.760	335.348	343.556	350.854	357.727	363.396	369.319	375.225	381.342
Ohne ärztliche Tätigkeit	53.565	56.117	57.756	59.574	61.468	64.221	68.117	70.695	72.225	74.643	77.332	80.282
Berufstätige Ärzt/innen	244.238	251.877	259.981	267.186	273.880	279.335	282.737	287.032	291.171	294.676	297.893	301.060
Im Krankenhaus	121.247	124.111	124.591	129.143	132.736	135.341	134.637	135.840	137.466	139.477	142.310	143.838
In Behörden/Körperschaften u. a.	10.898	10.794	10.579	10.466	10.727	10.654	10.603	10.456	10.236	9.962	10.262	10.320
In anderen Bereichen	12.268	12.510	12.038	12.490	12.839	13.780	15.507	16.115	17.488	16.749	15.335	15.573
In Praxis/Einrichtung	99.825	104.462	112.773	115.087	117.578	119.560	121.990	124.621	125.981	128.488	129.986	131.329
Niedergelassene Ärzt/innen	94.798	98.067	107.376	109.346	110.949	112.660	114.955	116.800	118.681	120.217	121.675	123.140
Angestellte Ärzt/innen	5.027	6.395	5.397	5.741	6.629	6.900	7.035	7.821	7.300	8.271	8.311	8.189

Quelle: Statistisches Bundesamt

23. Anteil der Altersgruppe unter 35 Jahre nach Tätigkeit bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte

		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Insgesamt	Unter 35 Jahre	25	25	24	24	23	22	20	19	18	17	16	15
Ohne ärztliche Tätigkeit	Unter 35 Jahre	14	14	14	14	13	14	14	12	11	10	9	8
Berufstätige Ärzt/innen	Unter 35 Jahre	27	27	27	26	25	24	22	21	20	19	18	17
Im Krankenhaus	Unter 35 Jahre	45	45	46	45	43	42	39	38	36	34	33	32
In Behörden o.ä.	Unter 35 Jahre	16	14	12	11	9	10	9	9	8	8	7	6
In anderen Bereichen	Unter 35 Jahre	24	22	21	18	17	15	17	15	14	12	10	8
In einer Praxis	Unter 35 Jahre	8	8	8	7	6	5	5	4	4	4	3	3
<i>Niedergelassene Ärzt/innen</i>	<i>Unter 35 Jahre</i>	5	5	5	4	3	3	2	2	1	1	1	1
<i>Angestellte Ärzt/innen</i>	<i>Unter 35 Jahre</i>	54	55	54	59	55	51	50	43	40	36	32	29

<Bundesdurchschnitt minus einen Prozentpunkt
 >Bundesdurchschnitt plus einen Prozentpunkt

Quelle: Statistisches Bundesamt

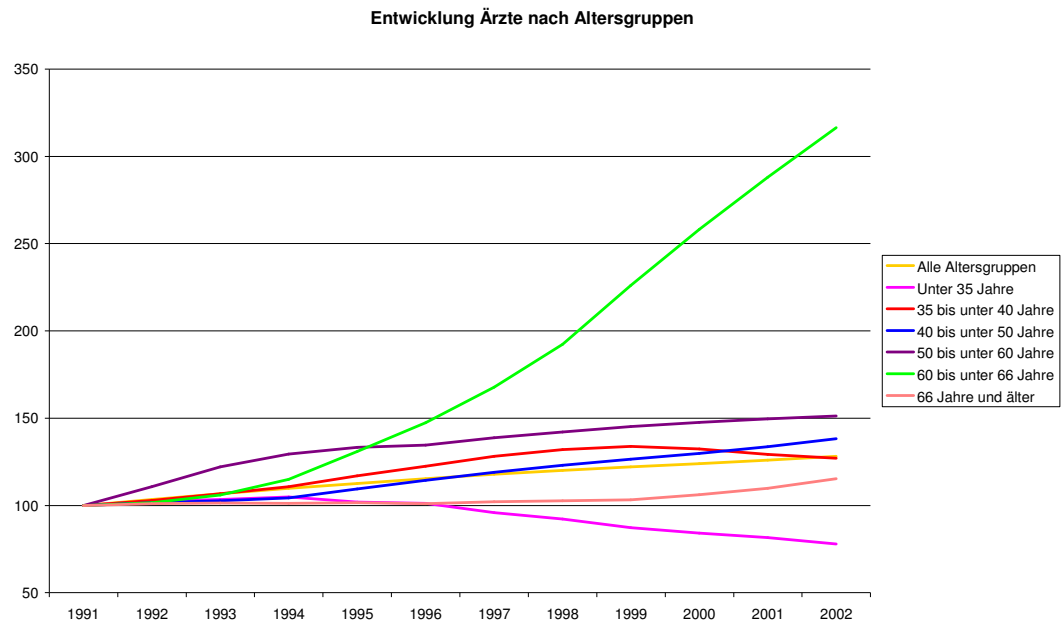
24. Anteil der Altersgruppe 66 Jahre und älter der bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeit

		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Insgesamt	66 Jahre und älter	100	101	101	101	102	101	102	103	103	106	110	115
Ohne ärztliche Tätigkeit	66 Jahre und älter	100	103	106	107	109	110	113	116	119	123	128	135
Berufstätige Ärzt/innen	66 Jahre und älter	100	95	88	83	79	73	70	63	53	53	54	56
Im Krankenhaus	66 Jahre und älter	100	92	81	92	80	71	70	62	55	60	58	62
In Behörden o.ä.	66 Jahre und älter	100	96	81	77	72	61	63	58	49	37	36	35
In anderen Bereichen	66 Jahre und älter	100	100	92	92	86	82	78	80	83	79	77	75
In einer Praxis	66 Jahre und älter	100	94	88	81	78	72	69	60	49	49	51	53
<i>Niedergelassene Ärzt/innen</i>	<i>66 Jahre und älter</i>	100	94	88	81	78	72	69	60	49	49	51	53
<i>Angestellte Ärzt/innen</i>	<i>66 Jahre und älter</i>	100	85	203	93	85	73	53	90	68	95	150	100

 <100
 >150

Quelle: Statistisches Bundesamt

25. Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte nach Altersgruppen



Quelle: Statistisches Bundesamt

26. Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit²⁰

	Deutsch-land insgesamt	davon weiblich	Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	davon weiblich	Früheres Bundesgebiet ohne Berlin-West	davon weiblich	Neue Länder ohne Berlin-Ost	davon weiblich
1991	53.565	24.197	50.445	22.650	46.020	20.345	3.120	1.547
1992	56.117	25.851	52.424	23.940	47.545	21.374	3.693	1.911
1993	57.756	26.416	53.083	23.930	48.094	21.349	4.673	2.486
1994	59.574	27.558	54.417	24.724	49.390	22.104	5.157	2.834
1995	61.468	28.821	55.870	25.701	50.646	22.953	5.598	3.120
1996	64.221	30.385	58.102	26.948	52.592	24.077	6.119	3.437
1997	68.117	32.614	61.289	28.760	55.226	25.603	6.828	3.854
1998	70.695	34.037	63.395	29.885	57.257	26.646	7.300	4.152
1999	72.225	34.756	64.266	30.188	58.084	26.930	7.959	4.568
2000	74.643	36.393	66.010	31.397	59.533	27.984	8.633	4.996
2001	77.332	37.959	68.112	32.637	61.351	29.015	9.220	5.322
2002	80.282	39.516	70.278	33.767	63.466	30.063	10.004	5.749
2003	84.084	41.721	73.240	35.492	66.236	31.671	10.844	6.229

Quelle: Statistisches Bundesamt

²⁰ Laut technischer Richtlinie werden als Ärzt/innen ohne ärztliche Tätigkeit Ärzt/innen im Ruhestand sowie im Haushalt oder berufsfremd tätige, arbeitslose oder berufsunfähige Ärzte sowie Ärzte in Elternzeit und in Altersteilzeit bezeichnet.

