

Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe

Vera Demary / Oliver Koppel, September 2013

In Deutschland existieren aktuell weder Anzeichen für einen Arbeitsmarktengpass bei Ärzten noch Evidenz für einen oft beklagten Braindrain von Ärzten ins Ausland. Bis 2015 scheiden jährlich 6.600 Ärzte altersbedingt aus dem Erwerbsleben aus. Ihnen stehen aber knapp 10.000 Absolventen gegenüber. Zudem sind hierzulande 31.000 Ärzte tätig, die mit einem im Ausland erworbenen Abschluss zugewandert sind. Dagegen arbeiten nur bis zu 24.000 in Deutschland ausgebildete Ärzte im Ausland. Zuletzt kamen auf 1.000 Einwohner mehr als 3,8 praktizierende Ärzte, womit Deutschland bei der Ärztedichte in der internationalen Spitzengruppe liegt. Große Unterschiede existieren jedoch in der regionalen Verteilung. Bedingt durch die fortschreitende Alterung der Ärzteschaft steht Deutschland vor der Herausforderung eines kontinuierlich steigenden Ersatzbedarfs. So müssen nach dem Jahr 2025 jedes Jahr bereits 9.500 Ärzte ersetzt werden. Besonders die weiter erleichterte Zuwanderung im Ausland ausgebildeter Humanmediziner ermöglicht es jedoch, den steigenden Bedarf an Ärzten auch künftig zu decken.

Stichwörter: Arbeitsmarkt für Ärzte, Ärztemigration, Demografie der Ärzteschaft

JEL-Klassifikation: J11, J45, I19

Der deutsche Arbeitsmarkt für Humanmediziner auf einen Blick

In Deutschland gab es im Jahr 2010 insgesamt 373.100 erwerbstätige Humanmediziner. Der Begriff Humanmediziner umfasst im Folgenden alle Personen, die über einen Studienabschluss eines humanmedizinischen Studiums verfügen und auf dem Arbeitsmarkt aktiv sind. Der Begriff Arzt spezifiziert all jene Humanmediziner, die eine kurative Tätigkeit in einer Klinik, Praxis oder sonstigen Einrichtung des Gesundheitswesens ausüben. Sie machen den Großteil (rund 86 Prozent bzw. 322.000) der Humanmediziner aus (Tabelle 1). Die restlichen 14 Prozent Humanmediziner gingen im Hauptberuf einer nicht kurativen Tätigkeit nach, beispielsweise in der klinischen Forschung oder als Hochschullehrer.

Im Jahr 2010 waren knapp 44 Prozent der Humanmediziner Frauen (163.500). Damit lag der Frauenanteil etwas höher als im Durchschnitt der übrigen akademischen Fachrichtungen (42 Prozent). Gut 86 Prozent der Humanmediziner in Deutschland arbeiteten in Voll-

zeit. Mit nur rund 14 Prozent war die Teilzeitquote damit vergleichsweise niedrig. Zum Vergleich: Bei den Akademikern ohne die naturwissenschaftlich-technischen Qualifikationen lag sie 2010 bei rund 23 Prozent (Anger et al., 2013).

Der wichtigste Arbeitsplatz für Humanmediziner in Deutschland sind Krankenhäuser. Knapp 48 Prozent oder 178.000 von ihnen waren 2010 dort tätig. Arztpraxen folgten mit knapp 37 Prozent beziehungsweise 137.000 dort erwerbstätigen Humanmedizinern erst auf Rang zwei. Dementsprechend war die Mehrzahl der erwerbstätigen Humanmediziner nicht selbstständig tätig (64,2 Prozent). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen war der Anteil der Selbstständigen unter den Humanmedizinern mit knapp 36 Prozent dennoch hoch. Bei den erwerbstätigen Ingenieuren beispielsweise lag er lediglich bei knapp 24 Prozent (Koppel, 2012).

Tabelle 1

Erwerbstätige Humanmediziner auf einen Blick

2010, absolut und in Prozent

Erwerbstätige Humanmediziner insgesamt	373.100
Davon:	
Männer	209.600 (56,2 %)
Frauen	163.500 (43,8 %)
In Vollzeit tätig	321.000 (85,9 %)
In Teilzeit tätig	52.000 (14,1 %)
Selbstständig tätig	133.400 (35,8 %)
Nicht selbstständig tätig	239.700 (64,2 %)
Mit Promotion	192.000 (51,4 %)
Ohne Promotion	182.000 (48,6 %)
Im Beruf Humanmediziner und im Gesundheitswesen tätig („Ärzte“)	322.000 (86,3 %)
Nicht im Beruf Humanmediziner oder nicht im Gesundheitswesen tätig	51.200 (13,7 %)
In Krankenhäusern oder Kliniken tätig	178.000 (47,8 %)
In Arztpraxen tätig	137.000 (36,7 %)
In sonstigen Branchen tätig	58.000 (15,5 %)

Rundungsdifferenzen möglich.

Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Voraussetzung für die Tätigkeit als Arzt ist unter anderem der Abschluss eines Studiums der Humanmedizin. In der Regel erfolgt der Studienabschluss über ein Staatsexamen. Im Jahr 2011 absolvierten deutschlandweit 9.500 Erstabsolventen ein Fachstudium der Humanmedizin mit dem Staatsexamen (Statistisches Bundesamt, 2012a). Dazu kamen lediglich 99 Erstabsolventen mit einem Bachelorabschluss. Der Abschluss des Studiums eröffnet den Zugang zur Promotion, die aber nicht für die Tätigkeit als Arzt vorausgesetzt wird.

Von den erwerbstätigen Humanmedizinern wiesen im Jahr 2010 192.000, also etwas mehr als die Hälfte, einen Promotionsabschluss auf.

Humanmediziner und Ärzte in Deutschland: Braindrain oder Braingain?

