



26.09.2019

Medizinische Versorgung in der Fläche sichern: Strukturreform statt Landarztquote!

Executive Summary: Deutschland hat im internationalen Vergleich eine sehr hohe Arztdichte, Tendenz steigend. Gleichwohl haben viele strukturschwache Regionen zunehmend Probleme, Ärztinnen und Ärzte für ihre Krankenhäuser oder Praxen zu finden. Obwohl Deutschland primär ein Verteilungsproblem hat, ist der favorisierte Lösungsansatz der Gesundheitspolitik, deutlich mehr Ärzte auszubilden oder diese zu verpflichten, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen. Und das idealerweise direkt in den strukturschwachen Regionen, weil man hofft, dass die Studierenden nach ihrem Abschluss dort ins Berufsleben starten. Dabei wäre es viel sinnvoller, moderne Strukturen und Konzepte zur Unterstützung der Flächenversorgung umzusetzen: institutionalisierte Kooperationen der Uniklinika mit regionalen Krankenhäusern, universitär betriebene Praxen, stärkere Nutzung von Digitaler und Telemedizin, engere Vernetzung von Uniklinik mit niedergelassenen Ärzten, eigenständigere Rollen akademisierter Pflegekräfte im ambulanten Bereich, etc.

Die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger findet in Deutschland auf einem hohen Niveau statt. Zudem ist das deutsche Gesundheitssystem von einem freien Zugang und der freien Arztwahl geprägt. Gleichzeitig ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung regional unterschiedlich. Wirtschaftlich schwache, meist ländliche Räume sind eher unterversorgt und starke, urbane Regionen tendenziell überversorgt.

Die Diagnose ist leicht zu stellen: Fehlallokation! Es sind genügend Ärzte da, aber sie sind falsch verteilt. Statt jedoch die etablierten Strukturen zu verändern, deuten viele Akteure in Politik und Selbstverwaltung die Situation pauschal in einen Ärztemangel um und versuchen durch fragliche Maßnahmen wie etwa Landarztquoten das Versorgungsproblem in strukturschwachen Regionen zu lösen. Mit solchen Scheinlösungen wird das Problem auf Medizinische Fakultäten und Unikliniken abgewälzt, ohne die zugrundeliegenden Ursachen anzugehen. Deutschland hat im internationalen Vergleich eine sehr hohe Arztdichte, Tendenz steigend. 2018 waren 392.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland berufstätig. Das ist eine Zunahme seit der Jahrtausendwende um fast 100.000 Ärzte. Im Jahr 2000 kamen auf einen berufstätigen Arzt 279 Einwohner. Im Jahr 2018 waren es nur noch 211 Einwohner pro Arzt (Quelle: Bundesärztekammer). Der Anstieg fand v.a. im klinischen Bereich statt. Zudem arbeiten immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit. Daher werden trotz des Aufwuchses an vielen Stellen Ärztinnen und Ärzte händeringend gesucht.

Unbestritten ist, dass aufgrund der unausgewogenen Verteilung in der Fläche und in den fachärztlichen Disziplinen insbesondere in strukturschwachen Gebieten eine ärztliche Unterversorgung besteht. Die Politik hat daher eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, die auf den ersten Blick plausibel erscheinen. Bei genauerer Betrachtung weisen sie jedoch deutliche Schwächen auf:

1. Es entstehen **mehr Studienplätze**. Das durchschnittliche Alter einer Niederlassung liegt jedoch bei ca. 43 Jahren. Der Effekt wird sich daher erst in 20 Jahren zeigen. Medizin ist der teuerste Studiengang in der Ausbildung. Auf die Länder kommen erhebliche Mehrkosten zu. Falls nicht hinreichend zusätzliche Mittel bereitgestellt werden, geht dies auf Kosten der Qualität der Ausbildung. Ärztinnen und Ärzte werden sich vornehmlich weiterhin in strukturstarken Regionen niederlassen, weil dort höhere Einkommen erzielbar sind und andere attraktive Standortfaktoren wirken. Mehr Ärzte bedeuten auch zusätzliche erhebliche Kosten für die GKV. Gleichzeitig wird die Nachfrage unter den Schulabgängern nach MINT-Studiengängen sowie medizinnahen Studienfächern und Ausbildungen sinken, obwohl in allen Bereichen des Gesundheitswesens dringend Fachkräfte benötigt werden.
2. Im **Masterplan 2020** ist die stärkere Ausrichtung des Medizinstudiums auf den ambulanten Bereich vorgesehen: ein ambulantes Pflichtquartal, weitere Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium und die Förderung von Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen im ländlichen Raum. Mithilfe dieser Maßnahmen soll das Interesse der Studierenden an einer Tätigkeit in unterversorgten Regionen im ambulanten Setting gefördert werden. Dies wird jedoch teurer und schwerer zu organisieren als die bisherige Ausbildung. Dass Studierende die ambulante Versorgung in der Niederlassung besser kennen lernen, heißt nicht, dass sie dieses Setting mit seinen spezifischen Arbeitsbedingungen auch gut heißen und sich später für eine entsprechende Tätigkeit dort entscheiden, insbesondere den klassischen Landarztberuf.
3. Die Ausbildung der Mediziner wird über **Zweitcampi, Satellitencampi oder spin-off-Campi** regionalisiert. Es gibt verschiedene Modelle, die letztlich alle auf den „Klebeeffekt“ hoffen, d.h. dass die Studierenden hinterher in der Region bleiben. Dass das eine Illusion ist, zeigen Flächenländer wie Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Diese bilden an ihren Standorten seit Jahren Ärztinnen und Ärzte weit über den zahlenmäßigen Bedarf des eigenen Bundeslandes aus und haben trotzdem Versorgungsprobleme in der Fläche fern der universitären Standorte. Zudem ist dieser Weg auch mit erheblichen

