

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/9244 –

Ärztinnenatlas – Wie ist es zahlenmäßig um die Ärzteschaft bestellt?

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Ärztinnen und Ärzte nehmen dabei eine zentrale Rolle in der der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein, insbesondere in Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren und nicht zuletzt in Arztpraxen als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, aber auch im öffentlichen Gesundheitsdienst, sowie in der Forschung an Universitäten und in der pharmazeutischen Industrie.

Nachdem vor allem in den 80er- und 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts wegen einer Zunahme langzeitarbeitsloser Ärztinnen und Ärzte metaphorisch von einer „Ärztenschwemme“ gesprochen wurde, wird seit Beginn des Jahrhunderts zunehmend von einem „Ärztmangel“ berichtet und mit der Forderung nach einem Ausbau von Studienplätzen verbunden, die wie die ärztliche Aus- und Weiterbildung Sache der Länder und nicht des Bundes ist (www.aerzteblatt.de/nachrichten/100067/Warnung-vor-Aerztmangel-und-hoher-Burnout-Quote).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Ärztinnen und Ärzte sind ein wesentlicher Bestandteil für die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung aller Patientinnen und Patienten in der Stadt und auf dem Land. Vor diesem Hintergrund enthält das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das in Kürze in Kraft treten wird, verschiedene zielgerichtete Maßnahmen, um die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Berufsausübung zu unterstützen: Es wird ein erweitertes Sprechstundenangebot von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten unter anderem durch Verbesserungen in der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen gefördert. Des Weiteren werden Regressrisiken und Bürokratieaufwand im Bereich der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen reduziert. Auch die Weiterbildungsförderung wurde gestärkt und die Rahmenbedingungen für die Versorgung in medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die für viele Ärztinnen und Ärzte eine attraktive Form der Berufsaus-

übung bieten, wurden weiterentwickelt. Die Bundesregierung wird auch weiterhin genau beobachten, wie sich das Angebot und die Nachfrage nach ärztlichem Personal entwickelt, um so frühzeitig weitere Maßnahmen zur Erhöhung des vorhandenen Versorgungsangebots einleiten zu können.

Bei Beantwortung der Fragen wurde auf verschiedene Statistiken mit jeweils unterschiedlichen Aktualisierungsjahren zurückgegriffen. Da als Ausgangspunkt immer das jeweils letztverfügbare Datenjahr verwendet wurde, können die Zeitraumbetrachtungen geringfügig voneinander abweichen.

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland berufstätig?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

- a) Wie viele hiervon sind weiblich?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Die Anzahl der in Deutschland berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in den Jahren 2017 (jüngste hier verfügbare Zahlen), 2012, 2002 und 1992 sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Jahr	Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte	davon Ärztinnen
2017	385.149	180.497
2012	348.695	154.546
2002	301.060	114.022
1992	251.877	85.565

Datenquelle: Ärztestatistik, Bundesärztekammer

- b) Wie viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte sind älter als 55 Jahre?

Die Ärztestatistik weist die Altersgruppen in Zehnjahresschritten aus, daher können die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die älter als 55 Jahre sind, nicht genannt werden. Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 179 585 berufstätige Ärztinnen und Ärzte, die älter als 50 Jahre waren.

- c) Wie viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte sind älter als 60 Jahre?

Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 71 026 berufstätige Ärztinnen und Ärzte, die älter als 60 Jahre waren.

- d) Wie viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte sind jünger als 35 Jahre?

Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 72 790 berufstätige Ärztinnen und Ärzte, die jünger als 35 Jahre waren.

2. Wie viele der Ärztinnen und Ärzte sind nach Kenntnis der Bundesregierung in Teilzeit tätig, und in welchem Umfang?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte, die jeweils zum 30. September in den Jahren 2018 (jüngste hier verfügbare Zahlen), 2013 und 2003 in Teilzeit tätig waren, sind der Tabelle 2 zu entnehmen. Daten für den Zeitpunkt vor 25 Jahren liegen der Bundesregierung nicht vor. Zudem wird darauf hingewiesen, dass in der Beschäftigungsstatistik erst seit dem Stichtag 31. Dezember 2012 die ausgeübte Tätigkeit (814 Human- und Zahnmedizin) nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) abgebildet wird. Ein Vergleich der KldB 2010 mit den Angaben älterer Klassifikationen (KldB 1988) für das Jahr 2003 ist daher nur sehr eingeschränkt möglich.