Häufig wird regelmäßig eine gravierende Abwanderung von Ärzten aus Deutschland konstatiert, die für den deutschen Staat mit Verlusten in Milliardenhöhe in Form entgangener Steuern und Sozialabgaben verbunden sein soll (beispielhaft Schiner, 2009; SZ, 2010). Isoliert betrachtete Daten zur Abwanderung sind jedoch nicht aussagefähig, sondern müssen immer saldiert um die entsprechende Zuwanderung betrachtet werden. Insgesamt führt die dauerhafte Abwanderung eines in Deutschland ausgebildeten Akademikers zu zwei fiskalischen Externalitäten (Koppel/Plünnecke, 2008): Da das Studium hierzulande weitgehend kostenfrei ist und nicht wie international üblich eine Gegenfinanzierung über Studiengebühren erfolgt, wird der deutsche Staat nicht für die Ausbildungskosten kompensiert, die vor allem für ein Medizinstudium substantiell ausfallen (Statistisches Bundesamt, 2012b). Des Weiteren entgehen den öffentlichen Haushalten und den Sozialkassen Einnahmen in Form von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen. Holzner et al. (2009) beziffern den entsprechenden Nettoverlust im Falle der Abwanderung einer 30-jährigen Ärztin über den Verlauf des gesamten Erwerbslebens betrachtet mit 1,075 Millionen Euro. Würden in größerem Umfang Ärzte nach erfolgter Ausbildung in Deutschland ins Ausland abwandern, beliefe sich das Ausmaß der erlittenen fiskalischen Externalitäten pro Kopf folglich auf ein substantielles Niveau.

Viele amtliche Statistiken können die Wanderungsbewegungen im Ärztebereich nicht vollständig erfassen, da sie lediglich das Merkmal der Staatsangehörigkeit verwenden. So waren laut Bundesärztekammer im Jahr 2010 25.316 ausländische Ärzte in Deutschland tätig (BÄK, o. J.). Um das Gesamtmaß der Zuwanderung adäquat erfassen zu können, sind jedoch Informationen zur Migrationshistorie einer Person notwendig, denn die relevante Fragestellung in diesem Kontext lautet – unabhängig von der Nationalität der betroffenen Personen –, wie viele in Deutschland ausgebildete Mediziner aus Deutschland ab- und wie viele im Ausland ausgebildete Mediziner nach Deutschland zugewandert sind. So befinden sich unter den obigen ausländischen Ärzten auch zahlreiche Personen, die in Deutschland Medizin studiert haben und gegebenenfalls sogar hierzulande geboren wurden.

Zuwanderung und Abwanderung von Ärzten

Das Gesamtmaß der Zuwanderung von Ärzten nach Deutschland lässt sich auf Basis des Mikrozensus ermitteln. Der Mikrozensus beinhaltet sowohl Informationen zum Erwerb des Hochschulabschlusses als auch zu einem möglichen Zuwanderungshintergrund. Demnach

waren im Jahr 2010 rund 68.700 Humanmediziner in Deutschland erwerbstätig, die zu einem vorherigen Zeitpunkt nach Deutschland zugewandert oder zurückgewandert waren. Davon waren 32.800 Personen bereits vor dem Erwerb ihres medizinischen Abschlusses nach Deutschland eingewandert. Letztere sind daher nicht als zugewanderte Humanmediziner im bildungsökonomischen Sinne zu verstehen, da es sich um Personen handelt, die zum Medizinstudium oder auch bereits vorher – etwa als Kinder oder Jugendliche – zugewandert sind, ihre Ausbildung in Deutschland erhalten haben und daher auch dem inländischen Potenzial zuzurechnen sind. Die übrigen 35.900 zugewanderten Humanmediziner haben ihren Studienabschluss im Ausland erworben und sind erst anschließend zugewandert. Diese Gruppe gibt den Umfang des sogenannten Braingain im engeren Sinne an (Tabelle 2).

Tabelle 2

Zuwanderung von Humanmediziner nach Deutschland

2010, absolut und in Prozent

In Deutschland erwerbstätige Humanmediziner, die mit einem im Ausland erworbenen Studienabschluss zugewandert sind	35.900
Davon	in Prozent
Jahr der Zuwanderung	
1990 oder früher	27,0
1991 bis 2000	20,9
2001 bis 2010	52,1
Zum Zeitpunkt der Zuwanderung...	
...34 Jahre alt oder jünger	65,3
...zwischen 35 und 44 Jahren alt	27,1
...45 Jahre alt oder älter	7,6
Deutsche Staatsbürger	45,6
Ausländische Staatsbürger	54,4

Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Im Vergleich zu anderen Akademikern ist in Deutschland seit Beginn des Jahrtausends eine besonders intensive Zuwanderung von Humanmedizinern zu beobachten. So sind rund 52 Prozent aller zugewanderten erwerbstätigen Humanmediziner mit einem im Ausland erworbenen Abschluss in der Dekade zwischen 2001 und 2010 nach Deutschland gekommen. Innerhalb der Referenzgruppe der übrigen akademischen Fachrichtungen lag dieser Wert bei lediglich 45 Prozent. Die große Mehrheit der aus dem Ausland zugewanderten Humanmediziner war zum Zeitpunkt der Zuwanderung jung und stand folglich erst am Anfang ihres Erwerbslebens. Damit trägt Zuwanderung bei Humanmedizinern potenziell zur

dauerhaften Fachkräftesicherung bei. So waren mit rund 65 Prozent etwa zwei von drei Zugewanderten jünger als 35 Jahre und sind folglich zeitnah nach ihrem Studienabschluss migriert. Weniger als 8 Prozent waren 45 Jahre alt oder älter.

Mit 16.400 Personen sind knapp 46 Prozent der zugewanderten Humanmediziner deutsche Staatsbürger. Bei einer Analyse anhand des bloßen Kriteriums der Staatsbürgerschaft würde dieser Personenkreis fälschlicherweise nicht als Zuwanderer erfasst, obwohl er insbesondere die folgenden, quantitativ besonders relevanten Gruppen beinhaltet:

- in Deutschland mit deutscher Staatsbürgerschaft geborene Personen, die ihr Medizinstudium im Ausland absolviert haben und anschließend nach Deutschland zurückgekehrt sind¹,
- im Ausland mit ausländischer Staatsbürgerschaft geborene Personen, die ihr Medizinstudium im Ausland absolviert haben, anschließend nach Deutschland zugewandert sind und im Laufe der Jahre eingebürgert wurden („naturalisierte Ausländer“).

Die übrigen 19.500 mit einem ausländischen Abschluss zugewanderten Humanmediziner verfügen über eine ausländische Staatsangehörigkeit. In den letzten Jahren ist der Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt für diese Gruppe deutlich erleichtert worden. Maßgeblich für den Zugang zum deutschen Medizinerarbeitsmarkt aus dem europäischen Ausland ist die Richtlinie 2005/36/EG, welche die Anerkennung von Berufsqualifikationen auch in reglementierten Berufen regelt (EP/ER, 2005). Diese Richtlinie ist inzwischen weitgehend in den nationalen Rechtssystemen umgesetzt worden und hat unter anderem zur Folge, dass Staatsbürgern der EU ihre im Fachbereich Medizin in einem Land der EU erworbenen Studienabschlüsse in Deutschland grundsätzlich anerkannt werden und auch eine entsprechende Berufserlaubnis erteilt wird. Die im europäischen Ausland erworbenen Medizinabschlüsse werden den nationalen Abschlüssen somit praktisch gleichgestellt.