Mehrkosten verbunden. Zeit ist hierbei auch wieder ein Faktor: Campusaufbau und Ausbildung der ersten Kohorten werden fünf bis zehn Jahre benötigen (hinzukommen weitere fünf bis acht Jahre für die Facharztausbildung der Absolventen).

4. **Neue Universitätskliniken** werden vom jeweiligen Bundesland gesetzlich errichtet bzw. per Verwaltungsakt ernannt. Dabei wird sehr unterschiedlich vorgegangen. Entsprechend stark unterscheiden sich die Strukturen, die unter dem Label „Universitätsklinikum“ firmieren. Zum Teil wird rein privaten Initiativen und Trägern lediglich das Label Universitätsklinikum verliehen. Nur in Augsburg entsteht derzeit wirklich auf gesetzlicher Grundlage eine neue akademisch geprägte Universitätsklinik. Charakteristisch dafür sind eine enge organisatorische Verzahnung von Klinikum und Fakultät, etwa von Dekanat bzw. Fakultätsvorstand und Klinikvorstand, die institutionelle Absicherung der Wissenschaftsfreiheit sowie ein aktives Forschungsumfeld, gefördert durch einen den Aufgaben entsprechenden staatlichen Zuschuss für Forschung und Lehre. Diese Heterogenität zeigt, dass wir in Deutschland dringend eine Verständigung über den ordnungspolitischen Rahmen für die Universitätsmedizin brauchen. Der momentan ungesteuerte Kapazitätsaufbau muss durch ein auf Bundesebene abgestimmtes, planvolles Vorgehen ersetzt werden.
5. Der Aufbau von neuen Universitätsklinika oder Satelliten-Campi wird oftmals auch als Instrument für **regionale Strukturpolitik** genutzt. Strukturschwache Regionen sollen dadurch aufgewertet werden. Unikliniken haben nachgewiesenermaßen einen positiven wirtschaftlichen Effekt auf die Region. Die Gründung von Unikliniken kann aber vornehmlich keine strukturpolitische Maßnahme sein. Im Vordergrund müssen vielmehr der Bedarf an Studienplätzen, die Qualität des Studiums und die Notwendigkeit von Kapazitäten für die medizinische Forschung stehen.
6. Als vermeintlicher Königsweg zur Lösung ländlicher Versorgungsprobleme wird in vielen politischen Diskussionen die **Landarztquote** ins Feld geführt. Dabei wird ein bestimmtes Kontingent von Studienplätzen an Bewerber vergeben, die sich verpflichten eine bestimmte Zeitlang als Landarzt zu arbeiten. Allerdings werden sich Absolventen von dieser Verpflichtung wohl „freikaufen“ können, voraussichtlich gegen eine sechsstellige Summe. Dies ist in hohem Maße sozial ungerecht. Denn von Hause aus besser situierte Studenten werden sich dieser Verpflichtung einfacher entledigen können.

7. Eine weitere Variante sind **Rückkehgelder**, wie sie z.B. die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg zahlt. Damit sollen Medizinstudenten während des Studiums finanziell unterstützt werden, um sich hinterher in Brandenburg niederzulassen. Anziehen wird dies primär die „Landeskinder“, die ohnehin zurück in die Heimat wollen und wohl auch ohne zusätzliche Incentivierung zurückkehren würden. Diese Maßnahme setzt also auf den gegenteiligen Ansatz zum Zweitcampus und ist hinsichtlich ihres Mehrwerts für die Gewinnung von Ärzten sehr kritisch zu hinterfragen.