27. Anzahl der bei den Ärztekammern registrierten ausländischen Ärztinnen und Ärzte (Jahr, Region, Tätigkeitsbereich)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Deutschland	10.653	11.405	11.963	12.356	12.727	13.564	13.769	13.836	14.243	14.603	15.143	16.160
Schleswig-Holstein	249	252	278	304	306	323	336	319	346	355	352	361
Hamburg	345	333	375	385	422	449	468	453	459	452	426	427
Niedersachsen	1.054	1.045	1.053	1.059	1.060	1.267	1.197	1.114	1.188	1.211	1.243	1.346
Bremen	140	154	136	156	153	254	195	188	184	186	187	194
Nordrhein-Westfalen	3.769	3.909	4.142	4.227	4.332	4.538	4.685	4.779	4.874	4.947	5.123	5.347
Hessen	1.088	1.164	1.220	1.242	1.303	1.353	1.364	1.395	1.432	1.463	1.485	1.531
Rheinland-Pfalz	612	626	637	687	699	715	732	732	766	779	825	846
Baden-Württemberg	945	1.090	1.126	1.150	1.164	1.149	1.194	1.193	1.226	1.346	1.389	1.570
Bayern	1.084	1.165	1.232	1.298	1.411	1.664	1.775	1.779	1.885	1.951	2.091	2.338
Saarland	285	271	288	290	305	293	270	307	297	292	303	311
Berlin	545	719	723	776	798	812	800	820	805	827	842	794
Brandenburg	84	103	123	125	124	122	121	107	113	124	135	165
Mecklenburg-Vorpommern	70	81	88	89	87	84	88	90	98	96	95	130
Sachsen	158	218	235	261	262	265	282	284	291	276	328	452
Sachsen-Anhalt	136	162	172	170	174	165	160	157	168	186	189	198
Thüringen	89	113	135	137	127	111	102	119	111	112	130	150
Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	10.116	10.728	11.210	11.574	11.953	12.817	13.016	13.079	13.462	13.809	14.266	15.065
Neue Länder ohne Berlin-Ost	537	677	753	782	774	747	753	757	781	794	877	1.095

Tätigkeitsbereiche insgesamt	10.653	11.405	11.963	12.356	12.727	13.564	13.769	13.836	14.243	14.603	15.143	16.160
Ohne ärztliche Tätigkeit	1.205	1.421	1.688	1.873	2.076	2.525	2.685	2.847	2.830	2.952	2.973	2.980
Berufstätige Arzt(e)/innen	9.448	9.984	10.275	10.483	10.651	11.039	11.084	10.989	11.413	11.651	12.170	13.180
Niedergelassene Arzt(e)/innen	2.484	2.646	2.951	3.023	3.096	3.185	3.305	3.312	3.365	3.390	3.446	3.510
Im Krankenhaus	6.002	6.188	6.159	6.243	6.252	6.409	6.187	6.044	6.364	6.581	7.360	8.338
In anderen Bereichen	962	1.150	1.165	1.217	1.303	1.445	1.592	1.633	1.684	1.680	1.364	1.332

Teil III: Befragungsergebnisse

28. Anzahl der Befragten – Studierende

	Gesamt
Studierende	4787
Studienabbrecher	124
Gesamt	4911

29. Anzahl der Befragten – Ärzte

	Kurativ tätig in Deutschland	Nicht kurativ tätig	Im Ausland tätig	Gesamt
Arzt im Praktikum	640	80	145	865
Approbierter Arzt	165	137	92	394
Arzt in Weiterbildung	559	62	377	998
Arzt mit Facharztabschluss	1160	342	597	2099
Gesamt	2524	621	1211	4356

30. Soziodemographische Daten Studierende

	Studierende		Studienabbrecher		Gesamt
<i>Ausbildungsabschnitt</i>					
vorklinischer Abschnitt	1262	26,4%	86	69,4%	1348
Klinikabschnitt 1	563	11,8%	15	12,1%	578
Klinikabschnitt 2	1883	39,3%	16	12,9%	1899
Praktisches Jahr	883	18,4%	5	4,0%	888
Reformstudiengang	196	4,1%	2	1,6%	198
Gesamt	4787		124		4911

	Studierende		Studienabbrecher		Gesamt
<i>Alter</i>					
bis 19	29	0,7%	1	1,0%	30
20-24	2064	48,5%	31	29,5%	2095
25-29	1867	43,9%	33	31,4%	1900
über 30	295	6,9%	40	38,1%	335
Gesamt	4255		105		4360

	Studierende		Studienabbrecher		Gesamt
<i>Geschlecht</i>					
weiblich	2220	51,7%	56	52,8%	2276
männlich	2075	48,3%	50	47,2%	2125
Gesamt	4295		106		4401

	Studierende		Studienabbrecher		Gesamt
<i>Familienstand</i>					
ledig	4009	93,5%	83	78,3%	4092
verheiratet	248	5,8%	22	20,8%	270
geschieden	29	0,7%	1	0,9%	30
verwitwet	1	0,0%	0	0,0%	1
Gesamt	4287		106		4393

	Studierende		Studienabbrecher		Gesamt
<i>Kinder unter 16</i>					
0	658	76,2%	19	45,2%	677
1	150	17,4%	15	35,7%	165
2	38	4,4%	7	16,7%	45
3	12	1,4%	0	0,0%	12
4	5	0,6%	1	2,4%	6
5	1	0,1%	0	0,0%	1
Gesamt	864		42		906

	Studierende		Studienabbrecher		Gesamt
<i>Bundesland Studium</i>					
Bayern	604	14,1%	12	11,3%	616
Baden-Württemberg	911	21,2%	13	12,3%	924
Hessen	251	5,8%	9	8,5%	260
Saarland	54	1,3%	1	0,9%	55
Rheinland-Pfalz	98	2,3%	2	1,9%	100
Thüringen	74	1,7%	6	5,7%	80
Sachsen	156	3,6%	1	0,9%	157
Sachsen-Anhalt	196	4,6%	5	4,7%	201
NRW	1132	26,4%	33	31,1%	1165
Niedersachsen	270	6,3%	8	7,5%	278
Brandenburg	2	0,0%	0	0,0%	2
Mecklenburg-Vorpommern	85	2,0%	2	1,9%	87
Hamburg	71	1,7%	1	0,9%	72
Bremen	0	0,0%	0	0,0%	0
Berlin	273	6,4%	10	9,4%	283
Schleswig-Holstein	118	2,7%	3	2,8%	121
Gesamt	4295		106		4401