Für Ärzte aus Drittstaaten hat die 2012 in Deutschland eingeführte Blaue Karte EU die Zuwanderung deutlich erleichtert und Deutschland als Migrationsland attraktiver gemacht. Diese sieht unter anderem eine Daueraufenthaltserlaubnis bereits nach zwei Jahren kontinuierlicher Erwerbstätigkeit hierzulande vor, was die Planungssicherheit und mithin die Wahrscheinlichkeit einer positiven Migrationsentscheidung deutlich erhöht. Gleichwohl müssen Mediziner mit einem Abschluss aus Drittstaaten ein gesondertes Anerkennungsverfahren erfolgreich durchlaufen, um eine Berufs- und Arbeitserlaubnis zu erhalten.

¹ Hierunter fallen besonders „Numerus-Clausus-Flüchtlinge“, die sich aufgrund der restriktiven Zulassungsbestimmungen für ein Medizinstudium in Deutschland zu einem Studium im Ausland entschließen.

Rund 85 Prozent aller 35.900 zugewanderten Humanmediziner mit einem ausländischen Abschluss waren im Jahr 2010 als Arzt tätig. Dies entspricht rund 10 Prozent aller hierzulande tätigen Ärzte.

Die spiegelbildliche Anzahl der in Deutschland ausgebildeten und im Jahr 2010 im Ausland tätigen Ärzte lässt sich nur näherungsweise bestimmen, da kein weltweites Zentralregister von Ärzten existiert und diese Personen daher in jedem Land einzeln erfasst werden müssten. Eine Studie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt unter Auswertung von Daten der Meldestellen für Mediziner (in der Regel der ausländischen Ärztekammern) in den Zielländern zu dem Ergebnis, dass zuletzt knapp 17.000 Ärzte mit deutscher Staatsangehörigkeit im Ausland tätig waren (Kopetsch, 2010). Da sich unter den 17.000 ausgewanderten deutschen Ärzten auch solche befinden, die bereits ihr Studium im Ausland absolviert hatten, überschätzt diese Rechnung die tatsächliche Abwanderung hierzulande ausgebildeter Ärzte leicht. Jedoch muss zusätzlich die Abwanderung hierzulande ausgebildeter Ärzte mit ausländischer Staatsangehörigkeit berücksichtigt werden. Denn in den Jahren 2007 bis 2011 waren von den aus Deutschland ins Ausland abgewanderten Ärzten rund 29 Prozent ausländische Staatsangehörige (BÄK, o. J.). Geht man von einem entsprechenden Faktor von 1,4 aus, waren zuletzt rund 24.000 an deutschen Hochschulen ausgebildete Mediziner im Ausland erwerbstätig.

Im Gegensatz zu Fachrichtungen wie Jura oder Lehramt, deren Ausbildungsinhalte oft eng an eine Verwertung im Ausbildungsland gebunden sind, existieren für Humanmediziner unabhängig von ihrem konkreten Ausbildungsland aufgrund ihrer global verwertbaren Qualifikation prinzipiell eine Vielzahl an Beschäftigungsmöglichkeiten im Ausland, ein adäquates sprachliches Kompetenzniveau vorausgesetzt. Für in Deutschland ausgebildete Humanmediziner signalisieren die Absolventenerhebungen des Hochschul-Informationssystems (HIS) jedoch, dass nur wenige nach Abschluss der medizinischen Ausbildung grenzüberschreitend mobil sind (Schwarzer/Fabian, 2012). So waren lediglich fünf Prozent aller Humanmediziner des Absolventenjahrgangs 1997 zehn Jahre nach dem Examen im Ausland tätig. Humanmediziner waren damit seltener als die Absolventen der übrigen Fachrichtungen im Ausland tätig. Während Ingenieure und Wirtschaftswissenschaftler durchaus verstärkt einer Erwerbstätigkeit im Ausland nachgingen, waren in Deutschland ausgebildete Humanmediziner in der Regel auch in Deutschland tätig, 66 Prozent im Bundesland ihrer Hochschule und weitere 29 Prozent in einem anderen deutschen Bundesland. Neben Humanmedizinerinnen weisen lediglich Lehramtsabsolventen und Pharmazeuten eine ähnlich hohe Standorttreue nach dem Examen auf (Fabian/Briedis, 2009).

Vor diesem Hintergrund ist Stand 2010 von einem positiven kumulierten Wanderungssaldo von schätzungsweise 7.000 Mediziner*innen auszugehen. Wird der von Holzner et al. (2009) ermittelte Nettoüberschuss zugrunde gelegt, den ein in Deutschland erwerbstätiger 30-jähriger Arzt über das Erwerbsleben hinweg aus Sicht der Steuer- und Sozialsysteme erwirtschaftet, und wird ferner berücksichtigt, dass die zugewanderten Ärzte mehrheitlich am Anfang ihres Erwerbslebens stehen, so profitierte Deutschland im Umfang von mindestens 5 Milliarden Euro von der in der Vergangenheit erfolgten Ärztezuzwanderung.

In den HIS-Absolventenbefragungen finden sich keine Hinweise, dass sogenannte Push-Faktoren – also ungünstige Bedingungen am heimischen Standort – die Absolventen zu einer Abwanderung in das Ausland drängen würden. Denn Humanmediziner hierzulande „verfügen über ein höheres Einkommen als Absolvent(inn)en anderer Fachrichtungen, sind häufiger in Führungspositionen und zumeist adäquat beschäftigt; kurzum, sie sind beruflich erfolgreich“ (Schwarzer/Fabian, 2012, 20). Der positive Wanderungssaldo von Mediziner*innen weist daher auf insgesamt attraktive Arbeitsbedingungen in Deutschland hin, die als Pull- beziehungsweise Stay-Faktor wirken.

Die beidseitigen Wanderungsbewegungen signalisieren, dass auch im Berufsfeld Humanmedizin wie in sämtlichen akademischen Bereichen (Koppel/Plünnecke, 2008) die Internationalisierung von Berufskarrieren voranschreitet.

