Matthias Albrecht und Gregor Weinrich*

Stellungnahme zur „Ärzteschwemme"

Seit einigen Monaten geistern Zahlen durch Zeitschriften und Zeitungen, vor allem auch medizinische Fachzeitschriften und Standesblätter, die für das Jahr 1990 bzw. 2000 eine „Überversorgung" mit Ärzten, eine „Ärzteschwemme", „Nachwuchsflut" und mehr voraussagen[1].

Grundlage dieser Kampagne sind eine *Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*[2] (im folgenden ZI, d. Verf.) und ein *Gutachten des Kieler Instituts für Gesundheitssystem-Forschung*[3] (Leitung Prof. Beske, CDU-Staatssekretär in Kiel) (im folgenden GSF, d. Verf.).

Danach sollen sich die Ärztezahlen in den kommenden Jahren wie folgt entwickeln:

	Berufstätige Ärzte	Ausgangsbasis dt. Studienanfänger	Quelle
1974	114 661		Daten 1977[4]
1976	126 941		DÄ 20/1977[4]
1980	160 000		Krafft u. a.[5]
1990	155 000	7 500 ab 1975	McKinsey[6]
	177 241	11 500 ab 1977	GSF[3]
	181 917	11 500 ab 1977	ZI[2]
2000	175 000	7 500 ab 1975	McKinsey[6]
	216 215	11 500 ab 1977	GSF[3]

Ausgangspunkte beider Studien sind die angeblich 1977 bereits auf 11 500 pro Jahr gesteigerten Zahlen deutscher Studienanfänger (ZI, S. 3; GSF, S. 19), die nach der Methode der linearen Trendgleichung (GSF, S. 40/41) auf die Zahl berufstätiger Ärzte im Jahr 1990 bzw. 2000 hochgerechnet werden. Für 1990 kommen die beiden Studien auf 177 241 (GSF) bzw. 181 917 (ZI) berufstätige Ärzte im Unterschied zur McKinsey-Studie, die auf der Basis von 7 500 dt. Studienanfängern pro Jahr auf ca. 155 000 berufstätige Ärzte im Jahr 1990 hochrechnete[6]. Allerdings lag der McKinsey-Studie ein im Vergleich recht differenziertes Prognose-Modell zugrunde, in das auch zahlreiche Bedarfsgrößen eingingen[6a]. Für das Jahr 2000 klaffen die prognostizierten Zahlen noch weiter auseinander. Die McKinsey-Studie geht von 175–185 000 berufstätigen Ärzten aus, die Kieler Studie von mehr als 216 000. Verwunderung muß hervorrufen, daß die Prognose von Krafft, Saunders und Straumann[5] mit 160 600 Ärzten im Jahr 1980 nicht die gleiche aufgeregte Reaktion (Stichwort: „Ärzteproletariat") hervorrief.

* erarbeitet als Stellungnahme für den Bund gewerkschaftlicher Ärzte in der Gewerkschaft ÖTV, Kreisverwaltung Bonn

Die Studienanfängerzahlen der ZI- und GSF-Studie stammen aus einer nicht belegten „Schätzung der Bundesärztekammer" (ZI, S. 3) bzw. „Vermutung der Bundesärztekammer" (GSF, S. 42). Im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer zum Ärztetag 1978 heißt es: „Die genaue Zahl der deutschen Studienanfänger im Fach Humanmedizin pro Jahr ist von seiten der Bundesärztekammer nicht zu ermitteln, da von der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) nur unvollständige Angaben zu erhalten sind[6b]".

Demgegenüber wurden 1977 nach Mitteilung von Westdeutscher Rektoren-Konferenz (WRK), ZVS, Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBW) und Wissenschaftsrat (WR) deutsche Studienanfänger wie folgt zugelassen:

BMBW:	8980*	(7)
WR:	8980*	(10)
ZVS:	9683*	(9)
WRK:	10471**	(8)

Über die Zahl der 1977 durch Gerichtsentscheid zugelassenen Studienbewerber existieren keine Unterlagen. Da jedoch die meisten Gerichtsurteile auf unzureichenden Kapazitätsausnutzungen basierten, dürfte deren Zahl inzwischen erheblich kleiner geworden sein, zumal inzwischen durch den als zeitlich begrenzt angegebenen „15%-Zuschlag" die offiziell angegebenen Kapazitäten der medizinischen Fachbereiche überschritten sein dürften.