31. Soziodemographische Daten Ärzte

	AIP kurativ Deutschland	AIP nicht kurativ	AIP kurativ Ausland	Gesamt AIP	Anteil AIP	Arzt ohne FA kurativ Deutschland	Arzt ohne FA nicht kurativ	Arzt ohne FA kurativ Ausland	Gesamt Arzt ohne abgeschlossene Facharztausbildung	Anteil Arzt ohne abgeschlossene Facharztausbildung	Facharzt kurativ Deutschland	Facharzt nicht kurativ	Facharzt kurativ Ausland	Gesamt Arzt mit Facharztabschluss	Anteil an Arzt ohne Facharztausbildung
Alter															
bis unter 20 Jahre	0	0	0	0	0,0%	0	0	0	0	0,0%	0	1	1	2	0,1%
20 bis unter 25 Jahre	1	0	0	1	0,1%	1	0	0	1	0,1%	1	0	0	1	0,1%
25 bis unter 30 Jahre	452	84	75	611	74,1%	108	19	40	167	14,0%	2	1	0	3	0,2%
30 bis unter 35 Jahre	95	53	35	183	22,2%	348	96	183	627	52,6%	50	7	16	73	5,1%
35 bis unter 40 Jahre	5	17	1	23	2,8%	75	61	86	222	18,6%	174	46	148	368	25,8%
40 bis unter 45 Jahre	3	1	0	4	0,5%	26	34	24	84	7,0%	174	71	116	361	25,3%
45 bis unter 50 Jahre	0	0	0	0	0,0%	16	14	4	34	2,8%	144	51	67	262	18,4%
50 bis unter 55 Jahre	1	0	0	1	0,1%	11	18	4	33	2,8%	100	38	33	171	12,0%
55 bis unter 60 Jahre	0	0	0	0	0,0%	6	12	1	19	1,6%	55	32	12	99	6,9%
60 bis unter 65 Jahre	0	0	1	1	0,1%	1	1	2	4	0,3%	26	31	14	71	5,0%
65 bis unter 68 Jahre	0	0	1	1	0,1%	0	0	1	1	0,1%	3	0	4	7	0,5%
69 und älter	0	0	0	0	0,0%	0	0	1	1	0,1%	4	3	2	9	0,6%
Gesamt	557	155	113	825	100,0%	592	255	346	1193	100,0%	733	281	413	1427	100,0%
Geschlecht															
weiblich	249	92	50	391	45,9%	200	157	135	492	36,6%	225	145	145	515	27,6%
männlich	320	75	65	460	54,1%	460	140	252	852	63,4%	754	218	377	1349	72,4%
Gesamt	569	167	115	851	100,0%	660	297	387	1344	100,0%	979	363	522	1864	100,0%
Familienstand															
ledig	474	100	97	671	78,9%	356	102	210	668	49,7%	153	61	129	343	18,4%
verheiratet	92	66	18	176	20,7%	282	176	161	619	46,1%	749	265	352	1366	73,3%
geschieden	1	1	0	2	0,2%	22	17	13	52	3,9%	72	30	36	138	7,4%
Verwitwet	1	0	0	1	0,1%	0	2	2	4	0,3%	5	7	5	17	0,9%
Gesamt	568	167	115	850	100,0%	660	297	386	1343	100,0%	979	363	522	1864	100,0%
Kinder unter 16															
0	135	25	27	187	59,6%	120	40	89	249	33,5%	161	56	101	318	25,5%
1	40	26	8	74	23,6%	114	72	52	238	32,0%	179	73	95	347	27,9%
2	18	25	3	46	14,6%	74	64	58	196	26,3%	228	62	123	413	33,2%
3	2	3	0	5	1,6%	14	17	23	54	7,3%	67	14	46	127	10,2%
4	0	2	0	2	0,6%	2	1	2	5	0,7%	16	4	10	30	2,4%
5	0	0	0	0	0,0%	0	0	1	1	0,1%	3	2	2	7	0,6%
6	0	0	0	0	0,0%	0	0	0	0	0,0%	1	2	0	3	0,2%
10	0	0	0	0	0,0%	0	1	0	1	0,1%	0	0	0	0	0,0%
Gesamt	195	81	38	314	100,0%	324	195	225	744	100,0%	655	213	377	1245	100,0%

32. Abbruchgründe Studierende

Praxisbezug

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Das Lehrangebot kommt meinen Interessen nicht entgegen.	30,1	17,7	18,6	13,3	20,4	100,0
Die Betreuung im Patientenunterricht ist schlecht.	20,6	22,1	17,6	17,6	22,1	100,0
Die meisten Seminare bieten keinen ausreichenden Praxisbezug.	28,2	28,2	20,0	10,9	12,7	100,0
Eine Verzahnung von Vorklinik und Klinik findet nicht statt.	32,0	19,0	18,0	15,0	16,0	100,0
Es sollten mehr Praktika in das Studium integriert werden.	27,5	18,6	24,5	11,8	17,6	100,0
Ich habe im Studium nicht genügend Kontakt mit Patienten.	24,2	23,2	24,2	10,1	18,2	100,0
Ich möchte in meinem Studium gerne in einem größeren Ausmaß praktisch tätig sein.	35,6	29,7	12,9	9,9	11,9	100,0
Das im vorklinischen Abschnitt erarbeitete Wissen hat für das weitere Studium nur sehr geringe Bedeutung.	20,0	28,2	20,0	5,9	25,9	100,0

Soziales Klima des Studiums

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Der Kontakt zwischen den Studierenden ist schlecht.	16,4	9,5	21,6	16,4	36,2	100,0
Der Kontakt zwischen den Studierenden und den Lehrenden ist schlecht.	33,9	23,5	15,7	7,8	19,1	100,0
Die Arbeitsatmosphäre zwischen den Dozenten und den Studierenden ist schlecht.	31,6	28,9	14,0	9,6	15,8	100,0
Die Betreuung durch die Dozenten ist schlecht.	31,6	21,9	20,2	8,8	17,5	100,0

Falsches Bild vom Studium

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Das Studium entspricht nicht meinen Erwartungen.	29,6	20,9	21,7	13,0	14,8	100,0
Das Studium ist mir zu sehr durchorganisiert, mir fehlen Freiräume.	21,1	12,3	13,2	19,3	34,2	100,0
Die Leistungsanforderungen sind zu hoch.	19,6	19,6	20,5	13,4	26,8	100,0
Ich finde mein Studium nicht sehr interessant.	8,3	13,0	13,0	12,0	53,7	100,0
Die Feststellung, für die kurative Tätigkeit doch nicht geeignet zu sein.	5,9	6,9	10,9	13,9	62,4	100,0

Falscher Studienort

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Der gewünschte Studienortwechsel war nicht möglich.	7,0	5,0	3,0	5,0	80,0	100,0
In dem Studienort, den mir die ZVS zugewiesen hat, möchte ich auf gar keinen Fall bleiben.	9,9	3,0	3,0	6,9	77,2	100,0
Wenn ich die Wahl gehabt hätte, wäre ich an einen anderen Hochschulort gegangen.	18,3	2,9	3,8	6,7	68,3	100,0

Studienbedingungen

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Die Labore sind nicht sehr gut ausgestattet.	3,2	9,5	22,1	20,0	45,3	100,0
Wegen der neuen Approbationsordnung.	8,3	8,3	18,8	7,3	57,3	100,0
Es ist schon vorgekommen, dass ich aufgrund von Platzmangel nicht an Seminaren teilnehmen durfte.	8,8	10,8	9,8	9,8	60,8	100,0
Meine Fakultät ist nur unzureichend ausgestattet.	5,0	8,9	14,9	23,8	47,5	100,0