Demografiebedingter Ersatzbedarf bei Humanmediziner*innen und Ärzten

Eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer warnt für die Ärzteschaft in Deutschland vor einer „Ruhestandswelle ohne gleichen“ (Kopetsch, 2010, 13), infolge derer in manchen Regionen ein „Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung [...] unmittelbar bevorsteht“ (Kopetsch, 2010, 55). Diese Thesen sollen im Folgenden empirisch überprüft werden. Der demografiebedingte Ersatzbedarf im Arbeitsmarktsegment der Humanmediziner*innen gibt an, wie viele heute noch erwerbstätige Humanmediziner*innen in den kommenden Jahren – typischerweise altersbedingt – aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden. Der Blick auf die verschiedenen Alterskohorten signalisiert, dass die Erwerbsbeteiligung von Humanmediziner*innen in der Mitte des Erwerbslebens ihr Maximum erreicht und gegen Ende des Erwerbslebens deutlich abfällt (Tabelle 3).

Tabelle 3

Altersstruktur und Erwerbstätigkeit von Humanmedizinern

Nr.	Alter in Jahren	Humanmediziner insgesamt	Davon: Erwerbstätige	Erwerbstätigenquote Humanmediziner (in Prozent)
1	≤ 29	33.400	28.300	84,8
2	30 bis 34	51.300	46.200	90,0
3	35 bis 39	50.600	44.700	88,3
4	40 bis 44	57.300	54.000	94,2
5	45 bis 49	66.200	61.600	93,1
6	50 bis 54	51.300	48.700	95,0
7	55 bis 59	46.600	43.100	92,6
8	60 bis 64	33.200	26.200	79,0
9	65 bis 69	42.000	16.200	38,7
10	≥ 70	57.600	4.000	7,0
	Gesamt	489.400	373.100	76,2

Rundungsdifferenzen möglich.

Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Die Erwerbstätigenquote von Humanmedizinern zeigt strukturelle Ähnlichkeiten im Vergleich zur Erwerbstätigenquote von Akademikern sonstiger Fachrichtungen auf, liegt jedoch auf einem zum Teil deutlich höheren Niveau (eigene Berechnungen auf Basis des Mikrozensus). Besonders stark fallen die Unterschiede in den späteren Kohorten aus. So liegt die Erwerbstätigenquote bei Humanmedizinern in der Kohorte der 60- bis 64-Jährigen um 18 Prozentpunkte, in der Kohorte der 65- bis 69-Jährigen sogar um 24 Prozentpunkte höher als bei Akademikern sonstiger Fachrichtungen. Während von den übrigen Akademikern sehr viel mehr Personen deutlich früher am Arbeitsmarkt ersetzt werden müssen, sind viele Humanmediziner auch noch lange nach Erreichen der gesetzlichen Rentenaltersgrenze aktiv und müssen erst spät ersetzt werden. So gehen beispielsweise in den neuen Bundesländern 50 Prozent aller Hausärzte erst in einem Alter von 66 oder mehr Jahren in den Ruhestand (Kopetsch, 2010).

Die innerhalb einer bestimmten Kohorte heute erwerbstätigen Humanmediziner werden folglich nur zum Teil bis zum Alter von 65 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Dies gilt umso mehr, da ein großer Teil dieser Gruppe selbstständig tätig ist. Wie an der Veränderung der Erwerbstätigenquoten zu erkennen ist, scheidet auch nicht alle Humanmediziner im selben Alter aus dem Erwerbsleben aus. Der innerhalb eines bestimmten Zeitraums wirksame demografiebedingte Ersatzbedarf muss folglich anhand der Veränderung der Erwerbstätigenquoten berechnet werden. Bei der Berechnung wird angenommen, dass erwerbstätige Humanmediziner aus dem Alterssegment über 70 Jahren mit spätestens 75 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Diese Annahme ist rein technischer Natur.

Ein erstes, noch sporadisches Ausscheiden aus dem Erwerbsleben setzt bei Humanmedizinern mit dem Übergang von der sechsten auf die siebte Kohorte ein (Tabelle 3). Bei einem Jahresübergang kommt es hier zu folgenden Effekten: Ein Fünftel der Kohorte der 50- bis 54-Jährigen wechselt im Folgejahr in die nächsthöhere Altersklasse. Mit diesem Schritt reduziert sich die durchschnittliche Erwerbstätigenquote der rund 10.300 Betroffenen von 95,0 auf 92,6 Prozent. Folglich scheidet an dieser Schwelle rund 200 vormals erwerbstätige Humanmediziner aus dem Erwerbsleben aus. Bei dem zeitgleich erfolgenden Übergang von etwa 9.300 Humanmedizinern von der siebten in die achte Kohorte reduziert sich deren Erwerbstätigenquote von 92,6 auf 79,0 Prozent mit der Folge, dass zusätzliche knapp 1.300 vormals erwerbstätige Humanmediziner aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Die mit 40,3 Prozentpunkten bezogen auf die Erwerbstätigenquote stärkste Reduktion der Erwerbstätigenzahl findet beim Übergang von der achten Kohorte in die neunte Kohorte statt. An dieser Schwelle verlassen knapp 2.600 Humanmediziner den Arbeitsmarkt. Summiert über alle Kohorten scheidet bis zum Jahr 2015 jährlich etwa 7.700 Humanmediziner aus dem Erwerbsleben aus. Mit Ablauf dieser Zeitspanne sind sämtliche Altersjahrgänge um eine Kohortenummer abgestiegen. Exemplarisch wird die neue sechste Kohorte nun von denjenigen 66.200 Humanmedizinern gebildet, die bis zum Jahr 2015 noch die fünfte Kohorte repräsentierten.

Werden die Daten fortgeschrieben, erhält man die in Tabelle 4 dargestellten demografischen Ersatzbedarfe bis zum Jahr 2030. Der Prognosezeitraum wurde bewusst so gewählt, dass die künftige Entwicklung der Absolventenzahlen keinen Einfluss auf den demografischen Ersatzbedarf ausübt. So scheidet die ersten der innerhalb des Zeitraums bis 2030 hervorgebrachten Humanmedizinabsolventen erst nach 2030 aus dem Erwerbsleben aus, das heißt, die ermittelten demografischen Ersatzbedarfe sind ausschließlich auf die bereits heute am Arbeitsmarkt aktiven Humanmediziner zurückzuführen.

Tabelle 4

Jährlicher demografiebedingter Ersatzbedarf an Humanmedizinern und Ärzten bis zum Jahr 2030

	Bis 2015	2016 bis 2020	2021 bis 2025	2026 bis 2030
Humanmediziner	7.700	8.200	9.700	11.000
Davon: Ärzte	6.600	7.100	8.400	9.500

Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Zusammenfassend werden bis zum Jahr 2015 jährlich 7.700 Humanmediziner aus dem Erwerbsleben ausscheiden, darunter 6.600 Ärzte. Vor dem Hintergrund der durchschnittlichen Absolventenzahlen in der Humanmedizin (über 10.000) und der Nettozuwanderung von Medizinern aus dem Ausland kann der demografiebedingte Ersatzbedarf an Ärzten gedeckt werden. Wie das folgende Kapitel zeigt, war es in der Vergangenheit vielmehr möglich, in substanziellem Ausmaß zusätzliche Beschäftigung aufzubauen.