Die diskutierten Maßnahmen wirken somit alle bestenfalls sehr langfristig, möglicherweise auch überhaupt nicht. Deutlich wird jedenfalls, dass es keinen zusammenhängenden Plan hinter den Einzelmaßnahmen gibt. Ein ordnungs- bzw. gesundheitspolitisches Gesamtkonzept fehlt. Bisher ist kein politischer Wille erkennbar, dem sich abzeichnenden Wildwuchs beim Angebot von Medizinstudiengängen und der Ausweisung neuer Unikliniken eine klare Richtung zu geben. Im Gegenteil: Fast wöchentlich sind den Medien neue Projektideen zu entnehmen, meist mit großer regionalpolitischer Unterstützung. Mittel- bis langfristig wird diese Entwicklung erhebliche negative Folgen für die Qualität der Versorgungsangebote und möglicherweise auch die Ausgaben der Krankenkassen haben. Es werden derzeit Hypotheken auf die Zukunft aufgenommen, von denen nicht klar ist, wie hoch sie sind und ob sie langfristig überhaupt zurückzahlbar sein werden. Wenn die wirtschaftliche Lage sich eintrübt, besteht die Gefahr, dass der politische Druck dazu führt, dass diese Strukturen weiterhin mit GKV- bzw. Steuergeld weiterfinanziert werden müssen, statt sie zu reduzieren.

Deshalb braucht es eine politische Debatte auf Bundesebene: Wie viele Medizinstudiengänge und -plätze braucht Deutschland? Welche Organisationsmodelle und Qualitätsanforderungen sollen den Studiengängen zugrunde gelegt werden? Wo (und warum gerade dort) sollen neue Studienplatzangebote entstehen? Dabei sind langfristige, bundesweit abgestimmte Strukturentscheidungen mit viel Bedacht zu treffen. Fehl am Platz sind unabgestimmte, primär regionalpolitisch motivierte Initiativen, wie wir sie derzeit flächendeckend erleben.

Reformierte Versorgungsstrukturen statt fragliche Instrumente

Strukturschwache Regionen haben erhebliche Schwierigkeiten, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen. Neben der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung, dass der ländliche Raum unattraktiv für Nachwuchs in allen Berufsgruppen ist, liegen die Ursachen hierfür hauptsächlich in einer veränderten beruflichen Erwartung der jungen Menschen. Nachwuchsärztinnen und -ärzte wünschen sich laut dem aktuellen Berufsmonitor der KBV eine familienfreundliche, teamorientierte und

angestellte Tätigkeit - eine Erwartung, die unvereinbar mit dem klassischen Bild vom niedergelassenen „Landarzt“ und gleichzeitigem Praxismanager ist. Die gezeigten Maßnahmen versuchen letztlich, die Berufsentscheidung junger Menschen zu beeinflussen, indem Lebensmodelle gefördert werden, die zunehmend nicht mehr mit langfristigen Trends bei den Einstellungen und Präferenzen von Nachwuchsärzten kompatibel sind. Das wird nicht funktionieren.

Die Sicherstellung der Versorgung in der Fläche lässt sich nur mit dem Aufbau neuer Versorgungsstrukturen und –konzepte lösen. Diese müssen den Bedürfnissen der gesicherten Versorgung von Patientinnen und Patienten und zugleich den Erwartungen des Nachwuchses an sein Arbeitsumfeld entsprechen. Mittlerweile begrüßen fast 70% der Medizinstudierenden eine Tätigkeit in hierarchiearmen Teams gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen und mit klarer Entscheidungsverantwortung, die nicht mehr allein beim Arzt liegen muss (Quelle: KBV-Monitor 2019). Diese Teamorientierung und die neuen Tätigkeitsfelder müssen auch in der interprofessionellen Ausbildung aller Gesundheitsberufe und in den Versorgungsstrukturen noch breiter als bislang abgebildet werden.

Dazu kommt, dass die klassischen vertragsärztlichen Strukturen (fachgebietsbezogene Einzelpraxis in selbständiger Berufsausübung), in denen heute ausgebildet werden müsste, vielerorts nicht dem entsprechen, was wir in Zukunft brauchen. Die Zukunft liegt in vernetzten, telemedizinisch an Zentren angebotenen, interdisziplinären und interprofessionellen ambulanten Versorgungsangeboten. Studierende sollten in Settings ausgebildet werden, die das abbilden. In der vertragsärztlichen Versorgung sind solche Strukturen immer noch eher die Ausnahme als die Regel.

Wir brauchen daher Innovation bei den Versorgungsstrukturen und -konzepten, keine Konservierung der hergebrachten „Landarztpraxis“. Dies ließe sich zudem viel schneller umsetzen als die Ausbildung zusätzlicher Fachärzte. Gesundheitsversorgung muss sektorenübergreifend gedacht werden, nicht getrennt in ambulant und stationär. Sie muss als regionales integriertes System gesehen werden. Es ist zu bezweifeln, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) alleine in der Lage sind, diese Herausforderungen zu bewältigen. In der Vergangenheit haben die KVen, etwa durch die Honorar-Verteilung deutliche Fehlanreize geschaffen mit dem Ergebnis, dass in wirtschaftlich interessanten Fächern und Regionen eine Überversorgung herrscht und umgekehrt. Wir brauchen daher neue, sektorenübergreifende und kooperative Planungsansätze. Die Länder müssen dafür in Zukunft mehr Planungsverantwortung auch für die ambulante Versorgung übernehmen.