Gegenüber den von der WRK angegebenen Zulassungszahlen liegen die „Annahmen" der ZI- und GSF-Studien um ca. 10% zu hoch, gegenüber den übrigen Angaben um etwa 19%. Zu diesen – milde ausgedrückt – Unsicherheiten in den Zahlengrundlagen kommt als Kritikpunkt, daß die einfache Umrechnung von Studienanfänger- auf Absolventenzahlen mit Hilfe der „linearen Trendgleichung" (GSF, S. 40/41) ungeeignet ist, da die Zulassungszahlen bisher weitgehend politischen Entscheidungen unterworfen waren[23]. Bedenkt man außerdem, daß die Autoren der Kieler Studie ihr Prognose-Modell einer entsprechenden Studie des Verbandes der Automobilindustrie über den zukünftigen PKW-Bestand entnommen haben (GSF, S. 9), werden die Fragezeichen noch größer. Schließlich kommt als grundlegender Mangel hinzu, daß Bedarfsüberlegungen in beiden Studien hinsichtlich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung keinerlei Rolle spielen (GSF, S. 3).

Die Studien der Standesorganisationen gehen weiter davon aus, daß die Zahl der Planstellen in den Krankenhäusern von 62000 (1976) auf 55000 im Jahr 1990 infolge des Abbaus des „Bettenberges" zurückgehen wird; damit würden in den Krankenhäusern jährlich nur 6500 Weiterbildungsstellen frei, so daß zwischen 1976 und 1990 nur 65 Prozent der neu approbierten Mediziner eine Stelle zur Weiterbildung bekommen könnten, 35 Prozent sich aber ohne jegliche Krankenhausweiterbildung sofort „in freier Praxis niederlassen" müßten. Damit stiege bis 1990 die Zahl der Kassenärzte auf 114000, was mit einer Zunahme der Ärztedichte um mehr als 60 Prozent gleichbedeutend sei (ZI, S. 7–10).

* ohne Zulassungen durch Gerichtsentscheide; diese sollen laut Mitteilung BMBW im Jahr 1976 950 betragen haben.

** 9548 + 923 (15%-Zuschlag an zusätzlichen Zulassungen im WS 1977/78)

Ohne an dieser Stelle auf technische Einzelheiten eingehen zu wollen, muß man zu den Studien und ihren Konsequenzen folgendes feststellen:

1. Neben den schon erwähnten Fehlern in Grundlage und Methode besteht ein weiterer methodischer Schnitzer darin, daß der Altersaufbau der derzeit berufstätigen Ärzte nur unzureichend berücksichtigt wird (GSF, S. 28). Nach McKinsey[6] befanden sich 1970 mehr als ein Drittel der berufstätigen Ärzte im Alter von 50–65 Jahren, so daß im Jahr 2000 nur noch 25–40% des Ärztebestandes von 1970 berufstätig sein wird. Unhaltbar ist auch, daß von Studienanfängerzahlen direkt auf Abgängerzahlen geschlossen wird. Die Studienabbruchquote wird damit gleich Null gesetzt. Nach empirischen Untersuchungen vor Einführung der AO lag die Studienabbruchquote zwischen 10% und 20%[12], McKinsey ging von ca. 15% aus. Für die Zeit seit Einführung der AO bzw. Novellierung der AO liegen noch keine empirischen Daten über Studienabbruch im Medizinstudium vor. Nach Mitteilung des Mainzer Zentralinstituts für Prüfungsfragen bestanden jedoch 16,7% die Physikumsprüfung nicht und – bei zunehmender Tendenz – 5,6% nicht die Erste Ärztliche Prüfung[13]. Wie sich die jetzt mit der Novellierung der AO eingeführte Verschärfung der Prüfungsbedingungen (60% aller Fragen müssen richtig beantwortet werden) auswirken wird, errechnete das Mainzer Institut wie folgt: ausgehend von der März-Prüfung 1977 würden die Mißerfolgsquoten unter der Voraussetzung gleich schwieriger Fragen und gleicher Vorbereitungsintensität auf rund 41% im Physikum und ca. 26% in der Ersten Ärztlichen Prüfung ansteigen; die Mißerfolgsquoten bei ausländischen Bewerbern sollen danach auf 60–70% im Physikum ansteigen[14].

