

Fakultät bringt ärztlichen Nachwuchs in die Region

Regionale Potenziale durch Klebeeffekt zur Entfaltung bringen

von Jürgen Herdt, Stabsstelle für Planung und Entwicklung der ÄKWL

Der so genannte Klebeeffekt, also der Tatbestand, dass vom Standort medizinischer Fakultäten eine hohe regionale Bindungswirkung auf junge Ärztinnen und Ärzte ausgeht, wird immer wieder in Zweifel gezogen. Zur Versachlichung soll – über die bereits vorliegenden Studien hinaus¹ – ein systematisierender Blick auf die Wirkmechanismen des „Klebeeffektes“ gerichtet werden.

Zunächst bedeutet „Klebeeffekt“ natürlich nicht, dass jeder Arzt in der Region, in der er Medizin studiert, auch berufstätig wird. Er bedeutet aber, dass die Bindungsneigung an die Region rund um eine medizinische Fakultät deutlich höher ist und dadurch dort deutlich leichter ärztlicher Nachwuchs zu gewinnen ist. Die regionale Bindungsneigung zeigt sich dabei in drei Ausdrucksformen:

Primäre Bindungsneigung

Bei der primären Bindungsneigung handelt es sich um den Wunsch, in der Region, in der man aufgewachsen ist und seinen Lebensmittelpunkt hat, auch zu studieren. Dies ist nur zu realisieren, wenn vor Ort ein entsprechendes Studienangebot vorhanden ist. Ist

dies nicht der Fall, entscheidet sich der Aspirant entweder für ein anderes Studienfach und geht damit der Medizin verloren. Oder er studiert an einem anderen Ort, der dann seine Bindungswirkung entfalten kann. Der Studierende geht damit der Region verloren.

Sekundäre Bindungsneigung

Bei der sekundären Bindungsneigung entwickelt der Studierende im Laufe seines Studiums das Interesse, im Anschluss an das Studium in der Region des Studienortes, in der zuvor nicht sein Lebensmittelpunkt war, berufstätig zu werden. Er wird dann als Arzt für die Region gewonnen.

Tertiäre Bindungsneigung

Bei der tertiären Bindungsneigung interessiert sich ein Studierender oder Arzt für eine Region, die er u. a. wegen deren spezifischer Infrastruktur, beispielsweise universitäre Einrichtungen mit besonderen Forschungsschwerpunkten, kennen gelernt hat, obwohl er an einem anderen Ort studiert hat. Aber auch Bindungen an die Region, weil gegebenenfalls der Lebenspartner dort an der Fakultät oder

anderen universitären Einrichtungen eine Tätigkeit gefunden, fallen in diese Kategorie.

Diese drei Ausdruckformen der regionalen Bindungsneigung führen im Ergebnis zu einer Wirkung, die als „Klebeeffekt“ zusammengefasst werden kann. Dieser stellt sich aber nicht voraussetzungslos ein. Er wird wesentlich angestoßen durch persönliche Motivlagen wie beispielsweise familiäre oder partnerschaftliche Beziehungen (insbesondere bei der primären Bindungsneigung) sowie durch die Attraktivität der Studienstrukturen und -bedingungen am Fakultätsstandort sowie das Potenzial der Region im Ganzen (insbesondere bei der sekundären und tertiären Bindungsneigung).

Während die persönlichen Motivlagen einer institutionellen Gestaltung und Steuerung weitestgehend entzogen sind, kommt es im Hinblick auf die sekundären und tertiären Bindungswirkungen einer medizinischen Fakultät gerade auf ein überzeugendes Studienangebot an. Erst damit wird das Interesse