In den nachfolgenden Jahrfünften nimmt der Ersatzbedarf an Ärzten kontinuierlich zu und liegt ab dem Jahr 2026 – etwa 40 Prozent höher als heute – bei 11.000 Humanmedizinern, darunter 9.500 Ärzten. Angesichts der Absolventenzahlen ist damit zu rechnen, dass der demografische Ersatzbedarf an Ärzten auch nach dem Jahr 2026 problemlos aus dem hiesigen Absolventenpotenzial gedeckt werden kann.

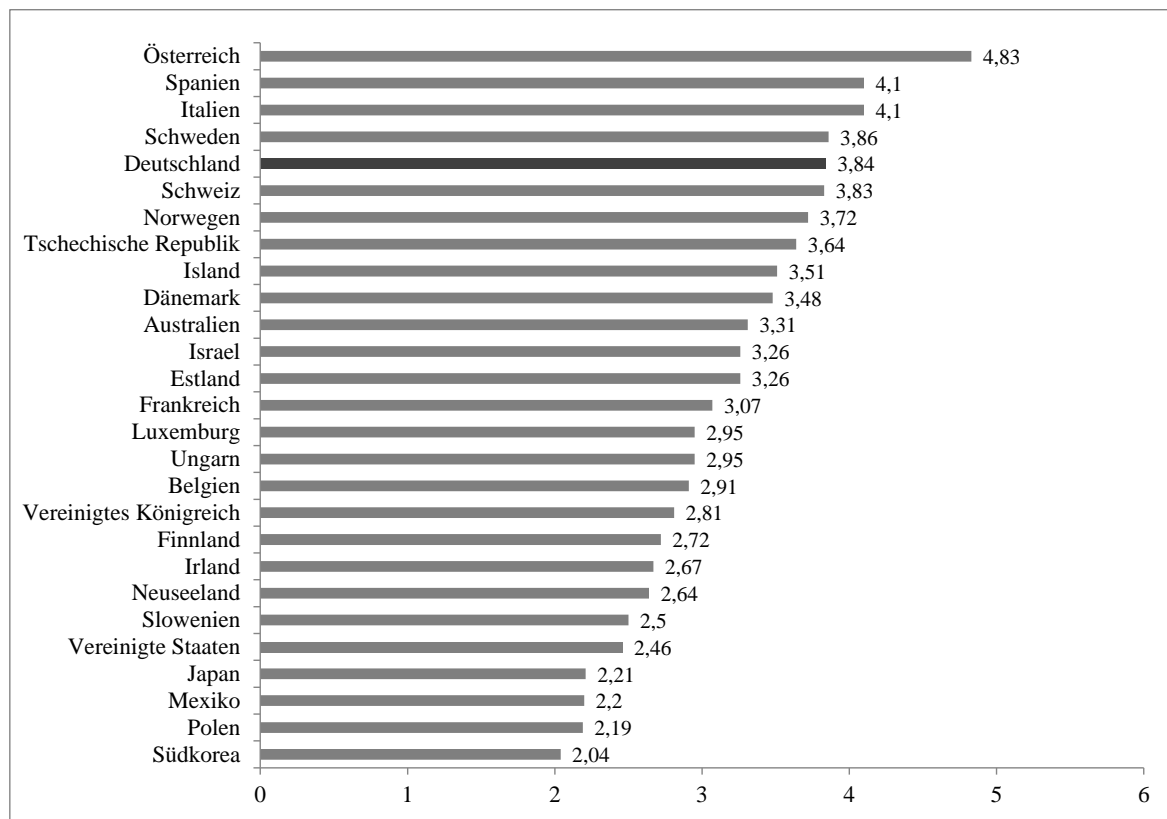
Die Alterung der Gesellschaft und die hierdurch steigende Pro-Kopf-Nachfrage nach kurativen Dienstleistungen wird trotz sinkender Bevölkerungszahlen einen zusätzlichen Gesamtbedarf an Ärzten auslösen, der aus heutiger Sicht jedoch nicht valide prognostiziert werden kann. Die Deckung dieser künftigen Zusatznachfrage wird nicht durch eine weitere Verbesserung der bereits attraktiven Arbeitsbedingungen, sondern vielmehr durch die systematische Erschließung neuer Arbeitsmarktpotenziale ermöglicht. Positiv zu bewerten ist, dass die Nettomigration von Ärzten nach Deutschland als Ergebnis der deutlich erleichterten Zuwanderungsbedingungen in den kommenden Jahren nochmals erkennbar zunehmen dürfte. Ergänzend hierzu kann eine moderate Erhöhung der inländischen Absolventenzahlen helfen, den entstehenden Zusatzbedarf abzudecken. Dies kann durch einen Ausbau der hiesigen Ausbildungskapazitäten und einen Abbau der Zulassungsschranken erreicht werden.

Ärztedichte international und nach Bundesländern

Ein aussagekräftiger Indikator zur Beurteilung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ist die Ärztedichte (Abbildung 1). Mit einem Wert von 3,84 Ärzten pro 1.000 Einwohner (OECD, 2013) liegt sie hierzulande deutlich oberhalb der Referenzwerte vergleichbarer Industrienationen, nämlich um 56 Prozent höher als in den USA (2,46 Ärzte pro 1.000 Einwohner), um 74 Prozent höher als in Japan (2,21) oder auch um 25 Prozent höher als in Frankreich (3,07). Im Bundesdurchschnitt liegt Deutschland somit in einem internationalen Vergleich auf einem vorderen Platz. Innerhalb Deutschlands ist die Ärztedichte von 2,76 im Jahr 1991 kontinuierlich angewachsen. Zum Ende des Vergleichszeitraums waren hierzulande bei unveränderter Bevölkerungszahl knapp 92.000 Ärzte mehr beschäftigt als noch zum Beginn, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme um 2,2 Prozent entspricht.

Abbildung 1

Praktizierende Ärzte (Kopfzählung) pro 1.000 Einwohner im Jahr 2011



Japan, Schweden: 2010; Dänemark: 2009; Finnland: 2008.
Quelle: OECD, 2013

Eine Analyse nach Bundesländern untersucht im Folgenden auf Basis von Vollzeitäquivalenten mögliche regionale Unterschiede bei der Ärztedichte. Die Analyse von Vollzeitäquivalenten bietet gegenüber der in den internationalen Statistiken verwendeten Kopfzählung den Vorteil, dass das tatsächliche Arbeitsvolumen berücksichtigt wird, und beispielsweise zwei Halbtagskräfte im Vergleich zu einer Vollzeitkraft nicht mehr doppelt so stark, sondern äquivalent gewichtet werden. Zur Berechnung der regionalen Ärztedichte wurde das aggregierte Arbeitsvolumen der in einem bestimmten Bundesland einer Erwerbstätigkeit nachgehenden Ärzte (Arbeitsstättenprinzip) ermittelt und auf vollzeitäquivalente Stellen umgerechnet. Nicht in dieser Gruppe enthalten sind solche Personen, die aus dem grenznahen Ausland einpendeln können. Da die Teilzeitquote unter Ärzten relativ klein ist und die durchschnittliche normalerweise geleistete Arbeitszeit von teilzeitbeschäftigten Humanmedizinern mit 22 Wochenstunden vergleichsweise hoch liegt, fallen die Unterschiede zwischen beiden Messkonzepten (Vollzeitäquivalente beziehungsweise Kopfzählung) bei Ärzten in Deutschland jedoch gering aus.

Tabelle 5

Ärzte (in Vollzeitäquivalenten) nach Arbeitsstättenbundesland

	...pro 1.000 Einwohner	...pro Quadratkilometer
Bremen	6,3	9,9
Hamburg	4,9	11,5
Berlin	4,8	18,8
Sachsen	4,4	1,0
Bayern	3,9	0,7
Thüringen	3,7	0,5
Schleswig-Holstein	3,7	0,7
Mecklenburg-Vorpommern	3,6	0,3
Baden-Württemberg	3,5	1,1
Hessen	3,5	1,0
Niedersachsen	3,4	0,6
Nordrhein-Westfalen	3,4	1,8
Rheinland-Pfalz	3,3	0,7
Brandenburg	3,2	0,3
Saarland	3,1	1,2
Sachsen-Anhalt	2,8	0,3

Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Tabelle 5 zeigt, dass große Unterschiede in der regionalen Ärztedichte existieren. Während in Bremen 6,3 vollzeitäquivalente Ärzte 1.000 Einwohner versorgen, sind es in Sachsen-Anhalt lediglich 2,8. Eine genauere Analyse der Spitzenposition der drei Stadtstaaten zeigt, dass die Einwohner hier sowohl bei den ambulanten Ärzten, als auch besonders bei den Krankenhausärzten eine deutlich höhere Pro-Kopf-Versorgung erfahren. Der letzte Umstand muss vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass in den Großstädten eine Konzentration stationärer Einrichtungen vorzufinden ist, die wiederum auch von den Einwohnern aus dem Umland genutzt werden.

Die Stadtstaaten weisen neben der höchsten einwohnerbezogenen auch die höchste flächenbezogene Ärztedichte auf. So sind in Berlin auf einen Quadratkilometer knapp 19 Ärzte beschäftigt, sechzig Mal so viele wie in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg oder Sachsen-Anhalt. Zwar liegt die einwohnerbezogene Ärztedichte auch in diesen drei Bundesländern in einem internationalen Vergleich noch im oberen Mittelfeld, jedoch deutet deren geringe flächenbezogene Ärztedichte vor dem Hintergrund ihrer Siedlungsstruktur auf vergleichsweise hohe Entfernungen zwischen Patient und Arzt hin.

Die strukturell vergleichbaren Flächenländer weisen untereinander ebenfalls gravierende Unterschiede auf. So ist etwa in Thüringen bei vergleichbarer Einwohnerzahl, -dichte und

Siedlungsstruktur die einwohnerbezogene Ärztedichte um 32 Prozent höher als in Sachsen-Anhalt, in Sachsen um 26 Prozent höher als im vergleichbaren Hessen.

Die aktuelle Arbeitsmarktlage im Humanmedizinerberuf

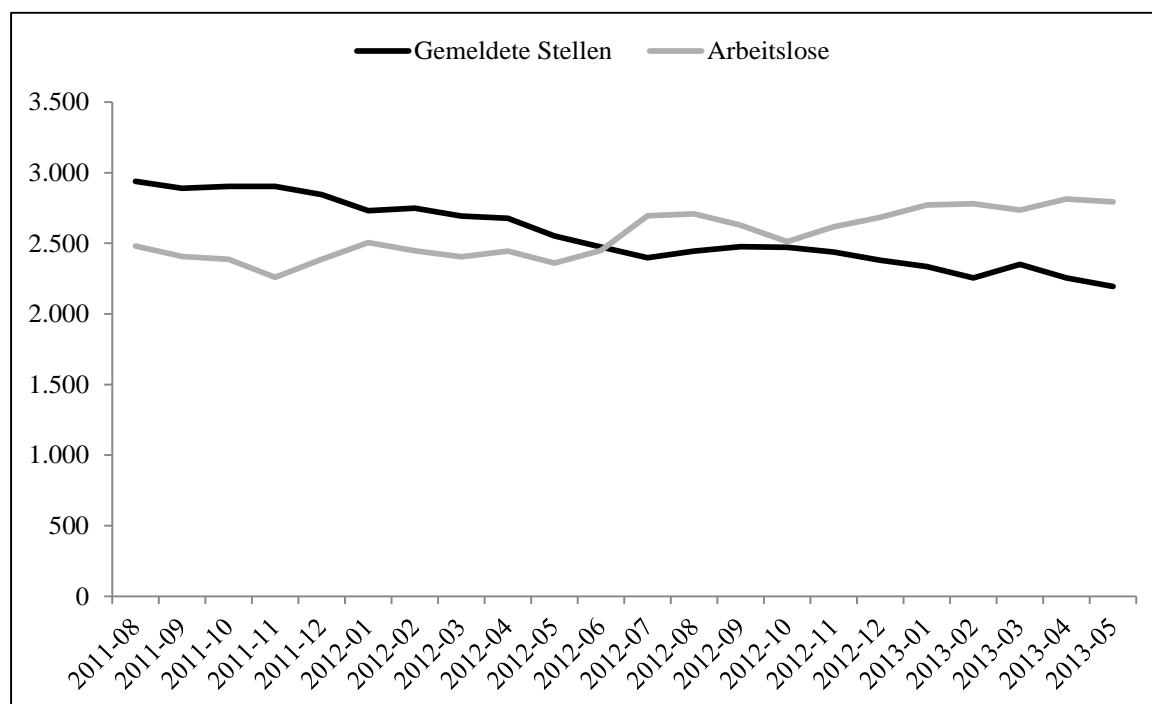
Schon seit Jahren warnen Interessenvertretungen von Ärzten vor einem bestehenden oder zukünftig zu befürchtenden Mangel (z. B. Kopetsch, 2010; Burkhart et al., 2012). Auch im Rahmen der Blauen Karte EU, die seit dem Jahr 2012 erleichterte Zuwanderungsregeln für Personen aus Drittstaaten nach Deutschland vorsieht, wird der Beruf Arzt als einer von den Berufen mit besonders akutem Mangel an Fachkräften definiert (BAMF, 2013). Der Blick auf die aktuelle Arbeitsmarktsituation von Personen im Erwerbsberuf Humanmediziner verrät, dass diese Bewertungen nur bedingt durch die Faktenlage gedeckt sind.