Universitätsmedizin als Organisatoren regionaler Versorgungsnetze

Die Unikliniken sind als Maximalversorger Zentren der regionalen Versorgung, sowohl ambulant als auch stationär. Diese Stellung muss in Zukunft stärker genutzt werden und die regionale Versorgungsplanung von diesen Zentren aus gedacht werden. Vor Ort bietet die Universitätsmedizin das volle Spektrum der medizinischen Maximalversorgung sowie eine umfassende Notfallversorgung an und strahlt in dieser Funktion schon heute weit in die Regionen hinaus. An vielen Standorten sind die Uniklinken darüber hinaus auch erste Anlaufstelle für die stationäre Grund- und Regelversorgung. Hand in Hand mit dem Versorgungsauftrag der Universitätsmedizin werden an den Fakultäten und den Unikliniken derzeit fast 100.000 angehende Ärztinnen und Ärzte, sowie auch das gesamte Spektrum der Gesundheitsberufe an den eigenen Gesundheitsfachschulen und in spezialisierten Studiengängen ausgebildet. Die Weiterbildung zum Facharzt findet ebenfalls zu einem erheblichen Teil in der Universitätsmedizin statt.

Eine Kernaufgabe der Universitätsmedizin ist die Weiterentwicklung der Versorgung durch Innovationen. Dazu gehören auch neue Versorgungskonzepte in der Fläche. Beispielhaft sind zu nennen:

- Stärkung des ambulanten Sektors in Regionen mit Sicherstellungslücken durch Pilotprojekte mit universitär betriebenen Praxen: Ein KV-Sitz wird über Rotationsmodelle mit Ärzten besetzt, denen dadurch auch andere Tätigkeitsfelder weiterhin offen stehen. So weckt man beim ärztlichen Nachwuchs das Interesse an der Grundversorgung im ländlichen Raum. Die Niederlassung auf dem Land muss keine Lebensentscheidung sein. Diese Maßnahme würde sowohl die regionale Krankenversorgung unmittelbar stärken, als auch neue ambulante Lehrstrukturen für das Humanmedizinstudium außerhalb der etablierten Standorte der Universitätsmedizin bieten. Solche Modelle sollten pilothaft von geeigneten Standorten der Universitätsmedizin zeitnah aufgebaut und evaluiert werden.
- Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für Landärzte aufzeigen: Angestelltenverhältnisse schaffen, die dann in Niederlassungen oder Leitungs- und Koordinationsstellen von Netzwerken/Gesundheitszentren münden können.
- Implementierung der digitalen Medizin (z.B. Apps) und stärkere Nutzung der Telemedizin, um Know-how aus den universitären Zentren effektiv in die Fläche zu bringen.
- Reduktion und Reorganisation des Dokumentations- und Verwaltungsaufwands im Gesundheitssystem.
- Stärkung der Interprofessionalität und Teamarbeit im Gesundheitswesen mit neuer Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den Berufsgruppen bis hin zur Substitution, u.a.

durch die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die Ausbildung und Beschäftigung von Arztassistenten.

- Ausbau von Forschungsnetzwerken von ambulanten Praxen mit abgesicherter Finanzierung, in denen im Sinne eines lernenden Gesundheitssystems sektorenübergreifende Klinische Studien und Versorgungsforschung auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau durchgeführt werden können.
- Angebote, um schon früh im Studium die allgemeinmedizinische Tätigkeit in modernen Strukturen kennenzulernen und diese Tätigkeit somit positiv zu besetzen, so wie sie an einzelnen medizinischen Fakultäten bereits offeriert werden, müssen ausgebaut werden.
- Maximalversorger untereinander sowie mit regionalen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten vernetzen, um Spezialwissen bei Bedarf in die Fläche zu bringen.
- Strukturänderungen sind nötig, um die knappe Ressource Arzt möglichst zielgerichtet zu nutzen, bspw. durch Modelle der integrierten Versorgung; diese müssen durch eine entsprechende Angebotsplanung flankiert sowie finanzielle Anreize gefördert werden.
- Nicht zuletzt würde der immer wieder geforderte, aber nie umgesetzte strukturelle Umbau der Krankenhauslandschaft ärztliche und auch pflegerische Kapazitäten freisetzen, die an anderen Orten effektiver und bedarfsgerechter genutzt werden könnten und somit einen deutlichen Beitrag zu einer besseren Versorgung leisten würden.