

Gibt es einen Ärztemangel?

Für einen generellen Ärztemangel gibt es keine Belege, für eine mehrfache Fehlverteilung hingegen schon.

In den 1980er Jahren warnten führende Ärztevertreter eindringlich vor einer „Ärztenschwemme“, aktuell warnen die gleichen Institutionen vor einem eklatanten „Ärztemangel“ und fordern mehr Medizinstudienplätze: eine Fehleinschätzung – damals wie heute.

Die Fakten: In Deutschland gibt es (2017) genau 385 149 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. So viele wie niemals zuvor. 1990, nach der Wiedervereinigung, waren es erst 237 750. Allein in den letzten zehn Jahren ist die Zahl berufstätiger Ärzte netto um 65 450 gestiegen. Tendenz: weiter steigend. Mit 4,1 Ärzten je 1 000 Einwohner liegt Deutschland international in der Spitzengruppe (Platz 5 von 29 OECD-Ländern). Schwarzmalern zum Trotz steigt bereits seit 2005 der Anteil junger Ärzte unter 35 Jahre (von 15,4 Prozent auf 18,9 Prozent).

Warum entsteht dennoch der Eindruck eines Ärztemangels? Die Gründe sind in Kliniken und Praxen ähnlich: Besonders problematisch – und häufig verkannt – ist etwa die in Deutschland sehr geringe Anzahl von nur 0,9 Ärzten je 1 000 Belegungstagen im Krankenhaus. In Dänemark zum Beispiel, wo insgesamt weniger Ärzte tätig sind (nur

3,7 pro 1 000 Einwohner), gibt es 3,7 mal so viele Ärzte am Klinikbett (3,3 je 1 000 Belegungstage). Obwohl Deutschland also insgesamt mehr Ärzte je Einwohner hat, sind es je Klinikpatient deutlich weniger. Schon diese Fehlverteilung erklärt den real „gefühlten Ärztemangel“. Hauptursachen: zu hohe Fallzahlen und zu viele Leistungen in zu vielen deutschen Kliniken. Ursachen dafür wiederum sind eine ungenügende Finanzierung von Investitionen und starke Mengenanreize eines korrekturbedürftigen Fallpauschalensystems zur Finanzierung der Betriebskosten. Keiner dieser Ursachen kann (oder sollte!) durch „mehr Ärzte“ entgegengewirkt werden.

Würde die Zahl der Kliniken auf ein internationales Normalmaß konzentriert und eklatante Überversorgung in Form von medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitungen oder regionalen Variationen, etwa bei Linksherzkathetern oder Wirbelkörperoperationen, abgebaut, könnten ausgelagerte Ärzte – und übrigens auch an ihren Kapazitätsgrenzen arbeitende Pflegenden – aus den hochtourig laufenden Hamsterrädern aussteigen.

Im ambulanten Bereich dreht sich mit (grob geschätzt) rund 20 Arzt-Patient-Kontakten je Einwohner und Jahr ebenfalls ein Hamsterrad. Haus- wie Facharztpraxen und auch die Notaufnahmen der Kliniken werden in Deutschland vielfach mit medizinisch unnötigen Patientenkontakten „verstopft“, weshalb, zum Teil infolge finanzieller Fehlanreize und mangelnder Steuerung der Inanspruchnahme, oftmals für ernsthaft erkrankte Patienten zu wenig Zeit und Raum zur Verfügung steht.

Kritisch und weltweit einzigartig ist, dass in Deutschland fast 90 Prozent aller Facharztanerkennungen in einem von inzwischen 77 spezialistischen Bereichen erfolgen und nur 10,4 Prozent

einen Abschluss als Generalist (Allgemeinmediziner) erreichen.

Zudem sind die meisten Ärzte dort tätig, wo sie am wenigsten benötigt werden: in wohlhabenden, überversorgten Quartieren der Ballungszentren. Ländliche Räume und ärmere Stadtteile sind hingegen mit zunehmender Unterversorgung konfrontiert.

Die genannten Fakten – und noch viele mehr – sprechen, trotz veränderter Präferenzen und verringerter Arbeitszeiten des Nachwuchses, gegen einen generellen Ärztemangel in Deutschland. Sie weisen vielmehr deutlich auf ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie eine mehrfache Fehlverteilung ärztlicher Fachkräfte hin: vor allem nach Regionen (Stadt versus Land) und nach Disziplinen (Spezialisten versus Generalisten).

Zunächst sollten also Strukturprobleme (Fehlverteilungen und Fehlanreize) beseitigt werden. Parallel können schnell(er) wirksame Lösungen wie Arbeit im Team, Delegation an andere Gesundheitsberufe, Digitalisierung, Robotik, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wieder- und Quereinsteigerprogramme genutzt werden.

Falls dann noch zusätzliche Ausbildungskapazitäten geschaffen werden sollten, ist dies eine gesellschaftliche Entscheidung zur Allokation von Steuergeldern: Medizinstudienplätze sind teuer und kompetitiv zu anderen Bildungsausgaben (z.B. MINT-Fächer) bzw. Staatsaufgaben (Kultur, innere Sicherheit etc.). Eine durchaus diskutabile Option ist die Nutzung als Mittel aktiver Strukturpolitik: Wie Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, haben (Zweig-)Fakultäten mit gezielten, auf die Grundversorgung ausgerichteten Schwerpunktprogrammen in (drohend) unterversorgten ländlichen Regionen das Potenzial, die regionalen Fachkräftekapazitäten nachhaltig zu erhöhen.

AUTOR



Foto: Michael Fuchs, Remiseck

Professor **Ferdinand M. Gerlach** ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Wer Deutschland einen all-gemeinen Ärztemangel attestiert, macht es sich zu leicht.