Tabelle 2: Teilzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nach Jahren, alle Altersgruppen

Jahr*	Beschäftigte Ärztinnen und Ärzte insgesamt	Darunter	
		sozialversicherungspflichtig teilzeitbeschäftigt	ausschließlich geringfügig beschäftigt
2018	279.686	80.681	4.288
2013	230.060	52.967	3.875
2003	171.373	24.162	2.498

Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

* Die Werte beziehen sich immer auf den 30. September des jeweiligen Jahres.

Freiberufliche Ärztinnen und Ärzte, die insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, werden in der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit nicht abgebildet. Insoweit können Daten zum Teilnahmeumfang jedoch dem Bundesarztregister entnommen werden. Neben den angefragten Jahren wurden in der Tabelle 3 zur besseren Darstellbarkeit der Entwicklungen zusätzlich die Werte für das Jahr 2009 aufgenommen, weil erst seitdem Teilzulassungen im Bundesarztregister als grober Näherungswert für Teilzeittätigkeit abgebildet werden können.

Tabelle 3: Freiberufliche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und ermächtigte Ärztinnen und ermächtigte Ärzte)** in Teilzeit, Zählung nach Köpfen, alle Altersgruppen

Jahr	Anzahl Vertragsärztinnen und -ärzte	Davon: in Teilzeit (hälftige Zulassung)
2018	104.963	8.833
2013	111.421	4.533
2009	115.356	917
2003*	117.605	x
1993*	104.556	x

Quelle: Bundesarztregister

* Die Differenzierung nach Voll- und Teilzeittätigkeit existiert erst nach Einführung der Teilzulassung mit dem Vertragsrechtsänderungsgesetz (2007).

** Inkl. Jobsharing-Juniorpartner

- a) Wie viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte, älter als 55 Jahre, sind in Teilzeit tätig, und in welchem Umfang?
- b) Wie viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte, älter als 60 Jahre, sind in Teilzeit tätig, und in welchem Umfang?
- c) Wie viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte, jünger als 35 Jahre, sind in Teilzeit tätig, und in welchem Umfang?

Die Angaben sind den Tabellen 4 und 5 zu entnehmen.

Tabelle 4: Angestellte teilzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zum 30. September 2018 nach Alter

Jahr	Beschäftigte Ärztinnen und Ärzte insgesamt	Darunter	
		sozialversicherungspflichtig teilzeitbeschäftigt	ausschließlich geringfügig beschäftigt
Insgesamt	279.686	80.681	4.373
unter 35 Jahre	86.881	11.933	1.055
55 Jahre und älter	53.722	19.741	2.325
60 Jahre und älter	28.487	11.632	2.004

Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Tabelle 5: Freiberufliche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und ermächtigte Ärztinnen und ermächtigte Ärzte) in Teilzeit, Zählung nach Köpfen im Jahr 2018

Jahr	Anzahl Vertragsärztinnen und -ärzte *	Davon: in Teilzeit (häufige Zulassung)
Insgesamt	104.963	8.833
unter 35 Jahre	290	38
55 Jahre und älter	54.423	4.049
60 Jahre und älter	29.578	2.588

Quelle: Bundesarztregister

* Inkl. Jobsharing-Juniorpartner

3. Wie viele Fachärztinnen und Fachärzte sind nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland berufstätig?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

- a) Wie viele hiervon sind weiblich?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte in den Jahren 2017 (jüngste hier verfügbare Zahl), 2012, 2002 und 1992 sind der Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Fachärztinnen und Fachärzte in Deutschland in verschiedenen Jahren

Jahr	Fachärztinnen und Fachärzte	davon Fachärztinnen
2017	271.333	113.832
2012	246.227	94.434
2002	203.810	65.379
1992	145.399	41.087

Datenquelle: Ärztestatistik, Bundesärztekammer

b) Wie viele berufstätige Fachärztinnen und Fachärzte sind älter als 55 Jahre?

Die Ärztestatistik weist die Altersgruppen in Zehnjahresschritten aus, daher können die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die älter als 55 Jahre sind, nicht genannt werden. Es gab 2017 in Deutschland 159 421 berufstätige Fachärztinnen und Fachärzte, die älter als 50 Jahre waren.

c) Wie viele berufstätige Fachärztinnen und Fachärzte sind älter als 60 Jahre?

Es gab im Jahr 2017 in Deutschland 63 111 berufstätige Fachärztinnen und Fachärzte, die älter als 60 Jahre waren.

d) Wie viele berufstätige Fachärztinnen und Fachärzte sind jünger als 40 Jahre?

Es gab im Jahr 2017 in Deutschland 36 283 berufstätige Fachärztinnen und Fachärzte, die jünger als 40 Jahre waren.

e) Wie viele Ärztinnen und Ärzte befinden sich in der Facharztweiterbildung?