2. Die Standesorganisationen gehen in ihren Studien offen davon aus, daß im Krankenhaussektor bis 1990 7000 ärztliche – und entsprechend mehr pflegerische – Arbeitsplätze verloren gehen, daß sich also Sparprogramme und Bettenstreichungspläne voll durchsetzen. Sie haben – von vereinzelten Ausnahmen abgesehen – nicht die Absicht, dagegen ernsthafte Schritte zu unternehmen, obwohl das Krankenhaus schon bisher die Hauptlast der Sparprogramme im Gesundheitswesen zu tragen hatte[11]. Dies wird auch in einer Mitteilung der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung bestätigt: „1976 führten Sparmaßnahmen der öffentlichen Hand und der Versuch, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen einzudämmen, dazu, daß freiwerdende Assistenzarztstellen vorübergehend nicht besetzt wurden bzw. daß seit langem unbesetzte Stellen aus den Stellenplänen gestrichen wurden. Von den Sparmaßnahmen wurden insbesondere Universitätskliniken und große Krankenhäuser in den Ballungsgebieten, die bisher ausreichend mit Ärzten versorgt waren, betroffen[11a]."

3. Die Standesorganisationen machen in diesen Studien und im organisierten „Echo" in den Standesblättern nicht einmal ansatzweise den Versuch, den Nachweis dafür anzutreten, daß ihrer Ansicht nach der Bedarf an Ärzten in allen Bereichen und Disziplinen bereits hinreichend gedeckt ist. Die noch immer vorhandenen Mängel in der Grundversorgung mit Primärärzten (Praktische Ärzte, Internisten, Gynäkologen und Kinderärzte)[15] wurden noch 1977 in einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen belegt: „Die Kassenarztdichte verbesserte sich zwischen 1965 und 1975 von 7,4 auf 7,9 Kassenärzte je 10000 Einwohner um insgesamt 6,8 v. H. Sie verschlechterte sich bei als Kassenärzte zugelassenen Allgemeinärzten von 4,4 auf 3,9 um 11,9 v. H. und verbes-

serte sich bei als Kassenärzte zugelassenen Fachärzten von 3,0 auf 4,0 um insgesamt 33,3 v.H."[16].

Die gleiche Untersuchung zeigt auch Arztdichten in 58 Planungsbereichen auf; dabei treten extreme Schwankungen von −32% bis +50% um den Bundesdurchschnitt auf; etwa 21 Planungsbereiche können als durchschnittlich richtig versorgt angesehen werden. Unterausgestattete Räume zeigen sich vor allem in Bayern, NRW und Niedersachsen; überwiegend ländliche Gebiete sind deutlich unterversorgt[16].

Daß im Öffentlichen Gesundheitsdienst etwa 2000 Stellen weniger besetzt sind als 1960 (1960: 4335; 1974: 2504)[4], daß nach einer Darstellung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten am 1. 1. 1977 noch 5–6000 Anästhesisten zur fachgerechten Versorgung der Krankenhäuser fehlen[17], daß bis zum Jahr 2000 noch mindestens 4000 Nervenärzte gebraucht werden[15], bleibt den Autoren der Studien ebenso verborgen wie der Bedarf im Rettungswesen, der vom Deutschen Städtetag mit etwa 35 000 Mitarbeitern angegeben wird[18]. Der Unfallverhütungsbericht 1976[19] ging davon aus, daß immer noch etwa 7000 der insgesamt 10 000 benötigten Werksärzte fehlen. Inzwischen sollen laut Deutsches Ärzteblatt bereits 6000 Werksärzte zur Verfügung stehen[20]. Hier handelt es sich jedoch nur um 6000 erworbene Zusatzbezeichnungen „Arbeitsmedizin" und nicht um 6000 Vollzeitwerksärzte[21].

Die ZI-Studie geht z. B. von 8500 Ärzten für Arbeitsmedizin, Öffentl. Gesundheitsdienst, Sozialleistungsträger, Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Polizei, Pharmaindustrie und Forschung für das Jahr 1976 aus, obwohl laut „Daten des Gesundheitswesens 1977" dort im Jahr 1974 schon 9780 Ärzte tätig waren[4]. Auf solchen mangelhaften Grundlagen halten die Verfasser der Studie dann für 1990 insgesamt 12 500 in allen genannten Bereichen für ausreichend (ZI, S. 8).