Die Anzahl der Ärzte in Deutschland wächst jährlich um knapp zwei Prozent. Das bedeutet: In Deutschland gibt es immer mehr Ärzte. Und trotzdem ist der Eindruck der Bevölkerung, dass das Land unter einem Ärztemangel leidet, richtig. Fakt ist: Deutschland braucht neue Ärzte! Doch wie kann das sein?

Dies liegt daran, dass unser Land sowohl mit einem absoluten als auch relativen Ärztemangel konfrontiert ist. Denn es wird tatsächlich mehr medizinische Arbeitskraft benötigt. Diese muss künftig aber auch bedarfsgerechter verteilt werden. Einer der Hauptgründe für den absoluten Ärztemangel liegt in der abnehmenden Lebensarbeitszeit von Ärzten. Ein 1994 entstandenes Arbeitszeitgesetz regelt endlich die vorher oft exorbitant hohen Arbeitszeiten von Ärzten. Kollegen bis zur totalen Erschöpfung mit Arbeitswochen von bis zu 90 Stunden arbeiten zu lassen, ist seitdem u.a. verboten. Außerdem werden zeitgemäß immer mehr familienfreundliche Teilzeitstellen geschaffen. Dies halte ich für absolut sinnvolle Entwicklungen, da sie die Work-Life-Balance von Ärzten verbessern und diese vor Burn-Out-Erkrankungen schützen. Auch den Patienten kommt dies zugute, da sie von ausgeschlafenen, leistungsfähigen Ärzten behandelt werden. Basierend auf dieser Entwicklung fordern Kolleginnen und Kollegen aus der Medizin zu Recht, dass zehn Prozent mehr Medizinstudienplätze geschaffen werden sollen, damit die gesunkene Lebensarbeitszeit von einer wachsenden Ärzteschaft aufgefangen wird.

Dieser Forderung nachzukommen liegt mir als Medizinerin und Wissenschaftsministerin sehr am Herzen. Es freut mich deshalb besonders, dass

Bayern hier eine proaktive Rolle im Umgang mit dem Ärztemangel einnimmt: So soll das Klinikum Augsburg in staatliche Trägerschaft überführt und in ein Universitätsklinikum umgewandelt werden. Außerdem hat sich der Freistaat Bayern verpflichtet, einen Medizincampus zu errichten, an dem die medizinische Fakultät größtenteils angesiedelt wird. Dort soll ab dem Wintersemester 2019/20 der erste Studiengang für Medizin starten. Nach dem Endausbau stehen dort 1.500 neue Medizinstudienplätze zur Verfügung. Damit übertreffen wir die oben erwähnte 10-Prozent-Forderung sogar um 4,8 Prozentpunkte. Hier hat Bayern also wichtige Weichen für die zukünftige Versorgung des Landes mit Ärzten gestellt.

Auch den relativen, also verteilungsbedingten Ärztemangel gehe ich als Wissenschaftsministerin unter Bezugnahme auf den Masterplan Medizinstudium 2020 entschlossen an. Viel zu oft noch lassen sich (Fach-)Ärzte v.a. in strukturstarken Ballungsräumen nieder, wodurch in den ländlicheren Regionen der berechnete Eindruck entsteht, man würde auf medizinischer Ebene vernachlässigt werden. Zusätzlich besteht ein genereller Mangel an Allgemeinmedizinern, da sich viele Ärzte nach dem Medizinstudium nicht für eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, sondern für eine andere Facharztqualifikation entscheiden.

Der Masterplan Medizinstudium 2020, zu dessen Umsetzung sich Bayern freiwillig verpflichtet hat, setzt es sich u.a. zum Ziel, die Allgemeinmedizin in Studium und Forschung voranzutreiben. So sollen insbesondere allgemeinmedizinische Inhalte künftigen Medizinstudenten im Praxisjahr durch ein verpflichtendes Wahlquartal im ambulanten vertragsärztlichen Bereich vermittelt werden. Außerdem soll die Allgemeinmedizin zum obligatorischen Prüfungsgegenstand des Staatsexamens Medizin

gemacht werden. Die Errichtung weiterer Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Augsburg und Würzburg trägt zudem zur Stärkung der Allgemeinmediziner-Ausbildung bei.

Des Weiteren ist die Einführung einer Landarztquote ein fester Bestandteil des Masterplans Medizinstudium 2020. In Bayern werden künftig maximal fünf Prozent der Studienplätze an medizininteressierte Abiturienten verteilt, wenn diese sich dazu bereit erklären, bis zu acht Jahre als Hausärzte in von Unterversorgung bedrohten Regionen zu praktizieren.

Zu guter Letzt seien noch die monetären Anreize genannt, die wir künftigen Allgemeinmedizinern mit einem ländlichen Standort bieten. Exemplarisch möchte ich hier Studienstipendien für künftige Landärzte in Höhe von bis zu 600 Euro monatlich nennen oder die Niederlassungsförderung für bereits fertige Ärzte von bis zu 60.000 Euro, wenn diese ihre Praxis in Gebieten mit einem hohen Allgemeinärztebedarf eröffnen.

Bayern ist das wachstumsstärkste und durch seine hohe Attraktivität sowohl hinsichtlich des Arbeitsmarktes als auch bezüglich der Lebensqualität zweitbevölkerungsreichste Land Deutschlands. Als seine Wissenschaftsministerin möchte ich daher die bestmögliche medizinische Versorgung bieten.

AUTORIN



Professorin Dr. med. **Marion Brigitta Kiechle** ist bayerische Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst.