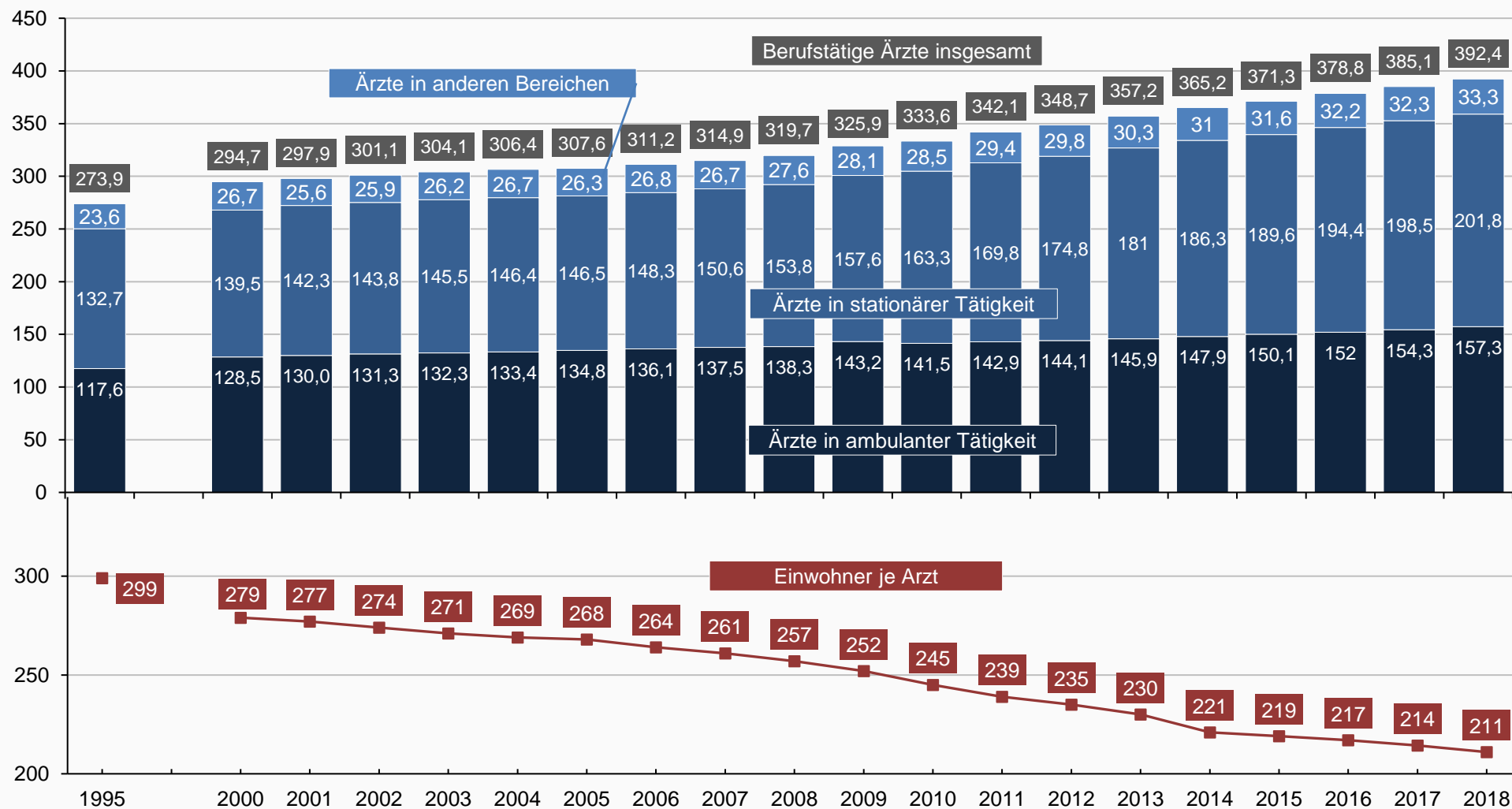


# Ärzte<sup>1)</sup> nach Tätigkeitsbereichen und Arztdichte 1995 - 2018 in Tausend, am Jahresende



1) Berufstätige Ärztinnen und Ärzte

Quelle: Bundesärztekammer (zuletzt 2019), Ärztestatistik

## Trotz steigender Zahl der Ärzte und Ärztinnen zum Teil kritische Lage in der ambulanten Versorgung

### Kurz gefasst:

- Seit Jahren steigt die Zahl der berufstätigen Ärzt\*innen. Im Jahr 2018 lag die Zahl bei rund 392 Tausend. Dies entspricht einem Zuwachs von 43 Prozent seit 1995.
- Die Arztdichte verbessert sich ebenfalls seit Jahren. So kamen im Jahr 1995 auf einen Arzt bzw. eine Ärztin 299 Einwohner\*innen, bis 2018 reduzierte sich die Zahl auf 211 Einwohner\*innen.
- Dies bedeutet allerdings nicht, dass sich die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten laufend verbessert hat. Eher das Gegenteil ist der Fall:
  - Nur knapp 40 % aller Ärztinnen und Ärzte sind als niedergelassene Vertragsärzte tätig. Ihre Zahl ist zwar ebenfalls in den letzten Jahren gestiegen, aber der Zuwachs an allen Ärzt\*innen geht vor allem auf den Zuwachs bei Krankenhausärzt\*innen zurück.
  - Unter den Vertragsärzt\*innen ist zudem der Anteil der Fachärzt\*innen stärker gestiegen als der Anteil der Hausärzt\*innen.
  - Der Arztberuf wird zunehmend in Teilzeit ausgeübt. Immer mehr Frauen sind als niedergelassenen Ärztinnen tätig. Sie arbeiten häufiger auf Teilzeitbasis mit der Konsequenz kurzer Sprechstundenzeiten. Zudem hat grundsätzlich die Zahl der angestellten Ärzt\*innen zugenommen, die häufig ebenfalls nur in Teilzeit tätig sind.
- Entscheidend für die Bewertung der Versorgungslage ist vor allem die regionale Verteilung der Ärzt\*innen. Mit Blick auf die vertragsärztliche Versorgung (vgl. Abbildung im Anhang) zeigt sich, dass diese regional sehr unterschiedlich ausfällt. Insbesondere für die Situation in ländlichen Regionen hat sich der Versorgungsgrad mit Hausärzten verschlechtert. Aber auch bei der Versorgung mit Fachärzten muss nach den einzelnen Facharztgruppen und nach Regionen unterschieden werden. Zentren mit einem hohen Angebot meist hochspezialisierter Facharztpraxen stehen Regionen und Versorgungsbereiche mit Versorgungsdefiziten gegenüber.
- Gesetzlich Versicherte stehen damit in vielen Fällen vor der Situation lange Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen. Das ist auch gesundheitspolitisch ein Problem, wenn womöglich ernsthafte Krankheiten zu spät erkannt oder verschleppt werden.
