
Ärztmangel und Versorgungssicherheit

Rudolf Henke

Wir erleben seit Jahren eine anhaltende und lebhaftere Diskussion über die bedarfsgerechte Zahl von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Trotz einer deutlich gestiegenen Zahl an Approbierten zeichnet sich für die Zukunft eine Mangelversorgung ab, die nicht mehr nur ländliche Räume, sondern zunehmend auch städtische Gebiete betrifft und betreffen wird. Bereits heute finden viele Praxisinhaber keine Nachfolger, und das nicht nur in strukturschwachen Regionen der neuen Bundesländer. In den Kliniken fehlen derzeit nach Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts ca. 6000 Ärzte, nach einer Umfrage des Marburger Bundes sogar 12.000 – eine Diagnose, die mittlerweile auch in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert wird.¹

Im Juni 2008 stellte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in einem Schreiben an die Abgeordneten der Großen Koalition dennoch zufrieden fest: Die Zahl der Ärzte habe in den letzten Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich weiter zugenommen, deshalb sei Deutschland mit Ärzten so gut versorgt wie noch nie. Die Abwanderung von bisher in Deutschland tätigen Ärzten sei darüber hinaus unproblematisch, da kein Massenphänomen.²

Während Ulla Schmidt das Thema Ärztemangel während ihrer Amtszeit stets beiseitegeschoben hat, kommt dem Nachfolger Ulla Schmidts, Philipp Rösler, und unserer christlich-liberalen Koalition das Verdienst zu, endlich den Ärztemangel in Deutschland als Realität anerkannt zu haben. Im Folgenden werde ich die Maßnahmen der christlich-liberalen Koalition vorstellen, welche darauf abzielen,

auch künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen.

Zunächst möchte ich aber eine kurze Bestandsaufnahme vornehmen und die aus meiner Sicht vorrangigen Punkte zum Thema erläutern.

Die Gründe für die bereits heute bestehende Unterversorgung sind vielfältig:

1. Wir stellen seit Jahren die Tendenz fest, dass das Durchschnittsalter sowohl der Vertrags- als auch der Krankenhausärzte kontinuierlich ansteigt. So betrug im Jahre 2009 das Durchschnittsalter der Vertragsärzte 52 Jahre, das der Krankenhausärzte 41 Jahre.³ Der bereits hohe Anteil an Ärzten mit einem Alter über 50 (55 %) bzw. über 60 (15 %) steigt weiter massiv.⁴ Altersbedingt werden in den Krankenhäusern in den kommenden zehn Jahren fast 20.000 Ober- und Chefärzte in den Ruhestand gehen. Besonders dringlich stellt sich das Problem in der hausärztlichen Versorgung dar. So werden bis zum Jahre 2020 fast 24.000 Hausärzte aus dem System ausscheiden, wovon insbesondere die neuen Länder betroffen sind.⁵

Die Zahl der Medizinstudenten und Absolventen steigt dagegen nur leicht an.⁶ Nach dem Studium nehmen darüber hinaus 12 % der Absolventen keine kurative ärztliche Tätigkeit wahr. Zudem wandern junge Ärzte teilweise ins Ausland ab; im Jahr 2009 waren insgesamt 17.000 deutsche Ärzte im Ausland tätig.⁷

2. Nicht nur die Ärzteschaft, auch die Gesamtbevölkerung altert. Mit einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft steigt auch die (Multi-)Morbidität und damit die Behandlungsintensität im Gesundheitswesen. Für das Krankenhaus ergibt sich aus der demografischen Entwicklung eine steigende Frequenz an Krankenhausaufenthalten sowie ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer bei älteren Patienten im Vergleich zu jüngeren, was notwendigerweise zu einem erhöhten Bedarf an medizinischem Personal führt.

3. Der medizinische Fortschritt ermöglicht neue, aufwendigere Behandlungsmethoden, führt jedoch auch zu einem höheren Behandlungsaufwand und damit zu einem erhöhten Ärztebedarf.

4. Ein weiterer Faktor, welcher den Ärztemangel beschleunigen kann, besteht im wachsenden Frauenanteil in der Ärzteschaft. Darüber können wir uns grundsätzlich freuen – ein Problem liegt jedoch darin, dass Frauen häufiger als Männer nicht in Vollzeit tätig sind. Betrug der Frauenanteil im Jahre 1991 noch 33,6 %, so stieg er im Jahre 2009 bereits auf 42,2 %. 60 % der Medizinstudierenden sind mittlerweile Frauen.⁸