Finanzielle Aspekte

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Mein Studium lässt sich nicht gut mit einem Studentenjob vereinbaren.	26,2	20,4	10,7	9,7	33,0	100,0
Die Arbeitsbelastung durch meine Promotion neben dem Studium ist sehr hoch.	16,2	11,8	8,8	5,9	57,4	100,0
Finanzielle Probleme.	30,2	9,4	9,4	7,5	43,4	100,0

Familiäre Aspekte

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Ein Medizinstudium lässt sich nicht mit Kinderbetreuung vereinbaren.	21,1	7,8	2,2	6,7	62,2	100,0
Das Studium lässt sich nicht mit meiner Rolle als Mutter/Vater vereinbaren.	21,7	10,8	6,0	0,0	61,4	100,0

Arztberuf

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Zu geringe Bezahlung in der kurativen ärztlichen Tätigkeit.	15,6	6,3	14,6	12,5	51,0	100,0
Zu hohe Arbeitsbelastung in der kurativen ärztlichen Tätigkeit.	36,7	18,4	18,4	4,1	22,4	100,0
Berufliche Neuorientierung (z.B. bessere Berufsaussichten in einem anderen Bereich).	19,6	15,2	9,8	12,5	42,9	100,0

Wissenschaftlichkeit des Studiums

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
Die Möglichkeiten, an meiner Fakultät wissenschaftlich tätig zu sein, sind nicht in ausreichendem Maße vorhanden.	3,4	9,0	13,5	16,9	57,3	100,0
Im Studium wird zu wenig Wert auf die Wissenschaft gelegt.	5,9	5,9	19,8	29,7	38,6	100,0

33. Bewertung des Studiums - Studierenden

Praxisbezug

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu		Stimme überhaupt nicht zu			Total
Das Lehrangebot kommt meinen Interessen entgegen.	3,9	29,7	37,0	24,3	5,1	100,0
Die Betreuung im Patientenunterricht ist gut.	2,9	19,9	26,8	29,2	21,2	100,0
Die meisten Seminare bieten einen ausreichenden Praxisbezug.	1,7	9,2	21,0	38,7	29,4	100,0
Eine Verzahnung von Vorklinik und Klinik findet nicht statt.	26,8	33,0	18,6	15,2	6,4	100,0
Es sollten mehr Praktika in das Studium integriert werden.	47,2	23,9	13,2	8,6	7,0	100,0
Ich habe im Studium genügend Kontakt mit Patienten.	3,4	9,1	18,2	34,4	34,9	100,0
Ich möchte in meinem Studium gerne in einem größeren Ausmaß praktisch tätig sein.	58,4	28,2	8,0	3,8	1,6	100,0
Das im vorklinischen Abschnitt erarbeitete Wissen hat für das weitere Studium nur sehr geringe Bedeutung.	13,9	23,4	19,7	23,0	20,0	100,0

Soziales Klima des Studiums

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu		Stimme überhaupt nicht zu			Total
Der Kontakt zwischen den Studierenden ist gut.	26,6	36,2	20,9	12,2	4,1	100,0
Der Kontakt zwischen den Studierenden und den Lehrenden ist gut.	4,2	19,4	26,2	29,1	21,1	100,0
Die Arbeitsatmosphäre zwischen den Dozenten und den Studierenden ist gut.	4,1	23,9	33,0	27,2	11,8	100,0
Die Betreuung durch die Dozenten ist gut.	3,0	17,5	29,7	30,2	19,6	100,0

Falsches Bild vom Studium

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu			Stimme überhaupt nicht zu		Total
Das Studium entspricht nicht meinen Erwartungen.	7,8	19,0	23,0	29,6	20,6	100,0
Das Studium ist mir zu sehr durchorganisiert, mir fehlen Freiräume.	12,0	17,6	18,5	27,6	24,3	100,0
Die Leistungsanforderungen sind zu hoch.	5,4	14,6	30,6	31,2	18,2	100,0
Ich finde mein Studium sehr interessant.	52,7	33,3	9,9	3,4	0,7	100,0

Falscher Studienort

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu			Stimme überhaupt nicht zu		Total
Der gewünschte Studienortwechsel war nicht möglich.	17,1	7,8	6,6	6,4	62,0	100,0
In dem Studienort, den mir die ZVS zugewiesen hat, möchte ich auf gar keinen Fall bleiben.	6,6	3,7	5,1	7,3	77,4	100,0
Weil mir das Medizinstudium an dem Ort, den mir die ZVS zugewiesen hat, nicht gefällt, überlege ich, das Fach zu wechseln.	1,1	0,7	1,3	2,2	94,7	100,0

Studienbedingungen

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu			Stimme überhaupt nicht zu		Total
Die Labore sind sehr gut ausgestattet.	8,0	27,5	29,2	23,2	12,1	100,0
Die neue Approbationsordnung wird das Medizinstudium verbessern.	4,9	18,0	16,6	21,6	38,9	100,0
Es ist schon vorgekommen, dass ich aufgrund von Platzmangel nicht an Seminaren teilnehmen durfte.	6,9	4,3	2,7	5,7	80,4	100,0
Meine Fakultät ist nur unzureichend ausgestattet.	10,0	18,5	23,3	26,9	21,5	100,0

Finanzielle Aspekte

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu		Stimme überhaupt nicht zu			Total
Mein Studium lässt sich gut mit einem Studentenjob vereinbaren.	13,1	16,9	13,6	22,9	33,6	100,0
Die Arbeitsbelastung durch meine Promotion neben dem Studium ist sehr hoch.	43,5	31,5	13,7	8,6	2,7	100,0

Familiäre Aspekte

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu		Stimme überhaupt nicht zu			Total
Ein Medizinstudium lässt sich nicht mit Kinderbetreuung vereinbaren.	29,3	32,3	13,3	15,7	9,2	100,0
Das Studium lässt sich gut mit meiner Rolle als Mutter/Vater vereinbaren.	3,3	7,3	10,6	24,3	54,5	100,0

Annahmen über den Arztberuf

Angaben in Prozent	Sehr wahrscheinlich		Sehr unwahrscheinlich			Total
Hohe Arbeitsbelastung/Stress	71,3	22,5	3,5	1,4	1,4	100,0
Gute Bezahlung	2,0	13,5	29,9	27,4	27,1	100,0
Hohes Ansehen/Prestige	15,4	41,4	28,5	11,5	3,3	100,0
Interessante Arbeitsinhalte	38,0	45,7	12,0	3,4	0,9	100,0
Gute Arbeitsatmosphäre	5,8	26,9	37,1	21,1	9,2	100,0
Sinnvolle und erfüllende Arbeit	29,5	43,0	19,1	6,8	1,7	100,0
Gute Vereinbarkeit mit Familie/ Hobbys	1,1	3,7	13,0	36,3	45,9	100,0

Wissenschaftlichkeit des Studiums

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu		Stimme überhaupt nicht zu			Total
Die Möglichkeiten, an meiner Fakultät wissenschaftlich tätig zu sein, sind nicht in ausreichendem Maße vorhanden.	26,2	40,4	17,5	11,6	4,3	100,0
Im Studium wird zu wenig Wert auf die Wissenschaft gelegt.	4,0	9,6	21,7	33,5	31,3	100,0

34. Durchfallquoten Physikum

Physikum							
Jahr (Termin Frühjahr und Herbst)	Meldung	Teilnehmer	nicht angetreten	nicht bestanden (absolut)	endgültig nicht bestanden (absolut)	nicht bestanden (prozentual)	endgültig nicht bestanden (prozentual)
1985	16.135	13.238	2.897	2.852	168	21,5%	1,3%
1986	16.572	13.656	2.916	2.930	256	22,1%	1,9%
1987	16.456	13.553	2.903	2.804	230	21,2%	1,7%
1988	16.789	13.691	3.098	3.234	114	24,4%	0,9%
1989	16.655	13.608	3.047	3.268	259	24,7%	2,0%
1990	15.946	12.664	3.282	2.958	323	22,3%	2,4%
1991	16.535	12.599	3.936	2.525	212	19,1%	1,6%
1992	16.029	12.011	4.018	2.879	230	21,7%	1,7%
1993	14.243	10.766	3.477	2.553	308	19,3%	2,3%
1994	15.616	12.148	3.468	2.536	226	19,2%	1,7%
1995	15.898	12.272	3.626	2.700	262	20,4%	2,0%
1996	15.438	11.615	3.823	2.518	241	19,0%	1,8%
1997	15.475	11.498	3.977	2.469	198	18,7%	1,5%
1998	16.034	11.932	4.102	2.587	233	19,5%	1,8%
1999	15.751	11.867	3.884	2.672	267	20,2%	2,0%
2000	14.857	11.020	3.837	2.688	295	20,3%	2,2%
2001	14.877	11.123	3.754	2.460	234	18,6%	1,8%
2002	15.080	11.364	3.716	2.323	180	17,5%	1,4%
2003	15.293	11.417	3.876	2.386	201	18,0%	1,5%
2004	15.955	12.182	3.773	2.495	noch nicht bekannt	18,8%	noch nicht bekannt
Durchschnitt (1985 bis 2003)	15.782	12.211	3.571	2.692	234	20,3%	1,8%

Quelle: IMPP

35. Durchfallquoten Staatsexamen I

Staatsexamen I							
Jahr (Termin Frühjahr und Herbst)	Meldung	Teilnehmer	nicht angetreten	nicht bestanden (absolut)	endgültig nicht bestanden (absolut)	nicht bestanden (prozentual)	endgültig nicht bestanden (prozentual)
1985	13.582	11.938	1.644	1.404	28	10,6%	0,2%
1986	13.055	11.347	1.708	1.382	66	10,4%	0,5%
1987	13.977	11.989	1.988	1.498	33	11,3%	0,2%
1988	14.223	12.254	1.969	1.500	55	11,3%	0,4%
1989	13.906	11.909	1.997	1.557	44	11,8%	0,3%
1990	14.053	11.794	2.259	1.739	41	13,1%	0,3%
1991	13.099	11.091	2.008	1.484	50	11,2%	0,4%
1992	12.867	10.747	2.120	1.317	53	9,9%	0,4%
1993	12.406	10.325	2.081	1.333	33	10,1%	0,2%
1994	12.862	10.998	1.864	1.281	37	9,7%	0,3%
1995	12.409	10.436	1.973	1.278	35	9,7%	0,3%
1996	12.330	10.457	1.873	1.275	46	9,6%	0,3%
1997	11.957	10.074	1.883	1.286	33	9,7%	0,2%
1998	11.828	9.752	2.076	1.128	30	8,5%	0,2%
1999	12.164	10.253	1.911	1.012	21	7,6%	0,2%
2000	11.478	9.473	2.005	968	22	7,3%	0,2%
2001	11.248	9.447	1.801	1.148	33	8,7%	0,2%
2002	11.415	9.681	1.734	1.067	23	8,1%	0,2%
2003	12.178	10.812	1.366	1.216	24	9,2%	0,2%
Durchschnitt (1985 bis 2003)	12.686	10.778	1.908	1.309	37	9,9%	0,3%

Quelle: IMPP

36. Durchfallquoten Staatsexamen II

Staatsexamen II							
Jahr (Termin Frühjahr und Herbst)	Meldung	Teilnehmer	nicht angetreten	nicht bestanden (absolut)	endgültig nicht bestanden (absolut)	nicht bestanden (prozentual)	endgültig nicht bestanden (prozentual)
1985	11.841	11.181	660	578	15	4,4%	0,1%
1986	11.129	10.545	584	748	26	5,7%	0,2%
1987	11.287	10.649	638	688	30	5,2%	0,2%
1988	11.158	10.224	934	672	24	5,1%	0,2%
1989	10.354	9.660	694	567	33	4,3%	0,2%
1990	11.411	10.532	879	638	23	4,8%	0,2%
1991	11.376	10.471	905	695	17	5,3%	0,1%
1992	11.416	10.388	1.028	633	17	4,8%	0,1%
1993	11.260	10.157	1.103	649	11	4,9%	0,1%
1994	11.199	9.923	1.276	649	23	4,9%	0,2%
1995	10.619	9.583	1.036	641	17	4,8%	0,1%
1996	10.639	9.524	1.115	649	18	4,9%	0,1%
1997	10.526	9.456	1.070	490	10	3,7%	0,1%
1998	10.824	9.727	1.097	604	15	4,6%	0,1%
1999	10.400	9.342	1.058	383	12	2,9%	0,1%
2000	9.876	8.982	894	213	2	1,6%	0,0%
2001	9.977	9.123	854	382	9	2,9%	0,1%
2002	10.063	9.230	833	278	10	2,1%	0,1%
2003	9.958	9.230	728	315	9	2,4%	0,1%
2004	9.883	9.124	759	507	noch nicht bekannt	3,8%	noch nicht bekannt
Durchschnitt (1985 bis 2003)	10.703	9.783	920	547	17	4,1%	0,1%

Quelle: IMPP

37. Durchfallquoten Staatsexamen III

Staatsexamen III							
Jahr (Termin Frühjahr und Herbst)	Meldung	Teilnehmer	nicht angetreten	nicht bestanden (absolut)	endgültig nicht bestanden (absolut)	nicht bestanden (prozentual)	endgültig nicht bestanden (prozentual)
1985	9.759	9.655	104	79	6	0,6%	0,0%
1986	10.910	10.763	147	115	4	0,9%	0,0%
1987	10.151	10.022	129	101	5	0,8%	0,0%
1988	10.166	9.939	227	158	2	1,2%	0,0%
1989	9.578	9.348	230	113	2	0,9%	0,0%
1990	9.331	8.808	523	107	0	0,8%	0,0%
1991	10.038	9.895	143	93	0	0,7%	0,0%
1992	10.068	9.924	157	100	1	0,8%	0,0%
1993	10.055	9.916	139	95	2	0,7%	0,0%
1994	9.917	9.737	180	90	2	0,7%	0,0%
1995	9.599	9.408	191	73	0	0,6%	0,0%
1996	9.320	9.137	183	74	1	0,6%	0,0%
1997	9.083	8.916	167	56	0	0,4%	0,0%
1998	9.276	9.098	178	69	2	0,5%	0,0%
1999	9.589	9.411	178	74	1	0,6%	0,0%
2000	9.250	9.074	176	72	1	0,5%	0,0%
2001	9.097	8.909	188	61	1	0,5%	0,0%
2002	9.081	8.941	140	58	0	0,4%	0,0%
2003	9.229	9.072	157	64	0	0,5%	0,0%
2004	9.495	noch nicht bekannt	noch nicht bekannt	noch nicht bekannt	noch nicht bekannt	Noch nicht bekannt	Noch nicht bekannt
Durchschnitt (1985 bis 2003)	9.644	9.462	191	87	1	0,7%	0,0%