- Bei der regional hoch unterschiedlichen Versorgung mit Fachärzten spielen Einkommensmotive eine wichtige Rolle. Da die Vergütungen der privaten Krankenversicherung erheblich besser sind als die der gesetzlichen Krankenversicherung, gibt es eine enge Verbindung zwischen dem Anteil an Privatversicherten in der Bevölkerung und der Fachärztedichte. Überversorgungen finden sich entsprechend in Regionen mit

einem hohen Anteil an Privatversicherten, während es in den unterversorgten ländlichen Gebieten, und hier insbesondere in den neuen Bundesländern, kaum Privatversicherte gibt.

- Die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten, ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Zusammenarbeit mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen. Durch verschiedene Mittel wird – bislang weitgehend erfolglos – versucht, dieser Entwicklung gegenzusteuern, so durch finanzielle Anreize bei einer Niederlassung, durch besondere Vergütungszulagen und den Aufbau besonderer integrierter Versorgungsformen (Medizinische Versorgungszentren). Um die langen Wartezeiten auf Termine für gesetzlich Versicherte zu verkürzen, wurde im Mai 2019 das sog. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet. Vorgegeben ist, dass das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für Kassenpatienten 25 Stunden beträgt. Ergänzend sollen regionale Terminservicestellen der KVen Patienten innerhalb von vier Wochen einen Termin beim Facharzt oder beim Psychotherapeuten vermitteln. Inwieweit die dort beschlossenen Maßnahmen zielführend sind, muss sich noch zeigen.

## Hintergrund

Im Jahr 2018 gab es in Deutschland etwa 392 Tausend berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Davon sind 157,3 Tausend bzw. 40,1 % ambulant und gut 201,8 Tausend bzw. 51 % stationär tätig (im Detail vgl. [Abbildung VI.22a](#)). Ärzt\*innen in anderen Bereichen (33,3 Tausend, 8,5 %) sind u.a. in Behörden, Körperschaften oder Forschungseinrichtungen tätig.

Von Jahr zu Jahr steigt die Zahl der berufstätigen Ärzt\*innen. Im Vergleich zu 1995 ist ein Zuwachs von rund 43 Prozent zu verzeichnen. Der Anstieg im Bereich der ambulant tätigen Ärzt\*innen ist mit 34 Prozent moderater als im Bereich der stationär tätigen Ärzt\*innen, die einen Zuwachs von 52 Prozent seit 1995 aufweisen.