Bevor ich im Folgenden die Weichenstellungen der christlich-liberalen Koalition zur zukünftigen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vorstelle, möchte ich an dieser Stelle einige Punkte nennen, die mir als besonders bedeutsam erscheinen, um zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

a. Steigerung der Attraktivität des Arztberufs

Ogleich wir feststellen, dass der Arztberuf in Deutschland noch immer ein überaus hohes Renommee in der Bevölkerung hat, wird er dennoch nicht mehr als ausreichend attraktiv wahrgenommen. So gaben in einer Umfrage der *Ärzte-Zeitung* und der *Apotheker- und Ärztebank* vom Mai dieses Jahres 48 % der befragten Ärzte an, dass sie die größte Herausforderung für die Abgabe ihrer Praxis in der „geringen Attraktivität des Arztberufes allgemein“ sähen.⁹ Auf die Frage, welche Rahmenbedingungen die Praxisabgabe erleichtern könnten, gaben 54 % der Befragten bessere Bedingungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf an sowie mehr Anreize für Studenten, in die Praxis zu gehen (36 %).

Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Attraktivität des Arztberufs unbedingt gesteigert werden muss. Bundes-

gesundheitsminister Daniel Bahr hat dieses Problem erkannt und auf dem Deutschen Ärztetag 2011 aufgegriffen.¹⁰ Den Medizinerinnen gebühre finanzielle Anerkennung ebenso wie Freiheit in der Berufsausübung. Mit Drohung und Zwang sei kein Ärztemangel zu beseitigen, es dürfe nicht noch mehr reglementiert werden, die Bürokratie müsse abgebaut werden und dürfe „nicht zum Selbstzweck verkommen“, so Bahr.

Um Ärztinnen im Beruf zu halten, wird zudem die familienfreundliche Umgestaltung des Berufsalltags für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf immer entscheidender. Dafür muss beispielsweise der Ausbau der betrieblichen Kinderbetreuung im Krankenhausbereich verstärkt werden. Wiedereinstiegsprogramme und flexible Arbeitszeiten können ebenfalls zu mehr Arbeitszufriedenheit bei Ärztinnen beitragen.

b. Engagement der Kommunen

Ein weiterer Punkt, der eng mit der Attraktivität des Arztberufs verknüpft ist, besteht in der Frage, was die Kommunen leisten können, um dem Ärztemangel zu begegnen.

Ich glaube nicht daran, dass punktuelle finanzielle Maßnahmen allein ausreichen, um junge Ärzte von der Übernahme einer Praxis in einer ländlichen Region zu überzeugen. Vielmehr spielen dabei die konkreten Arbeits- und Lebensbedingungen vor Ort eine wesentliche Rolle. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Kommunen, insbesondere kleinere ländliche Gemeinden, gefordert, geeignete Strukturen zu schaffen. Sie müssen zukünftig verstärkt dafür sorgen, die lokalen Anbieter von Gesundheitsleistungen zu vernetzen. So sieht Ansgar von der Osten, stellvertretender Leiter des Geschäftsbereichs „Sicherstellung und Zulassung“ der KV Westfalen-Lippe, die Hauptaufgabe der Kommunen darin, „engagierte Ärzte mit Vertretern der KV, der Gemeinde, der Wirtschaftsförderung,

mit Investoren und mit anderen Gesundheitsberufen an einen Tisch zu bringen“.¹¹ Die Errichtung eines ambulanten Zentrums von Fachärzten, das im Rahmen einer größeren Kooperation mit Hausarztpraxen verzahnt werden kann, kann in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit bilden, bestehende Unterversorgungen aufzulösen. Somit führt auch die Aufgabe einer einzelnen Praxis nicht zum Zusammenbruch der gesamten Versorgung in einer Region.

c. Vermehrung der Medizinstudienplätze

Wir erleben seit Jahren – ich habe dies eingangs bereits beschrieben – eine Stagnation und im Jahre 2010 einen leichten Anstieg der Medizinstudienplätze in Deutschland, bei nach wie vor großen Bewerberzahlen. Den Ausbau der Medizinstudienplätze – bei gleicher Qualität – insbesondere in der Allgemeinmedizin sehe ich deshalb als Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Ländern an. Im Rahmen des Medizinstudiums sollten künftig mehr Studenten zur Ausbildung in eine Landarztpraxis oder in ein ländliches Krankenhaus gehen. Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass die nordrhein-westfälische Landesregierung die Pläne des ehemaligen Sozialministers Laumann aufgreift, rund 1000 zusätzliche Medizinstudienplätze an den nordrhein-westfälischen Hochschulen einzurichten.