Seit dem August 2011 ist die Nachfrage nach Humanmedizinern rückläufig, wie die Anzahl bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldeter Stellen in diesem Erwerbsberuf belegt (Abbildung 2). Bis zum Mai 2013 fiel sie um ein Viertel. Gleichzeitig hat die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen im Erwerbsberuf Humanmediziner etwas zugenommen. Im Betrachtungszeitraum lag der Anstieg bei knapp 13 Prozent.

Abbildung 2

Aktuelle Arbeitsmarktlage im Medizinerberuf

Der BA gemeldete Stellen und Arbeitslose im Erwerbsberuf Humanmediziner



Anmerkung: Zum Erwerbsberuf Humanmediziner werden die Berufsgattungen 81214, 81234, 81294, 81404, 81414, 81424, 81434, 81444, 81454, 81464, 81484 und 81494 zusammengefasst (Klassifikation der Berufe 2010).

Quellen: Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Dabei ist jedoch Verschiedenes zu berücksichtigen: Zum einen bilden die Daten der BA nur einen Teil des Arbeitsmarkts für Humanmediziner ab. Sie erfassen lediglich Stellen für sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ärzte in Kliniken und Krankenhäusern. Vakanzen in Arztpraxen werden zumeist nicht einbezogen. Darüber hinaus ist der Arztberuf von einem großen Anteil Selbstständiger gekennzeichnet, was sich in den Daten der BA ebenfalls nicht widerspiegeln kann. Dennoch erlauben diese Kennzahlen einen Blick auf die aktuelle Arbeitsmarktlage in einem wesentlichen Teilsegment des Arbeitsmarkts für Humanmediziner, wie er mithilfe anderer Daten nicht möglich ist.

Zum anderen ist zu bedenken, dass nicht alle Vakanzen für Humanmediziner im Bundesgebiet auch der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden. Im Durchschnitt aller Berufe liegt die Meldequote aktuell bei etwa 50 Prozent (Demary/Seyda, 2013). Unterschiede in der Höhe der Meldequote sind unter anderem abhängig von der Betriebsgröße, dem Sektor und dem beruflichen Tätigkeitsfeld (BMAS, 2011). Zwar besteht keine Meldepflicht für Vakanzen, Arbeitgeber sind jedoch rechtlich auf der sicheren Seite, wenn sie offene Stellen bei der BA angeben. Tun sie dies nicht, ist es denkbar, dass Menschen mit einer Behinderung im Sinne von § 22 AGG klagen, weil der Arbeitgeber es versäumt hat, gemäß seiner Verpflichtung nach § 81 Abs. 1 SGB IX zu prüfen, ob offene Stellen auch von schwerbehinderten Menschen besetzt werden können. Es kann vermutet werden, dass dieser Aspekt für öffentliche Arbeitgeber eine größere Rolle einnimmt als für die Privatwirtschaft, so dass erstere ihre Vakanzen häufiger bei den Arbeitsagenturen melden. Dies könnte eine deutlich höhere Meldequote als 50 Prozent für die stationär beschäftigten Humanmediziner bedeuten, da knapp 43 Prozent der Krankenhäuser öffentliche oder öffentlich-rechtliche Einrichtungen sind (Statistisches Bundesamt, 2012c).

Wird der Extremfall einer Meldequote von 100 Prozent unterstellt, gab es im Mai 2013 bundesweit knapp 2.200 offene Stellen im Erwerbsberuf Humanmediziner, denen etwa 2.800 Arbeitslose gegenüberstanden. Für das gesamte Segment der Humanmediziner können Engpässe somit bezweifelt werden, wenn Substitutionsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Fachrichtungen vorhanden sind. Da dies nur im Einzelfall vorkommen dürfte, ist dennoch die Betrachtung des Erwerbsberufs Humanmediziner differenziert nach Tätigkeitsprofil auf Ebene der Berufsgattungen sinnvoll. Dieses Vorgehen belegt, dass jedoch zumindest in einigen Bereichen des Arbeitsmarkts für Humanmediziner Engpässe auftreten. Aufgrund der Anzahl der Arbeitslosen und gemeldeten Stellen besonders quantitativ relevant sind Fachärzte der inneren Medizin. Im Mai 2013 kamen auf je 100 gemeldete offene Stellen lediglich 89 Arbeitslose. Außerdem sind Kinderärzte, Anästhesisten sowie Psychiater und Psychotherapeuten knapp.

Nachfrageseitig verspüren Patienten aktuell keine nennenswerten Engpässe bei Ärzten, wie die Ergebnisse einer Befragung von 1.500 Bürgern im Jahr 2012 zur Versorgung mit Ärzten bestätigt. So gaben 85 Prozent der Befragten an, mit dem Zugang zu Fachärzten und deren Anzahl zufrieden zu sein (Barmer GEK/Bertelsmann Stiftung, 2012). Bei den Hausärzten lag die Zufriedenheit sogar bei 94 Prozent.

Fazit

Deutschland profitiert per Saldo von einer Zuwanderung von Humanmedizinern, insbesondere Ärzten. Im Jahr 2010 waren hierzulande bis zu 31.000 Ärzte beschäftigt, die mit einem im Ausland erworbenen Abschluss zugewandert sind, darunter zahlreiche deutsche Numerus-Clausus-Flüchtlinge. Demgegenüber stehen bis zu 24.000 in Deutschland ausgebildete Ärzte, die zum selben Zeitpunkt im Ausland tätig waren. Dies widerlegt die von Interessenvertretern vorgetragene Warnungen vor massenhaft abwandernden Humanmedizinabsolventen deutscher Universitäten, die in Deutschland einen Ärztemangel verursachen würden. Seither ist die Zuwanderung mit der 2012 eingeführten Blauen Karte EU, in deren Rahmen unter anderem die Zuwanderungsregeln für Ärzte aus Drittstaaten gelockert wurden, weiter erleichtert worden. Auch erweist sich der deutsche Arbeitsmarkt für Ärzte als deutlich attraktiver als ausländische Arbeitsmärkte für hiesige Absolventen der Humanmedizin.