Der Anstieg der Zahl der Ärzt\*innen spiegelt sich in der Entwicklung der Arztdichte, der Zahl der berufstätigen Ärzt\*innen in Relation zur Gesamtbevölkerung, wider: Während 1995 ein Arzt bzw. eine Ärztin auf 299 Einwohner\*innen kam, waren es 2018 nur noch 211 Einwohner\*innen. Eine steigende deutschlandweite Arztdichte lässt allerdings noch keine Aussage über den Versorgungsgrad der Bevölkerung zu. Auch ein Ärztemangel ist nicht ausgeschlossen. Denn bei der Bewertung der Versorgungslage kommt es auf verschiedene Punkte an, u.a. auf die regionale Verteilung der Ärzt\*innen, auf die Unterscheidung nach ambulanter (meist vertragsärztlicher) bzw. stationärer Versorgung, sowie die Tatsache, dass es trotz der weitgehend konstanten Bevölkerungszahl zu angestiegenen Behandlungszahlen (behandelte Patient\*innen in einer Zeiteinheit) und Behandlungsintensität (medizinische Leistungen je Fall) gekommen ist.

Ursächlich für Letzteres sind u.a. steigende Krankheitshäufigkeiten und komplexere Krankheitsbilder infolge des Alterungsprozesses der Bevölkerung. Es ist aber auch nicht zu verkennen, dass Ärzt\*innen in der Lage sind, die Nachfrage nach ihren Leistungen zu beeinflussen. Denn

letztlich entscheiden sie, was als gesund und krank zu gelten hat, welche Diagnosen und Therapien zum Zuge kommen oder ob Wiedervorstellungen als erforderlich gehalten werden.

Da der weit überwiegende Teil der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist (88 %, vgl. [Abbildung VI.4](#)), ist für die Versorgungslage im ambulanten Sektor die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, entscheidend. 2018 waren dies rund 175 Tausend (im Detail vgl. [Abbildung VI.22](#)). Es gibt aber auch sogenannte ermächtigte Ärzt\*innen, bspw. Klinikärzt\*innen mit einer vertragsärztlichen Zulassung.

In der vertragsärztlichen Versorgung wird zwischen Haus- und Fachärzt\*innen unterschieden, wobei der Verbesserung der fachärztlichen Versorgung in den letzten Jahren eine Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung gegenübersteht. Unter den Vertragsärzt\*innen sind 2018 weniger als die Hälfte (42,9 %) als Hausärzt\*innen zugelassen, etwas mehr als die Hälfte (57,1 %) als Fachärzt\*innen (vgl. [Abbildung VI.22](#)). Durch den Anstieg der Fachärzt\*innen ist es zu einer (teuren) Doppelstruktur gekommen, da neben der Ausweitung der ambulanten fachärztlichen Versorgung die hochtechnisierte fachärztliche Versorgung in den Krankenhäusern steht.

Die regionale Verteilung und damit die wohnortnähe ist entscheidend für die ärztliche Versorgungslage. Die Verteilung der Vertragsärzt\*innen auf Kreisebenen ist in Deutschland sehr unterschiedlich (vgl. Abbildung im Anhang). Sie variiert von Kreisen mit einer Betreuungsrelation von etwa 1:253 (Arzt:Einwohner) bis zu einer Relation von ca. 1:1.186. Der Median liegt bei einem Vertragsarzt bzw. einer Vertragsärztin auf 667 Einwohner\*innen. Ein großer Teil der Relation liegt dicht um den Median. Immerhin 58 % der Kreise und kreisfreien Städte weisen Relationen zwischen 1:567 und 1:767 auf. Unterhalb der Relation von 1:567 liegen weitere 29 %, so dass nur für einen geringen Teil ungünstigere Relationen als 1:767 vorliegen.

In einigen Regionen (bspw. Bayern oder Rheinland-Pfalz) zeigt sich eine Polarisierung dort, wo flächenmäßig kleine Landkreise von Flächenlandkreisen umgeben werden: in den kleinen Landkreisen ist die Vertragsarztdichte günstiger, in den umliegenden Landkreisen eher ungünstiger. Dies passt in die Logik der Bedarfsplanung für Vertragsärzte, wonach Zentren die umliegenden Regionen in Bezug auf Fachärzt\*innen mitversorgen (sollen). Daher sind in Großstädten günstigere Verhältniszahlen (Arzt:Einwohner) vorgesehen, als in den umliegenden Regionen. An diesem Vorgehen wird Kritik geäußert, da es eine ungleiche Verteilung insbesondere zwischen Stadt und Land verfestigt. Ansonsten zeigt sich ein durchmischtes Bild bei dem in jedem Bundesland unterschiedliche Verteilungen in höhere und niedrigere Dichten vorliegen. Nun kann auch mit Kreisdaten nur wenig über die wohnortnahe Versorgungslage gesagt werden, die Zahlen deuten aber zumindest an, dass die kleinräumige Verteilung noch einmal deutlich anders ist als die bundes- und länderweite durchschnittliche Versorgung.