Quelle: IMPP

38. Abbruchgründe der nicht kurativ tätigen Ärzte

Betriebsklima

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
In meinem Verantwortungsbereich kam es oft zu Spannungen.	10,9	19,5	18,2	18,0	33,4	100,0
Manchmal war es schwer, zu allen Arbeitskollegen/innen ein gutes Verhältnis zu haben.	6,7	15,1	21,6	21,0	35,7	100,0
In meinem Arbeitsbereich wurden Leistungen nicht gerecht beurteilt.	18,1	20,7	14,7	15,1	31,5	100,0
Ich konnte mich auf meine Arbeitskollegen/innen nicht in jeder Beziehung verlassen.	8,9	15,2	20,2	21,1	34,6	100,0
Ich war unsachlicher Kritik an meinen Arbeitsleistungen ausgesetzt.	12,5	14,2	9,9	15,9	47,6	100,0
In meinem Arbeitsbereich herrschte Konkurrenzdruck.	11,2	18,1	18,5	17,7	34,6	100,0
Ich konnte mich in belastenden Situationen nicht vertrauensvoll an erfahrene Kolleginnen und Kollegen wenden.	11,0	14,7	14,9	16,0	43,3	100,0
An meiner Arbeitsstelle herrschte ein schlechtes Betriebsklima.	21,4	18,9	13,9	11,4	34,4	100,0
Ich wünschte mir mehr Unterstützung durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen.	13,8	21,2	17,2	15,3	32,5	100,0
Das Vertrauen bei der Zusammenarbeit mit meinen Vorgesetzten fehlte.	19,7	18,2	15,9	12,3	33,9	100,0

Zeitliche Belastung/ mangelnde Vereinbarkeit mit Familie

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig un- wichtig	Total
Ich arbeitete oft nachts und/oder am Wochenende.	41,6	20,2	10,6	8,5	19,1	100,0	
Ich arbeitete unter starkem Zeitdruck.	33,2	22,0	13,4	12,5	18,8	100,0	
Ich fühlte ich mich nach der Arbeit erschöpft.	29,8	25,6	13,7	12,3	18,7	100,0	
Ich machte viele Überstunden.	34,1	21,0	14,6	12,0	18,3	100,0	
Ich fühlte ich mich nach der Arbeit gestresst.	28,1	25,0	13,5	12,6	20,8	100,0	
Ich hatte neben dem Beruf wenig Zeit für Hobbys/Freunde.	40,8	23,7	14,6	8,5	12,4	100,0	
Ich konnte meine Tätigkeit nicht gut mit meinem Familienleben vereinbaren.	46,1	19,7	10,6	8,9	14,8	100,0	
Ich fühlte mich ständigem Druck ausgesetzt.	24,8	22,3	14,7	12,4	25,7	100,0	

Attraktivität/Identifikation mit der Tätigkeit

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig un- wichtig	Total
Ich identifizierte mich nicht mit meiner Tätigkeit.	7,6	8,1	13,7	14,0	56,6	100,0	
Ich fand meine Tätigkeit nicht sehr interessant.	5,6	10,5	12,7	15,8	55,4	100,0	
Ich hielt meine Tätigkeit für nur wenig sinnvoll.	3,5	7,2	13,9	15,3	60,1	100,0	
Mir bot die Tätigkeit keine Perspektive.	33,1	18,5	15,7	10,0	22,6	100,0	
Ich hatte nach getaner Arbeit selten das Gefühl, wirklich etwas geleistet zu haben.	4,4	14,1	15,2	19,2	47,1	100,0	

Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig unwichtig	Total
Ich verbrachte täglich viel Arbeitszeit mit Verwaltungsarbeit.	30,5	23,2	18,8	11,5	16,1	100,0	
Meine Arbeit war kein "Dienst am Menschen".	10,8	19,0	19,4	16,4	34,5	100,0	
Meine Arbeit wurde immer mehr von betriebswirtschaftlichen Aspekten bestimmt.	23,3	18,5	18,2	15,2	24,8	100,0	
Ich hatte nicht genügend Zeit, mich um meine Patienten zu kümmern.	26,1	27,6	17,2	11,5	17,7	100,0	

Überforderung

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig unwichtig	Total
Ich fühlte ich mich oft fachlich überfordert.	5,6	8,7	14,3	19,8	51,5	100,0	
Ich fühlte mich den ständigen Anforderungen, die die Arbeit an mich stellte, nicht gewachsen.	7,3	10,0	14,4	14,9	53,4	100,0	
Ich konnte mein Arbeitspensum nicht bewältigen.	5,7	13,2	15,8	17,6	47,7	100,0	
Mich belastete der Umgang mit den Patienten sehr.	2,6	6,1	11,5	16,8	63,0	100,0	

Diskriminierung von Frauen

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig unwichtig	Total
An Frauen wurden oft höhere Anforderungen gestellt als an Männer in der gleichen Position.	11,7	10,4	11,9	10,8	55,2	100,0	
Frauen haben nicht die gleichen Karriereöglichkeiten wie Männer.	19,4	13,2	11,3	13,6	42,5	100,0	
Frauen verdienen in vergleichbarer Position weniger als Männer.	9,7	10,3	13,1	13,5	53,4	100,0	
Die Zusammenarbeit zwischen Männern und Frauen war nicht gut.	1,7	4,1	11,0	14,7	68,5	100,0	

Hierarchie/Autoritäre Führung

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig unwichtig	Total
Der Führungsstil bei uns war autoritär.	32,7	19,4	12,1	12,8	23,0	100,0	
Das Hierarchiedenken war sehr ausgeprägt.	42,2	19,2	10,1	10,2	18,3	100,0	

Verschiedene

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig unwichtig	Total
Ich wurde für meine Tätigkeit nicht angemessen bezahlt.	33,0	21,9	13,7	10,9	20,5	100,0	
Die vertraglichen Arbeitszeiten waren zu kurz, um die Facharzt Ausbildung schnell abzuschließen.	8,2	2,0	12,2	18,4	59,2	100,0	
Die fachliche Betreuung während der Aus-/Weiterbildung war schlecht.	37,2	26,5	11,5	8,8	15,9	100,0	
Die Arbeitsbelastung durch meine Promotion neben dem Beruf war sehr hoch.	7,8	6,9	6,5	10,6	68,2	100,0	
Ich hatte nicht genug Raum für selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten im Rahmen meines Aufgabengebietes.	22,0	21,5	14,5	16,5	25,6	100,0	
Ich fühlte mich mehr als Unternehmer/in denn als Mediziner/in.	33,3	16,7	16,7	3,3	30,0	100,0	
Ich hatte oft Angst um meine wirtschaftliche Existenz.	30,0	20,0	13,3	6,7	30,0	100,0	
Das Verhältnis zu den Pflegekräften war schlecht.	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0	
Ich genoss kein hohes Ansehen.	3,5	8,5	15,8	17,8	54,4	100,0	