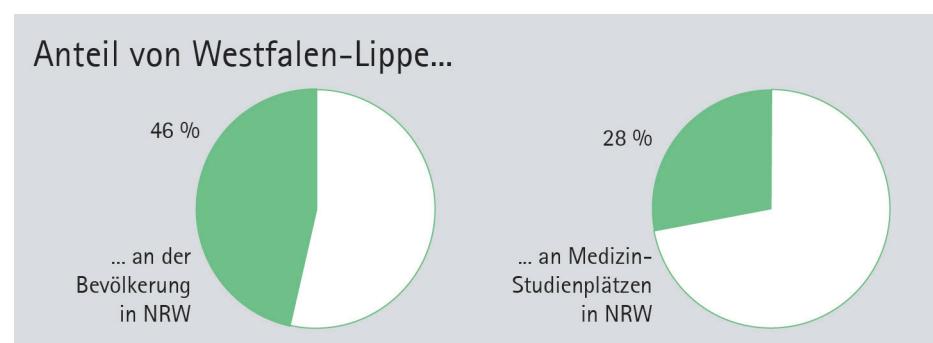
1 Studien der letzten Jahre, die auf den Klebeeffekt Bezug nehmen, sind abrufbar unter: www.aekwl.de/klebeeffekt

für einen Studienort geweckt, auf dem sich ein Interesse für die Region ausbilden kann. Oder zugespitzt formuliert: Kaum ein Studierender wird mit dem Argument, den regionalen Ärztemangel zu bekämpfen, für einen Studienort zu gewinnen sein. Dies wird nur mit als attraktiv empfundenen Studienstrukturen und -bedingungen gelingen können. Zu guter Letzt hat das über die medizinische Fakultät hinausreichende Potenzial einer Region Einfluss auf die – sekundäre und tertiäre – Bindungsneigung. Das Potenzial einer Region bestimmen dabei Aspekte wie die infrastrukturellen Gegebenheiten oder die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

Westfalen-Lippe strukturell benachteiligt

Westfalen-Lippe ist zweifelsohne ein wirtschaftlich sehr leistungsstarker Landesteil mit einer Einwohnerzahl von 8,2 Mio. Bürgerinnen und Bürgern. Der Zugang zur Hochschulmedizin ist aber landesweit sowohl für Studienaspiranten als auch für Patienten im Durchschnitt am weitesten. Sehr deutlich werden die im regionalen Vergleich ungünstigen Zugangsbedingungen zur Hochschulmedizin darüber hinaus über die schlichte Einwohner-Fakultäten-Relation erkennbar. So kommen auf eine staatliche Medizinische Fakultät in Deutschland 2,3 Mio. Einwohner, in Nordrhein-Westfalen 2,5 Mio. Einwohner, in Westfalen-Lippe hingegen 4,1 Mio. Einwohner. Ein Missverhältnis wird auch hinsichtlich der damit korrespondierenden Verteilung der Studienplätze sichtbar. Während Westfalen-Lippe zehn Prozent der bundesdeutschen und 46 Prozent der nordrhein-westfälischen Bevölkerung stellt, hält es nur einen Anteil von sechs Prozent an den bundesdeutschen bzw. 28 Prozent an den nordrhein-westfälischen Medinstudienplätzen. In beiden Fällen wären also 50 Prozent mehr Studienplätze in Westfalen-Lippe notwendig, um die bevolkerungsbezogenen Referenzwerte zu erreichen.

Westfalen-Lippe ist strukturell klar benachteiligt und hat aus diesem Grund stärker mit Ärztemangel zu kämpfen als andere Regionen. So sind – auf die Einwohnerzahl bezogen – zehn Prozent weniger Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe berufstätig als im Bundesdurchschnitt. Seit Jahren kann dieser ohnehin schon niedrige Ärztebesatz in Westfalen-Lippe zudem nur durch eine sehr deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt liegende Zuwendung von Ärztinnen und Ärzten aus nicht deutschsprachigen Herkunftsländern erreicht



werden. Westfalen-Lippe ist der Kammerbereich, der den höchsten Anteil zugewanderter Ärztinnen und Ärzten unter allen Landesärztekammern hat. Dieser Anteil lag bezogen auf alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte Ende 2016 bei 16,4 und bezogen auf die stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte bei 25,2 Prozent.