Die Steuerung des vertragsärztlichen Angebotes erfolgt in erster Linie über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Aufgabe, mittels einer Bedarfsplanungs-Richtlinie die Verteilung von Ärzten bevölkerungsbezogen im Raum zu regeln. Dabei werden vor allem die räumlichen Bezüge der Planung und die Zahl der Ärzte festgelegt, die für die bedarfsgerechte Versorgung

der Bevölkerung benötigt werden. Dies erfolgt über die Festlegung eines Verhältnisses von Einwohnern je Arzt (Verhältniszahlen). Aus dem Vergleich der Ist- und Sollzahlen berechnet sich der Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100 v.H. bedeutet, dass genau so viele Ärzte zugelassen sind, wie auch benötigt werden. Bei einem Versorgungsgrad von mehr als 110 v.H. ist Überversorgung anzunehmen. Ob eine Überversorgung besteht, wird vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt. Ist dies der Fall, ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen an und der betreffende Planungsbereich wird für Neuzulassungen gesperrt. Ärzte, die in eigener Praxis ambulant tätig werden und GKV-Patienten behandeln möchten, können sich dann nur noch niederlassen, wenn sie die Praxis eines ausscheidenden Vertragsarztes übernehmen. Der Zustand einer Überversorgung wird aber erst dann verändert, wenn KVen frei werdende Praxen in überversorgten Städten aufkaufen und im Gegenzug auf dem Land für Ärztenachwuchs sorgen.

Fraglich bei der Bedarfsplanung ist, ob die Planungsbereiche in ihrer Größenordnung so ausgewiesen werden, dass sie auch Aussagen über eine wohnortnahe Versorgung zulassen. Durchschnittszahlen für die Stadt Berlin sagen beispielsweise wenig darüber aus, wie die Versorgung in den einzelnen Bezirken und Stadtteilen aussieht.

Bei der regional unterschiedlichen Versorgung mit Vertragsärzt\*innen spielen Einkommensmotive eine wichtige Rolle – insbesondere bei Fachärzt\*innen. Da die Vergütungen der privaten Krankenversicherung erheblich besser sind als die der gesetzlichen Krankenversicherung, gibt es eine enge Verbindung zwischen dem Anteil an Privatversicherten in der Bevölkerung und der Fachärztedichte.

Durch verschiedene Mittel wird – bislang weitgehend erfolglos – versucht, der Unterversorgung im ländlichen Raum gegenzusteuern, so durch finanzielle Anreize bei einer Niederlassung, durch besondere Vergütungszulagen und den Aufbau besonderer integrierter Versorgungsformen (Medizinische Versorgungszentren). Das im Mai 2019 in Kraft getretene „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung ([Terminservice- und Versorgungsgesetz/TSVG](#))“ soll dazu beitragen, lange Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen. Dazu soll u.a. die Erreichbarkeit der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen verbessert, das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzt\*innen erhöht und das Angebot an offenen Sprechstunden ohne Termin ausgeweitet werden. Inwieweit diese Maßnahmen erfolgreich sein werden, muss sich noch zeigen.

## Methodische Hinweise

Die Daten der Hauptabbildung entstammen aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK). Die Daten der Abbildung im Anhang entstammen aus der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die sich auf Informationen aus dem Bundesarztregister stützt.

In der Ärztestatistik der BÄK werden alle in Deutschland berufstätigen Ärzte erfasst. In der Statistik der KBV werden dagegen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten berücksichtigt. Die Vertragsärzte fallen in der Statistik der BÄK überwiegend in die Rubrik „ambulant“. Die Psychotherapeuten sind dort nicht erfasst. Dafür berücksichtigt die BÄK-Statistik auch Krankenhausärzte, reine Privatärzte und Weiterbildungsassistenten.

Bei der Messung der Arztdichte wird lediglich von der Zahl der Ärzt\*innen ausgegangen. Nicht berücksichtigt wird die eingesetzte Arbeitszeit.

### Monatsgrafik November 2019 – Kontakt:

Prof. Dr. Gerhard Bäcker | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | 0203 379 2573 | [gerhard.baecker@uni-due.de](mailto:gerhard.baecker@uni-due.de)

Lina Zink | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | 0203 37 92196 | [lina.zink@uni-due.de](mailto:lina.zink@uni-due.de)