Diese – nur skizzenhaften – Hinweise auf Versorgungslücken und damit auch Bedarfsgrößen bewegen sich natürlich auf dem Boden der heutigen Struktur des Gesundheitswesens. Es bleibt wissenschaftlichen Untersuchungen vorbehalten zu klären, ob nicht ein integriertes System medizinischer Versorgung bei einer verbesserten Kosten-Nutzen-Beziehung aus gesellschaftlicher Sicht – wie es z. B. die ÖTV mit ihren „Perspektiven zur Gesundheitspolitik" vom Oktober 1977[11] vorgeschlagen hat – zu einer besseren Organisation und Verteilung der medizinischen Arbeitskräfte insgesamt in der Lage ist.

4. Die Studien wurden – wohl nicht zufällig – in einer Zeit angefertigt und propagandistisch aufbereitet, in der die Standesorganisationen die Folgen des von ihnen heftig bekämpften „Kostendämpfungsgesetzes" aufzufangen versuchen. Sie knüpfen an den tatsächlich erheblich gestiegenen Studienanfängerzahlen an und an den bekanntermaßen schlechter werdenden Ausbildungsbedingungen an den Hochschulen, um das Zerrbild massenhaft schlecht ausgebildeter und vor Krankenhäusern und Praxen Schlange stehender Mediziner („Ärzteproletariat" – bezeichnenderweise im diffamierenden Sinne eingesetzt) entstehen zu lassen. Die nach wie vor bestehenden strukturellen Probleme unseres Gesundheitswesens – die mit erhöhtem Ausstoß an Ärzten allein ohnehin nicht zu lösen sind – geraten dadurch aus dem Blickfeld. Im gegenwärtigen Klima des Sozialabbaus im Gesundheitssektor („Bettenberg") und Rentenbereich sehen die Standesorganisationen den Zeitpunkt als günstig an, um mit gezinkten Zahlen eine Drosselung der Zulassungen und damit Verschärfung des Numerus clausus zu erreichen.

5. Die „Ärzteschwemme" soll zur Überfüllung der „freien Praxis" und damit zu stagnierenden oder gar sinkenden Einkommen der Kassenärzte führen: „Vergleicht man nun diese Daten mit dem BAT-Gehalt eines angestellten Arztes im mittleren Lebensalter unter den Annahmen für die wirtschaftliche Gesamtentwicklung, so zeigt sich, daß in der Nähe des Jahres 1988 (warum eigentlich nicht 1984? d. Verf.) die Einkommenserwartung für einen niedergelassenen Arzt unter die eines angestellten Arztes fällt." (ZI, S. 26/27). Womit die „Katze" aus dem „Prognosen"-Sack wäre! Diese Schreckensvision ließ das Zentralinstitut und damit die Kassenärztliche Bundesvereinigung gleich noch durch einen weiteren „Gutachter" beweisen[22]. Hier kommt ein Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre „im Auftrage" und „nach bestem Wissen und Gewissen" zu dem Ergebnis, „daß die auf die gleiche Leistungseinheit bezogenen Einkommenssteigerungen bei den beschäftigten Arbeitnehmern die Geldentwertungsrate überkompensieren, bei den Ärzten die auf die Leistungseinheit bezogenen Einkommenssteigerungen dagegen nicht ausreichen, den Kaufkraftschwund auszugleichen. Bezogen auf die gleiche Leistung ist das reale berufsbezogene Nettoeinkommen des Arztes in 1975 gegenüber 1967 um 3,5% gesunken."

6. Die Konsequenzen der Diskussion um die sog. „Ärzteschwemme" erinnern in fataler Weise an die Kampagne der Bundesärztekammer Anfang der 60er Jahre vor Einführung des Numerus clausus, als diese in Flugblättern die Abiturienten vor Aufnahme eines Medizinstudiums warnten und der Ärztetag 1962 in einer Resolution warnte: „Der 65. Deutsche Ärztetag fordert daher alle verantwortungsbewußten Kräfte auf, an der Beseitigung der augenblicklichen Fehlentwicklung mitzuwirken. Er warnt vor einer weiteren Propaganda des Medizinstudiums, die rasch zu einem Ärzteproletariat führen kann[23]."

Anmerkungen

1 Vgl. Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 45/1977, S. 2666 ff: Steigende Arztzahlen, sinkende Arzteinkommen; DÄ 8/78, S. 405 ff: Wissenschaftsrat: Nachwuchsflut gefährdet Ausbildung, Weiterbildung und Status der Ärzte.

2 Schwartz: Strukturelle und materielle Aspekte der zukünftigen ärztlichen Versorgung; Vortrag Hauptversammlung des Hartmann-Bundes 21. 10. 77 Baden-Baden Hrsg.: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1977.

3 Beske/Rüschmann: Zur Problematik von Personalprognosen im Gesundheitswesen, Deutscher Ärzteverlag, Köln-Löwenich 1977.

4 BMJFG (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1977.

4a DÄ 20/1977, Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; Ergebnisse der Ärztestatistik zum 1. Jan. 1977, S. 1351 ff.

5 Krafft/Saunders/Straumann: Hochqualifizierte Arbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland bis 1980, Bonn 1971.

6 McKinsey & Co.: Ausbildungsbedarf für Mediziner bis zum Jahr 2000, München 1974.

6a Vgl. Buchbesprechung in: Argument, AS 12, Soziale Medizin (VII), S. 247.

6b Tätigkeitsbericht '78 der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) zum 81. Ärztetag in Mannheim, Köln-Löwenich April 1977, S. 24.

7 Mitteilung BMBW vom 12. April 1978.

8 Mitteilung WRK vom 3. 4. 1978.

9 Mitteilung der ZVS Dortmund vom 6. 4. 1978.

10 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum siebenten Rahmenplan für den Hochschulbau 1978–1981, Bd. 5, Bauvorhaben der Medizin.

11 Hauptvorstand der ÖTV: Perspektiven zur Gesundheitspolitik Stuttgart 1977.

11a Informationen der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit Nr. 3/78: Zur Berufssituation der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland, S. 17; Frankfurt/Main, März 1978.

12 Krähe: Studienabbruch und Studienfachwechsel bei Medizinstudenten, HIS-Brief 8, Institut für Ausbildungsforschung München 1970.

13 Krämer (Direktor des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen in Mainz) in: DÄ 5/78, S. 257 ff.

14 Krämer, in: DÄ 4/78, S. 188 ff.

15 Bund Demokratischer Wissenschaftler: Wissenschaftler – Bedarfsplan des BdWi 1978–1980, Marburg 1977.

16 Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Materialien zur kassenärztlichen Bedarfsplanung, Teil 1: Die regionale Verteilung der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn – Bad Godesberg 1977.

17 Die Ortskrankenkasse 3/78, S. 131.

18 WSI-Mitteilungen 4/1976, S. 193.

19 BuMiAS (Hrsg.): Unfallverhütungsbericht 1976, S. 118.

20 DÄ 14/78, S. 797.

21 Die Ortskrankenkasse 5/78, S. 207.

22 Sieben/Goetzke: Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte, Vergleichende Studie über die Entwicklung der verfügbaren Nettoeinkommen von niedergelassenen Ärzten und Arbeitnehmern; Gutachten im Auftrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Köln 1978.

23 Thelen: Numerus clausus und Ärzteschaft, Gießen 1974, S. 143.

Eberhard Göpel

Die bildungs- und gesundheitspolitische Bedeutung einer medizinischen Curriculumreform am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld

Die ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik ist durch die Approbationsordnung von 1970 gesetzlich geregelt. Durch mehrfache bundeseinheitliche schriftliche Prüfungen (innerhalb der 12-semestrigen Ausbildung sind 4 Staats-Prüfungen zu absolvieren) und durch eine extreme Forderung obligatorischer Veranstaltungen ist der Spielraum für die praxisnahe Erprobung struktureller Reformen innerhalb des Medizinstudiums in der Bundesrepublik praktisch beseitigt worden.

Hinzu kommt, daß auch an den medizinischen Fakultäten bei deren gegenwärtigem Aufbau keinerlei Voraussetzungen für eine grundlegende Curriculumentwicklung und -evaluation bestehen.