Die genaue Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung ist der Bundesregierung nicht bekannt. Nach einer Schätzung der Bundesärztekammer gab es im Jahr 2018 ca. 60 000 Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten.

4. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind bei Behörden bzw. Körperschaften und in sonstigen Bereichen außerhalb der ambulanten und stationären Versorgung tätig?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Im Jahr 2017 waren 32 280 Ärztinnen und Ärzte bei Behörden bzw. Körperschaften und in sonstigen Bereichen außerhalb der ambulanten und stationären Versorgung tätig. Im Jahr 2012 waren es 29 808, im Jahr 2002 waren es 25 893 und im Jahr 1992 waren es 23 304 Ärztinnen und Ärzte.

5. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind nach Kenntnis der Bundesregierung in
- Allgemeinkrankenhäusern,
 - Plankrankenhäusern und
 - Universitätskliniken tätig?

Wie viele hiervon sind weiblich?

Wie viele waren es nach Kenntnis der Bundesregierung im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren (bitte pro Kopf und in Vollzeitäquivalent aufschlüsseln)?

Die Aufschlüsselung der fest angestellten Ärztinnen und Ärzte nach dem Ort der Beschäftigung (Art des Krankenhauses) sind der Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Aufschlüsselung der fest angestellten Ärztinnen und Ärzte nach Art des Krankenhauses (VZÄ = Vollzeitäquivalente)

	Jahr	Kopfzahlen insgesamt	davon weiblich	VZÄ insgesamt
Allgemeinkrankenhäuser	2017	176.927	80.553	153.861
	2012	152.011	67.509	136.479
	2002	110.244	37.514	107.488
	1992	94.287	28.492	93.921
Plankrankenhäuser	2017	141.662	64.926	122.218
	2012	120.227	54.210	106.915
	2002	86.161	30.105	83.029
	1992	72.886	22.646	72.779
Hochschulkliniken	2017	33.482	14.953	30.162
	2012	29.313	12.307	27.426
	2002	22.570	7.012	22.990
	1992	20.405	5.590	20.211

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

6. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das Verhältnis von
- Ärztin bzw. Arzt zu Krankenhausbett (nur Allgemeinkrankenhäuser),

Das Verhältnis Ärztin und Arzt zu Krankenhausbett in Allgemeinkrankenhäusern ist der Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Verhältnis Ärztin und Arzt zu Krankenhausbett in Allgemeinkrankenhäusern in verschiedenen Jahren (VZÄ = Vollzeitäquivalente)

2017	Ärtezahl	Betten
Kopf	176.927	450.453
VZÄ	153.861	450.453
2012		
Kopf	152.011	458.374
VZÄ	136.479	458.374
2002		
Kopf	110.244	504.684
VZÄ	107.488	504.684
1992		
Kopf	94.287	591.830
VZÄ	93.921	591.830

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

b) Fachärztin bzw. Facharzt zu Krankenhausbett (nur Allgemeinkrankenhäuser),

Das Verhältnis Fachärztin und Facharzt zu Krankenhausbett ist der Tabelle 9 zu entnehmen. Da in den Grunddaten der Krankenhäuser Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung an Allgemeinkrankenhäuser nicht in Vollzeitäquivalenten ausgewiesen werden, werden nur die entsprechenden Kopffzahlen angegeben.

Tabelle 9: Verhältnis Fachärztin und Facharzt zu Krankenhausbett in Allgemeinkrankenhäusern in verschiedenen Jahren

2017	Ärtezahl	Betten
Kopf	97.332	450.453
2012		
Kopf	82.581	458.374
2002		
Kopf	62.518	504.684
1992		
Kopf	46.534	591.830

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

c) Ärztin bzw. Arzt zu Krankenhausbett (nur Plankrankenhäuser),

Das Verhältnis Ärztin und Arzt zu Krankenhausbett in Plankrankenhäusern ist der Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Verhältnis Ärztin und Arzt zu Krankenhausbett in Plankrankenhäusern in verschiedenen Jahren (VZÄ = Vollzeitäquivalente)

2017	Ärtezahl	Betten
Kopf	141.662	398.009
VZÄ	122.218	398.009
2012		
Kopf	120.227	403.307
VZÄ	106.915	403.307
2002		
Kopf	86.161	449.472
VZÄ	83.029	449.472
1992		
Kopf	72.886	528.499
VZÄ	72.779	528.499