Wie stark der Einfluss medizinischer Fakultätsstandorte auf die regionale Bindungsneigung ist, zeigt sich dabei noch viel instruktiver in der Binnenperspektive. So beträgt der Anteil der Assistenzärztinnen und -ärzte in einem Alter von bis zu 35 Jahren, die keine deutsche Staatsangehörigkeit haben und seit 2014 nach Westfalen-Lippe gekommen sind, an den beiden westfälischen Fakultätsstandorten Bochum und Münster 16 Prozent. Im Ennepe-Ruhr-Kreis, in dem die – im Hinblick auf die Absolventenzahl kleinere – Fakultät der privat geführten Universität Witten-Herdecke ihren Sitz hat, liegt der Anteil bei 25 Prozent. Dieser Anteil steigt geradezu linear mit der Entfernung zu den Fakultätsstandorten an. In zwei Dritteln der westfälisch-lippischen Kreise und kreisfreien Städte liegt er bei über 50 Prozent. Sechs Landkreise weisen Werte von über 70 Prozent auf. In zwei Kreisen wird sogar die 90-Prozent-Marke überschritten. Dies verdeutlicht, dass es an und im Umfeld von Fakultätsstandorten wesentlich leichter gelingt, Ärztinnen und Ärzte in der Region zu halten bzw. an die Region zu binden.

Wesentliche Ursachen für den Ärztemangel liegen daher auch nicht in den Strukturbedingungen vor Ort, sondern im Fehlen eigenständiger Fakultätsstrukturen, wie sich gerade am Beispiel Bielefeld mit der umgebenden Region Ostwestfalen-Lippe (OWL) verdeutlichen lässt. OWL hat auf der Nachfrageseite mit zwei Millionen Einwohnern mehr Einwohner als einzelne Bundesländer, die ihrerseits aber über eine, zum Teil sogar zwei medizinische Fakultäten verfügen. Auch auf der Angebotsseite ist OWL mit leistungsfähigen Kranken-

häusern und Praxen, innovativen Unternehmen und forschungs- und drittmittelstarken universitären Einrichtungen im Grunde sehr gut aufgestellt. Durch das Fehlen eigenständiger Fakultätsstrukturen kann die Region ihre Potenziale im Hinblick auf die Bindung ärztlichen Nachwuchses jedoch nicht in Gänze entfalten. Dass OWL überdurchschnittlich stark vom Ärztemangel betroffen ist und in Bielefeld als einziger kreisfreier Stadt in Westfalen-Lippe Hausratsitze schon jetzt nicht besetzt werden können, überrascht aus dieser Perspektive nicht. Auch die starken ökonomischen Impulse, die von einer medizinischen Fakultät und entsprechenden hochschulmedizinischen Einrichtungen ausgehen und die positiv auf die regionale Wirtschaftsstruktur, das regionale Einkommensgefüge, die regionale Kaufkraft und den regionalen Arbeitsmarkt wirken, werden dadurch der Region vorenthalten.²

Westfalen-Lippe gerät im Wettbewerb der Regionen, was das Werben um den ärztlichen Nachwuchs wie den Zugang zur Hochschulmedizin angeht, zusehends ins Hintertreffen. Denn wie schnell eine medizinische Fakultät eingerichtet werden kann, wird gerade im aktuellen Fall von Augsburg der Öffentlichkeit vor Augen geführt: Innerhalb von drei Jahren ist es dort gelungen, die Einrichtung einer Medizinischen Fakultät gerade unter dem Blickwinkel der regionalen Bindungs- und Strukturwirkung auf den Weg zu bringen. Vor dem Hintergrund der in Westfalen-Lippe vorhandenen Potenziale und mit Blick auf eine zukunftsweise, regional ausgewogene Patientenversorgung gibt es keinen Grund, hier vor einem solchen Weg zurückzuschrecken.

² In einer Untersuchung der Technischen Universität Dresden wurde nachgewiesen, dass durch eine Haushaltsstelle in einer medizinischen Fakultät 2,5 Arbeitsplätze im betreffenden Bundesland und 3,4 Arbeitsplätze in Deutschland insgesamt induziert worden sind. (Töpfer et al, Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFO) 105 (2011) 701-707)