39. Abbruchgründe der im Ausland tätigen Ärzte

Betriebsklima

Angaben in Prozent	Sehr wichtig		Völlig unwichtig			Total
In meinem Verantwortungsbereich kam es oft zu Spannungen.	16,4	17,6	18,6	17,3	30,1	100,0
Manchmal war es schwer, zu allen Arbeitskollegen/innen ein gutes Verhältnis zu haben.	10,7	14,5	20,4	17,6	36,7	100,0
In meinem Arbeitsbereich wurden Leistungen nicht gerecht beurteilt.	22,7	20,4	19,0	10,8	27,2	100,0
Ich konnte mich auf meine Arbeitskollegen/innen nicht in jeder Beziehung verlassen.	11,9	17,5	20,0	15,9	34,7	100,0
Ich war unsachlicher Kritik an meinen Arbeitsleistungen ausgesetzt.	18,2	16,7	14,6	12,1	38,3	100,0
In meinem Arbeitsbereich herrschte Konkurrenzdruck.	23,1	20,6	17,2	12,5	26,5	100,0
Ich konnte mich in belastenden Situationen nicht vertrauensvoll an erfahrene Kolleginnen und Kollegen wenden.	14,3	17,6	14,8	14,3	39,0	100,0
An meiner Arbeitsstelle herrschte ein schlechtes Betriebsklima.	33,0	21,1	13,8	9,6	22,5	100,0
Ich wünschte mir mehr Unterstützung durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen.	23,9	19,4	16,0	13,5	27,2	100,0
Das Vertrauen bei der Zusammenarbeit mit meinen Vorgesetzten fehlte.	25,7	20,6	17,1	11,5	25,1	100,0

Zeitliche Belastung/ mangelnde Vereinbarkeit mit Familie

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig unwichtig	Total
Ich arbeitete oft nachts und/oder am Wochenende.	27,1	17,6	13,1	14,0	28,1	100,0	
Ich arbeitete unter starkem Zeitdruck.	29,6	21,2	15,0	13,2	20,9	100,0	
Ich fühlte ich mich nach der Arbeit erschöpft.	24,4	21,8	14,0	10,6	29,1	100,0	
Ich machte viele Überstunden.	40,1	16,2	11,4	11,5	20,8	100,0	
Ich fühlte ich mich nach der Arbeit gestresst.	25,2	23,1	12,9	12,1	26,7	100,0	
Ich hatte neben dem Beruf wenig Zeit für Hobbys/Freunde.	40,8	22,7	13,0	7,1	16,4	100,0	
Ich konnte meine Tätigkeit nicht gut mit meinem Familienleben vereinbaren.	42,1	17,2	12,7	9,8	18,2	100,0	
Ich fühlte mich ständigem Druck ausgesetzt.	19,9	19,2	14,7	13,4	32,7	100,0	

Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit

Angaben in Prozent	Sehr wichtig					Völlig unwichtig	Total
Ich identifizierte mich nicht mit meiner Tätigkeit.	7,6	11,0	14,8	12,5	54,2	100,0	
Ich fand meine Tätigkeit nicht sehr interessant.	6,6	9,5	15,7	14,8	53,4	100,0	
Ich hielt meine Tätigkeit für nur wenig sinnvoll.	8,1	11,2	15,8	14,3	50,6	100,0	
Mir bot die Tätigkeit keine Perspektive.	25,8	18,5	15,1	13,1	27,4	100,0	
Ich hatte nach getaner Arbeit selten das Gefühl, wirklich etwas geleistet zu haben.	8,5	16,8	15,9	16,1	42,8	100,0	

Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten

Angaben in Prozent	Sehr wichtig			Völlig unwichtig			Total
Ich verbrachte täglich viel Arbeitszeit mit Verwaltungsarbeit.	48,4	20,2	12,3	6,8	12,3	100,0	
Meine Arbeit war kein "Dienst am Menschen".	18,5	21,8	19,3	13,4	27,0	100,0	
Meine Arbeit wurde immer mehr von betriebswirtschaftlichen Aspekten bestimmt.	36,9	23,6	13,1	9,5	17,0	100,0	
Ich hatte nicht genügend Zeit, mich um meine Patienten zu kümmern.	32,3	23,9	15,9	10,7	17,2	100,0	

Überforderung

Angaben in Prozent	Sehr wichtig			Völlig unwichtig			Total
Ich fühlte ich mich oft fachlich überfordert.	3,8	5,0	10,6	18,0	62,6	100,0	
Ich fühlte mich den ständigen Anforderungen, die die Arbeit an mich stellte, nicht gewachsen.	2,1	6,4	7,7	13,8	70,0	100,0	
Ich konnte mein Arbeitspensum nicht bewältigen.	5,4	8,5	14,9	15,8	55,4	100,0	
Mich belastete der Umgang mit den Patienten sehr.	1,0	2,6	5,5	16,0	74,9	100,0	

Diskriminierung von Frauen

Angaben in Prozent	Sehr wichtig			Völlig unwichtig			Total
An Frauen wurden oft höhere Anforderungen gestellt als an Männer in der gleichen Position.	12,3	11,4	13,7	10,7	51,8	100,0	
Frauen haben nicht die gleichen Karrieremöglichkeiten wie Männer.	20,1	17,5	13,2	11,1	38,1	100,0	
Frauen verdienen in vergleichbarer Position weniger als Männer.	12,5	11,9	13,6	11,3	50,7	100,0	
Die Zusammenarbeit zwischen Männern und Frauen war nicht gut.	3,0	5,3	12,2	12,4	67,1	100,0	

Hierarchie/autoritäre Führung

Angaben in Prozent	Sehr wichtig			Völlig unwichtig			Total
Der Führungsstil bei uns war autoritär.	49,9	20,5	10,3	6,6	12,7		100,0
Das Hierarchiedenken war sehr ausgeprägt.	60,4	19,6	6,7	3,8	9,6		100,0

Verschiedene

Angaben in Prozent	Sehr wichtig			Völlig unwichtig			Total
Ich wurde für meine Tätigkeit nicht angemessen bezahlt.	55,4	17,8	10,5	5,2	11,1		100,0
Die vertraglichen Arbeitszeiten waren zu kurz, um die Facharzt Ausbildung schnell abzuschließen.	21,3	11,5	12,8	8,8	45,6		100,0
Die fachliche Betreuung während der Aus-/Weiterbildung war schlecht.	47,6	23,9	14,0	5,0	9,5		100,0
Die Arbeitsbelastung durch meine Promotion neben dem Beruf war sehr hoch.	10,6	8,2	8,4	7,9	65,0		100,0
Ich hatte nicht genug Raum für selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten im Rahmen meines Aufgabengebietes.	31,7	21,7	16,9	11,4	18,2		100,0
Ich fühlte mich mehr als Unternehmer/in denn als Mediziner/in.	0,0	25,0	0,0	0,0	75,0		100,0
Ich hatte oft Angst um meine wirtschaftliche Existenz.	25,0	25,0	0,0	0,0	50,0		100,0
Das Verhältnis zu den Pflegekräften war schlecht.	8,3	10,9	11,9	13,9	55,1		100,0
Ich genoss kein hohes Ansehen.	9,0	14,6	15,2	14,6	46,6		100,0

40. Bewertung - Ärzte

Betriebsklima

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu		Stimme überhaupt nicht zu			Total
In meinem Verantwortungsbereich gehen wir bei Spannungen offen und tolerant miteinander um.	9,3	25,0	27,7	21,9	16,1	100,0
Es ist manchmal schwer, zu allen Arbeitskollegen/innen ein gutes Verhältnis zu haben.	23,7	31,1	19,6	16,1	9,5	100,0
In meinem Arbeitsbereich werden Leistungen gerecht beurteilt.	6,0	19,3	26,1	23,4	25,2	100,0
Auf meine Arbeitskolleg/innen kann ich mich nicht in jeder Beziehung verlassen.	14,9	28,8	22,4	19,9	13,9	100,0
Kritik an meiner Arbeitsleistung wird von meiner/m Vorgesetzten/m sachlich, ruhig und konstruktiv vorgetragen.	16,7	32,5	21,4	14,1	15,4	100,0
In meinem Arbeitsbereich herrscht Konkurrenzdruck.	21,7	24,0	21,5	19,8	13,0	100,0
In belastenden Situationen kann ich mich vertrauensvoll an erfahrene Kolleginnen und Kollegen wenden.	21,0	30,3	21,5	15,2	12,1	100,0
An meiner Arbeitsstelle herrscht ein ausgezeichnetes Betriebsklima.	18,2	30,6	24,4	14,7	12,2	100,0
Ich wünsche mir mehr Unterstützung durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen.	20,1	23,4	24,5	19,6	12,4	100,0
Mein/e Vorgesetzte/r und ich arbeiten vertrauensvoll zusammen.	18,6	33,4	23,3	14,2	10,5	100,0

zeitliche Belastung/ mangelnde Vereinbarkeit mit Familie

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu			Stimme überhaupt nicht zu		Total
Ich arbeite selten nachts und/oder am Wochenende	11,0	8,2	7,2	13,7	59,9	100,0
Ich arbeite unter starkem Zeitdruck.	44,3	25,4	16,4	9,4	4,5	100,0
Nach der Arbeit bin ich erschöpft.	51,9	28,1	11,3	5,9	2,7	100,0
Ich mache viele Überstunden.	58,1	20,6	10,0	6,5	4,8	100,0
Ich fühle mich selten gestresst.	2,8	9,5	15,9	28,6	43,2	100,0
Neben dem Beruf habe ich viel Zeit für Hobbys/Freunde.	2,4	5,8	11,3	23,3	57,1	100,0
Ich kann meine Tätigkeit gut mit meinem Familienleben vereinbaren.	5,8	11,9	18,1	24,7	39,5	100,0
Bei meiner Arbeit fühle ich mich einem ständigen Druck ausgesetzt.	33,3	26,7	16,9	14,1	9,1	100,0

Attraktivität/ Identifikation mit der Tätigkeit

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu			Stimme überhaupt nicht zu		Total
Ich identifiziere mich stark mit meiner Tätigkeit.	32,3	35,1	18,9	9,0	4,7	100,0
Ich habe eine wirklich interessante Tätigkeit.	38,5	37,4	16,6	5,3	2,3	100,0
Meine Tätigkeit ist sinnvoll.	50,6	28,5	13,4	5,4	2,1	100,0
Meine jetzige Tätigkeit bietet mir keine Perspektive.	19,6	18,6	21,7	18,7	21,4	100,0
Nach getaner Arbeit habe ich doch öfter das Gefühl, wirklich etwas geleistet zu haben.	25,0	37,1	22,9	11,9	3,1	100,0

Zu viele nichtmedizinische Tätigkeiten

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu					Stimme überhaupt nicht zu	Total
Ich verbringe täglich viel Arbeitszeit mit Verwaltungsarbeit.	68,8	17,3	6,8	5,0	2,1	100,0	
Ich verstehe meine Tätigkeit als „Dienst am Menschen“.	34,1	32,6	20,0	8,1	5,1	100,0	
Meine Arbeit wird immer mehr von betriebswirtschaftlichen Aspekten bestimmt.	69,0	20,6	6,1	3,0	1,3	100,0	
Ich habe genügend Zeit, mich um meine Patienten zu kümmern.	5,1	11,6	14,9	25,7	42,7	100,0	

Überforderung

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu					Stimme überhaupt nicht zu	Total
In meiner Tätigkeit fühle ich mich oft fachlich überfordert.	6,0	12,5	15,5	29,6	36,4	100,0	
Manchmal fühle ich mich den Anforderungen, die die Arbeit an mich stellt, nicht gewachsen.	12,3	23,2	19,8	24,6	19,9	100,0	
Ich wünsche mir mehr Unterstützung durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen.	20,1	23,4	24,5	19,6	12,4	100,0	
Der Umgang mit den Patienten belastet mich sehr.	2,3	5,2	11,3	26,4	54,8	100,0	

Diskriminierung von Frauen

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu					Stimme überhaupt nicht zu	Total
An Frauen werden oft höhere Anforderungen gestellt als an Männer in der gleichen Position.	13,6	18,2	13,0	15,1	40,1	100,0	
In meinem Bereich haben Frauen die gleichen Karriereöglichkeiten wie Männer.	30,3	23,7	13,8	16,5	15,7	100,0	
In meinem Bereich verdienen Frauen in vergleichbarer Position weniger als Männer.	5,2	5,8	5,9	9,9	73,2	100,0	
Die Zusammenarbeit zwischen Männern und Frauen ist gut.	50,8	34,9	10,2	2,7	1,4	100,0	
An Frauen werden in meinem Bereich oft höhere Anforderungen gestellt als an Männer in der gleichen Position.	12,0	12,5	11,6	13,7	50,2	100,0	

Hierarchie/Autoritäre Führung

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu					Stimme überhaupt nicht zu	Total
Der Führungsstil bei uns ist autoritär.	22,4	24,1	19,1	16,7	17,7	100,0	
Das Hierarchiedenken ist bei uns sehr ausgeprägt.	33,6	22,4	17,5	13,6	12,9	100,0	

Verschiedenes

Angaben in Prozent	Stimme voll und ganz zu					Stimme überhaupt nicht zu	Total
Ich werde für meine Tätigkeit nicht angemessen bezahlt.	64,5	16,1	8,0	4,1	7,3	100,0	
Die vertraglichen Arbeitszeiten sind zu kurz, um die Facharztausbildung schnell abzuschließen.	20,2	10,3	11,5	14,5	43,5	100,0	
Die fachliche Betreuung während der Aus- bzw. Weiterbildung ist gut.	5,4	18,7	23,8	24,8	27,2	100,0	
Die Arbeitsbelastung durch meine Promotion neben dem Beruf ist sehr hoch.	41,1	17,9	10,5	7,0	23,5	100,0	
Ich habe nicht genug Raum für selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten im Rahmen meines Aufgabengebietes.	19,4	27,8	20,4	17,5	14,9	100,0	
Ich fühle mich mehr als Unternehmer/in denn als Mediziner/in.	29,9	22,9	22,2	14,5	10,5	100,0	
Ich habe oft Angst um meine wirtschaftliche Existenz.	59,4	17,8	10,8	6,6	5,3	100,0	
Das Verhältnis zu den Pflegekräften ist gut.	33,7	37,2	16,3	8,3	4,6	100,0	
In meiner Tätigkeit genieße ich ein hohes Ansehen.	16,3	37,3	27,3	13,2	6,0	100,0	