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

d) Fachärztin bzw. Facharzt zu Krankenhausbett (nur Plankrankenhäuser),

Hierzu liegt der Bundesregierung kein statistisches Datenmaterial vor.

e) Ärztin bzw. Arzt zu Krankenhausbett (nur Universitätskliniken),

Das Verhältnis Ärztin und Arzt zu Krankenhausbett in Universitätskliniken ist der Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11: Verhältnis Ärztin und Arzt zu Krankenhausbett in Universitätskliniken in verschiedenen Jahren (VZÄ = Vollzeitäquivalente)

2017	Ärtezahl	Betten
Kopf	33.482	45.156
VZÄ	30.162	45.156
2012		
Kopf	29.313	44.244
VZÄ	27.426	44.244
2002		
Kopf	22.570	45.903
VZÄ	22.990	45.903
1992		
Kopf	20.405	52.437
VZÄ	20.211	52.437

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

- f) Fachärztin bzw. Facharzt zu Krankenhausbett (nur Universitätskliniken) (bitte pro Kopf und in Vollzeitäquivalent aufschlüsseln)?

Wie sahen die Verhältnisse von Arzt zu Akutbett im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren aus?

Hierzu liegt der Bundesregierung kein statistisches Datenmaterial vor.

7. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind nach Kenntnis der Bundesregierung in der ambulanten Versorgung in

- a) niedergelassenen Arztpraxen und
b) Medizinischen Versorgungszentren tätig?

Wie viele hiervon sind weiblich?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 10 und 25 Jahren (bitte in pro Kopf und in Vollzeitäquivalent aufschlüsseln)

Die nachstehenden tabellarischen Übersichten enthalten eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übermittelte Darstellung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowohl nach Köpfen (Tabelle 12) als auch nach Bedarfsplanungsgewichten (Tabelle 13). Nach Aussage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entspricht die Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten in der Vertragsarztstatistik am ehesten der Zählung von Vollzeitäquivalenten, ist jedoch aufgrund der Besonderheiten des Zulassungsrechts und der Bedarfsplanung nicht vollständig äquivalent.

Tabelle 12: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und ermächtigte Ärztinnen und ermächtigte Ärzte) nach Praxisform, Zählung nach Köpfen

Praxisform	2018	2013	2008**	1993
Freie Praxen	120.568	121.007	119.601	103.926
<i>Davon: Weiblich</i>	52.228	47.881	43.832	31.966
Einrichtungen*	18.825	12.115	5.163	630
<i>Davon: Weiblich</i>	7.966	4.794	2.098	406
Gesamt	139.393	133.122	124.764	104.556
<i>Davon: Weiblich</i>	60.194	52.675	45.930	32.372

Quelle: Bundesarztregister

* Die Darstellung der Zahlen der Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen umfasst für die Jahre 2008-2018 zum überwiegenden Teil Ärztinnen und Ärzte in MVZ. Außerdem umfasst diese Kategorie Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V (ehemalige Polikliniken), in Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und kommunalen Eigeneinrichtungen. Für das Jahr 1993 enthält diese Kategorie ausschließlich Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V.

** Für das Jahr 2008 wurden die zugelassenen Ärztinnen und zugelassenen Ärzte (die jedoch nur eine Minderheit der Einrichtungsärztinnen und Einrichtungsärzte darstellen) in MVZ noch nicht von allen Kassenärztlichen Vereinigungen valide an das Bundesarztregister übermittelt.

Tabelle 13: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und ermächtigte Ärztinnen und ermächtigte Ärzte) nach Praxisform, Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten

Praxisform	2018	2013	2008***	1993**
Freie Praxen	108.244	112.595	114.518	103.926
<i>Davon: Weiblich</i>	45.411	43.495	41.231	31.966
Einrichtungen*	13.081	8.922	4.614	630
<i>Davon: Weiblich</i>	5.544	3.554	1.911	406
Gesamt	121.325	121.516	119.132	104.556
<i>Davon: Weiblich</i>	50.955	47.049	43.141	32.372

Quelle: Bundesarztregister

* Die Darstellung der Zahlen der Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen umfasst für die Jahre 2008-2018 zum überwiegenden Teil Ärztinnen und Ärzte in MVZ. Außerdem umfasst diese Kategorie Ärztinnen und Ärzten in Einrichtungen nach § 311 SGB V (ehemalige Polikliniken), in Eigen-einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und kommunalen Eigeneinrichtungen. Für das Jahr 1993 enthält diese Kategorie ausschließlich Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V.

** Die Differenzierung der Zählweise zwischen Köpfen und Bedarfsplanungsgewichten (als Näherung zu Vollzeitäquivalenten) liegt erst nach Einführung der Teilzulassung mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 vor. Für die Vorjahre sind für die Gewichte daher die Kopfzahlen eingetragen.