Ausgangspunkt unseres gesetzgeberischen Handlungsbedarfs zur Sicherung der medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich muss eine Reform der Bedarfsplanung sein. Die Schwächen der derzeitigen Bedarfsplanung sind offenkundig: Die Planungsbereiche sind zu großräumig, die Einteilung der Arztgruppen ist sehr undifferenziert, und künftige demografische Veränderungen bleiben in der Planung unberücksichtigt. Das führt dazu, dass die Vertragsarztdichte in den Kreisen und kreisfreien Städten stark schwankt. Das gegenwärtige System ist stark überreglementiert und behindert durch rigide Zulassungssperren die

grundsätzlich jedem Arzt und jeder Ärztin zustehende freie Wahl der Niederlassung.

Deshalb ist es zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in dem Sinne vorsieht, dass die Planungsbereiche künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen müssen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird außerdem vorgegeben, die Planungsbereiche innerhalb einer vorgesehenen Frist so zu gestalten, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen. Bei der Anpassung der Verhältniszahlen soll der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig die demografische Entwicklung berücksichtigen.

Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang auch die vorgesehene Einbeziehung von an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhausärzten in die Bedarfsplanung. In die flexiblere Bedarfsplanung sollten aber zusätzlich auch Instrumente zur Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung eingebaut werden, um den jeweiligen Versorgungssituationen Rechnung tragen zu können.

Dennoch wird eine Reform der Bedarfsplanung allein keine Verbesserung der Situation mit sich bringen. Deshalb ist es darüber hinaus notwendig, das Niederlassungsverhalten über Vergütungsanreize besser zu steuern:

- Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird vorgegeben, alle Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, bei der Behandlung von Patientinnen und Patientinnen des entsprechenden Planungsbereichs von Maßnahmen der Mengengrenzung (z. B. Abstaffelung) auszunehmen.
- Die regionalen Vertragspartner erhalten die Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern (z. B. mit höherer Versorgungsqualität), die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, zu vereinbaren.

- Auf die Anwendung von Sonderpreisen bei Über- und Unterversorgung wird endgültig verzichtet. (Der Bewertungsausschuss legt nur noch einen Orientierungswert für den Regelfall fest.)
- Auch in der zahnärztlichen Versorgung wird eine Regelung zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs geschaffen, um die Option zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei lokalem Versorgungsbedarf zu eröffnen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung erhält bei entsprechendem Versorgungsbedarf die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten, in den 0,1 % der jeweiligen Gesamtvergütung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ergänzend eine gleich große Summe seitens der Krankenkassen einfließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit diesen Mitteln flexibel und ungebunden gezielte Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung ergreifen und finanzielle Anreize setzen.

Weitere punktuelle Maßnahmen sind etwa die Aufhebung der Residenzpflicht von Vertragsärzten auch in nicht unterversorgten Regionen, die eine größere Mobilität der Mediziner fördern soll, sowie die Schaffung der Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger.

Neben diesem Bündel an Maßnahmen brauchen wir aber vor allem eine gemeinsame Kraftanstrengung von Bund, Ländern und Kommunen zur Bekämpfung des Ärztemangels. Das Versorgungsgesetz weist dazu viele gute Ansätze auf. Allerdings sind auf vielen Ebenen Verbesserungen der Verhältnisse notwendig, um junge Menschen für den Arztberuf zu motivieren und die im Beruf befindlichen Ärzte von einer Abwanderung abzuhalten. Deshalb benötigen wir in Zukunft zweierlei: perspektivisch mehr Ärzte sowie bessere Anreize, um die flächendeckende Versorgung auch weiterhin zu sichern.

Anmerkungen

¹ Ärzteverband klagt über 12.000 unbesetzte Stellen. In: Spiegel-Online vom 16.2.2011 (URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,746023,00.html>).

² *Flintrop, Jens*: Arztzahlen: Falsches Signal. In: Deutsches Ärzteblatt 105 (2008), A-1471 (Nr. 27 vom 4. Juli).

³ *Kopetsch, Thomas*: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlahentwiclung (Hrsg.: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung). Berlin 2010, 24.

⁴ Kopetsch 2010, 21ff.

⁵ Kopetsch 2010, 17ff.

⁶ Kopetsch 2010, 36.

⁷ Kopetsch 2010, 120.

⁸ Kopetsch 2010, 93.

⁹ *Gerlof, Hauke*: Geringe Attraktivität des Arztberufs wird zunehmend ein Problem. In: Ärzte-Zeitung vom 10.5.2011, 14.

¹⁰ Rede von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zur Eröffnung des 114. Deutschen Ärztetages 2011 vom 31.5.2011 (URL: www.bundesaerztekammer.de/downloads/114DAET_Bahr.pdf).

¹¹ *Schlingensiepen, Ilse*: Ärztemangel? Da sind auch Kommunen gefragt. In: Ärzte-Zeitung vom 24.3.2009, 8.