

Wie viele Ärzte braucht das Land? Eine falsch gestellte Frage

Die Leibärzte des Sonnenkönigs

Der Anblick für die anwesenden Gäste muss eindrücklich gewesen sein: Kaum hatte Ludwig XIV., der französische „Sonnenkönig“, ein Glas Wein getrunken, sprudelte die Hälfte des Getrunkenen zu seiner Nase wieder heraus. Grund war ein Defekt im Gaumen – eine unerwünschte Komplikation der Maßnahmen seines Leibarztes. Dieser hatte ihm alle Zähne gezogen, zur größeren Glorie Frankreichs und seiner Majestät. „Zum Zweck der Desinfektion habe ich seiner Majestät das Loch im Gaumen 14mal mit einem glühenden Eisenstab ausgebrannt“, notiert Dr. Daquin einen Monat später. Waren doch nach unbestrittener Lehre der Pariser Universität Sorbonne, der Dr. Daquin entstammte, die Zähne die gefährlichsten Infektionsherde des menschlichen Körpers. Ob die vereinten Bemühungen seiner Leibärzte Dr. Vallon, Dr. Faggon und Dr. Daquin der königlichen Gesundheit mehr Schaden als Nutzen zugefügt haben, sei dahingestellt. Dem absolutistischen Selbstverständnis des großen Monarchen – „L'Etat, c'est moi!“ („Der Staat bin ich!“) – haben seine Leiden keinen Abbruch getan.

Leibärzte – griechisch Archiatros, „Chefarzt“ in einem anderen Sinn als gewöhnlich – standen rund um die Uhr in Bereitschaft und zur Verfügung. Ob dieses besondere Modell personalisierter Medizin tatsächlich ein Optimum an medizinischer Versorgung gewährleistet hat, gar ein Optimum an Gesundheit? Das tödliche Ringen König Ludwig II. von Bayern mit seinem Psychiater Dr. Gudden im Wasser des Starnberger Sees weist auch auf möglicherweise gesundheitsschädigende

(Leib-)Arzt-Patienten-Interaktionen. „Ich brauche keine Ärzte, die mir meine Laster verbieten, sondern solche, die sie mir ermöglichen!“, soll ein römischer Kaiser gefordert haben. Das Diktum ist erhellend für eine Medizin, welche sich gerade im Umfeld der Überversorgung von der therapeutischen Notwendigkeit entfernt und sich zunehmend zu einer wunscherfüllenden Medizin wandelt.

Medizinische Versorgung in der Sozialgesetzgebung

Im Licht der Sozialgesetzbücher (SGB) verbietet sich derartiges Agieren, zumindest auf Kosten der Solidargemeinschaft. § 70 SGB V bestimmt zu Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“. Aus heutiger Perspektive läge in den geschilderten historischen Fällen Über- und Fehlversorgung, mangelnde Evidenzbasis und fehlende Wirtschaftlichkeit vor. Dies ist natürlich ein Anachronismus. Vor weitergehenden Werturteilen, die über eine nüchterne Beurteilung in der Sache hinausgehen, sollten wir uns hüten. Vermeidbare ärztliche (Kunst-)Fehler in der Vergangenheit sind aus heutiger Sicht ohnehin kaum mehr zu beurteilen. Eine mögliche Schlussfolgerung bleibt dennoch: Mehr ist nicht zwangsläufig besser, auch nicht bei der ärztlichen Versorgung. Und „mehr“ ersetzt nicht die prioritären Aspekte von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit.

Sektoren des Gesundheitswesens und der professionelle „Mix“

Auch ein Zuwenig an ärztlicher, (psycho-)therapeutischer und pflegerischer Versorgung schadet mit großer Sicherheit der Gesundheit. Dies gilt für die kurative und rehabilitative Medizin einschließlich der Pflege. Es gilt auch für Prävention und Gesundheitsförderung. Damit stellt sich die Frage nach dem richtigen „Mix“ der Heil- und Hilfsberufe: innerhalb der vier Sektoren – von Kuration, Rehabilitation, Pflege und Prävention – und auch zwischen den Sektoren. In der Fachdiskussion wird seit langem ein Zuwenig an Prävention und Gesundheitsförderung beklagt.

Noch immer erhält die medizinisch-pflegerische *Reaktion auf* eingetretene Krankheiten Vorrang vor einem vorausschauenden, längerfristig angelegten *Schutz vor* Erkrankung. Dies ist auch Folge eines Zuwenig an aufgeklärter, wissenschaftlicher Steuerung im Gesundheitswesen. Richtig ist, dass sich der Erhalt der Gesundheit und die Heilung beziehungsweise Linderung von Krankheit *komplementär, nicht identisch* zu einander verhalten. Mehr als die Hälfte der in den letzten hundert Jahren sich verdoppelnden *Lebenserwartung* ist auf präventive Public-Health- beziehungsweise Hygienemaßnahmen im weiteren Sinn zurückzuführen, nicht auf individualmedizinische Behandlungsleistungen. Demgegenüber ist der Großteil der verbesserten *Überlebenschancen und Lebensqualität bei Krankheit und Verletzungen* von der kurativen und rehabilitativen medizinischen und pflegerischen Versorgung bewirkt.

Ärzteangebot und Ärztebedarf

Konzentrieren wir uns auf die höchstqualifizierte Berufsgruppe der Heil- und Hilfsberufe: die Ärztinnen und Ärzte. Der objektivierbare Bedarf an haus- und fachärztlichen Leistungen wird absehbar auf Grund demographischer und epidemiologischer Entwicklungen in Deutschland wie in allen entwickelten Marktwirtschaften hoch bleiben. Zudem wird die Zunahme des Machbaren wie des Gewünschten Auswirkungen auf die, teilweise subjektive, Nachfrage nach Ärzten und anderen Heil- und Hilfsberufe haben. Wie ist dem gegenüber die Entwicklung der Ärztezahlen auf der Angebotsseite zu bewerten? Seit vielen Jahren steigt jährlich die Zahl der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte um knapp 2 Prozent. Fast eine halbe Million Ärztinnen und Ärzte sind in Deutschland gemeldet. Von diesen gemeldeten Ärztinnen und Ärzten sind drei Viertel berufstätig, deutlich über 300.000. Etwa jeder bzw. jede Zehnte kommt aus dem Ausland, zumeist von innerhalb Europas.

Innerhalb der Ärzteschaft ist eine bemerkenswerte demographische Veränderung zu verzeichnen: eine steigende Ärztinnenzahl. Ärztinnen haben derzeit einen Anteil von knapp der Hälfte an der Gesamtzahl berufstätiger Ärzte, bei den Studienanfängern sind zwei von drei weiblich. Bei Berufsausübung finden sich bei Ärztinnen vermehrt Teilzeittätigkeiten. Auch bei jüngeren männlichen Ärzten der Generation Y, die nach 1980 geboren sind, ist die effektiv eingebrachte Arbeitszeit gegenüber früheren Jahrgängen reduziert.

Hinzu kommt, dass diese personellen Kapazitäten zwischen den ambulanten Praxen und den Krankenhäusern zunehmend ungleich verteilt sind. Verglichen mit früher bleibt ein größerer Anteil der Ärztinnen und Ärzte weiterhin im Krankenhaus angestellt tätig, auch wenn der Facharzt erworben ist. Dies ist verbunden mit einem relativen

Rückgang der Facharztqualifikationen in der Allgemeinmedizin als Vorbereitung auf eine hausärztliche Tätigkeit – ein europaweiter Trend. Insbesondere Ärztinnen streben zudem bei einem Wechsel in die ambulante Versorgung oft eine angestellte Tätigkeit an, nicht die Selbstständigkeit. Das Saldo an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten ist im ambulanten Sektor von Jahr zu Jahr jedoch noch immer positiv. Allerdings erklärt das Gesagte das Paradox von insgesamt steigenden *Ärztzahlen* bei gleichzeitig sinkender verfügbarer ärztlicher *Arbeitskapazität* in einer Reihe von Bereichen.

Die steigende Ärztezahll im stationären Sektor ist auch die notwendige Folge einer Leistungsverdichtung, die in Deutschland zu von Jahr zu Jahr höheren Zahlen an Krankenhaus-Behandlungsfällen trotz sinkender Bettenzahlen geführt hat. Möglich wurde dies durch verkürzte Liegezeiten im Krankenhaus. Bei insgesamt steigendem Personalbedarf im stationären Sektor und vielfachen Zulassungssperren in den kassenärztlichen Versorgungsgebieten klettert auch der Anteil älterer Ärzte in den Krankenhäusern nach oben.

Erfolgt dann die Niederlassung zu einem späteren Zeitpunkt, hebt sich in der Konsequenz das Durchschnittsalter in der ambulanten Versorgung. Damit verkürzt sich naturgemäß die Verfügbarkeit dieser Ärzte in der ambulanten Versorgung bis zum Eintritt in die Rente. Dies sind zunächst nüchtern erwerbsbiographisch erklärbare Phänomene. In einem System kommunizierender Röhren dürfte sich ein freiwerdender Kassenarztsitz im ambulanten Sektor rasch wieder besetzen lassen – wenn er denn attraktiv ist.

Dies ist im ländlichen Regionen nicht immer der Fall. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern weisen mahnend auf unbesetzte Kassenarztsitze insbesondere in ländlichen Regionen hin. Die Ersatzkassen beklagen, dass zwar in bestimmten strukturschwachen

Regionen knapp 1.000 Ärzte fehlen; diesen unbesetzten Kassenarztsitzen stehen jedoch gleichzeitig etwa 25.000 nach dem Bedarfsplan überzählige Ärzte in den attraktiven und damit überversorgten Regionen gegenüber.

Lässt sich aus diesen Gegebenheiten die Notwendigkeit steigender Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin ableiten, gar ein absehbarer allgemeiner Ärztemangel? Der Medizinische Fakultätentag äußert sich hierzu dezidiert ablehnend. Von ihm wurde eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes zu Absolventenzahlen veranlasst. Diese belegt deutliche Ausbildungssteigerungen der Medizinischen Fakultäten in den letzten Jahren und Höchstzahlen beim medizinischen Nachwuchs. Ganz überwiegend will dieser auch klinisch tätig werden: 19 von 20 Absolventen äußern sich entsprechend. Die Quote von 90 Prozent erfolgreichen Studienabschlüssen in der Humanmedizin ist zudem eine Bestnote verglichen mit dem bundesweiten Durchschnittswert von nur drei Vierteln bei allen Studiengängen. Ein vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenes Gutachten (Ramboll-Gutachten) stellt auch fest, dass unter jenen, die in verschiedene Führungs- und Managementfunktionen im Gesundheitswesen wechseln, über die Hälfte die klinische Tätigkeit erst nach der fachärztlichen Weiterbildung aufgeben. Studien, die sich mit den genannten Daten nicht decken, sollten wegen wahrscheinlicher methodischer Mängel mit Zurückhaltung aufgenommen werden. Es ist also eine differenzierte Diskussion angezeigt.