*** Für das Jahr 2008 wurden die zugelassenen Ärztinnen und zugelassenen Ärzte (die jedoch nur eine Minderheit der Einrichtungsärztinnen und Einrichtungsärzte darstellen) in MVZ noch nicht von allen Kassenärztlichen Vereinigungen valide an das Bundesarztregister übermittelt.

8. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind nach Kenntnis der Bundesregierung im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses in der ambulanten Versorgung tätig?

Wie viele hiervon sind weiblich?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren (bitte pro Kopf und in Vollzeitäquivalent aufschlüsseln)?

Die nachstehenden tabellarischen Übersichten enthalten eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übermittelte Darstellung sowohl nach Köpfen (Tabelle 14) als auch nach Bedarfsplanungsgewichten (Tabelle 15). Nach Aussage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entspricht die Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten in der Vertragsarztstatistik am ehesten der Zählung von Vollzeitäquivalenten, ist jedoch aufgrund der Besonderheiten des Zulassungsrechts und der Bedarfsplanung nicht vollständig äquivalent.

Tabelle 14: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und ermächtigte Ärztinnen und ermächtigte Ärzte)* in Anstellung, Zählung nach Köpfen

Teilnahmestatus	2018	2013	2003	1993
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte*	104.963	111.421	117.605	104.556
<i>Davon: Weiblich</i>	41.514	41.269	40.955	32.372
Angestellte	34.430	21.701	1.942	0
<i>Davon: Weiblich</i>	18.680	11.406	1.506	0
Gesamt	139.393	133.122	119.547	104.556
<i>Davon: Weiblich</i>	60.194	52.675	42.461	32.372

Quelle: Bundesarztregister

* Inkl. Jobsharing-Juniorpartner

Tabelle 15: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und ermächtigte Ärztinnen und ermächtigte Ärzte)* in Anstellung, Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten

Teilnahmestatus	2018	2013	2003***	1993**
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte*	99.142	107.457	117.605	104.556
<i>Davon: Weiblich</i>	39.020	39.826	40.955	32.372
Angestellte	22.183	14.059	1.942	0
<i>Davon: Weiblich</i>	11.935	7.223	1.506	0
Gesamt	121.325	121.516	119.547	104.556
<i>Davon: Weiblich</i>	50.955	47.049	42.461	32.372

Quelle: Bundesarztregister

* Inkl. Jobsharing-Juniorpartner

** Die Differenzierung der Zählweise zwischen Köpfen und Bedarfsplanungsgewichten (als Näherung zu Vollzeitäquivalenten) liegt erst nach Einführung der Teilzulassung mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 vor. Für die Vorjahre sind für die Gewichte daher die Kopfzahlen eingetragen.

*** Bei den Angestellten ist dabei zu beachten, dass im Jahr 2003 ein hoher Anteil der ausgewiesenen Angestellten einer Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterlag. Die Verwendung der Kopfzahlen als Näherung der Bedarfsplanungsgewichte und damit für Vollzeitäquivalente ist damit nur eingeschränkt möglich, insbesondere sollte das Verhältnis von Kopfzahlen und Bedarfsplanungsgewichten nicht inhaltlich interpretiert werden.

9. Was sind nach Auffassung der Bundesregierung die Gründe für die Zunahme von Anstellungsverhältnissen?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass insbesondere eine ausgewogene Balance zwischen Beruf und Privatleben für junge Ärztinnen und Ärzte ein entscheidendes Kriterium für ihre Berufszufriedenheit ist und viele junge Ärztinnen und Ärzte in einer Angestelltentätigkeit größere Chancen sehen, dies zu verwirklichen. Nach Einschätzung der Bundesregierung handelt es sich bei der Forderung nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben um einen gesamtgesellschaftlichen Trend, der sich nicht auf die Ärzteschaft beschränkt. Darüber hinaus geht die Bundesregierung davon aus, dass viele Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit eines Anstellungsverhältnisses in der Phase des Berufseinstiegs wählen, um sich ohne die mit der Niederlassung verbundenen Verpflichtungen bestmöglich in den ärztlichen Arbeitsalltag einzufinden und auf diese Weise weitergehend für eine spätere Tätigkeit als niedergelassene Ärztin oder als niedergelassener Arzt zu qualifizieren.