Der internationale Vergleich belegt eine deutlich oberhalb der Referenzwerte anderer Industrienationen liegende Ärztedichte in Deutschland. Die entscheidende Herausforderung ist und bleibt somit die regionale Verteilung der Ärzte. So ist die regionale Versorgung zum einen in Ballungsräumen deutlich besser. Zum anderen gibt es jedoch auch zwischen strukturell vergleichbaren Bundesländern deutliche Niveauunterschiede.

Für flächendeckende, den gesamten Berufsstand umfassende Fachkräfteengpässe findet sich derzeit keine empirische Evidenz. Knappheiten betreffen aktuell vor allem die Fachärzte der inneren Medizin. Der Blick auf den demografisch bedingten Ersatzbedarf bei Ärzten in Zusammenhang mit den jährlichen Absolventenzahlen in der Humanmedizin belegt, dass diese Nachfrage auch mittelfristig gedeckt werden kann. Eventuelle regionale Engpässe sind Stand heute folglich kein Problem der quantitativen Verfügbarkeit von Ärzten, sondern ein Problem von deren Verteilung im Bundesgebiet. Für die Gegenwart ist es daher von essenzieller Bedeutung, eine Lösung für das Problem der Verteilung der insgesamt in ausreichender Anzahl vorhandenen Ärzte zu finden. Der künftig entstehende Zusatzbedarf kann durch die steigende Nettozuwanderung von Ärzten aus dem Ausland in

Verbindung mit einer moderaten Erhöhung der hiesigen Absolventenzahlen gedeckt werden.

Literatur

Anger, Christina / Demary, Vera / Koppel, Oliver / Plünnecke, Axel, 2013, MINT-Frühjahrsreport 2013, Innovationskraft, Aufstiegschance und demografische Herausforderung, Gutachten für BDA, BDI, MINT Zukunft schaffen und Gesamtmetall, Köln

BÄK – Bundesärztekammer, o. J., Ärztestatistik, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3> [21.6.2013]

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013, Blaue Karte EU, <http://www.bamf.de/DE/DasBAMF/Aufgaben/BlaueKarte/blauekarte-node.html> [19.6.2013]

BARMER GEK / Bertelsmann Stiftung, 2012, Bürgerbefragung zum Ärztemangel, Pressekonferenz der BARMER GEK und der Bertelsmann Stiftung, <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/121210-Umfrage-Aerztemangel/PDF-Digitale-Pressemappe.property=Data.pdf> [8.7.2013]

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, Arbeitskräftebericht, Berlin

Burkhardt, Michael / Ostwald, Dennis A. / Ehrhard, Tobias, 2012, 112 – Und niemand hilft, Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen und was heute schon dagegen getan werden kann, Frankfurt am Main / Darmstadt

Demary, Vera / Seyda, Susanne, 2013, Engpassanalyse 2013, Besondere Betroffenheit in den Berufsfeldern Energie und Elektro sowie Maschinen- und Fahrzeugtechnik, Hrsg.: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Berlin

EP/ER – Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union, 2005, Richtlinie 2005/36/EG vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF> [19.6.2013]

Fabian, Gregor / Briedis, Kolja, 2009, Aufgestiegen und erfolgreich – Ergebnisse der dritten HIS-Absolventenbefragung des Jahrgangs 1997 zehn Jahre nach dem Examen, HIS Forum Hochschule Nr. 2/2009, Hannover

Holzner, Christian / Munz, Sonja / Übelmesser, Silke, 2009, Fiskalische Wirkungen der Auswanderung ausgewählter Berufsgruppen, ifo Schnelldienst, 62. Jg., Nr. 17, S. 28–33

Kopetsch, Thomas, 2010, Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!, 5. Auflage, Berlin

Koppel, Oliver, 2012, Ingenieure auf einen Blick, Erwerbstätigkeit, Innovation, Wertschöpfung, Gutachten für den Verein Deutscher Ingenieure e.V., Köln

Koppel, Oliver / Plünnecke, Axel, 2008, Braingain – Braindrain: Die Wachstumspotenziale der Zuwanderung, IW-Positionen, Nr. 33, Köln

OECD – Organization for Economic Co-Operation and Development, 2013, OECD Health Data 2013, Paris

Schiner, Sabine, 2009, Die Abwanderung von Ärzten kostet den deutschen Staat Milliarden, Ärztezeitung vom 28. September 2009

Schwarzer, Anke / Fabian, Gregor, 2012, Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, HIS Datenbericht Mai 2012

Statistisches Bundesamt, 2012a, Bildung und Kultur, Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen, 1980 – 2011, Fachserie 11 Reihe 4.3.1, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2012b, Bildung und Kultur, Monetäre hochschulstatistische Kennzahlen, 2010, Fachserie 11 Reihe 4.3, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2012c, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, 2011, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden

SZ – Süddeutsche Zeitung, 2010, Krankenhäusern droht Notstand, Ausgabe vom 19. Mai 2010

The Labour Market for Doctors of Medicine in Germany – Immigration Prevents Bottlenecks

In Germany there are currently neither symptoms of a bottleneck in the medical labour market nor any evidence of the oft-lamented brain drain of doctors moving abroad. Until 2015 6,600 doctors per annum are expected to retire for reasons of age. However, they will be more than compensated for by nearly 10,000 new graduates. Moreover, there are 31,000 doctors practising in Germany who have come to this country with a medical degree acquired abroad. By contrast, only up to 24,000 doctors trained in Germany work abroad. Recent statistics show that with more than 3.8 practising doctors per 1,000 inhabitants Germany has one of the highest physician densities in the world, albeit with considerable variations in regional distribution. Due to the progressive ageing of its medical profession, Germany is none the less faced with the challenge of replacing a continuously increasing number of medics. Beyond 2025, some 9,500 doctors will have to be replaced every year. However, further facilitating the immigration of doctors trained abroad is one of the most effective ways of meeting the increasing need for doctors in the foreseeable future.

IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung
aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 40. Jahrgang, Heft 3/2013; ISSN 0941-6838 (Printversion);
ISSN 1864-810X (Onlineversion). Rechte für den Nachdruck oder die elektronische Verwertung erhalten Sie
über lizenzen@iwkoeln.de, die erforderlichen Rechte für elektronische Pressespiegel unter
www.pressemonitor.de © 2013, IW Medien GmbH, Köln; DOI: 10.2373/1864-810X.13-03-04