10. Wie viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte unter 60 Jahren haben nach Kenntnis der Bundesregierung im vergangenen Jahr Deutschland dauerhaft verlassen, und welches sind die drei Länder, in die die meisten von ihnen ausgewandert sind?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Wie viele hiervon haben eine deutsche Staatsbürgerschaft?

Für das Jahr 2018 weist die Statistik der Bundesärztekammer 1 941 ausgewanderte Ärztinnen und Ärzte aus, davon 1 101 Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Staatsbürgerschaft. Der Bundesregierung liegen keine Daten zum Alter der ausgewanderten Ärztinnen und Ärzte vor.

Im Jahr 2018 waren die Länder, in die die meisten Ärztinnen und Ärzte ausgewandert sind, die Schweiz (n = 590), Österreich (n = 254) und die USA (n = 106). Die Länder, in die die meisten Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Staatsbürgerschaft ausgewandert sind, waren ebenfalls die Schweiz (n = 476), Österreich (n = 95) und die USA (n = 80).

Da das vorhandene Datenmaterial lediglich bis zum Jahr 2008 zurückreicht, kann die Antwort nur für den Zeitraum von vor fünf Jahren erfolgen. Im Jahr 2013 sind 3 035 Ärztinnen und Ärzte ausgewandert, davon 1 909 Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Staatsbürgerschaft. Im Jahr 2013 waren die Länder, in die die meisten Ärztinnen und Ärzte ausgewandert sind, die Schweiz (n = 793), Österreich (n = 289) und die USA (n = 143). Die Länder, in die die meisten Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Staatsbürgerschaft ausgewandert sind, waren ebenfalls die Schweiz (n = 691), Österreich (n = 112) und die USA (n = 128).

11. Was sind nach Auffassung der Bundesregierung die Gründe für die Auswanderungsentscheidung?

Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, um die Zahl auswandernder Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren?

Wie viele davon haben eine deutsche Staatsbürgerschaft?

Aus welchen drei Ländern kommen die meisten Ärztinnen und Ärzte, um sich in Deutschland dauerhaft niederzulassen?

Aus Sicht der Bundesregierung gibt es vielfältige denkbare, private und berufliche Gründe für die Entscheidung einer Ärztin oder eines Arztes, im Ausland eine Tätigkeit aufzunehmen. Seitens der Ärzteschaft wurden in der Vergangenheit als Gründe für eine Auswanderungsentscheidung unter anderem Vergütungsaspekte oder dass sich Beruf und Privatleben im Ausland aus Sicht der einzelnen Ärztin oder des einzelnen Arztes besser vereinbaren ließen, angeführt. Nach Einschätzung der Bundesregierung handelt sich bei der Entscheidung für eine Tätigkeit im Ausland nicht zuletzt um einen gesamtgesellschaftlichen Trend, der sich nicht auf die Ärzteschaft beschränkt. Weiterhin wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort auf Frage 10 verwiesen, aus der sich ergibt, dass sich die Anzahl der ausgewanderten Ärztinnen und Ärzte von 2013 auf 2018 erheblich reduziert hat.

Im Jahr 2017 waren insgesamt 50 808 ausländische Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesärztekammer registriert. Die meisten ausländischen Ärztinnen und Ärzte kamen aus Rumänien (n = 4 505), der Arabischen Republik Syrien (n = 3 632) und Griechenland (n = 3 147). Inwiefern diese Ärztinnen und Ärzte eine dauerhafte Niederlassung anstreben, kann anhand der Statistik nicht beantwortet werden.

12. Wie viele Ärztinnen und Ärzte haben nach Kenntnis der Bundesregierung im vergangenen Jahr in die Bundesrepublik Deutschland einen dauerhaften Aufenthalt begründet?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Gründe für die Einwanderungsentscheidung?

Im Jahr 2017 waren bei der Bundesärztekammer 50 808 ausländische Ärztinnen und Ärzte registriert. Im Jahr 2012 waren es 32 548, im Jahr 2002 waren es 16 160 und im Jahr 1992 waren es 11 405 Ärztinnen und Ärzte. Der Bundesregierung liegen keine Daten vor, die Rückschlüsse auf die Gründe für Einwanderungsentscheidungen zulassen.

13. Wie viele Menschen haben nach Kenntnis der Bundesregierung im vergangenen Jahr ein Studium der (Human-)Medizin in Deutschland aufgenommen?

Wie viele davon sind weiblich?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Nach Angaben der Stiftung für Hochschulzulassung haben im Jahr 2018 10 593 Menschen ein Studium der Humanmedizin aufgenommen, davon waren 6 998 weiblich. Im Jahr 2014, waren es 10 398 Studierende (davon 6 484 weiblich), im Jahr 2004 9 376 Studierende (davon 5 603 weiblich) und im Jahr 1994 Studierende 10 007 (davon 5 024 weiblich).

14. Wie viele Menschen haben nach Kenntnis der Bundesregierung im vergangenen Jahr ein Studium der (Human-)Medizin in Deutschland abgeschlossen?

Wie viele der Absolventen davon sind weiblich?

Wie viele waren es im Vergleich dazu vor fünf, 15 und 25 Jahren?

Im Jahr 2017 schlossen 10 426 Menschen ein Studium der Humanmedizin ab, davon waren 6 325 weiblich. Im Jahr 2014 waren es 10 038 Studierende (davon 6 159 weiblich), im Jahr 2004 8 894 Studierende (davon 4 764 weiblich) und im Jahr 1994 12 921 (davon 5 853 weiblich). Ältere Daten liegen der Bundesregierung nicht vor.

15. Wie viel Zeit (in Stunden pro Tag) verbringt nach Kenntnis der Bundesregierung eine durchschnittliche Ärztin bzw. ein durchschnittlicher Arzt in

a) einer niedergelassenen Praxis,

Nach Erhebungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) bei rund 5 000 Praxen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Öffnungs- und Betriebszeiten der Praxen, zu Leistungszeiten außerhalb der Praxen und zu den abgeleisteten Wochenarbeitszeiten betragen die Wochenarbeitszeiten der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber im Jahr 2015 durchschnittlich 51,5 Stunden einschließlich Praxismanagement und Fortbildungen. Auf die ärztlichen Tätigkeiten entfielen hiervon etwa 45 Stunden. Davon wurden durchschnittlich etwa 36 Stunden (81 Prozent) im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten verbracht (vgl. Zi Paper 13/2018, Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeutinnen

und Vertragspsychotherapeuten – Daten aus dem Zi-Praxis-Panel, abrufbar unter www.zi.de/publikationen/zi-paper/). Weitergehende Erkenntnisse zur durchschnittlichen Dauer der unmittelbaren Patientenbetreuung liegen der Bundesregierung nicht vor.

b) einem Medizinischen Versorgungszentrum und

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liegen spezifische Auswertungen zur durchschnittlichen ärztlichen Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenbetreuung in MVZ nicht vor.

c) einem Krankenhaus mit der unmittelbaren Versorgung der Patientinnen und Patienten?

Nach einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes, die sich hauptsächlich auf Krankenhausärzte bezieht, liegt deren wöchentliche Arbeitszeit inklusive aller Dienste und Überstunden im Durchschnitt bei 51,4 Stunden. Dieser Wert bezieht dabei auch nichtärztliche Tätigkeiten und Rufbereitschaften mit ein (vgl. MB-Monitor 2017, Ärztliche Arbeitsbedingungen, abrufbar unter www.marburgerbund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017). Erkenntnisse zur durchschnittlichen Dauer der unmittelbaren Patientenbetreuung liegen der Bundesregierung nicht vor.

16. Besteht nach Auffassung der Bundesregierung aktuell ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten oder eine Fehlverteilung von Ärztinnen und Ärzten

Nach Auffassung der Bundesregierung ist ein genereller Ärztemangel bislang nicht feststellbar. Insoweit ergibt sich insbesondere aus dem internationalen Vergleich ein überdurchschnittliches Arzt-Einwohner-Verhältnis. Die Bundesregierung wird jedoch genau beobachten, inwieweit die Zunahme von Teilzeittätigkeiten, die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung einschließlich der damit verbundenen Zunahme der Krankheitslast sowie die aufgrund des medizinischen Fortschritts zunehmenden Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung weitere Maßnahmen zur Erhöhung des vorhandenen Versorgungsangebots erfordern.

a) im Verhältnis von stationärer Versorgung zur ambulanten Versorgung und

Nach den in der Ärztestatistik der Bundesärztekammer enthaltenen Daten sind 201 800 Ärztinnen und Ärzte im stationären Versorgungsbereich und 157 300 Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Versorgungsbereich tätig (Stand: 31. Dezember 2018). Bei der Bewertung dieses Verhältnisses ist die vergleichsweise hohe Hospitalisierungsrate in Deutschland zu berücksichtigen. In dem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten zum Stand und zur Weiterentwicklung der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich wird das ambulante Potential konservativ auf 5,8 Prozent geschätzt (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Endbericht vom 6. Dezember 2017, abrufbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3147). Weiteren Schätzungen zufolge beläuft sich der Anteil vermeidbarer Krankenhausaufenthalte auf deutlich höhere Werte (Sundmacher, Schütting, Faisst, Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland, Endbericht vom 28. Juli 2015, abrufbar unter

www.zi.de/presse/archiv/pressemitteilungen/2015/27-oktober-2015/?L=0). Die Bundesregierung wird weiter darauf hinwirken, dass der Ambulantisierungsprozess in der Medizin voranschreitet.

b) im Verhältnis zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen?

Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, um dem bestehenden Zustand wirksam zu begegnen?

Im Verhältnis zwischen der ambulanten Versorgung in Ballungsgebieten und in ländlichen Gebieten ist eine gravierende Ungleichverteilung von Versorgungsangeboten im Verhältnis zur Verteilung der Einwohnerzahlen bislang nicht durchgängig zu erkennen. Gleichwohl wird immer häufiger über Probleme bei der Nachbesetzung von Arztsitzen im ländlichen Raum berichtet. Die Bundesregierung hat bereits in den vergangenen Legislaturperioden mit einer Vielzahl von Maßnahmen auf die Stärkung der ländlichen Versorgung hingewirkt. Mit dem Ziel eines schnelleren und leichteren Zugangs zu ärztlichen Behandlungsangeboten soll auch das in Kürze in Kraft tretende Terminservice- und Versorgungsgesetz deutlich spürbare Verbesserungen in ländlichen Regionen bewirken. Hierzu wird beispielsweise die vertragsärztliche Versorgung in Gebieten mit eingetretener oder drohender Unterversorgung oder in Gebieten mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf durch obligatorische regionale Sicherstellungszuschläge gefördert und verbessert. Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen werden verbindlicher, erhöht und im Verwendungszweck flexibilisiert. Dies bedeutet, dass künftig die Strukturfonds für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend sind und die Strukturfondsmittel auf bis zu 0,2 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt werden. Ergänzt wurde die – nicht abschließende – gesetzliche Aufzählung der Verwendungszwecke u. a. um Investitionskosten bei Praxisübernahmen, die Förderung der Errichtung von Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung sowie die Förderung von Sonderbedarfszulassungen. Darüber hinaus wird die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen gestärkt, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch eigene Einrichtungen zu gewährleisten. Es wird klargestellt, dass Eigeneinrichtungen gleichrangig neben anderen Sicherstellungsmaßnahmen stehen und auch in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betrieben werden können.

Darüber hinaus ist eines der Ziele des „Masterplans Medizinstudium 2020“ die Gewinnung von mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung. Der Masterplan sieht verschiedene Maßnahmen vor, die das Ableisten von Ausbildungsabschnitten im ländlichen Raum fördern. Des Weiteren wurde eine sogenannte Landarztquote vereinbart. Damit wird für die Länder die Möglichkeit eröffnet, bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein. Nordrhein-Westfalen hat als erstes Land eine Landarztquote eingeführt. Die Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt planen ebenfalls die Einführung einer Landarztquote. Weitere Länder sind an einer Einführung interessiert.

17. Ist ein Fachkräftemangel im Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte nach Auffassung der Bundesregierung in Zukunft ernstlich zu befürchten?

Auf welche Tatsachen stützt die Bundesregierung ihre Auffassung?

Wenn ja, welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, um einem solchen Mangel entgegenzuwirken?

Auf die Antwort zu Frage 16 wird verwiesen. Im Hinblick auf die dort aufgezeigten Entwicklungen wird die Bundesregierung alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten. Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass die Bestimmung der Anzahl der für den ärztlichen Nachwuchs zur Verfügung stehenden Medizinstudiplätze im Verantwortungsbereich der Länder liegt.

18. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung in der laufenden Legislaturperiode eingeleitet, um die ärztliche Versorgung in Deutschland dadurch zu verbessern, dass mehr Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung geschaffen wird?
19. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung noch einzuleiten, um die ärztliche Versorgung in Deutschland dadurch zu verbessern, dass mehr Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung geschaffen wird?

Die Fragen 18 und 19 werden aufgrund des bestehenden Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Abbau unnötiger bürokratischer Anforderungen ist aus Sicht der Bundesregierung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von hoher Bedeutung. Die Bundesregierung unterstützt daher weiterhin alle Bemühungen der Selbstverwaltung, mit denen unnötige Bürokratie in Arztpraxen weiter abgeschafft wird, zum Beispiel durch Verzicht auf überflüssige Formulare und Anfragen. Auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz sieht gezielte Maßnahmen vor, mit denen Arztpraxen von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Hierzu werden die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen und der damit verbundene Dokumentationsaufwand reduziert. Zu weiteren Maßnahmen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.